

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UTILISATION SUR LE LIEU DE TRAVAIL DES COMPÉTENCES
ACQUISES PAR LA FORMATION : ANALYSE ÉVALUATIVE
D'UN PROGRAMME DE FORMATION VISANT LA
PRÉVENTION PRIMAIRE DES MAUX DE DOS CHEZ DU
PERSONNEL SOIGNANT

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU PROGRAMME CONJOINT DE
DOCTORAT EN ADMINISTRATION

PAR
CHEIKH FAYE

JUILLET 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.»

AVERTISSEMENT

L'utilisation des mots comme « participant » ou « patient », ainsi que d'autres mots similaires, englobent les deux genres, féminin et masculin. L'utilisation du genre masculin ne vise qu'à alléger la lecture du document.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont, d'abord, à l'endroit de madame Diane Berthelette, professeure titulaire à l'École des sciences de gestion (ESG) de l'UQAM et présidente directrice générale du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) qui a assuré la direction de cette recherche. Son soutien, ses encouragements et sa générosité ne m'ont fait jamais défaut tout au long de mon parcours doctoral. Elle a su se montrer attentive et généreuse. Ses points de vue, suggestions et remarques, d'une pertinence et d'une clarté qui forcent le respect, ont grandement contribué à l'élaboration progressive de cette thèse, puis à sa finalisation. Son encadrement, tout au long de ce parcours, a été empreint de rigueur, de probité intellectuelle et du sens de l'éthique le tout enrobé dans une bonne dose d'humanisme et de respect de l'autre. Je tiens à lui exprimer ma très vive gratitude ainsi que ma profonde reconnaissance.

Je remercie mesdames Marie St-Vincent, chercheure à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et Henriette Bilodeau, professeure titulaire à l'ESG de l'UQAM et Directrice du Département Organisation et ressources humaines (ORH) de l'ESG ainsi que monsieur Michel Tremblay, professeur titulaire à l'école Hautes études commerciales (HEC) de Montréal et titulaire de la Chaire de commerce Omer DeSerres, pour avoir accepté d'être membres de mon jury de thèse. Plus particulièrement, j'exprime ma vive gratitude à madame Henriette Bilodeau et à monsieur Michel Tremblay qui m'ont accompagné tout le long de mon parcours doctoral en étant membres des jurys constitués, successivement, lors de mon examen de synthèse puis lors de la défense de ma proposition de thèse.

Je remercie les responsables du Centre gériatrique Maimonides Donald Berman (CGMDB) qui ont accepté que leur établissement serve de cadre à ma recherche, mais aussi à l'ensemble de son personnel qui a participé, de près ou de loin, à la

réalisation de celle-ci avec beaucoup de disponibilité et de générosité. Une mention spéciale à mesdames, Lucie Tremblay, Directrice des soins infirmiers et des services cliniques (DSISC), Machelles Wilchesky, Directrice de la recherche et Lucie Carignan, chef du Service de la santé et sécurité.

Je remercie l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires Sociales (ASSTSAS) pour m'avoir aidé dans mes recherches visant à trouver un Centre d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD) disposé à accueillir ma recherche. Mes remerciements vont particulièrement à l'endroit de Monsieur Pierre Poulin, Conseiller en formation, qui m'a orienté et aidé dans mes démarches.

J'adresse mes sincères et profonds remerciements à toute ma famille, celle vivant ici avec moi et celle restée au Sénégal, pour leur soutien, leurs encouragements et leurs prières, en particulier à celui qui en incarne, aujourd'hui, la direction depuis le rappel à Dieu de nos regrettés parents, je veux nommer El-Hadji Alioune. J'associe à ces remerciements l'ensemble de mes amis d'ici (de Longueuil à Ottawa en passant par Montréal, Saint-Hubert et Brossard), du Sénégal (de Pikine, de Dakar et environs et de MBour) et ceux disséminés un peu partout à travers le monde.

À

Muhammed et Mustapha Al Bachir,

mes deux adorables et charmants garçons,

je dédie ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	xi
LISTE DES TABLEAUX	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xiv
RÉSUMÉ	xv
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PREMIÈRE PARTIE	
PROBLÉMATIQUE ET BILAN DES CONNAISSANCES	10
INTRODUCTION À LA PREMIÈRE PARTIE	11
CHAPITRE I	
LE MAL DE DOS : UN CONCEPT HÉTÉROGÈNE	13
1.1 Structure de la colonne vertébrale	14
1.2 Définition	15
1.3 Les facteurs de risques	16
1.4 Résumé du chapitre	19
CHAPITRE II	
LES MAUX DE DOS : DES LÉSIONS COÛTEUSES QUI AFFECTENT PRINCIPALEMENT LE PERSONNEL SOIGNANT	20
2.1 Ampleur des maux de dos	20
2.2 Coût des maux de dos	21
2.3 Le personnel soignant : une catégorie professionnelle qui souffre de maux de dos	23
2.4 Le recours à la formation comme moyen de prévention des maux de dos : une pratique courante	25
2.5 Évaluation des effets des programmes de formation visant la prévention primaire des maux de dos : des résultats mitigés voire contradictoires	27
2.6 Question de recherche	34

2.7	Résumé du chapitre	39
CHAPITRE III		
LA FORMATION COMME MOYEN DE PRÉVENTION PRIMAIRE		
	DES MAUX DE DOS	41
3.1	Approches utilisées et contenu des formations en prévention des maux de dos	42
3.2	Formation visant la prévention primaire des maux de dos : des programmes de plus en plus fondés sur une approche par compétences	45
3.3	Des programmes de formation orientés vers l'utilisation des apprentissages sur les lieux de travail : le transfert de compétences	50
3.4	L'évaluation des actions de formation : une pratique en développement	53
3.5	Résumé du chapitre	56
	Conclusion de la première partie	58
DEUXIÈME PARTIE		
	CADRES CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE	60
	INTRODUCTION À LA DEUXIÈME PARTIE	61
CHAPITRE IV		
	CADRE CONCEPTUEL	63
4.1	Objectifs de la recherche	64
4.2	Le programme PDSB et sa théorie sous-jacente	68
	4.2.1 Le contenu notionnel du programme PDSB	68
	4.2.2 La théorie sous-jacente du programme PDSB	72
4.3	Les principales théories concernant l'utilisation des connaissances ou des compétences sur les lieux de travail	77
	4.3.1 Les modèles théoriques basés sur l'évaluation des programmes de formation	77
	4.3.2 Les modèles théoriques centrés sur le transfert	80
	4.3.3 Le modèle de Karasek	83
4.4	Cadre conceptuel : présentation et hypothèse	85
	4.4.1 Objectif n° 1 : analyse des effets	85
	4.4.2 Objectif n° 2 : étude exploratoire sur l'influence de la charge de travail et de la latitude décisionnelle	86

4.5	Résumé du chapitre	89
CHAPITRE V		
	CADRE MÉTHODOLOGIQUE	90
5.1	Sélection du Centre Gériatrique Maïmonides Donald Berman (CGMDB)	90
5.1.1	Critères de sélection	91
5.1.2	Démarche de recrutement	92
5.1.3	Caractéristiques du CGMDB	96
5.2	Sélection des participants à la recherche	100
5.2.1	Population cible	100
5.2.2	Critères de sélection	101
5.2.3	Démarches pour connaître les caractéristiques du personnel du Centre	101
5.2.4	Démarche de recrutement des participants à la recherche	106
5.3	Démarche méthodologique relative à l'objectif n° 1	109
5.3.1	Devis de recherche	109
5.3.2	Variables	113
5.3.3	Traitement des données	125
5.3.4	Plan d'analyse	131
5.4	Démarche méthodologique relative à l'objectif n° 2	134
5.4.1	Type et devis de recherche	134
5.4.2	Population à l'étude, unités d'observation et choix de l'échantillon	135
5.4.3	Les variables observées et mesurées	138
5.4.4	La mesure des variables observées	143
5.4.5	Déroulement du recueil des données	145
5.4.6	Traitement des données	148
5.4.7	Analyse des données	149
5.5	Prise en compte des considérations d'ordre éthique	150
5.6	Résumé du chapitre	151

CHAPITRE VI	
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	153
6.1 Présentation des résultats de l'objectif n° 1 : utilisation des principes PDSB	153
6.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants	153
6.1.2 Résultats relatifs à l'utilisation des principes PDSB	155
6.1.2.1 Description et analyse de l'utilisation des principes du PDSB : une vue globale	156
6.1.2.2 Utilisation des principes de préparation	165
6.1.2.3 Utilisation des principes biomécaniques et physiologiques	169
6.1.2.4 Utilisation des principes liés aux séquences de manœuvre sécuritaire	171
6.1.3 Résumé des résultats de l'objectif n° 1	172
6.2 Présentation des résultats de l'objectif n° 2 : influence de la charge de travail et de la latitude décisionnelle sur l'utilisation des principes PDSB	173
6.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants	174
6.2.2 Caractéristiques du contexte organisationnel et résultats	178
6.2.3 Influence de la charge psychologique de travail et de la latitude décisionnelle sur l'utilisation des principes PDSB : présentation et interprétation des résultats	187
6.2.4 Influence de la charge physique de travail sur l'utilisation des principes PDSB	204
6.2.5 Conclusion sur les résultats de l'objectif n° 2	208
CHAPITRE VII	
DISCUSSION	211
7.1 Contribution de nos résultats aux connaissances relatives au PDSB	212
7.1.1 Contribution des résultats de l'objectif n° 1 aux connaissances relatives au PDSB	212
7.1.2 Contribution des résultats de l'objectif n° 2 aux connaissances relatives au PDSB	217
7.2 Portée et limites méthodologiques de notre recherche	219
7.2.1 Portée et limites méthodologiques liées à l'objectif n° 1	220
7.2.2 Portée et limites méthodologiques liées à l'objectif n° 2	226

7.3	Comparaison de nos résultats avec ceux d'autres recherches	227
7.3.1	Rappel des résultats liés à l'objectif n° 1 et leur comparaison avec d'autres résultats	228
7.3.2	Rappel des résultats liés à l'objectif n° 2 et leur comparaison avec d'autres résultats	230
	CONCLUSION GÉNÉRALE	235
	RECOMMANDATIONS	245
	APPENDICES	252
Appendice 1	Liste indicative des documents à collecter	253
Appendice 2	Grille d'observation	254
Appendice 3	Guide d'entretien	264
Appendice 4	Questionnaire d'évaluation préliminaire	271
Appendice 5	Lettre d'autorisation du Professeur Karasek et du JCQ Center	273
Appendice 6	Lettre d'approbation du SCAE	274
Appendice 7	Lettre d'information et d'engagement à la confidentialité	275
Appendice 8	Formulaire de consentement	2776
Appendice 9	Feuille de route (<i>worksheet</i>)	278
	BIBLIOGRAPHIE	279

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1	Structure de la colonne vertébrale 15
2.1	Évolution du nombre de maux de dos déclarés à la CSST par les établissements relevant du secteur d'activité économique "Services médicaux et sociaux" 36
2.2	Évolution comparative du nombre de maux de dos déclarés à la CSST par les 2 professions les plus exposées : "Infirmières auxiliaires diplômées" et "Manutentionnaires" 36
2.3	Évolution de la proportion (en %) des maux de dos relativement à l'ensemble des lésions déclarées à la CSST par le secteur d'activité économique "Services médicaux et sociaux" 37
4.1	Schéma de la théorie sous-jacente du PDSB d'après les résultats de Berthelette et al. (2006) 75
4.2	Cadre conceptuel : analyse des effets de la formation PDSB 85
4.3	Cadre conceptuel : étude exploratoire 88
5.1	Présentation schématique du devis de recherche relatif à l'objectif n° 1 110
5.2	Agenda et contenu de la formation PDSB diffusée au sein du Centre 114
5.3	Grille d'observation – Extraits 118
5.4	Questionnaire d'évaluation préliminaire (page recto) 122
6.1	Appréciations de la charge de travail et de la latitude décisionnelle pour l'ensemble des participants avant l'intervention (n = 12) 188
6.2	Appréciations de la charge de travail et de la latitude décisionnelle pour l'ensemble des participants après l'intervention (n = 12) 189
6.3	Appréciations de la charge de travail et de la latitude décisionnelle selon le genre et les groupes avant et après intervention 191

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1	Nombre et pourcentage des maux de dos ainsi que les montants versés en IRR selon la durée d'indemnisation 23
5.1	Tableau d'aide à la prise de décision relativement à la charge de travail estimée (heure / homme) 95
5.2	Nombre de patients selon les étages au 31 mars 2011 96
5.3	Répartition des patients au niveau des étages selon leur profil 98
5.4	Répartition du personnel soignant selon les quarts de travail 99
5.5	Principales variables découlant de l'objectif n° 1 113
5.6	Unités de codage pour les observations 127
5.7	Unités de codage des entretiens semi-directifs 128
5.8	Codification des questionnaires d'évaluation préliminaire 129
5.9	Synthèse du plan d'analyse des variations de la variable dépendante ... 132
5.10	Composition de l'échantillon (n = 12) 138
5.11	Variables observées et mesurées 139
6.1	Répartition des participants selon le genre et l'emploi occupé 153
6.2	Niveau de scolarité selon le genre 154
6.3	Classe d'âge des participants selon le genre 154
6.4	Ancienneté dans l'emploi et ancienneté au Centre les Maïmonides selon le genre (<i>en années</i>) 155
6.5	Types de manœuvres selon le niveau d'assistance et nombre total d'observations réalisées avant et après l'intervention 158
6.6	Nombre et type de manœuvres, avant et après l'intervention, où les principes PDSB n'ont pas été utilisés 159
6.7	Utilisation des principes PDSB selon le genre avant et après l'intervention 160
6.8	Utilisation des principes PDSB selon l'unité de travail avant et après l'intervention 160
6.9	Utilisation des principes PDSB selon l'expérience professionnelle avant et après l'intervention 161

6.10	Nature des manquements constatés selon le type de manœuvre effectué et selon le groupe avant et après l'intervention	163
6.11	Nature des manquements constatés selon la nature des compétences liées à l'analyse globale de la situation de travail avant et après l'intervention	166
6.12	Répartition des participants selon l'emploi occupé, le genre et le groupe	174
6.13	Niveau de scolarité selon le genre et le groupe	175
6.14	Classe d'âge des sujets selon le genre et le groupe	176
6.15	Ancienneté dans l'emploi et ancienneté au Centre les Maïmonides selon le genre et le groupe (<i>en années</i>)	177
6.16	Formation PDSB en dehors du Centre Maïmonides	178
6.17	Le partage des rôles et des responsabilités entre les infirmières et infirmières-auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires	179
6.18	Nombre de lésions pour le personnel de la DSISC selon la catégorie professionnelle (2008-2011)	180
6.19	Nombre d'heures de travail rémunérées suite aux absences (2007 – 2009)	181
6.20	Nombre de sessions de formation PDSB organisées et de travailleurs formés (2008 – 2011)	181
6.21	Coût horaire moyen par participant à une session de formation PDSB selon la catégorie professionnelle (2008 – 2010)	182
6.22	Répartition des patients au niveau des étages selon leur profil	184
6.23	Scores médians relatifs aux appréciations de la latitude décisionnelle par l'ensemble des participants selon le genre, avant et après l'intervention (n = 12)	193
6.24	Appréciations de la latitude décisionnelle (n = 12)	195
6.25	Scores médians relatifs aux appréciations de la charge psychologique par l'ensemble des participants selon le genre, avant et après l'intervention (n = 12)	200
6.26	Appréciations de la charge psychologique de travail (n = 12)	201
6.27	Scores médians relatifs aux appréciations de la charge physique de travail par l'ensemble des participants selon le genre, avant et après l'intervention (n = 12)	204
6.28	Appréciations de la charge physique de travail (n = 12)	206

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ACDI	Agence canadienne de développement international
ASSTSAS	Association pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur des Affaires Sociales
ATMP	Accident du travail et maladie professionnelle
BLS	Bureau of Labor Statistics
BM	Banque Mondiale
CGMDB	Centre Gériatrique Maïmonides Donald Berman
CHSGS	Centre hospitalier de soins médicaux généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DRH	Direction des ressources humaines
DSISC	Direction des soins infirmiers et services cliniques
EQCOTESST	Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail
ESG	École supérieure de gestion
ETP	Équivalent temps plein
JCQ	Job Content Questionnaire
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NIOSH	National Institute of Occupational Safety and Health
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORH	Organisation et ressources humaines
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PDSB	Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PIB	Produit intérieur brut
RCN	Royal College of Nursing
RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail
SCAE	Sous comité d'admission et d'évaluation
SRC	Service de la recherche et de la création
SST	Santé et sécurité du travail
TMS	Troubles musculosquelettiques
UE	Union Européenne
UQAM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Contexte et problématique

Les maux de dos sont devenus fréquents dans les milieux de travail et leurs coûts constituent une véritable charge économique. De nombreux auteurs estiment que le personnel soignant est l'une des catégories de travailleurs les plus exposés à ce type de lésion du fait de ses tâches de manutention des patients. Des interventions de nature diverse sont réalisées dans le but de prévenir les maux de dos chez le personnel soignant notamment la formation. C'est ainsi que beaucoup de questions ont été posées sur l'efficacité des programmes de formation mis en place pour prévenir les risques liés aux maux de dos. Il ressort des résultats de plusieurs études que les techniques et principes de manutention appris par les travailleurs durant leur formation ne sont que faiblement ou pas du tout appliqués sur les lieux de travail. L'influence du contexte organisationnel, notamment le manque d'autonomie et la charge de travail excessive, n'est pas étrangère à cette faiblesse. Elle a été peu prise en compte dans ces nombreuses études. Lorsque cette influence du contexte organisationnel sur l'utilisation des apprentissages est mentionnée dans la littérature, on n'explique pas comment elle s'opère.

Objectifs de la recherche

Notre recherche poursuivait un double objectif :

1. vérifier si le programme PDSB dispensé au sein d'une organisation produit un de ses effets intermédiaires attendus à savoir l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés ;
2. expliquer, dans le cadre d'une étude exploratoire, comment les facteurs contextuels, plus particulièrement la latitude décisionnelle et la charge de travail, exercent une influence sur la production des effets en particulier l'utilisation des principes enseignés.

Méthode de recherche

Pour notre objectif n° 1, nous avons adopté un devis d'étude avant – après avec un groupe unique en procédant à une évaluation comparative des sujets avant leur participation à une

session de formation PDSB et après celle-ci. En ce qui concerne l'objectif n° 2, nous avons réalisé une étude exploratoire de cas multiples comme devis de recherche. Cela nous a amenés, pour chacun des deux objectifs visés, à construire un cadre conceptuel, au terme d'une revue de la littérature, dans le but d'identifier les variables pertinentes à notre recherche et de guider notre démarche d'analyse. Enfin, notre recherche a eu pour cadre un Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Montréal où la formation PDSB était implanté de façon intégrée, c'est-à-dire qu'elle est obligatoire pour tout le personnel soignant et qu'elle est diffusée, sur place, par des formateurs accrédités par l'ASSTSAS.

Résultats de la recherche

Par rapport à l'objectif n° 1, les résultats obtenus montrent que les cas d'inutilisation des principes PDSB répertoriés, sur 42 observations effectuées, étaient au nombre de 5 : 3 lors de la phase avant formation et 2 après celle-ci, soit un cas d'inutilisation, en moins. Le caractère modeste de la réduction enregistrée n'autorise pas à conclure, de façon certaine, à l'efficacité de la formation PDSB diffusée en interne. Toutefois, les résultats obtenus démontrent que la formation PDSB permet aux travailleurs d'améliorer leurs compétences dans l'exécution sécuritaire des tâches de transfert des patients.

Pour ce qui est de l'objectif n° 2 nos résultats ont mis en lumière une diminution du nombre de participants considérés comme « tendus » (*job strain*) même si la faiblesse des effectifs et celle de la réduction constatée ne permettent pas de tirer une conclusion définitive. La latitude décisionnelle, même si elle n'offre pas aux préposés la possibilité d'influencer le cours de leur travail ni d'être associés aux prises de décisions, leur donne, tout de même, la capacité de pouvoir choisir la stratégie et les principes à mettre en œuvre pour effectuer le travail de façon sécuritaire. La charge psychologique de travail est considérée globalement comme acceptable. Toutefois, certaines situations peuvent être source de charge psychologique élevée, donc stressante (comportements des patients, rapidité dans l'exécution des tâches, contrôles culpabilisants de la hiérarchie et surtout de l'immixtion des membres des familles dans le déroulement du travail). Enfin, nos résultats ont permis de constater que la charge physique de travail est jugée généralement élevée plus particulièrement en l'absence d'autonomie des patients. Sur la base de ces résultats, nous avons formulé quatre hypothèses qui pourraient faire l'objet de recherches complémentaires ultérieurement.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Notre recherche vise, d'une part, à vérifier si le programme de formation Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) dispensé lors des sessions de formation interne destinées au personnel soignant dans le but de prévenir les maux de dos produit un de ses effets attendus, soit l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés et, d'autre part, à expliquer, le cas échéant, comment la latitude décisionnelle et la charge de travail exercent-elles une influence sur la production de ces effets.

Notre recherche s'est intéressée à un aspect jusqu'ici non abordé par les nombreuses études existantes, à savoir l'influence du contexte organisationnel sur l'utilisation des compétences acquises au moyen d'une formation, particulièrement celle basée sur une approche par compétences. Elle s'inscrit dans la dynamique des travaux entrepris par l'équipe de recherche de Berthelette et coll. (2006) en s'appuyant sur les résultats que celle-ci a obtenus. Elle s'intègre, cependant, dans une perspective plus large à savoir l'évaluation des effets du programme de formation PDSB implanté dans la plupart des centres hospitaliers et d'hébergement du Québec. Le programme PDSB a été mis sur pied en 1983 par l'Association pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur des Affaires Sociales (ASSTSAS). Il a pour cible les travailleurs des établissements de soins et des centres d'hébergement pour personnes âgées de la province de Québec ainsi que les travailleurs en maintien à domicile. Le PDSB est composé de trois types d'interventions : la formation des travailleurs, la formation d'agents de suivi et la réalisation d'activités de prévention (Berthelette et coll., 2006). La formation des travailleurs constitue la principale intervention du PDSB et vise « *la prévention des accidents causés par les efforts de déplacement et d'assistance à des personnes en perte d'autonomie* » (ASSTSAS, 2006). C'est à elle que nous nous sommes intéressés. Ce programme de formation, dont l'objectif final est la

réduction des maux de dos, s'articule principalement sur deux volets : d'une part, l'amélioration des compétences du personnel exposé à exécuter de façon sécuritaire les manœuvres de transfert et de positionnement des clients et, d'autre part, l'accroissement des compétences de ce personnel à identifier les situations dangereuses ainsi que les mesures pour y remédier. C'est un programme bâti sur une approche par compétences, c'est-à-dire une approche qui vise à rendre capables les destinataires de la formation à déterminer eux-mêmes la stratégie d'exécution de leurs tâches et à choisir les principes de manutention des patients qu'ils jugent les plus sécuritaires selon le contexte de leur intervention. Cette approche se distingue de celle, très usitée, visant à rendre capables les personnes formées à mettre en œuvre des méthodes, gestes et postures préétablis.

Selon la théorie sous-jacente du programme PDSB, c'est-à-dire les mécanismes par lesquels celui-ci produit des effets, l'utilisation sur les lieux de travail des compétences acquises après avoir participé à une session de formation s'effectue selon le processus suivant : le travailleur s'informe, évalue la situation de travail, prend une décision (s'il peut ou non effectuer sa tâche sans risques compte tenu des espaces et équipements disponibles ou s'il a besoin d'une aide de ses collègues) et communique. Autrement dit, le travailleur a besoin d'une marge de manœuvre (une marge décisionnelle) pour décider comment il compte utiliser les compétences qu'il a acquises. Il a également besoin, pour les mettre en œuvre, d'avoir une charge de travail dont la quantité, la complexité et l'intensité lui donnent le temps requis pour exécuter convenablement ses tâches.

Le mal de dos est une affection de l'appareil locomoteur du corps très fréquente dans les milieux du travail (Eurogip, 2007 ; Punnett et Wegman, 2004). Sa prévalence et ses coûts dans les pays industriels sont considérables (Morken et coll., 2002 ; OMS, 2004). Depuis quelques années, les troubles musculosquelettiques (TMS), dont font partie les maux de dos, sont devenus un sujet de préoccupation majeure dans de nombreux pays industrialisés (OMS, 2004 ; Denis et coll., 2008). Ils sont considérés, compte tenu de leur ampleur et des

coûts qu'ils engendrent, comme un problème de santé publique dans de nombreux pays (Punnett et Wegman, 2004) au point que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ait déclaré les années 2000 à 2010 comme "*La décennie des os et des articulations*" (Truchon et coll., 2007).

En effet, les lésions au dos (lombalgie, sciatique, dégénérescence discale, hernie) représentent, dans les pays industrialisés, 60% des TMS qui sont à l'origine de près du tiers (1/3) des absences au travail (OMS, 2004). Aux États-Unis, le coût des maux de dos dépasse, annuellement, les 100 milliards de dollars US et constitue une source de pertes de salaires et de productivité (Katz, 2006). Selon l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), 2 244 000 travailleurs québécois, soit 62,9% du nombre total de travailleurs de la province, disent avoir ressenti des douleurs musculosquelettiques au cours des 12 mois précédant l'enquête et 38,4 % de ces travailleurs précisent que le dos a été la principale région corporelle touchée (Stock et coll., 2011). Donc, le site corporel le plus touché par les TMS (siège de la lésion) est le dos. En effet, 52,2 % des cas de TMS déclarés et acceptés par la CSST, entre 1998 et 2007, concernent le dos suivi des membres supérieurs (30,1 %) selon l'INSPQ, (2010). Un portrait plus détaillé de ces mêmes données permet d'établir que 69% des lésions au dos touchent directement la région lombaire contre 17% pour la région du haut du dos (INSPQ, 2010).

Dans ce sombre tableau, le personnel soignant (préposés aux bénéficiaires, infirmières et infirmières auxiliaires principalement) se distingue comme étant l'une des catégories professionnelles qui enregistrent le plus grand nombre de maux de dos (Martinelli et coll., 2004 ; Yassi et coll., 2005 ; Engkvist, 2006 ; Warming et coll., 2009). Selon Yassi (2005), le personnel soignant de la Colombie-Britannique, par exemple, enregistre, en 2001, une moyenne de 5 lésions au dos par 100 travailleurs équivalent temps plein (ETP) contre 3,7 lésions par 100 travailleurs ETP pour l'ensemble des industries de la province. Une étude épidémiologique portant sur 1 505 personnels soignants, réalisée par Estryn-Behar

et Fouillot (1990) dans 26 services de soins de 12 hôpitaux, souligne que la charge physique de travail des personnels soignants (transfert des patients, réfection des lits, etc.) est énergétiquement coûteuse et elle était la cause principale des arrêts de travail. Cela est confirmé par d'autres auteurs (Warming et coll., 2009 ; Evanoff et coll., 2003 ; Best, 1997 ; Kjellberg et coll., 2003 ; Venning et coll., 1987). Au Québec, on a enregistré 21 811 maux de dos en 2010 (CSST, 2011). Les maux de dos représentent 44,9 % du total des lésions professionnelles survenues, en 2010, dans le secteur d'activité économique des Services médicaux et sociaux, soit 5 506 cas déclarés et indemnisés (CSST, 2011). Selon cet organisme, en 2010, les deux professions qui ont enregistré le plus grand nombre de maux de dos déclarés et indemnisés sont celles des infirmières auxiliaires diplômées (52,4 %) et Autre personnel médical (47,1 %).

Les résultats de plusieurs recherches épidémiologiques transversales ou longitudinales ont permis d'établir le caractère multifactoriel des maux de dos. D'après Gbaya et coll. (2011), les facteurs qui sont à la base des maux de dos peuvent être biomécaniques, inflammatoires, traumatiques, congénitaux, néoplasiques ou inconnus. Les nombreux facteurs de risque identifiés peuvent être classés, selon leur nature, en risques biomécaniques (Lagerström et coll., 1998 ; Lynch, 2000), en risques inhérents à l'environnement de travail (Lynch, 2000), en risques organisationnels (Miller et coll., 2006 ; Smedley et coll., 2003) et en risques psychosociaux (Smedley et coll., 2003 ; Yassi et coll., 2005).

De nombreuses actions de prévention sont menées pour réduire l'incidence des maux de dos en milieu de travail (Engkvist, 2006 ; Tullar et coll., 2010). Elles portent, généralement, sur la mise en place de nouvelles organisations du travail, la mise à disposition de nouveaux équipements de travail et, surtout, l'élaboration et la diffusion de programmes de formation (Tullar et coll., 2010). La formation compte parmi les approches privilégiées par les entreprises pour tenter de réduire l'incidence des maux de dos (Clemes et coll., 2010). La conception des programmes de formation vise à modifier des situations problématiques grâce à

un changement des comportements et s'appuie, entre autres, sur la relation connaissances – action (Berthelette et coll., 1998). Un certain nombre de ces programmes de prévention des maux de dos sont uniquement basés sur la formation (Engels et coll., 1998 ; Yassi et coll., 2001 ; Lorenz et coll., 2002). Les contenus de ces programmes de formation ont longtemps été axés sur l'enseignement de principes biomécaniques, c'est-à-dire des méthodes, gestes et postures prédéfinies que les travailleurs devaient scrupuleusement mettre en œuvre sur leur lieu de travail (Faye et coll., 2011). Aujourd'hui, les contenus des programmes de formation évoluent vers une approche qui vise à rendre capables les travailleurs à déterminer eux-mêmes la stratégie d'exécution de leurs tâches la plus sécuritaire selon le contexte de leur intervention. Cette façon de procéder est mieux connue sous le nom d'approche par compétences.

La multiplication des actions de formation a donné lieu, au cours de ces dernières années, à la publication de plusieurs études relatives à des interventions visant la prévention des maux de dos en milieux professionnels (Tveito et coll., 2004). Il ressort de ces nombreuses recherches que les apprentissages diffusés lors des formations sont relativement peu utilisés sur les lieux de travail (Saks, 2002 ; Baldwin et Ford, 1988 ; Burke et Baldwin, 1999 ; Olsen, 1998). De nombreuses recherches sur le transfert ont pu établir que le contexte organisationnel exerce une influence sur l'utilisation ou non, des connaissances apprises ou des compétences acquises durant une formation (Baldwin et Ford, 1988; Rouiller et Goldstein, 1993; Tracey et coll., 1995). Cela pose la problématique de l'influence des facteurs contextuels sur l'efficacité des actions de formation que de nombreuses recherches ont pu identifier comme un déterminant important de l'utilisation des apprentissages sur les lieux de travail (Tracey et Cardenas, 1996).

Selon Faye et coll. (2011) « *les contraintes matérielles inhérentes au milieu de travail expliquent en partie l'écart entre les principes enseignés et les comportements adoptés dans le cadre des situations de travail* ». C'est ainsi que plusieurs facteurs contextuels sont identifiés, dans la littérature, comme une

source d'influence sur l'utilisation des apprentissages en milieu de travail. Le soutien des pairs et celui de la hiérarchie font partie des premiers facteurs contextuels identifiés (Baldwin et Ford, 1988 ; Russ-Eft, 2002 ; Kontoghiorghes, 2004). Ces mêmes auteurs soulignent aussi l'importance, pour les travailleurs ayant suivi une formation, de trouver l'opportunité d'appliquer, sur leur lieu de travail, ce qu'ils ont appris. D'autres facteurs contextuels sont également identifiés comme source d'influence sur l'utilisation des apprentissages sur les lieux de travail : la disponibilité des ressources (Baldwin et Ford, 1988), la charge de travail (Russ-Eft, 2002 ; Yassi et coll., 2005 ; Koehoorn et coll., 2006) et l'autonomie décisionnelle (Yassi et coll., 2005 ; Koehoorn et coll., 2006). Toutefois, aucune d'elle n'a expliqué comment cette influence s'exerce. C'est pourquoi, nous nous sommes intéressés à cet aspect jusqu'ici non abordé par les nombreuses études existantes, à savoir la compréhension des mécanismes par lesquels l'influence du contexte, principalement de la charge de travail et de la latitude décisionnelle, s'exerce sur l'utilisation des compétences acquises dans le cadre d'un programme de formation basé sur une approche par compétences. C'est ce qui justifie la réalisation de la présente recherche qui tente de répondre à la question suivante :

Comment le contexte organisationnel influence-t-il l'utilisation sur le lieu de travail des compétences acquises à travers un programme de formation basé sur une approche par compétences et qui vise la prévention primaire des maux de dos ?

Notre étude part des résultats de l'équipe de recherche de Berthelette et coll. (2006 ; 2011) lesquels ont permis, entre autres, de décrire la théorie sous-jacente du programme de formation PDSB qui vise la prévention primaire des maux de dos basé sur une approche par compétences et qui est implanté dans la plupart des centres hospitaliers et d'hébergement du Québec. La théorie sous-jacente d'une intervention peut être définie comme « *un ensemble de postulats à l'égard des relations entre les composantes des interventions (leurs objectifs, leur structure,*

leur processus et leur contexte) qui sont censés leur permettre de produire les effets qu'elles cherchent à produire » (Berthelette et Baril, 2002). La connaissance de la théorie sous-jacente est donc importante dans une démarche évaluative puis qu'elle aide à connaître les mécanismes par lesquels on postule qu'une intervention produit des effets. Elle constitue un aspect essentiel pour notre recherche étant donné que nous nous intéressons à l'utilisation, sur les lieux de travail, des compétences acquises par la formation.

Parmi les résultats obtenus par Berthelette et coll. (2006 ; 2011) figure, également, la vérification de l'intégrité de l'implantation du programme PDSB au sein des centres hospitaliers et d'hébergement du Québec. Cela a amené ces auteurs à vérifier si le PDSB était implanté tel que prescrit, c'est-à-dire à vérifier l'existence d'écarts ou non dans sa mise en œuvre. En effet, Berthelette et coll. (1998), à travers l'étude évaluative d'un programme de formation en santé et sécurité au travail, avaient constaté que des écarts pouvaient exister entre les composantes d'un programme prescrit et celles effectivement implantées. Cette évaluation de l'intégrité est donc nécessaire, préalablement à l'analyse des effets. Elle avait permis, dans le cas du PDSB, de montrer que 99% à 100% des formateurs enseignaient les principes qui permettaient d'identifier et d'évaluer les facteurs déterminants des situations de travail, que les principes de positionnement, de prise et de mouvement étaient enseignés par la totalité des formateurs (100%) et que 97,4% des formateurs assuraient l'enseignement des principes communicationnels (Berthelette et coll., 2006). C'est sur la base de ces résultats que nous avons choisi de mener notre recherche au sein d'un centre d'hébergement qui a implanté le PDSB de façon intègre en essayant de comprendre comment les facteurs contextuels, principalement la charge de travail et la latitude décisionnelle, influencent l'utilisation des principes de transfert des patients.

La présentation de notre travail s'articule, principalement, autour de 3 parties. La première (1^{ière} partie) pose la problématique de notre recherche et dresse le bilan

des connaissances. Elle est articulée autour de trois chapitres. Nous commençons par apporter les clarifications indispensables à une commune compréhension du « mal de dos ». En effet, il s'avère important, à l'entame de notre travail, de préciser ce que nous entendons par « mal de dos » étant donné qu'il existe une kyrielle de concepts pour faire référence aux blessures, douleurs ou maladies reliées au travail qui touchent la colonne vertébrale : maux de dos, dorsalgie, lombalgie, rachialgie, lumbago, etc. (Chapitre 1). Par la suite, nous montrons, d'une part, que les maux de dos sont devenus un sujet de préoccupation majeur dans les pays industrialisés compte tenu de leur prévalence élevée et des coûts importants qu'ils engendrent et, d'autre part, que les travailleurs en activité dans les services de santé et centres d'hébergement sont les plus exposés à ce type de risque (Chapitre 2). Nous terminons la première partie par une synthèse des principales connaissances scientifiques établies relativement à l'efficacité des programmes de formation souvent utilisés comme moyen de prévention primaire des maux de dos (Chapitre 3).

La seconde partie (2^{ième} partie) comprend 2 chapitres (4^e et 5^e) et s'intéresse aux cadres conceptuel, méthodologique et empirique. Le Chapitre 4 présente les principales théories sur la base desquelles nous nous sommes fondés pour construire le cadre conceptuel qui a servi à la réalisation de notre recherche. Le chapitre 5 est essentiellement axé sur les aspects méthodologiques. Nous y exposons et justifions la méthodologie qui sous-tend notre démarche, après avoir abordé le cadre empirique de notre recherche, c'est-à-dire la description des caractéristiques de l'organisation qui a servi de contexte à notre recherche.

Enfin, la troisième partie compte deux chapitres (6^e et 7^e) et donne lieu à la présentation et à l'analyse des résultats de notre recherche. L'avant-dernier chapitre (Chapitre 6) restitue, à cet effet, les résultats de notre recherche en présentant les principales données issues de l'exploitation des questionnaires, entrevues et observations effectuées. Dans un dernier chapitre (Chapitre 7), les

informations recueillies et analysées sont discutées à la lumière des éléments de notre cadre conceptuel et des données probantes tirées de la littérature.

PREMIÈRE PARTIE

PROBLÉMATIQUE ET BILAN DES CONNAISSANCES

INTRODUCTION À LA PREMIÈRE PARTIE

Les maux de dos sont devenus fréquents dans les milieux de travail et au sein de la population et leurs coûts constituent une véritable charge économique. L'enquête européenne sur les conditions de travail de 2005 (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2007) révèle que, dans les 27 pays de l'Union européenne (UE), les maux de dos constituent la première lésion professionnelle et que 24,7% des travailleurs déclarent en être atteints. Aux États-Unis, 43% des 1,3 million de lésions (entorses et foulures) déclarées en 2003 sont des maux de dos (Cable, 2006). Au Canada, quatre adultes sur cinq ont subi, subissent ou subiront au moins une douleur au dos durant leur vie (Murphy et coll., 2006).

Le personnel soignant constitue la profession qui subit le plus de lésions au dos du fait de ses tâches de transfert de patients (Hodder et coll., 2010 ; Kim et Lee, 2010). En effet, au cours de l'année 2010, les lésions au dos subies par le personnel des services médicaux et sociaux de la province du Québec représentaient 25,2% du total des maux de dos déclarés et indemnisés (CSST, 2011). Les maux de dos affectent particulièrement les travailleurs de ce secteur : il s'agit de 44,9% des lésions qu'ils ont subies en 2010 (CSST, 2011). Toujours au cours de cette même année, 46,4% des travailleurs victimes de maux de dos s'absentent de leur travail pendant 2 semaines ou moins et 18,7% des travailleurs atteints de maux de dos s'absentent au travail plus de 90 jours (CSST, 2011).

Face à l'ampleur et aux coûts des maux de dos, de nombreuses stratégies sont utilisées pour les réduire. La formation du personnel exposé est l'une des stratégies les plus reconnues avec l'utilisation des équipements d'aide à la manutention et les changements organisationnels (Nelson et coll., 2003). Le

recours fréquent à la formation comme moyen de prévention primaire des maux de dos a favorisé la réalisation de nombreuses études visant à évaluer l'efficacité d'un tel moyen. Il en est ressorti que les techniques, règles ou principes appris sont faiblement ou pas du tout appliqués dans les milieux de travail. Cela pose le problème de l'identification des facteurs, notamment contextuels, qui influencent l'utilisation des apprentissages sur les lieux de travail et, surtout, l'explication des mécanismes par lesquels cette influence s'opère.

Nous dressons le bilan des connaissances selon une déclinaison en trois temps à travers une démarche progressive. Dans un premier temps (Chapitre 1), nous apportons les clarifications conceptuelles nécessaires à une commune compréhension de ce que recouvre le « mal de dos ». En effet, on utilise souvent une terminologie florissante pour décrire les blessures, douleurs ou maladies reliées au travail qui touchent le dos : maux de dos, dorsalgie, lombalgie, rachialgie, lumbago, etc. Dans ces conditions, il paraît bien nécessaire, sinon indispensable, de cerner la terminologie employée, car les codes et leurs regroupements qui permettent de définir statistiquement ces blessures, douleurs ou maladies d'origine professionnelle peuvent différer d'un pays à un autre, d'un organisme à autre, etc. Les maux de dos constituent l'un des principaux défis auxquels les systèmes de santé et sécurité du travail des pays industrialisés sont confrontés. Cela nous amène, dans un second temps (Chapitre 2), à montrer l'ampleur du problème et les coûts qu'il occasionne avant de démontrer que le personnel soignant demeure la catégorie professionnelle la plus exposée aux maux de dos et que la formation a toujours été l'un des moyens privilégiés pour prévenir ce type de risque. Cela nous conduit à faire la présentation de notre question de recherche une fois la problématique identifiée et circonscrite. Enfin, dans un troisième temps (Chapitre 3), nous présentons une synthèse des connaissances scientifiques établies relativement à l'efficacité des programmes de formation comme moyen de prévention primaire des maux de dos.

CHAPITRE I

LE MAL DE DOS : UN CONCEPT HÉTÉROGÈNE

L'appareil locomoteur, aussi appelé système musculosquelettique, « *comprend les os, les muscles, les tendons, les ligaments, les articulations, le cartilage et d'autres tissus conjonctifs* » (Murphy et coll., 2006). Les blessures, douleurs ou maladies d'origine professionnelle qui touchent la colonne vertébrale relèvent des TMS reliés au travail. Dans sa définition la plus largement acceptée, les TMS d'origine professionnelle couvrent « *une large gamme de maladies inflammatoires et dégénératives de l'appareil locomoteur, parmi lesquelles [...] des dégénérescences de la colonne vertébrale, généralement dans la nuque et la région lombaire [...]* » (EUROGIP, 2007). Cette définition intègre et prend en compte celle la plus partagée au Québec et qui est proposée par le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT). La définition du RSPSAT précise, en plus, que les lésions TMS peuvent apparaître de manière soudaine ou à la suite d'un cumul de dommages subis par le système musculosquelettique (INSPQ, 2010).

Selon Baillargeon et Patry (2003), les TMS reliés au travail sont des atteintes causées par une sollicitation excessive des tissus musculaires et tendineux qui surviennent « *lorsque la demande d'un travail dépasse la capacité d'adaptation de ces tissus* ». Ce sont donc, d'après Caroly et coll. (2009), des affections dues à une hyper sollicitation et qui relèvent de la conjonction de nombreux facteurs notamment biomécaniques (fréquence, intensité, durée, posture, vibration, froid), psychosociaux (stress, latitude décisionnelle, soutien social, demande psychologique, intérêt au travail, monotonie ...) et organisationnels (dépendance, injonctions contradictoires...).

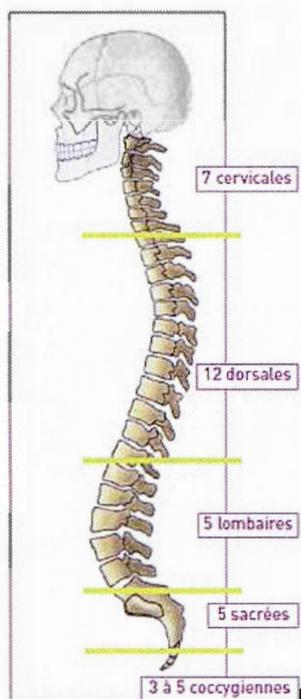
Une présentation sommaire de la structure de la colonne vertébrale (ou rachis) va nous aider à mieux comprendre les blessures, douleurs ou maladies qui affectent cette partie du corps (1.1). Nous précisons ensuite ce que nous entendons par « mal de dos » étant donné qu'il existe une kyrielle de concepts qui rendent compte de ce type de problème, mais qui ne couvrent pas tous la même signification (2.2). Enfin, nous terminons par la présentation des principaux facteurs de risques qui peuvent être à la source d'un « mal de dos » (3.3).

1.1 STRUCTURE DE LA COLONNE VERTÉBRALE

La colonne vertébrale permet à l'homme de se tenir à la verticale, de se déplacer et d'effectuer des mouvements (Bourgeois et coll., 1995). Comme le montre la figure 1.1 ci-après, elle est composée de 32 à 34 vertèbres imbriquées les unes aux autres et constitue la poutre maîtresse reliant la tête, les membres supérieurs et inférieurs (Bernier et coll., 2003).

Il est aisé, à partir de la figure 1.1, de situer le siège de toute blessure, douleur ou maladie touchant la colonne vertébrale. C'est ainsi que les cervicalgies renvoient aux douleurs notées sur les vertèbres cervicales et celles situées dans la zone charnière cervico-dorsale ; les dorsalgies concernent les douleurs qui ont pour siège les vertèbres dorsales, mais aussi celles situées dans les zones charnières cervico-dorsale et dorsolombaire. Les lombalgies affectent les vertèbres lombaires ainsi que celles situées dans les zones charnières dorsolombaire et lombo-sacrée. Selon Bourgeois et coll. (1995), « *il existe un consensus international sur les délimitations de ces trois territoires, tant chez les cliniciens que chez les épidémiologistes* ».

Figure 1.1 : Structure de la colonne vertébrale



Sources : Bernier et coll. (2003)

La colonne vertébrale se subdivise en cinq grandes parties (Bourgeois et coll., 1995 ; Bernier et coll., 2003)

- la partie cervicale constituée de 7 vertèbres cervicales ;
- la partie dorsale formée de 12 vertèbres dorsales ;
- la partie lombaire qui comprend 5 vertèbres lombaires ;
- la partie du sacrum composée de 5 vertèbres soudées ;
- la partie coccygienne ou coccyx formée de 4 à 6 vertèbres soudées.

1.2 DÉFINITION

Il n'existe pas de définitions normalisées du « mal de dos » et les quelques définitions identifiées dans la littérature brillent par leur caractère hétérogène (De Vet et coll., 2002 ; Dionne et coll., 2008). Le mal de dos se manifeste par « *une gamme de symptômes comprenant de la douleur, une tension ou raideur musculaire, de la faiblesse dans les jambes ou les pieds et, parfois, une sensation de picotement ou de brûlure qui irradie souvent le long de la jambe (sciatique)* » (Murphy et coll., 2006). Il peut survenir à tout point de la colonne vertébrale : il affecte principalement la région lombaire, c'est-à-dire le bas du dos, mais peut toucher, également, les régions cervicales et dorsales.

Beaucoup de termes sont utilisés comme synonymes du « mal de dos ». Parmi ces synonymes, nous trouvons le mot « rachialgie ». D'après Bourgeois et coll. (1995), ce terme « *s'applique à toute manifestation douloureuse siégeant au niveau du rachis vertébral, sans préjuger de la cause de ce symptôme* ». La CSST (2011) considère, pour sa part, que les termes « affections vertébrales » et « maux de dos » sont synonymes et les utilise indistinctement étant donné que les affections vertébrales « *regroupent les réactions physiopathologiques caractérisées par des symptômes tels la douleur avec parfois des problèmes de fonctionnement* ». Les lombalgies sont des douleurs de la région lombaire (bas du dos) avec des possibilités d'irradiations ne dépassant pas le genou (Caroly et coll., 2009). Pour Doumont et Libion (2001), les lombalgies sont « *plus simplement appelées mal de dos* ». Le lumbago se définit comme une douleur lombaire aiguë avec une sensation de blocage rachidien (Caroly et coll., 2009). Murphy et coll. (2006) emploient le terme de « dorsalgie » pour désigner le « mal de dos » même si les régions cervicales peuvent être affectées.

Les symptômes du mal de dos peuvent être aigus, c'est-à-dire d'une durée de six semaines ou moins, ou chroniques, c'est-à-dire d'une durée supérieure à trois mois (Murphy et coll., 2006). Selon ces auteurs, le mal de dos aigu provoque de vives douleurs, d'intensité variable selon les parties du dos, qui ont pour effets une perte de flexibilité ou d'amplitude du mouvement, une incapacité à se tenir droit surtout lorsqu'on souffre de sciatique. Quant au mal de dos chronique, il entraîne des douleurs profondes, lancinantes avec des sensations de brûlure.

1.3 LES FACTEURS DE RISQUES

Selon Mairiaux et coll. (2008), les facteurs de risque sont des paramètres collectifs et/ou personnels qui, en présence du danger, peuvent faire varier de façon significative la probabilité de survenue du dommage (ou de la lésion).

Une des plus grandes analyses des études établissant les relations entre les lésions musculosquelettiques et les facteurs de risque a été faite, en 1997, par le National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) sous la conduite de Bernard et coll. (1997). Les conclusions tirées de cette analyse sont basées sur un examen minutieux de la littérature (plus de 2 000 études identifiées et plus de 600 recherches analysées) en utilisant des critères reconnus pour la sélection des études et l'évaluation des liens de causalité. Cette analyse confirme l'existence d'une association, avec forte évidence ("strong evidence"), entre les maux de dos et la manutention manuelle de charges (d'objets ou de personnes) ainsi que les mouvements qui impliquent l'application d'une force importante. Elle confirme aussi que les maux de dos sont associés, avec évidence ("evidence"), aux postures contraignantes et au travail physique lourd. Selon Moens et coll. (2003), les contraintes posturales qui établissent une relation significative avec l'apparition de maux de dos, généralement identifiées dans la littérature, correspondent à la flexion du tronc, à la rotation, à l'association flexion/rotation, à l'inclinaison latérale et aux positions à genoux ou accroupi. Tout cela montre que les principaux facteurs de risque des maux de dos sont de nature biomécanique (Lagerström et coll., 1998 ; Lynch, 2000).

À ces facteurs de risques de nature biomécanique, Da Costa et Vieira (2010) y ajoutent les facteurs psychosociaux qu'ils trouvent associés, avec une évidence raisonnable ("reasonable evidence"), aux maux de dos au terme d'une analyse de 63 études. La notion de facteurs psychosociaux recouvre à la fois des facteurs organisationnels et les relations interindividuelles susceptibles d'avoir un impact sur la santé (Vezina et coll., 2006). Les facteurs psychosociaux peuvent jouer un rôle dans l'apparition des maux de dos (Linton, 2001 ; Smedley et coll., 2003 ; Yassi et coll., 2005). L'étude sur l'influence des facteurs psychosociaux des risques musculosquelettiques sur l'absentéisme des infirmières réalisée par Shamian et coll. (2003) a permis d'établir que les contraintes liées au travail (efforts physiques et charge de travail, facteurs d'organisation, etc..) affectent la santé des infirmières et poussent ces dernières à s'absenter au travail le plus

souvent. Baillargeon et Patry (2003) soulignent que le manque de satisfaction au travail est considéré comme le plus important facteur psychosocial. Le manque de satisfaction au travail se traduit, selon ces auteurs, par une perception subjective de surcharge et de monotonie, la qualité des relations avec les collègues (support) et l'état des relations de travail avec la hiérarchie (reconnaissance). En plus de ces éléments, Hudson (2004) note qu'au nombre des facteurs psychosociaux susceptibles de contribuer à l'apparition de maux de dos au sein du personnel soignant figure le stress lié à la fréquence des tâches dont la réalisation requiert beaucoup d'efforts combinée à l'agressivité d'une partie de la clientèle. Enfin, il convient de noter que les modèles organisationnels peuvent exercer une influence sur les facteurs psychosociaux (Bourgeois et coll., 1995 ; Baillargeon et Patry, 2003).

Les facteurs organisationnels comme l'insuffisance des espaces dans lesquels s'effectuent les tâches de manutention manuelle, le caractère inégal, instable ou glissant des surfaces, les conditions d'ambiance thermique et d'éclairage des lieux de travail peuvent accroître les risques de maux de dos (Agence européenne SST, 2007). Un lien entre un pauvre contexte organisationnel (faible latitude décisionnelle et forte demande) et l'apparition des maux de dos a été aussi rapporté dans un certain nombre d'études (Miller et coll., 2006 ; Smedley et coll., 2003). C'est ainsi que la charge de travail, dont la définition varie selon les métiers, a été identifiée, en Amérique du Nord, comme un déterminant des conditions de travail du personnel soignant en activité dans les établissements de soins et d'hébergement (Koehoorn et coll., 2006). En effet, Koehoorn et coll. (2006) ont mené une étude rétrospective de 4 ans sur une cohorte de 3 769 personnels soignants de la province de Colombie-Britannique dans le but d'analyser les liens entre les facteurs organisationnels et les maux de dos. Les résultats de l'étude ont montré que les 2 facteurs organisationnels que sont l'autonomie décisionnelle et la charge de travail étaient associés à l'augmentation des risques de TMS. Yassi et coll. (2005) avaient aussi fait les mêmes constats.

Il existe d'autres facteurs, notamment ceux relatifs aux caractéristiques individuelles des travailleurs comme le manque d'expérience, de formation, les capacités physiques et les antécédents médicaux (Agence européenne SST, 2007) ou l'âge et le sexe (Bourgeois et coll., 1995 ; Malchaire et coll., 2000).

1.4 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Nous avons procédé à une présentation sommaire et illustrative de la colonne vertébrale, de sa fonction et de sa structure pour nous aider à mieux comprendre les blessures, douleurs ou maladies qui affectent cette partie du corps. Nous avons ensuite montré qu'il existe plusieurs définitions du « mal de dos » ainsi qu'une pluralité de concepts qui renvoient tous à la même chose : les douleurs et affections qui touchent le bas du dos, mais aussi les régions cervicales et dorsales.

Nous retiendrons qu'en dépit de la variété de concepts pour définir ce que c'est un « mal de dos », une convergence semble s'établir sur ses effets : des douleurs et des dysfonctionnements de la colonne vertébrale. Une autre convergence s'est, aussi, dessinée sur les causes de ce type de lésion : le travail physique lourd, l'adoption de postures contraignantes, les facteurs psychosociaux et organisationnels ainsi que les facteurs individuels notamment le manque d'expérience, de formation, les capacités physiques et les antécédents médicaux.

CHAPITRE II

LES MAUX DE DOS : DES LÉSIONS COÛTEUSES QUI AFFECTENT PRINCIPALEMENT LE PERSONNEL SOIGNANT

Les maux de dos d'origine professionnelle constituent actuellement et dans les années à venir l'un des principaux défis auxquels les systèmes en santé et sécurité du travail (SST) des pays industrialisés sont confrontés. Nous dressons le portrait de la situation pour cerner l'ampleur du problème (2.1) avant d'indiquer les coûts qu'engendrent les lésions affectant le dos (2.2). Ce point situationnel nous permet de montrer que le personnel soignant est la catégorie professionnelle la plus exposée aux maux de dos (2.3) et que les actions de formation sont couramment utilisées comme moyen de prévention parmi d'autres moyens (2.4). Les résultats auxquels différentes évaluations des actions de formation visant la prévention primaire des maux de dos sont parvenues paraissent, le plus souvent, mitigés, voire contradictoires. (2.5). Nous terminons par une présentation de notre question de recherche telle qu'elle découle de la problématique identifiée (2.6).

2.1 AMPLEUR DES MAUX DE DOS

Selon une enquête européenne réalisée dans 31 pays en 2005, jusqu'à 25% des travailleurs souffrent ou ont souffert de maux de dos sur une population au travail d'environ 235 millions de personnes, soit au moins 60 millions de travailleurs touchés (European Agency for Safety and Health at Work, 2008). Cela ne fait que confirmer les résultats de la quatrième enquête européenne sur les conditions de travail, lesquels révélaient que les maux de dos d'origine professionnelle arrivaient en tête sur une liste de 16 symptômes identifiés comme étant des problèmes de santé au travail par 24,7% des personnes interrogées dans les 27 États membres de l'Union européenne (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2007). Le renforcement de la prévention des

risques musculosquelettiques figure au nombre des priorités de la stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail (Commission des communautés européennes, 2007) en vigueur dans l'espace européen.

Aux États-Unis, les TMS, dont font partie les maux de dos, représentent au moins le tiers (1/3) des lésions professionnelles et de nombreuses enquêtes sur la population active ont rapporté des prévalences comprises entre 20 et 30% voire plus (Punnett et Wegman, 2004). D'après les statistiques du Bureau of Labor Statistics (BLS) rapportées par Cable (2006), des 1,3 million de lésions (entorses et foulures) avec perte de temps déclarées en 2003 par le secteur privé, le dos en était le principal siège de lésion pour 43% du nombre total de cas.

Au Canada, le mal de dos est identifié parmi les problèmes de santé chroniques les plus fréquents et quatre adultes sur cinq subiront au moins une douleur au dos durant leur vie (Murphy et coll., 2006). Dans la province de Québec, en moyenne 46 400 nouveaux cas de TMS, dont plus de 52% constitués de maux de dos, ont été déclarés et acceptés annuellement par la CSST entre 1998 et 2007 et ils représentent 35% du nombre total de lésions professionnelles (INSPQ, 2010). La réduction de l'incidence des troubles musculosquelettiques est inscrite comme objectif prioritaire, à la fois, dans le Programme national de santé publique 2003-2012 révisé en 2008 (MSSS, 2008) et dans le Plan stratégique de la CSST 2010 – 2014 (CSST, 2010).

2.2 COÛT DES MAUX DE DOS

Les maux de dos demeurent un motif de préoccupation, non seulement en raison de leurs effets sur la santé des travailleurs, mais aussi en raison de leur impact sur la productivité au travail et sur les coûts liés à leur prise en charge (European Agency for Safety and Health at Work, 2008). Les lésions causées par la manutention manuelle constituent, ainsi, un véritable fardeau pour les sociétés (Clemes et coll., 2010).

Selon les résultats de l'enquête européenne sur les conditions de travail (European Agency for Safety and Health at Work, 2008), l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions musculo-squelettiques représente 40% des charges de réparation des organismes de sécurité sociale dans 27 des 31 pays européens couverts par l'enquête et peut avoir un poids financier important dans l'économie nationale : jusqu'à 1,6% du produit intérieur brut (PIB). Cela constitue une cause de réduction de la profitabilité des entreprises ainsi qu'une source d'augmentation des coûts sociaux des gouvernements selon cette enquête.

Aux États-Unis, selon Truchon et coll. (2007), « *les coûts totaux (c.-à-d. les frais directs et indirects) associés à l'incapacité chronique à retourner au travail en raison d'une lombalgie se situeraient entre 40 et 50 milliards de dollars annuellement* ».

Au Québec, d'après la CSST (2011), il y a eu 21 811 de cas de maux de dos déclarés et indemnisés en 2010 soit 30% de l'ensemble des lésions. La durée moyenne d'indemnisation des maux de dos est de 59,4 jours contre 59,2 jours pour l'ensemble des lésions professionnelles. Le montant moyen d'indemnisation des maux de dos s'établit à 3 960 \$ en 2010. Le tableau 2.1 montre que 2 218 cas, soit 10% du nombre total des maux de dos, absorbent plus de 45 millions \$ CAN, soit 52% des montants versés en indemnités de remplacement.

Tableau 2.1 Nombre et pourcentage des maux de dos ainsi que les montants versés en IRR selon la durée d'indemnisation

Durée d'indemnisation (en jours)	Maux de dos		Montants versés en Indemnités de remplacement du revenu (IRR)	
	<i>Nombre</i>	<i>% par rapport au nombre total</i>	<i>Montants</i>	<i>% par rapport au nombre total</i>
14 jours ou moins	10 119	46%	5 228 783 \$	6%
15-28 jours	3 294	15%	4 542 516 \$	5%
29-90 jours	4 326	20%	15 176 896 \$	18%
91-180 jours	1 854	9%	16 082 423 \$	19%
Plus de 180 jours	2 218	10%	45 302 807 \$	52%
Total	21 811	100%	86 333 425 \$	100%

Sources : CSST, 2011, « Statistiques sur les affections vertébrales 2007-2010 », Service de la statistique, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information, Commission de la santé et de la sécurité du travail.

2.3 LE PERSONNEL SOIGNANT : UNE CATÉGORIE PROFESSIONNELLE QUI SOUFFRE DE MAUX DE DOS

De nombreux auteurs estiment que le personnel soignant est l'une des catégories de travailleurs les plus exposés aux risques musculosquelettiques, plus particulièrement, aux risques de lésions au dos liés à leurs tâches de manutention des patients (Hodder et coll., 2010; Yassi et coll., 2005 ; Punnett et Wegman, 2004).

Selon Nelson et coll. (2003), on a relevé, en 2001, dans les centres d'hébergement et dans les centres hospitaliers des États-Unis des taux de prévalence des maux de dos respectifs de 13,5 et de 8,8 cas pour 100 travailleurs équivalent temps plein (ETP), soit les troisième et quatrième taux les plus élevés au sein de l'ensemble des travailleurs.

Au Canada, le record du plus fort taux d'absentéisme au travail est détenu par le personnel soignant du fait des maux de dos (Yassi et coll., 2005 ; Shamian et coll., 2003). Selon Shamian et coll. (2003), le taux moyen d'absentéisme du personnel soignant dépasse, de plus de 80%, la moyenne nationale canadienne. C'est ainsi qu'en 2003, le nombre moyen de journées non travaillées par le personnel soignant canadien suite à une lésion professionnelle était de 15,4 contre 9,1 pour les autres travailleurs (Sajan et Roy, 2006). En 2006, en Ontario, près de 8 780 personnels soignants sur un effectif de 370 000 que compte la province ont été victimes d'une lésion professionnelle et 42% de ces lésions étaient liées aux tâches de transferts de patients (McRobbie, 2007).

Plus précisément dans la province du Québec, selon les statistiques de la CSST (2011), 5 506 des 21 811 maux de dos enregistrés dans la Province en 2010, soit 25%, concernent le secteur d'activité économique des Services médicaux et sociaux. Ces 5 506 cas de maux de dos représentent 44,9% du nombre total de lésions enregistrées dans ce secteur au cours de l'année 2010 soit la proportion la plus élevée des 32 secteurs d'activité économique. Sur le plan de la profession, les infirmières auxiliaires diplômées constituent la profession la plus touchée par les maux de dos avec 2 290 cas soit 10% du nombre total de maux de dos enregistrés. Ces 2 290 cas concernent 2 009 femmes et 281 hommes. Les maux de dos représentent 52,4% des lésions subies, en 2010, par les membres de la profession des infirmières auxiliaires diplômées

Les tâches de manutention des patients constituent la cause majeure des maux de dos chez le personnel soignant (Martinelli et coll., 2004 ; Engkvist, 2006). Plusieurs études ont montré une relation entre les maux de dos et les mauvaises postures (Hignett et Crumpton, 2007) ou une relation entre les maux de dos et les tâches de transfert patients (Hignett et Crumpton, 2007 ; Warming et coll., 2008 ; Clemes et coll., 2010). En effet, les tâches auxquelles sont assujettis les personnels soignants sont énergétiquement coûteuses et s'effectuent avec des équipements et outils qui ne répondent pas toujours aux critères ergonomiques

(Wardell, 2007; Radovanovic et Alexandre, 2004). Elles consistent, entre autres, à tourner les patients et à les aider à se positionner confortablement dans leur lit, à quitter leur lit pour s'asseoir dans un fauteuil et vice-versa, à les transférer, etc.

En dressant l'historique des lésions professionnelles qui affectent le personnel soignant aux États-Unis, Hudson (2004) estime que les facteurs de risque résultent, entre autres, du poids du patient, de la distance de prise entre le patient et le centre de gravité du travailleur, de la durée du transfert, de manœuvres effectuées dans des espaces confinés et de la mauvaise collaboration des patients. Tous ces éléments impliquent une forte sollicitation de la colonne vertébrale avec comme corollaire la possibilité de subir une lésion au dos.

2.4 LE RECOURS À LA FORMATION COMME MOYEN DE PRÉVENTION DES MAUX DE DOS : UNE PRATIQUE COURANTE

Des interventions de nature diverse sont réalisées dans le but de prévenir les maux de dos chez le personnel soignant (Engkvist, 2006 ; Tullar et coll., 2010). Ces interventions comprennent, généralement, des programmes de formation des travailleurs, de conditionnement physique ou des programmes d'exercices, des mesures de gestion de l'invalidité consécutives aux lésions enregistrées, des changements organisationnels et de politiques visant à mécaniser les tâches de manutention manuelle des patients (Tullar et coll., 2010). La formation est souvent choisie comme moyen de prévention des risques liés à la manutention manuelle (Clemes et coll., 2010).

D'une manière générale, la formation est « *une procédure formelle par laquelle on acquiert des connaissances, des valeurs, des compétences ou des aptitudes nécessaires pour l'exercice fructueux d'un emploi ou d'une profession* » (Centre canadien de gestion, 2001). Robson et coll. (2010) définissent la formation en santé et sécurité du travail (SST) comme « *des efforts planifiés pour faciliter l'apprentissage de compétences spécifiques en matière de SST* ».

Les organisations consacrent, annuellement, plusieurs heures de formation à leurs employés notamment dans le domaine de la santé et sécurité du travail (Robson et coll., 2010). D'après ces auteurs, plus de 100 milliards de dollars US sont dépensés, chaque année, aux États-Unis pour les activités de formation. Cela a amené plusieurs études à s'intéresser aux facteurs d'efficacité des actions de formation. Pour Robson et coll. (2010), la recherche sur l'efficacité de la formation en santé et sécurité du travail est nécessaire pour, d'une part, identifier les principales variables qui influencent le processus d'apprentissage et, d'autre part, optimiser l'allocation des ressources disponibles.

D'après Berthelette et coll. (2006), les différents programmes de formation qui ont fait l'objet d'une évaluation et dont les résultats sont présentés dans la littérature peuvent être classés en cinq catégories selon les effets recherchés : acquisition de connaissances, changements de comportement, perception des symptômes du mal de dos, lésions au dos et changements organisationnels. Théoriquement, les connaissances et l'adoption de comportements sont des effets intermédiaires alors que la réduction des symptômes perçus et l'incidence des maux de dos sont les principaux effets ultimes attendus de la mise en œuvre des programmes de formation (Berthelette et coll., 2006).

Les programmes de formation privilégient, généralement, l'apprentissage de méthodes, gestes et postures prescrits. En effet, la formation comme moyen de prévention des maux de dos dans les centres de soins et d'hébergement a été longtemps réduite à l'enseignement de techniques de manutention des patients (Hignett et Crumpton, 2007 ; Warming et coll., 2008). Ce sont des formations principalement centrées sur l'apprentissage des principes biomécaniques (Faye et coll., 2011). Cela fait dire à Teiger (2002) que le but de tels programmes est d'amener les travailleurs à se doter de « *bonnes habitudes, c'est-à-dire, de bons gestes et de bonnes postures, qui deviendront des automatismes dans le travail quotidien, indépendamment du contexte de l'activité et sans tenir compte de*

l'expérience ». Aujourd'hui, les formations tiennent compte, de plus en plus, des contextes dans lesquels interviennent les travailleurs en partant des situations de travail. D'où l'apparition et le développement de l'approche par compétences que nous examinerons en détail dans le prochain chapitre (3). Elles sont, également, intégrées dans des interventions qui comprennent plusieurs composantes (équipements, changements organisationnels, etc.) dans le but de produire les effets escomptés.

2.5 ÉVALUATION DES EFFETS DES PROGRAMMES DE FORMATION VISANT LA PRÉVENTION PRIMAIRE DES MAUX DE DOS : DES RÉSULTATS MITIGÉS, VOIRE CONTRADICTOIRES

Beaucoup de questions ont été posées sur l'efficacité des programmes de formation mis en place pour prévenir les risques liés aux maux de dos (Clemes et coll., 2010). Au cours des dernières années, beaucoup d'études ont porté sur l'évaluation des effets des programmes de formation visant à prévenir les maux de dos (Berthelette et coll., 2006). Selon ces auteurs, les résultats de ces évaluations, que nous allons présenter et analyser ci-après, peuvent être regroupés par catégories d'effets : intermédiaires ou finaux. Les effets intermédiaires de la formation peuvent être composés de plusieurs éléments notamment les connaissances acquises, c'est-à-dire le degré d'assimilation et de compréhension des apprentissages, et les comportements adoptés, c'est-à-dire la mise en œuvre, en situation de travail, des apprentissages (Berthelette et coll., 2006). D'après ces derniers auteurs, les effets ultimes des programmes de formation visant la prévention des maux de dos concernent notamment la réduction des symptômes perçus et l'incidence des maux de dos au sein du personnel exposé.

Certains résultats des évaluations des programmes de formation visant la prévention primaire des maux de dos font état de la production d'effets intermédiaires positifs. C'est le cas de Lynch et Freund (2000) qui ont évalué une intervention visant la prévention des maux de dos implantée dans un centre

d'hébergement. Ce programme comportait un volet formation similaire à celui du PDSB aussi bien dans ses modalités (formateurs choisis parmi les travailleurs et formés pour diffuser la formation à leurs collègues) que dans son organisation (formation faite sur les lieux de travail). Le contenu de l'intervention s'articulait autour de l'achat d'équipements, de la formation de formateurs et de la formation de 374 personnels soignants. Les résultats obtenus faisaient état d'un accroissement des connaissances des travailleurs formés relativement aux facteurs de risque associés aux maux de dos.

En effet, certaines revues de littérature (Cohen et Colligan, 1998 ; Robson et coll., 2010) confirment que la formation permet d'atteindre des objectifs immédiats et à court terme notamment la sensibilisation aux dangers, l'amélioration des connaissances et l'acquisition de compétences. L'atteinte de ces objectifs immédiats et à très court terme serait de nature à faciliter, dans une étape ultérieure, la réduction des risques et l'amélioration de la sécurité au travail (Cohen et Colligan, 1998). Ce même constat a été fait, également, par Maher (2000) qui affirme que la formation augmente le niveau de connaissances des travailleurs. Mieux, Gatty et coll. (2003), qui ont effectué une revue de littérature entre 1995 et 2000, ont constaté que des résultats positifs ont été associés aux interventions consistant à former les travailleurs individuellement ou par petits groupes. Burke et coll. (2006) précisent que les actions de formation qui requièrent un plus grand engagement des travailleurs concernés (formations axées sur l'initiation aux bons comportements ou sur la pratique avec utilisation de méthodes pédagogiques participatives) permettent d'acquérir des connaissances et contribuent à la réduction des lésions professionnelles au contraire des formations qui exigent des travailleurs moins d'engagement (formations faites sous forme de cours magistraux, de distribution de brochures ou de visionnement de vidéos) ou peu d'engagement (formations basées sur des retours d'expériences ou à distance). Enfin, certaines revues de littérature convergent sur l'efficacité des programmes de prévention basés sur la formation dont le contenu s'articule autour des

exercices physiques (Maher, 2000 ; Linton et Van Tulder, 2001 ; Van Poppel et coll., 2004).

À l'inverse, d'autres études évaluatives des actions de formation visant les maux de dos ont conclu à l'inefficacité de ces programmes. C'est ainsi que Bohr et Barrett (1997) ont remis en question l'efficacité des programmes de prévention basés sur la formation évalués auprès de 10 entreprises. Il convient de souligner, toutefois, dans l'étude réalisée par Bohr et Barrett (1997), que les méthodes de collecte de données et les paramètres mesurés ont varié pour chacune des 10 compagnies où les effets de la formation étaient évalués. Une autre limite méthodologique s'est ajoutée à cela : le changement de comportement était considéré, dans cette étude, comme un indicateur clé des résultats à obtenir, mais les variables qui lui sont associées n'ont pas été mesurées.

S'agissant des résultats des évaluations des programmes de formation selon les effets finaux ou ultimes, nous pouvons trouver, dans la littérature, quelques études qui rapportent des résultats globalement positifs. Il en est ainsi de l'étude réalisée par Best (1997), laquelle a permis d'observer une tendance à la baisse de l'incidence de la douleur au dos chez le personnel infirmier qui avait reçu une formation ($n = 18$) et une augmentation dans le groupe de contrôle ($n = 19$). D'après Best (1997), près de 4% des infirmières avaient trouvé que les techniques apprises leur avait facilité les transferts de patients. L'observation effectuée 3 mois après la diffusion de la formation n'avait, cependant, pas permis de constater des différences significatives entre les groupes. Les résultats de l'étude de Massy-Westropp et Rose (2004) s'inscrivent dans la même tendance : une étude rétrospective, sur 14 ans, a permis de constater une réduction du nombre et de la gravité des lésions déclarées qu'aurait permis un programme de formation aux techniques de manutention manuelle, d'une durée de 15 heures, destiné aux personnels soignants du Sud de l'Australie. Toutefois, ces auteurs soulignent, eux-mêmes, un certain nombre de faiblesses pouvant affecter la portée de leurs résultats notamment le fait d'utiliser les « journées perdues » comme un indicateur

de la gravité des blessures lorsqu'on sait la durée d'absence pourraient résulter d'autres facteurs. Enfin, l'étude de Lynch et Freund (2000) présente, également, une réduction des lésions musculosquelettiques pour les travailleurs ayant subi une formation.

L'une des revues de littérature les plus importantes, en termes de nombre d'études incluses et de période d'inclusion, relatives aux interventions visant à réduire les facteurs de risques associés à la manutention des patients a été réalisée par Hignett (2003). Elle couvre la période allant de 1960 à 2001 et a permis de recenser 2 796 documents et d'en évaluer 880. Les résultats de cette revue de littérature apportent une double confirmation : d'une part, les interventions basées uniquement sur la formation aux techniques de manutention manuelle n'ont aucun impact sur les pratiques de travail ni sur le niveau de prévalence des lésions et, d'autre part, les interventions qui combinent plusieurs moyens (évaluation des risques, équipements, formation, modifications des postes de travail, changement des politiques et procédures, entraînement physique, suivis médicaux, etc.) ont une grande probabilité de réduire les facteurs de risques associés à la manutention des patients. Les résultats de la récente revue de littérature de Tullar et coll. (2010), effectuée entre 1980 et 2006 et concernant les interventions menées dans les centres d'hébergement pour réduire les lésions musculosquelettiques, vont dans le même sens que ceux de Hignett (2003).

L'inefficacité des programmes de prévention uniquement basés sur la formation, en termes de réduction du nombre de lésions au dos, a été soulignée par plusieurs auteurs au terme d'une revue de littérature (Maher, 2000 ; Linton et Van Tulder, 2001 ; Clemen et coll., 2010 ; Robson et coll., 2010) de même que celle du port de ceintures lombaires (Gatty et coll., 2003 ; Van Poppel et coll., 2004). En effet, l'analyse des résultats de six études randomisées impliquant 17 720 participants et de cinq études de cohorte concernant 772 participants effectuée par Martino et coll. (2008) aboutit à la conclusion selon laquelle les actions de formation initiées n'ont pas permis une réduction des lésions aux dos. Haslam et coll. (2007) disent

la même chose, au terme d'une revue systématique de la littérature, en concluant que les principes enseignés étaient peu appliqués et qu'il y avait très peu de preuves qui démontrent l'efficacité des actions de formation.

Les résultats de Morken et coll. (2002) s'inscrivent dans la même dynamique en concluant que la formation n'avait pas permis de réduire le nombre de lésions musculosquelettiques dans les groupes expérimentaux comparativement aux groupes de contrôle suite à une étude randomisée menée auprès de 2 181 travailleurs de 8 usines d'aluminium norvégiennes, avec la constitution de 3 groupes expérimentaux et 2 groupes de contrôle. Plusieurs auteurs en sont arrivés à la même conclusion en affirmant qu'il existe une forte évidence selon laquelle les interventions visant la prévention primaire des maux de dos axés principalement sur la formation aux techniques de manutention des patients ne soient pas efficaces (Martinelli et coll., 2004 ; Warming et coll., 2008). Toutefois, une intervention basée sur une combinaison des moyens, formation et exercices physiques notamment, peut produire des résultats qui vont dans le sens d'une amélioration de la prévention des maux de dos (Warming et coll., 2008).

D'autres études ont conclu au caractère mitigé des actions de formation visant à prévenir les maux de dos. Il en est ainsi de celle réalisée par Fanello et coll. (2002) auprès d'employés d'un hôpital, laquelle avait permis de constater, 2 ans après, que le nombre de cas de maux de dos avait davantage augmenté dans le groupe expérimental (n = 123). En outre, les modalités de la formation (donnée sur le lieu de travail même) étaient appréciées par les travailleurs. Horneij et coll. (2001) ont évalué et comparé, auprès de 282 femmes membres du personnel soignant d'une structure sanitaire, les effets de deux programmes d'intervention visant la prévention des maux de dos (programme d'initiation aux techniques de transfert des bénéficiaires et programme de gestion du stress au travail). Ils arrivent à la conclusion, 18 mois après, qu'il y avait une diminution de l'effort physique perçu dans le premier programme et une amélioration de la perception des douleurs au dos dans le second sans toutefois constater des différences

significatives entre les 2 programmes. Lorenz et coll. (2002) font un double constat au terme d'une étude visant à évaluer l'efficacité d'un programme de formation aux techniques sécuritaires de manutention au profit de 408 employés de manutention : si des progrès avaient été notés chez les plus jeunes, par contre, il n'en a pas été de même chez les travailleurs plus âgés et plus anciens dans l'emploi.

Au total, les limites associées à ces revues de littératures sont nombreuses et sont essentiellement d'ordre méthodologique. En effet, bon nombre d'auteurs ont inclus dans leur analyse des programmes de prévention primaire et secondaire, c'est à dire des programmes qui concernaient à la fois des travailleurs exempts de toute lésion et des travailleurs déjà victimes de maux de dos non handicapants (Lahad et coll., 1994 ; Westgaard et Winkel, 1997 ; Linton et coll., 2001 ; Tveito et coll., 2004). Des différences peuvent être notées entre les bilans de connaissances relativement aux méthodes d'échantillonnage utilisées par les études analysées : si certains ont inclus dans leur analyse, à la fois, des études randomisées et non randomisées (Lahad et al, 1994 ; Rys et Konz, 1995 ; Linton et coll., 2001 ; Gatty et coll., 2003 ; Van Poppel et coll., 2004) d'autres, par contre, se sont limités exclusivement aux études randomisées (Dillingham, 1998 ; Maher, 2000). Des différences apparaissent également au niveau des stratégies de recherche. En effet, certains bilans de connaissances ont intégré plusieurs types de devis notamment le devis quasi expérimental pré et post test avec groupe témoin non équivalent, devis quasi expérimental avec post test seulement (King, 1993 ; Lahad et coll., 1994 ; Karas et Conrad, 1996; Gatty et coll., 2003 ; Van Der Molen, 2005). Alors que d'autres ont exclu toutes les études qui n'avaient pas de groupes de contrôle (Maher, 2000). Une autre limite méthodologique importante a été soulevée par Berthelette et coll.(2006) et tient à la conceptualisation des évaluations comme des boîtes noires, c'est-à-dire l'absence d'une description de la théorie sous-jacente (la nature des mécanismes par lesquels ces programmes sont censés améliorer les connaissances, puis entraîner l'adoption des comportements recommandés). En effet, le modèle de la « boîte noire » évalue de

façon simple les relations entre l'input et l'output (Chen, 1990) et peut conduire à une erreur de troisième (3^{ième}) type (Dobson et Cook, 1980 cités par Champagne et Denis, 1992), c'est-à-dire le fait d'évaluer les effets d'une intervention insuffisamment implantée. Cette lacune méthodologique que partagent bon nombre d'études a été déjà soulignée par Scheirer (1987). L'absence de vérification, au préalable, de l'implantation des programmes évalués c'est à dire la mesure de leur niveau d'intégrité et celle du degré de leur mise en œuvre (Scheirer, 1987 ; Berthelette et coll., 2006) constitue, également, une lacune méthodologique que partagent plusieurs de ces études. En effet, des écarts peuvent exister entre les composantes des programmes prescrits et celles effectivement implantées (Berthelette, 1999 ; Contandriopoulos et coll., 2000). Cela rend nécessaire la description de l'implantation, c'est à dire celle du degré d'intégrité du programme implanté comparativement au programme prescrit. Enfin, dans une perspective de recherche évaluative, une dernière lacune s'ajoute à celles déjà notées : la faible ou l'absence de prise en compte de l'influence des éléments contextuels (Bohr et Barrett, 1997).

En plus des limites déjà soulignées, plusieurs autres altèrent les résultats de ces études évaluatives notamment le fait qu'aucun détail n'ait été fourni sur la validité des instruments d'évaluation utilisés (Lynch et Freund, 2000). Dans certains cas, la faiblesse des résultats tient, d'une part, aux forts taux d'attrition dans les études prospectives (Horneij et coll., 2001; Linton et Van Tulder, 2001) et, d'autre part, à la petitesse des échantillons qui ne permet pas de détecter la présence de différences sur le plan statistique (Horneij et coll., 2001; Lorenz et coll., 2002). La petitesse de la taille des échantillons a été déjà soulignée comme étant une limite des études dans les revues de littératures réalisées (Linton et Van Tulder, 2001). Une autre limite, non moins importante, tient à l'insuffisance, voire à l'absence de la prise en compte des influences des contextes dans lesquels chacune des interventions s'est déroulée (Chiaburu et Tekleab, 2005).

2.6 QUESTION DE RECHERCHE

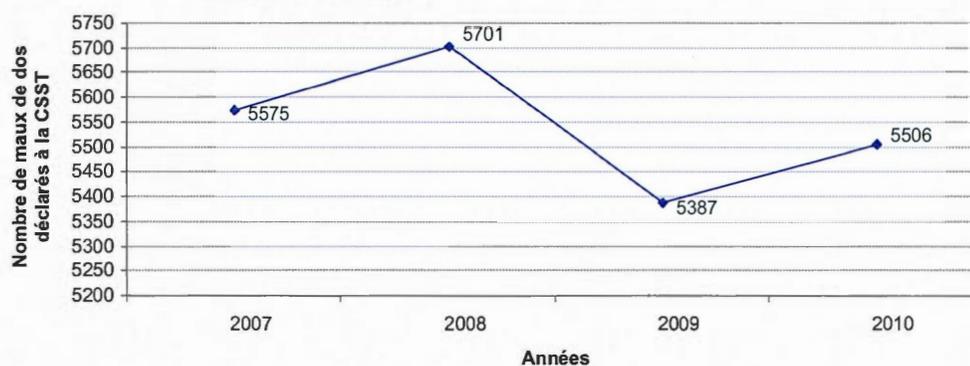
Pour favoriser la prévention primaire des maux de dos au sein des établissements de soins et des centres d'hébergement pour personnes âgées du Québec, l'ASSTSAS a conçu le programme PDSB. Ce programme repose sur une approche orientée vers la résolution de situations ou de problèmes et n'est pas centré sur les savoirs. Il repose donc sur une « *approche par principes* » (ASSTSAS, 2007b), c'est-à-dire une approche qui consiste à « *donner au soignant une latitude dans la détermination de sa stratégie d'exécution de la tâche (...) en déterminant la combinaison de principes la plus sécuritaire en fonction de sa situation de travail réelle* » (ASSTSAS, 2007b). La finalité de cette approche est de rendre le personnel soignant apte à combiner toutes les ressources disponibles pour parvenir au choix de la stratégie d'exécution de la tâche la plus sécuritaire. Cela est aussi appelé « *approche par compétences* ». Aujourd'hui, en plus des sessions de formation offertes aux travailleurs déjà en activité dans les établissements de santé et d'hébergement pour personnes âgées, le PDSB est dispensé dans les programmes visant la formation de personnels soignants aux niveaux collégial, universitaire et professionnel.

La revue de littérature effectuée par Clemen et coll. (2010) relativement à l'efficacité des programmes de formation mis en place pour prévenir les risques liés à la manutention manuelle indique que les techniques de manutention apprises par les travailleurs durant leur formation ne sont pas appliquées sur les lieux de travail. Au terme d'une enquête relative au niveau d'utilisation des apprentissages sur les lieux de travail, Saks (2002) aboutit au constat selon lequel les travailleurs font usage de 62% de ce qu'ils ont appris en formation immédiatement après celle-ci. D'après cet auteur, ce taux d'utilisation des apprentissages sur les lieux de travail tombe à 44%, six mois après la formation puis chute à 34% au bout d'une année. Au fur et à mesure que le temps passe, les travailleurs utilisent de moins en moins les apprentissages qu'ils ont reçus : seuls 10 à 20% des apprentissages sont utilisés sur les lieux de travail trois ans après la formation

(Broad et Newstrom, 1992 ; Toupin, 1997). Ces chiffres, qui s'inscrivent dans le même sens que les résultats d'études antérieures (Baldwin et Ford, 1988 ; Burke et Baldwin, 1999 ; Olsen, 1998), font du niveau d'utilisation des apprentissages sur le lieu de travail après une formation une préoccupation fondamentale pour les praticiens et les chercheurs en gestion des ressources humaines (Burke et Hutchins, 2007).

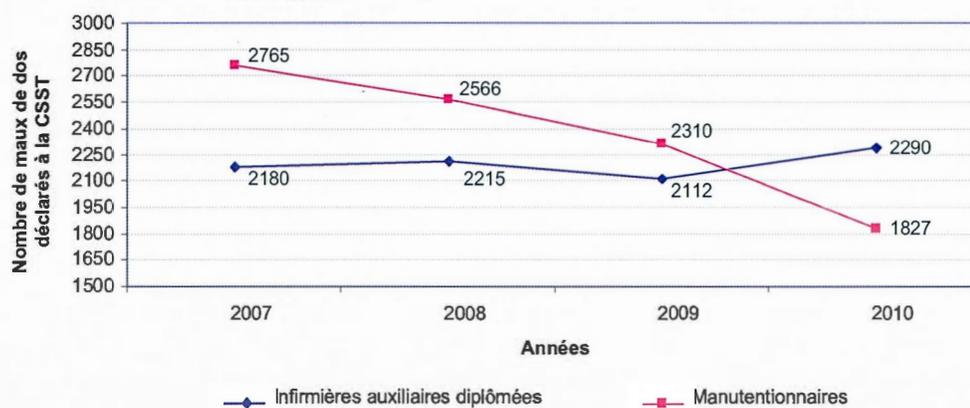
En dépit des efforts de formation au PDSB réalisés par les centres de santé et d'hébergement pour personnes âgées, le nombre de maux de dos déclarés à la CSST par les établissements relevant du secteur d'activité économique " Services médicaux et sociaux " a augmenté en 2010 après avoir enregistré un infléchissement en 2009 comme le montre la figure 2.1. Cette même tendance à la hausse s'observe au niveau de la profession des " Infirmières et auxiliaires diplômées " contrairement à la profession des " Manutentionnaires " qui enregistre, de façon continue depuis 2007, une baisse du nombre de maux de dos déclarés à la CSST (figure 2.2). Au total, les actions de formation au PDSB initiées au profit des personnels soignants de la province du Québec ne semblent pas se traduire par une baisse des maux de dos dans le nombre total de lésions professionnelles déclarées par les établissements relevant du secteur d'activité économique " Services médicaux et sociaux " (figure 2.1). Cette situation constitue une raison supplémentaire de s'interroger sur l'utilisation, en milieu de travail, des connaissances ou compétences acquises après avoir bénéficié d'une formation PDSB.

Figure 2.1 Évolution du nombre de maux de dos déclarés à la CSST par les établissements relevant du secteur d'activité économique "Services médicaux et sociaux"



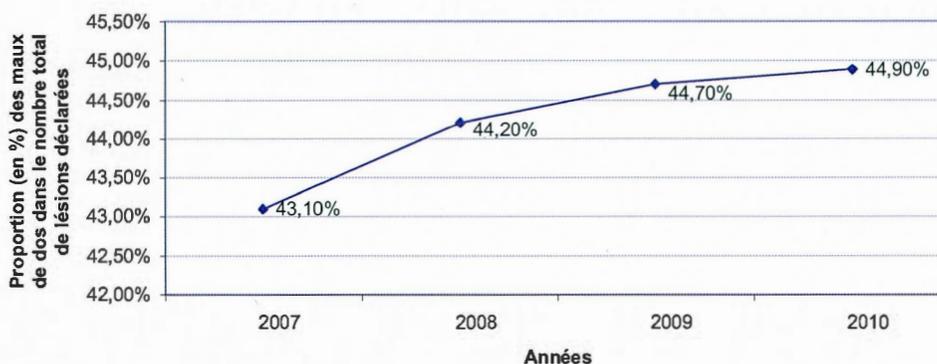
Sources : CSST, 2011, « Statistiques sur les affections vertébrales 2007-2010 », Service de la statistique, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information, Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Figure 2.2 Évolution comparative du nombre de maux de dos déclarés à la CSST par les 2 professions les plus exposées : "Infirmières auxiliaires"



Sources : CSST, 2011, « Statistiques sur les affections vertébrales 2007-2010 », Service de la statistique, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information, Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Figure 2.3 Évolution de la proportion (en %) des maux de dos relativement à l'ensemble des lésions déclarées à la CSST par le secteur d'activité économique "Services médicaux et sociaux"



Sources : CSST, 2011, « Statistiques sur les affections vertébrales 2007-2010 », Service de la statistique, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information, Commission de la santé et de la sécurité du travail.

La combinaison de l'ensemble de ces raisons nous a guidé à choisir la question de recherche formulée de la façon suivante :

Comment le contexte organisationnel influence-t-il l'utilisation sur le lieu de travail des compétences acquises à travers un programme de formation basé sur une approche par compétences et qui vise la prévention primaire des maux de dos ?

En effet, de nombreuses recherches sur le transfert ont pu établir que l'environnement de travail peut favoriser ou entraver l'utilisation des connaissances apprises ou des compétences acquises durant une formation (Baldwin et Ford, 1988; Rouiller et Goldstein, 1993; Tracey et coll., 1995; Truc, 1991; Kontoghiorghes, 2001; Russ-Eft, 2002; Frenay et Bédard, 2004; Kontoghiorghes, 2004; Chiaburu et Tekleab, 2005).

En dépit de l'importance de l'influence qu'exerce l'environnement du travail sur l'utilisation des connaissances ou des compétences nouvellement acquises par les travailleurs, peu d'études ont été conduites en vue d'opérationnaliser et

d'expliquer cette influence (Kontoghiorghes, 2001). D'après ce dernier, beaucoup d'auteurs ne prennent pas suffisamment compte, dans la réalisation de leurs études, des caractéristiques de la situation dans laquelle le travailleur accomplit ses tâches, c'est-à-dire le contexte organisationnel et ne posent pas beaucoup de questions sur comment celui-ci exerce une influence sur l'utilisation des connaissances ? Parmi les rares études qui ont examiné les relations entre le contexte organisationnel et l'usage effectif des connaissances et des compétences acquises par le biais d'une formation figure celle de Rouiller et Goldstein (1993). Ces auteurs définissent le contexte organisationnel comme « *des situations et conséquences qui inhibent ou facilitent le transfert, sur le lieu de travail, de ce qui a été appris en formation* ». Par situations, ces auteurs entendent l'ensemble des actions, dans l'environnement de travail, qui rappellent aux travailleurs la formation qu'ils ont suivie ou les occasions d'utiliser ce qu'ils ont appris sur leur lieu de travail. Rouiller et Goldstein (1993) définissent les conséquences comme tout élément éventuel de l'environnement de travail qui pourrait affecter l'utilisation des apprentissages par les travailleurs ayant subi une formation. Ces auteurs concluent qu'il y a plus de chance de parvenir à une application, sur le lieu de travail, des apprentissages lorsqu'on est en face d'un contexte organisationnel favorable. Kontoghiorghes (2001) définit, pour sa part, un contexte organisationnel favorable par l'existence d'un support et d'un encouragement de la hiérarchie à appliquer les apprentissages, l'implication des travailleurs auxquels la formation est destinée (approche participative) et la ressemblance du contexte d'apprentissage avec celui du travail sans toutefois préciser la nature des dimensions qui doivent être similaires. Les constats de Rouiller et Goldstein (1993) ont été, par la suite, largement confirmés, en tout ou partie, par d'autres auteurs notamment par Tracey et coll. (1995), Kontoghiorghes (2004), Cromwell et Kolb (2004) et Devos et Dumay (2006).

2.7 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Les maux de dos d'origine professionnelle sont identifiés parmi les problèmes de santé chroniques les plus fréquents au point que la réduction de l'incidence des troubles musculosquelettiques (qui englobent les maux de dos) est considérée comme un objectif de santé prioritaire dans de nombreux pays industrialisés. Ils demeurent un motif de préoccupation, non seulement en raison de leurs effets sur la santé des travailleurs, mais aussi en raison de leur impact sur la productivité au travail et sur les coûts liés à leur prise en charge. La catégorie professionnelle la plus touchée est le personnel soignant, principalement les préposés aux bénéficiaires, les infirmières et les infirmières auxiliaires, du fait des tâches énergétiquement coûteuses que ces travailleurs accomplissent.

Des interventions de nature diverse sont réalisées dans le but de prévenir les maux de dos chez le personnel soignant notamment la formation, les changements organisationnels et la mécanisation des tâches de manutention manuelle des patients. La formation, qui est souvent choisie, privilégiait, dans un premier temps, l'apprentissage de méthodes, gestes et postures prescrits avant d'évoluer, aujourd'hui, vers une approche par compétences. Le recours fréquent à la formation pour prévenir les maux de dos a favorisé la multiplication des études portant sur l'évaluation des effets de ces programmes de formation. Les résultats auxquels ces études ont abouti sont mitigés voire contradictoires : si certains résultats font état de la production d'effets intermédiaires positifs notamment l'accroissement des connaissances, d'autres concluent à l'inefficacité des programmes de formation étant donné qu'ils ne permettent pas toujours de produire les effets ultimes escomptés notamment la réduction des symptômes perçus et l'incidence des maux de dos au sein du personnel exposé. De plus, de nombreuses limites méthodologiques sont associées à ces études comme le mélange de programmes de prévention primaire et secondaire, les différences dans les méthodes d'échantillonnage utilisées, la conceptualisation des évaluations

comme des boîtes noires et l'absence de vérification, au préalable, de l'implantation des programmes évalués.

Plusieurs auteurs en sont arrivés à la même conclusion en affirmant qu'il existe une forte évidence selon laquelle les interventions visant la prévention primaire des maux de dos axées principalement sur la formation ne soient pas efficaces alors qu'une intervention basée sur une combinaison des moyens, formation et exercices physiques notamment peut produire des résultats qui vont dans le sens d'une amélioration de la prévention des maux de dos.

Il ressort de ces nombreuses études que les techniques et principes de manutention appris par les travailleurs durant leur formation ne sont que faiblement ou pas du tout appliqués sur les lieux de travail, ce qui fait du niveau d'utilisation des apprentissages sur le lieu de travail une préoccupation fondamentale pour les praticiens et les chercheurs en gestion des ressources humaines. L'influence du contexte organisationnel n'est pas étrangère à cette faiblesse. Elle a été peu prise en compte dans les nombreuses études qui existent. Lorsque l'influence du contexte organisationnel sur l'utilisation des apprentissages ou des compétences acquises est mentionnée, on n'explique pas comment cette influence s'opère. D'où la formulation de notre question de recherche qui vise à comprendre et à décrire les mécanismes par lesquels les facteurs contextuels agissent sur l'utilisation des apprentissages ou des compétences sur les lieux de travail, particulièrement en ce qui concerne les compétences visant à prévenir les maux de dos.

CHAPITRE III

LA FORMATION COMME MOYEN DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES MAUX DE DOS

Les maux de dos ont des répercussions socio-économiques importantes (journées de travail perdues, coûts afférents à la prise en charge, etc.) outre les conséquences médico-psychosociales non négligeables qu'ils peuvent entraîner (Doumont et Libion, 2001). C'est pourquoi de nombreuses initiatives sont prises notamment dans les hôpitaux et centres d'hébergement pour les prévenir (Engkvist, 2006 ; Tullar et coll., 2010) à travers l'implantation de programmes de prévention primaire.

La prévention est définie comme étant « l'ensemble des mesures techniques, psychologiques et organisationnelles susceptibles de réduire le risque » et renvoie à des mesures collectives Malchaire (2002). La classification des actions de prévention peut se décliner en prévention primaire, en prévention secondaire et en prévention tertiaire (Malchaire, 2002 ; Franc et Lesur, 2004 ; Lacroix, 2007). La prévention primaire désigne les mesures visant à éliminer ou éviter les risques (Malchaire, 2002 ; Lacroix, 2007). La prévention secondaire cherche à limiter les risques en dépistant et en prenant en charge les facteurs de risques (Franc et Lesur, 2004). La prévention tertiaire renvoie à la gestion des lésions survenues et à la prévention des complications et des récurrences qu'elles peuvent entraîner (Lacroix, 2007).

Des stratégies variées sont utilisées pour favoriser la prévention primaire des maux de dos. La formation est apparue comme l'une des plus usitées (Clèmes et coll., 2010). Les actions de formation sont initiées selon des approches différentes, mais complémentaires avec des contenus variés qui s'adosent généralement sur les principes biomécaniques (3.1). La multiplication des

actions de formation a donné lieu, au cours de ces dernières années, à la publication de plusieurs études relatives à des interventions visant la prévention des maux de dos basées en tout ou partie sur des programmes de formation (Tveito et coll., 2004 ; Berthelette et coll., 2006). L'échec des programmes de formation basés sur l'enseignement de gestes et postures prescrits a favorisé l'émergence de nouveaux types de programmes orientés vers la résolution des situations de travail problématiques et qui permettent aux travailleurs de choisir les compétences à mettre en œuvre selon les contextes d'intervention, c'est-à-dire une approche par compétences (3.2). Ces nouveaux types de programmes de formation sont conçus de manière à favoriser l'utilisation effective des connaissances apprises ou des compétences acquises sur les lieux de travail (3.3). Le recours accru à la formation comme moyen de prévention primaire des maux de dos a rendu nécessaire, de plus en plus, l'évaluation des actions de formation pour en vérifier les résultats obtenus (3.4).

3.1 APPROCHES UTILISÉES ET CONTENU DES FORMATIONS EN PRÉVENTION DES MAUX DE DOS

Un examen des nombreuses études qui se sont intéressées aux programmes visant la prévention des maux dos révèle que peu de ces programmes sont axés exclusivement sur des actions de formation (King, 1993 ; Engels et coll., 1998 ; Yassi et coll., 2001 ; Lorenz et coll., 2002 ; Hartvigsen et coll., 2005 ; Pedersen et coll., 2007). Une grande partie des études publiées est relative à des programmes de prévention qui combinent des activités de formation et d'autres types d'initiatives (Lahad et coll., 1994 ; Gebhardt, 1994 ; Van Poppel et coll., 1997 ; Maher, 2000 ; Tveito et coll., 2004 ; Van Poppel et coll., 2004, etc.). Dans tous les deux cas, le contenu des activités de formation repose, généralement, sur l'enseignement de principes et techniques biomécaniques.

Parmi les programmes centrés exclusivement sur la formation figurent ceux étudiés par Hartvigsen et coll. (2005) et de Pedersen et coll. (2007). Hartvigsen et

coll. (2005) se sont intéressés à un programme de prévention des maux de dos destiné à un personnel soignant consistant à une formation donnée par un instructeur à raison de 1 heure par semaine pendant 2 ans sur les techniques de manutention et les principes biomécaniques. Pedersen et coll. (2007) relatent, quant à eux, une formation destinée à un personnel soignant, d'une durée de 40 minutes, étalée sur une période de 3 mois à raison de 2 fois par semaine. La formation est essentiellement basée sur des exercices biomécaniques (mouvements du tronc, maintien de l'équilibre, etc.).

Les programmes de prévention des maux de dos basés sur la formation associée à d'autres activités sont plus nombreux. En plus d'une formation de 2 jours sur les techniques de transfert de base, le programme relaté par Smedley et coll. (2003) comporte d'autres volets notamment l'implication des responsables chargés de la supervision des travailleurs formés, la fourniture d'équipements et la mise en place d'un réseau d'infirmières de liaison chargées d'assurer le suivi des actions au sein des différentes unités. D'autres types d'activités associés à la formation sont évoqués par certains auteurs notamment l'offre d'un service de suivi et d'assistance en termes de conseils aux travailleurs formés (Ore, 2003), l'entraînement physique à travers des exercices d'aérobic et de résistance (Warming et coll., 2008), les exercices de réchauffement ou d'étirement (Feldstein et coll., 1993), le port de ceintures lombaires (Van Poppel et coll., 1998), la réorganisation du travail (Nygard, 1998), la sensibilisation des travailleurs et l'offre de services de physiothérapie (Brown et coll., 2002), la modification des tâches, le port de ceintures lombaires ainsi que la mise à disposition d'équipements d'aide à la manutention manuelle (Karas et Conrad, 1996 ; Gatty et coll., 2003 ; Hignett, 2003).

Quant au contenu des programmes de formation, ils sont généralement centrés sur la mécanique corporelle et les techniques de manutention manuelle (Hignett et Crumpton, 2007 ; Warming et coll., 2008). En effet, les principes biomécaniques constituent l'axe nodal sur lequel reposent les programmes de formation dont la

littérature a rendu compte (Jones et coll., 1999 ; Best, 1997 ; Langerström, 1998 ; Fanello et coll., 2002 ; Radovanovic et Alexandre, 2004). Ils sont généralement relatifs aux techniques du dos non courbé, aux genoux fléchis, à l'utilisation de la technique des bras enveloppants, au rapprochement et au contre balancement de la charge, au maintien de l'équilibre, à etc. (Best, 1997, Johnsson et coll., 2002 ; Fanello et coll., 2002). Ces principes biomécaniques enseignés proviennent de deux sources : d'une part, des manuels ou codes de bonnes pratiques et, d'autre part, des normes ergonomiques décidées ou suggérées par certains organismes. Dans le premier cas, il est fait référence, par exemple, aux manuels tels que le Dotte (Méthode de manutention des malades - Ergomotricité dans le domaine du soin) et le Safer Handling of Loads at Work – A Practical Ergonomic Guide de Birnbaum. Dans le second cas, les principes biomécaniques enseignés se sont inspirés des recommandations et directives établies par des organismes tels que le OSHA ou le NIOSH.

Au-delà des principes biomécaniques, les programmes de formation englobent d'autres aspects notamment l'analyse des composantes des situations de déplacement des bénéficiaires et celle des ressources disponibles, l'appréciation des besoins des patients à manutentionner et celles des contraintes liées à l'environnement de travail, la prise en compte du degré d'assistance dont le patient a besoin, l'utilisation des équipements, etc. (Johnson et coll., 2002 ; Cremilde et Neusa, 2004). En plus de ces éléments, certains contenus comportent des éléments notionnels qui visent à permettre aux participants une meilleure prise en compte de l'environnement de travail (Langerström et coll., 1998 ; Jones et coll., 1999). Quant au programme PDSB, objet de notre recherche, il repose sur trois types d'interventions : la formation des travailleurs, la formation d'agents de suivi et la réalisation d'activités de prévention (Berthelette et coll., 2006) et s'inscrit dans ce registre.

3.2 FORMATION VISANT LA PRÉVENTION PRIMAIRE DES MAUX DE DOS : DES PROGRAMMES DE PLUS EN PLUS FONDÉS SUR UNE APPROCHE PAR COMPÉTENCES

Aujourd'hui, « *les programmes de prévention primaire des maux de dos basés sur la formation privilégient, de plus en plus, des approches orientées vers la résolution des situations de travail problématiques avec la possibilité offerte aux travailleurs de choisir et de combiner des principes moins à risque selon les contextes d'intervention [...], c'est-à-dire des programmes de formation basés sur une approche par compétences* » (Faye et coll., 2011). C'est ainsi que le Royal College of Nursing (RCN) du Royaume-Uni a développé un programme de formation basé sur une approche par compétences pour prévenir les risques de maux de dos liés aux tâches de manutention des patients (RCN, 2003). Cette initiative du RCN fait suite à celle du WorkCover en Australie (WorkCover NSW, 1998 ; 2001). Selon Hignett et Crumpton (2007), le modèle de formation qui découle de l'approche par compétences adoptée par le RCN s'articule principalement autour des 3 aspects que sont l'éducation aux compétences clés, la supervision de la pratique quotidienne et la facilitation à la résolution de problème.

Avant de voir ce que recouvre le concept d'« approche par compétences » et de cerner ses éventuelles implications, il nous paraît nécessaire de définir, au préalable, la notion de « compétence ».

La notion de compétence est devenue une référence commune à plusieurs milieux professionnels (Parlier, 1998). Elle est définie différemment selon les champs disciplinaires : éducation, linguistique, psychologie et sciences du travail (Jonnaert, 2002). Pendant longtemps, le concept de « qualification », que Jonnaert (2002) définit comme « *les qualités qu'une personne doit acquérir et détenir pour faire un travail donné* », a prévalu dans le domaine des sciences du travail. Il découle d'une vision instrumentaliste, c'est-à-dire qu'on se préoccupe davantage

des savoirs définis pour occuper un emploi ou une classe d'emplois sans prise en compte du contexte de leur mise en œuvre (Jobert, 1999). La qualification revêt deux caractéristiques principales : d'une part, elle est indépendante du contexte de sa mise en œuvre et, d'autre part, elle est le résultat de négociations collectives (Bellier, 1999). La nécessité de prendre en compte la dynamique de mise en œuvre des savoirs et du savoir-faire dans un contexte déterminé a dicté l'évolution de la notion de « qualification » vers celle de la « compétence ». C'est dans cette perspective que s'inscrit l'une des premières définitions de la notion de « compétence » proposée par Vatiez (1968) : la compétence est « *la conjonction harmonieuse des trois verbes : savoir, pouvoir, vouloir* ». En se fondant sur les tâches à accomplir, cet auteur définit une personne compétente comme celle qui « *sache comment le travail peut se faire, qui puisse faire le travail demandé et qui veuille faire le travail* » (Vatiez, 1968). Cette définition, qui repose sur la trilogie savoir (connaissance) - savoir-faire (aptitude) - savoir-être (bonne volonté), a servi de socle à bien d'autres. L'usage généralisé et fréquent de cette trilogie ne repose pas sur une théorie scientifiquement établie, mais s'explique par la simplicité et la commodité qu'elle présente (Bouteiller et Gilbert, 2005). C'est pourquoi les définitions de la notion de compétence centrée uniquement sur cette trilogie comportent un certain nombre de faiblesses (Le Boterf, 2001) notamment le fait de considérer la compétence comme une somme de savoirs ou des ressources abstraites. Elles ne tiennent pas compte de l'aspect combinatoire et interactif des savoirs ni de leur contexte d'exécution. Les faiblesses de ces définitions tiennent au fait qu'elles s'inscrivent dans une perspective taylorienne de l'organisation du travail où « *le découpage et l'ordonnement de gestes élémentaires induisaient une approche de la compétence en termes d'addition, de mise en œuvre successive de savoir-faire élémentaires* » (Le Boterf, 2001).

La nécessité de prendre en compte l'aspect combinatoire des différents savoirs dans un contexte déterminé a amené Jonnaert et coll. (2004) à définir la compétence comme « *la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié, mais coordonné de ressources ;*

cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation ». Dans ces conditions, les compétences sont objectivables en ce sens qu'elles peuvent donner lieu à des comportements, des actions ou des résultats qu'on peut observer (WorkCover NSW, 2001).

La définition de la compétence que donne Le Boterf (2001) peut être inférée de celle d'une personne qui sait agir avec compétence, qu'il définit comme la personne qui

- *« sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources, etc.),*
- *pour réaliser, dans un contexte particulier, des activités professionnelles selon certaines exigences professionnelles,*
- *afin de produire des résultats (services, produits) satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (client, usager, patient ...)* ».

Cette définition met en exergue les notions de ressources, de savoirs et de connaissances qu'il convient d'explicitier avant de cerner les relations qu'elles entretiennent entre elles. Les ressources sont les moyens nécessaires à l'exercice d'une compétence (Jonnaert et al, 2004). Elles peuvent être incorporées ou être extérieures au travailleur (Le Boterf, 2002). Les ressources incorporées sont constituées par plusieurs éléments notamment les connaissances, les savoir-faire, les qualités, la culture, l'expérience. Quant aux ressources externes, elles sont représentées par l'ensemble des moyens existant dans l'environnement du travailleur et sur lesquels il peut compter pour agir avec compétence (réseaux documentaires, réseaux d'expertise, manuels de procédures, réseaux informatiques, etc.). Charlon (1996) définit les savoirs comme *« des connaissances acquises par l'étude ou l'expérience qui, après formalisation, sont devenues communicables »*. Généralement, on distingue le savoir tacite (qui se transmet par imitation et expérience) du savoir explicite (qui peut être codifié et

transmis sans contact direct entre l'émetteur et le récepteur). Ce sont les savoirs explicites qui sont organisés et formalisés pour être enseignés. Ils sont construits socialement donc externes à la personne (Jonnaert et coll., 2004). Selon Crie (2001), la connaissance « *est le résultat d'une information traitée, compréhensible et assimilable par un être humain. C'est une manière de comprendre, de percevoir, elle régit les rapports entre les afférences cognitives de l'individu et le monde extérieur* ». Elle est donc l'aboutissement et le processus de perception, de traitement des données, et de structuration de ces dernières, de manière à produire un résultat (Carbonnel, 2004). La connaissance appartient, de ce point de vue, au patrimoine cognitif d'une personne et donc lui est propre.

Les liens entre ressources, savoirs, connaissances et compétence sont complexes et subtils à la fois. La compétence ne se confond pas avec les ressources, car c'est grâce à elle que ces dernières sont mobilisées (Jonnaert, 2002). Les ressources ne sont, en fait, que des moyens qu'une personne mobilise pour activer une compétence et incluent à la fois les savoirs et les connaissances (Jonnaert et coll., 2004). Les savoirs ne sont pas les compétences bien qu'ils en fassent partie (Bellier, 1999). Ils permettent d'arriver à la compétence selon Perrenoud (1995). À la différence des savoirs explicites (ressources externes), les connaissances sont construites au gré des expériences personnelles (ressources internes). Les savoirs et les connaissances interagissent de façon dialectique pour construire de nouvelles connaissances selon Jonnaert et coll. (2004). Ce qui leur fait dire que les savoirs et les connaissances constituent des ressources au service du développement des compétences.

En définitive, la compétence peut être considérée comme le résultat de trois facteurs : le savoir agir, le vouloir agir et le pouvoir agir (Le Boterf, 2001). Le savoir agir consiste à mobiliser, intégrer et transférer des ressources dans un contexte professionnel précis grâce à la combinaison dynamique et organisée de plusieurs savoirs (Brangier et Tarquinio, 1998). Le vouloir agir renvoie à la motivation personnelle et à l'existence de facteurs favorables ou contraignants à

l'intervention. Le pouvoir agir réfère au contexte de l'intervention et aux facteurs organisationnels. La compétence permet donc d'agir ou de résoudre, de façon satisfaisante, des problèmes professionnels (Bellier, 1999). Elle ne se transmet pas, mais elle se construit (Jobert, 1999). L'autre élément majeur qui se dégage de l'analyse de ces définitions de la notion de « compétence » en est que cette dernière s'adosse sur des situations de travail et intègre les contextes de travail. Nous retiendrons la définition de Le Boterf pour la suite de notre étude. Notre choix peut se justifier doublement : d'une part, cette définition contient l'essentiel des éléments qu'on retrouve dans bon nombre d'entre elles (approche combinatoire, référence à un contexte et à des situations de travail, etc.) et, d'autre part, elle nous paraît plus conforme à l'essence du programme de formation que nous voulons étudier (le PDSB) en ce sens que la mise en œuvre des principes enseignés requiert une certaine dose d'initiatives et de choix de la part des personnels soignants selon les contextes.

L'approche par compétences permet de se dégager des pédagogies comportementalistes par objectifs (Jonnaert et coll., 2004) dont l'objectif principal était de rendre capables les personnes formées à mettre en œuvre un ensemble (une liste) de méthodes, de gestes et de postures stéréotypés réputés ou validés comme de bons moyens de prévention contre le mal de dos dans le cas d'espèce, ce que confirment Hignett et Crumpton (2007) qui ajoutent que l'approche par compétences, qui se différencie de l'approche prescriptive, vise à doter les travailleurs de connaissances, d'habiletés et d'attitudes qu'ils peuvent appliquer dans des contextes variés en vue de réduire les risques liés à la manutention des patients. L'approche par compétences s'inscrit, donc, dans une perspective de mobilisation et d'utilisation des compétences acquises dans d'autres situations de travail. Elle met donc les compétences au centre des préoccupations de l'enseignement et s'oppose à l'empilement des connaissances (Perrenoud, 1995).

Pour Dury (2003), l'approche par compétences rompt avec le modèle classique de formation en modifiant la logique didactique qui a toujours prévalu, mais aussi en

apportant des changements relativement au rôle de la personne chargée de la formation et à celui de la personne qui bénéficie de la formation. L'approche par compétences a aussi modifié la place des savoirs et des situations professionnelles dans les actions de formation. S'agissant de la modification de la logique didactique, Dury (2003) note qu'avec l'approche par compétences, « *les objectifs de formation ne sont plus décrits en termes de savoirs, mais en termes d'activités et de tâches* » en cherchant à développer chez la personne formée « *une expertise complexe et pertinente dans l'environnement social* », ce qui fait dire à cette auteure que l'approche par compétences est une forme de « *révolution didactique* ». Les changements qu'apporte cette nouvelle approche au niveau des personnes chargées de faire la formation se résument en la transformation de ces dernières en « *entraîneurs* » (Dury, 2003), c'est-à-dire en des personnes qui facilitent la co-construction des compétences. Dans ces conditions, le rôle des personnes bénéficiaires de la formation devient plus actif (Dury, 2003) et consiste à utiliser leurs acquis pour se construire de nouvelles compétences qu'elles sauront utiliser dans des contextes variés. Enfin, pour les modifications relatives à la place des savoirs et des situations professionnelles dans les actions de formation, l'approche par compétences amorce son processus didactique en partant des situations sociales ou problèmes à résoudre pour dégager les activités ou les tâches subséquentes qui permettront de les solutionner (Dury, 2003).

3.3 DES PROGRAMMES DE FORMATION ORIENTÉS VERS L'UTILISATION DES APPRENTISSAGES SUR LES LIEUX DE TRAVAIL : LE TRANSFERT DE COMPÉTENCES

L'utilisation, sur le lieu de travail, des principes, compétences, règles ou techniques appris n'est possible que si les apprentissages sont « transférables » c'est-à-dire que si les connaissances ou compétences acquises peuvent être ultérieurement mises en œuvre dans des situations variées, complexes et imprévisibles (Faye et coll., 2011). En effet, la construction des compétences n'a de sens que lorsque celles-ci sont mobilisées pour réaliser les tâches pour

lesquelles la formation a été organisée, ce qui pose le problème du transfert des apprentissages qui est généralement perçu comme « *la preuve d'une bonne acquisition faite par l'apprenant* » (Barth, 2004). Le transfert des apprentissages, qui englobe à la fois les connaissances et les compétences, est un mécanisme adaptatif d'une très grande importance surtout pour les milieux caractérisés par de fréquents changements dictés par la nécessité de faire souvent face à des situations inédites (Tardif, 1999).

L'utilisation, sur le lieu de travail, des connaissances ou des compétences est considérée par Bracke (2004) comme un processus c'est-à-dire l'adaptation d'une chose donnée à une situation complexe et changeante. Les recherches qui se sont intéressées à ce processus s'articulent principalement autour de trois courants (Tardif, 1999 ; Presseau et coll., 2004 ; Frenay, 2004) : empiriste, rationaliste et contextualiste (ou interactionniste). Chacun de ces trois courants dispose d'une conception de l'utilisation des connaissances ou compétences sur les lieux de travail qui lui est propre et fait recours à des modèles théoriques tirés de paradigmes distincts (Frenay, 2004).

Le premier courant met les caractéristiques des tâches au cœur de sa démarche. Ses tenants s'inspirent de la théorie des éléments communs de Thorndike et Woodworth (Tardif, 2004 ; Presseau et coll., 2004 ; Frenay, 2004) selon laquelle l'utilisation des connaissances ou des compétences s'effectue proportionnellement au degré de similitude entre les tâches de la situation d'apprentissage (tâches sources) et celles du contexte de mise en œuvre des apprentissages (tâches cibles). Autrement dit, il y a possibilité d'utilisation lorsque « *le sujet retrouve dans une tâche donnée les caractéristiques de la situation d'apprentissage initiale* » (Presseau et coll., 2004). Le second courant repose sur les processus cognitifs. En effet, la mobilisation des connaissances et des compétences à laquelle donne lieu l'utilisation des apprentissages est considérée, par les tenants de ce courant, comme un processus d'analyse et d'interprétation d'une situation donnée dans le cadre de l'exécution d'une tâche en faisant appel aussi bien à la mémoire de

travail que celle à long terme, ce qui implique une analyse des composantes de la tâche, mais également une analyse du contexte dans lequel elle doit être réalisée (Frenay, 2004). D'où la nécessité de comprendre ce processus à travers lequel l'utilisation des connaissances ou des compétences s'effectue. Enfin, le troisième courant est récent et peu développé (Presseau et al, 2004.). Il accorde une grande importance à l'environnement dans lequel l'utilisation des connaissances ou des compétences s'effectue, c'est-à-dire la prise en compte des caractéristiques sociales du contexte. Par contexte, il faut entendre selon Basque (2004), la culture globale dans laquelle s'intègre l'action cognitive du sujet (valeurs, pratiques sociales, règles, etc..). Les tenants de ce courant défendent l'idée selon laquelle l'application des connaissances ou des compétences résulte d'une interprétation, par un sujet, des tâches qu'il a à accomplir pour voir s'il est nécessaire qu'il fasse appel à une réutilisation des connaissances ou des compétences qu'il possède déjà. Dans cette optique, l'utilisation des connaissances ou des compétences renvoie à « *une capacité à juger, donc une capacité à donner du sens* » (Presseau et coll., 2004) en mobilisant les ressources acquises antérieurement pour résoudre un problème dans un contexte nouveau.

Pour favoriser l'utilisation des connaissances apprises ou des compétences acquises, les programmes de formation visant la prévention des maux de dos sont de plus dispensés sur les lieux de travail par des travailleurs à leurs collègues. Ce modèle pédagogique est plus connu sous le nom d'éducation par les pairs. En effet, le modèle de l'éducation par les pairs est aujourd'hui largement utilisé dans les programmes de promotion de la santé. Pour Sciacca (1987) cité par Milburn (1995), l'éducation par les pairs dans le domaine de la santé « *est un enseignement ou un échange d'informations, de valeurs et de comportements relatifs à la santé par des membres de même âge ou groupe* ». Pour Gould et Lomax (1993), l'éducation par les pairs se définit comme une « *instruction ou guidance par des égaux* » tandis que Green (2001) la conçoit comme un partage d'informations entre membres d'un même lieu de travail. Les pairs sont donc des travailleurs en activité dans la même organisation que les destinataires de la formation qui se

trouvent être leurs collègues. Le fait que le contexte d'apprentissage se confond avec celui du lieu de travail des personnes formées est révélateur d'une limite importante : la difficulté de délimiter l'apprentissage individuel et celui dit organisationnel. En effet, la prise en compte de cette donnée situationnelle nous amène à déceler un certain nombre d'aspects relatifs à l'apprentissage organisationnel tel que défini par Kœnig (2006), c'est-à-dire « *un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes* ». De plus, le résultat recherché dans les programmes de formation où il est prévu un suivi des personnes formées est de faciliter la décontextualisation des apprentissages et, subséquemment, d'avoir de meilleures chances d'utilisation des compétences acquises.

3.4 L'ÉVALUATION DES ACTIONS DE FORMATION : UNE PRATIQUE EN DÉVELOPPEMENT

L'évaluation des actions de formation dans les organisations est beaucoup plus récente que l'évaluation des apprenants avec laquelle elle se distingue (Dennery, 2001). Selon Barbier (1994), l'évaluation des actions de formation a pris naissance dans les années 1952-1953 aux États-Unis, c'est-à-dire au lendemain de la seconde guerre mondiale avec l'apparition du concept d'évaluation des programmes publics (Contandriopoulos et coll., 1993) suite à des interrogations sur la qualité et les effets des programmes de formation qui étaient en place (Dennery, 2001).

L'évaluation de la formation relèverait d'une démarche stratégique qui vise à apporter la preuve de la valeur ajoutée de celle-ci au sein de l'entreprise et subséquemment constitue une justification à toute demande d'augmentation des fonds alloués à la formation (Dennery, 2001). Un autre auteur, Kirkpatrick (1994), n'est pas loin de penser la même chose lorsqu'il affirme que trois raisons spécifiques peuvent conduire à la décision de procéder à une évaluation de la

formation : justifier l'existence du programme à évaluer en montrant comment il contribue à l'atteinte des objectifs de l'organisation, préparer une prise de décision relative à la poursuite ou à l'interruption d'un programme de formation et obtenir des informations pour élaborer un nouveau programme. Cela rend utile, voire nécessaire, de préciser ce que nous entendons par évaluation de la formation après avoir défini, au préalable, le concept « évaluation ».

L'Agence canadienne de développement international (ACDI) définit l'évaluation comme étant une « *appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats* » (ACDI, 2004). La définition fournie par la Banque Mondiale (BM) complète celle de l'ACDI en précisant les motivations ou les utilisations possibles d'une évaluation voire les types d'évaluation (pertinence, cohérence, efficience, efficacité, effets, etc.). Elle est libellée de la façon suivante : « *une évaluation est une mesure, aussi systématique et objective que possible, des résultats d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en vue de déterminer sa pertinence, et sa cohérence, l'efficience de sa mise en œuvre, son efficacité et son impact ainsi que la pérennité des effets obtenus* » (BM, 2007). La définition proposée par Patton (1982) complète les deux premières qui cantonnaient l'évaluation aux seuls programmes, projets ou politiques en l'étendant aux individus. Selon Patton (1982), l'évaluation « *58[...] implique la collecte systématique d'informations sur les activités, les caractéristiques et les résultats des programmes, du personnel et des produits pour être utilisés [...] en vue de réduire les incertitudes, améliorer l'efficacité, et prendre des décisions [...]* ». Enfin, Champagne et coll. (2009a) ont fait le tour de nombreuses définitions de l'évaluation proposées par des spécialistes réputés du domaine ou par des organismes. Ils en ont dégagé les principaux éléments consensuels à partir desquels ils proposent la définition de l'évaluation suivante : « *évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur cette intervention ou sur n'importe laquelle*

de ses composantes, l'objectif étant de faire en sorte que les différents acteurs concernés, dont les champs de jugement sont parfois différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention pour qu'ils puissent construire, individuellement ou collectivement, un jugement susceptible de se traduire en actions ».

Le concept d'évaluation peut, en apparence, être proche d'autres concepts tels que la mesure, le contrôle et le suivi, mais en réalité ils renvoient à des sens différents (Dennerly, 2001). Selon cet auteur, le concept de mesure est circonscrit aux seuls aspects quantitatifs au contraire de l'évaluation qui englobe à la fois des aspects quantitatifs et qualitatifs. Le concept de contrôle renvoie à une vérification par rapport à une norme ou à un référentiel et, par conséquent, est plus restrictif que celui d'évaluation (Dennerly, 2001). Enfin, le suivi est une action administrative qui s'inscrit dans le temps et vise à rendre compte de l'état de réalisation des actions de formation initiées au contraire de l'évaluation dont l'une des finalités est d'accroître l'efficacité de ces mêmes actions (Dennerly, 2001).

Champagne et coll. (2009a) distinguent l'évaluation normative de la recherche évaluative. Pour ces auteurs, l'évaluation normative a pour objet l'appréciation d'une intervention ou une de ses composantes en référence à des critères et à des normes. Elle s'inscrit de ce fait davantage dans une perspective de vérification de la conformité au contraire de la recherche évaluative dont l'objectif est de permettre la compréhension du comment et du pourquoi des résultats d'une intervention ou une de ses composantes (Champagne et coll., 2009a). En effet, selon ces auteurs, la recherche évaluative utilise une démarche scientifique pour analyser et pour comprendre « *les relations de causalité entre les différentes composantes de l'intervention* ». Selon Ridde et Dagenais (2009), la différence fondamentale entre la recherche évaluative et l'évaluation normative réside dans le fait que « *la finalité principale de la première est de produire des connaissances, alors que le but de la seconde est de fournir une information utile*

sur le fonctionnement d'un programme ou pour permettre une prise de décision le concernant. »

L'évaluation de la formation est définie comme « *l'ensemble des actions entreprises dans le cadre d'un processus formel afin d'analyser soit les effets d'une formation sur les apprenants, soit la qualité d'une action ou d'un projet de formation, soit la pérennité d'un système de formation et de son impact sur la performance globale de l'entreprise, et de comparer ces effets ou cette qualité, ou encore le degré de pérennité du système au regard des investissements réalisés* » (Dennerly, 2001). Évaluer une formation consiste à apporter une réponse à la question de savoir si, oui ou non, une formation a atteint ou dépassé ses objectifs (Barzucchetti et Claude, 1995).

Il existe plusieurs classifications de l'évaluation de la formation. Elles sont opérées suivant des critères différents : le lieu de la formation (intra entreprise, en dehors de l'entreprise, etc.), l'objet de l'évaluation (évaluation centrée sur l'apprenant, évaluation de la fonction formation, etc.), les effets de la formation (effets intermédiaires, effets finaux), les types d'évaluation, l'objectif de l'évaluation (évaluation sommative, évaluation formative), etc.

3.5 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

La plupart des programmes de prévention primaire des maux de dos dont la littérature a rendu compte utilisent la formation combinée à d'autres types d'interventions. Le contenu des programmes de formation offerts repose, généralement, sur l'enseignement de principes et techniques biomécaniques. Les résultats mitigés obtenus par les programmes de formation basés sur l'enseignement de gestes et postures prescrits a favorisé l'émergence de nouveaux types de programmes orientés vers la résolution des situations de travail problématiques et qui permettent aux travailleurs de choisir les compétences à

mettre en œuvre selon les contextes d'intervention, c'est-à-dire une approche par compétences.

Cette évolution des contenus de formation s'est faite avec beaucoup de mutations touchant notamment le modèle de formation qui est orienté vers l'acquisition des compétences clés, la supervision de la pratique quotidienne et la facilitation à la résolution de problème. Elle s'est, également, traduite par le passage de pédagogies comportementalistes par objectifs à une approche visant la mobilisation et l'utilisation des compétences dans un contexte déterminé pour atteindre des résultats précis. Enfin, cette évolution a provoqué une modification de la logique didactique qui a toujours prévalu avec l'avènement de l'éducation par les pairs : les formations sont de plus en plus diffusées sur les lieux de travail par un collègue des bénéficiaires.

Les formations effectuées sur les lieux de travail par des collègues favorisent l'utilisation des apprentissages compte tenu notamment de la similitude entre les deux contextes (apprentissage et travail). Cette utilisation, sur le lieu de travail, des connaissances ou des compétences est généralement appelée transfert de connaissances ou de compétences et constitue l'objectif principal des actions de formation sur les lieux de travail. Tout cela a favorisé et consolidé la pratique évaluative qui a pour objet les programmes de formation. Le développement de l'évaluation des actions de formation a connu un essor pour plusieurs raisons dont quelques-unes sont liées au besoin de démontrer la contribution de celles-ci à l'atteinte des objectifs organisationnels ou celui d'aider à la préparation décisions relatives à la poursuite ou à l'interruption des programmes de formation.

CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Nous retenons, au terme de cette première partie, qu'il existe une kyrielle de concepts pour faire référence aux blessures, douleurs ou maladies liées au travail qui touchent la colonne vertébrale : maux de dos, dorsalgie, lombalgie, rachialgie, lumbago, etc. Il n'existe, donc, pas de définitions normalisées du « mal de dos » et les quelques définitions identifiées dans la littérature brillent par leur caractère hétérogène.

Les maux de dos, dont les causes sont multiples, connaissent une ampleur et provoquent de lourdes conséquences dans les pays industrialisés. Le personnel soignant est l'une des catégories professionnelles qui subissent le plus ce type de lésion du fait de son exposition aux risques inhérents à la manutention des patients. C'est ainsi que les organisations de santé et d'hébergement ont mis en œuvre plusieurs stratégies dont la plus souvent utilisée est centrée sur le facteur humain en essayant de modifier les comportements des travailleurs pour les amener à adopter des attitudes sécuritaires grâce à des actions de formation.

Les programmes de formation visant la prévention primaire des maux de dos sont, de plus en plus, bâtis sur une approche par compétences, c'est-à-dire une approche qui vise à rendre capables les travailleurs à déterminer eux-mêmes la stratégie d'exécution de leurs tâches selon le contexte de leur intervention. Cette approche se distingue de celle, très usitée, visant à rendre capables les travailleurs à mettre en œuvre des méthodes, gestes et postures préétablis. Ces programmes de formation sont, aujourd'hui, souvent orientés vers l'utilisation, sur les lieux de travail, des compétences acquises.

Toutefois, en dépit des efforts réalisés, les actions de formation initiées n'ont pas toujours produit les résultats escomptés. En effet, de nombreuses études visant à

évaluer les effets des programmes de formation implantés en milieu de travail pour prévenir les maux dos menés au cours de ces dernières années font état de résultats généralement mitigés, voire contradictoires : présence ou absence d'effets selon la taille de l'échantillon de l'étude, la méthodologie empruntée ou les instruments de mesure utilisés. Il s'y ajoute que peu de ces études ont pris en compte, dans leur analyse, l'influence des facteurs contextuels. Pourtant, l'importance des facteurs contextuels dans la production des effets des programmes de formation est soulignée par un certain nombre d'auteurs et quelques-uns de ces facteurs identifiés en tant qu'éléments importants dans l'efficacité des actions de formation sans pour autant expliciter les mécanismes à travers lesquels cette influence s'opère.

Tous les enseignements tirés de cette revue des connaissances scientifiques pertinentes ont aidé à la conception d'un cadre conceptuel et à l'élaboration d'une démarche méthodologique visant à nous permettre de répondre, adéquatement à notre question de recherche : comment le contexte organisationnel influence-t-il l'utilisation sur le lieu de travail des compétences acquises à travers un programme de formation basé sur une approche par compétences et qui vise la prévention primaire des maux de dos ?

DEUXIÈME PARTIE

CADRES CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE

INTRODUCTION À LA DEUXIÈME PARTIE

Le personnel soignant subit le plus de lésions au dos comparativement à la population générale en raison de son travail physiquement exigeant (Wardell, 2007 ; Radovanovic et Alexandre, 2004 ; Nelson et Baptiste, 2004). En dépit des nombreuses initiatives techniques et organisationnelles mises en place pour prévenir les lésions musculosquelettiques, ces dernières persistent comme la principale catégorie de lésions professionnelles dans les établissements de santé (Ngan et coll., 2010).

En effet, selon Wardell (2007), les tâches auxquelles sont assujettis les personnels soignants sont énergétiquement coûteuses et consistent, entre autres, à tourner les patients et à les aider à se positionner confortablement dans leur lit, à quitter leur lit pour s'asseoir dans un fauteuil et vice-versa, à les transférer, etc. Au Québec, on a assisté au cours des dernières années, dans les CHSLD, à une détérioration des conditions de travail du fait notamment de l'alourdissement de la clientèle et de l'intensification du travail avec comme corollaires un problème important d'essoufflement professionnel et un absentéisme chez le personnel soignant (Bourbonnais et coll., 2005). Des exigences élevées du travail peuvent avoir des effets négatifs sur la santé des travailleurs et, en général, il est établi que les facteurs psychosociaux comme la demande psychologique associée à la charge de travail et la latitude décisionnelle sont des prédicteurs significatifs de troubles musculosquelettiques chez le personnel soignant (Jaworek et coll., 2010).

Au Québec, les établissements relevant du secteur de la santé et des services sociaux ont mis en place des programmes de formation au profit de leur personnel exposé au mal de dos dont le plus connu reste le PDSB. Ces programmes s'articulent généralement autour de deux volets : d'une part, l'amélioration des compétences du personnel exposé à exécuter de façon sécuritaire les manœuvres

de transfert et de positionnement des patients et, d'autre part, l'accroissement des compétences de ce personnel à identifier les situations dangereuses ainsi que les mesures pour y remédier. Au cours des dernières années, beaucoup d'études se sont intéressées à l'évaluation des effets des programmes de formation implantés en milieu de travail pour prévenir les maux dos (Berthelette et coll., 2006).

Notre recherche poursuit un double objectif :

1. vérifier si le programme PDSB dispensé au sein d'une organisation produit un de ses effets intermédiaires attendus à savoir l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés ;
2. expliquer, dans le cadre d'une étude exploratoire, comment les facteurs contextuels, plus particulièrement la latitude décisionnelle et la charge de travail, exercent une influence sur la production des effets en particulier l'utilisation des principes enseignés.

Pour y parvenir, nous avons construit un cadre conceptuel pour, d'abord, identifier les variables pertinentes à notre recherche et, ensuite, guider notre démarche d'analyse. Ce cadre conceptuel sera présenté dans un premier chapitre (Chapitre 4). Dans un second chapitre (Chapitre 5) nous décrivons les méthodes utilisées pour réaliser notre recherche. Cela nous amènera à préciser la stratégie et le devis utilisés, pour chacun des deux objectifs, avant de présenter leurs modalités opérationnelles.

CHAPITRE IV

CADRE CONCEPTUEL

Les compétences acquises au moyen de la formation sont insuffisamment ou inefficacement utilisées sur les lieux de travail du fait de l'influence de plusieurs facteurs notamment contextuels (Broucker, 2011).

Plusieurs facteurs contextuels ont été identifiés dans la littérature comme étant susceptibles d'influer sur l'utilisation des apprentissages en milieu de travail : soutien des pairs (Baldwin et Ford, 1988 ; Russ-Eft, 2002 ; Kontoghiorghes, 2004), soutien de la hiérarchie (Baldwin et Ford, 1988 ; Russ-Eft, 2002 ; Kontoghiorghes, 2004), disponibilité des ressources (Baldwin et Ford, 1988), charge de travail (Russ-Eft, 2002 ; Yassi et coll., 2005 ; Koehoorn et coll., 2006), opportunité d'utilisation (Baldwin et Ford, 1988 ; Russ-Eft, 2002 ; Kontoghiorghes, 2004), suivi de l'utilisation (Russ-Eft, 2002), la latitude décisionnelle (Yassi et coll., 2005 ; Koehoorn et coll., 2006), etc.

Nous avons mis l'accent sur deux de ces facteurs contextuels, soit la charge de travail et la latitude décisionnelle d'autant que ces deux facteurs sont associés aux maux de dos. En effet, il est aujourd'hui établi qu'une charge de travail élevée implique une plus grande mobilisation de ressources nécessaires à la réalisation des tâches, ceci dans de courts délais (Karasek, 1979). Selon Stock et coll. (2011), la prévalence des TMS, notamment des maux de dos, est beaucoup plus importante chez les personnes exposées à des contraintes organisationnelles et psychosociales du travail telles qu'une faible latitude décisionnelle associée à une

charge de travail élevée. La charge de travail et la latitude décisionnelle ont été donc choisies, parmi les nombreux facteurs contextuels pertinents, pour expliquer l'influence du contexte sur la production des effets du programme PDSB à savoir l'utilisation des principes enseignés.

Nous commençons par expliciter les objectifs de notre recherche (4.1) avant de décrire le programme PDSB sur lequel a porté l'objet de notre recherche en montrant les mécanismes par lesquels ce programme compte produire des effets notamment ceux relatifs à l'utilisation des principes appris sur les lieux de travail (4.2). Nous passons en revue, ensuite, les principales théories sur la base desquelles nous nous sommes fondés pour construire notre cadre conceptuel (4.3).

4.1 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif de notre recherche était double : il visait, d'une part, à voir si le programme PDSB produit un de ses effets intermédiaires attendus soit l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés et, d'autre part, grâce à la réalisation d'une étude exploratoire, à expliquer les mécanismes par lesquels les facteurs contextuels exercent une influence sur la production des effets intermédiaires.

Concrètement, il s'était agit de :

Objectif n° 1 : vérifier si les membres du personnel soignant utilisaient, dans le cadre de leur travail, les principes PDSB qu'on leur avait enseignés après avoir pris part à une session de formation interne ;

Objectif n° 2 : expliquer comment la charge de travail et la latitude décisionnelle exerçaient une influence sur l'utilisation des principes PDSB.

Théoriquement, les connaissances et l'adoption de comportements sont des effets intermédiaires alors que la réduction des symptômes perçus et l'incidence des maux de dos sont les principaux effets ultimes attendus du programme PDSB (Berthelette et coll., 2006). Par conséquent, « *l'utilisation des principes PDSB* » est rangée dans la catégorie des effets intermédiaires. En effet, nous avons recouru à la typologie des objectifs des programmes de formation proposée par Soyer (2000) du fait qu'elle s'insère et explicite la « *chaîne d'objectifs* » que Patton (1986) suggère de décrire à l'entame de toute démarche évaluative. La « *chaîne d'objectifs* » d'un programme est constituée de trois niveaux d'objectifs à savoir les objectifs immédiats, intermédiaires et ultimes.

Les objectifs ultimes (finaux) sont à l'origine de la demande qui justifie la mise en place d'un programme de formation et renvoient au(x) but(s) visé(s) (Soyer, 2000). Ils correspondent aux résultats attendus, en termes de changements (situationnels, comportementaux, etc.) au moment de la mise en place d'un programme de formation. Un objectif final est synonyme du but ultime. L'objectif final du PSDB, c'est-à-dire son but ultime, est de contribuer à « *prévenir les accidents causés par les efforts de déplacement et d'assistance à des personnes en perte d'autonomie* » (Villeneuve, 2011). Les objectifs de formation sont des objectifs opératoires de changement, c'est-à-dire des objectifs intermédiaires par lesquels il faut passer pour réaliser les objectifs finaux. Ils ne s'expriment pas en termes de connaissances à acquérir, mais plutôt en « *comportements à observer ou de compétences à mettre en œuvre sur le terrain* » (Jacques Soyer, 2000). Vu sous ce rapport, la variable « *utilisation des principes PDSB* » après avoir pris part à une session de formation constitue un objectif intermédiaire. Les objectifs intermédiaires de la formation PDSB visent l'accroissement des compétences des travailleurs en vue de leur permettre de :

- « analyser les composantes des différentes situations de déplacement de clients et d'identifier des correctifs sur les aspects déficients ou non sécuritaires ;
- effectuer les tâches de déplacement de façon sécuritaire et selon le niveau d'assistance approprié ;
- choisir des méthodes sécuritaires efficaces (pour le soignant et pour le client) en fonction des possibilités et des limites de la situation de travail ;
- fournir des consignes claires et adaptées aux partenaires (client ou collègues) pour optimiser leur contribution au déplacement ;
- partager les informations pertinentes à la sécurité avec les membres de l'équipe. » (ASSTSAS, 2010).

Enfin, s'agissant des objectifs pédagogiques, ils se définissent comme les objectifs visés au terme de chaque séquence de formation (Jacques Soyer, 2000). Ils renvoient aux connaissances et savoirs que les destinataires d'une formation doivent maîtriser au terme des activités d'apprentissage réalisées en salle, en atelier ou en tout autre lieu. Pour le PDSB, ses objectifs pédagogiques sont définis et rattachés à chacun des 8 blocs qui composent le programme de formation.

Il nous paraît nécessaire de rappeler que notre recherche s'appuie sur les résultats des travaux de Berthelette et coll. (2006), lesquels avaient fait ressortir 2 éléments importants :

- a/ une meilleure connaissance des caractéristiques de la formation PDSB dans les établissements
 - l'implantation des activités de formation du programme PDSB s'est généralement faite de façon intègre : tous les contenus notionnels sont abordés (à l'exclusion des statistiques) par les formateurs ;

- *« les méthodes pédagogiques varient selon le contenu abordé, et ce, conformément au programme prescrit. Plus ce dernier devient complexe et requiert une application, plus les formateurs intègrent des méthodes expérientielles à leurs activités d'enseignement » (Berthelette et coll., 2006).*

b/ la fourniture d'indications sur l'étape qui précède l'utilisation des principes : l'apprentissage

- La variété des méthodes pédagogiques ainsi que la progression qui caractérise leur utilisation par les formateurs ont fait dire à Berthelette et coll. (2006) qu' *« il est probable que le PDSB favorise l'apprentissage adéquat des principes de préparation, de positionnement, de prise et de mouvement, et de leurs combinaisons en fonction des situations de travail ».*
- Les activités supplémentaires de la formation que sont le processus de résolution de problèmes et le suivi des travailleurs sur leur lieu de travail *« permettaient de consolider la couverture des objectifs les plus abstraits et les plus complexes ».*
- Les formateurs interrogés sur l'impact de leurs activités de formation sur les participants ont trouvé celui-ci positif dans plus de 7 cas sur 10.
- Les interviews réalisées, toujours dans le cadre de la même étude, pour identifier les variables de coûts et d'avantages, ont permis de constater que les responsables des établissements de santé trouvaient, au chapitre de la productivité, que la formation PDSB a entraîné *« une amélioration de la compétence du personnel »* et les travailleurs interrogés estimaient, pour leur part, que celle-ci avait entraîné une *« amélioration des compétences et connaissances »* et la *« capacité d'analyse des dangers et risques »*. Ce qui

semble indiquer que les apprentissages liés aux objectifs de la formation (effets intermédiaires) s'effectuent, généralement, de façon correcte.

Cette importante précision étant faite, il convient de présenter la formation PDSB qui était l'objet de notre recherche.

4.2 LE PROGRAMME PDSB ET SA THÉORIE SOUS-JACENTE

Le PDSB a pour cible les travailleurs des établissements de soins et des centres d'hébergement pour personnes âgées de la province de Québec ainsi que les travailleurs en maintien à domicile. Le PDSB est composé de trois types d'interventions : la formation des travailleurs, la formation d'agents de suivi et la réalisation d'activités de prévention (Berthelette et coll., 2006). La formation des travailleurs constitue la principale intervention du PDSB et vise « *la prévention des accidents causés par les efforts de déplacement et d'assistance à des personnes en perte d'autonomie* » (ASSTSAS, 2006). C'est à elle que nous nous sommes intéressés. Ce programme de formation, dont l'objectif final est la réduction des maux de dos, s'articule principalement sur deux volets : d'une part, l'amélioration des compétences du personnel exposé à exécuter de façon sécuritaire les manœuvres de transfert et de positionnement des patients et, d'autre part, l'accroissement des compétences de ce personnel à identifier les situations dangereuses ainsi que les mesures pour y remédier. Nous allons décrire les principaux éléments autour desquels se structure le contenu du programme (4.2.1) avant de voir comment ce programme compte produire les effets attendus à travers sa mise en œuvre (4.2.2).

4.2.1 Le contenu notionnel du programme PDSB

Jusqu'en 2009, la formation PDSB avait 2 variantes, quoique fondées sur les mêmes principes : un contenu destiné aux personnels soignants en activité dans les centres d'hébergement ou d'hospitalisation et un autre qui visait

spécifiquement les travailleurs en maintien à domicile. La prise en compte des contextes d'intervention différenciés avait davantage guidé cette distinction. Depuis cette date, les deux formations sont unifiées pour laisser la place à un seul contenu adaptable aux contextes d'intervention.

Le programme actuel de formation PDSB, s'il est destiné à un personnel des centres d'hébergement ou d'hospitalisation, s'articule autour de 8 blocs : introduction au programme, approche globale de la situation de travail, niveaux d'assistance, la supervision, l'assistance partielle, l'assistance partielle (autres applications), l'assistance totale et le processus de résolution de problème (ASSTSAS, 2010). Berthelette et coll. (2006) proposent de les regrouper en trois grandes catégories : *a)* les principes de préparation ; *b)* les principes biomécaniques et physiologiques ; *c)* les séquences de la manœuvre sécuritaire.

Les principes de préparation consistent à :

- i) s'informer et à évaluer la situation de travail, c'est-à-dire recueillir et analyser toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de la tâche sans risque pour le dos notamment celles relatives à la tâche à réaliser, au patient, aux équipements, à l'environnement, au temps et au moment de réalisation ;
- ii) prendre une décision en choisissant la stratégie de mouvement la plus sécuritaire compte tenu des espaces et équipements disponibles et en déterminant si l'aide des collègues est nécessaire pour accomplir la tâche ;
- iii) communiquer, c'est-à-dire, d'une part, demander et attendre l'aide sollicitée et, d'autre part, informer le patient et le collègue dont l'aide est sollicitée ce qu'il y a lieu de faire (Berthelette et coll., 2006 ; ASSTSAS, 2007a ; ASSTSAS, 2010).

Les principes biomécaniques et/ou physiologiques constituent la pierre angulaire du programme et se décomposent en trois éléments : les principes de positionnement, de prise et de mouvement (Berthelette et coll., 2006 ; ASSTSAS, 1995 ; ASSTSAS, 2010).

Les principes de positionnement renvoient au respect des règles telles que :

- pieds écartés pour favoriser l'équilibre et la stabilité ;
- pieds orientés pour accroître la réactivité ;
- dos sans torsion et non voûté pour éviter sinon réduire les mouvements de flexion et de torsion du tronc ainsi que l'étirement des ligaments vertébraux postérieurs et des muscles du dos ;
- genoux fléchis pour utiliser la force musculaire des cuisses (Berthelette et coll., 2006 ; ASSTSAS, 1995 ; ASSTSAS, 2007 ; ASSTSAS, 2010).

Les principes de prise impliquent l'accomplissement ou l'adoption d'un certain nombre de gestes ou postures parmi lesquels figurent :

- le rapprochement de la charge, la création de poignées ;
- l'utilisation d'une rallonge ;
- le blocage des points glissement ;
- l'implication du patient (Berthelette et coll., 2006 ; ASSTSAS, 1995 ; ASSTSAS, 2007a ; ASSTSAS, 2010).

Les principes de mouvement renvoient, entre autres, à l'exécution de la manœuvre en :

- respectant le mouvement naturel ;
- abandonnant les soulèvements et en choisissant de rouler, de glisser et de pivoter le patient ;

- utilisant le transfert de poids et/ou le contrepoids pour fournir l'effort nécessaire ;
- observant une démarche graduelle (Berthelette et coll., 2006; ASSTSAS, 1995 ; ASSTSAS, 2007a ; ASSTSAS, 2010).

Pour ce qui est des principes relatifs aux séquences de manœuvre sécuritaire, le travailleur doit communiquer avec le patient et avec son collègue de travail dont il a sollicité l'aide de manière à coordonner leurs efforts (Berthelette et coll., 2006 ; ASSTSAS, 1995 ; ASSTSAS, 2007a ; ASSTSAS, 2010). La communication devra se faire en trois temps : avant, pendant et après le transfert. Lorsque le transfert sera terminé, il analysera le retour d'expérience (feed back).

Le contenu notionnel du PDSB est donc élaboré suivant une approche orientée vers la résolution de situations ou de problèmes. Il n'est pas centré sur les savoirs. Il repose sur une « *approche par principes* » (ASSTSAS, 2010), c'est-à-dire une approche qui consiste à « *donner au soignant une latitude dans la détermination de sa stratégie d'exécution de la tâche (...) en déterminant la combinaison de principes la plus sécuritaire en fonction de sa situation de travail réelle* » (ASSTSAS, 2010). En effet, les situations de travail varient selon le contexte, le moment, etc. Chaque situation de travail revêt un certain nombre de spécificités qui lui sont propres avec un degré de complexité plus ou moins important. Ce qui rend nécessaire l'adaptation des apprentissages reçus. C'est ainsi que la mise en œuvre des principes peut varier d'une situation de travail à une autre selon la nature de la tâche à effectuer (transfert, soins ou autres), les caractéristiques du patient (taille, poids, niveau d'autonomie, etc.), les équipements (disponibilité, état, etc.), l'environnement (espace suffisant ou restreint, encombré ou dégagé, fonctionnel ou non aménagé, plancher glissant ou non, etc.), le temps et le moment de sa réalisation (temps alloué pour effectuer la tâche, tâche à accomplir pendant les heures de repas ou dans des situations urgentes, etc.). La finalité de cette approche « *par principes* » est de rendre le personnel soignant apte à combiner tous les inputs disponibles pour parvenir au choix de la stratégie

d'exécution de la tâche la plus sécuritaire. C'est qu'on appelle aussi une approche par compétences.

Selon Perrenoud (1995), une approche par compétences « *précise la place des savoirs, savants ou non, dans l'action* ». C'est donc une approche qui vise à donner la capacité, au personnel soignant formé, de mobiliser et de transférer ses compétences « *dans des situations diverses, complexes, imprévisibles* » (Perrenoud, 1995). C'est une approche qui permet de se dégager d'une stricte pédagogie comportementaliste par objectifs (Jonnaert et coll., 2004) qui vise à rendre capables les personnes formées à mettre en œuvre un ensemble (une liste) de méthodes, de gestes et de postures stéréotypés réputés ou validés comme de bons moyens de prévention contre le mal de dos dans le cas d'espèce.

4.2.2 La théorie sous-jacente du programme PDSB

La connaissance de la théorie sous-jacente est donc importante dans une démarche évaluative visant à analyser les effets d'un programme puis qu'elle aide à connaître les mécanismes par lesquels ce programme est censé produire des effets. Dans cette optique, le défaut d'explicitation de la théorie sous-jacente d'un programme risque d'entamer la validité et l'utilité des résultats obtenus (Berthelette et coll., 2001). Cela nous a amenés à décrire la théorie sous-jacente du PDSB préalablement à l'analyse des effets.

Selon Rossi et coll. (1999), tout programme comporte sa propre structure, ses fonctions et ses procédures appropriées pour réaliser les objectifs qu'il s'est fixés. C'est ce que ces auteurs appellent le « *program theory* » qu'ils définissent comme « *the set of assumptions about the manner in which the program relates to the social benefits it is expected to produce and the strategy and tactics the program has adopted to achieve its goals and objectives* » (Rossi et coll., 1999). Cette définition renvoie à un ou à des processus (program process theory) à travers lequel (ou lesquels) les effets d'un programme, attendus ou pas, sont obtenus

(program impact theory). Patton (1986), pour sa part, utilise la notion de « *program's theory of action* » qu'il définit comme la conceptualisation de l'organisation des actions qui sont « *rooted on the one hand in desired outcomes and on the other hand in beliefs about cause/effect relationships* » (Thompson, 1967 cité par Patton, 1986).

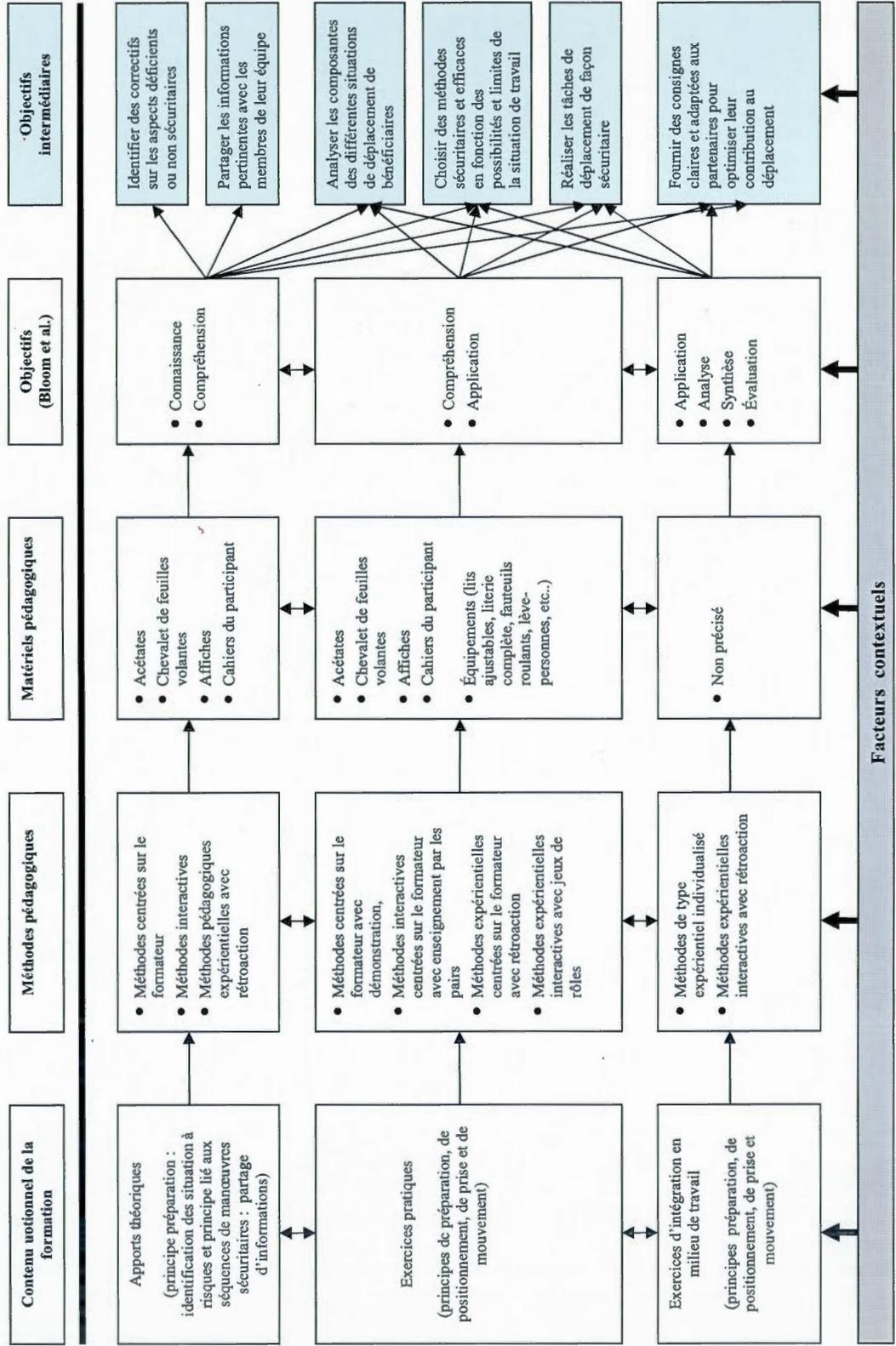
La finalité de la théorie sous-jacente est d'éviter de faire une évaluation sur le modèle de la « boîte noire » avec tous les biais que cela pourrait comporter. La reconnaissance des limites du modèle de la « boîte noire » a favorisé l'émergence et/ou la consolidation d'autres approches évaluatives notamment celle qui prend en compte, dans son analyse, d'autres facteurs explicatifs des effets obtenus particulièrement l'influence des facteurs contextuels (Champagne et coll., 2009a). Cela a conduit Lipsey (1993) à définir la théorie sous-jacente (program theory) comme « *a set of propositions regarding what goes on in the black box during the transformation of input into output* ». Cette nécessité d'aller voir à l'intérieur de la boîte noire les mécanismes en jeu et qui permettent de comprendre comment une intervention est censée atteindre ses objectifs est largement partagée par bon nombre d'auteurs. C'est le cas de Berthelette et Baril (2002) qui, en s'inspirant des travaux de Bickman (1987), définissaient la théorie sous-jacente comme « *un ensemble de postulats à l'égard des relations entre les composantes des interventions (leurs objectifs, leur structure, leur processus et leur contexte) qui sont censés leur permettre de produire les effets qu'elles cherchent à produire* ». Rogers et coll. (2000) parlaient, pour leur part, de « *program theory* » dont l'objectif est d'explicitier « *the underlying assumptions about how programs are expected to work* ». Pour ces auteurs, la théorie du programme permet de montrer comment les effets intermédiaires participent à la réalisation des objectifs ultimes. C'est dans cette perspective que nous inscrivons la définition de la théorie sous-jacente donnée par Berthelette et coll. (1998) : « *la nature des objectifs intermédiaires que les intervenants tentent d'atteindre, souvent inconsciemment, pour produire les objectifs ultimes du programme, et aux relations existant entre les activités de formation et les résultats qu'ils sont censés produire* ». Cette

définition semble adopter le postulat d'une double relation : d'une part, relations entre objectifs intermédiaires et objectifs finaux et, d'autre part, les relations entre les activités et les résultats. Elle renvoie, dans sa composition, à un triptyque : processus, ressources et résultats ainsi qu'à leurs interrelations. Les relations entre le contexte et les actions à mener ne ressortent pas, de façon explicite, de cette définition. D'où la nécessité de la combiner avec celle donnée par Chen (1990) qui utilise, pour sa part, la notion de « *causative theory* », laquelle permet de comprendre les raisons pour lesquelles un programme fonctionne ou pas en expliquant comment une intervention, prise dans son contexte, produit des effets.

Selon Berthelette et coll. (2006), les mécanismes par lesquels la formation PDSB permet de réaliser les objectifs, en particulier intermédiaires, peuvent être résumés comme suit : pour favoriser l'apprentissage des principes, les formateurs utilisent, de façon combinée et graduelle, 5 méthodes pédagogiques (méthodes centrées sur le formateur, interactives, individualisées, expérientielles et la rétroaction) et les 3 types de matériels (représentatifs avec des mannequins, visuels ou sonores, et supports symboliques avec des écrits et la parole) complétés par un suivi sur les lieux de travail et un processus de résolution de problèmes. Cette démarche visant à traduire en acquis les apprentissages couvre chacune des catégories d'objectifs pédagogiques relevant de la taxonomie de Bloom et coll. (1969), à savoir l'acquisition de connaissances, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation (Berthelette et coll., 2006). La taxonomie de Bloom s'articule autour de deux niveaux : un niveau de base (connaître, comprendre, appliquer) et un niveau supérieur (analyser, synthétiser, évaluer). Ainsi, c'est après l'apprentissage et la maîtrise des principes du PDSB, que les travailleurs bénéficiaires de la formation sont censés les utiliser dans l'exécution de leurs tâches et /ou les adaptent à leurs réalités professionnelles.

Nous avons reformulé et schématisé, ci-après (figure 4.1), cette théorie sous-jacente du PDSB décrite par Berthelette et coll. (2006) pour montrer par quels mécanismes les objectifs intermédiaires sont censés atteints.

Figure 4.1 Schéma de la théorie sous-jacente du PDSB d'après les résultats de Berthelette et coll. (2006)



Il nous a paru important, voire utile, de procéder à une reformulation de la théorie sous-jacente du PDSB sous l'angle d'une approche par compétences et nous l'avons faite comme suit :

1. le contenu notionnel du PDSB est bâti en référence à des situations de travail et est orienté vers la résolution de situations ou de problèmes. Il repose sur une « *approche par principes* » ;
2. la maîtrise de ces principes est favorisée, d'une part, par le recours à une approche par compétences (choix et combinaison des principes selon les situations de travail) et, d'autre part, par le fait que le formateur ou la formatrice est un pair (un travailleur en activité dans la même organisation que les destinataires de la formation) ;
3. la similitude des tâches « source » (tâches effectuées dans un contexte d'apprentissage) et des tâches « cible » (tâches de la situation de travail) facilite l'analyse des composantes des différentes situations de travail, l'identification et la correction des aspects déficients ou non sécuritaires, le choix des méthodes de travail sécuritaires, la fourniture des consignes claires et adaptées aux partenaires, la réalisation des tâches de façon sécuritaire et le partage des informations pertinentes avec le reste de l'équipe.
4. les caractéristiques individuelles des travailleurs (motivation, perception, etc.) ainsi que certains facteurs contextuels comme la charge de travail et la latitude décisionnelle exercent une influence sur les bonnes dispositions à mettre en œuvre les principes PDSB appris ;
5. l'utilisation des compétences, de manière répétée et régulière, conduit à l'amélioration et à l'accroissement des compétences pour, soit effectuer des tâches de façon sécuritaire ou soit identifier des situations à risques ;

6. à chacune de ces étapes de ce processus, existe une influence du contexte. Cette influence contextuelle peut être liée aux équipements de travail (dimension technique), aux procédures de travail (dimension organisationnelle), aux règles et climat sociaux (dimension sociale) et aux caractéristiques individuelles (dimension humaine).

4.3 LES PRINCIPALES THÉORIES CONCERNANT L'UTILISATION DES CONNAISSANCES OU DES COMPÉTENCES SUR LES LIEUX DE TRAVAIL

La variété des facteurs qui affectent l'utilisation des connaissances ou des compétences acquises par la formation sur le lieu de travail permet plusieurs angles d'analyse et a, subséquemment, favorisé la proposition de nombreux modèles théoriques notamment ceux centrés sur l'évaluation des actions de formation (Meignant, 1993 ; Kirkpatrick, 1994) (4.3.1), le transfert de connaissances ou de compétences (Kirwan et Birchall, 2006) (4.3.2) et sur la demande psychologique associée à la charge de travail (Karasek, 1979 ; Karasek et Theorell, 1990) (4.3.3).

4.3.1 Les modèles théoriques basés sur l'évaluation des programmes de formation

Pour certains auteurs, l'objet d'une évaluation de la formation peut porter sur deux éléments : la personne bénéficiaire d'une action de formation et les résultats que cette même action de formation a permis (Desgraupes et Lhomme, 1994 ; Barzucchetti et Claude, 1995). L'évaluation des résultats renvoie à la mesure des effets induits (voulus ou pas) par une action de formation et cadre avec nos préoccupations.

Pour évaluer les actions de formation, on fait appel, généralement, à des modèles théoriques. Le modèle d'évaluation de programmes de formation le plus connu et

le plus usité dans les organisations est celui mis au point en 1959 puis réactualisé en 1994 par Donald Kirkpatrick. Ce modèle proposé par Kirkpatrick (1994) est séquentiel et comprend quatre niveaux d'évaluation : réaction, apprentissage, comportements et résultats. Selon Kirkpatrick (1994), le premier niveau (réaction) consiste à évaluer la satisfaction des apprenants, c'est-à-dire comment ils réagissent voire apprécient la formation dont ils ont fait l'objet. Une bonne réaction peut produire au moins trois effets : elle est de nature à faciliter la mise en œuvre ultérieure des apprentissages, elle peut inciter les autres collègues à suivre la formation et elle peut contribuer à assurer la pérennité de la formation. Le second niveau (apprentissage) cherche à évaluer les attitudes, connaissances et compétences acquises par les apprenants après leur exposition à un programme de formation (Kirkpatrick, 1994). En effet, l'objectif d'un programme de formation peut être relatif en tout ou partie des trois éléments suivants : le changement des attitudes, l'acquisition de connaissances et le développement de compétences (Kirkpatrick, 1994). Le troisième niveau (comportements) renvoie à l'évaluation des changements de comportements intervenus chez les bénéficiaires d'une formation à l'issue de celle-ci. Kirkpatrick (1994) lie les changements de comportements à la réunion de quatre conditions : le désir de changement, savoir ce qu'on doit faire et comment le faire, bénéficier d'un environnement favorable et être récompensé lorsque les changements se réalisent. Le dernier et quatrième niveau (résultats) consiste à évaluer les résultats finaux d'une action de formation, c'est-à-dire, selon Kirkpatrick (1994), l'accroissement de la production, l'amélioration de la qualité, la diminution des coûts, la baisse des taux de fréquence et de gravité des accidents ou incidents, la réduction du taux de rotation du personnel, etc. Le succès de la méthode Kirkpatrick s'explique, entre autres, selon Dennery (2001) par sa simplicité et son approche quantitative.

Plusieurs critiques sont faites à la méthode de Kirkpatrick. Pour Dennery (2001), les résultats obtenus de l'évaluation du premier et du quatrième niveaux sont peu fiables étant donné la subjectivité qui les entoure. L'auteur ajoute également que le second et le troisième niveaux sont lourds à mettre en œuvre compte tenu des

moyens à mobiliser pour les réaliser. Bates (2004) trouve au moins trois limites importantes au modèle de Kirkpatrick : le caractère incomplet du modèle, la présentation des quatre niveaux d'évaluation comme une chaîne causale et l'importance croissante des informations récoltées à chaque niveau. Pour Bates (2004) le modèle de Kirkpatrick est incomplet dans la mesure où un certain nombre de facteurs qui ont un impact direct sur l'efficacité d'une action de formation ne sont pas pris en compte : les caractéristiques de l'environnement de travail et celles des apprenants. Bates (2004) récuse également la présentation, par Kirkpatrick, des niveaux d'évaluation comme une chaîne causale : une réaction positive entraîne un meilleur apprentissage, qui se traduit par une mise en œuvre des attitudes, connaissances et compétences acquises, ce qui permettra à l'organisation d'enregistrer des résultats positifs.

Un autre modèle est proposé pour évaluer les actions de formation par Meignant (1993). Il comprend 4 niveaux :

- a) l'évaluation de la satisfaction : il s'agit d'interroger, à chaud, les bénéficiaires de la formation sur leur niveau de satisfaction concernant la prestation fournie ;
- b) l'évaluation pédagogique : elle consiste à mesurer les acquis des bénéficiaires de la formation en termes de connaissances, de savoir-faire ou de comportements ;
- c) l'évaluation du transfert sur les situations de travail : elle renvoie à la mesure du niveau d'utilisation effectif des acquis de la formation par ses bénéficiaires ;
- d) l'évaluation des effets de la formation : elle vise à vérifier si les objectifs individuels et collectifs fixés au départ sont réalisés.

Bien qu'en apparence similaire au modèle de KirkPatrick (1994), le modèle de Meignant (1993) ne l'est pas totalement. S'il existe des similitudes entre le premier et le quatrième niveau des deux modèles, celui de Meignant (1993) se

distingue du modèle de Kirkpatrick (1994) essentiellement par l'introduction de la notion de transfert, c'est-à-dire le degré de mise en œuvre des connaissances, savoirs et compétences acquis dans le cadre d'une formation. En effet, tel que semble le suggérer le niveau 3 du modèle de Kirkpatrick (1994), il n'y a pas une automaticité entre une formation et un changement de comportement. La formation ne conduit pas directement aux changements de comportements attendus. Ces derniers ne se manifestent qu'après un temps de latence appelé effet retard (Voisin A., 2000). Cela implique, comme le suggère Meignant (1993), la nécessité de vérifier l'effectivité de l'utilisation des apprentissages avec l'introduction de la notion de transfert. Cette approche intègre un des aspects importants de notre recherche : l'utilisation des compétences acquises à travers un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos.

4.3.2 Les modèles théoriques centrés sur le transfert

L'utilisation des compétences acquises à travers une activité de formation constitue un effet intermédiaire qui peut contribuer à la réalisation de l'objectif ultime des programmes qui est généralement la réduction de la prévalence des maux de dos (Faye et coll., 2011). Cet objectif ultime ne peut être atteint que si les apprentissages sont « transférables » c'est-à-dire que les compétences acquises peuvent être utilisées dans des situations variées, complexes et imprévisibles. Ce qui pose le problème du transfert des apprentissages qui est généralement perçu comme « *la preuve d'une bonne acquisition faite par l'apprenant* » (Barth, 2004).

Il existe plusieurs modèles théoriques qui s'inscrivent dans une approche cognitive du traitement de l'information. Ils sont généralement centrés sur la dynamique du transfert en s'intéressant davantage aux processus cognitifs utilisés à l'occasion d'un transfert (Tardif, 1999, Bracke, 1998 et 2004) et aux stratégies associées à ces processus (Tardif, 1999). Ces modèles théoriques centrés sur l'individu, quoiqu'intéressants, ne cadrent pas avec nos préoccupations qui sont d'expliquer l'influence du contexte organisationnel sur le transfert des

compétences acquises par la formation. Ce qui nous amène à nous tourner vers d'autres modèles validés et couramment cités dans la littérature et qui s'intéressent surtout à l'utilisation des connaissances ou des compétences acquises par le biais de la formation au sein des organisations.

Il y a, d'abord, le modèle de Baldwin et Ford (1988) qui identifie 3 principaux facteurs dans un processus de transfert de connaissances : les caractéristiques individuelles, les attitudes au travail et le contexte de travail. Au niveau contextuel, le modèle théorique proposé par Baldwin et Ford (1988) identifie le soutien social (de la hiérarchie et des collègues), l'opportunité d'utilisation et la disponibilité des ressources comme étant des éléments qui déterminent l'utilisation ou non des compétences acquises sur les lieux de travail. Ce modèle, qui est un classique, a servi de base à de nombreuses études sur le transfert dont certaines ont débouché sur la formulation de modèles théoriques améliorés. Même si le modèle de Baldwin et Ford (1988) n'identifiait pas, explicitement, la charge de travail et la latitude décisionnelle comme des facteurs contextuels susceptibles d'influencer l'utilisation des compétences sur les lieux de travail, les modèles qu'il a inspirés l'ont fait.

En effet, Rouiller et Goldstein (1993) ont proposé un modèle théorique visant à opérationnaliser l'environnement organisationnel dans lequel s'effectue un transfert des apprentissages. Leur modèle identifie 8 facteurs organisationnels qui sont susceptibles d'influencer le transfert, lesquels peuvent être regroupés en 2 catégories : les facteurs liés aux situations de travail et ceux qui découlent des conséquences possibles de l'utilisation ou non des compétences acquises. La première catégorie de facteurs rappelle aux travailleurs formés les similitudes qui existent entre leur contexte de travail et celui dans lequel ils ont fait leur formation. Elle englobe des facteurs contextuels tels que le rappel périodique des objectifs qui avaient motivé la formation faite aux travailleurs par leurs supérieurs hiérarchiques, la nature des relations sociales notamment l'effet que peut avoir les bons comportements des collègues et supérieurs hiérarchiques sur ceux des

travailleurs formés, la disponibilité des moyens nécessaires à l'accomplissement de la tâche et la possibilité d'exercer un contrôle sur la façon de réaliser le travail. La seconde catégorie renvoie aux éventuelles conséquences qui pourraient résulter de l'application des apprentissages et comprend les facteurs tels que la rétroaction, positive ou négative, des supérieurs sur l'utilisation des compétences, l'absence de rétroaction ou l'impression d'être pénalisés par l'utilisation des compétences. Le modèle de Rouiller et Goldstein (1993) identifie, donc, l'exercice d'un contrôle sur la tâche, c'est-à-dire une autonomie dans l'accomplissement de la tâche comme un facteur organisationnel susceptible d'influencer l'utilisation des compétences.

Russ-Eft (2002) confirme l'influence du contexte organisationnel sur l'utilisation des compétences acquises à travers la formation en proposant un modèle théorique de transfert qui intègre 5 facteurs contextuels : le support de la hiérarchie, les sanctions des superviseurs, la charge de travail, l'opportunité d'utiliser les apprentissages et le support des collègues. Ce modèle fait référence à la charge de travail comme un facteur bloquant ou favorisant l'utilisation des compétences étant donné tout transfert des apprentissages requiert du temps et de l'énergie (Russ-Eft, 2002).

Kontoghiorghes (2004) propose un modèle systémique de transfert dans lequel la dimension de l'environnement contextuel est prise en compte eu égard à l'influence de celui-ci sur l'utilisation des compétences acquises. Dans ce modèle systémique, l'environnement contextuel peut être saisi à travers plusieurs facteurs regroupés principalement autour de 5 composantes : conception du système sociotechnique, configuration de la tâche, qualité du management, l'existence d'un environnement favorable à l'apprentissage continu et autres facteurs. Parmi les facteurs liés à la configuration de la tâche, figure l'organisation de celle-ci de manière à assurer aux travailleurs un certain degré d'autonomie dans son exécution.

Au total, nous constatons que l'évolution des modèles théoriques de transfert des apprentissages a permis, non seulement, de conforter l'existence d'une influence du contexte organisationnel sur l'utilisation des compétences acquises au moyen de la formation, mais également d'élargir la liste des facteurs contextuels en identifiant d'autres comme la charge de travail et la latitude décisionnelle.

4.3.3 Le modèle de Karasek

Le modèle de Karasek a été largement utilisé, et continue de l'être, dans les études sur les risques psychosociaux. Son utilisation ne se limite pas seulement à cette question. Il permet, aussi, de comprendre et d'expliquer les effets de plusieurs aspects sur la santé des travailleurs, notamment ceux de la charge de travail (physique et mentale) et de la marge manœuvre dont bénéficient les travailleurs (Karasek, 1990 ; Karasek et coll., 1987). Le modèle de Karasek « *s'est révélé comme l'un des plus puissants modèles théoriques grâce à sa simplicité et à sa force explicative* » (Guenette et coll., 2006).

Le « *demand-control model* » (modèle « Demande-Latitude ») de Karasek (1979), reposait, initialement, sur 2 principales dimensions de l'organisation du travail : la demande psychologique associée à la charge de travail (*demand*) et la marge de manœuvre (latitude décisionnelle) dont bénéficient ou non les travailleurs dans l'exécution de leur travail (*control*). La demande psychologique associée à la charge de travail renvoie à la quantité, à la complexité et à l'intensité de cette dernière. Quant à la marge de manœuvre ou latitude décisionnelle, elle est appréhendée à travers 2 éléments : le contrôle exercé sur la tâche (l'autonomie décisionnelle) et l'utilisation des compétences. L'autonomie décisionnelle renvoie à la possibilité, pour les travailleurs, de choisir, comment faire leur travail et d'être impliqués dans les décisions afférentes. L'utilisation des compétences ne se limite pas seulement à leur mise en œuvre, mais s'étend aussi à la possibilité d'en acquérir de nouvelles (Karasek et Theorell, 1990).

D'après le modèle de Karasek (1979), plus la charge de travail est élevée, moins les travailleurs disposent d'une marge de manœuvre, car ils doivent mobiliser beaucoup de ressources (internes et externes) pour réaliser leurs tâches dans des délais restreints. Ce qui leur donne l'impression d'éprouver des difficultés pour exécuter convenablement leurs tâches, car ils se sentent contraints de puiser au fond d'eux-mêmes les ressources nécessaires pour accomplir leur travail. Cette situation, qualifiée de « *Job strain* » c'est-à-dire une tension au travail qui résulte de la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique, peut être une source de risques pour la santé des travailleurs (épuiement, stress, etc.). En revanche, lorsque la charge de travail, même élevée, est associée à l'existence d'une marge de manœuvre et à la possibilité d'utilisation des compétences professionnelles, alors les travailleurs sont moins exposés aux risques. La prévention consiste, dans ces conditions, à chercher l'instauration d'un équilibre entre la demande psychologique associée à la charge de travail et la marge de manœuvre dont bénéficient ou non les travailleurs. C'est cet équilibre ou ce déséquilibre qui renseigne sur l'autonomie des travailleurs dans le cadre de l'exécution de leurs tâches.

Nous retenons les définitions de Karasek (1990 ; 1987) concernant la charge de travail et la latitude décisionnelle ainsi que les instruments qu'il a développés pour leur mesure étant donné qu'ils ont fait l'objet d'une validation dans de nombreux pays et sur plusieurs continents.

Au total, chacun des modèles théoriques que nous venons de présenter ne prend en charge que quelques aspects de notre problématique. Cela nous a amenés à construire nos propres cadres conceptuels relativement à chacun de nos deux objectifs.

4.4 CADRE CONCEPTUEL : PRÉSENTATION ET HYPOTHÈSE

4.4.1 Objectif n° 1 : analyse des effets

Vérifier l'utilisation des principes PDSB par les travailleurs formés revient à faire une analyse des effets de l'intervention qu'est la formation PDSB. Une analyse des effets vise à vérifier si une intervention a produit des effets et, le cas échéant, à s'assurer que les effets observés résultent uniquement de l'intervention, donc ne sont pas provoqués par d'autres facteurs (Champagne et coll., 2009b).

Notre action sera centrée sur la production des effets intermédiaires de la formation, en l'occurrence l'utilisation des principes PDSB. Dans notre cas, l'exposition à la formation PDSB constitue la variable indépendante alors que l'utilisation des principes du PDSB devient la variable dépendante comme le montre la figure 4.2 ci-après.

Figure 4.2 Cadre conceptuel : analyse des effets de la formation



La formation PDSB renvoie à toute activité de formation interne organisée par un établissement à l'intention de son personnel soignant et qui vise « *la prévention des accidents causés par les efforts de déplacement et d'assistance à des personnes en perte d'autonomie* » (ASSTSAS, 2010) conformément aux modalités et aux exigences définies par l'ASSTSAS. Par formation, nous entendons « *l'acquisition d'un ensemble de connaissances théoriques et pratiques, de savoir-faire et d'attitudes dans le but d'améliorer les habiletés et les dispositions d'une personne dans l'exercice d'une tâche ou d'un emploi* » (Vézina et coll., 1998).

L'utilisation des principes appris constitue un effet intermédiaire qui est synonyme, ici, du concept de « transfert ». Rappelons que le transfert des apprentissages est généralement perçu comme « *la preuve d'une bonne acquisition faite par l'apprenant* » (Barth, 2004). En effet, l'un des aspects essentiels qui intéressent les responsables de la formation en milieu organisationnel est « *de construire chaque programme de formation de telle façon que ceux qui apprennent puissent transposer, sans difficulté, dans leur milieu de travail ce dont ils ont appris* » (Larouche, 1984). D'où l'intérêt de la définition donnée par Tardif (1999) : un transfert est un mécanisme « *qui consiste à utiliser dans une tâche cible une connaissance construite ou une compétence développée dans une tâche source* ». Presseau (2000) abonde également dans ce sens en définissant le transfert comme un « *processus par lequel des connaissances construites dans un contexte particulier sont reprises dans un autre contexte, que ce soit pour construire de nouvelles connaissances, pour développer de nouvelles compétences ou pour accomplir de nouvelles tâches* ».

4.4.2 Objectif n° 2 : étude exploratoire sur l'influence de la charge de travail et de la latitude décisionnelle

Nous voulions connaître, à travers cet objectif, les mécanismes par lesquels s'opère l'influence de la charge de travail et de la latitude décisionnelle sur la production des effets, particulièrement sur l'utilisation des principes PDSB. En l'absence de connaissances scientifiques sur le sujet, nous avons convenu de mener une recherche exploratoire.

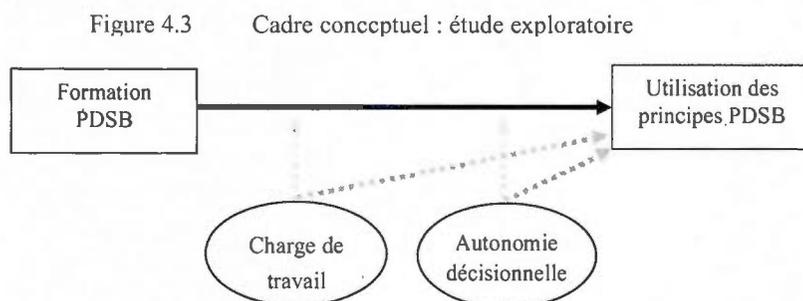
La recherche exploratoire prépare et facilite la réalisation de recherche à plus grande échelle en ce sens qu'elle permet « *de baliser une réalité à étudier ou de choisir les méthodes de collecte des données les plus appropriées pour documenter les aspects de cette réalité ou encore de sélectionner des informateurs ou des sources de données capables d'informer sur ces aspects.* » (Trudel et coll., 2007).

Notre recherche exploratoire fait suite aux résultats de la phase I du programme de recherche sur le PDSB initié par Berthelette et son équipe et s'inscrit dans la préparation de sa phase II, laquelle vise notamment à « *évaluer les résultats du PDSB sur le personnel soignant (...) et à déterminer dans quelle mesure les caractéristiques des établissements dans lesquels le PDSB est implanté modifient la relation entre les services dispensés et les résultats du PDSB* » (Berthelette et Leduc, 2007). En effet, la phase II du programme de recherche sur le PDSB compte cibler 1 500 travailleurs appartenant au personnel soignant en activité dans les CHSGS et CHSLD du Québec (750 travailleurs pour le groupe expérimental et autant pour le groupe témoin) dont 216 entre eux feront l'objet d'une observation directe en milieu de travail. La conduite d'une recherche exploratoire se justifiait ainsi vu l'envergure que prendrait la phase II et visait, outre la familiarisation avec l'environnement physique dans lequel le PDSB est implanté (la phase I s'était essentiellement faite à travers d'un questionnaire postal auto administré), à recueillir les informations pertinentes susceptibles de peaufiner voire conforter les 16 hypothèses formulées qui seront testées lors de la phase II.

Il ressort des résultats des différentes recherches présentés ci-dessus que les réformes réalisées dans le secteur de la santé et des services sociaux ont engendré des charges de travail plus élevées chez le personnel soignant. Cette élévation de la charge de travail amène des travailleurs à privilégier l'exécution des tâches assignées au détriment de leur propre sécurité. Aussi, la latitude laissée au travailleur d'apprécier une situation de travail et de décider de la stratégie ainsi que des principes à mettre en œuvre pourrait s'avérer comme un facteur incitatif (responsabilité du travailleur) ou entravant (absence de contrainte) à l'utilisation des principes PDSB appris. Nous présumons, par conséquent, que la charge de travail et la latitude décisionnelle produiraient des effets qui influenceraient la variable dépendante (utilisation des principes PDSB). D'où notre second objectif

de vérifier l'existence de cette influence supposée puis de chercher à découvrir les mécanismes par lesquels elle s'opère.

Àu total, notre cadre conceptuel s'établit comme suit (figure 4.3) :



Nous avons tiré de notre cadre conceptuel et de l'objectif n° 1 l'hypothèse suivante que nous avons mise à l'épreuve :

Hypothèse liée à l'objectif n° 1

H 1 : les principes du PDSB enseignés lors des sessions de formation interne destinées au personnel soignant sont effectivement utilisés par celui-ci dans l'exécution de ses tâches.

Pour l'objectif n° 2, nous n'avons pas formulé d'hypothèses dans la mesure où nous avons choisi de procéder à une recherche exploratoire de type évaluatif comme il est recommandé de le faire lorsqu'il s'agit de « *connaître la valeur et la portée d'un phénomène, de porter des jugements* » (Trudel et al, 2007).

4.5 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Après avoir explicité les objectifs de notre recherche, nous avons décrit la théorie sous-jacente du programme PDSB, c'est-à-dire les mécanismes par lesquels celui-ci censé produire des effets intermédiaires (dont l'utilisation des principes PDSB) et des effets ultimes (notamment la réduction du nombre de lésions au dos). Nous avons, ensuite, reformulé cette théorie sous-jacente sous l'angle d'une approche par compétences.

Compte tenu du fait qu'il existe une variété de facteurs qui affectent l'utilisation des connaissances ou des compétences acquises par la formation sur le lieu de travail, plusieurs modèles théoriques s'offraient à nous dont quatre types semblaient recouper nos préoccupations : ceux centrés sur l'évaluation des actions de formation, ceux relatifs au transfert de connaissances ou de compétences et ceux axés sur la demande psychologique associée à la charge de travail.

En définitive, chacun de ces types de modèles théoriques n'offrait qu'un flot d'éclairage sur les considérations théoriques à considérer dans une double analyse des effets et de l'implantation qu'appelle toute tentative de réponse à notre question de recherche. Aucun d'entre eux, pris individuellement, ne pouvait expliquer, seul, tous les processus que nous tentons de cerner à travers notre recherche. D'où la construction de cadres conceptuels spécifiques à chacun de nos deux objectifs, lesquels agrègent les aspects essentiels propres à chacun de ces modèles.

CHAPITRE V

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Nous amorçons ce chapitre par la présentation du processus, des modalités et des critères qui nous ont conduits à choisir le Centre Gériatrique Maimonides Donald Berman (CGMDB) comme cadre empirique de notre recherche (5.1). S'en suivra une description des procédures et des règles de sélection des participants à notre recherche (5.2). Dans un but de clarté, de cohérence et de concision, nous décrirons les autres aspects méthodologiques en les regroupant principalement autour des deux objectifs visés par notre recherche, soit la vérification de l'utilisation des principes PDSB par les travailleurs formés (5.3) et la recherche d'explications sur le mode opératoire de l'influence que la charge de travail et la latitude décisionnelle exercent sur l'utilisation des principes PDSB (5.4). Nous terminons, enfin, par le rappel des règles éthiques qui nous ont guidés tout au long de la conduite de la recherche (5.5).

5.1 SÉLECTION DU CENTRE GÉRIATRIQUE MAÏMONIDES DONALD BERMAN (CGMDB)

Dans cette section, nous précisons, d'abord, les critères de choix d'un établissement susceptible de servir de terrain à notre étude tels que définis préalablement au démarrage de nos démarches (5.1.1). Nous rappelons, ensuite, les principales étapes de nos démarches visant à trouver un cadre empirique à notre recherche (5.1.2). Nous présentons, pour terminer, l'établissement finalement choisi pour notre recueil de données de terrain, soit le Centre Gériatrique Maïmonides Donald Berman (CGMDB) (5.1.3).

5.1.1 Critères de sélection

Le personnel soignant qui constitue la cible du programme PDSB et auquel nous nous sommes intéressés est en activité dans les CHSGS, les CHSLD ou est composé de travailleurs en maintien à domicile. D'après les résultats de l'étude réalisée par Berthelette et coll. (2006), les 203 formateurs ayant répondu aux questionnaires étaient issus de 187 établissements différents. Ces 187 établissements se répartissaient comme suit : 5 CHSGS, 51 CHSLD et 131 établissements qui sont à la fois CHSGS et CHSLD. Par conséquent, le nombre de CHSLD était assez représentatif à travers la province de Québec pour nous amener à privilégier ce type d'établissement comme cadre empirique de notre recherche. De plus, ce choix est conforté par le fait que nous ne disposions pas d'informations aussi complètes que celles produites par Berthelette et coll. (2006) en ce qui concerne le programme PDSB pour les travailleurs en maintien à domicile. C'est pour toutes ces raisons que nous avons choisi de réaliser notre recherche dans un CHSLD plutôt que dans un CHSGS ou pour les travailleurs en maintien à domicile.

Les CHSLD ont pour vocation l'accueil de personnes âgées, plus ou moins autonomes, à qui ils offrent des services d'assistance, de soutien et de surveillance (services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation). Le choix d'un CHSLD a été sous-tendu par les deux critères fondamentaux suivants :

- a) être un CHSLD où la formation interne au PDSB est obligatoire pour tous les travailleurs et que celle-ci est donnée, sur place, par un formateur ou une équipe de formateurs internes accrédités par l'ASSTSAS. Cela constituait une prémisses à l'intégrité du programme PDSB implanté et nous permettait de constituer un groupe expérimental n'ayant pas encore suivi la formation PDSB au début de notre étude puisque nous souhaitions avoir recours à des mesures pré-intervention ;

- b) être un CHSLD qui compte, en son sein, des travailleurs qui n'ont pas encore participé à une formation interne dédiée au PDSB.

C'est sur la base de ces deux critères que nous avons entrepris nos démarches dans le but de trouver un CHSLD qui accepte de servir de terrain pratique à notre recherche.

5.1.2 Démarche de recrutement

Notre démarche de recrutement avait commencé par la sollicitation, par notre Directrice de thèse par ailleurs principale responsable de l'étude réalisée en 2006 sur la théorie sous-jacente du PDSB, de la Direction de l'ASSTSAS afin de nous aider à trouver un CHSLD. La Direction de l'ASSTSAS a désigné un de ses conseillers en formation comme notre principal répondant et, devant à ce titre, nous faciliter à identifier un CHSLD qui répondait à nos critères.

Nous avons tenu une première rencontre avec notre répondant à l'ASSTSAS dans le but de lui présenter, en détail, notre projet de recherche ainsi que les critères qui guidaient notre choix d'un CHSLD. Le retour d'expérience du terrain du conseiller nous a permis de valider la plupart des éléments de notre méthodologie et même de peaufiner d'autres éléments notamment le profil des CHSLD selon des critères relatifs à la diffusion de la formation PDSB. C'est ainsi que ce conseiller nous a fait part de la possibilité de regrouper les CHSLD, principalement, en trois catégories :

- i.* les CHSLD où la formation interne sur le PDSB est obligatoire et est donnée sur place par un formateur accrédité par l'ASSTSAS ;

- ii.* les CHSLD qui ne donnent plus de formation interne concernant le PDSB mais qui disposent d'une ou des ressources en prévention pour appuyer le personnel soignant ;

- iii.* les CHSLD qui ne donnent plus de formation interne relative au PDSB et qui ne disposent pas de ressources en prévention pour appuyer leur personnel soignant.

Nous avons terminé notre rencontre par la définition des responsabilités de chacun dans ce processus de recherche d'un établissement : au conseiller de l'ASSTSAS d'identifier et de nous communiquer la liste des CHSLD répondant à nos critères ainsi que les noms et coordonnées des responsables à contacter ; à nous de solliciter directement les responsables de chaque établissement ciblé pour accueillir notre recherche.

Après notre séance de travail, le conseiller a profité, quelques jours après, d'une rencontre de coordination interne à l'ASSTSAS pour expliquer notre projet à ses collègues et subséquemment solliciter leur appui dans le but de trouver des établissements répondant aux critères énoncés.

C'est conformément à cette procédure convenue que le conseiller de l'ASSTSAS nous a fait parvenir le nom du CGMDB ainsi que celui de la personne à contacter, à savoir la Directrice des soins infirmiers et services cliniques. Nous avons envoyé à cette dernière, par courriel, une demande de rencontre pour lui présenter notre projet de recherche et solliciter l'accord de son établissement. Elle accepta de nous recevoir en nous fixant un rendez-vous. Nous y sommes allés en lui remettant et en lui présentant les acétates qui servaient de support de présentation à notre projet de recherche. La présentation était articulée autour de la problématique liée à l'utilisation des compétences acquises par la formation sur les lieux de travail, des objectifs que nous poursuivions, les méthodes que nous comptions emprunter, les règles d'éthique entourant notre démarche, les

retombées positives que son établissement pourrait tirer de notre intervention sans oublier de fournir les contacts de la personne responsable de notre recherche, à savoir notre Directrice de thèse. En plus des acétates de la présentation, nous lui avons fourni un tableau synthétique d'aide à la prise de décision qui estimait le nombre d'heures de travail approximatif qu'impliquerait l'engagement du personnel ciblé dans le projet de recherche (tableau 5.1). Dans ce tableau, nous donnons une idée sur la durée des entretiens, des observations et de l'auto-administration des questionnaires d'évaluation préliminaire avant et après l'intervention selon les effectifs et le devis initialement retenus. L'idée était de permettre, aux responsables de l'établissement dont la participation à notre recherche était sollicitée, d'avoir une idée approximative du coût, en termes de temps, de leur implication.

À la suite de notre présentation, elle nous a dit trouver notre projet intéressant et conforme à la tradition et aux pratiques du CGMDB en matière de recherche. Elle a pris l'engagement de le soumettre à son comité de gestion, seul habilité à donner une suite à notre requête. C'est au terme de ces démarches que nous avons reçu, quelques semaines plus tard, la notification formelle et officielle de l'accord du CGMDB d'accueillir notre recherche.

Tableau 5.1 Tableau d'aide à la prise de décision relativement à la charge de travail estimée (heure / homme)

PERSONNEL CIBLÉ	ÉCHANTILLONNAGE				AVANT FORMATION PSDB				APRÈS FORMATION PSDB			
	Questionnaire d'évaluation préliminaire				Entretien semi-directif		Observations		Entretien semi-directif		Observations	
	Durée de collecte par travailleur	Durée de collecte	Durée de collecte par travailleur	Durée totale de collecte	Durée entretien par travailleur	Durée totale des entretiens	Durée observation par travailleur	Durée totale des observations	Durée entretien par travailleur	Durée totale des entretiens	Durée observation par travailleur	Durée totale des observations
Groupe expérimental	8	5 min	40 min	15 min	120 min	120 min	30 x 3	720 min	15 min	120 min	30 x 3	720 min
Groupe témoin	8	5 min	40 min	15 min	120 min	120 min	30 x 3	720 min	15 min	120 min	30 x 3	720 min
TOTAL	16	5 min	80 min	15 min	240 min	240 min	30 x 3	1440 min	15 min	240 min	30 x 3	1440 min

+

180 min

(120 min. de recherche et rassemblement des documents + 60 min. de d'entretien - explications avec la responsable

=

740 min

2880 min

Soit 48 heures

NB : Ne nécessite pas un arrêt du travail ni une implication du travailleur

Soit 12 heures 20 minutes

NB : prévoir un temps additionnel selon l'effectif réel des PAB, infirmières et aide-infirmières que compte le CHSLD

5.1.3 Caractéristiques du Centre gériatrique Maïmonides Donald Berman (CGMDB)

Le CGMDB est un réseau intégré qui comprend, outre ses installations de soins de longue durée, un hôpital de jour, des installations de lits réservés aux soins de répit pour des séjours de courte durée, de ressources intermédiaires et de résidences agréées dans la communauté. Il est affilié à l'Université McGill et sa mission première est de dispenser des services aux membres âgés de la communauté juive qui ne sont plus autonomes. Il joue aussi le rôle de lieu de formation pour les professionnels (premier établissement de soins de longue durée au Québec à se doter d'un centre de formation interne depuis 2009) et de recherche sur les questions liées à la médecine gériatrique ainsi que les soins aux personnes âgées.

Son principal établissement, ci-après appelé le Centre, est situé à Côte-Saint-Luc et occupe un terrain de 7 ½ acres sur lequel est construit un immeuble de sept étages exclusivement consacré aux soins de longue durée. C'est cet établissement qui nous a servi de contexte à notre recherche. Il accueillait, au 31 mars 2011, 372 patients ainsi répartis dans les différents niveaux de l'édifice (tableau 5.2) :

Tableau 5.2 Nombre de patients selon les étages au 31 mars 2011

Étages	Étage 2	Étage 3	Étage 4	Étage 5	Étage 6	Étage 7
Nombre de patients	38	69	65	70	62	68

Le Centre a reçu, en 2009, pour une période de 3 ans, un agrément d'*Accreditation Canada*, un organisme certificateur sans but lucratif et indépendant, au terme d'un processus d'évaluation par les pairs des services offerts aux patients et aux clients basé sur des normes d'excellence. L'agrément décerné par *Accreditation Canada* signifie que l'organisme évalué satisfait ou excède les normes nationales d'excellence.

Lorsqu'un patient est admis, il subit une évaluation réalisée par une équipe de professionnels. L'évaluation se fait selon plusieurs critères permettant d'avoir une meilleure idée possible sur la nature et la gravité des problèmes de santé dont il souffre notamment son degré d'autonomie et ses pertes cognitives. Enfin, sur la base des résultats de l'évaluation, le patient est placé, selon les disponibilités, dans l'unité (étage) qui correspond le mieux à son profil. Voici, ci-après, la répartition des patients au niveau des étages selon leur profil (tableau 5.3).

Tableau 5.3 Répartition des patients au niveau des étages selon leur profil

Unités	Profil des patients qui y sont accueillis	Explications
2 ^e étage	Les résidents qui sont incapables de communiquer normalement avec leur environnement à la fois verbalement et non verbalement. Ces résidents sont dépendants physiquement et intellectuellement, ce qui nécessite des soins dans toutes les activités de la vie quotidienne.	Sont des patients qui : <ul style="list-style-type: none"> - souffrent d'une maladie trop avancée - ont très peu d'interactions avec leur milieu - sont alités - sont atteints d'une démence avancée - sont incontinents - ne peuvent pas se nourrir seuls - se déplacent en fauteuil roulant
3 ^e étage	Les résidents avec divers stades de la déficience cognitive, affichent des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Ces résidents ont besoin d'une approche spécialisée, ainsi qu'une assistance dans toutes les activités de la vie quotidienne.	Sont des patients qui : <ul style="list-style-type: none"> - sont atteints de déficience cognitive de modérée à avancée et qui présentent des symptômes de démence (agressivité, cri, etc.) - éprouvent quelques difficultés au plan physique - sont incontinents - se déplacent en fauteuil roulant - peuvent participer à leurs soins d'hygiène
4 ^e et 6 ^e étages	Les résidents avec divers stades de la déficience cognitive, exigeant une assistance partielle ou complète pour les activités de la vie quotidienne.	Les 4 ^e et 6 ^e étages ont le même mandat. Sont affectés à ces étages des patients qui : <ul style="list-style-type: none"> - souffrent d'une déficience cognitive de léger à modéré mais qui n'ont pas de symptômes de la démence - ne sont pas agressifs, c'est-à-dire qu'ils peuvent se promener dans les couloirs sans rentrer dans les chambres ni agresser quelqu'un - sont incontinents - ont besoin d'aide pour se nourrir
5 ^e étage	Les résidents qui sont cognitivement intacts ou avec une légère déficience cognitive, nécessitant différents niveaux d'assistance pour les activités de la vie quotidienne.	Sont des patients qui : <ul style="list-style-type: none"> - sont intacts au niveau cognitif - ont un léger début de perte de mémoire - ont besoin, au plan physique, de beaucoup d'aide (se déplacent en fauteuil roulant)
7 ^e étage	Les résidents qui sont cognitivement intacts ou avec une déficience cognitive d'intensité légère à modérée qui ont un diagnostic ou des antécédents de problèmes de santé mentale, qui ont besoin d'interventions spécialisées pour la gestion des comportements difficiles.	Sont des patients qui : <ul style="list-style-type: none"> - sont intacts au niveau cognitif - ont un déficit léger à modéré de mémoire - ont eu, dans leur historique, des problèmes de santé mentale - sont, sur le plan physique, autonomes - demandent beaucoup plus de surveillance et de guidance

Il ressort de ce tableau que les « cas lourds », c'est-à-dire les patients alités sans interactions avec leur milieu, incontinents et ne pouvant se nourrir seuls, sont tous situés au 2^e étage. Cela implique que toutes les tâches de transfert accomplies par le personnel soignant affecté au 2^e étage relèvent du dernier niveau d'assistance du PDSB : l'assistance totale, avec ou sans équipements (le patient fournit l'essentiel de l'effort physique pour la réalisation de la manœuvre et utilise lui-même les équipements). À l'inverse, les tâches de transfert accomplies par les travailleurs affectés au 7^e étage relèvent, pour l'essentiel, du premier niveau d'assistance du PDSB à savoir la supervision (le patient fournit l'essentiel de l'effort physique pour la réalisation de la manœuvre et utilise lui-même les équipements) étant donné l'autonomie physique des patients.

C'est sur la base de la ventilation des patients entre les 2^e et 7^e étages que le personnel soignant est réparti à travers les 3 quarts de travail autour desquels le travail est organisé (tableau 5.4).

Tableau 5.4 : Répartition du personnel soignant selon les quarts de travail

Quarts de travail	Nombre de travailleurs	Composition des équipes
Jour (7h – 15h)	4 équipes aux 4 ailes (A, B, C et D) de chaque étage	Chaque équipe est composée de : - une (1) infirmière - une (1) infirmière auxiliaire - deux (2) préposés aux bénéficiaires
Soir (15h – 23h)	8 à 9 travailleurs pour tout l'étage	- une (1) infirmière - une (1) infirmière auxiliaire - deux (2) à trois (3) préposés aux bénéficiaires
Nuit (23h – 7h)	5 travailleurs pour tout l'étage	- une (1) infirmière - une (1) infirmière auxiliaire - trois (3) préposés aux bénéficiaires

Afin de cibler les périodes au cours desquelles nous allons faire notre collecte de données, nous avons interrogé la responsable de la formation PDSB sur la répartition quotidienne de la charge de travail. Cette personne est également

l'infirmière en chef du troisième étage . Selon cette personne : « *le gros du travail s'effectue au début au quart du jour. Entre 7h et 9h30. C'est en ce moment que toutes les tâches « lourdes » sont effectuées : donner le petit-déjeuner, faire le bain ou aider les résidents à faire leur bain, habiller ou aider les résidents à s'habiller, faire des prises de sang, administrer des médicaments aux résidents, etc. ».*

5.2 SÉLECTION DES PARTICIPANTS À LA RECHERCHE

La sélection des participants à notre recherche au sein de la population ciblée (5.2.1) a nécessité, en amont, que des critères soient établis (5.2.2) avant d'entamer des démarches pour connaître les caractéristiques du personnel du Centre (5.2.3) en vue de recruter celles et ceux parmi eux qui manifestaient une volonté de prendre part à notre recherche et qui satisfaisaient les exigences établies (5.2.4).

5.2.1 Population cible

L'étude de Berthelette et coll. (2006) a pu fournir de précieuses informations sur les caractéristiques du personnel des centres d'hébergement formé au programme PDSB. En effet, il ressort des affirmations des formateurs interrogés que le personnel soignant qu'ils avaient formé au cours des 12 mois précédant l'étude appartenait à une dizaine de catégories professionnelles. Les préposés aux bénéficiaires, les infirmières et les infirmières auxiliaires en constituaient la majorité. Ils représentaient, respectivement, 26,3%, 23,1% et 22,1%, soit 71,5% du personnel soignant formé. Les autres catégories professionnelles (ergothérapeutes, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation, brancardiers, etc.) ne représentaient pas, prises individuellement, une masse critique (leur poids respectif variait entre 0,2 et 5,4% du total des personnels soignants formés). D'où le choix de limiter notre analyse aux catégories professionnelles les plus

significatives à savoir les préposés aux bénéficiaires, les infirmières et les infirmières auxiliaires.

5.2.2 Critères de sélection

Pour notre objectif n° 1, nous avons eu recours aux critères d'inclusion suivants pour sélectionner les participants à la recherche :

- a) occuper un emploi dont les tâches comportent le transfert de patients (préposés aux bénéficiaires, infirmières et infirmières auxiliaires) ;
- b) n'avoir pas suivi, sur place, une formation aux principes PDSB ;
- c) donner son consentement de façon formelle et explicite.

Pour l'objectif 2, nous voulions élargir la taille de notre échantillon en incluant des préposés aux bénéficiaires, infirmières et infirmières auxiliaires qui avaient déjà suivi la formation PDSB à l'interne.

5.2.3 Démarches pour connaître les caractéristiques du personnel du Centre

Après réception de la notification de l'accord du Centre, la Directrice des soins infirmiers et services cliniques nous demanda de lui faire parvenir un échéancier et les outils que nous comptons utiliser. C'est ainsi que nous lui avons fait parvenir la liste de documents ci-après :

- un plan de travail ;
- un mémo sur les modalités pratiques de réalisation de la recherche ;
- une liste indicative des documents à collecter ;
- une copie du questionnaire d'évaluation préliminaire ;
- une copie de la grille d'observation ;
- une copie de la grille d'entretien semi-directif ;
- une copie de la lettre d'information et d'engagement à la confidentialité ;

- une copie du formulaire de consentement.

En retour, la Direction des soins infirmiers et des services cliniques a mis un certain nombre de documents à notre disposition, soit :

- le rapport annuel du Centre 2006-2007 ;
- le rapport annuel du Centre 2007-2008 ;
- le rapport annuel du Centre 2008 – 2009 ;
- le rapport annuel du Centre 2009 -2010.
- un tableau (Excel) sur les indicateurs de gestion MSSS 2010 au 31 mars 2010
- la liste indicative des documents à collecter que nous lui avons transmise avec des annotations indiquant les noms des personnes à rencontrer pour avoir les informations souhaitées.

D'autres documents nous ont été également remis au fil de notre immersion dans le Centre comme ceux relatifs aux :

- statistiques concernant l'ensemble des effectifs médicaux et paramédicaux selon les catégories professionnelles de 2004 à 2009 ;
- statistiques des ATMP sur la même période (2004 – 2009) ;
- rapport établi par l'organisme *Accreditation Canada* en octobre 2009 ;
- rapport annuel du Centre 2010 -2011.

Une rencontre a été organisée, par la suite, avec la Direction des soins infirmiers et services cliniques pour discuter des modalités pratiques de réalisation de la recherche. C'est ainsi qu'il nous a été suggéré de recruter le personnel soignant par voie postale en envoyant, aux participants potentiels, les questionnaires d'évaluation préliminaire ainsi que la lettre d'information et celle d'engagement à la confidentialité à leur domicile respectif. Cette façon de faire est celle utilisée par toutes les études réalisées au Centre étant donné qu'il est très difficile de

toucher tout le monde à travers le courrier interne avec des quarts de travail différents et changeants. À cette fin, la Direction s'est engagée à nous remettre la liste du personnel ciblé après avoir informé et obtenu l'accord du syndicat des travailleurs (étant donné que la liste recèle des données personnelles de nature confidentielle). Une autre suggestion nous a été faite : la traduction en anglais du questionnaire, de la lettre d'information et du formulaire de consentement pour toucher le maximum de personnes dans la population ciblée étant donné que le personnel du Centre est issu de 37 nationalités différentes. Nous avons également été sollicités pour proposer la rédaction d'un court texte d'information destiné à tenir au courant le personnel du Centre à travers les babillards électroniques. La Chef du service de la santé et de la sécurité du travail a été désignée, au terme de cette rencontre, à servir de relais entre nous et le Centre en vue de faciliter notre travail en nous apportant tout le soutien requis. Nous l'avons rencontrée, à plusieurs reprises, à chaque fois que nous en avons besoin.

Tout juste après cette rencontre se tenait une session de formation interne sur le PDSB. Nous avons saisi cette opportunité en demandant l'autorisation d'y assister en qualité d'observateurs et en vue de mieux nous imprégner des réalités organisationnelles. Notre demande a été agréée et nous avons pu assister à la formation. Les informations recueillies lors de cette observation nous ont permis de peaufiner nos outils et surtout de nous fixer sur les critères devant nous permettre d'évaluer la formation PDSB qui servirait d'expérimentation.

Nous avons, par la suite, tenu une rencontre essentiellement axée sur la formation du personnel du Centre au programme PDSB avec l'adjointe à la Direction des soins infirmiers et des services cliniques selon le canevas ci-après que nous lui avons proposée, lequel reflétait nos attentes en termes de besoins d'informations :

- le choix des critères qui fondent la décision d'organiser des sessions de formation PDSB ;

- les critères de sélection du personnel et, s'il y a lieu, ceux relatifs au ciblage d'une ou plusieurs catégories du personnel ;
- la planification des sessions de formation PDSB ;
- les coûts approximatifs, s'ils sont établis, des sessions de formation ;
- les actions de suivi voire d'accompagnement post formation ;
- les statistiques relatives au PSDB, si possible, surtout celles concernant le nombre de travailleurs formés au cours des 5 dernières années, leur catégorie professionnelle, etc.
- les évaluations faites des différents plans de formation, si elles existent ;
- tout document en rapport avec le PDSB jugé utile et intéressant.

Avant le démarrage des entretiens et des observations, une nouvelle Directrice de la recherche est arrivée au Centre et est devenue la principale responsable de la conduite, au sein du Centre, de notre recherche en lieu et place de la Directrice des soins infirmiers et des services cliniques qui lui transféra tout le dossier relatif à nos activités dans l'établissement. Plusieurs rencontres ont été tenues avec elle et ses collaborateurs. Ces rencontres ont impliqué, selon les sujets traités, la participation de trois infirmiers en chef (ceux du 2^e, 3^e et 5^e étage), la responsable de la SST, la responsable de l'assurance qualité et la formatrice accréditée pressentie pour donner la session de formation PDSB qui devait faire l'objet d'observation. Son assistante de recherche a été désignée comme personne focale de notre recherche, donc la personne à qui s'adresser directement pour nous aider à trouver les informations voulues, à rencontrer les personnes souhaitées et à mettre au point la planification de nos interventions. Elle était aussi chargée de faire le suivi de notre recherche.

Au-delà des rencontres avec la Directrice de la recherche et ses collaborateurs, nous avons aussi tenu deux séances de travail avec l'infirmière en chef responsable de la formation PDSB. La première rencontre, tenue avant le démarrage des entretiens et observations, s'est faite autour des aspects touchant le contexte organisationnel et la gestion du programme de formation PDSB, soit :

- l'organisation de l'accueil et de la répartition des patients entre les différents étages (du 2^e au 7^e) ;
- la répartition de la charge de travail entre les différentes catégories professionnelles (préposés aux bénéficiaires, infirmières-auxiliaires et infirmières) au niveau d'une unité (étage) ;
- les moments dans un quart de travail les plus pénibles (comportant des tâches qui requièrent beaucoup plus d'efforts physiques).

Notre seconde rencontre avec l'infirmière en chef responsable de la formation PDSB s'est tenue après le démarrage des entretiens et observations avant l'intervention (formation interne sur le PDSB) et s'est faite suivant un canevas qui s'articulait essentiellement autour des questions que nous jugions importantes après la lecture, la compilation et l'analyse de tous les documents et informations reçues depuis le début de notre présence au sein de l'établissement. Ces questions étaient relatives :

- aux critères et procédures pour assurer la formation PDSB à tous les nouveaux travailleurs du Centre ;
- à la réalisation du suivi post-formation sur le lieu de travail ;
- aux récriminations, remarques ou observations des chefs d'équipe ou des autres infirmières en chef relatives à la non-observance des principes du PDSB par les travailleurs ;
- à la liste des tâches assignées à chaque travailleur ;
- aux modalités organisationnelles ou aux décisions prises pour faciliter le travail en duo (à deux) ;
- aux statistiques sur le parc matériel du Centre relatif aux équipements d'aide à la manutention (nombre de chambres équipées de lèves-personnes sur rail, nombre de lèves-personnes mobiles, nombre de civières-douches, de fauteuils roulants ou gériatriques).

C'est le traitement et l'analyse de toutes ces informations récoltées, à travers ces rencontres et interviews, qui nous ont permis d'adapter notre démarche aux réalités organisationnelles dans le respect des objectifs poursuivis et de la méthodologie définie.

5.2.4 Démarche de recrutement des participants à la recherche

Une première liste de 92 participants potentiels (formés et non formés aux PDSB au sein de l'établissement) est établie par la personne responsable de la formation PDSB en rapport avec la Direction des ressources humaines (DRH). Ils sont tous en activité au 2^e étage où sont admis les patients considérés comme des cas lourds. Ce choix porté sur le 2^e étage se justifie par le fait que nous voulions être assurés d'observer des manœuvres de transfert, donc de pouvoir vérifier effectivement l'utilisation ou non des principes PDSB. Le profil des patients (100% dépendants) et, subséquemment la nature des tâches accomplies au 2^e étage nous garantissaient *a priori* cette possibilité. Finalement, nous avons étendu le choix des sujets à l'ensemble des préposés aux bénéficiaires, infirmières et infirmières auxiliaires que compte le Centre, soit un bassin de 383 participants potentiels. Cette décision d'étendre le choix à l'ensemble des participants potentiels du Centre s'est justifiée par le fait que celui-ci dispose d'une politique de SST qui érige la formation systématique au PDSB au rang des priorités organisationnelles de telle sorte que les travailleurs qui n'ont pas encore pris part à une session de formation interne sont très peu nombreux. Nous avons sollicité les travailleurs, par voie postale, en leur envoyant les questionnaires à leur domicile respectif. Le choix de cette forme de saisie se justifie par le fait qu'il est très difficile de toucher tout le monde à travers le courrier interne en raison des quarts de travail différents et changeants. De plus, cette façon de joindre le personnel rassure sur la confidentialité des données. Auparavant, nous avons rédigé un court message d'information destiné au personnel du Centre, lequel a été diffusé à travers les babillards électroniques. Le message diffusé a été libellé en ces termes « *une recherche sur la formation PDSB est en cours. Vous recevrez à vos domiciles, un questionnaire et toutes les*

informations sur la recherche. Votre collaboration serait très appréciée en remplissant et en retournant le questionnaire, en utilisant l'enveloppe timbrée prévue à cet effet. »

Notre objectif, au départ, était d'avoir 16 sujets répartis en groupes expérimental (8) et témoin (8). Ils allaient être choisis sur la base des résultats d'une évaluation préliminaire par questionnaire (voir 5.3.2). Ce dernier tient sur une feuille (2 pages) et s'articule principalement autour de 2 parties. La première (au recto) vise à recueillir les caractéristiques personnelles des sujets. La seconde (au verso) contient le Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek (une grille de perception subjective) pour évaluer nos deux variables contextuelles que sont la charge de travail et la latitude décisionnelle. Le questionnaire d'évaluation préliminaire est un questionnaire auto-administré. Nous avons prévu, lorsque les questionnaires d'évaluation préliminaire seraient reçus, traités et exploités, de faire le choix des 16 PAB, infirmières et infirmières auxiliaires parmi ceux et celles qui donneraient leur accord pour prendre part à la recherche.

Finalement, nous avons reçu 26 réponses favorables (questionnaires remplis puis retournés). En nous fondant sur les résultats d'une première analyse des questionnaires reçus et sur les informations reçues de la DRH via la chargée de programme à la Direction de la recherche du Centre qui était notre répondante, nous avons retenu 20 des 26 questionnaires et écarté les 6 autres pour les raisons suivantes :

- longue absence pour raisons médicales (2) ;
- fin des liens contractuels (2) ;
- travail sur appel et très peu d'heures travaillées (1) et
- titulaire d'une carte de formatrice PDSB accréditée par l'ASSTSAS (1).

Tous les autres 20 travailleurs ayant répondu favorablement à notre demande ont été interviewés conformément au guide d'entretien élaboré à cet effet (voir 5.3.2).

Les interviews ont permis de valider certaines informations et d'en corriger d'autres notamment celles relatives à la participation à une formation PDSB organisée par le Centre en son sein avec un formateur accrédité par l'ASSTSAS. Ces interviews ont été, également, l'occasion de demander à quelques participants de compléter la deuxième partie de leur questionnaire relative à l'appréciation de leur charge de travail et de leur latitude décisionnelle parce qu'ils avaient omis de répondre à une ou deux questions, donc de cocher une ou deux cases. Les 20 travailleurs étaient issus des étages suivants : 2^e étage (11), 3^e étage (2), 5^e étage (3), 6^e étage (1), 7^e étage (1) et 2 qui étaient flottants. Dans le lot de ces 20 travailleurs, il s'est avéré, après toutes les vérifications d'usage faites et au terme des entretiens, que seuls 7 parmi eux n'avaient pas bénéficié encore d'une formation PDSB au sein du Centre. Les 13 restants ont participé, au moins une fois, à des sessions de formation PDSB tenues en interne avec un ou une formatrice accrédité(e) par l'ASSTSAS.

En ce qui concerne les 7 travailleurs non formés au PDSB en interne, un (1) a démissionné, par la suite, de l'établissement. Nous nous sommes retrouvés, ainsi, avec un groupe de 6 travailleurs non encore formés au lieu des 8 visés initialement. Cela constitue, tout de même, un succès dans la mesure où il est difficile d'identifier un travailleur non formé au PDSB dans un CHSLD de la taille des Maïmonides, qui a suffisamment de moyens, qui dispose de procédures en ressources humaines solidement implantées et qui s'adosse sur une longue tradition de politique de formation qui a fini de rendre systématique et généralisée la formation PDSB. Cela dit, le faible nombre de travailleurs non formés nous a amenés à modifier notre devis de recherche. Nous avons dû abandonner l'idée de constituer un groupe contrôle non équivalent. Nous nous sommes limités à un devis avant-après avec un groupe unique pour notre objectif n° 1, malgré les biais susceptibles d'altérer la validité interne des inférences. Nous discuterons de ces biais ultérieurement.

5.3 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE RELATIVE À L'OBJECTIF N° 1

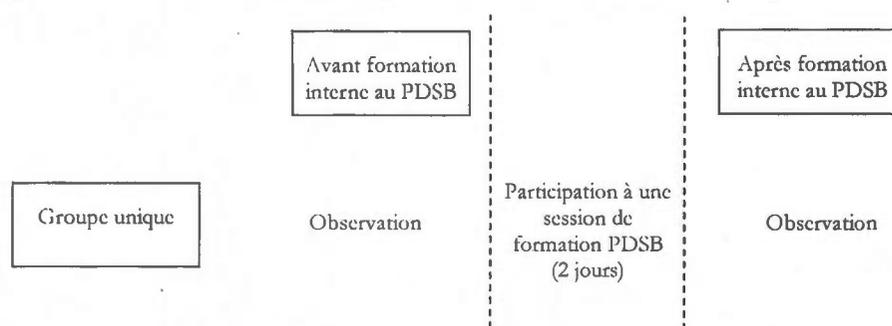
Pour rappel, notre premier objectif visait à vérifier si le programme PDSB dispensé au sein d'une organisation produit un de ses effets intermédiaires attendus à savoir l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés. Après avoir présenté notre devis lié à cet objectif (5.3.1) nous présenterons chacune de ses variables en précisant sa nature, ses sources, ses modalités de collecte et, s'agissant des variables de contrôle, la manière dont elles sont susceptibles d'exercer une influence sur la variable dépendante ainsi que les mesures prises pour maîtriser sinon limiter cette influence (5.3.2). Nous terminons par la présentation de notre plan d'analyse (5.3.4) précédée, auparavant, par celle relative au traitement des données recueillies (5.3.3).

5.3.1 Devis de recherche

Nous avons adopté un devis d'étude avant – après avec un groupe unique (figure 5.1). Une étude avant – après avec un groupe unique permet de faire une évaluation comparative entre des participants avant l'introduction d'une intervention et après la mise en œuvre de celle-ci. C'est un type de devis qui permet de « *comparer les résultats obtenus par des personnes après une intervention à ceux qui ont été obtenus par ces mêmes personnes avant l'intervention* » (Haccoun et McDuff, 2009). Selon Champagne et coll. (2011), « *les effets correspondent à la différence entre l'observation effectuée avant le début du programme et celle qui est réalisée à la fin de celui-ci* ». Haccoun et McDuff (2009) affirment que ce type de devis fait partie des 6 devis « *qui sont le plus fréquemment utilisés dans la pratique* » particulièrement dans le domaine de la pratique évaluative. La situation « avant » devient ainsi une situation référence (bilan initial) qui permet de vérifier la production d'effets voire l'efficacité d'une intervention en la comparant avec la situation « après ». Les participants à l'étude, dans ce cas, servent à la fois de groupe expérimental et témoin.

L'étude avant – après avec un groupe unique est un devis quasi expérimental étant donné que nous n'avons pas la latitude de manipuler, à souhait, la variable indépendante (formation au programme PDSB) : il revenait, par exemple, à la direction de l'établissement de fixer les dates de formation (en fonction des contraintes ou priorités organisationnelles, des disponibilités, etc.) et d'établir la liste des participants (ceux qui n'ont pas encore pris part à une formation interne sur le PDSB). Les devis quasi-expérimentaux avant – après avec un groupe unique sont très utilisés dans les domaines des sciences de gestion et de l'éducation notamment dans les situations où l'assignation aléatoire des sujets, aussi bien celle du groupe expérimental que celle du groupe témoin, s'avère difficile.

Figure 5.1 Présentation schématique du devis de recherche relatif à l'objectif n° 1



Selon Haccoun et McDuff (2009), « *il n'est pas toujours possible de constituer un groupe témoin* ». Ainsi, les raisons qui nous ont conduits à adopter un tel devis peuvent être résumées en 3 points principaux :

1. la faiblesse du nombre de travailleurs non encore formés, à l'interne, au PDSB : il nous a été difficile de trouver un nombre significatif de travailleurs pas encore formés au PDSB dans le Centre pour être en mesure de former deux groupes distincts (expérimental et témoin) étant donné que l'établissement rend systématique et généralisée la formation PDSB à toutes ses nouvelles recrues notamment celles appartenant aux catégories professionnelles des préposés aux bénéficiaires, aux infirmières

et aux infirmières auxiliaires. Pour rappel, en dépit d'un large bassin potentiel, seuls 7 travailleurs n'ayant pas encore eu une formation PDSB au sein du Centre ont pu être identifiés.

2. la difficulté, voire l'impossibilité, de constituer un groupe témoin qui répond aux critères scientifiques généralement admis : les sujets du groupe témoin doivent ressembler, le maximum possible, à leurs collègues du groupe expérimental notamment en n'ayant pas encore bénéficié d'une formation PDSB au sein du Centre. Or, 13 travailleurs sur les 20 ayant accepté de prendre part à notre recherche avaient déjà pris part à une session de formation interne sur le PDSB.
3. les avantages propres à un tel type de devis : l'évaluation des sujets avant et après l'intervention permet de mesurer les changements associés à cette intervention, donc offre la possibilité de renseigner sur les éventuelles variations enregistrées par la variable dépendante.

En dépit des avantages qu'il offre, ce type de devis présente un certain nombre de limites. La principale limite souvent soulevée est que ce type de devis ne permet pas « *une comparaison parfaite* » d'après Champagne et coll. (2011) étant donné qu'on ne peut être catégorique sur l'entière imputabilité des effets observés à l'intervention en l'absence d'un groupe témoin. En effet, selon Contandriopoulos et coll. (1990), les biais qui peuvent influencer la validité interne d'un devis avant – après avec un groupe unique sont liés à l'histoire, à la maturation, à l'accoutumance au test, aux interactions entre la sélection et la maturation ainsi qu'à la mesure des effets (Contandriopoulos et coll., 1990 ; Haccoun et McDuff, 2009 ; Champagne et coll., 2011). Les biais liés à l'histoire (survenue d'un évènement important entre les deux mesures), à la maturation (un délai occasionne des changements chez les sujets qui vont dans le sens des effets de l'intervention) et aux interactions entre la sélection et la maturation (les sujets sélectionnés sont plus sensibles aux biais de maturation) peuvent faire en sorte

que le changement observé au niveau de la variable dépendante n'est pas lié à l'intervention. Les biais relatifs à la mesure des effets n'apparaissent que lorsque des instruments différents sont utilisés pour mesurer les effets avant et après intervention.

Au plan de la validité externe, le devis d'étude avant – après comporte, selon Contandriopoulos et coll. (1990), un certain nombre de biais externes, principalement l'interaction entre les différentes composantes d'une intervention (difficulté de séparer les effets de différentes composantes d'une intervention), l'interaction entre les observations et l'intervention (sensibilisation des sujets à l'intervention lorsqu'ils répondent à un questionnaire avant le démarrage de l'intervention) et l'interaction entre la sélection des sujets et l'intervention (non-représentativité des sujets étant donné qu'ils sont choisis sur une base volontaire).

Pour chacun des biais identifiés, nous avons tenté d'éliminer sinon réduire, au minimum, les effets qu'il pouvait avoir. C'est ainsi que sur le plan de la validité interne, dans le but de contrôler un biais potentiel de maturation, seuls trois mois, soit le délai le plus petit généralement admis pour qu'on puisse assister au transfert des enseignements après une formation, séparent l'intervention et les mesures après intervention. Pour contrôler le biais de mesure des effets, d'une part, nous avons utilisé les mêmes instruments avant et après l'intervention et, d'autre part, la même personne a collecté toutes les données aux différentes phases de l'étude. De pareilles précautions ont été, également, prises pour supprimer sinon atténuer d'éventuels effets découlant de biais pouvant influencer la validité externe pour ce type de devis notamment en évitant que le questionnaire préliminaire ne contienne aucune référence illustrative ou descriptive concernant la façon de réaliser les manœuvres. Le plan d'analyse que nous avons élaboré (5.3.4) et utilisé prend en compte tous ces aspects.

5.3.2 Variables

Les variables identifiées qui se rattachent à notre objectif n° 1 sont présentées dans le tableau ci-après (tableau 5.5) en fonction de leurs catégories (indépendantes, dépendantes et de contrôle). S'assurer que les principes PDSB sont effectivement utilisés du seul fait de l'exposition à la formation PDSB implique la nécessité de prendre des mesures pour que tous les autres facteurs susceptibles d'influencer la variable dépendante soient identifiés puis maîtrisés. Cela nous a amenés à dresser la liste de deux catégories de variables de contrôle : celles liées aux caractéristiques personnelles des travailleurs et celles relatives aux caractéristiques organisationnelles.

Tableau 5.5 Principales variables découlant de l'objectif n° 1

Hypothèse	Variable indépendante	Variable dépendante	Variables de contrôle	
			<i>liées aux caractéristiques personnelles</i>	<i>liées aux caractéristiques organisationnelles</i>
les principes du PDSB enseignés lors des sessions de formation interne destinées au personnel soignant sont effectivement utilisés par celui-ci dans l'exécution de ses tâches.	Formation aux principes PSDB	Utilisation des principes PSDB	<ul style="list-style-type: none"> - Genre (femme / homme) - Expérience professionnelle 	Nombre de patients en charge par travailleur

Pour les variables indépendante et dépendante, nous précisons leur nature, comment nous les avons mesurées, les sources et instruments qui ont servi à la collecte des informations pertinentes liées à chacune d'elles.

5.3.2.1 Variable indépendante : la formation aux principes PDSB

- Nature de la variable indépendante : Notre variable indépendante est constituée par le fait d'avoir bénéficié d'une formation PDSB au niveau interne, c'est-à-dire au sein du Centre. Selon Vézina et coll. (1998), la

formation consiste à améliorer les habiletés et les dispositions d'une personne dans l'exercice d'une tâche ou d'un emploi à travers l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques, de savoir-faire et d'attitudes. La formation PDSB est dispensée sur les lieux de travail, donc dans des conditions matérielles qui renvoient directement aux situations de travail quotidiennes des travailleurs formés. Elle est animée par un pair, c'est-à-dire par un travailleur en activité dans la même organisation que les destinataires de la formation et qui dispose d'une accréditation de l'ASSTSAS. La formation PDSB qui a été diffusée au sein du Centre au profit des 6 participants a eu une durée de deux jours avec un contenu notionnel articulé autour de onze (11) axes thématiques (figure 5.2).

Figure 5.2 Agenda et contenu de la formation PDSB diffusée au sein du Centre

Jour 1			Jour 2		
BLOCS	THÈMES	DURÉE	BLOCS	THÈMES	DURÉE
Thème I	Introduction et présentation	15 min.	Thème VII - A	Rétroaction sur les applications individuelles	80 min.
Thème II	Prévention des maux de dos : approche globale	60 min.	Thème VIII	Principes mouvements : application en groupe	120 min.
Thème III	Éléments de physiologie et biomécaniques	20 min.	Thème VIII - A	Rétroaction sur les applications en groupe	60 min.
Thème IV	Principes de préparation	60 min.	Thème IX	Situations difficiles	85 min.
Thème V	Principes de positionnement	45 min.	Thème X	Équipements d'aide au transfert	60 min.
Thème VI	Principes de prise	45 min.	Thème XI	Suivi sur le lieu de travail	150 min.
Thème VII	Principes de mouvement : application individuelle	160 min.			

3h20

3h25

3h20

3h25

2h30

- Mesure de la variable indépendante : La mesure de la variable indépendante s'est faite en deux temps. Dans un premier temps, nous avons fait de l'observation en assistant aux deux jours de formation organisés à l'intention des travailleurs du groupe unique. Dans un second temps, nous avons procédé à une analyse comparative entre les prescriptions standard de la formation PDSB telles que préconisées par l'ASSTSAS et la formation effectivement diffusée par le Centre. Cette analyse comparative avait pour but, outre de confirmer l'intégrité de la formation PDSB, mais aussi de nous assurer que celle-ci s'est faite de manière à espérer obtenir les effets escomptés.
- Sources des données relatives à la variable indépendante : Deux principales sources ont alimenté la cueillette de nos données relatives à la variable indépendante : les documents relatifs à la formation PDSB et les 2 jours de formation PDSB organisés au sein du Centre au profit des travailleurs qui n'étaient pas encore formés. En ce qui concerne les documents, ils étaient de deux ordres : d'une part, ceux que nous pouvions qualifier de référentiels puis qu'étant édités par l'ASSTSAS et qui définissaient les règles standard d'une formation PDSB et, d'autre part, ceux propres au Centre qui retraçaient tout le processus de gestion des activités internes liées à la formation PDSB (rapports annuels d'activités, notes internes, rapports d'évaluation, politique de formation, plans de formation, fiches de postes, etc.) ou remis par les formateurs PDSB. Pour ce qui est des deux jours de formation PDSB, ils ont permis de recueillir, sur place, de nombreuses et utiles informations relatives aux modalités de diffusion des apprentissages, mais aussi à l'observation des interactions entre la formatrice et les participants, d'une part et, entre les participants eux-mêmes, d'autre part.
- Collecte des données relatives à la variable indépendante : Tous les documents relatifs au programme de formation PDSB ont été collectés auprès des services impliqués dans la gestion de la formation PDSB (DRH

et DSISC). Pour aider à cette collecte, nous avons soumis, à l'avance, à la DSISC, qui nous servait dans un premier temps de répondant, une liste exhaustive de documents dont nous souhaitions disposer (Appendice 1). Pour les autres documents afférents au standard de la formation PDSB, nous nous les sommes procurés auprès de l'ASSTSAS. Il s'agissait, essentiellement

- du cahier du formateur PDSB édité, en 2010 par l'ASSTSAS ;
- des fiches PDSB, en version imprimée, éditées par l'ASSTSAS où sont prescrites les manœuvres à faire au lit, au fauteuil, au sol, au bain, de transfert, d'accompagnement à la marche, dans les escaliers et avec équipement ;

5.3.2.2 Variable dépendante : l'utilisation des principes PDSB

- Nature de la variable dépendante : L'utilisation des principes PDSB renvoie à la mise en pratique, lors de l'exécution des tâches, des connaissances ou compétences acquises à travers la participation à une session interne de formation sur le PDSB. L'utilisation des principes PDSB appris au cours d'une session de formation constitue un des effets intermédiaires escomptés du programme.
- Mesure de la variable dépendante : Pour mesurer l'utilisation des principes PDSB, nous avons élaboré une grille d'observation en transcrivant, en actes objectivables c'est-à-dire en comportements observables, les principes enseignés lors d'une formation PDSB. La grille comporte 10 pages dont l'intégralité est versée en annexe (Appendice 2). Nous reproduisons, ci-après, les deux premières pages de la grille à titre illustratif (figure 5.3). L'analyse de l'ordre stratégique des manœuvres de déplacement sécuritaire des patients avait conduit à l'identification des compétences enseignées par

le PDSB à chacune des étapes d'exécution d'une tâche de transfert. Nous avons classé ces compétences en deux catégories : les compétences générales et les compétences spécifiques. Les premières visent à permettre aux travailleurs de faire l'analyse globale de la situation de travail dans laquelle s'insèrent leurs tâches, de prendre les décisions appropriées et de communiquer aussi bien avec les collègues dont l'aide est requise qu'avec les patients à déplacer. Les compétences spécifiques permettent de doter les travailleurs de la capacité d'effectuer, de façon sécuritaire, les tâches reliées à l'une des 3 situations particulières suivantes : la supervision (le patient fournit l'essentiel de l'effort physique pour la réalisation de la manœuvre et utilise lui-même les équipements), l'assistance partielle (les efforts sont partagés entre le patient et le personnel soignant et les deux utilisent les équipements) et l'assistance totale (le patient ne peut fournir aucun effort et le personnel soignant utilise seul les équipements et fournit tous les efforts requis par la manœuvre). C'est sur cette base que nous avons élaboré la grille qui nous a servi lors des observations.

L'utilisation des principes PDSB est aussi mesurée à travers des entretiens semi-directifs. Ces derniers se sont déroulés en utilisant un guide d'entretien (Appendice 3) construit à partir des variables apparues importantes à la lumière de la revue de littérature, du modèle conceptuel et de l'analyse documentaire. Ces variables s'articulent principalement autour d'un certain nombre de points notamment l'utilisation des principes PDSB, le développement des compétences relatives au déplacement sécuritaire des travailleurs, l'autonomie décisionnelle et la charge de travail.

Figure 5.3 Grille d'observation – Extraits

ESG UQÀM

École des sciences de la gestion

Département Organisation et Ressources Humaines

Université du Québec à Montréal

Programme conjoint de
Doctorat en Administration

→ Doctorat en administration (Ph. D.)

100 - 350 - 1050

GRILLE D'OBSERVATION

Service / Unité : Quart de travail :

Date d'observation : Période d'observation :

Remarque : Le tableau suivant est une synthèse des observations effectuées. Pour le remplir, se reporter aux actes observables (comportements observables) des compétences ciblées qui sont de grille d'observation.

Ordre des manœuvres	Compétences	Utilisation des compétences		
		OUI	NON	N.A.
STRATEGIE GÉNÉRALE	Analyser globalement la situation de travail			
	Déterminer le niveau d'assistance nécessaire			
	Décider de la stratégie la plus sécuritaire			
	Communiquer avec le bénéficiaire et, éventuellement, avec le collègue dont l'aide est sollicitée			
SUPERVISION	Préparer et planifier la supervision			
	Faire exécuter les manœuvres par le bénéficiaire en respectant les mouvements naturels			
	Superviser : accompagner et surveiller le bénéficiaire dans ses mouvements			
ASSISTANCE PARTIELLE	Préparer et planifier l'assistance partielle			
	Se positionner, se mettre en place de manière à réduire la distance avec le bénéficiaire			
	Effectuer une prise solide et douce du bénéficiaire tout en adoptant une position qui réduit les efforts			
	Exécuter le déplacement dans le respect des règles biomécaniques			
ASSISTANCE TOTALE AVEC UTILISATION D'ÉQUIPEMENTS	Aider le bénéficiaire à se déplacer ou accomplir une manœuvre compte tenu de ses capacités et des règles biomécaniques			
	Préparer et planifier une assistance totale avec utilisation d'équipements			
	Se répartir la tâche			
	Effectuer une prise sécuritaire du bénéficiaire			
ASSISTANCE TOTALE SANS ÉQUIPEMENTS	Effectuer la manœuvre			
	Préparer et planifier l'assistance totale			
	Se positionner pour accomplir une manœuvre d'assistance totale			
	Effectuer une prise			
	Déplacer le bénéficiaire			

Actes observables (comportements observables) des compétences enseignées par le PDSB régulier

Ordre des manœuvres	Compétences enseignées par le PDSB régulier	Actes observables (comportements observables)
STRATEGIE GENERALE	Analyser globalement la situation de travail	<ul style="list-style-type: none"> Le travailleur demande des informations supplémentaires sur la tâche à faire (anatomie, caractéristiques, etc.) Le travailleur demande des informations supplémentaires sur le bénéficiaire à transférer (taille, poids, etc.) Le travailleur vérifie la disponibilité et la conformité des équipements Le travailleur vérifie les espaces de manœuvre disponibles ainsi que l'état (de sécurité) du travail Le travailleur tient compte des contraintes liées au temps
	Déterminer le niveau d'assistance nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> Le travailleur réalise des tests initiaux des capacités de client Le travailleur détermine le degré d'assistance du bénéficiaire Le travailleur détermine le niveau d'aide dont il a besoin pour accomplir la tâche
	Decide de la stratégie la plus sécuritaire	<ul style="list-style-type: none"> Le travailleur choisit le type d'effort transfert de poids et/ou de contre-poids Le travailleur établit les étapes de l'exécution de la tâche Le travailleur sélectionne les équipements Le travailleur décide où se positionner Le travailleur choisit comment positionner le client
	Communique avec le bénéficiaire et, éventuellement, avec le collègue dont l'aide est sollicitée	<ul style="list-style-type: none"> Le travailleur explique au bénéficiaire <ul style="list-style-type: none"> la situation la stratégie le type d'aide le rôle pour transférer et coordonne les efforts à chaque étape Le travailleur explique à son collègue <ul style="list-style-type: none"> la situation la stratégie le type d'aide le langage qui dirige la manœuvre la stratégie, les étapes, la participation de chacun et du client la préparation des équipements et de l'espace de travail les positionnements, les prises et les mouvements Le rôle pour transférer et positionner les efforts à chaque étape
SUPERVISION	Prépare et planifier la supervision	<ul style="list-style-type: none"> Connaître les principes généraux de préparation d'une supervision Le travailleur recueille des informations supplémentaires relatives aux capacités et à l'état du client Le travailleur recueille tous les capacités du client Le travailleur met en place des accessoires, des équipements, des appuis et ajustements et tests de solidité Le travailleur prépare le travail Le travailleur annonce le déplacement à faire au bénéficiaire Sécuriser, motiver, contraindre le bénéficiaire Le travailleur aide le bénéficiaire pour tester ses capacités Le travailleur maintient un contact physique entourant et rassurant Le travailleur met à la portée du bénéficiaire des appuis physiques solides Le travailleur teste des paroles d'encouragement et d'estime à l'endroit du bénéficiaire Le travailleur maintient un contact visuel et d'encouragement par l'expression et la gestuelle Le travailleur motive le bénéficiaire

Chéah, Faye

Docteur en Administration

Page 2/16

- Sources des données relatives à la variable dépendante : Nous avons suivi et observé chacun des 6 participants du groupe unique, avant et après l'intervention (la session de formation interne sur le PDSB). Le nombre maximal de manœuvres observées, par phase (avant ou après) et par participant, est de cinq (5). Les manœuvres observées auprès de chacun des participants impliquaient le transfert d'un à trois patients différents et elles pouvaient être assez variées (positionner un patient dans un fauteuil, aider un patient à se lever du fauteuil, tourner le patient dans le lit, transfert du patient du lit à la civière-douche par transfert de poids, etc.). Nous avons privilégié l'observation des manœuvres à leur début jusqu'à elles soient complétées sans les chronométrer. Pour les travailleurs du quart du matin, nos observations ont eu lieu entre 7h30 et 10h30, c'est-à-dire la période où les tâches « lourdes » sont effectuées par le personnel soignant : faire le bain ou aider les résidents à faire leur bain, habiller ou aider les résidents à

s'habiller, transfert des patients de leur lit vers leur fauteuil roulant ou gériatrique, etc. Cette tranche horaire a été identifiée comme étant la plus significative, en termes de tâches de transfert, par tous nos interlocuteurs rencontrés, mais aussi par d'autres auteurs tels que Caroly et coll. (2009). Pour le quart du soir, nous avons privilégié l'observation des tâches de transfert des patients lors des moments les plus représentatifs de l'après-midi à savoir après leur sieste ou lorsqu'ils allaient être mis au lit en fin de journée pour se coucher.

- Collecte des données relatives à la variable dépendante : Nous avons opéré une première série d'observations avant l'intervention pour tous les 6 participants du groupe unique. Nous avons attendu trois mois après la tenue de la session de formation pour réaliser la deuxième série d'observations (après intervention). Ce délai de 3 mois pour effectuer les mesures a été déterminé pour laisser le temps aux participants du groupe unique, bénéficiaires de la formation interne sur le PDSB, d'intégrer ce qu'ils ont appris et d'avoir des occasions de les pratiquer. Il convient de noter que, dans la littérature, il n'existe aucun consensus sur le délai à respecter avant de mesurer l'utilisation des apprentissages reçus dans le cadre d'une formation. D'après Meignant (1993), l'évaluation peut survenir quelques semaines à 6 mois après la formation..

Pour chacune des variables de contrôle, nous allons préciser sa nature, expliquer comment s'exerce son influence sur la variable dépendante, la façon dont nous avons procédé à sa mesure et présenter les mesures prises pour maîtriser son influence sur la variable dépendante.

5.3.2.3 Variable de contrôle liée au genre

- Nature de la variable de contrôle : Au terme d'une revue de la littérature, Clèmes et coll. (2010) confirment que les maux de dos constituent le type de

lésion qui affecte le plus le personnel soignant du fait de ses tâches de transfert des patients. D'une manière générale, les statistiques de la CSST (2011) sur les lésions au dos déclarées nous apprennent que les femmes sont les plus touchées que les hommes : les lésions au dos déclarées représentaient, respectivement, 35,9% et 27,2% par rapport à l'ensemble des lésions déclarées chez les femmes et chez les hommes. Plus précisément, sur les 3 343 lésions au dos déclarées en 2010 par le personnel des services médicaux et sociaux, les 2 748, soit 82%, concernaient des femmes contre 18% pour les hommes (CSST, 2011).

- Influence de la variable de contrôle sur la variable dépendante : Il est établi, en ergonomie, que *« les hommes sont en moyenne plus grands et plus pesants que les femmes, ce qui contribue à des différences dans des paramètres tels que la consommation d'oxygène, la fréquence cardiaque et le métabolisme des toxiques (...) Les hommes peuvent soulever des charges plus lourdes en moyenne que les femmes, »* (Messing, 2004). Ainsi, les manœuvres faites par transfert de poids ou par contrepoids concernant des patients physiquement pesants peuvent exiger plus de force pour les femmes et les exposer ainsi à des risques de maux dos.

- Mesure de la variable de contrôle : La première partie du questionnaire d'évaluation préliminaire reproduite ci-après (figure 5.4) sert à recueillir les données pertinentes relatives aux caractéristiques personnelles des participants à la recherche. L'intégralité du questionnaire est versée en annexe (Appendice 4). C'est ainsi que deux des éléments personnels qui permettent d'apprécier la capacité physique d'un travailleur, le genre (Q. 1) et l'âge (Q. 2), sont documentés. S'y rajoutent deux autres éléments informationnels susceptibles de nous aider à mieux affiner notre appréciation du comportement des travailleurs face à leur charge de travail : leur niveau d'expérience professionnelle et leur ancienneté dans l'emploi, lesquels renseignent sur leur caractère d'expert ou de novice.

Figure 5.4 Questionnaire d'évaluation préliminaire (page recto)

ESG UQÀM

École des sciences de la gestion

Département Organisation et Ressources Humaines

Université du Québec à Montréal

Programme conjoint de
Doctorat en Administration

↳ Doctorat en administration (Ph. D.)

100 - 350 - 1050

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE**Confidentialité**

Vos réponses demeureront strictement confidentielles. La saisie et le traitement des informations tirées dans ce questionnaire seront faits en dehors des locaux de votre CHSLD. Aucune information permettant de retracer l'identité des participants ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche.

Vous êtes libres de remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions, d'avance, d'accepter de remplir ce questionnaire au meilleur de votre connaissance.

1 - CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Consigne : Pour chacune des questions, inscrire une croix sur la case correspondant à la réponse appropriée ou inscrire à la place prévue à cet effet, la bonne réponse.

1	Vous êtes :	<input type="checkbox"/> Une femme	<input type="checkbox"/> Un homme	1	<input type="checkbox"/>
2	Vous êtes âgé(e) de	..... années		2	<input type="checkbox"/>
3	Quel est votre niveau de scolarité ?	<input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires	<input type="checkbox"/> Baccalauréat	3	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales	<input type="checkbox"/> Maîtrise		
		<input type="checkbox"/> Certificat universitaire	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
4	Dans quelle unité ou service travaillez-vous actuellement ?	.....		4	<input type="checkbox"/>
5	Quel emploi occupez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> Préposée, aux bénéficiaires	<input type="checkbox"/> Infirmière auxiliaire	5	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Infirmière		
6	Quel est votre ancienneté dans cet emploi ?	..... années / mois		6	<input type="checkbox"/>
7	Quel est votre ancienneté dans le CHSLD les Maimonides ?	..... années / mois		7	<input type="checkbox"/>
8	Avez-vous reçu une formation sur le PDSB en dehors du CHSLD les Maimonides ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	8	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> NSP		
9	Si oui, veuillez préciser dans quel cadre vous avez reçu cette formation ?	<input type="checkbox"/> Formation professionnelle	<input type="checkbox"/> CEGEP	9	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Autres		
10	Avez-vous reçu une formation PDSB dispensée, sur place, par des collègues accrédités par l'ASSTAS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	10	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> NSP		
11	Si oui, veuillez préciser l'année ou les années à laquelle (ou auxquelles) vous avez suivi cette formation sur place ?	..... 1 ^{ère} formation / 2 ^{ème} formation / 3 ^{ème} formation		11	<input type="checkbox"/>
12	Accepteriez-vous de participer à la recherche ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	12	<input type="checkbox"/>

- Mesures prises pour isoler l'influence de la variable de contrôle : La répartition des participants, selon le genre, au sein du groupe unique (3 femmes et 3 hommes) permet d'équilibrer, voire annuler tout effet indu sur la variable dépendante en procédant à des appariements à l'intérieur du groupe et entre les deux phases de notre recherche (avant et après intervention).

5.3.2.4 Variable de contrôle liée à l'expérience professionnelle

- Nature de la variable de contrôle : Les résultats de plusieurs recherches ont pu établir que les travailleurs experts (qui ont une ancienneté assez appréciable dans leur métier et dans leur emploi et bénéficiant d'une reconnaissance de leurs pairs) au contraire des travailleurs novices (sans beaucoup d'expérience dans le métier et dans l'emploi) développent des méthodes de manutention plus sécuritaires (Plamondon et coll., 2010). Dans l'étude de Plamondon et coll. (2010) les experts sont âgés, en moyenne, de 38 ans et totalisent plus de 15 ans d'expérience professionnelle tandis que les novices sont âgés, en moyenne, de 25 ans avec 0,5 année d'expérience professionnelle.
- Influence de la variable de contrôle sur la variable dépendante : Les résultats des recherches réalisées par Cloutier et coll. (2006) dans le secteur social et sanitaire ont permis d'établir que les travailleurs experts régulent, de leur propre chef, leur charge de travail en décidant de gagner du temps sur certaines tâches pour le consacrer à d'autres ou de développer des stratégies préventives selon leur âge, leur expérience, leur niveau de fatigue ou leurs problèmes de santé.
- Mesure de la variable de contrôle : La mesure est faite au moyen du questionnaire d'évaluation préliminaire (Appendice 4) dans sa partie relative aux caractéristiques personnelles des participants à la recherche.

Deux questions sont relatives à l'ancienneté dans l'emploi et à celle au sein de l'établissement. Les réponses obtenues à ces questions permettent d'établir le caractère novice ou expert de chacun des participants à la recherche.

- Mesures prises pour isoler l'influence de la variable de contrôle : En vue de maîtriser les effets que la variable de contrôle pourrait exercer sur la variable dépendante, nous avons procédé à des appariements au sein du groupe unique sur la base de l'expérience professionnelle en faisant en sorte que les participants se ressemblent le maximum possible pour chaque paire constituée.

5.3.2.5 Variable de contrôle liée au nombre de patients en charge par travailleur

- Nature de la variable de contrôle : La charge de travail, en termes de nombre de patients à prendre en charge, est différente selon que l'on soit infirmière, infirmière auxiliaire ou PAB. Ces derniers ont plus de patients étant donné qu'ils ne dispensent pas de soins infirmiers et médicaux au contraire des infirmières et infirmières auxiliaires : 6 patients pour un PAB du 2^e étage du quart du matin contre 16 pour les infirmières du même étage et du même quart de travail. Le nombre de patients affecté à chaque travailleur varie aussi en fonction des unités (étages) : au 2^e étage où sont hébergés les patients entièrement dépendants physiquement et intellectuellement, la charge de travail est de 6 patients par PAB contre 7 ou 8 patients pour les travailleurs de même catégorie professionnelle en activité aux 7^e étage où sont logés les patients cognitivement intacts ou avec un déficit léger à modéré de mémoire mais physiquement autonomes. Enfin, le nombre de patients en charge n'est pas le même selon les quarts de travail: 4 équipes aux 4 ailes (A, B, C et D) de chaque étage pour le quart du matin contre 5

travailleurs pour tout l'étage (une équipe comprend 4 à 5 personnes : 1 infirmière, 1 infirmière auxiliaire et 2 ou 3 PAB).

- Influence de la variable de contrôle sur la variable dépendante : Les tâches qui requièrent l'accomplissement de manœuvres où les principes PDSB doivent être mis en œuvre sont dévolues en grande partie aux PAB. Les infirmières ne leur viennent qu'en soutien dans la réalisation de ces tâches, car leur rôle principal est de planifier et de coordonner les interventions, fournir des soins infirmiers et médicaux, etc. Cette différence dans la répartition des tâches avec une exigence d'efforts sensiblement inégale serait de nature à influencer l'utilisation ou non des principes PDSB.
- Mesure de la variable de contrôle : La variable a été mesurée lors des entretiens semi-directifs auprès de tous les participants à la recherche. En effet, dans le guide d'entretien qui nous a servi de canevas de recueil de données auprès des travailleurs, un point relatif à la charge physique de travail a permis de recueillir les appréciations de ces derniers concernant cet aspect et surtout de vérifier comment celui-ci influence l'utilisation ou non des principes PDSB.
- Mesures prises pour isoler l'influence de la variable de contrôle : Nous avons procédé à des appariements au sein du groupe unique sur la base du nombre de patients en charge en faisant en sorte que les participants d'un même étage (donc d'une même charge de travail) soient appariés.

5.3.3 Traitement des données

Nous avons fait un traitement des données recueillies en 3 étapes : la retranscription, le codage et le traitement des données proprement dit. C'est ainsi que nous avons commencé par mettre en forme toutes les données brutes recueillies en les transcrivant, sans les interpréter ni en changer le sens, pour en

faciliter l'analyse. Ensuite, nous avons opéré un codage en définissant et en classant les informations collectées.

Le codage « *consiste à découper les données en unités d'analyse, à définir les catégories qui vont les accueillir, puis à placer (ranger ou catégoriser) les unités dans ces catégories* » (Grawitz, 1996, cité par AllarPoesi, 2003).

L'unité d'analyse est « *l'élément (le critère, la dimension) en fonction duquel le chercheur va procéder au découpage de ses données et à l'extraction d'unités qui seront ensuite classées dans les catégories retenues.* » (Allar-Peosi, 2003). Selon cet auteur, deux grands types d'unité d'analyse peuvent être distingués : les unités d'analyse qui se confondent avec une unité de texte (mot, la ligne, etc.), de temps voire de lieu particulier et celles qui renvoient à une unité de sens, c'est-à-dire une portion de phrase, une phrase entière, un groupe de phrases, un thème ou au plus petit dénominateur commun au plan comportemental.

5.3.3.1. Traitement des données issues des observations

Pour l'analyse des données issues de nos observations, nous avons choisi des unités gestuelles qui correspondent aux principales compétences que le personnel soignant est censé réaliser dans le cadre de leurs tâches habituelles de transfert des patients (manœuvres au lit, transfert du lit au fauteuil et vice-versa, etc.) comme la montre le tableau 5.6. Ce choix, le recoupement des unités de codage avec des unités physiques prévues au PDSB, permet de mieux apprécier l'utilisation ou non des principes PDSB.

Tableau 5.6 Unités de codage pour les observations

Catégories	Unités de codage
Stratégie générale	Analyser globalement la situation de travail
	Déterminer le niveau d'assistance nécessaire
	Décider de la stratégie la plus sécuritaire
	Communiquer avec le bénéficiaire et, éventuellement, avec le collègue dont l'aide est sollicitée
Supervision	Préparer et planifier la supervision
	Faire exécuter les manœuvres par le bénéficiaire en respectant les mouvements naturels
	Superviser : accompagner et surveiller le bénéficiaire dans ses mouvements
Assistance partielle	Préparer et planifier l'assistance partielle
	Se positionner : se mettre en place de manière à réduire la distance avec le bénéficiaire
	Effectuer une prise solide et douce du bénéficiaire tout en adoptant une position qui réduit les efforts
	Exécuter le déplacement dans le respect des règles biomécaniques
	Aider le bénéficiaire à se déplacer ou accomplir une manœuvre compte tenu de ses capacités et des règles biomécaniques
Assistance totale avec utilisation d'équipements	Préparer et planifier une assistance totale avec utilisation d'équipements
	Se répartir la tâche
	Effectuer une prise sécuritaire du bénéficiaire
	Effectuer la manœuvre
Assistance totale sans équipements	Préparer et planifier l'assistance totale
	Se positionner pour accomplir une manœuvre d'assistance totale
	Effectuer une prise
	Déplacer le bénéficiaire

5.3.3.2. Traitement des données issues des entretiens demi-directs

Pour le traitement des données recueillies au moyen des entretiens semi-directifs, nous avons recouru à des unités de codage qui renvoient à des unités de sens (tableau 5.7). C'est ainsi que pour le codage des entretiens, nous avons choisi, comme unités de codage, les éléments autour desquels le guide d'entretien a été construit notamment l'utilisation des principes PDSB, le développement des

compétences relatives au déplacement sécuritaire des travailleurs, l'autonomie décisionnelle et la charge physique et psychologique du travail. Cette façon de procéder permet de découvrir, d'analyser et de caractériser les phénomènes ou des processus sur une base thématique (Bardin, 1993, cité par Allar-Poesi, 2003).

Tableau 5.7 Unités de codage des entretiens semi-directifs

Catégories	Unités de codage
Utilisation PDSB	Utilisation principes PDSB
Utilisation des compétences	Répétitivité du travail
	Haute qualification requise
	Variété dans les tâches
Développement des compétences	Apprendre de nouvelles choses
	Créativité
	Opportunité de développer ses compétences
Pouvoir décisionnel	Prise de décision
	Choix du comment faire
	Influence sur mon travail
Charge psychologique de travail	Rapidité dans le travail
	Travail mental dure
	Quantité de travail acceptable
	Temps suffisant
	Demandes contradictoires
	Concentration requise
	Interruption du travail
	Travail bousculé
Travail ralenti par les collègues	
Charge physique de travail	Travail avec beaucoup d'efforts physiques
	Manipulation de charges lourdes
	Efforts physiques rapides et continus
	Corps en postures inconfortables
	Membres supérieurs en postures inconfortables

5.3.3.3. Traitement des données issues du questionnaire préliminaire

Chaque questionnaire d'évaluation préliminaire reçu a fait l'objet d'un examen formel minutieux pour déceler d'éventuelles incohérences ou omissions que nous avons soumises aux participants concernés lors de l'interview en vue de leur correction. Ensuite une saisie informatique est opérée conformément à la codification élaborée à cet effet (tableau 5.8). Nous avons mis au point une application, sous Excel, pour obtenir, notamment, la synthèse des données sociodémographiques sous forme de tableaux et de figures et le calcul des médianes.

Tableau 5.8 Codification des questionnaires d'évaluation préliminaire

1°/ CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Question n° 1	: GENRE		
		1 = Homme	
		2 = Femme	
Question n° 2	: AGE		
		Nombre d'années (entier)	
Question n° 3	: NIVEAU DE SCOLARITÉ		
		1 = Diplôme d'études secondaires	4 = Bac
		2 = Diplôme d'études collégiales	5 = Maîtrise
		3 = Certificat universitaire	9 = Autres
Question n° 4	: UNITÉ DE TRAVAIL		
		1 = Nursing	
		2 = Gériatrie	
		9 = Autre	
Question n° 5	: EMPLOI OCCUPÉ		
		1 = Préposé aux bénéficiaires	
		2 = Infirmière auxiliaire	
		3 = Infirmière	

Question n° 6 : ANCIENNETÉ DANS L'EMPLOI

Nombre entier (années) + décimal (mois au prorata de 12 mois)

Question n° 7 : ANCIENNETÉ DANS LE CENTRE LES MAÏMONIDES

Nombre entier (années) + décimal (mois au prorata de 12 mois)

Question n° 8 : FORMATION PDSB REÇUE AVANT L'EMBAUCHE AU CENTRE
LES MAÏMONIDES

1 = Oui
2 = Non
9 = Ne se prononce pas (NSP)

Question n° 9 : SI OUI, LE CADRE DANS LEQUEL LA FORMATION A ÉTÉ
REÇUE

1 = Centre de formation professionnelle
2 = CEGEP
9 = Autres

Question n° 10 : FORMATION PDSB REÇUE AU CENTRE LES
MAÏMONIDES

1 = Oui
2 = Non
9 = Ne se prononce pas (NSP)

Question n° 11 : SI OUI, LE OU LES ANNÉE(S) DE LA (OU DES) FORMATION(S)
REÇUE(S)

1 = Année de la première formation PDSB reçue
2 = Année de la deuxième formation PDSB reçue
3 = Année de la troisième formation PDSB reçue

Question n° 12 : PARTICIPATION À LA RECHERCHE

1 = Oui
2 = Non
9 = Ne se prononce pas (NSP)

2°/ JOB CONTENT QUESTIONNAIRE (JCQ) DE KARASEK

Question n° 1 : 1 = Pas du tout d'accord
à 2 = Pas d'accord
Question n° 23 : 3 = D'accord
4 = Tout à fait d'accord

5.3.4 Plan d'analyse

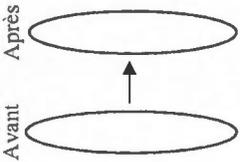
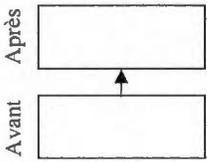
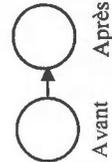
Notre objectif était de vérifier, rappelons-le, si le programme PDSB dispensé au sein d'une organisation produisait un de ses effets intermédiaires attendus à savoir l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés.

Pour y arriver, nous avons commencé par veiller à ce que la session de formation interne relative au PDSB soit conforme aux prescriptions de l'ASSTSAS. Quatre (4) critères ont été employés pour vérifier l'intégrité de la formation PDSB implantée :

- le format de diffusion ;
- le contenu notionnel ;
- l'organisation matérielle de la session de formation et
- les méthodes pédagogiques utilisées.

Ensuite, nous avons analysé les variations de la variable dépendante, à savoir l'utilisation des principes PDSB sur la base d'un plan qui nous a permis d'interpréter les données recueillies à 3 niveaux différents (individuel, sous-groupes et groupe unique) et sur les 3 phases temporelles de la recherche (avant l'intervention, après l'intervention et la comparaison des deux phases c'est-à-dire l'avant-après) comme le montre le tableau 5.9 ci-après.

Tableau 5.9 Synthèse du plan d'analyse des variations de la variable dépendante

PHASES NIVEAUX	Avant	Après	Avant – après
Individuel	<ul style="list-style-type: none"> - Participant 1 - Participant 2 - Participant 3 - Participant 4 - Participant 5 - Participant 6 	<ul style="list-style-type: none"> - Participant 1 - Participant 2 - Participant 3 - Participant 4 - Participant 5 - Participant 6 	
Sous-groupes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Critère « genre » : Participants féminins V_s masculins 2. Critère « charge de travail » : Participants 2^e étage V_s 5^e étage 3. Critère « expérience » : Participants -1 an expérience $V_s + 1$ an 4. Critère « niveau d'assistance accordé » : Participants ayant fait des manœuvres d'assistance partielle V_s assistante totale 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Critère « genre » : Participants féminins V_s masculins 2. Critère « charge de travail » : Participants 2^e étage V_s 5^e étage 3. Critère « expérience » : Participants -1 an expérience $V_s + 1$ an 4. Critère « niveau d'assistance accordé » : Participants ayant fait des manœuvres d'assistance partielle V_s assistante totale 	
Groupe	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et nature des manœuvres (assistance partielle ou totale) - Nombre de manœuvres où les principes PDSB sont utilisés - Nombre de manœuvres où les principes PDSB ne sont pas utilisés - Nombre et nature des principes utilisés (préparation, biomécanique et physiologiques, séquence de manœuvre sécuritaire) - Nombre et nature des compétences utilisées 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et nature des manœuvres (assistance partielle ou totale) - Nombre de manœuvres où les principes PDSB sont utilisés - Nombre de manœuvres où les principes PDSB ne sont pas utilisés - Nombre et nature des principes utilisés (préparation, biomécanique et physiologiques, séquence de manœuvre sécuritaire) - Nombre et nature des compétences utilisées 	

Les 3 niveaux d'analyse se détaillent de la façon suivante :

- niveau individuel : les données relatives à chacun des 6 participants constituant le groupe unique ont fait l'objet d'une analyse. Chaque participant constitue son propre étalon et la comparaison des mesures avant – après a permis de détecter les variations attribuables à la participation à la session de formation interne sur le PDSB ;
- niveau des sous-groupes : les 6 participants du groupe unique sont regroupés autour de 4 critères qui recourent avec les 3 variables de contrôle que sont le genre, la charge de travail (étage) et l'expérience professionnelle. Cela vise à annuler sinon réduire leurs éventuels effets sur la variable dépendante. Le critère « genre » a permis de comparer le sous-groupe constitué de femmes (3 participantes) avec celui des hommes (3 participants). Le critère relatif à « la charge de travail » a donné lieu à une comparaison entre les participants en activité au 2^e étage (3 participants) dont les PAB ont une charge de 6 patients contre 7 à 8 patients pour les PAB du 5^e étage (3 participants) pour le quart du matin. Cette différence de la charge de travail entre ces étages s'observe aussi pour le quart du soir (10 patients par PAB au 2^e étage contre 10 à 14 patients par PAB au 5^e étage). Le critère lié à « l'expérience professionnelle » a rendu possible une analyse comparative entre le sous-groupe des participants ayant moins de deux années d'expérience professionnelle (3 participants) avec ceux qui en comptaient plus de deux années (3 participants).
- niveau du groupe : les 6 participants constituant le groupe unique sont considérés dans leur ensemble pour former une seule et même entité. Le groupe a fait l'objet d'une comparaison avant et après intervention.

5.4 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE RELATIVE À L'OBJECTIF N° 2

Notre second objectif était d'expliquer, dans le cadre d'une étude exploratoire, comment les facteurs contextuels, plus particulièrement la latitude décisionnelle et la charge de travail, exercent une influence sur la production des effets en particulier l'utilisation des principes enseignés. Nous commencerons par exposer le type de devis de recherche que nous avons utilisé (5.4.1) avant de présenter la population que notre recherche avait pour cible, nos unités d'observation ainsi que les caractéristiques de notre échantillon (5.4.2). Ensuite, nous indiquerons les principales variables que nous avons choisies d'observer, de documenter et de mesurer (5.4.3) avant de décrire les instruments de mesure utilisés à cet effet (5.4.4). Après avoir relaté comment s'est déroulé le recueil de nos données (5.4.5), les modalités de traitement et de codage de ces dernières seront présentées (5.4.6). Nous terminerons par exposer le plan d'analyse utilisé pour détecter toutes les variations importantes selon les angles d'approche adoptés et essayer d'en saisir la portée (5.4.7).

5.4.1 Type et devis de recherche

Nous avons choisi l'étude de cas multiples comme devis de recherche. Selon Yin (1990), l'étude de cas peut être définie comme *« une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées »*.

Plusieurs raisons justifiaient le recours à une étude de cas pour répondre à notre second objectif de recherche. Parmi ces raisons, nous pouvons citer celle partagée par la plupart des auteurs qui affirment que cette méthode *« est parfaitement adaptée pour étudier des processus ou pour donner une vision holiste d'un phénomène, en somme pour restituer la complexité en montrant ses interactions »* (Gombault, 2005). Woodside et Wilson (2003) ajoutent que l'étude de cas *« est*

appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes » confirmant ainsi les propos de plusieurs auteurs notamment Stake (1995) et Yin (1990) pour lesquels l'étude de cas est préconisée lorsque l'unité d'analyse peut difficilement être isolée de son contexte. Patton (1982) a une position plus tranchée lorsqu'il affirme que seules les méthodes qualitatives permettent de comprendre, de décrire et d'expliquer les phénomènes, les comportements et les interactions dans les organisations. Pour notre part, nous avons une position plus nuancée puisque nous reconnaissons que la pertinence de recourir aux études de cas est fonction des objectifs visés.

Nous avons retenu l'étude de cas d'autant que son intérêt est de permettre, selon Gombault (2005), à accéder au réel à travers le contexte de l'objet étudié. En effet, pour cet auteur, les études de cas ont comme *« intérêt majeur l'intégration à part entière du contexte dans l'analyse du phénomène étudié »*, ce qui *« donne accès à une compréhension profonde des phénomènes, des processus qui les composent et des acteurs qui en sont les parties prenantes »* (Gagnon, 2005). C'est cela qui a fait dire à Eisenhardt (1989) que les études de cas permettent de comprendre les dynamiques présentes dans des environnements spécifiques et offre de ce fait, selon Gagnon (2005) une forte validité interne. En raison de notre second objectif, à savoir expliquer comment la latitude décisionnelle et la charge de travail exercent une influence sur l'utilisation des principes enseignés, le choix de l'étude de cas s'avérait justifié et optimal.

5.4.2 Population à l'étude, unités d'observation et choix de l'échantillon

La population à l'étude est celle décrite au point 5.2.1, c'est-à-dire les catégories professionnelles les plus significativement exposées aux risques de blessures au dos liés au transfert des patients à savoir les PAB, les infirmières et les infirmières auxiliaires.

Nos unités d'observation étaient donc constituées de PAB, d'infirmières et d'infirmières auxiliaires qui travaillaient dans un CHSLD ayant bénéficié ou non d'une formation interne sur les principes PDSB. Les CHSLD, rappelons-le, ont pour vocation l'accueil de personnes âgées, plus ou moins autonomes, à qui ils offrent des services d'assistance, de soutien et de surveillance (services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation).

Pour le choix de l'échantillon, en plus des participants retenus au terme de la démarche de sélection relative à l'objectif n° 1 de notre recherche, nous en avons inclus d'autres dans le but d'élargir notre champ d'observation. L'inclusion de mesures répétées permettait de vérifier si les phénomènes se maintenaient dans le temps, comme le suggère Yin (1990). C'est ainsi que nous avons élargi les critères d'inclusion adoptés pour l'objectif n° 1 aux PAB, infirmières et infirmières auxiliaires qui avaient déjà suivi la formation PDSB au sein du Centre. En définitive, les critères de sélection des participants à notre recherche en ce qui concerne notre objectif n° 2 s'établissaient comme suit :

- a) occuper un emploi dont les tâches comportent le transfert de patients (PAB, infirmières et infirmières auxiliaires) ;
- b) n'avoir pas suivi, sur place, une formation aux principes PDSB ou avoir bénéficié d'une formation aux principes PDSB au sein du Centre ;
- c) donner son consentement de façon formelle et explicite.

La démarche de recrutement des participants à la recherche pour notre second objectif est la même que celle décrite au point 5.2.4 relativement à l'objectif n° 1 de notre recherche, laquelle, rappelons-le, nous avait permis de recruter 6 participants qui n'avaient pas encore bénéficié, au sein du Centre, d'une formation aux principes PDSB.

Au terme de cette démarche, nous avons identifié 13 travailleurs qui étaient disposés à participer à la recherche et qui avaient déjà suivi une formation PDSB

en interne. L'analyse de leur questionnaire respectif et les recoupements effectués lors des entretiens ont permis d'observer que 7 parmi ces 13 travailleurs ne satisfaisaient pas nos critères et, par conséquent, devaient être écartés. La décision de les écarter a été prise sur la base des éléments matériels suivants :

- travail à temps partiel et sur appel (2) : deux des travailleurs interviewés ne venaient pas au Centre sur une base régulière. Leur statut rendait leurs horaires et leur charge de travail fluctuants. Ils travaillent généralement durant le quart du soir si on fait appel à eux ;
- travail quart de nuit (2) : les deux travailleurs ne font que le quart de nuit. Ils sont d'avis que leur quart est « *calme* » et « *plat* », car n'ayant pas beaucoup de travail à faire. C'est leur choix après avoir passé plusieurs années sur les autres étages. Leurs tâches consistent à « *effectuer de la surveillance des patients en dehors de 2 à 3 parmi eux à retourner toutes les 2 ou 3 heures* » ;
- faiblesse des tâches de transfert (2) : il s'agit de deux infirmiers (ières) auxiliaires. Outre leur appartenance aux équipes du quart de soir, ils déclarent, aux étages où ils travaillent, qu'ils « *effectuent moins de tâches de transfert que les PAB qu'ils encadrent et à qui ils donnent un coup de main à l'occasion* ». Ils avaient tous les 2 reçu, à l'interne et à plusieurs reprises, la formation PDSB ;
- travail avec des patients un peu spéciaux (1) : le travailleur avait en charge des résidents avec divers stades de déficience cognitive, affichant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. « *Ces résidents ont besoin d'une approche spécialisée, ainsi qu'une assistance dans toutes les activités de la vie quotidienne* ». L'approche spécialisée que nécessite l'exécution des tâches allait introduire une nouvelle dimension à notre recherche, donc nous éloigner de nos objectifs de départ.

Nous nous sommes retrouvés, ainsi, avec 6 travailleurs déjà exposés au PDSB et qui répondaient à nos critères de sélection. Il est important de souligner qu'aucun des 7 travailleurs écartés n'était en service au 2^e étage, qui constituait la priorité de notre intervention. Ils intervenaient tous sur les autres étages du Centre.

En définitive, notre échantillon est composé de 12 participants répartis, de façon égale, entre deux groupes : celui des participants ayant suivi la formation PDSB à l'interne et celui des participants n'ayant pas encore bénéficié d'une formation PDSB au sein du Centre. Le tableau 5.10 ci-après fournit le détail de la composition de notre échantillon.

Tableau 5.10 Composition de l'échantillon (n = 12)

		Participants non encore formés		Participants déjà formés	
		<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Catégorie professionnelle	Préposés aux bénéficiaires	3	2	3	2
	Auxiliaire infirmière				1
	Infirmière		1		
Unités de travail	2e étage	2	1	3	2
	5e étage	1	2		1

5.4.3 Les variables observées et mesurées

Deux variables indépendantes découlent de l'objectif n° 2 : la charge de travail et la latitude décisionnelle. Nous souhaitons vérifier comment la charge de travail et la latitude décisionnelle sont susceptibles d'agir sur l'utilisation des principes PDSB, laquelle est considérée comme la variable dépendante. Nous avons, également, choisi d'observer et de mesurer d'autres variables compte tenu des effets qu'elles pourraient, éventuellement, avoir sur la variable dépendante. Elles sont liées aux caractéristiques personnelles et contextuelles comme le montre le tableau 5.11, ci-après.

Tableau 5.11 Variables observées et mesurées

Variables indépendantes	Variable dépendante	Autres variables observées et mesurées	
		<i>liées aux caractéristiques personnelles</i>	<i>liées aux caractéristiques organisationnelles</i>
1. Charge de travail 2. Latitudo décisionnelle	Utilisation des principes PSDB	<ul style="list-style-type: none"> - Genre (femme / homme) - Expérience professionnelle - Formation PDSB reçue lors du cursus collégial, universitaire ou professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients en charge par travailleur - Existence d'un contexte d'apprentissage organisationnel - Niveau d'assistance accordée

Pour chacune de ces variables, nous allons préciser, ci-après, leur nature et, si nécessaire, les éventuels effets qu'elles pourraient avoir sur l'utilisation des principes PSDB.

5.4.3.1 Variables indépendantes

La « charge de travail », une notion qui tire ses sources de l'ergonomie, est « *synonyme d'effort permettant de réaliser une tâche* » (Livian et coll., 2004). Elle peut être physique ou mentale (Fournier et coll., 2010). Selon Livian et coll. (2004), la charge de travail peut, également, être comprise comme « *le rapport quantité/qualité/temps de travail demandé au salarié* », c'est-à-dire « *le résultat à la fois d'un calcul et d'un processus social qui tendent à définir les exigences quant au travail à réaliser par les salariés, au niveau individuel et collectif* » (Livian et coll., 2004). Lasfargue (2006) définit la notion de « charge de travail » comme « *l'ensemble des tâches à réaliser, ainsi que les effets sur l'Homme des activités effectivement mises en œuvre* ».

La notion de « marge décisionnelle » ou de « latitude décisionnelle » relève des facteurs contextuels (Vezina et coll., 2006). Elle renvoie, selon Karasek (1979), aux marges de manœuvre dont dispose un travailleur pour peser sur les décisions afférentes à son travail (possibilité de choisir la façon d'accomplir son travail et d'être impliqué aux décisions concernant celui-ci) et aux opportunités de s'accomplir à travers son travail (possibilité d'utiliser et de développer ses compétences).

5.4.3.2 Variable dépendante

Comme mentionné dans le point 5.3.2. relatif aux variables liées à l'objectif n° 1, l'utilisation des principes PDSB renvoie à la mise en pratique, lors de l'exécution des tâches, des connaissances ou compétences acquises à travers la participation à une session interne de formation sur le PDSB. L'utilisation des principes PDSB appris au cours d'une session de formation constitue un des effets intermédiaires escomptés du programme.

5.4.3.3 Autres variables observées et mesurées

- formation PDSB reçue lors du cursus collégial, universitaire ou professionnel : Prévu à ses débuts comme « *une formation en cours d'emploi* » (ASSTSAS, 2010), le programme PDSB est devenu, aujourd'hui au Québec, un élément à part entière dans tous les *curricula* de formation visant à former des personnels soignants. Ainsi, au-delà des personnels soignants en activité dans les centres hospitaliers ou d'hébergement et aux travailleurs en maintien à domicile, le programme PDSB est diffusé, actuellement, dans les CEGEP et dans les instituts de formation professionnelle qui forment du personnel soignant.

L'extension du champ d'application du programme PDSB à tous les ordres et niveaux de formation du personnel soignant sur toute l'étendue de la

province de Québec a comme corollaire la difficulté de trouver de nouveaux travailleurs dans les CHSLD qui n'ont pas appris ou n'ont pas été en contact avec les principes PDSB. Ainsi, le personnel soignant nouvellement recruté arrive toujours avec des connaissances, ne serait-ce que théoriques, sur le PDSB. Les sessions de formation internes sur le PDSB s'adressent, dans la majorité des cas, à des travailleurs qui connaissent ou ont été en contact avec le PDSB.

- Existence d'un contexte d'apprentissage organisationnel : outre sa mission première (fourniture de services aux membres âgés de la communauté juive), le Centre est affilié à l'Université McGill compte tenu de sa vocation de formation et de recherche. C'est ainsi qu'en 2010-2011, nous avons répertorié, en compilant les données du dernier rapport annuel (2010 – 2011) de la DSISC, 38 programmes de formation distincts mis en œuvre au sein du Centre au profit du personnel soignant et qui ont donné lieu à l'organisation de 262 sessions de formation d'un coût total de 150 980 \$CAN. Cela montre l'existence d'un contexte marqué par l'apprentissage organisationnel tel que défini par Kœnig (2006), c'est-à-dire « *un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes* ».

Or, l'une des formations dispensées, la formation sur l'approche relationnelle de soins, poursuit des objectifs similaires à ceux du PDSB. Elle est également conçue également par l'ASSTSAS. Elle a été diffusée au sein du Centre, en 2010 – 2011, à quatre reprises, lesquelles avaient permis d'atteindre 39 travailleurs (30 PAB, 6 infirmières auxiliaires, 1 infirmière et 2 autres personnes) selon les chiffres du rapport annuel de la DSISC (2010 – 2011). Le contenu de cette formation prolonge et enrichit le PDSB en visant à amener le personnel soignant à ne consentir que l'aide dont un patient a réellement besoin conformément à l'un des principes PDSB. L'existence de

liens entre les 2 programmes est confirmée, d'une part, par le fait que la formation PDSB est considérée comme un préalable à celle sur l'approche relationnelle de soins et, d'autre part, selon les propos de la responsable du programme PDSB au sein du Centre, la formation sur l'approche relationnelle des soins donne aussi l'occasion de faire un suivi du PDSB en commençant par le rappel de certains principes. Ce contexte favorable à l'apprentissage pourrait avoir des effets sur l'utilisation des principes PDSB.

- Niveau d'assistance accordée aux patients : Les efforts physiques que les travailleurs doivent réaliser lors des manœuvres dépendent du niveau d'autonomie des patients. Si certains patients sont en mesure de faire les mouvements naturels liés aux transferts, donc n'ont pas besoin d'une assistance sinon d'une supervision, d'autres n'ont pas la force suffisante ou sont incapables de réaliser les mouvements naturels requis et, par conséquent, ont besoin d'une assistance physique partielle ou totale pour pallier l'insuffisance de leur force ou leur incapacité.

Les manœuvres d'assistance totale par contrepois ou par transfert de poids nécessitent un niveau d'efforts relativement élevés. Dans ces situations, les moyens pour prévenir une éventuelle lésion des travailleurs consistent à respecter les principes PDSB et/ou à développer des méthodes de travail personnelles qu'on pense sécuritaires. Par conséquent, le niveau d'efforts requis pour réaliser une manœuvre pourrait avoir une incidence sur l'utilisation ou non des principes PDSB.

Les 3 autres variables observées et mesurées (genre, expérience professionnelle et nombre de patients en charge par travailleur) sont déjà présentées, succinctement, au point 5.3.2. relatif à l'objectif n° 1.

5.4.4 La mesure des variables observées

La mesure des 2 variables indépendantes, que sont la charge de travail et la latitude décisionnelle, s'est faite en deux temps : avant et après la session de formation interne sur les principes PDSB. Le principal instrument utilisé pour mesurer la charge de travail et la latitude décisionnelle est le JCQ développé par Karasek en 1979. Selon Askenazy et coll. (2011) « *en raison de son ancienneté, de sa relative commodité d'emploi et bien entendu de sa pertinence, le JCQ est l'outil de description du travail du point de vue psychosocial qui a été le plus utilisé, tant pour des études épidémiologiques que pour de simples descriptions* ».

La version du JCQ développée en 1979 servait à mesurer les 2 premières composantes du modèle (demande psychologique associée à la charge de travail et latitude décisionnelle). La demande psychologique associée à la charge de travail (quantité, complexité; contrainte de temps) est mesurée au moyen de 9 items. De même, 9 items servent à mesurer la marge de manœuvre (latitude décisionnelle) dont bénéficient ou non les travailleurs dans l'exécution de leur travail (choix de la façon d'effectuer le travail, implication aux décisions, utilisation des compétences, acquisition de nouvelles compétences). Ces 18 items sont intégralement repris dans notre questionnaire. En plus des 2 premières composantes du modèle (18 items), d'autres composantes se sont ajoutées au JCQ notamment celles relatives aux exigences physiques du travail (5 items). Ces 5 items font partie de notre questionnaire même s'ils sont en cours de validation.

Au total, notre questionnaire comporte 23 items (9 sur la charge psychologique de travail + 5 sur la charge physique de travail + 9 sur la latitude décisionnelle). La cotation des réponses se fait suivant une échelle de type Likert en 4 points notés de 1 à 4 : 1 = « *Pas du tout d'accord* » ; 2 = « *Pas d'accord* » ; 3 = « *D'accord* » ; 4 = « *Tout à fait d'accord* ». 3 items (1 pour la demande psychologique et 2 pour

la latitude décisionnelle) doivent être cotés de façon inverse (de 4 à 1). Il s'agit des items n^{os} 12, 13 et 14 de notre questionnaire (Appendice 4).

Puisque l'utilisation du JCQ est assujettie à des droits d'auteur, nous avons sollicité et obtenu du Professeur Karasek et du JCQ Center une autorisation formelle pour l'utiliser (Appendice 5) préalablement au démarrage de notre travail de collecte des données sur le terrain. Ils nous ont fait parvenir, par voie postale, l'article fondateur du modèle ainsi que le manuel d'utilisation du JCQ.

Pour mesurer la variable dépendante, à savoir l'utilisation des principes PDSB, nous avons utilisé la même grille élaborée dans le cadre de notre premier objectif (voir 5.3.2). Il s'agit d'une grille d'observation qui transcrit, en actes objectivables c'est-à-dire en comportements observables, les principes enseignés lors d'une formation PDSB. C'est une grille de 10 pages dont l'intégralité est versée en annexe (Appendice 2). Les mesures ont été faites à deux reprises : avant et après la session interne de formation PDSB. Nous avons, également, repris le guide d'entretien semi-directif utilisé dans le cadre de l'objectif n^o 1, lequel a été construit à partir des variables apparues importantes à la lumière de la revue de littérature, du modèle conceptuel et de l'analyse documentaire (Appendice 3). Ces variables s'articulent principalement autour de 5 points à savoir l'utilisation des principes PDSB, le développement des compétences relatives au déplacement sécuritaire des travailleurs, l'autonomie décisionnelle et la charge psychologique de travail et la charge physique de travail.

La mesure des variables relatives aux caractéristiques personnelles des participants à la recherche (genre, expérience professionnelle et formation PDSB lors du cursus collégial, universitaire ou professionnel) s'est faite au moyen de la première partie du questionnaire d'évaluation préliminaire présenté au point 5.3.2. et versé en annexe (Appendice 4). C'est ainsi que trois des éléments personnels qui permettent d'identifier le genre (Q. 1), l'expérience professionnelle (Q. 6 et Q. 7) et la formation PDSB obtenue avant l'embauche au Centre (Q. 8 et Q. 9) sont

mesurés. Quant aux variables liées aux caractéristiques organisationnelles (nombre de patients en charge par travailleur, existence d'un contexte d'apprentissage organisationnel et niveau d'assistance accordée), elles ont été mesurées, soit au moyen de la recherche documentaire et des entretiens réalisés avec les principaux responsables du programme PDSB au sein du Centre (pour les 2 variables relatives au nombre de patients en charge par travailleur et l'existence d'un contexte d'apprentissage organisationnel), soit lors des observations effectuées (pour la variable concernant le niveau d'assistance accordée). Toutes ces variables ont fait l'objet de 2 mesures différentes : avant et après la formation PDSB, et ce, à la fois chez le groupe de participants non encore formés et celui de participants déjà formés à l'amorce de notre projet.

5.4.5 Déroulement du recueil des données

5.4.5.1 Recueil des données par observation

Nous avons suivi et observé chacun des 12 participants, avant et après la session de formation interne sur le PDSB. Les manœuvres observées concernaient le transfert (d'une surface à une autre) ou le positionnement (sur un lit ou dans un fauteuil) des patients. Le nombre de manœuvres observées par participant varie selon la catégorie professionnelle. En effet, les 10 préposés aux bénéficiaires ont été observés, chacun en ce qui le concerne, lors de la réalisation de 6 manœuvres au minimum (observations avant et après intervention confondues). Certains parmi eux ont fait l'objet de 8 à 10 observations pendant qu'ils réalisaient des manœuvres lors des 2 phases de mesure (avant et après intervention). Les 2 autres participants, qui appartenaient aux catégories professionnelles infirmière-auxiliaire et infirmière, n'ont été observés, respectivement, que 3 et 4 fois (les 2 phases confondues). Ces différences dans le nombre d'observations selon la catégorie professionnelle s'expliquaient, outre par l'importance des effectifs des PAB, mais aussi par le fait que ces derniers réalisaient des tâches qui faisaient appel, plus régulièrement, à l'utilisation des principes PDSB. La durée que prenait

chacune des manœuvres observées ne faisait pas l'objet de chronométrage : l'observation commençait lors des préparatifs de la manœuvre et prenait fin lorsque celle-ci avait été entièrement réalisée.

Les observations du quart du matin avaient lieu entre 7h30 et 10h30, qui est la période identifiée comme étant la plus significative, en termes de tâches de transfert. Pour le quart du soir, nous avons privilégié l'observation des tâches de transfert des patients lors des moments les plus représentatifs de l'après-midi à savoir après leur sieste ou lorsqu'ils allaient être mis au lit en fin de journée pour se coucher.

5.4.5.2 Recueil des données par entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs se sont déroulés en utilisant le même guide d'entretien auquel nous avons recours lors du recueil des données relatives à l'objectif n° 1 (Appendice 3). Les entretiens précédaient, toujours, les observations. Ils étaient organisés selon les étapes suivantes :

- a) le planning hebdomadaire de travail des travailleurs qui participaient à notre recherche nous était communiqué par l'assistante de recherche désignée comme point focal de notre étude au sein de la Direction de la recherche du Centre ;
- b) les travailleurs étaient directement contactés, par nos soins, dans le but de convenir d'une plage horaire selon leur disponibilité ;
- c) nous convenions avec les travailleurs concernés d'une date et d'un horaire pour réaliser l'entretien.

Nous nous présentions, toujours, aux entretiens avec, en mains, le questionnaire d'évaluation préliminaire que le participant concerné avait rempli. Les entretiens se déroulaient selon le canevas ci-après :

- nous commençons par expliquer aux participants, avant de débiter les entretiens, que l'objectif est recueillir leurs appréciations sur l'utilisation des principes PDSB dans leur travail au quotidien, sur le contexte organisationnel notamment la charge de travail et la latitude décisionnelle ainsi que l'influence que ces variables pourraient avoir, éventuellement, sur l'exécution de ses tâches ;
- nous rappelions aux participants qu'ils avaient le droit de refuser de répondre à certaines questions ou celui de mettre un terme aux entretiens à tout moment ;
- nous attirions l'attention des participants sur l'importance de leur participation, car en acceptant de répondre aux questions de leur mieux, ils contribuaient à l'avancement des connaissances scientifiques relativement à leur métier ;
- nous insistions sur la confidentialité des informations que les participants allaient nous livrer et leur rappeler les mesures prises à cet effet ;
- nous sollicitons la permission d'utiliser un ordinateur portable pour saisir, directement et en temps réel, notre conversation dans le but de pouvoir rapporter fidèlement, leurs propos.

Nous terminions tous nos entretiens par une reformulation des principaux éléments qui ressortaient des propos des participants dans le but de nous assurer, mais également, de leur donner l'assurance, qu'ils sont bien compris. La durée théorique des entretiens était de 15 minutes, mais il arrivait que ce temps soit dépassé.

5.4.5.3 Recueil des données par le questionnaire préliminaire

Le recueil des données à l'aide du questionnaire s'est fait par auto-administration. Lors du recueil des données fait avant la tenue de la session de formation interne sur le PDSB, le questionnaire était envoyé à tous les sujets, par voie postale, avec une lettre d'information, un formulaire d'engagement à la confidentialité ainsi

qu'une enveloppe timbrée pour le retour du questionnaire à l'adresse postale du Département ORH de l'ESG/UQAM. En plus du retour postal, les travailleurs qui le voulaient pouvaient déposer leur questionnaire rempli dans une urne placée à la Direction des soins infirmiers et services cliniques. Lors de la seconde phase du recueil des données (après la tenue de la session de formation interne sur le PDSB), les questionnaires étaient directement remis aux participants avant l'entretien semi-directif. Ils les remplissaient et nous les remettaient avant entretien. Cela nous permettait de faire les vérifications d'usage et, éventuellement, profiter des entretiens semi-directifs pour leur demander de compléter en cas d'omission d'une réponse.

5.4.5.4 Recueil des données par analyse documentaire

Les modalités de la collecte de données sont les mêmes que pour l'objectif n° 1. La liste exhaustive et non limitative des documents demandés à la Direction du Centre est la même que celle utilisée dans le cadre de la poursuite de l'objectif n° 1 et figure en Appendice (Appendice 1). En plus, le recueil des données contextuelles nécessaires à notre analyse nous a conduits à rencontrer les principaux responsables du Centre (Directrice des soins infirmiers, son adjointe, la responsable SST, la responsable de la formation PDSB, etc.) et à participer à plusieurs rencontres avec la Directrice de la recherche (seule ou avec ses collaborateurs ou entourée de quelques responsables opérationnels comme les chefs infirmiers(ières) et la principale animatrice de la formation PDSB) pour faire le point ou pour faciliter le déroulement de notre intervention.

5.4.6 Traitement des données

Les sources et instruments de collecte des données utilisées sont les mêmes que celles auxquelles nous avons recouru dans le cadre de l'objectif n° 1. Le processus de transcription, de codage et de traitement des données est décrit, en détail, au point 5.3.3.

5.4.7 Analyse des données

Nous avons procédé à une triangulation des sources (questionnaires d'évaluation préliminaire, entretiens semi-directifs et observations) dans le but de combiner les avantages qu'offre chacune de ces sources de données prises séparément, mais également dans l'optique d'atténuer leurs limites intrinsèques (Patton, 2002).

C'est ainsi que dans un premier temps, nous avons évalué les fréquences d'apparition de chacun des codes en exploitant les retranscriptions des observations et des entretiens semi-directifs ou en calculant les scores médians obtenus par chaque participant ainsi que la médiane de l'échantillon et celle des sous-groupes qui le composent pour ce qui est des données recueillies au moyen du JCQ de Karasek.

Pour les données issues des observations et des entretiens semi-directifs, cela nous a amenés notamment à mesurer les variations enregistrées en fonction des personnes interrogées et observées, d'identifier et de comparer leurs similitudes ou différences. Le calcul des scores médians des participants (pris individuellement), de l'échantillon (l'ensemble des 12 participants) et des sous-groupes (ayant ou non reçu une formation à l'interne, participants femmes ou hommes, participants du 2^e ou du 5^e étage ...) nous a permis de déceler le nombre et l'ampleur de cas en situation de « *Job strain* » ou tension au travail (combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique).

Nous avons analysé les données à un triple niveau grâce à des comparaisons entre :

- le groupe qui n'avait pas encore une formation interne sur le PDSB avec le groupe qui avait déjà bénéficié d'une formation PDSB au sein du Centre ;

- les résultats des mesures effectuées avant l'intervention (session de formation interne au PDSB) avec ceux obtenus après celle-ci ;
- les écarts entre les 2 groupes avant l'intervention et après celle-ci.

Dans un second temps, nous avons effectué des analyses comparatives des données en faisant une triangulation pour chacune des variables pertinentes. Nous avons, ainsi, effectué des mises en relation entre les appréciations et commentaires recueillis auprès des travailleurs lors des entretiens semi-directifs, les résultats des observations et les scores médians issus du JCQ. Les analyses ont été faites, d'abord, de façon globale en comparant :

- le groupe de participants pas encore formés avec celui de participants déjà formés ;
- les résultats des mesures avant intervention avec ceux obtenus après celle-ci ;
- les écarts entre les deux groupes avant et après l'intervention.

Les analyses ont été effectuées, ensuite, par sous-groupes (selon le genre, la charge de travail, le niveau d'assistance accordé lors des manœuvres, etc.) afin de détecter et d'expliquer d'éventuels écarts.

5.5 PRISE EN COMPTE DES CONSIDÉRATIONS D'ORDRE ÉTHIQUE

Préalablement au démarrage de notre collecte de données sur le terrain, nous avons confectionné et soumis au Service de la recherche et de la création (SRC) de l'UQAM une demande d'approbation éthique accompagnée de tous les documents requis. Le SRC a ensuite transféré la demande au sous-comité d'admission et d'évaluation (SCAE) du doctorat en administration seul habilité, dans le cas d'espèce, à examiner notre demande. Le SCAE a donné une suite favorable à celle-ci et nous a notifié son approbation (Appendice 6).

Trois mesures d'ordre éthique ont été prises aux fins d'assurer la protection des travailleurs qui ont accepté de prendre part à notre recherche. Elles étaient relatives à : leur information, leur consentement et à la confidentialité. En ce qui concernait l'information, une lettre d'information et d'engagement à la confidentialité personnalisée rédigée dans un langage simple, aussi bien en français qu'en anglais (Appendice 7), a précisé à tous les sujets ciblés les éléments importants notamment les objectifs poursuivis par la recherche, nos attentes, les contraintes liées à leur acceptation et les mesures prises pour assurer leur anonymat. Pour ce qui est du consentement, un formulaire spécifique, en français et en anglais (Appendice 8), a été élaboré et soumis pour l'apposition de leur signature en bas de page pour matérialiser leur consentement. Enfin pour la confidentialité, des mesures rigoureuses ont été prises soit l'anonymisation des noms de personnes ou de services trouvés dans les documents à la destruction de ces derniers en prenant le soin qu'aucune information permettant de retracer l'identité des participants ne soit divulguée.

5.6 RÉSUMÉ DU CHAPITRE

Notre recherche a eu pour cadre le Centre Gériatrique Maimonides Donald Berman (CGMDB) qui a été choisi, avec l'aide de l'ASSTSAS au terme d'une procédure rigoureuse, parce qu'il remplissait les deux critères de sélection préalablement établis à savoir qu'il est un CHSLD qui, d'une part, organisait des sessions de formation obligatoires sur le PDSB dispensées par un formateur ou une équipe de formateurs internes accrédités par l'ASSTSAS et, d'autre part, comptait des travailleurs qui n'avaient pas encore participé à une formation interne dédiée au PDSB.

Notre recherche a eu comme population cible les travailleurs appartenant aux catégories professionnelles les plus significativement exposés aux risques de mal de dos à savoir les préposés aux bénéficiaires, les infirmières et les infirmières auxiliaires. Pour l'objectif n° 1 de notre recherche, les 6 participants sélectionnés

l'ont été sur la base de trois critères inclusifs que sont le fait d'exercer des tâches comportant le transfert de patients, la condition de n'avoir pas encore suivi une formation interne sur le PDSB et la nécessité de donner son consentement de façon formelle et explicite. Pour l'objectif n° 2, nous avons élargi la taille de notre échantillon aux travailleurs qui avaient déjà suivi la formation PDSB à l'interne. Ce qui nous a permis de travailler avec un échantillon de 12 participants répartis en deux groupes : 6 travailleurs qui n'avaient pas encore suivi une formation PDSB au sein du Centre et 6 autres qui avaient déjà bénéficié de cette formation à l'interne.

Pour l'objectif n° 1, à savoir la vérification de l'utilisation des principes PDSB, nous avons choisi un devis d'étude avant – après avec un groupe unique pour trois raisons principales : la faiblesse du nombre de travailleurs non encore formés PDSB au sein du Centre, la difficulté, voire l'impossibilité, de constituer un groupe témoin qui répond aux critères scientifiques généralement admis et les avantages propres à un tel type de devis, c'est-à-dire la possibilité de mesurer les changements associés à cette intervention. En ce qui concerne l'objectif n° 2, nous avons choisi l'étude de cas multiples comme devis de recherche étant donné que nous voulions comprendre les dynamiques présentes dans un environnement spécifique qu'est celui d'un CHSLD. Pour chacun de ces deux objectifs, nous avons identifié les variables pertinentes en précisant leur nature, leurs sources, leurs modalités de collecte et, s'agissant des variables de contrôle, la manière dont elles sont susceptibles d'exercer une influence sur les variables dépendantes ainsi que les mesures prises pour maîtriser sinon limiter ces influences. Nous avons, également, défini des plans d'analyse des données obtenues après leur traitement.

Enfin, nous avons veillé à satisfaire toutes les procédures et règles éthiques entourant la réalisation d'une recherche impliquant des êtres humains en soumettant notre projet de recherche, préalablement à son démarrage, au SRC de l'UQAM une demande d'approbation éthique qui nous a été accordée.

CHAPITRE VI

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

La présentation des résultats de notre recherche se déclinera selon les deux objectifs principaux que nous poursuivions à savoir le fait de vérifier si le programme PDSB dispensé au sein d'une organisation produisait un de ses effets intermédiaires attendus, c'est-à-dire, l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés (6.1) et celui d'expliquer comment les facteurs contextuels, plus spécifiquement la latitude décisionnelle et la charge de travail, exerçaient une influence sur la production des effets (6.2).

6.1 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'OBJECTIF N° 1 : UTILISATION DES PRINCIPES PDSB

Après avoir décrit les caractéristiques sociodémographiques des participants composant le groupe unique (6.1.1), nous présenterons les résultats auxquels notre recherche est arrivée relativement à l'utilisation des principes PDSB (6.1.2).

6.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Notre recherche s'est effectuée avec un groupe unique de 6 participants répartis entre 3 femmes et 3 hommes (tableau 6.1). Le groupe unique comprenait 5 préposés aux bénéficiaires et une (1) infirmière.

Tableau 6.1 Répartition des participants selon le genre et l'emploi occupé

	Groupe unique	
	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>
Préposés aux bénéficiaires	2	3
Infirmière	1	0
TOTAL	3	3

Deux des six participants avaient un diplôme d'études secondaires (tableau 6.2). Trois participants du groupe unique ont effectué des études universitaires sanctionnées par un baccalauréat (1) ou un certificat (2). Enfin, le sixième participant avait poursuivi des études professionnelles.

Tableau 6.2 Niveau de scolarité selon le genre

Niveau de scolarité	Groupe unique	
	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>
Diplôme d'études secondaires	1	1
Certificat universitaire	0	2
Baccalauréat	1	0
Autre	1	0
TOTAL	3	3

L'âge des 5 participants sur 6 (1 participant n'a pas voulu révéler son âge) variait entre 22 et 48 ans (tableau 6.3). La moyenne d'âge pour l'ensemble du groupe s'établissait à 32,5 ans. Les hommes sont, globalement, plus âgés que les femmes avec des moyennes d'âge respectives de 36 ans et de 29,6 ans. Les participants du groupe unique étaient donc relativement jeunes : 3 parmi eux avaient 30 ans ou moins et un seul dépassait la quarantaine.

Tableau 6.3 Classe d'âge des participants selon le genre

Classes d'âge	Groupe unique	
	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>
21 - 25 ans	1	1
26 - 30 ans	1	0
36 - 40 ans	1	0
46 - 50 ans	0	1
TOTAL	3	2

Les participants du groupe unique ne comptaient pas beaucoup d'expérience professionnelle dans l'emploi qu'ils occupaient : 2,7 ans, en moyenne, chez les femmes et 4,1, en moyenne, chez les hommes, soit une moyenne du groupe de 3,4 ans. De plus, ils n'avaient pas beaucoup d'ancienneté professionnelle au sein du

Centre : 1,9 an chez les femmes contre 4,1 ans chez les hommes, soit une moyenne du groupe égale à 3 ans (tableau 6.4). En moyenne, les hommes possédaient plus d'expérience professionnelle et d'ancienneté au Centre que les femmes.

Tableau 6.4 : Ancienneté dans l'emploi et ancienneté au Centre les Maïmonides selon le genre (*en années*)

Ancienneté		Groupe unique	
		Femmes	Hommes
Ancienneté dans l'emploi (<i>années</i>)	<i>Ancienneté minimale</i>	1,25	1
	<i>Ancienneté maximale</i>	4	10
	<i>Moyenne</i>	2,75	4,11
Ancienneté au Centre Maïmonides (<i>années</i>)	<i>Ancienneté minimale</i>	1,25	1
	<i>Ancienneté maximale</i>	3	10
	<i>Moyenne</i>	1,92	4,11

Tous les participants du groupe unique, hommes et femmes, avaient suivi une formation PDSB préalablement à leur embauche par le Centre. Le contenu des formations PDSB dispensées dans les ordres d'enseignement universitaire, collégial et professionnel s'inspire du programme de base élaboré par l'ASSTSAS même s'il est adapté au contexte d'une formation académique. Le fait qu'ils aient été tous formés au PDSB avant leur recrutement par le Centre s'expliquait par le fait que leur embauche était intervenue après la quasi généralisation de la formation PDSB dans tous les programmes destinés à former du personnel soignant au Québec. Il convient de rappeler qu'aucun des 6 participants du groupe unique n'avait pas encore bénéficié d'une formation PDSB au niveau du Centre au démarrage de la recherche.

6.1.2 Résultats relatifs à l'utilisation des principes PDSB

Notre objectif, ici, consistait à vérifier l'utilisation effective des principes du PDSB appris lors d'une session de formation interne. Ces principes peuvent être articulés principalement autour de 3 points :

- a) les principes de préparation ;
- b) les principes biomécaniques et physiologiques ;
- c) les séquences de la manœuvre sécuritaire.

Pour chacun de ces 3 groupes de principes, nous effectuerons une description puis une analyse des résultats obtenus (6.1.2.2 à 6.1.2.4). Auparavant, nous présenterons, de manière globale, les résultats relatifs à l'utilisation de l'ensemble des principes avant de les analyser (6.1.2.1).

6.1.2.1 Description et analyse de l'utilisation des principes du PDSB : une vue globale

Nous avons observé 12 types de manœuvres impliquant les 6 participants du groupe unique. Les 12 types de manœuvres couvraient uniquement les transferts de patients d'une surface à une autre (lit, fauteuil et civière-douche) et leurs repositionnements sur ces mêmes équipements. Les types de manœuvres concernant les soins de base, principalement d'hygiène au lit, quoiqu'importantes, n'ont été pas été couvertes pour des raisons liées au respect des règles d'éthique : certains participants (3 sur 6) avaient comme clients des « résidents qui sont incapables de communiquer normalement avec leur environnement à la fois verbalement et non verbalement », donc des personnes incapables de marquer leur approbation ou désapprobation, librement et en connaissance de cause, pour se laisser observés lors de l'accomplissement d'actes qui touchent directement à leur intimité personnelle.

Les 12 types de manœuvres ont donné lieu à 42 observations (tableau 6.5) : 22 observations réalisées avant l'intervention et 20 autres faites après celle-ci. Les types de manœuvres pouvaient être classés selon le niveau d'assistance accordée aux patients. Le PDSB prévoit trois niveaux d'assistance possibles :

- la supervision : la manœuvre requiert peu d'efforts du travailleur, lequel se limite à guider et à stimuler le patient ;
- l'assistance partielle : le travailleur accorde une assistance physique au patient pour compenser une partie de son incapacité ;
- l'assistance totale : le travailleur accorde une assistance physique au patient pour compenser son incapacité totale.

Dans le cas de la recherche que nous avons menée, seuls 2 des 3 niveaux d'assistance prévus dans le PDSB étaient concernés : l'assistance partielle et l'assistance totale (avec ou sans équipements). En effet, aucune des manœuvres observées n'a concerné le premier niveau d'assistance lié aux principes PDSB, c'est-à-dire la supervision. Rappelons que notre recherche a vu la participation de travailleurs en activité au 2^e étage, qui accueille des résidents entièrement dépendants physiquement et intellectuellement, et au 5^e étage qui abrite des patients nécessitant différents niveaux d'assistance pour les activités de la vie quotidienne. C'est ainsi que les 12 types de manœuvres observés ont nécessité, lors de leur réalisation, soit une assistance partielle, soit une assistance totale. Les types de manœuvres qui ont nécessité une assistance partielle étaient au nombre de 5 sur 12 contre 7 sur 12 pour ceux qui ont impliqué une assistance totale (tableau 6.5). En termes d'observations, 5 observations sur 42 réalisées concernent l'assistance partielle et 37 observations sur 42 faites relevaient de l'assistance totale.

Les résultats de notre recherche montrent que 4 des 5 types de manœuvres observés et qui nécessitaient une assistance partielle l'ont été avant l'intervention et 1 seul après celle-ci (tableau 6.5). En ce qui concerne les 7 types de manœuvres dont l'accomplissement nécessitait un niveau d'assistance totale, 6 ont donné lieu, à la fois, à des observations avant et après intervention tandis que le septième n'impliquait qu'une observation avant l'intervention. Tout cela a donné lieu à 22 observations avant l'intervention et à 20 autres observations après celle-ci (tableau 6.5).

Tableau 6.5 Types de manœuvres selon le niveau d'assistance et nombre total d'observations réalisées avant et après l'intervention

N°	MANŒUVRES		Préposés aux bénéficiaires												Infirmière		Nombre total d'observations	
			Participant 1		Participant 2		Participant 3		Participant 4		Participant 5		Participant 6		Avant	Après		
			Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après				
		Niveaux d'assistance																
1	Transfert d'un patient d'un fauteuil au lit à l'aide d'un lève-personne sur rail au plafond	Assistance totale	✓	✓			✓	✓			✓	✓			✓	✓	6	7
2	Transfert d'un patient d'un lit au fauteuil à l'aide d'un lève-personne sur rail au plafond	Assistance totale	✓	✓	-	✓	✓										4	3
3	Installer la toile double cuissarde du lève personne sous un patient couché	Assistance totale		✓													1	4
4	Enlever la toile double cuissarde du lève personne sous un patient couché	Assistance totale		✓			✓	✓									2	2
5	Remonter le patient dans le lit par transfert de poids ou contrepois	Assistance totale												✓			2	2
6	Changement de piqué	Assistance totale												✓	✓		2	1
7	Tourner le patient dans le lit	Assistance totale								✓							1	0
8	Positionner un patient dans un fauteuil	Assistance partielle								✓							0	1
9	Assister le patient à s'asseoir dans un fauteuil roulant par contrepois	Assistance partielle															1	0
10	Aider un patient à se lever du fauteuil	Assistance partielle															1	0
11	Assister un patient à s'asseoir au bord du lit	Assistance partielle														✓	1	0
12	Assister le patient à se coucher en déposant ses jambes dans le lit	Assistance partielle													✓		1	0
TOTAL																	22	20

Légende : ■ = Principes PDSB non utilisés

✓ = Principes PDSB utilisés

En termes d'utilisation des principes PDSB, 5 observations sur 42 effectuées ont permis de constater une inutilisation des principes PDSB. Ces 5 observations se répartissaient comme suit : 3 cas avant l'intervention et les 2 autres cas après celle-ci. Elles concernaient 5 types de manœuvres différents (tableau 6.6).

Tableau 6.6 Nombre et type de manœuvres, avant et après l'intervention, où les principes PDSB n'ont pas été utilisés

Manœuvres	Avant intervention	Après intervention	TOTAL
Assister le patient à s'asseoir dans un fauteuil roulant par contrepoids.	1	0	1
Transfert d'un patient d'un lit au fauteuil à l'aide d'un lève-personne sur rail au plafond	1	0	1
Aider un patient à se lever du fauteuil	1	0	1
Installer la toile double cuissarde du lève personne sous un patient couché	0	1	1
Remonter le patient dans le lit par transfert de poids ou contrepoids	0	1	1
TOTAL	3	2	5

Les observations faites avant la tenue de l'intervention ont permis de constater 3 cas d'inutilisation des principes PDSB sur 22 observations effectuées (tableau 6.7). Après l'intervention, nous avons constaté, au cours de 2 observations, que les principes PDSB n'étaient pas utilisés. On a ainsi enregistré une baisse, d'une (1) unité, du nombre d'observations où les principes PDSB n'étaient pas utilisés avant et après l'intervention. La faiblesse de la baisse enregistrée ne permet de tirer aucune conclusion tranchée. Aussi, il importe de spécifier que le nombre restreint de types de manœuvres par participant et l'impossibilité de choisir les manœuvres à observer ont rendu les analyses statistiques inappropriées.

À l'inverse, nous avons constaté que les principes PDSB étaient utilisés lors de 19 observations sur 22 avant l'intervention. Après l'intervention (participation à la session de formation interne sur le PDSB), 18 observations sur 20 effectuées ont permis de constater une utilisation des principes PDSB. D'où une faible augmentation du niveau d'utilisation des principes PDSB entre la période précédant l'intervention et celle qui a suivi cette même intervention.

Tableau 6.7 Utilisation des principes PDSB selon le genre avant et après l'intervention

	Avant intervention			Après intervention			TOTAL
	Femmes	Hommes	Sous-total	Femmes	Hommes	Sous-total	
Nombre d'observations où les principes PDSB sont utilisés	9	10	19	5	13	18	37
Nombre d'observations où les principes PDSB ne sont pas utilisés	1	2	3	1	1	2	5
TOTAL DES OBSERVATIONS	10	12	22	6	14	20	42

Nous avons constaté que l'ensemble des 5 observations où les principes du PDSB n'étaient pas utilisés concernaient des participants en activité au 5^e étage (tableau 6.8). En effet, ces derniers effectuaient des manœuvres qui requéraient une assistance partielle ou une assistance totale au contraire de leurs collègues du 2^e étage qui ne faisaient, exclusivement, que des manœuvres d'assistance totale avec, en grande partie, une utilisation d'équipements puisqu'ayant affaire avec une clientèle entièrement dépendante tant au plan physique que mental.

Tableau 6.8 Utilisation des principes PDSB selon l'unité de travail avant et après l'intervention

	Avant intervention		Après intervention		TOTAL
	2 ^e étage	5 ^e étage	2 ^e étage	5 ^e étage	
Nombre d'observations où les principes PDSB sont utilisés	14	5	11	7	37
Nombre d'observations où les principes PDSB ne sont pas utilisés	0	3	0	2	5
TOTAL DES OBSERVATIONS	14	8	11	9	42

Un autre constat tient au fait que l'inutilisation des principes PDSB était plus importante chez les participants dotés d'une faible expérience professionnelle : toutes les observations d'inutilisation des principes PDSB (3 cas) faites avant l'intervention concernaient des participants qui avaient moins de 1,5 an d'expérience professionnelle. Aussi, parmi les deux autres observations où l'inutilisation des principes PDSB était constatée après l'intervention, une (1) concernait un travailleur ayant moins de 1,5 an d'expérience professionnelle. Au

total, 4 observations sur 5 où les principes PDSB n'étaient pas été utilisés concernaient des participants ayant moins de 1,5 an d'expérience professionnelle (tableau 6.9).

Tableau 6.9 Utilisation des principes PDSB selon l'expérience professionnelle avant et après l'intervention

	Avant intervention		Après intervention		TOTAL
	- 1,5 an	+ 1,5 an	- 1,5 an	+ 1,5 an	
Nombre d'observations où les principes PDSB sont utilisés	7	12	11	7	37
Nombre d'observations où les principes PDSB ne sont pas utilisés	3	0	1	1	5
TOTAL DES OBSERVATIONS	10	12	12	8	42

Les propos recueillis auprès des 6 participants du groupe unique qui avaient bénéficié d'une formation de 2 jours sur place attribuaient un effet positif à la session de formation interne sur le PDSB. En effet, les 6 participants du groupe unique ont apprécié positivement leur participation à la session de formation interne sur le PDSB. Cette dernière leur avait permis, selon eux, de renforcer leur niveau de connaissances et de compétences relativement aux principes PDSB et ils affirmaient essayer, quotidiennement, de mettre en œuvre les principes appris dans le cadre de leur travail :

« la formation PDSB à laquelle j'ai participé a été opportune. Ce que j'ai appris lors de la formation m'a permis de rafraîchir ma connaissance des principes PDSB qui sont importants. La formation (...) a contribué au développement de mes compétences dans le déplacement sécuritaire des bénéficiaires » (Participant 1, après intervention).

« La formation que j'ai suivie est bénéfique. Elle me permet de consolider les principes appris et de mieux les mettre en pratique » (Participant 3, après intervention).

Tous les 6 participants du groupe unique ont affirmé, lors des entretiens après l'intervention, qu'ils appliquaient les principes PDSB comme l'illustrent leurs propos suivants :

*« Mon utilisation des principes PDSB se trouve renforcée »
(Participant 1, après intervention).*

*« Je comprends mieux pourquoi certains gestes doivent être faits et comment mieux les faire »
(Participant 1, après intervention).*

« (...) les principes appris nous servent dans nos tâches quotidiennement » (Participant 2, après intervention).

Un examen des 5 observations où les principes PDSB n'étaient pas utilisés permet de les regrouper selon la nature des manquements constatés :

- 2 cas de non-respect des principes de mouvement ;
- 1 cas de non-respect des principes de prise ;
- 1 cas d'exécution de tâches prévues pour 2 personnes mais réalisées par un seul travailleur ;
- 1 cas de mauvaise installation d'une toile double cuissarde.

Le tableau suivant (tableau 6.10) fournit la nature des manquements constatés concernant les 5 observations où les principes PDSB n'étaient pas utilisés.

Tableau 6.10 Nature des manquements constatés selon le type de manœuvre effectué et selon le groupe avant et après l'intervention

	Observations	Nature des manquements constatés
Avant intervention	Assister le patient à s'asseoir dans un fauteuil roulant par contrepoids.	Non respect des principes de mouvement
	Transfert d'un patient d'un lit au fauteuil à l'aide d'un lève-personne sur rail au plafond	Manœuvre à 2 effectuée seul
	Aider un patient à se lever du fauteuil	Non respect des principes de prise
Après intervention	Installer la toile double cuissarde du lève personne sous un patient couché	Mauvaise installation de la toile double cuissarde
	Remonter le patient dans le lit par transfert de poids ou contrepoids	Non respect des principes de mouvement

Le constat qui se dégage, de manière globale, de ce tableau est que l'inutilisation des principes PDSB tenait, principalement, à une difficulté dans la mise en œuvre des principes biomécaniques et physiologiques : 2 manquements concernent le non-respect des principes de mouvement et 1 autre manquement est lié au non-respect des principes de prise, soit 3 cas d'inutilisation des principes sur 5 constatés.

La difficulté de mise en œuvre des principes biomécaniques et physiologiques peut être appréciée à la lumière du déroulement des 3 manœuvres lors desquelles une inutilisation des principes PDSB a été constatée :

Observation manœuvre # 8, avant intervention (non respect des principes de mouvement)

Le participant paraît généreux dans l'effort en accordant un niveau d'assistance plus que nécessaire. Il prend le patient en effectuant un contrepoids avec les bras sous les aisselles de celui-ci, puis l'a carrément soulevé (au lieu de l'aider à se tenir debout) avant de le déposer dans le fauteuil. Son dos est légèrement courbé lors de la manœuvre.

Observation manœuvre # 27, avant intervention (non respect des principes de prise)

Le participant enlève le repose-pied du fauteuil et positionne la marchette. Il synchronise avec le patient et donne le signal pour débiter la manœuvre. Le patient se lève appuyé sur la marchette. Le participant l'aide à se lever en le poussant derrière le dos avec une de ses mains au lieu d'utiliser une prise enveloppante à la hanche opposée (utilisation de poignées).

Observation manœuvre # 41, après intervention (non respect des principes de mouvement)

Le participant et le collègue venu lui apporter un soutien sont positionnés à la tête du lit près de l'épaule du patient de part et d'autre. Ils saisissent le piqué dans sa partie supérieure et font glisser le patient par transfert de poids avant arrière. Sous l'effet du poids du patient et des efforts fournis par le participant et son collègue, le lit se déplace entravant ainsi la réalisation de la manœuvre. Le participant avait oublié de bloquer les roues du lit après avoir mis celui-ci dans le sens diagonal en vue d'avoir plus d'espace lors de la manœuvre. La manœuvre est reprise. Le participant et son aide tirent 2 ou 3 fois le piqué sans parvenir à positionner le patient. Leurs bras sont maintenus plus tendus que recommandé (flexion des bras). Ils décident de changer de tactique en abaissant le lit et de faire la manœuvre par contrepoids avec un genou sur le lit.

Globalement, on enregistre, une baisse, quoique modeste, du nombre de cas d'inutilisation des principes PDSB dans le groupe unique, lequel passe de 3 sur 22 observations effectuées avant l'intervention à 2 sur 20 observations réalisées après l'intervention.

Pour chacun des 3 groupes de principes nous allons présenter les résultats obtenus.

6.1.2.2 Utilisation des principes de préparation

Pour rappel, les principes de préparation consistent, pour le personnel soignant, à :

- i) s'informer et à évaluer la situation de travail, c'est-à-dire recueillir et analyser toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de la tâche ;
- ii) choisir la stratégie de mouvement la plus sécuritaire compte tenu du contexte ;
- iii) communiquer avec ses collègues dont le soutien est requis et avec les patients.

Les résultats de nos observations et des différents entretiens réalisés avec les participants et certains responsables du Centre montrent qu'en dehors de la préparation et de la mise en place des équipements nécessaires aux transferts de patients, ces principes de préparation n'étaient pas utilisés, de façon systématique, par les travailleurs comme le montre le tableau 6.11. En effet, lorsque les travailleurs procédaient à des tâches de transfert du lit au fauteuil, ils prenaient la peine, préalablement au démarrage d'une manœuvre, de vérifier et de mettre en place les équipements requis : fauteuils, toiles cuissardes, etc. L'utilisation des principes de préparation relatifs à ces aspects était systématique.

Tableau 6.11 Nature des manquements constatés selon la nature des compétences liées à l'analyse globale de la situation de travail avant et après l'intervention

N°	Nature des compétences	Préposés aux bénéficiaires										Infirmière	
		Participant 1		Participant 2		Participant 3		Participant 4		Participant 5		Participant 6	
		Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
1	Analyser globalement la situation de travail	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Déterminer le niveau d'assistance nécessaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	Décider de la stratégie la plus sécuritaire	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	Communiquer avec le bénéficiaire et, éventuellement, avec le collègue dont l'aide est sollicitée	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Nombre d'observations		4	4	3	5	5	2	3	3	5	5	2	1

Par contre, pour tous les autres aspects relatifs aux principes de préparation notamment la cueillette d'informations sur le patient, l'évaluation de son niveau d'autonomie, l'environnement (chambre, salon, etc.) dans lequel la tâche était faite, le temps nécessaire pour effectuer celle-ci et le moment de sa réalisation, les participants ne faisaient pas une analyse globale de la situation de travail. Ce manquement trouve sa source dans les modalités organisationnelles et de répartition des tâches qui prévalent au sein du Centre. En effet, chaque travailleur est affecté, de façon fixe (sauf pour ceux d'entre eux qui flottent), à un étage déterminé. En outre, il se voit assigner un nombre déterminé de patients selon les étages, les quarts de travail et l'emploi occupé (PAB, infirmières et infirmières auxiliaires). Il reçoit une feuille de route (*worksheet*) à laquelle il doit se conformer. Cette feuille de route (Appendice 9), qui est établie quotidiennement pour chaque quart de travail, contient les informations pertinentes relatives aux aspects de la tâche à faire :

- caractéristiques du patient : nom, âge, poids, niveau d'assistance à lui accorder, etc.
- endroits où la tâche sera exécutée : unité, étage, numéro ;
- heures de la journée où chaque tâche assignée devrait être faite ;
- particularités à considérer : présence d'un conjoint, agressivité, etc. ;
- etc.

Selon les données contenues dans le dernier rapport de la DSISC (2010-2011), la durée moyenne de séjour d'un patient interné au 2^e étage est de 5,3 années. Cela donne une idée de ce qui pourrait être la durée d'assignation d'un travailleur aux mêmes patients, donc la possibilité de connaître et d'intégrer toutes les informations pertinentes relatives à ces patients et de voir la routine s'installer progressivement jusqu'à ce que le patient quitte le Centre ou que le travailleur soit affecté à une autre unité (étage) ou à d'autres patients. Par conséquent, l'utilisation des principes de préparation liés à certains aspects (cueillette d'informations sur le patient, évaluation de son niveau d'autonomie, etc.) se faisait surtout dans 2 cas : l'assignation d'un nouveau patient ou l'affectation à un autre étage. Cette utilisation partielle et non systématique de certains principes de préparation a été constatée aussi bien lors de la phase avant intervention que celle qui avait suivi celle-ci. Elle résultait de l'implantation de procédures de travail du personnel soignant, donc d'une standardisation des façons de faire implantées par le Centre et auxquelles les travailleurs devaient se conformer.

En ce qui concerne l'utilisation des principes de préparation relatifs à la prise de décision sur le choix de la stratégie de manœuvre la plus sécuritaire compte tenu des espaces et des équipements disponibles, les observations effectuées montrent qu'elle était effective. En effet, les participants utilisaient bien ces principes en adoptant des attitudes sécuritaires pour accomplir leur tâche notamment en choisissant le type d'effort à faire (transfert de poids et/ou contrepoids), les

modalités pour faire bouger les patients (rouler, glisser, pivoter) et l'endroit où se positionner.

L'utilisation des principes de préparation relatifs au choix de la façon d'exécuter le travail était, d'ailleurs, confirmée lors des entretiens. En effet, 4 participants sur 6 avant l'intervention et 5 participants sur 6 après l'intervention affirmaient avoir la possibilité de choisir les principes à mettre en œuvre dans le cadre de l'exécution de leurs tâches. Cela est corroboré, ci-après, par les propos tenus par certains participants à cet égard :

« La seule décision que je peux prendre est celle du choix de la stratégie la plus sécuritaire pour effectuer le transfert des patients. En dehors de cela, les décisions sont prises par mes supérieurs hiérarchiques » (Participant 5, après intervention).

« Pour la manière dont je dois faire le déplacement sécuritaire des patients, c'est moi qui prends la décision compte tenu de la situation » (Participant 1, après intervention).

« je décide toujours de la meilleure façon de réaliser mes tâches. Lorsque je fais face à des situations plus compliquées, je me réfère à mon chef d'équipe » (Participant 2, après intervention).

« Mes initiatives se limitent seulement à l'exécution des tâches de nettoyage, de manœuvres pour le déplacement des patients, etc. » (Participant 5, après intervention).

En résumé, nous pouvons retenir que les principes de préparation étaient utilisés de manière :

- régulière et systématique lors de la préparation et de la mise en place des équipements nécessaires aux transferts de patients. Ils étaient aussi utilisés pour prendre une décision sur le choix de la stratégie de manœuvre la plus sécuritaire à adopter compte tenu du contexte, de même que pour communiquer aux patients ;
- irrégulière lorsqu'il s'agissait de cueillir les informations sur le patient, d'évaluer son niveau d'autonomie, de connaître l'environnement dans lequel la tâche sera faite, d'estimer le temps nécessaire pour effectuer la tâche et de prévoir le moment de sa réalisation parce que les travailleurs devaient se conformer à des feuilles de route (*worksheet*) qui contiennent déjà toutes ces informations.

6.1.2.3 Utilisation des principes biomécaniques et physiologiques

Les principes biomécaniques et physiologiques englobent les principes de positionnement (pieds écartés, pieds orientés, dos sans torsion et non voûté, genoux fléchis, etc.) les principes de prise- (rapprochement de la charge, la création de poignées, utilisation d'une rallonge, blocage des points de glissement, etc.) et les principes de mouvement (respect du mouvement naturel, pas de soulèvements, utilisation du transfert de poids et/ou du contrepoids pour fournir l'effort nécessaire, etc.).

Parmi les 5 manœuvres observées où les principes PDSB n'étaient pas utilisés, 3 relevaient du non-respect des principes de mouvement donc des principes biomécaniques.

Dans l'observation de la manœuvre # 8 (avant intervention), le participant a soulevé le patient (au lieu de l'aider à se tenir debout) avec le dos légèrement courbé. Le soulèvement d'un patient dans ces conditions contrevient aux principes parce qu'il contribue notamment à augmenter la pression qui s'exerce sur le bas du dos et exige la production de plus d'efforts. Le dos légèrement courbé

constitue un facteur aggravant. Le participant s'était mis ainsi en danger en choisissant de procéder de la sorte. Lors de l'observation de la manœuvre # 27 (avant intervention), le participant n'utilisait pas une prise enveloppante à la hanche pour rapprocher son centre de gravité à celui du patient et, subséquemment, réduire les efforts à faire pour aider celui-ci à se lever. Dans la manœuvre # 41 (après intervention), le participant essayait, vainement, de positionner le patient par transfert de poids avant-arrière avant de changer de stratégie en décidant de recourir à une manœuvre par contrepoids avec un genou sur le lit.

Que ce soit une assistance partielle ou une assistance totale, les participants du groupe unique ont mis en œuvre les compétences attendues au cours de 37 manœuvres sur 42 réalisées. Pour les tâches d'assistance partielle qui ont donné lieu à l'utilisation des principes PDSB, les compétences mises en œuvre ont permis aux participants de se préparer et de planifier l'exécution de leurs tâches, de se partager les tâches entre collègues, de prendre les patients de façon sécuritaire avant de débiter leurs manœuvres.

En ce qui concerne les tâches d'assistance totale, les compétences enseignées à travers le programme PDSB étaient mises en œuvre à travers la planification des tâches, la répartition de celles-ci, la prise solide et sécuritaire des patients puis l'exécution des manœuvres.

En somme, on peut retenir que les principes biomécaniques et physiologiques qui constituent la charpente des principes PDSB posaient problème, dans certains cas, aux travailleurs. Nous avons dénombré 3 cas d'inutilisation des principes PDSB, sur 5 observations effectuées, qui concernaient les principes biomécaniques. Parmi ces principes biomécaniques et physiologiques, les transferts de poids avant – arrière semblaient causer plus de difficultés aux travailleurs observés. Ces difficultés ne tenaient pas toujours à la seule personne des travailleurs, mais pouvaient être dues, également, à l'environnement physique de travail notamment

le manque d'espace dans les chambres comme nous l'ont affirmé certains participants.

6.1.2.4 Utilisation des principes liés aux séquences de manœuvre sécuritaire

Les principes relatifs aux séquences de manœuvre sécuritaire renvoient à la communication entre, d'une part, le travailleur et le patient et, d'autre part, le travailleur et son collègue auprès de qui une aide est sollicitée. Cette communication doit se faire en trois temps : avant la manœuvre pour expliquer celle-ci, l'aide attendue et les modalités prévues pour son exécution ; pendant la manœuvre en synchronisant les mouvements ; et après la manœuvre pour tirer les enseignements du travail fait à deux (rétroaction).

Les principes relatifs aux séquences de manœuvre sécuritaire étaient systématiquement utilisés dans le cadre de la communication entre le travailleur et le patient. Toutefois, ils n'étaient pas toujours utilisés pour les aspects relevant de la communication entre un travailleur et un collègue auquel il demande de l'aide. En effet, nous avons observé que tous les participants omettaient d'expliquer au collègue dont le soutien est sollicité le type d'aide voulu et les modalités de synchronisation des efforts ou prenaient moins de temps pour le faire. Deux éléments constatés expliquent, en partie, cette situation : la complicité qui se dégage d'une longue collaboration ou l'empressement manifeste du collègue dont l'aide est sollicitée à en finir et à retourner à ses propres tâches.

Dans le premier cas, les deux travailleurs se parlaient à peine et parvenaient, tout de même, à exécuter, dans une parfaite synchronisation, les manœuvres à réaliser. Les déclarations recueillies auprès de 2 participants après qu'ils eurent exécuté des manœuvres sous notre observation en témoignent :

*« On aime bien travailler ensemble étant donné qu'on se connaît bien.
Cela va aussi plus vite » (Participant 5, après formation).*

Dans le second cas, empressement de s'en aller, nous avons constaté qu'il arrivait bien souvent que le participant patiente un laps de temps avant que son collègue auprès de qui il a sollicité une aide se pointe. Ce dernier étant pris dans ses propres tâches, qu'il délaisse pendant un court instant, ne manifestait pas la disponibilité requise pour se faire expliquer le type d'aide voulu (qu'il connaisse déjà) ou les modalités de synchronisation des efforts. Nous avons même été témoin de cas où les 2 collègues ne s'étaient adressé aucun mot du début à la fin de la manœuvre sauf pour demander, lorsque le collègue qui fournit de l'aide est arrivé, « *si tout est prêt* » suivi de la réponse affirmative du demandeur.

En ce qui concerne la communication entre le personnel soignant et les patients, tous les participants observés prenaient le temps de s'annoncer et de dire pourquoi ils sont là ou, à défaut lorsque les patients étaient fortement handicapés et dépendants, de chercher à croiser leur regard et de les rassurer d'un geste de la main. Dans ce cas, les principes relatifs aux séquences de manœuvre sécuritaire concernant la communication étaient pleinement utilisés. Toutefois, durant les manœuvres impliquant des patients handicapés et totalement dépendants, nous avons constaté que la plupart des participants (et leur aide) ne disaient aucun mot aux concernés, comme par exemple, leur décrire les étapes de la manœuvre ou les encourager. Ils se contentaient de faire ce qu'ils avaient à faire. Cela est surtout vrai pour les situations où les patients étaient dépendants à 100%.

6.1.3 Résumé des résultats de l'objectif n° 1

Notre intervention en milieu réel de travail nous a permis de réaliser 42 observations concernant 6 participants : 22 avant l'intervention et 20 après celle-ci. Ces 42 observations ont concerné 12 types de manœuvres différentes.

L'analyse de ces observations et les constats effectués lors de la réalisation de ces types de manœuvres ont permis d'arriver aux résultats suivants :

- la formation PDSB suivie par les 6 participants du groupe unique a permis, tout au moins, de renforcer leurs compétences relatives à l'utilisation des principes appris surtout au niveau des principes biomécaniques et physiologiques qui constituent le point nodal du programme ;
- les cas d'inutilisation des principes PDSB répertoriés sur 42 observations effectuées sont au nombre de 5 : 3 lors de la phase avant intervention et 2 après celle-ci, soit un cas d'inutilisation en moins. Le caractère modeste de la réduction du nombre de cas d'inutilisation n'autorise pas à affirmer, de façon certaine, l'efficacité de la formation PDSB dispensée en interne. Cependant, les propos tenus par les participants font état d'une meilleure compréhension des principes et d'une amélioration des pratiques ;
- l'examen des 5 cas d'inutilisation des principes PDSB montre que 3 de ces 5 cas identifiés concernaient les principes biomécaniques et physiologiques. Aussi, il est constaté que 3 des 5 cas d'inutilisation l'ont été lors de manœuvres d'assistance partielle, c'est-à-dire les manœuvres dont la réalisation impliquait une plus grande interaction avec les patients.

6.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'OBJECTIF N° 2 : INFLUENCE DE LA CHARGE DE TRAVAIL ET DE LA LATITUDE DÉCISIONNELLE SUR L'UTILISATION DES PRINCIPES PDSB

Nous commencerons par la présentation des résultats qui décrivent et cernent aussi bien les caractéristiques sociodémographiques des participants (6.2.1) que celles relatives au contexte organisationnel de notre intervention (6.2.2). Les résultats obtenus suite à l'application du Job Content Questionnaire (JCQ) pour mesurer la charge de travail et la latitude décisionnelle seront, par la suite, exposés

(6.2.3) ainsi que ceux relatifs à l'appréciation de la charge physique de travail (6.2.4).

6.2.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Notre étude exploratoire s'est effectuée sur un échantillon composé de 6 participants qui n'avaient pas encore bénéficié d'une formation interne sur le PDSB, que nous appellerons, par souci d'allègement du texte, « participants non encore formés » et de 6 autres participants qui avaient déjà bénéficié d'une formation PDSB au sein du Centre ci-après désignés « participants déjà formés », soit 12 participants au total. Parmi nos 12 participants, on comptait 6 femmes et 6 hommes (tableau 6.12). L'échantillon était composé de 10 PAB dont 8 en service au 2nd étage (patients n'ayant aucune autonomie), d'une (1) infirmière auxiliaire et d'une (1) infirmière. À l'intérieur de chaque groupe, le nombre de femmes était identique à celui des hommes. De même, chaque groupe comptait le même nombre de PAB, soit 5, et était complété par une infirmière ou une infirmière auxiliaire.

Tableau 6.12 Répartition des participants selon l'emploi occupé, le genre et le groupe

	Participants non encore formés		Participants déjà formés		TOTAL
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Préposés aux bénéficiaires	2	3	2	3	10
Infirmière-auxiliaires	0	0	1	0	1
Infirmières	1	0	0	0	1
TOTAL	3	3	3	3	12

Tous les participants ont fait, au moins, des études secondaires (tableau 6.13). Parmi eux, 2 avaient effectué des études universitaires complètes sanctionnées par le baccalauréat ou la maîtrise. On comptait, également, dans l'échantillon 2 participants titulaires d'un certificat universitaire et 3 autres participants issus du réseau collégial. Globalement, on constate que les participants non encore formés

disposaient d'un niveau scolaire plus élevé : 3 parmi eux ont obtenu un diplôme universitaire (certificat ou baccalauréat) contre un (1) seul du groupe constitué de participants déjà formés (maîtrise). Il convient de souligner que ce dernier compte moins d'une année d'ancienneté au Centre.

Tableau 6.13 Niveau de scolarité selon le genre et le groupe

Niveau de scolarité	Participants non encore formés		Participants déjà formés		TOTAL
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Diplôme d'études secondaires	1	1	0	2	4
Diplôme d'études collégiales	0	0	3	0	3
Certificat universitaire	0	2	0	0	2
Baccalauréat	1	0	0	0	1
Maîtrise	0	0	0	1	1
Autres (professionnel)	1	0	0	0	1
TOTAL	3	3	3	3	12

L'âge des 11 participants sur 12 (1 participant n'a pas voulu révéler son âge) varie entre 22 et 54 ans (tableau 6.14). La moyenne d'âge pour l'ensemble de l'échantillon s'établissait à 38,5 ans. Les hommes étaient, globalement, plus âgés que les femmes avec des moyennes d'âge respectives de 40,8 ans et de 36,6 ans. Les participants non encore formés étaient plus jeunes : 3 avaient 30 ans ou moins et un (1) seul dépassait la cinquantaine. La moyenne d'âge du groupe des participants non encore formés s'établissait à 32,2 ans contre 43,8 pour le groupe des participants déjà formés, soit un écart moyen supérieur à 11 ans. À l'intérieur des groupes, nous avons la même configuration : les femmes étaient moins âgées que les hommes. C'est ainsi que dans le groupe des participants non encore formés, la moyenne d'âge des femmes est de 29,6 ans contre 36 ans pour les hommes. Chez les participants déjà formés, le scénario était le même : les hommes étaient plus âgés (44 ans en moyenne) que les femmes (43,7 ans en moyenne), même si l'écart était mince.

Tableau 6.14 Classe d'âge des sujets selon le genre et le groupe

Classes d'âge	Participants non encore formés		Participants déjà formés		TOTAL	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
21 - 25 ans	1	1	0	0	1	1
26 - 30 ans	1	0	0	0	1	0
36 - 40 ans	1	0	1	1	2	1
41 - 45 ans	0	0	1	1	1	1
46 - 50 ans	0	1	1	0	1	1
51 - 55 ans	0	0	0	1	0	1
TOTAL	3	2	3	3	6	5
Moyennes d'âge	29,67 ans	36 ans	43,67 ans	44 ans	36,67 ans	40,80 ans
	32,20 ans		43,83 ans		38,55 ans	

Les participants déjà formés comptaient plus d'expérience professionnelle dans l'emploi qu'ils occupaient : 9,93 ans contre 3,43 ans pour les participants non encore formés (tableau 6.15). En effet, en dehors de deux participants qui avaient chacun 0,83 an et 1,75 an d'expérience dans leur emploi, les 4 autres membres du groupe avaient acquis de nombreuses années d'expérience professionnelle dans l'emploi qu'ils occupaient avec respectivement 8 ans, 10 ans, 18 ans et 21 ans. C'est cette importante variation des anciennetés individuelles dans l'emploi au sein de ce groupe qui explique l'établissement de la moyenne à 9,93 ans. Ces importantes différences dans le nombre d'années d'expérience accumulée dans l'emploi occupé entre les 2 groupes étaient également constatées à l'intérieur du groupe composé de participants non encore formés : les hommes de ce groupe avaient plus d'expérience dans le métier (4,11 ans) que leurs collègues femmes (2,75 ans). Les hommes et les femmes du groupe des participants déjà formés, quant à eux, avaient sensiblement la même durée d'expérience professionnelle dans l'emploi qu'ils occupaient avec, respectivement, 9,94 ans et 9,92 ans.

L'examen du tableau 6.15 montre, également, que les participants déjà formés totalisaient une plus grande ancienneté dans le Centre que leurs collègues non encore formés : 7,93 ans, en moyenne, pour les premiers contre 3,01 ans, en moyenne, pour les seconds. Des différences selon le genre étaient aussi notées. En effet, les hommes du groupe de participants déjà formés étaient en poste au

Centre, en moyenne, depuis plus de 9 ans contre 6,5 ans pour les femmes. Ces différences étaient de 4,11 ans, en moyenne, pour les hommes et de 1,92 an, en moyenne, pour les femmes en ce qui concerne le groupe de participants non encore formés. Au total, les participants déjà formés avaient plus d'années de métier et plus d'ancienneté au Centre que leurs collègues non encore formés.

Tableau 6.15 Ancienneté dans l'emploi et ancienneté au Centre les Maïmonides selon le genre et le groupe (*en années*)

Ancienneté (en nombre d'années)		Participants non encore formés		Participants déjà formés		TOTAL	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Ancienneté dans l'emploi	<i>Ancienneté minimale</i>	1,25	1	1,75	0,83	1,25	0,83
	<i>Ancienneté maximale</i>	4	10	18	21	18	21
	<i>Anciennetés moyennes</i>	2,75	4,11	9,92	9,94	6,33	7,03
		3,43		9,93		6,68	
Ancienneté au Centre Maïmonides	<i>Ancienneté minimale</i>	1,25	1	1,75	0,83	1,25	0,83
	<i>Ancienneté maximale</i>	3	10	10	21	10	21
	<i>Anciennetés moyennes</i>	1,92	4,11	6,58	9,28	4,25	6,69
		3,01		7,93		5,47	

Tous les 6 participants non encore formés, hommes et femmes, avaient suivi une formation PDSB préalablement à leur embauche par le Centre (tableau 6.16). Cette situation contrastait avec celle des participants déjà formés : seuls 2 d'entre eux avaient suivi une formation PDBS avant d'intégrer le Centre. En effet, 4 des participants déjà formés n'avaient suivi aucune formation PDSB avant leur recrutement par le Centre. Ces 4 personnes sont des PAB et totalisaient une ancienneté relativement élevée (entre 8 et 21 ans) au sein du Centre, donc étaient embauchés avant l'ère de généralisation de la formation PDSB dans les programmes de formation du personnel soignant aux niveaux collégial, universitaire ou professionnel. Le fait que les 6 participants non encore formés aient eu un contact avec le programme PDSB avant leur recrutement par le Centre s'explique par leur faible ancienneté dans l'établissement : 4 d'entre eux avaient une ancienneté inférieure ou égale à 1,5 an, donc leur embauche était intervenue à

l'intérieur de la période de généralisation de la formation PDSB. Enfin, 5 des 8 participants formés au PDSB avant leur embauche par le Centre l'ont été au sein de centres de formation professionnelle.

Tableau 6.16 Formation PDSB en dehors du Centre Maïmonides

Formation PDSB	Participants non encore formés		Participants déjà formés		TOTAL
	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Hommes</i>	
A suivi une formation PDSB avant d'intégrer le Centre Maïmonides	3	3	1	1	8
N'avait pas suivi de formation PDSB avant d'intégrer le Centre Maïmonides	0	0	2	2	4
TOTAL	3	3	3	3	12

6.2.2 Caractéristiques du contexte organisationnel et résultats

Les résultats de l'analyse documentaire effectuée ainsi que ceux issus des différents entretiens réalisés avec les responsables de l'établissement permettent de dégager les principales caractéristiques du contexte organisationnel. Nous les présenterons, ci-après, en décrivant les responsabilités de notre population cible, en dressant la situation du Centre sur le plan de la santé et sécurité du travail, en identifiant les formations offertes aux travailleurs ainsi que les coûts de celles-ci, en cernant les caractéristiques de la charge de travail du personnel soignant et en ayant un portrait du parc d'équipements et d'outils destinés à faciliter le transfert des patients. Nous terminerons cette section par l'influence du contexte organisationnel sur l'utilisation des principes PDSB.

6.2.2.1 Les responsabilités de la population cible

Au 31 mars 2011, le Centre comptait 687 travailleurs dont 383 infirmières, infirmières auxiliaires et PAB. Le tableau ci-après dresse les responsabilités de chacune des 3 catégories professionnelles, cible de notre recherche et fournit,

subséquentement, une indication sur la nature des tâches effectuées par chacune d'elles (tableau 6.17).

Tableau 16.17 Le partage des rôles et des responsabilités entre les infirmières et infirmières-auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires

	Infirmières (RN)	Infirmières-auxiliaires (LPN)	Préposés aux bénéficiaires (PAB)
Objectif global	Favoriser des soins optimaux à l'égard de la mission, la vision et les valeurs de l'organisation		
Rôles communs et partagés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observer, partager et communiquer les informations pertinentes ▪ Assurer des soins de façon continue ▪ Travailler ensemble pour identifier les besoins des résidents et travailler comme une équipe interdisciplinaire ▪ Contribuer activement à la vie et au fonctionnement de son unité de travail ▪ Respecter les principes de prévention des infections et ceux des programmes de gestion des risques mis en place ▪ Effectuer des interventions adaptées individuellement en fonction des procédures prévues ▪ Aider les résidents dans les activités de la vie quotidienne, tout en adaptant les interventions aux procédures prévues ▪ Être impliqué avec le résident dans les loisirs et les activités sociales 		
Rôles spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer l'état symptomatique, physique et mental de la santé du résident ▪ Prendre des décisions relativement aux traitements et aux soins infirmiers ▪ Planifier et coordonner les interventions ▪ Participer au développement et à la mise à jour des procédures ▪ Élaborer des plans de soins sur la base des besoins des patients ▪ Jouer le rôle du chef d'équipe ▪ Gérer les situations de crise et d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participer à l'évaluation l'état de santé des résidents en recueillant des informations pertinentes sur une base quotidienne ▪ Contribuer à la mise à jour des procédures et des plans de soins ▪ Aider lors des situations de crise et d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signaler toute observation pertinente en ce qui concerne le résident ▪ Assister les infirmières et les infirmières-auxiliaires ▪ Fournir une assistance lors des situations de crise et d'urgence
Rôles communs et partagés (infirmières et infirmières-auxiliaires)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir des soins infirmiers et médicaux et le traitement ▪ Promouvoir la santé et prévenir les maladies ▪ Documenter les informations et les observations dans les registres prévus à cet effet 		

6.2.2.2 La santé et la sécurité du travail de la population cible

Le nombre de lésions, avec arrêt de travail (avec perte de temps), affectant le personnel de la Direction des soins infirmiers et services cliniques (DSISC), composé principalement d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de PAB, était stationnaire entre 2007 et 2009 en se stabilisant à 14 cas (tableau 6.18). Cependant, les lésions enregistrées et qui n'avaient pas occasionné d'arrêts de travail (sans perte de temps) avaient connu une progression fulgurante durant la même période (2007 – 2009) en passant de 81 à 130 cas. Même si la fréquence des accidents concernant le personnel soignant était demeurée stationnaire, on constate, cependant, une importante réduction, près de la moitié, de la gravité des accidents survenus entre 2007-2008 et 2008-2009 en passant de 0,42% à 0,25%.

Tableau 6.18 Nombre de lésions pour le personnel de la DSISC selon la catégorie professionnelle (2008-2011)

Nombre d'accidents / Indicateurs de fréquence et de gravité	2007-2008	2008-2009
Nombre d'accidents travail	95	144
<i>sans perte de temps</i>	<i>81</i>	<i>130</i>
<i>avec perte de temps</i>	<i>14</i>	<i>14</i>
Fréquence des accidents ayant entraîné des arrêts de travail (Nombre d'accidents / 200 000 heures travaillées)	0,01%	0,01%
Gravité des accidents ayant entraîné des arrêts de travail (Nombre de jours perdus / 200 000 heures travaillées)	0,42%	0,25%

Au niveau global, le « ratio CSST » du Centre, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'heures réclamées à la CSST sur le nombre d'heures rémunérées était tombé, en 2010-2011, de 0,84% à 0,4%, soit proche de la cible initiale (0 %). L'ensemble des absences au travail survenues au Centre entre 2007 et 2009 pour des raisons d'accidents ou de maladies avait amené celui-ci à rémunérer 32 900 heures en 2007-2008 et 30 759 heures en 2008-2009 (tableau 6.19).

Tableau 6.19 Nombre d'heures de travail rémunérées suite aux absences (2007 – 2009)

	2007-2008	2008-2009
Heures rémunérées en accident de travail	3 027,7	1 976,5
Heures rémunérées – Travail léger (assignation temporaire)	1 786	3 785,8
Heures rémunérées – Retrait préventif	5 005,5	2 334,8
Heures rémunérées – Assurance salaire	23 081,3	22 662,3
Total nombre d'heures rémunérées	32 900,5	30 759,4

6.2.2.3 La formation PDSB de la population cible

Entre 2008 et 2011, le Centre a organisé 13 sessions de formation aux principes PDSB, lesquelles avaient permis d'initier 15 infirmières, 22 infirmières auxiliaires et 65 PAB (tableau 6.20). Il convient de mentionner, aussi, que le Centre avait organisé, en 2005, un blitz PDSB en tenant 43 sessions de formation comptant chacune d'elles 10 participants, soit 430 travailleurs formés.

Tableau 6.20 Nombre de sessions de formation PDSB organisées et de travailleurs formés (2008 – 2011)

Années	Nombre de sessions	Nombre d'heures par session	Autres	Infirmières	Infirmières-auxiliaires	Préposés aux bénéficiaires
2008-2009	7	14,5	2	10	8	36
2009-2010	3	14,5		2	9	14
2010-2011	3	14,5	2	3	5	15
TOTAL	13		4	15	22	65

Durant l'année 2010-2011, le Centre avait dépensé, au titre de la formation (toutes les formations) pour l'ensemble de son personnel relevant de la DSISC, 150 979 \$ CAN (DSISC, rapport annuel 2010-2011). Les coûts moyens horaires par participant à une session de formation PDSB s'établissaient comme suit (tableau 6.21) :

Tableau 6.21 Coût horaire moyen par participant à une session de formation PDSB selon la catégorie professionnelle (2008 – 2010)

Années	Infirmières	Infirmières-auxiliaires	Préposés aux bénéficiaires
2008-2009	41 \$	31 \$	24 \$
2009-2010	36 \$	29 \$	22 \$

6.2.2.4 Charge de travail de la population cible

Concernant la charge de travail, les infirmières, infirmières auxiliaires et PAB se voyaient affecter un nombre déterminé de résidents qu'ils devaient suivre et prendre soin. Cela présente une certaine stabilité : chaque agent connaissait, au départ, les résidents dont il avait la responsabilité. Une routine finissait par s'installer. Les changements et adaptations nécessaires, pour les agents, survenaient à l'occasion de nouvelles assignations (affectations de nouveaux résidents) ou lors d'un changement d'unité (affectation d'un agent d'un étage à un autre).

La charge de travail variait d'un étage à un autre. Elle était répartie en fonction de la lourdeur des caractéristiques des patients de manière à ce qu'elle soit sensiblement égale pour tout le monde. Elle était également répartie en tenant compte des quarts de travail : les tâches les plus exigeantes, en termes d'efforts, étaient effectuées durant le quart du jour et le quart de nuit, par exemple, ne comportait que des tâches de surveillance hormis quelques patients à faire changer (ou aider à faire changer) de position sur leur lit. Le tableau suivant (tableau 6.22) fournit, avec précision, la répartition de la charge de travail entre les membres du personnel soignant et selon les quarts de travail pour trois différents étages au plan des effectifs.

D'une manière globale, la proportion des heures supplémentaires, c'est-à-dire le ratio du nombre d'heures supplémentaires accomplies par le personnel sur celui des heures normales travaillées, connaissait un léger dépassement en s'établissant

à 1,07 % en 2011-2012 pour une cible initiale de 0% (CGMDB, Rapport annuel 2011 – 2012). De plus, les résultats du sondage effectué auprès de 259 travailleurs du Centre en 2009 sur les facteurs contextuels par *Accreditation Canada* dans le cadre du processus d'agrément, avaient révélé que 21% des répondants affirmaient n'avoir pas assez de temps pour faire leur travail convenablement (Accreditation Canada, 2009).

Tableau 6.22 Répartition des patients au niveau des étages selon leur profil

Étages	Quarts de travail	Personnel soignant		Nombre de patients en charge par travailleur	Observations
		Catégories	Effectifs		
2 ^e étage (38 patients)	Jour (7h – 15h)	Préposés aux bénéficiaires	6	6	Lavage compris
		Infirmières -auxiliaires	1	8	Soins infirmiers (lavage non compris)
		Infirmières	2	16	Soins infirmiers (lavage non compris)
	Soir (15h – 23h)	Préposés aux bénéficiaires	3,5	10	Ils travaillent en équipes de 2
		Infirmières -auxiliaires	1	19	Donner des soins infirmiers, les médicaments, mais pas de soins d'hygiène
		Infirmières	1	19	Donner des soins infirmiers, les médicaments, mais pas de soins d'hygiène
	Nuit (23h – 7h)	Préposés aux bénéficiaires	1	38	Fait le tour de tous les résidents
		Infirmières -auxiliaires	1	20	Travaille en équipe de 2
		Infirmières	1	18	Travaille en équipe de 2
3 ^e étage (69 patients)	Jour (7h – 15h)	Préposés aux bénéficiaires	8	7	1 PAB se trouve avec 8 patients
		Infirmières -auxiliaires	4	3	
		Infirmières	4	1	
	Soir (15h – 23h)	Préposés aux bénéficiaires	4	10	1 PAB se trouve avec 9 patients
		Infirmières -auxiliaires	2	4	
		Infirmières	2	3	
	Nuit (23h – 7h)	Préposés aux bénéficiaires	3	35	Aile Nord (35 patients) : les PAB travaillent ensemble pour les soins d'hygiène de tous les patients
		Infirmières -auxiliaires	1	34	Aile Sud (34 patients) : les PAB et les infirmières-auxiliaires travaillent ensemble pour les soins d'hygiène de tous les patients
		Infirmières	1	69	L'infirmier (ière) couvre tous les 69 patients
7 ^e étage (68 patients)	Jour (7h – 15h)	Préposés aux bénéficiaires	6	7 - 8	
		Infirmières -auxiliaires	4	3	
		Infirmières	4	0	
	Soir (15h – 23h)	Préposés aux bénéficiaires	5	9 - 14	
		Infirmières -auxiliaires	2	2 - 5	
		Infirmières	2	2 - 3	
	Nuit (23h – 7h)	Préposés aux bénéficiaires	3	17 - 18	
		Infirmières -auxiliaires	1	17 - 18	
		Infirmières	1	0	

6.2.2.5 Équipements et outils d'aide au transfert des patients

Sur le plan des équipements et des outils d'aide à la manutention, le Centre disposait, d'après les renseignements qui nous étaient fournis, de 325 lève-personnes sur rail, au moins 10 lève-personnes mobiles, 14 civières-douches, 11 pèse-personnes et autant de fauteuils roulants ou gériatriques que de patients. Cela témoigne du niveau des moyens matériels visant à réduire, au minimum, les efforts de manutention manuelle des patients par le personnel.

6.2.2.6 L'influence des contraintes organisationnelles sur l'utilisation des principes PDSB

Rappelons que, concernant les résultats de notre objectif n° 1, les manœuvres observées où les principes PDSB n'étaient pas utilisés tenaient, principalement, à 2 choses : d'une part, à la difficulté de mise en œuvre des principes biomécaniques et physiologiques et, d'autre part, à des contraintes liées à l'organisation du travail notamment le non-respect des procédures de travail avec des travailleurs qui exécutaient seuls des manœuvres dont la réalisation nécessitait l'aide d'un collègue.

Ces contraintes organisationnelles renvoient essentiellement à des retards dans la mise en place d'une aide ou à l'absence de celle-ci lors de manœuvres où le PDSB et les procédures en vigueur au Centre prescrivaient la présence de deux travailleurs pour les réaliser comme le montre le constat suivant :

Observation manœuvre # 7, avant formation (manœuvre à deux effectuée par 1 seul travailleur)

Le participant sollicite l'aide d'un collègue pour accomplir une tâche : le transfert d'un patient entièrement dépendant de son lit à un fauteuil à l'aide d'un lève-personne sur rail au plafond. Il attend un moment.

Son collègue ne vient toujours pas. Le participant prend la décision de faire la manœuvre tout seul. Il réalise la manœuvre.

Les difficultés pour obtenir de l'aide à temps voulu pour réaliser une tâche de transfert mettent en exergue l'existence d'un contexte organisationnel qui requiert de travailler rapidement pour respecter le rythme de travail comme en témoignent les propos d'un participant interviewé :

*« On est toujours obligé d'être imaginatif dans les circonstances où je ne peux compter que sur moi pour réaliser correctement le travail »
(Participant 2, après intervention).*

En effet, le travailleur qui sollicite une aide ne peut pas attendre indéfiniment l'arrivée du collègue sollicité et finit par décider, dans certaines situations, de commencer ou de faire seul le travail pour pouvoir passer aux tâches suivantes. Quant au travailleur à qui une aide est demandée, il tient à finir les tâches qu'il a amorcées avant de répondre à l'appel lancé par un collègue. Il tient à ce que tout soit prêt avant son arrivée. Il espère ainsi ne pas perdre beaucoup de temps.

Enfin, une autre contrainte liée au contexte organisationnel et qui influence l'utilisation des principes PDSB a été soulevée, lors des entretiens, par un participant. Cette contrainte est liée à l'environnement physique de travail comme le mettent en évidence les propos de ce participant :

« Je comprends les principes. Je les maîtrise théoriquement. Je sais ce que je dois faire à chaque situation. Mais la disposition des chambres ne me permet de mettre en œuvre les principes de façon correcte. (...) je n'applique pas les principes comme attendu, car étant tenu de prendre en considération les contraintes liées à l'environnement de travail auxquelles je suis confronté (...). Cette difficulté d'application est causée essentiellement par le manque d'espace dans les chambres

surtout lorsqu'il s'agit de faire un transfert de poids avant - arrière en tirant le piqué dans le but de repositionner le patient dans le lit » (Participant 5, après intervention).

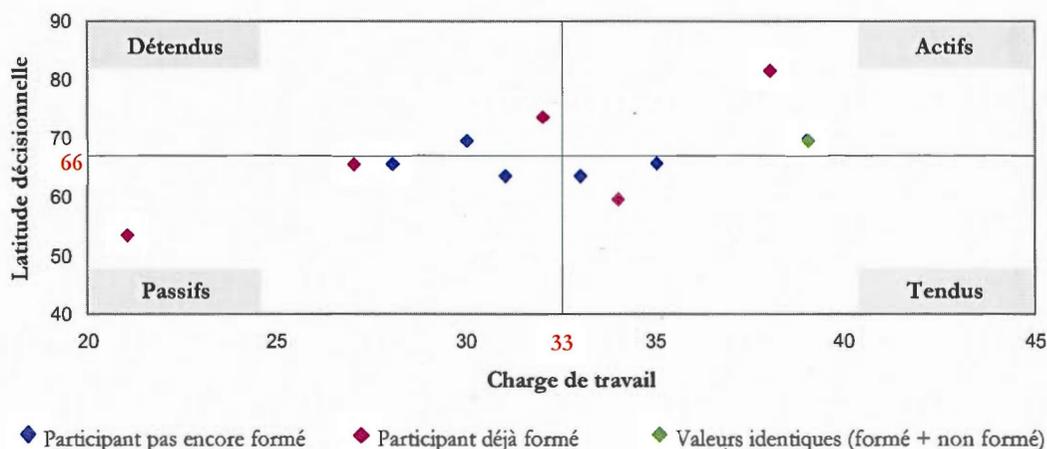
6.2.3 Influence de la charge psychologique de travail et de la latitude décisionnelle sur l'utilisation des principes PDSB : présentation et interprétation des résultats

D'une manière globale, la figure ci-après (figure 6.1) montre, avant l'intervention, que 3 participants (2 du groupe des non formés et 1 du groupe des déjà formés) sur 12 se trouvaient dans le cadre des « Tendus », c'est-à-dire qu'ils estimaient leur situation de travail, au moment de la mesure, comme étant une combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible marge décisionnelle (*job strain*). Autrement dit, ils jugeaient leur charge psychologique de travail élevée et qu'ils ne bénéficiaient pas suffisamment d'autonomie pour réaliser les tâches qui leur incombaient.

La figure 6.1 montre, également, que 7 participants avaient une latitude décisionnelle en dessous de la médiane de l'échantillon, c'est-à-dire qu'ils estimaient n'avoir pas suffisamment de marge décisionnelle dans l'accomplissement de leur travail. Dans ce lot de 7 participants, la majorité provenait du groupe des non formés, soit 4 participants contre 3 pour le groupe composé de participants déjà formés. En ce qui concerne les 5 autres participants dont la latitude décisionnelle se situait au-delà de la médiane de l'échantillon, ils se répartissaient comme suit : 3 étaient issus du groupe des participants déjà formés et 2 à celui des participants pas encore formés. Il ressort de ce double constat que, globalement et avant que l'intervention n'ait lieu, les participants déjà formés estimaient avoir plus de latitude décisionnelle par rapport à leurs collègues qui n'étaient pas encore formés. Cela dit, les effectifs étant faibles, nous ne pouvons conclure à des différences significatives à ce chapitre.

Pour la charge de travail, la figure 6.1 révèle un nombre égal de participants situés en deçà et au-delà de la médiane de l'échantillon : 6 de chaque côté. On retrouve de chaque côté un nombre égal de participants déjà formés et pas encore formés, soit 3.

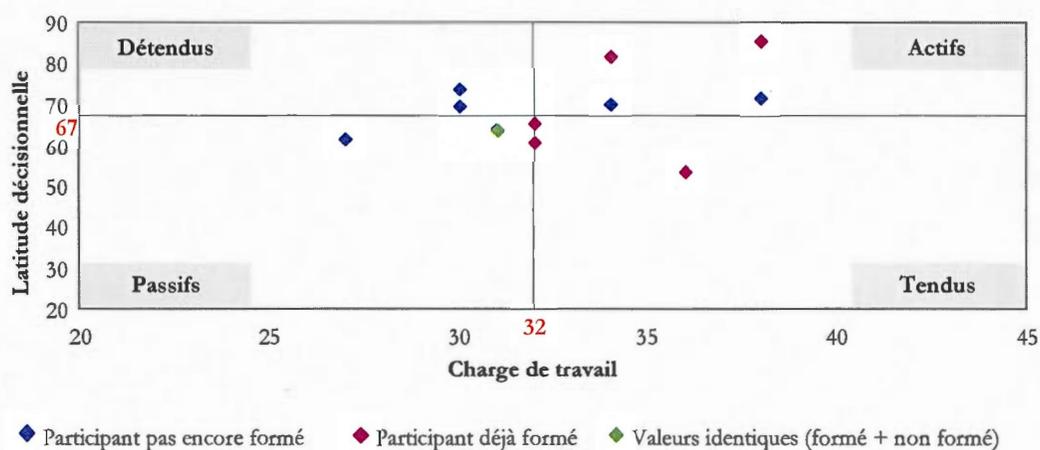
Figure 6.1 Appréciations de la charge de travail et de la latitude décisionnelle pour l'ensemble des participants avant l'intervention (n = 12)



Les résultats des mesures effectuées 3 mois après l'intervention montrent qu'un seul participant restait dans le cadran des « Tendus » (figure 6.2). Il appartenait au groupe des participants déjà formés. Par conséquent, le nombre de « tendus » est passé, entre l'avant et l'après intervention, de 3 à 1. Cette réduction provenait du fait que les 2 participants du groupe des non formés qui étaient dans le cadran des « Tendus » avant l'intervention s'en étaient sortis après leur participation à la session de formation interne sur le PDSB. Une chose importante à souligner : 2 autres travailleurs du groupe des participants déjà formés se situaient sur la ligne de la médiane de l'échantillon relative à la charge de travail et en dessous de celle concernant la latitude décisionnelle. Cela signifie qu'ils se considéraient très proches du cadre des « Tendus », c'est-à-dire celui du *job strain* et qu'il aurait suffi de très peu pour qu'ils y soient.

Concernant la latitude décisionnelle, la figure 6.2 révèle que les 12 participants sont répartis, de façon égale, au-dessous et en dessous de la médiane de l'échantillon, soit 6 de chaque côté. Pour ce qui est de la charge de travail, il y a, également, le même nombre de participants de part et d'autre de la médiane de l'échantillon.

Figure 6.2 Appréciations de la charge de travail et de la latitude décisionnelle pour l'ensemble des participants après l'intervention (n = 12)



De façon comparative, les deux figures (6.1 et 6.2) montrent, globalement, que le nombre de participants positionnés dans le cadran des « Actifs » est passé de 3 avant l'intervention à 4 après celle-ci. Ces participants estimaient, ainsi, disposer d'une grande autonomie malgré leur charge psychologique de travail élevée :

« (...) je peux avoir une marge de liberté pour réaliser le travail demandé » (Participant 4, avant intervention)

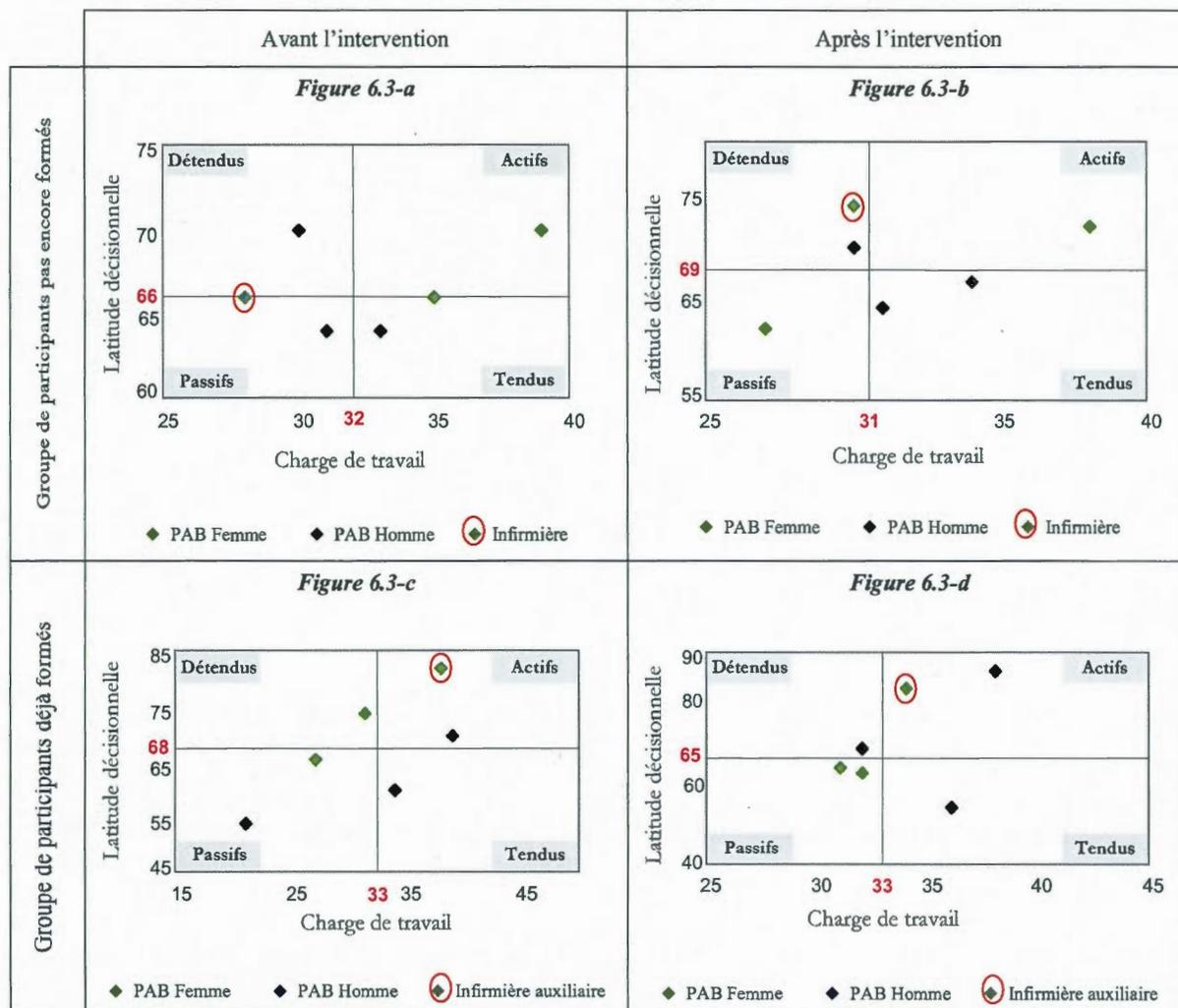
« (...) je peux prendre certaines décisions dans le cadre de mon travail surtout lorsqu'il s'agit de croître la sécurité des patients » (Participant 9, après intervention).

Le nombre de participants situés dans le cadran des « Détendus » était resté le même avant et après l'intervention. Les participants situés dans le cadran

« Détendus » sont des travailleurs qui estiment bénéficier d'une grande autonomie décisionnelle couplée à une faible charge psychologique de travail. Quant aux participants situés dans le cadran des « Passifs », c'est-à-dire les travailleurs qui jugent avoir une faible charge psychologique de travail et peu de marge décisionnelle, on constate qu'ils étaient passés de 4, avant l'intervention, à 3 après celle-ci.

Une présentation détaillée des résultats, selon le genre (femmes *Vs* hommes), la classification professionnelle (PAB *Vs* infirmière ou infirmière auxiliaire) et le groupe (pas encore formés *Vs* déjà formés) permettent de mieux apprécier les évolutions et variations constatées (figure 6.3).

Figure 6.3 Appréciations de la charge de travail et de la latitude décisionnelle selon le genre et les groupes avant et après intervention



Nous constatons, à travers la figure 6.3, que les 2 participants qui relevaient de la catégorie professionnelle infirmière ou infirmière auxiliaire estimaient avoir une plus grande marge décisionnelle que leurs collègues PAB comme elles l'affirmaient elles-mêmes :

« (...) le transfert des patients n'occupe qu'une faible place dans mes tâches ».

« Je n'ai pas une charge psychologique élevée, car je ne fais qu'aider le PAB à réaliser leurs tâches et ceci de façon ponctuelle (...) je peux influencer voire décider comment faire les choses ».

Elles ne font des tâches de transfert de patients que de façon ponctuelle en aide aux PAB qui sont dans leurs équipes respectives.

Nous constatons, également, en comparant les groupes et le genre qu'aucune femme ne figurait dans le cadran des « Tendus » aussi bien avant l'intervention qu'après celle-ci. Donc, aucune des 6 femmes de l'échantillon ne déclarait être confrontée à des situations de trop grande charge de travail avec une faible marge décisionnelle lorsqu'on prend comme référence les médianes de la latitude décisionnelle et de la charge de travail de leurs groupes respectifs. Cette situation est contraire à celle des hommes, car ce sont eux qui se trouvaient dans les cadrans des « Tendus » avant et après intervention. Après vérification, nous découvrons, pour chacun des 2 groupes, que c'est le même participant qui se trouve dans le cadre des « Tendus », c'est-à-dire celui du *job strain* aussi bien avant et après l'intervention. Ces deux participants ont des profils différents : si l'un est relativement ancien aussi bien dans l'emploi que dans l'établissement, l'autre est tout à fait nouveau dans le métier et dans le Centre. Cette constatation est révélatrice de différences individuelles chez les PAB quant à l'adéquation de leurs capacités par rapport aux exigences du poste.

Enfin, un examen des figures 6.3a, 6.3b, 6.3c et 6.3d permet de remarquer, globalement, que l'on compte le même nombre de participants de part et d'autre des médianes relatives à la latitude décisionnelle et à la charge de travail. Cela montre le caractère équilibré des appréciations faites relativement à la latitude décisionnelle et à la charge de travail.

6.2.3.1 Latitude décisionnelle

Rappelons que la latitude décisionnelle englobe 3 dimensions :

- le pouvoir décisionnel, c'est-à-dire la possibilité de choisir sa façon de travailler et d'être associé aux décisions qui s'y rattachent.
- l'utilisation des compétences, laquelle renvoie à la possibilité de mettre en œuvre les compétences acquises ;
- le développement des compétences, qui signifie avoir les opportunités d'en développer de nouvelles dans le cadre du travail.

Les médianes relatives à ces trois dimensions sont fournies, selon le genre, par le tableau 6.23.

Tableau 6.23 Scores médians relatifs aux appréciations de la latitude décisionnelle par l'ensemble des participants selon le genre, avant et après l'intervention (n = 12)

	Avant intervention				Après intervention			
	<i>Utilisation des compétences</i>	<i>Développement des compétences</i>	<i>Pouvoir décisionnel</i>	<i>Latitude décisionnelle</i>	<i>Utilisation des compétences</i>	<i>Développement des compétences</i>	<i>Pouvoir décisionnel</i>	<i>Latitude décisionnelle</i>
Hommes	33	8	32	64	33	8	28	65
Femmes	36	8	34	68	33	8	32	68
Ensemble	34	8	32	66	34	8	32	67

Les résultats du JCQ relatifs à la latitude décisionnelle (tableau 6.23) montrent :

- au niveau du pouvoir décisionnel, le score médian des femmes est supérieur (avant intervention) ou égal (après intervention) à la médiane de l'échantillon. Cela voudrait dire que les femmes jugeaient avoir plus de possibilités de choix dans leurs façons de travailler et qu'elles estimaient être plus associées aux décisions liées à leurs tâches, comparativement aux hommes. Une baisse des scores médians était notée entre les deux phases,

avant et après intervention, chez les hommes (de 32 à 28) et chez les femmes (34 à 32) ;

- en ce qui concerne l'utilisation des compétences, les femmes et les hommes s'accordaient, à peu près au même niveau, sur la possibilité qu'ils avaient de mettre en œuvre les compétences qu'ils avaient acquises notamment celles relatives aux principes PDSB ;
- pour ce qui est du développement des compétences, la médiane de l'échantillon, qui se situe à 8, indique que la moitié des participants trouvaient faibles les opportunités offertes quant au développement de nouvelles compétences dans le cadre du travail.

Les résultats des entretiens relatifs à la latitude décisionnelle montraient que, globalement, les participants estimaient, à la quasi-unanimité, avoir la possibilité de décider comment faire le travail, quels stratégie et principes mettre en œuvre pour effectuer le travail de façon à ne pas se blesser ni mettre la sécurité des patients en jeu. Ils étaient 10 sur 12 à faire cette assertion lors des entretiens d'avant intervention et 11 sur 12 au après celle-ci (tableau 6.24).

Tableau 6.24 Appréciations de la latitude décisionnelle (n = 12)

CATÉGORIES	CRITÈRES	NOMBRE D'OCCURRENCES					
		Avant intervention			Après intervention		
		<i>Participants pas encore formés</i>	<i>Participants déjà formés</i>	Total	<i>Participants pas encore formés</i>	<i>Participants déjà formés</i>	Total
Utilisation des compétences	Répétitivité du travail	5	5	10	5	4	9
	Haute qualification requise	1	2	3	0	1	1
	Variété dans les tâches	3	3	6	1	1	2
Développement des compétences	Apprendre de nouvelles choses	5	5	10	3	4	7
	Créativité	5	3	8	3	2	5
	Opportunité de développer ses compétences	3	5	8	5	6	11
Pouvoir décisionnel	Prise de décision	1	0	1	1	0	1
	Choix du comment faire	4	6	10	5	6	11
	Influence sur mon travail	1	0	1	0	0	0

Toutefois, il convient de préciser que cette autonomie décisionnelle se limite seulement à la manière de réaliser les tâches de façon sécuritaire, c'est-à-dire comment exécuter une manœuvre. Cette autonomie décisionnelle est différente de la capacité d'influencer le travail et de la possibilité d'être associé à la prise de décision. Comme le montre le tableau 6.24, seul 1 participant sur 12 déclare avoir la capacité de prendre des décisions et d'avoir une influence sur son travail. Il s'agit, en fait, d'une infirmière et cela est tout à fait compréhensible au regard de son niveau de responsabilités. Tous les autres participants soulignaient qu'ils ne disposaient d'aucune influence sur leur travail et se sentaient incapables d'influencer les décisions :

« Je n'ai pas d'influence sur la façon dont les choses se passent dans mon travail » (Participant 4, avant intervention).

« Je me réfère à mes supérieurs, seulement, dans les cas importants » (Participant 9, avant intervention).

« Je ne peux pas prendre de décision dans mon travail ni la possibilité d'influencer le cours des évènements. Je demande toujours à mon superviseur avant de faire certaines actions, surtout lorsqu'il s'agit de patients spéciaux » (Participant 7, avant intervention).

« Je n'ai aucune marge décisionnelle » (Participant 7, après intervention).

L'ensemble des participants PAB s'accordaient sur le fait qu'ils exerçaient des tâches répétitives : 10 avant formation et 9 après formation (tableau 6.24). Leurs propos suivants le prouvent :

« Je travaille toujours de la même manière » (Participant 1, avant intervention).

« (...) mes tâches demeurent les mêmes (...) » (Participant 2, avant intervention).

« Je fais toujours les mêmes tâches » (Participant 2, après intervention).

« (...) les tâches sont répétitives (...) » (Participant 3, avant intervention).

« Les tâches que j'accomplis sont répétitives » (Participant 5, avant intervention).

« Il n'y a aucun changement dans les tâches que je fais tous les jours » (Participant 6, après intervention).

« Les principes de transfert des patients demeurent les mêmes et donc on fait toujours la même chose lorsqu'il s'agit d'exécuter des manœuvres » (Participant 12, après intervention).

À la question de savoir si l'utilisation des principes du PDSB requiert un haut niveau de qualification, les réponses reçues étaient contrastées. Pour 3 participants, avant l'intervention, et 1 après celle-ci, soit au total 4 sur 12 participants, il fallait un niveau de compétences élevé pour exécuter les manœuvres de transfert :

« Le travail que j'effectue demande un certain niveau de compétences surtout lorsqu'il s'agit de patients difficiles » (Participant 5, avant intervention).

« Le travail que je fais ne requiert pas de compétences élevées, mais demande beaucoup de capacités d'adaptation face aux changements nés des comportements et/ou demandes imprévisibles des patients » (Participant 8, avant intervention).

Pour la majorité des participants, on n'a pas besoin de compétences élevées pour exécuter convenablement les tâches de transfert de patients :

« Oui, il faut des compétences pour faire le job, mais tant aussi élevées que ça » (Participant 10 avant intervention).

« Pas nécessaire d'avoir de compétences élevées pour faire les tâches. Il suffit d'en faire 1 ou 2 fois et on se familiarise avec la façon de les faire » (Participant 11 avant intervention).

Même s'ils font des tâches répétitives, les participants qui sont des PAB reconnaissent, presque tous, que les différences entre les patients offrent des

opportunités de sortir de la routine et de varier un peu leurs façons de faire. Ainsi selon un participant

« (...) chaque patient nécessite une approche qui tient compte de sa personnalité » (Participant 3, après intervention).

On retient de ces résultats concernant l'utilisation des principes PDSB que les participants PAB estimaient avoir des tâches répétitives qui ne nécessitaient pas de hautes qualifications et dont la seule variété résidait dans les différences entre les patients, lesquelles rendaient nécessaires des approches d'intervention qui en tenaient compte.

Les participants étaient nombreux à affirmer qu'ils apprenaient de nouvelles choses dans le cadre de leur travail (10 sur 12 avant l'intervention contre 7 sur 12 après celle-ci), à certaines occasions ils devaient se montrer créatifs (8 sur 12 avant intervention contre 5 sur 12 après celle-ci) et qu'au bout du compte ils parvenaient à trouver des opportunités de développer leurs compétences (8 sur 12 avant intervention contre 11 sur 12 après celle-ci). En effet, cela peut paraître surprenant, mais ils parvenaient à justifier leurs appréciations.

C'est ainsi qu'à force de faire toujours le même travail, ils finissent par découvrir des astuces et des raccourcis pour aller plus vite et sans risquer leur santé ni la sécurité des patients. Cela expliquait pourquoi, en plus des différences entre les patients, ils affirmaient apprendre de nouvelles choses quoique faisant un travail répétitif :

« Je fais toujours les mêmes choses et en utilisant les mêmes techniques. Cette répétitivité a quand même un atout : je découvre des techniques qui me permettent d'aller plus rapidement dans l'exécution de mes tâches » (Participant 9, avant intervention)

Le travail à deux (les collègues) constituait également une source d'apprentissage et de développement des compétences :

« J'apprends de nouvelles chose surtout lorsque je travaille avec une autre collègue. Chacun a sa façon de travailler et ces différences sont enrichissantes » (Participant 10, avant intervention)

Quant à la créativité, elle permettait aux participants de réaliser leurs tâches sans dépenser beaucoup tout en ne compromettant pas la sécurité des patients :

« Il faut être créatif, par exemple, lorsqu'on fait enfiler les habits au patient. Avec un peu d'imagination, on peut le faire sans soulever le buste du patient » (Participant 11 avant intervention).

6.2.3.2 Charge psychologique de travail

Les résultats du JCQ relatifs à la charge psychologique (tableau 6.25) montrent que les scores médians des femmes étaient très légèrement supérieurs (avant intervention) ou égaux (après intervention) à la médiane de l'échantillon. Cela voudrait dire que, contrairement aux appréciations positives qu'elles avaient faites relativement à la latitude décisionnelle, les femmes trouvaient leur charge psychologique de travail relativement élevée. Cela ressortait de façon plus nette lors des mesures faites avant l'intervention.

Tableau 6.25 Scores médians relatifs aux appréciations de la charge psychologique par l'ensemble des participants selon le genre, avant et après l'intervention (n = 12)

	Avant intervention	Après intervention
	<i>Charge psychologique</i>	<i>Charge psychologique</i>
Hommes	32	33
Femmes	34	32
Ensemble	33	32

Les scores médians de la charge psychologique des hommes se trouvaient en deçà de la médiane de l'échantillon lors des mesures avant intervention et au-delà de la médiane de l'échantillon après intervention. En tout état de cause, ces variations ne semblaient pas très significatives puisque tournant toujours autour d'une (1) unité. L'absence de variations importantes ou extrêmes signifie que la charge psychologique de travail était considérée, globalement, comme acceptable. Les résultats obtenus, à ce propos, lors des entretiens (tableau 6.26) confortaient cela. En effet, les participants ne trouvaient pas leur travail lourd en soi du point de vue psychologique. Ils ne considéraient pas, non plus, leur travail comme étant, intrinsèquement, stressant. Pour étayer leurs assertions, ils se fondaient sur le caractère acceptable de la quantité de travail (8 avant intervention contre 7 après celle-ci) ainsi que sur la suffisance du temps de travail alloué, c'est-à-dire la possibilité de terminer le travail dans les délais prescrits (7 avant intervention et après celle-ci).

Tableau 6.26 Appréciations de la charge psychologique de travail (n = 12)

CATÉGORIES	CRITÈRES	NOMBRE D'OCCURRENCES					
		Avant intervention			Après intervention		
		<i>Participants pas encore formés</i>	<i>Participants déjà formés</i>	Total	<i>Participants pas encore formés</i>	<i>Participants déjà formés</i>	Total
Charge psychologique	Rapidité dans le travail	2	1	3	2	1	3
	Travail mental dure	4	2	6	2	1	3
	Quantité de travail acceptable	4	4	8	3	4	7
	Temps suffisant	3	4	7	3	4	7
	Demandes contradictoires	1	2	3	2	1	3
	Concentration requise	0	1	1	0	0	0
	Interruption du travail	0	0	0	0	0	0
	Travail bousculé	0	0	0	0	0	0
	Travail ralenti par les collègues	0	0	0	1	0	1

Plusieurs propos de participants étayaient cette appréciation qui voudrait que la charge psychologique de travail soit considérée comme correcte, voire acceptable :

« Je ne suis pas stressé par le fait de mon travail » (Participant 9, avant intervention).

« Globalement, le travail est correct au plan psychologique » (Participant 3, avant intervention).

« La charge psychologique est correcte » (Participant 4, avant intervention).

« Le travail n'est pas dur mentalement » (Participant 6, avant intervention).

Toutefois, ces appréciations devaient être atténuées, car d'autres participants soutenaient que la nature du travail qu'ils accomplissaient et les relations avec la clientèle que cela impliquait étaient autant d'éléments qui fondaient l'existence de

facteurs de risques psychologiques. En effet, 6 participants avant l'intervention et 3 autres après celle-ci trouvaient que leur travail était mentalement dur (tableau 6.28) :

« Le choix des moyens de faire les tâches implique une bonne analyse de la situation, une réflexion avant d'agir. Cela constitue une source de charge mentale » (Participant 3, après intervention).

« L'enchaînement des tâches laisse peu de répit. Le manque de temps fait partie de notre vécu quotidien. Les choses n'arrêtent pas. Il faut toujours travailler vite et fort » (Participant 1, avant intervention).

La lourdeur de la charge psychologique du travail trouvait ainsi une de ses sources auprès des comportements difficiles des patients :

« Psychologiquement, c'est difficile, parce que les patients sont très dépendants et parlent peu » (Participant 1, après intervention).

« La charge psychologique de mon travail provient essentiellement du comportement de certains patients exigeants et qui demandent toujours plus. La gestion de ces demandes n'est pas toujours facile et peut provoquer, dans certains cas, une source de stress » (Participant 2, après intervention).

« Le travail nécessite de travailler durement au plan mental. Ce sont les réactions des patients, des fois qui sont imprévisibles » (Participant 10, avant intervention).

Elle pouvait, aussi, avoir pour origine les contrôles répétitifs et culpabilisants de la hiérarchie immédiate, lesquels finissaient par installer des comportements stressants :

« C'est un travail stressant. La pression vient (...) et de l'infirmière en chef » (Participant 11, avant intervention).

La rapidité avec laquelle les participants étaient obligés de travailler constituait un autre facteur de charge psychologique de travail comme le confirmaient 3 participants avant formation et après formation :

« Il faut toujours travailler vite et fort » (Participant 1, après intervention).

« (...) il arrive des moments il faut accélérer le rythme pour récupérer le temps perdu auprès de certains patients qui formulent beaucoup de demandes ou leur situation requiert beaucoup d'attention » (Participant 5, avant intervention).

« (...) je suis obligé de travailler très rapidement » (Participant 5, après intervention).

Mais, sans conteste, le facteur que beaucoup de participants considéraient comment étant la source de stress la plus importante, c'était le comportement des membres des familles des patients, lesquels intervenaient ou s'immisçaient dans le déroulement de leurs tâches :

« Les seuls moments où je me sens envahi par le stress, c'est quand les patients sont entourés par quelques membres de leur famille qui sont derrière vous pour scruter le moindre de vos gestes » (Participant 9 avant intervention).

« Les pressions reçues sont le fait principalement des membres des familles » (Participant 11, après intervention).

« *Mon travail comporte une bonne part de charge psychologique du fait du comportement de certains patients et de leur famille* »
(Participant 5, après intervention).

Au total, la majorité des participants affirmait que la charge psychologique de travail était globalement acceptable, même s'il leur arrivait, à certaines occasions d'être confrontés à des situations stressantes, donc d'être exposés à des charges psychologiques élevées. Ces situations trouvaient leurs origines dans de multiples facteurs tels que le comportement des patients, la rapidité dans l'exécution des tâches, les contrôles culpabilisants de la hiérarchie, l'existence d'une composante mentale dans le travail et, surtout, l'immixtion des membres des familles.

6.2.4 Influence de la charge physique de travail sur l'utilisation des principes PDSB

L'appréciation de la charge physique, à travers ses deux composantes que sont la charge physique isométrique et les efforts physiques, effectuée au moyen du JCQ révélait une importance relative des efforts physiques (tableau 6.27).

Tableau 6.27 Scores médians relatifs aux appréciations de la charge physique de travail par l'ensemble des participants selon le genre, avant et après l'intervention (n = 12)

	Avant intervention			Après intervention		
	<i>Effort physique</i>	<i>Charge physique isométrique</i>	<i>Charge physique</i>	<i>Effort physique</i>	<i>Charge physique isométrique</i>	<i>Charge physique</i>
Hommes	8	4	13	9	4	13
Femmes	11	4	15	9	6	13
Ensemble	10	4	15	9	5	13

En ce qui concerne la charge physique de travail, tous les participants la considéraient, généralement élevée avec des scores médians de 15 avant

l'intervention et de 13 après celle-ci sur un total maximal de 20. Le caractère élevé de la charge physique de travail est maintes fois souligné par les participants lors des entretiens :

« Beaucoup d'efforts physiques à faire lorsqu'on occupe de patients qui ne sont pas autonomes » (Participant 1, avant intervention).

« La charge physique reste importante » (Participant 1, après intervention).

« Physiquement, le travail peut se révéler dur des fois surtout lorsqu'on enchaîne deux quarts de travail (à la demande de nos responsables). Lorsqu'on enchaîne 2 quarts de travail, on est fatigué aussi bien pour soi que pour son partenaire » (Participant 2, avant intervention).

« Le travail avec des patients entièrement dépendants est toujours physiquement lourd » (Participant 2, après intervention).

« Le travail n'est pas fatigant du tout en général, mais il peut être pénible des fois » (Participant 4, avant intervention).

« Globalement, la charge physique est correcte. Il arrive, cependant, qu'on soit confronté à la lourdeur de la charge de travail » (Participant 5, après intervention).

Les situations où l'accomplissement d'importants efforts physiques était requis ont été soulignées par 9 participants sur 12 avant l'intervention et 10 participants sur 12 après l'intervention (tableau 6.28) avec un nombre de participants égal dans chacun des deux groupes (pas encore formés et déjà formés).

Tableau 6.28 Appréciations de la charge physique de travail (n = 12)

CATÉGORIES	CRITÈRES	NOMBRE D'OCCURRENCES					
		Avant intervention			Après intervention		
		<i>Participants pas encore formés</i>	<i>Participants déjà formés</i>	Total	<i>Participants pas encore formés</i>	<i>Participants déjà formés</i>	Total
Effort physique	Travail avec beaucoup d'efforts physiques	4	5	9	5	5	10
	Manipulation de charges lourdes	1	0	1	0	0	0
	Efforts physiques rapides et continus	1	2	3	0	1	1
Charge physique isométrique	Corps en postures inconfortables	1	0	1	0	0	0
	Membres supérieurs en postures inconfortables	1	0	1	0	0	0

Les raisons de ces appréciations étaient données par les participants eux-mêmes :

« Beaucoup d'efforts physiques à faire lorsqu'on occupe de patients qui ne sont pas autonomes » (Participant 1, avant intervention).

« Le travail avec des patients entièrement dépendants est toujours physiquement lourd. C'est ainsi qu'il m'arrive de rencontrer des difficultés pour habiller ou pour déshabiller les patients. Le fait que certains patients ont les bras croisés ou les bras statiques amène à dépenser plus d'efforts pour les habiller ou pour les déshabiller » (Participant 2, après intervention).

« Certains patients sont des charges lourdes parce que n'étant pas autonomes et subséquemment, sont toujours rigides » (Participant 9, avant intervention)

« Les patients qui nécessitent plus d'aide impliquent le recours à plus d'efforts physiques pour réaliser les tâches » (Participant 11, avant intervention).

Au-delà des efforts physiques importants à faire, les travailleurs pouvaient être amenés à adopter des postures contraignantes surtout lorsque les patients sont crispés ou inertes, amenant ainsi à adopter des postures difficiles lors des manœuvres pour les bouger ou les changer.

À côté de ceux qui trouvaient la charge physique de travail élevée, d'autres considéraient celle-ci comme étant, globalement, acceptable même s'il y a des périodes de pic où les efforts étaient importants :

« Le travail n'est pas fatigant du tout en général, mais il peut être pénible des fois » (Participant 4, avant intervention).

« Les tâches liées à certains patients peuvent demander beaucoup plus d'efforts que d'habitude, en dehors de ces cas individuels, la charge de travail est correcte » (Participant 5, après intervention).

« La charge physique de travail est généralement acceptable » (Participant 7, avant intervention).

« Je trouve la charge physique de travail au 2e étage lourde. Cependant, si on travaille à 2, cette charge physique de travail devient allégée » (Participant 8, avant intervention).

« Je trouve acceptable la charge de travail » (Participant 10, après intervention).

En somme, tout semble confirmer le caractère plus ou moins élevé de la charge physique de travail. Au-delà des appréciations parfois nuancées, il ressort des différents commentaires recueillis que l'exécution des manœuvres donne lieu, en général, à d'importants efforts.

6.2.5 Conclusion sur les résultats de l'objectif n° 2

Les principaux éléments qui se dégagent des résultats obtenus, relativement à l'objectif n° 2 de notre étude, sont les suivants :

- il y a une diminution du nombre de participants considérés comme « tendus » (*job strain*) entre les mesures faites avant et après l'intervention : de 3 participants sur 12 avant l'intervention, on est passé à 1 participant sur 12 après celle-ci. Il y avait 2 participants du groupe des non formés dans le cadran des « Tendus » avant l'intervention et après celle-ci on n'en comptait aucun. Cela laisserait à penser que la session de formation interne sur le PDSB, du reste très bien appréciée et perçue comme utile par les participants, a produit des effets à travers une meilleure utilisation des principes PDSB ;
- aucune femme ne figure dans le cadran des « Tendus » aussi bien avant l'intervention qu'après celle-ci, c'est-à-dire que les femmes semblaient ne pas être confrontées à des situations de trop grande charge de travail avec une faible marge décisionnelle au contraire des hommes. Cette situation pourrait s'expliquer, grandement, par le fait que les femmes déclaraient disposer de plus de latitude décisionnelle dans la façon d'accomplir leurs tâches ;
- la latitude décisionnelle, même si elle n'offrait pas aux PAB, la possibilité d'influencer le cours de leur travail ni d'être associés aux prises de décisions, leur donnait, tout de même, la capacité de pouvoir choisir la stratégie et les principes à mettre en œuvre pour effectuer le travail de façon sécuritaire. Elle leur offrait, également, la possibilité d'utiliser leurs compétences notamment

celles acquises à travers la formation PDSB, de trouver des opportunités de développer leurs compétences et de se montrer, parfois, créatifs en dépit du fait qu'ils exercent un travail répétitif ;

- la charge psychologique de travail est considérée globalement comme acceptable. Toutefois, certaines situations pouvaient être source de charge psychologique élevée, donc stressante. C'est le cas notamment du comportement des patients, de la rapidité dans l'exécution des tâches, des contrôles culpabilisants de la hiérarchie et surtout de l'immixtion des membres des familles dans le déroulement du travail. Il y a lieu de noter que les femmes trouvaient leur charge psychologique de travail relativement élevée comparativement à leurs collègues hommes ;
- la charge physique de travail est jugée généralement élevée plus particulièrement en l'absence d'autonomie des patients, ce qui rendait le travail pénible en nécessitant l'accomplissement d'importants efforts physiques.

Sur la base de ces résultats, nous avons déduit les hypothèses, ci-après, lesquelles pourraient faire l'objet de recherches complémentaires ultérieurement :

Hypothèse n° 1 : Le personnel soignant dispose d'une plus grande marge décisionnelle dans la réalisation de ses tâches lorsque celles-ci reposent sur une approche par compétences, c'est-à-dire une approche qui vise à le rendre capable de choisir les principes à mettre en œuvre selon le contexte d'intervention.

Hypothèse n° 2 : L'importance de la charge individuelle de travail est négativement associée au partage de certaines tâches notamment celles qui exigent d'être réalisées à deux.

Hypothèse n° 3 : L'absence d'autonomie décisionnelle des travailleurs dans le choix de la stratégie et des attitudes sécuritaires à adopter réduit l'utilisation des compétences acquises par la formation.

Hypothèse n° 4 : L'importance de la charge de travail est négativement associée à l'utilisation des compétences acquises par la formation.

CHAPITRE VII

DISCUSSION

Notre recherche visait un double objectif : d'une part, vérifier si le programme PDSB dispensé au sein d'une organisation produisait un de ses effets intermédiaires attendus à savoir l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés et, d'autre part, expliquer, dans le cadre d'une étude exploratoire, comment les facteurs contextuels, plus particulièrement la latitude décisionnelle et la charge de travail, exerçaient une influence sur la production des effets en particulier l'utilisation des principes enseignés.

Le Centre Gériatrique Maïmonides Donald Berman (CGMDB) a servi de cadre à notre recherche puisqu'il constitue un CHSLD où la formation interne au PDSB est obligatoire et elle donnée sur place par des formateurs accrédités. La population cible était constituée de travailleurs issus des 3 catégories professionnelles qui utilisent le plus les principes PDSB dans l'exercice de leurs tâches quotidiennes à savoir les PAB, les infirmières et les infirmières auxiliaires. Après avoir souligné la contribution de nos résultats à l'avancement des connaissances relatives au PDSB dans les établissements de santé et d'hébergement du Québec (7.1), nous analyserons la portée et les limites méthodologiques de notre recherche (7.2) avant d'effectuer une comparaison de nos résultats avec ceux obtenus par d'autres recherches (7.3).

7.1 CONTRIBUTION DE NOS RÉSULTATS AUX CONNAISSANCES RELATIVES AU PDSB

Rappelons que notre étude est qualitative et visait, par conséquent, à apporter des explications sur différents aspects liés à l'utilisation des principes PDSB et non à quantifier le niveau d'utilisation des principes PDSB. Nous soulignerons la contribution des résultats reliés à chacun des deux principaux objectifs de notre étude dans les sous-sections qui suivent.

7.1.1 Contribution des résultats de l'objectif n° 1 aux connaissances relatives au PDSB

La vérification de l'utilisation des principes PDSB nous a permis d'apporter des éclairages sur quatre éléments importants :

- la mise en évidence de l'existence d'une variation dans l'utilisation des principes PDSB selon la nature de ces derniers ;
- la mise en évidence d'une relation entre l'inutilisation de certains principes PDSB et la taille du Centre d'hébergement ;
- la fourniture d'une explication à la décision de certains centres d'hébergement d'abandonner ou d'alléger l'organisation de sessions internes de formation sur le PDSB ;
- la mise en évidence d'une relation entre l'inutilisation des principes biomécaniques et le niveau d'assistance.

7.1.1.1 La mise en évidence de l'existence d'une variation dans l'utilisation des principes PDSB selon la nature de ces derniers

Une analyse comparative des résultats avant et après la formation PDSB montre qu'on est passé de trois cas d'inutilisation des principes PDSB avant la formation à deux après la formation. Cette évolution, certes positive, n'est pas assez

importante pour en tirer des conclusions nettes quant à l'amélioration du niveau d'utilisation des principes PDSB. Une analyse détaillée des résultats obtenus par catégorie de principes PDSB (principes de préparation, principes biomécaniques et physiologiques ainsi que les principes liés aux séquences de manœuvre) semble faire apparaître, cependant, des effets de la formation PDSB à des intensités différentes.

En effet, au niveau des principes de préparation, nous avons constaté une utilisation régulière et systématique de ces principes lors de la préparation et de la mise en place des équipements nécessaires aux transferts de patients. Les travailleurs observés utilisaient également les principes de préparation lorsqu'il s'agissait de prendre une décision sur le choix de la stratégie de manœuvre la plus sécuritaire à adopter compte tenu du contexte ou lorsqu'il s'agissait de communiquer avec les patients. Toutefois, nous avons constaté une utilisation moins fréquente des principes de préparation lorsqu'il s'agissait de faire une analyse globale de la situation de travail (voir section suivante).

En ce qui concerne les principes biomécaniques et physiologiques, ils représentaient 3 cas d'inutilisation sur 5. La difficulté principale à laquelle étaient confrontés les travailleurs qui n'utilisaient pas les principes biomécaniques et physiologiques concernait l'exécution adéquate des mouvements de transferts de poids avant – arrière. Les mesures effectuées auprès des participants après leur participation à une formation interne sur le PDSB ont permis de constater que ces difficultés ont diminué, mais pas avec une ampleur qui aurait permis d'être catégorique sur l'efficacité de la formation PDSB.

Enfin, pour ce qui est des principes relatifs aux séquences de manœuvre sécuritaire, nos résultats ont permis de constater que l'utilisation des principes se faisait comme prescrit concernant la communication entre le personnel soignant et les patients. Ainsi, tous les participants observés prennent le temps de s'annoncer et de dire pourquoi ils sont là ou, à défaut lorsque les patients sont fortement handicapés

et dépendants, de chercher à croiser leur regard et de les rassurer d'un geste de la main avant de commencer une manœuvre. Lorsqu'il s'agit de la communication entre collègues, alors l'utilisation des principes était peu fréquente : l'empressement de finir une aide donnée à un collègue ou les retards liés à l'arrivée de l'aide sollicitée ont été constatés comme étant parmi les principales raisons qui expliquaient cette situation.

Nous observons, en général, le respect des principes appris. Toutefois, nos résultats ne concordent pas avec ceux de St-Vincent et coll. (1989), qui, après avoir procédé à une évaluation du programme PDSB, avaient abouti à la conclusion suivante : la fréquence d'utilisation des 6 principes de manutention des patients enseignés, pris isolément, était faible et que leur utilisation simultanée n'avait été observée que dans 1 % des cas. L'écart entre nos observations, relativement au même programme, pourrait être lié, principalement, aux différences importantes concernant le temps écoulé entre la diffusion de la formation et la période où les observations avaient eu lieu. En effet, selon St-Vincent et coll. (1989) « *dans l'hôpital visité au moment de l'étude, la majorité des préposés observés (au nombre de 32) avaient suivi la formation 12 à 18 mois auparavant et n'avaient reçu depuis, comme c'est souvent le cas, aucun rappel systématique* ». Dans ces conditions, la faiblesse du niveau d'utilisation des principes appris pourrait s'expliquer à travers les résultats des travaux de Saks (2002), lesquels constatent que les travailleurs font usage de 62 % de ce qu'ils ont appris en formation immédiatement après celle-ci et ce taux d'utilisation des apprentissages sur les lieux de travail tombe à 44 %, six mois après la formation puis chute à 34 % au bout d'une année. Selon ce constat, au fur et à mesure que le temps passe, les travailleurs utilisent de moins en moins les apprentissages reçus. Pour rappel, seuls 3 mois ont séparé la diffusion de la formation PDSB et nos observations. L'écart entre nos observations pourrait être dû, aussi, à d'autres facteurs comme le fait que le programme PDSB ait beaucoup évolué depuis 1989 et qu'il est maintenant intégré dans tous les curricula de formation professionnelle des préposés aux bénéficiaires. Il s'y ajoute que nos observations ont été

effectuées dans une organisation apprenante qui investit beaucoup dans la formation de ses agents. Enfin, le caractère volontaire de notre méthode d'échantillonnage a pu entraîner un biais de sélection : les personnes maîtrisant davantage les principes ont pu être plus enclines à participer à l'étude que celles qui n'observaient pas les principes recommandés par le PDSB.

7.1.1.2 La mise en évidence d'une relation entre l'inutilisation de certains principes PDSB et la taille du Centre d'hébergement

Au niveau des principes de préparation, nous avons constaté que les travailleurs ne les utilisaient pas, de façon systématique et régulière, notamment lorsqu'il s'agissait de recueillir les informations sur le patient, d'évaluer son niveau d'autonomie, de connaître l'environnement dans lequel la tâche sera faite, d'estimer le temps nécessaire pour effectuer la tâche et de prévoir le moment de sa réalisation. Ces opérations sont relatives à l'analyse de la situation globale de travail.

Cette situation s'explique par le fait que chaque travailleur est affecté, de façon plus ou moins permanente (sauf pour ceux d'entre eux qui flottent) à un des 6 étages du Centre et se voit assigné un nombre déterminé de patients. Il doit, en outre, effectuer ses tâches conformément à une feuille de route (*worksheet*) qu'il reçoit, laquelle contient la plupart des informations pertinentes liées aux tâches à exécuter (caractéristiques du patient, déroulement et lieu des tâches à faire, etc.). Cette stabilité dans la gestion des patients semble favoriser l'installation d'une routine qui dispense le travailleur de recueillir et d'analyser certaines informations qu'il connaît déjà et qui changent subitement d'une manœuvre à une autre.

L'élaboration et la remise quotidienne d'une feuille de route (*worksheet*) à chacun des membres du personnel soignant semblent être dictées par la recherche d'une efficacité organisationnelle. En effet, il est possible que l'importance de la taille

du Centre ait rendu nécessaire la rationalisation du travail avec l'élaboration et la mise en place de procédures notamment celles relatives à la gestion des patients : le Centre comptait 372 patients et 687 travailleurs, dont 383 infirmières, infirmières auxiliaires et PAB au 31 mars 2011.

7.1.1.3 La fourniture d'une explication à la décision de certains centres d'hébergement d'abandonner ou d'alléger l'organisation de sessions internes de formation sur le PDSB

Nos résultats trouvent une explication à la décision prise par un nombre croissant de centres d'hébergement de ne plus organiser des sessions internes de formation PDSB ou d'en faire selon une formule allégée étant donné que le personnel soignant disponible sur le marché du travail bénéficie déjà d'une formation PDSB au collège, à l'université ou dans les écoles de formation professionnelle et qu'il est, généralement, jugé opérationnel.

En effet, le nombre limité de cas où les principes PDSB n'ont pas été utilisés avant la formation (3 observations sur 22) donne une idée de la qualité de la formation reçue par les participants observés. En comparaison avec le nombre de cas d'inutilisation des principes PDSB enregistrés après l'intervention (2 cas sur 20 observations), nous nous retrouvons sans grandes différences entre les résultats avant et après intervention. Ils ont attendu, en moyenne, 1,5 an avant de bénéficier d'une formation interne sur le PDSB. Cette durée d'attente pourrait être un indicateur sur la capacité des nouveaux travailleurs à réaliser, globalement, les manœuvres sécuritaires attendues d'eux.

Aujourd'hui, de nombreux centres d'hébergement ont aboli ou allégé leur programme de formation interne au PDSB pour mettre l'accent sur la mise en place d'une ressource interne capable d'accorder du soutien, au besoin, aux travailleurs nécessitant un accompagnement ou un recadrage au plan de l'application des principes PDSB. Avec nos résultats, nous voyons que la base

d'une telle décision n'est pas que financière (souci de réaliser des économies sur le budget de la formation). Elle pourrait être dictée, également, par des raisons d'efficacité.

7.1.1.4 La mise en évidence d'une relation entre l'inutilisation des principes biomécaniques et le niveau d'assistance

Nos résultats indiquent que ce sont les principes biomécaniques et physiologiques qui sont plus susceptibles de faire l'objet d'erreurs, d'oublis ou de manquements lors de leur mise en œuvre : sur 5 cas d'inutilisation des principes PDSB relevés, 3 concernaient directement les principes biomécaniques et physiologiques. En effet, la réalisation de manœuvres d'assistance partielle implique plus d'interactions entre le travailleur et le patient que celles d'assistance totale où le travailleur s'occupe d'un patient presque inerte, donc incapable d'interagir. Lors d'une manœuvre d'assistance partielle, le travailleur « *entre physiquement en action [...] en compensant par son propre équilibre, sa force ou sa coordination, les incapacités du client* » (ASSTSAS, 2010). Cette implication physique du travailleur et ses interactions avec le patient peuvent être la source d'erreurs, d'oublis ou de manquements dans les façons de procéder surtout si l'on tient compte du fait que les patients peuvent, parfois, adopter des comportements peu collaboratifs.

7.1.2 Contribution des résultats de l'objectif n° 2 aux connaissances relatives au PDSB

Nos résultats ont mis en lumière des éléments dont les effets ou les modalités peuvent être contradictoires et qui jusqu'ici n'ont pas été ou peu documentés par des recherches ayant fait l'objet de publications.

Le premier élément est relatif à la coexistence d'une absence de pouvoir d'influence dans son travail, c'est-à-dire la possibilité de prendre des décisions

dans le cadre du travail ou d'être associé aux prises de décision et la capacité de choisir la stratégie et les principes à mettre en œuvre pour exécuter les tâches de façon sécuritaire. En effet, il peut paraître étonnant, voire contradictoire, à première vue, qu'un travailleur puisse avoir la possibilité de choisir comment exécuter ses manœuvres tout en n'ayant aucun pouvoir pour influencer sur le cours de son travail.

Le second élément indique que les PAB, quoique réalisant des tâches répétitives, apprennent de nouvelles choses dans le cadre de leur travail et parviennent ultimement à trouver des opportunités de développer leurs compétences grâce :

- à la répétitivité : elle constitue une source de découverte d'astuces et de raccourcis pour aller plus vite et sans risquer leur santé ni la sécurité des patients ;
- aux différences entre patients : les spécificités propres à chaque patient rendent nécessaires des approches d'intervention adaptées, donc à des ajustements ;
- aux collègues : le travail à deux constitue une source d'apprentissage et de développement des compétences.

Le troisième élément est relatif à l'existence de contraintes psychologiques, lesquelles peuvent être génératrices de situations de stress dont les causes ne sont pas liées à la nature des manœuvres, mais plutôt à trois raisons :

- l'immixtion des membres des familles des patients lors de l'exécution des tâches de transfert ;
- les contrôles répétitifs et culpabilisants de membres de la hiérarchie immédiate ;
- la rapidité avec laquelle les tâches doivent être exécutées pour être dans les temps.

Le quatrième élément est relatif à l'existence de dysfonctionnements dans la mise en place des aides sollicitées auprès des collègues pour l'exécution de manœuvres à deux ou carrément l'absence d'aide en dépit de règles organisationnelles formalisées notamment le « *work sheet* » remis à chaque travailleur au début de son quart de travail.

Le cinquième élément est la confirmation de l'existence de périodes de pic, de manœuvres qui exigent des efforts physiques importants ou l'adoption de postures contraignantes surtout lorsque les patients sont crispés ou inertes. Le fait que certains patients ont les bras croisés ou les bras statiques amène à dépenser plus d'efforts pour les habiller ou pour les déshabiller. Cela a amené à considérer la charge physique de travail comme étant généralement élevée.

Enfin, nos résultats laissent suggérer qu'un lien existerait entre l'importance des équipements et outils d'aide au transfert des patients disponibles au sein du Centre et la faiblesse du nombre et de la gravité des lésions avec arrêt de travail (avec perte de temps) affectant le personnel soignant. En effet, le Centre comptait, dans son parc d'équipements et d'outils d'aide à la manutention des patients, 325 lève-personnes sur rail, au moins 10 lève-personnes mobiles, 14 civières-douches, 11 pèse-personnes et autant de fauteuils roulants ou gériatriques que de patients et n'a enregistré, en 2007-2008 ainsi 2008-2009, que 14 accidents impliquant des journées d'arrêt du travail.

7.2 PORTÉE ET LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DE NOTRE RECHERCHE

Pour chacun de nos deux objectifs, nous avons adopté un devis de recherche distinct et approprié. C'est ainsi que pour le premier objectif, nous avons fait appel à un devis pré-test post-test afin de tenter de vérifier si l'intervention, en l'occurrence la formation PDSB, avait produit des effets intermédiaires attendus et, advenant ce cas, nous assurer que les effets observés résultaient uniquement de

cette intervention. En ce qui concerne le second objectif, nous avons réalisé une étude exploratoire en vue de cerner les mécanismes par lesquels s'opérait l'influence de la charge de travail et de la latitude décisionnelle sur la production des effets, particulièrement sur l'utilisation des principes PDSB. Pour ce faire, nous avons fait appel à des études de cas en profondeur. Nous allons analyser la portée et les limites méthodologiques liées, successivement, au premier objectif (7.2.1) puis au second objectif (7.2.2).

7.2.1 Portée et limites méthodologiques liées à l'objectif n° 1

Nous avons utilisé un devis quasi expérimental pré-test post-test pour faire une évaluation comparative entre deux situations : celle qui prévalait avant la diffusion de la formation interne sur le PDSB et celle survenue, au moins 3 mois, après le déroulement de cette même formation.

Pour éviter un biais administratif pouvant mener à une erreur de type III lors de l'analyse des effets (référence) nous avons procédé à une comparaison entre la formation PDSB prescrite par l'ASSTSAS et celle réellement diffusée par le Centre. Ce type de biais est régulièrement rencontré dans des publications scientifiques rapportant des recherches évaluatives de type analyse des effets : on omet de vérifier l'intégrité du degré de mise en œuvre du programme avant de procéder à l'analyse des effets (Scheirer, 1987 ; Berthelette et coll., 2006). Nous avons vérifié l'intégrité du PDSB dispensé au Centre, à l'aide de quatre (4) critères : le format de diffusion, le contenu notionnel, l'organisation matérielle de la session de formation et les méthodes pédagogiques utilisées.

Pour ce qui est de la comparaison faite à l'aide du critère relatif au format de diffusion, il convient de souligner que les durées de diffusion des contenus en salle prévue et réalisée sont parfaitement identiques : 13 heures et 30 minutes. Pour le suivi en situation réelle de travail, l'ASSTSAS prescrit 15 à 20 minutes par travailleur formé et le Centre prévoit consacrer 2 heures et 30 minutes à cela,

ce qui revient à la même chose à raison de 8 à 10 participants par session de formation. En ce qui concerne le format de diffusion proprement dit, l'ASSTSAS laisse le choix aux organisations face à plusieurs possibilités notamment celles de tenir des rencontres d'une demi-journée combinées avec des journées complètes ou des rencontres de courte durée (90 minutes) étalées sur plusieurs semaines. Le Centre, pour sa part, a choisi d'organiser ses formations PDSB sous le format de 2 jours consécutifs. Un tel format, s'il ne contrevient pas fondamentalement au programme PDSB, n'est pas recommandé par l'ASSTSAS étant donné qu'il est suggéré, idéalement, d'espacer les rencontres de formation de quelques jours dans le but « *de favoriser l'intégration et un transfert progressif* » des apprentissages (ASSTSAS, 2010).

Le deuxième critère utilisé pour comparer ce qui est prescrit par l'ASSTSAS et ce qui a été effectivement réalisé par le Centre est celui relatif au contenu notionnel. Ce dernier proposé par l'ASSTSAS pour une diffusion en contexte d'hébergement s'organise autour de 8 axes thématiques : introduction, approche globale de la situation de travail, les niveaux d'assistance, l'assistance partielle, les autres applications de l'assistance partielle, l'assistance totale et le processus de résolution de problèmes (ASSTSAS, 2010). Celui déroulé par la formatrice du Centre était articulé autour de 11 thématiques qui recoupaient entièrement le programme standard de l'ASSTSAS. La différence dans le découpage des thèmes est parfaitement conforme à l'esprit du programme PDSB (un programme qui se voudrait adaptable), car pour faciliter la participation des travailleurs et l'intégration des enseignements, il est possible, pour chaque organisation, de « *proposer des activités et des exercices pratiques qui sont significatifs et qui tiennent compte des particularités de leurs tâches.* » (ASSTSAS, 2010).

Le troisième critère de comparaison utilisé concerne les prescriptions de l'ASSTSAS (2010) relatives à l'organisation matérielle d'une session PDSB (chevalet de feuilles volantes, lit électrique avec une literie complète, un lève-personne mobile, fauteuil roulant, civière-douche, etc.) et les caractéristiques de la

salle ainsi que les équipements utilisés lors de la formation. Nous avons pu constater que la configuration de la salle ainsi que le matériel pédagogique utilisé correspondaient, dans une large mesure, aux prescriptions de l'ASSTSAS. En effet, la seule différence notable entre ce qui est prescrit par l'ASSTSAS et ce qui a été effectivement fait au plan des équipements reste le non recours, par la formatrice, à un matériel de projection avec écran (ordinateur et canon ou projecteur à acétates). Même si cela aurait pu faciliter l'apprentissage des participants (on maîtrise mieux ce que l'on voit et entend à la fois), l'absence d'acétates et d'un matériel de projection n'affecte pas fondamentalement l'organisation matérielle de la formation.

Enfin, le quatrième critère utilisé était relatif aux méthodes pédagogiques utilisées. L'ASSTSAS préconise des méthodes basées sur une approche participative avec une alternance des aspects théoriques et pratiques. Elle a ainsi défini 5 rôles attendus d'un formateur PDSB (ASSTSAS, 2010) : maître de jeu (maîtrise des règles du déroulement de la formation), de communicateur (livraison de messages), d'animateur (susciter et assurer les discussions), de démonstrateur (montrer par la pratique) et d'entraîneur (aide à l'application des principes). Nos observations nous ont permis de constater que, pour les besoins de son animation, la formatrice accréditée du Centre jouait, selon les thèmes abordés et les objectifs pédagogiques visés, alternativement chacun de ses rôles.

Au total, nos observations nous ont permis de vérifier que le PDSB était diffusé, globalement, de façon intègre même si nous avons décelé quelques variantes propres au Centre et lesquelles ne remettent pas en cause la substance du programme.

Nous avons prévu faire appel à un devis pré-test post-test avec groupe non témoin équivalent. Malheureusement, le faible nombre d'individus non formés par le Centre a rendu impossible le recours à un tel devis. Le devis que nous avons choisi était le meilleur dans les circonstances.

Cela dit, notre recherche comporte des limites. D'une part, en raison du devis utilisé, la validité interne des inférences peut-être altérée par des biais liés à l'histoire, à la maturation, à l'accoutumance au test, aux interactions entre la sélection et la maturation ainsi qu'à la mesure des effets. Pour les maîtriser, nous avons mis en place un certain nombre de mesures. Nous avons tenté de contrôler le biais lié à l'histoire et à la maturation, en réduisant au minimum le temps écoulé entre l'intervention (formation PDSB) et les mesures après intervention : ces dernières ont été réalisées trois mois après l'intervention. Il convient de noter que, dans la littérature, il n'existe aucun consensus sur le délai à respecter avant de mesurer l'utilisation des apprentissages reçus dans le cadre d'une formation. D'après Meignant (1993), l'évaluation peut survenir quelques semaines à 6 mois après la formation.

Un autre biais a pu affecter la validité interne de nos inférences. C'est le fait, pour les participants ayant participé à notre recherche, d'avoir effectué une formation PDSB au cours de leur formation collégiale, universitaire ou professionnelle avant leur embauche par le Centre. Nous n'avons pu éviter la présence de ce biais étant donné la généralisation et l'extension du programme PDSB à tous les *curricula* de formation du personnel soignant du Québec. La généralisation de la formation PDSB à ces différents ordres d'enseignement a pour effet de réduire, voire supprimer, toute différence marquante entre les participants relativement à la connaissance des principes du PDSB. Cette généralisation fait en sorte qu'ils sont tous, sensiblement, au même pied d'égalité au plan des connaissances. Il est probable que le peu d'écart observé entre les résultats avant et après intervention soit lié à la présence de cette formation, car les compétences mesurées dans le cadre de notre étude réfèrent à des apprentissages trop précis pour qu'ils soient acquis autrement que par une formation, qu'elle soit formelle ou sur le tas. Cela dit, aucune étude à ce jour n'avait permis de vérifier si la formation PDSB dispensée avant l'embauche du personnel soignant par des établissements d'enseignement était de nature à répondre aux besoins des centres de santé et

d'hébergement au point que certaines de ces organisations aient décidé de se passer de l'organisation de sessions de formation interne à l'intention des nouvelles recrues. Notre étude a donc permis de mettre en évidence l'importance de la formation PDSB reçue par les nouvelles recrues lors de leur formation collégiale, universitaire ou professionnelle.

Nos observations ont été réalisées à l'aide d'une grille élaborée à cet effet. La grille a été construite en fonction de l'analyse de l'ordre stratégique des manœuvres de déplacement sécuritaire des patients : analyse globale de la situation de travail, la supervision, l'assistance partielle et l'assistance totale (avec équipements et sans équipements). Toutes les principes du PDSB sont transcrits en actes objectivables, c'est-à-dire en comportements observables. Pour maîtriser d'éventuels effets liés aux biais de mesure des effets, nous avons veillé à ce que les instruments de mesure avant et après l'intervention soient les mêmes et que ce soit la même personne qui ait effectué toutes les mesures. De plus, il y a lieu de rappeler que les observations sur le terrain que nous avons réalisées renforcent la validité de nos données puisque dans la plupart des études similaires à la nôtre, les chercheurs ont eu recours à l'utilisation de questionnaires auto-rapportés pour analyser les comportements. Le recours à de tels questionnaires peut être une source de biais de rappel ou de désirabilité sociale. Toutefois, il convient de rappeler que le principal biais lié aux observations directes est celui de la modification des comportements induite par la présence d'un observateur : les participants qui se savent observés ont tendance à modifier leurs façons habituelles de procéder en essayant de se conformer, au mieux, aux procédures prescrites. En effet, la présence d'un observateur peut être perçue, par certains travailleurs, comme une manière de les évaluer indirectement quant à leurs capacités d'effectuer correctement les manœuvres (Gauthier et Mongrain, 2004). Nous avons tenté de maîtriser ce biais en rappelant aux participants observés, à toutes les occasions, l'absence de liens, aussi bien fonctionnels que hiérarchiques entre nous et la Direction du Centre ainsi qu'en insistant sur le caractère

confidentiel des données recueillies conformément aux engagements souscrits au moment de leur acceptation à participer à l'étude.

En ce qui concerne la validité externe, c'est-à-dire la capacité de généraliser à d'autres situations les résultats obtenus, la faiblesse du nombre de participants recommande la prudence. En effet, le Centre qui a accueilli notre recherche se caractérise par sa grande taille, l'implantation de procédures de travail formelles, la mise en place d'un important parc d'équipements d'aide à la manutention et l'existence d'un environnement propice à l'apprentissage organisationnel (le Centre est affilié à l'université McGill). Tout cela constitue autant de spécificités qui rendent difficile toute généralisation de nos résultats à tous les centres d'hébergement. Cependant, tout porte à croire que nos résultats relatifs aux effets de la formation PDSB reçus par les travailleurs au niveau collégial, universitaire ou professionnel, antérieurement à leur embauche, pourraient être étendus à tout centre d'hébergement quelles que soient sa taille ou ses spécificités. Enfin, un autre biais pourrait influencer la validité externe : l'interaction entre la sélection des participants et notre intervention étant donné que la sélection des participants à notre recherche était faite sur la base du volontariat. Cela pourrait réduire la portée de la généralisation de nos résultats.

7.2.2 Portée et limites méthodologiques liées à l'objectif n° 2

Tout d'abord, il convient de souligner que les résultats du sondage de *Accreditation Canada* (un organisme certificateur sans but lucratif et indépendant), effectué auprès de 259 travailleurs du Centre en 2009, indiquaient que la charge de travail, jugée plus ou moins lourde, et le manque d'autonomie décisionnelle arrivaient en tête des facteurs contextuels dont les travailleurs n'étaient pas satisfaits avec, respectivement, 21% et 16% d'insatisfaits. Cela vient confirmer la justesse et le choix de nos variables contextuelles (latitude décisionnelle et charge de travail) pour la phase exploratoire de notre étude. En effet, selon Shields et Wilkins (2006), les problèmes de santé du personnel

soignant sont causés, en partie, ou aggravés par des facteurs organisationnels notamment par le manque d'autonomie et la charge de travail excessive, lesquels provoquent des tensions et des contraintes élevées au travail : exigences de travail élevées, pouvoir décisionnel limité et peu d'opportunités d'utilisation des compétences.

Au plan méthodologique, nous avons choisi l'étude de cas multiples comme devis de recherche. Plusieurs raisons justifient le recours à une étude de cas pour répondre à notre second objectif de recherche notamment son caractère adapté à notre approche holiste qui visait à comprendre, à décrire et à expliquer les phénomènes, les comportements et les interactions liés à l'utilisation des principes PDSB par du personnel soignant.

La première catégorie de limites qui se rattache à ce choix est relative à l'absence d'une sélection aléatoire des participants. Celle-ci a été faite sur la base d'un volontariat, donc toutes les données mesurées l'ont été sur des personnes dont nous ne pouvions planifier, *a priori*, leur participation.

La deuxième catégorie de limites méthodologiques concerne les caractéristiques des sujets. En effet, même si tous les sujets du groupe expérimental n'avaient pas encore suivi de formation interne sur le PDSB depuis leur embauche par le Centre, ils ont tous été en contact avec ce programme au cours de leur formation professionnelle étant donné sa généralisation et son extension à tous les *curricula* de formation du personnel soignant du Québec.

Quant à la validité du JCQ de Karasek que nous avons utilisé, c'est-à-dire sa capacité à mesurer réellement les principales variables de notre étude, elle a été faite au plan international dans les trois aspects que recouvre une validité de mesure : la validité de contenu (prise en compte de toutes les dimensions des variables à mesurer), la validité de critère (possibilité de déceler des variations) et la validité de construit (mesurer ce que l'on est censé mesurer). En effet, au

Québec, deux études (Brisson et coll., 1998 ; Larocque et coll., 1998) ont permis de valider les qualités psychométriques de la version française du JCQ dans ses 2 dimensions originelles (demande psychologique associée à la charge de travail, la latitude décisionnelle), soit 18 items, auprès, respectivement, d'un échantillon de 8263 cols blancs et 1110 personnes actives. Ce même exercice de validation a été repris, avec succès, en France auprès d'un échantillon de 25 380 travailleurs par Niedhammer et coll. (2006), mais en utilisant, cette fois-ci, la version française du questionnaire de Karasek avec ses 3 dimensions que sont la demande psychologique associée à la charge de travail, la latitude décisionnelle et le soutien social, soit 26 items.

Deux insuffisances relatives à la validité externe de la méthode de l'étude de cas sont fréquemment relevées dans les publications scientifiques : la difficulté de reproduire les mêmes résultats obtenus et celle de les généraliser. Les possibilités limitées de généralisation des résultats des études de cas devraient être relativisées selon Yin (1990). En effet, lorsqu'on parle de possibilité de généralisation des résultats des études de cas, il faudrait plutôt faire référence, selon cet auteur, à une généralisation analytique et non à une généralisation statistique : les résultats d'une étude de cas sont « *généralisables à des propositions théoriques et non des populations et à des univers autres que celui du cas* » (Yin, 1990). Enfin, la similarité de la nature, de l'objet ou des missions des organisations serait aussi de nature à favoriser la généralisation des résultats d'une étude de cas, car « *tout phénomène observé dans une organisation a vocation à se produire dans les autres organisations* » (Romelaer, 1994).

7.3 COMPARAISON DE NOS RÉSULTATS AVEC CEUX D'AUTRES RECHERCHES

La vérification de l'utilisation des principes PDSB sur le lieu de travail après une formation s'est faite avec beaucoup d'originalité : nous avons combiné une démarche de recherche évaluative à une approche ergonomique pour effectuer

des observations sur le terrain. À notre connaissance, c'est une première, car toutes les études faites sur le PDSB et qui ont donné lieu à l'observation des manœuvres sur le lieu de travail se sont faites sous l'empire des approches et démarches ergonomiques. La réalisation d'une recherche exploratoire pour cerner les mécanismes d'influence des variables contextuelles nous a conduits à utiliser des instruments validés au plan international et qui ont fini de faire leur preuve d'efficacité. Pour chacun de nos deux objectifs, nous rappelons les résultats auxquels notre recherche est parvenue avant de les comparer aux résultats d'autres études. Nous ferons cet exercice pour l'objectif n° 1 (7.3.1) puis pour l'objectif n° 2 (7.3.2).

7.3.1 Rappel des résultats liés à l'objectif n° 1 et leur comparaison avec d'autres résultats

La comparaison des résultats que nous avons obtenus avec ceux d'autres études publiées montre que les principes appris lors de la session de formation interne sur le PDSB sont effectivement utilisés dans une large mesure. Nos résultats rejoignent ceux d'autres études qui ont fait état de la production d'effets intermédiaires positifs. L'évaluation d'un programme de formation similaire au PDSB dans le contenu de ses principes biomécaniques (genoux fléchis, utilisation d'une rallonge, roulement, glissement, pivot, rapprochement de la charge et contre balancement de la charge) avait conduit Best (1997) à constater que près de 4% des infirmières affirmaient que les techniques apprises leur avait facilité les transferts de patients. Lynch et Freund (2000) avaient conclu à un accroissement des connaissances des travailleurs formés ainsi qu'à leur application effective au terme d'une évaluation d'un programme de formation qui avait des similitudes avec le PDSB. Les programmes évalués par Fanello et coll. (2002) et Johnson et coll. (2002) enseignaient les mêmes principes que ceux relatés par Best (1997) et étaient parvenus aux mêmes résultats. C'est dans ce registre que s'inscrivent les résultats de Cremilde et Neusa (2004) suite à une évaluation d'un programme de formation dont le contenu était axé sur les enseignements relatifs à l'évaluation du

patient, à celle des équipements et de l'environnement de travail ainsi que les résultats de l'étude de Massy-Westropp et Rose (2004).

L'utilisation des principes PDSB appris est favorisée, entre autres, par le fait que le programme PDSB est diffusé sur les lieux de travail, donc dans des conditions matérielles qui renvoient directement aux situations de travail quotidiennes des travailleurs formés. En effet, l'objectif de développement des capacités d'analyse des situations de travail et celles de choisir la stratégie de transfert la plus sécuritaire en contexte réel de travail justifient le recours à un modèle pédagogique plus connu sous le nom d'éducation par les pairs, c'est-à-dire un modèle de transmission des savoirs par des travailleurs à leurs collègues (Dumont et Libion, 2001). Les pairs sont des travailleurs en activité dans la même organisation que les destinataires de la formation qui se trouvent être leurs collègues. Ce modèle rompt avec le classique rapport pédagogique de transmission de savoirs où la place de l'expert y est prépondérante. Au-delà de l'apprentissage des principes PDSB, les sessions de formation interne offrent l'opportunité d'échanger et de partager les valeurs organisationnelles.

Au niveau des implications théoriques, le fait, dans le cas du PDSB, que le contexte d'apprentissage se confond avec celui du lieu de travail des personnes formées est révélateur d'une limite importante : la difficulté de délimiter l'apprentissage individuel et de celui qui se situe au niveau organisationnel. En effet, la prise en compte de cette donnée situationnelle, qui caractérise le PDSB, nous amène à déceler un certain nombre d'aspects relatifs à l'apprentissage organisationnel au sens de Michaux (2005), c'est-à-dire un apprentissage mu par une logique de changement et qui privilégie la construction de compétences dans l'action. Koenig (2006) définit l'apprentissage organisationnel comme « *un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes* ». Ce glissement vers l'apprentissage organisationnel peut s'expliquer par la généralisation, voire l'obligation pour tout nouveau

préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire ou infirmière de prendre part à une session de formation interne sur le PDSB. Cette difficulté a des implications théoriques non moins importantes notamment celle de délimiter les frontières entre compétences individuelles et compétences collectives.

7.3.2 Rappel des résultats liés à l'objectif n° 2 et leur comparaison avec d'autres résultats

La formation dispensée dans le cadre du PDSB vise à rendre capables les travailleurs à combiner des compétences acquises et à choisir la stratégie d'exécution de la tâche la plus sécuritaire. La mise en œuvre des compétences renvoie à la combinaison de ressources, de savoirs et de connaissances. En effet, selon Jonnaert et coll. (2004) l'exercice d'une compétence nécessite des ressources. Le Boterf (2002) précise que les ressources peuvent être incorporées ou extérieures au travailleur. Selon cet auteur, les ressources incorporées sont constituées par plusieurs éléments notamment les connaissances, les savoir-faire, les qualités, la culture, l'expérience. Quant aux ressources externes, elles sont représentées par l'ensemble des moyens existant dans l'environnement du travailleur et sur lesquels il peut compter pour agir avec compétence notamment les équipements et les outils d'aide au transfert des patients. Rappelons, à ce titre, que le Centre dispose d'un important parc d'équipements et d'outils d'aide à la manutention avec notamment 325 lève-personnes sur rail, au moins 10 lève-personnes mobiles, 14 civières-douches, 11 pèse-personnes et autant de fauteuils roulants ou gériatriques que de patients.

La disponibilité de ces équipements et outils d'aide à la manutention exerce une influence sur la santé et la sécurité des travailleurs (Cloutier et coll., 2005). Pour étayer leur propos, ces auteurs affirment que *«l'utilisation d'un lit électrique réglable en hauteur permettra de réduire le nombre de flexions du dos pour la réalisation des soins d'hygiène ou d'un pansement au lit de même que la présence de crochet de douche à hauteur des robinets permet de réduire le nombre de*

changements de posture en mettant à portée de main le plus d'outils de travail possible». Selon Cormier (2006), l'installation massive de lève-personnes sur rail au plafond dans les établissements socio-sanitaires de la région du Bas-Saint-Laurent, a induit de nombreux changements y compris celui relatif au portrait des lésions : les cas de maux de dos s'amenuisent au profit des lésions des membres supérieurs. Dans le cas du Centre, la mise à disposition d'équipements d'aide à la manutention a certainement contribué à faciliter l'utilisation des principes PDSB, donc à la maîtrise du nombre de lésions subies par le personnel soignant. En effet, les résultats relatifs aux caractéristiques du contexte organisationnel nous ont permis de constater que le nombre de lésions, avec arrêt de travail (avec perte de temps), affectant le personnel soignant n'a pas varié, tout comme la fréquence des accidents. Le Centre a même enregistré, concernant le personnel soignant, une importante réduction de la gravité des accidents survenus entre 2007-2008 et 2008-2009 en passant de 0,42% à 0,25%.

Nos résultats ont montré que même si les travailleurs n'avaient pas le pouvoir d'influencer les prises de décisions ni de leur être associés, ils avaient, cependant, la capacité de choisir la stratégie et les principes à mettre en œuvre pour exécuter les tâches de façon sécuritaire. Certains auteurs ont pu relever que malgré les prescriptions procédurales, les consignes et les méthodes de travail existantes, il arrive aux travailleurs de se positionner comme acteurs dans leurs rapports individuels et collectifs en s'aménageant des marges de décision (Crozier et Friedberg, 1992). Selon ces auteurs, il y a une marge (un « jeu ») possible née de l'existence de zones d'incertitudes autour desquelles les individus et les groupes vont agir en tant qu'acteurs pour préserver leurs intérêts (économiques, sociaux, symboliques, culturels, etc.). C'est ainsi qu'il arrive aux travailleurs du secteur social et sanitaire, par exemple, de réguler, de leur propre chef, leur charge de travail en décidant de gagner du temps sur certaines tâches pour le consacrer à d'autres (Cloutier et coll., 2006) ou de développer des stratégies préventives selon leur âge, leur expérience, leur niveau de fatigue ou leurs problèmes de santé (Cloutier et coll., 2006).

En effet, la mise en œuvre des principes du PDSB requiert que le travailleur s'informe, évalue la situation de travail, prenne une décision (s'il peut ou non effectuer sa tâche sans risques compte tenu des espaces et équipements disponibles ou s'il a besoin d'une aide de ses collègues) et communique. Cette démarche à laquelle il doit se conformer, loin d'être une source de contrainte, lui laisse, au contraire, une marge d'appréciation, c'est-à-dire des zones d'incertitudes qu'il pourra utiliser à son profit. C'est ainsi que les résultats des entretiens relatifs à la latitude décisionnelle ont montré que, globalement, les travailleurs estiment avoir la possibilité de décider comment faire le travail, quels stratégies et principes mettre en œuvre pour effectuer le travail de façon à ne pas se blesser ni mettre la sécurité des patients en jeu.

Nos résultats ont aussi montré que les PAB parviennent à trouver des opportunités de développer leurs compétences grâce notamment aux collègues. C'est ainsi que le travail à deux constitue une source d'apprentissage et de développement des compétences selon les travailleurs interrogés. Cette situation organisationnelle renvoie à certaines théories relatives à la gestion des ressources humaines particulièrement celle du capital social tel que défini par Bourdieu (1986) c'est-à-dire « *l'ensemble des ressources réelles et potentielles liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées de connaissance et de reconnaissance mutuelles — soit, en d'autres termes, l'appartenance à un groupe* ». L'existence de réseaux comme un des éléments importants du capital social ressort plus nettement à travers la définition donnée par Burt (1992). Pour ce dernier, le capital social renvoie aux « *amis, collègues, et contacts, de façon plus générale, par qui on reçoit des occasions d'employer d'autres formes de capital* ».

La connaissance dans les organisations ne peut pas être considérée comme uniquement des savoirs enchâssés dans les têtes des membres de celle-ci, mais doit plutôt être appréhendée comme une forme d'expertise sociale, c'est-à-dire,

comme une connaissance dans l'action ou la pratique qu'on peut situer dans un contexte historique, social et matériel. Gherardi (2000) considère la connaissance comme un phénomène principalement social et culturel au sein des organisations. Le niveau des connaissances dans les organisations peut résulter de la formation et/ou de la pratique. Une large part de ce niveau de connaissances est constituée par une connaissance pragmatique de routine (Berger et Luckman, 1966). Le caractère pragmatique de la connaissance favorise l'émergence de communautés de pratiques, c'est à dire des ensembles d'individus qui partagent la connaissance de façon collective en raison de la similitude de leurs pratiques (Brown et Duguid, 2001).

Les résultats de notre recherche montrent, aussi, que la charge psychologique est perçue comme étant globalement acceptable par les travailleurs interrogés même s'il leur arrive d'être confrontés à des situations induisant une charge psychologique élevée. Concernant la charge psychologique, les situations difficiles sont liées notamment aux relations avec les patients et à leurs familles, lesquelles sont source de risques psychologiques notamment de stress. Cette situation confirme des résultats de certaines études, dont celle de Bourbonnais et coll. (2005) laquelle avait identifié l'intimidation au travail et les comportements agressifs des résidents comme étant des contraintes psychosociales souvent présentes dans les milieux de soins et particulièrement en CHSLD.

Concernant la charge physique de travail, les travailleurs la trouvent généralement élevée. Ce constat est corroboré par les résultats de plusieurs études (Wardell, 2007 ; Radovanovic et Alexandre, 2004). En effet, selon ces auteurs, les manœuvres que réalisent les PAB sont énergétiquement coûteuses notamment celles consistant à tourner les patients et à les aider à se positionner confortablement dans leur lit, à quitter leur lit pour s'asseoir dans un fauteuil et vice-versa, à les transférer, etc. Nelson et Baptiste (2004) abondent dans le même sens en soulignant que les tâches de manutention des patients sont physiquement exigeantes surtout lorsqu'elles sont réalisées dans des conditions défavorables

étant donné que les patients présentent des différences quant à leur taille, au degré de leurs handicaps physiques, à l'état de leur santé mentale et au niveau de leurs capacités ou volonté à collaborer. Certaines études sont ainsi parvenues à établir une relation de cause à effets entre les tâches de manutention des patients et les lésions au dos chez le personnel soignant (Martinelli et coll., 2004 ; Engkvist, 2006 ; Hignett et Crumpton, 2007 ; Warming et coll., 2008 ; Clemes et coll., 2010).

Tous ces constats et résultats, mais également les points à éclaircir, nous ont amenés à formuler 4 hypothèses (voir 6.2.5) que nous envisageons de tester à l'occasion de nos prochaines activités de recherche.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'ampleur et les coûts des maux de dos font de ce type de lésion professionnelle un motif de préoccupation majeure dans les pays industrialisés en raison des incapacités qu'ils entraînent pour des travailleurs et de leur impact sur la productivité au travail. La plupart des maux de dos sont causés par la manutention manuelle. Le personnel soignant, particulièrement les préposés aux bénéficiaires, infirmières et infirmières auxiliaires, constitue la profession qui subit le plus de lésions au dos du fait de ses tâches de transfert de patients.

Plusieurs stratégies sont utilisées pour prévenir les maux de dos chez le personnel soignant. La formation demeure parmi les stratégies les plus usitées avec le recours aux équipements d'aide à la manutention et les changements organisationnels. De nombreuses études visant à évaluer l'efficacité des actions de formation ont été entreprises face à l'utilisation accrue de la formation comme moyen de prévention primaire des maux de dos. Les actions de formation ont connu une évolution notable en passant d'une approche visant à rendre capables les personnes formées à mettre en œuvre des méthodes, des gestes et des postures préétablis à une approche par compétences, c'est-à-dire une approche qui vise à rendre capables les personnels soignants à déterminer eux-mêmes la stratégie d'exécution de leurs tâches et à choisir les principes de manutention des patients qu'ils jugent les plus sécuritaires selon le contexte de leur intervention. Il en est ressorti de ces nombreuses évaluations que les techniques ou principes de manutention appris par les travailleurs durant leur formation ne sont pas toujours appliqués ou sont mal appliqués sur les lieux de travail. Cela a amené les praticiens et les chercheurs en gestion des ressources humaines à se préoccuper du niveau d'utilisation des apprentissages sur le lieu de travail notamment de l'influence des facteurs contextuels sur celui-ci. En effet, la problématique de l'influence des facteurs contextuels sur l'efficacité des actions de formation a été identifiée par de nombreuses recherches comme un déterminant important de l'utilisation des apprentissages sur les lieux de travail. C'est ainsi que plusieurs

facteurs contextuels sont identifiés, dans la littérature, comme une source d'influence sur l'utilisation des apprentissages en milieu de travail.

Toutefois, aucune étude n'a expliqué comment l'influence des facteurs organisationnels s'exerce sur l'utilisation des apprentissages. C'est pourquoi, nous nous sommes intéressés à cet aspect jusqu'ici non abordé par les nombreuses études existantes, à savoir la compréhension des mécanismes par lesquels l'influence du contexte, principalement de la charge de travail et de la latitude décisionnelle, s'exerce sur l'utilisation des compétences acquises dans le cadre d'un programme de formation basé sur une approche par compétences. Le choix des deux facteurs contextuels que sont la latitude décisionnelle et la charge de travail se justifiait doublement : d'une part, il est apparu dans la littérature que les problèmes de santé du personnel soignant pouvaient être causés, en partie, ou aggravés par des facteurs organisationnels notamment par le manque d'autonomie et la charge de travail excessive, lesquels provoquaient des tensions et contraintes élevées au travail et, d'autre part, les résultats du sondage de *Accreditation Canada* (un organisme certificateur sans but lucratif et indépendant) effectué, en 2009, auprès de 259 travailleurs du Centre gériatrique Maïmonides Donald Berman montraient que la charge de travail, jugée plus ou moins lourde, et le manque d'autonomie décisionnelle étaient les deux facteurs contextuels qui causaient le plus d'insatisfaction chez les travailleurs. C'est ainsi que nous avons tenté de répondre à la question de recherche suivante : comment le contexte organisationnel influence-t-il l'utilisation sur le lieu de travail des compétences acquises à travers un programme de formation basé sur une approche par compétences et qui vise la prévention primaire des maux de dos ?

Deux objectifs ont découlé de cette question : le premier visait à vérifier si le programme de formation Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) dispensé au personnel soignant dans le but de prévenir les maux de dos produisait un de ses effets attendus, soit l'utilisation sur les lieux de travail des principes enseignés et, le second objectif essayait d'expliquer, le cas échéant,

comment la latitude décisionnelle et la charge de travail exerçaient-elles une influence sur la production de ces effets ?

Au plan méthodologique, nous avons adopté, pour le premier objectif de notre recherche, un devis d'étude avant – après avec un groupe unique dans le but de faire une évaluation comparative entre des sujets avant l'introduction d'une intervention et après la mise en œuvre de celle-ci, ce qui allait nous permettre de mesurer les changements associés à cette intervention. Ce choix, était le meilleur que nous puissions faire dans le contexte de l'intervention qui était la nôtre : nous n'avions pas la latitude de manipuler, à souhait, la variable indépendante (formation au programme PDSB) ni de faire l'assignation aléatoire des sujets. Nous étions également confrontés à la difficulté de former un groupe témoin non équivalent compte tenu du faible nombre de travailleurs non formés au PDSB identifiés au sein du Centre et qui avaient accepté de prendre part à notre recherche (6 travailleurs). Pour le second objectif de notre recherche, nous avons choisi l'étude de cas multiples comme devis de recherche pour réaliser une étude exploratoire. De nombreux arguments ont pesé dans ce choix notamment le caractère adapté de l'étude de cas multiples à notre approche holiste qui visait à comprendre, à décrire et à expliquer les phénomènes, les comportements et les interactions liés à l'influence de la latitude décisionnelle et de la charge de travail sur l'utilisation des principes PDSB. Pour l'objectif n° 2 de notre recherche, celle-ci s'est effectuée auprès d'un échantillon de 12 participants répartis, de façon égale, entre deux groupes : celui des participants ayant déjà suivi une formation PDSB au sein de l'établissement et celui des participants qui n'ont pas encore bénéficié d'une formation interne sur le PDSB. Pour chacun des biais identifiés, nous avons tenté d'éliminer sinon réduire, au minimum, les effets qu'il pouvait avoir. De plus, les observations sur le terrain que nous avons réalisées renforcent la validité de nos données puisque dans la plupart des études similaires à la nôtre, les chercheurs ont eu recours à l'utilisation de questionnaires auto-rapportés pour analyser les comportements alors que nous avons procédé à des observations en contexte réel.

Les données de notre recherche étaient issues de quatre sources : les documents, les entretiens semi-directifs, les observations et les questionnaires. Cela a donné lieu à l'utilisation des 4 instruments de collecte de données ci-après :

- une liste indicative des documents dont nous souhaitions disposer relativement à la formation PDSB et à la gestion de ce programme de formation (rapports annuels d'activités, notes internes, rapports d'évaluation, politique de formation, plans de formation, fiches de postes, etc.) ;
- un guide d'entretien semi-directif construit à partir des variables apparues importantes à la lumière de la revue de littérature, du modèle conceptuel et de l'analyse documentaire (utilisation des principes PDSB, développement des compétences, autonomie décisionnelle et la charge de travail tant psychologique que physique) ;
- une grille d'observation qui transcrivait, en actes objectivables c'est-à-dire en comportements observables, les principes enseignés lors d'une formation PDSB ;
- un questionnaire dont la page recto visait à recueillir les caractéristiques sociodémographiques des travailleurs tandis que la page verso reprenait les 23 items du JCQ de Karasek relatifs à l'appréciation de la latitude décisionnelle (9 items), la charge psychologique de travail (9 items) et la charge physique de travail (5 items).

Une fois les données recueillies, nous les avons traitées après leur retranscription et leur codage avant de procéder à leur analyse en faisant de la triangulation.

Par rapport à l'objectif n° 1 de notre étude, à savoir l'utilisation des principes PDSB, les résultats obtenus ont permis d'apporter une contribution aux connaissances relatives au PDSB grâce à des éclairages apportés sur quatre éléments importants :

- l'existence d'une variation dans l'utilisation des principes PDSB : les principes de préparation sont régulièrement et systématiquement utilisés dans leur partie relative à la préparation et à la mise en place des équipements nécessaires aux transferts de patients et le sont moins fréquemment lorsqu'il s'agit de faire une analyse globale de la situation de travail. Quant aux principes biomécaniques et physiologiques, 3 cas d'inutilisation sur 5 observés révélaient des difficultés dans l'exécution adéquate des mouvements de transferts de poids avant – arrière. Enfin, pour ce qui est des principes relatifs aux séquences de manœuvre sécuritaire, l'utilisation des principes se faisait comme prescrit concernant la communication entre le personnel soignant et les patients. Toutefois, il y avait moins de communication entre collègues à cause du manque de temps ;

- l'inutilisation de certains principes PDSB liée à la taille de l'établissement : l'analyse de la situation globale de travail (recueil des informations sur les patients, évaluation de leur niveau d'autonomie, connaissance de l'environnement dans lequel les tâches sont faites, estimation du temps nécessaire pour l'accomplissement des tâches et choix du moment de leur réalisation) ne se fait pas systématiquement compte tenu de la familiarisation qu'implique l'assignation, plus ou moins permanente, du personnel soignant aux mêmes patients et dans les mêmes unités. En effet, le personnel soignant doit se conformer à une feuille de route (*worksheet*) qu'il reçoit, laquelle contient la plupart des informations pertinentes liées aux tâches à exécuter (caractéristiques du patient, déroulement et lieu des tâches à faire, etc.) ;

- la fourniture d'une explication à la décision de certains centres d'hébergement d'abandonner ou d'alléger l'organisation de sessions de formation internes sur le PDSB : le caractère limité des cas d'inutilisation des principes PDSB dans le groupe de participants non encore formés donne

une indication sur la capacité des travailleurs nouvellement recrutés à réaliser, globalement, des manœuvres sécuritaires même s'ils n'ont pas encore bénéficié d'une formation interne sur le PDSB. Cela pourrait être considéré comme un signe de la qualité de la formation PDSB dispensée aux niveaux collégial, universitaire et professionnel. D'où un début d'explication au choix de plusieurs établissements qui ont aboli ou allégé le programme de formation interne consacré au PDSB ;

- la relation entre l'inutilisation des principes biomécaniques et le niveau d'assistance : La majorité des cas d'inutilisation des principes PDSB concerne les manœuvres qui font appel aux principes biomécaniques et physiologiques et, surtout, lorsqu'il s'agit de réaliser des manœuvres d'assistance partielle. En effet, les manœuvres d'assistance partielle impliquent plus d'interactions entre les travailleurs et les patients que celles d'assistance totale où le travailleur s'occupe d'un patient presque inerte, donc incapable d'interagir. Ces interactions exposent les travailleurs à plus de risques d'erreurs, d'oublis ou de manquements dans les façons de procéder surtout si l'on tient compte du fait que les patients peuvent, parfois, adopter des comportements peu collaboratifs.

Pour ce qui est de l'objectif n° 2 de notre étude, à savoir l'influence de la latitude décisionnelle et de la charge de travail sur l'utilisation des principes PDSB, nos résultats ont mis en lumière des éléments dont les effets ou les modalités n'ont pas été ou sont peu documentés dans la littérature. Il s'agit de :

- la coexistence, pour les travailleurs, d'une absence de pouvoir d'influence sur les prises de décisions concernant leur travail tout en ayant la capacité de pouvoir choisir la stratégie et les principes à mettre en œuvre pour exécuter leurs tâches de façon sécuritaire ;

- l'opportunité, pour les travailleurs, de développer leurs compétences à travers plusieurs sources notamment l'accomplissement de tâches répétitives (découverte d'astuces et de raccourcis pour aller plus vite et sans risquer leur santé ni la sécurité des patients), l'adoption d'approches d'intervention qui tiennent compte des spécificités propres à chaque patient et l'exécution des tâches à deux (travail avec les collègues) ;
- l'existence de contraintes psychologiques génératrices de situations de stress dont les causes ne sont pas liées à la nature des tâches de manœuvres et de transfert des patients, mais plutôt à l'immixtion des membres des familles des patients lors de l'exécution des tâches de transfert, aux contrôles répétitifs et culpabilisants de la hiérarchie immédiate ainsi que la rapidité avec laquelle les tâches doivent être exécutées pour être dans les temps.
- l'existence de certaines manœuvres dont l'accomplissement requiert une dépense énergétique assez appréciable et implique l'adoption de postures contraignantes. Ces manœuvres correspondent, généralement, à l'exécution de tâches liées à des patients peu ou pas du tout autonomes, voire inertes.
- l'existence de dysfonctionnements dans la mise en place des aides sollicitées auprès des collègues pour l'exécution de manœuvres à deux ou carrément l'absence d'aide en dépit de règles organisationnelles formalisées ;
- la détection d'un possible lien entre l'importance des équipements et des outils d'aide au transfert des patients disponibles au sein du Centre et la faiblesse du nombre et de la gravité des lésions avec arrêt de travail (avec perte de temps) affectant le personnel soignant.

Avec ces résultats, notre recherche démontre un intérêt, tout relatif, de la formation PDSB qui permet aux travailleurs d'améliorer leurs compétences et, dans bien des cas, de les mettre en œuvre lors de l'exécution des tâches de

transfert des patients. Les résultats de notre recherche apportent, également, des éclaircissements sur l'influence du contexte, principalement la charge de travail et la latitude décisionnelle, sur l'utilisation des principes PDBS.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de nos résultats et des avenues de nouvelles recherches définies. En effet, l'assignation des travailleurs à des patients durant une période plus ou moins longue combinée à la standardisation des tâches à travers l'institution d'une feuille de route (*worksheet*) ont pour effets de dispenser les travailleurs, lors de chaque nouvelle manœuvre, de procéder au préalable, à une analyse globale de la situation de travail, tel que prescrit par le PDSB. Le contenu du *worksheet* leur offre plusieurs de ces informations. Il serait intéressant de vérifier la similitude du phénomène dans le cas des établissements d'hébergement de moindre envergure caractérisés par une rotation élevée des patients. Cela pose aussi les limites de la généralisation de nos résultats à des établissements trop différents du Centre Gériatrique les Maïmonides notamment au point de vue de sa taille, et de ses modalités organisationnelles (existence de procédures formelles connus de tous) et de son statut de centre affilié à l'Université McGill.

Il peut paraître étonnant, voire contradictoire, à première vue, qu'un travailleur puisse avoir la possibilité de choisir comment exécuter ses manœuvres tout en n'ayant aucun pouvoir d'influer sur le cours de son travail. Cela constitue une avenue de recherche assez prometteuse pour expliciter les relations qu'entretiennent ces deux revers d'une même médaille.

Les dysfonctionnements organisationnels relevés, principalement les retards dans la mise en place des aides sollicitées auprès des collègues pour l'exécution de manœuvres à deux ou carrément l'absence d'aide, sont en liens avec la charge de travail (physique et psychologique), mais l'ampleur et les mécanismes de ces liens restent à définir. Une recherche sur ces aspects aiderait à mieux organiser voire

optimiser la synchronisation des tâches de manière à faciliter la disponibilité, au moment opportun, de l'aide demandée.

Enfin, nous avons fourni un début d'explication sur le choix de certains établissements d'abolir ou d'alléger les sessions de formation internes sur le PDSB eu égard à la qualité de la formation PDSB reçue par le personnel soignant lors de son cursus collégial, universitaire ou professionnel. Il serait utile de cerner, véritablement, les fondements d'un tel choix, qui est loin d'être fortuit, mais surtout d'évaluer l'efficacité d'une telle décision en comparant des établissements qui continuent de recourir à des sessions de formation internes sur le PDSB et d'autres qui les ont supprimées ou allégées.

Recommandations

RECOMMANDATIONS

Les recommandations issues de notre recherche sont destinées aux responsables du Centre. Nous les avons formulées à partir de l'hypothèse d'un maintien du programme de formation PDSB de deux jours destinés aux travailleurs nouvellement recrutés par le Centre. Elles se voudraient, avant tout, opérationnelles et sont au nombre de 6.

Gestion du programme PDSB au sein du Centre

Constat n° 1 :

Tous les membres du groupe de participants non encore formés au PDSB au sein du Centre sont restés plus d'une année, après leur recrutement par le Centre, avant d'avoir la possibilité de suivre une session de formation au sein de l'établissement ne serait-ce qu'en guise de rafraîchissement. La durée d'attente avant de bénéficier d'une formation PDSB paraît ainsi longue.

Pour rappel, l'une des caractéristiques fondatrices du PDSB est que c'est un programme de formation dispensé à l'intérieur des établissements par des membres de ce même établissement : le contexte d'apprentissage se confond avec celui dans lequel les principes PDSB sont appelés à être mis en œuvre. La similarité des contextes de formation et d'application facilite l'appropriation et l'application des principes PDSB.

Recommandation n° 1 :

Améliorer les procédures d'inscription systématique des nouveaux travailleurs aux sessions de formation

PDSB pour qu'ils puissent suivre une formation contextualisée le plus tôt possible.

Réactualisation du contenu de la formation PDSB et des moyens pédagogiques

Constat n° 2 :

C'est en 2009 qu'est intervenue la dernière réforme de réactualisation et d'unification des 2 programmes PDSB pour laisser la place à un seul contenu adaptable aux contextes d'intervention. Le programme actuel de formation PDSB, s'il est destiné à un personnel des centres d'hébergement ou d'hospitalisation, s'articule autour de 8 blocs : introduction au programme, approche globale de la situation de travail, niveaux d'assistance, la supervision, l'assistance partielle, l'assistance partielle (autres applications), l'assistance totale et le processus de résolution de problème. Une fois par année, la responsable de la formation PDSB rencontre les formateurs accrédités en vue de « connaître les problèmes » et de voir à leur prise en charge. Le manuel du formateur utilisé au sein du Centre ainsi que le format du contenu (articulé autour de 11 thèmes) n'ont pas intégré toutes ces évolutions. Ils semblent anciens.

De plus, nous avons constaté que les méthodes d'apprentissages facilitantes qui impliquent l'utilisation de moyens pédagogiques comme le matériel de projection d'acétates ou les affiches ne sont pas utilisés.

Recommandation n° 2 : Réactualiser le manuel du formateur ainsi que le format du contenu pour profiter au maximum possible des dernières améliorations proposées par l'ASSTSAS et des ressources informationnelles notamment à travers son récent cahier des formateurs (2010) et ses fiches PDSB disponibles en ligne.

Utiliser, autant que possible, un projecteur d'acétates et des affiches.

Suivi post formation PDSB

Constat n° 3 : Le suivi post formation PDSB, de 2 h 30 minutes (soit 15 minutes / participant à raison de 10 participants par session), prévu au programme n'est pas automatique parce que « *les formateurs accrédités ne sont pas toujours disponibles* ». Seuls bénéficient d'un suivi post formation les participants qui font l'objet d'une demande ponctuelle. Ce soutien aux travailleurs formés est important et serait de nature à faciliter l'atteinte des objectifs. C'est un bon moyen de se rendre compte de l'effectivité de l'usage des principes appris et surtout de s'assurer de leur application intègre.

Recommandation n° 3 : Rendre systématique les suivis post formation sur l'unité de travail pour les travailleurs qui ont pris part à une session de formation PDSB.

Amélioration de la synchronisation du travail à deux

Constat n° 4 :

Nous avons constaté, à quelques reprises, le non respect des procédures de travail établies avec des travailleurs qui exécutaient seuls des manœuvres dont la réalisation nécessitait l'aide d'un collègue à cause de retards dans la mise en place d'une aide demandée. Les difficultés pour obtenir de l'aide à temps voulu pour réaliser une tâche de transfert met en exergue l'existence d'un contexte organisationnel qui requiert de travailler vite pour être dans les temps comme l'ont affirmé plusieurs travailleurs. Nous avons également observé que les travailleurs qui fournissaient une aide à leurs collègues le faisaient après avoir achevé leurs tâches en cours et s'empressaient de retourner à leurs occupations sans prendre la peine de s'assurer que tout est conforme, faute de temps.

Recommandation n° 4 :

Rappeler aux travailleurs l'importance voire la nécessité d'effectuer certaines manœuvres à deux pour réduire les risques de lésion conformément aux prescriptions du PDSB. Dans cette optique, procéder à une réévaluation des charges de travail en vue de mieux adapter les rythmes de travail.

Meilleure prise en charge des contraintes psychologiques

Constat n° 5 :

Les travailleurs sont d'avis que leur charge psychologique de travail est globalement acceptable, même s'il leur arrive, à certaines occasions d'être

confrontés à des situations stressantes, donc d'être exposés à des charges psychologiques élevées. Ces situations trouvent leurs origines dans de multiples facteurs notamment les contrôles culpabilisants de la hiérarchie et surtout, l'immixtion des membres des familles dans leur travail.

Recommandation n° 5 : Repenser la façon de faire les contrôles hiérarchiques jugés culpabilisants et trop serrés au profit d'une responsabilisation accrue des travailleurs et renforcer la mise en œuvre des politiques et initiatives déjà prises pour limiter l'immixtion des membres des familles dans le travail du personnel soignant.

Valorisation des sources « informelles » de développement des compétences

Constat n° 6 : Les travailleurs affirment que le travail à deux (entre collègues) constitue une source d'apprentissage et de développement de leurs compétences. En effet, il est établi que les connaissances et les compétences dans les organisations peuvent aussi s'acquérir ou se construire en dehors des processus formels (programmes de formation, de mentorat, etc.) notamment à travers le partage entre collègues. Il est prouvé que les entreprises qui possèdent un capital social important, donc qui favorisent les échanges entre collègues et qui veillent à la qualité des relations interpersonnelles, sont plus performantes que celles ayant un capital social faible. Le fait de favoriser les échanges et l'entraide entre collègues

serait de nature à faciliter l'engagement et l'implication des travailleurs en plus de favoriser le développement informel de leurs compétences.

Recommandation n° 6 : Reconnaître l'importance de la qualité des relations interpersonnelles et valoriser les partages de connaissances ainsi que l'entraide entre collègues comme moyens supplémentaires de développer les compétences des travailleurs.

Appendices

Appendice n° 1 : Liste indicative des documents à collecter

ESG UQAM

École des sciences de la gestion

Département Organisation et Ressources Humaines

Université du Québec à Montréal



Programme conjoint de
Doctorat en Administration

↳ Doctorat en administration (Ph. D.)

LISTE INDICATIVE DES DOCUMENTS À COLLECTER

I. SELON LA NATURE DES DOCUMENTS

1. Rapports annuels d'activités relatifs à la formation interne sur le PDSB
2. Notes internes (notes de services, notes d'information, etc.) relatives à la formation PDSB
3. Rapports d'évaluation des activités de formation PDSB
4. Politique de formation
5. Plans de formation du personnel au PDSB

II. SELON LE CONTENU DES DOCUMENTS

L'établissement

6. Statut juridique
7. Mode de financement
8. Capacité (nombre de lits)
9. Effectifs (par catégories professionnelles)
10. Statistiques sur les accidents du travail et maladies professionnelles lors des 5 dernières années et relatives aux maux de dos
11. Politique de prévention surtout celle des maux de dos
12. Comités internes s'occupant des questions relatives à la SST

Les formateurs

13. Nombre de formateurs PDSB régulier accrédités par l'ASTASS
14. Documents relatifs à la planification des séances de formation
15. Supports de formation (notes de cours, acétates, etc..)

Les travailleurs

16. Nombre de travailleurs formés au PDSB régulier (et la liste si possible)
17. Nombre de travailleurs non formés au PDSB régulier (et la liste si possible)
18. Les modalités d'information et de sélection des travailleurs formés
19. Nombre de travailleurs par session de formation PDSB régulier

Autres

20. Tout autre document jugé intéressant relativement aux objectifs de l'étude

Appendice n° 2 : Grille d'observation

ESG UQÀM

École des sciences de la gestion

Département Organisation et Ressources Humaines

Université du Québec à Montréal



Programme conjoint de
Doctorat en Administration

↳ Doctorat en administration (Ph. D.)

100 - 350 - 1050

GRILLE D'OBSERVATION

Service / Unité : Quart de travail :

Date d'observation : Période d'observation :

Remarque : Le tableau suivant est une synthèse des observations effectuées. Pour le remplir, se reporter aux actes observables (comportements observables) des compétences ciblées qui sert de grille d'observation.

Ordre des manœuvres	Compétences	Utilisation des compétences		
		OUI	NON	NA
STRATÉGIE GÉNÉRALE	Analyser globalement la situation de travail			
	Déterminer le niveau d'assistance nécessaire			
	Décider de la stratégie la plus sécuritaire			
	Communiquer avec le bénéficiaire et, éventuellement, avec le collègue dont l'aide est sollicitée			
SUPERVISION	Préparer et planifier la supervision			
	Faire exécuter les manœuvres par le bénéficiaire en respectant les mouvements naturels			
	Superviser : accompagner et surveiller le bénéficiaire dans ses mouvements			
ASSISTANCE PARTIELLE	Préparer et planifier l'assistance partielle			
	Se positionner : se mettre en place de manière à réduire la distance avec le bénéficiaire			
	Effectuer une prise solide et douce du bénéficiaire tout en adoptant une position qui réduit les efforts			
	Exécuter le déplacement dans le respect des règles biomécaniques			
	Aider le bénéficiaire à se déplacer ou accomplir une manœuvre compte tenu de ses capacités et des règles biomécaniques			
ASSISTANCE TOTALE AVEC UTILISATION D'ÉQUIPEMENTS	Préparer et planifier une assistance totale avec utilisation d'équipements			
	Se répartir la tâche			
	Effectuer une prise sécuritaire du bénéficiaire			
	Effectuer la manœuvre			
ASSISTANCE TOTALE SANS ÉQUIPEMENTS	Préparer et planifier l'assistance totale			
	Se positionner pour accomplir une manœuvre d'assistance totale			
	Effectuer une prise			
	Déplacer le bénéficiaire			

Actes observables (comportements observables) des compétences enseignées par le PDSB régulier

Ordre des manœuvres	Compétence enseignée par le PDSB régulier	Actes observables (comportements observables)
STRATEGIE GENERALE	<p>Analyser globalement la situation de travail</p> <p>Déterminer le niveau d'assistance nécessaire</p> <p>Décider de la stratégie la plus sécuritaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le travailleur demande des informations supplémentaires sur la tâche à faire (nature caractéristiques, etc.) Le travailleur vérifie la disponibilité et la conformité des équipements Le travailleur vérifie les espaces de manœuvre disponibles ainsi que l'air (de sécurité) du traject Le travailleur tient compte des contraintes liées au terrain Le travailleur réalise des tests manœuvres des capacités du client Le travailleur détermine le degré d'autonomie du bénéficiaire Le travailleur détermine le niveau d'aide dont il a besoin pour accomplir la tâche Le travailleur choisit le type d'effort transfert de poids et ou de contre-poids Le travailleur établit les étapes de l'exécution de la tâche Le travailleur sélectionne les équipements Le travailleur décide ou se positionner Le travailleur choisit comment prendre le client <p>Le travailleur explique au bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> la situation la stratégie le type d'aide le code pour synchroniser et coordonner les efforts à chaque étape
	<p>Communiquer avec le bénéficiaire et, éventuellement, avec le collègue dont l'aide est sollicitée</p>	<p>Le travailleur explique à son collègue</p> <ul style="list-style-type: none"> la situation la stratégie le soignant qui dirigera la manœuvre la stratégie, les étapes, la participation de chacun et du client la préparation des équipements et de l'espace de travail les positionnements, les prises et les mouvements le code pour synchroniser et coordonner les efforts à chaque étape <p>Connaître les principes généraux de préparation d'une supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur recueille des informations supplémentaires relatives aux capacités et à l'état du client Le travailleur vérifie (teste) les capacités du client Le travailleur met en place des accessoires, des équipements, des appuis et ajustements et tests de stabilité Le travailleur prépare le trajet Le travailleur annonce le déplacement à faire au bénéficiaire Securiser, motiver, convaincre le bénéficiaire Le travailleur aide le bénéficiaire pour rester ses capacités Le travailleur maintient un contact physique enveloppant et rassurant Le travailleur met à la portée du bénéficiaire des appuis physiques solides Le travailleur tient des paroles d'encouragement et d'attention à l'endroit du bénéficiaire Le travailleur maintient un contact verbal et d'encouragement par l'explication et la gestuelle Le travailleur motive le bénéficiaire
SUPERVISION	Préparer et planifier la supervision	

	<p>Faire exécuter les manœuvres par le bénéficiaire en respectant les mouvements naturels</p>	<p>Superviser le bénéficiaire à se lever d'un fauteuil</p> <p><i>Position de tronc</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire maintenant le siège (centre de gravité) au même niveau ou plus haut Le bénéficiaire à le tronc penché vers l'avant Le bénéficiaire adopte une position facilitant le soulèvement du bassin un pied tiré en dessous et un pied un peu rapproché du fauteuil. <p><i>Position des pieds</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire maintenant la pointe des orteils vis-à-vis des genoux position stable en raison de-bout Le bénéficiaire à un pied glissé sous la chaise position d'impulsion maximale. <p>Superviser le bénéficiaire à s'asseoir sur un fauteuil</p> <p><i>Si le fauteuil a des appui-bras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire pose les pieds près de l'assise et se: jambes touchent le bord de l'assise Le bénéficiaire à le tronc penché vers l'avant des épaules presque au-dessus des genoux <p><i>Si le fauteuil n'a pas d'appui-bras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire descend avec les mains vers les genoux Le bénéficiaire fléchit le tronc vers l'avant Le bénéficiaire à se rasseoir au fauteuil Le bénéficiaire place les mains sur les appui-bras Le bénéficiaire pousse avec les bras sur les appui-bras Le bénéficiaire pousse avec ses pieds sur les appui-bras <p>Superviser le bénéficiaire à se rasseoir dans le lit</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire plus les genoux Le bénéficiaire pousse avec les talons dans le lit Le bénéficiaire l'aide de ses mains et de ses coudes <p>Superviser le bénéficiaire à se tourner dans le lit</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire inspire les jambes Le bénéficiaire ramène le bras opposé vers le côté ou l'on tourne Le bénéficiaire tourne le côté vers le côté ou l'on tourne Le bénéficiaire pousse avec la jambe opposée pour tourner le bassin <p>Superviser le bénéficiaire à se lever du lit</p> <p><i>Relever à bras d'un lit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire se tourne sur le côté Le bénéficiaire sort les jambes Le bénéficiaire pousse sur le matelas avec la main pour faire lever le tronc Le bénéficiaire s'aider en poussant dans le lit avec le coude Le bénéficiaire fait pivoter son tronc de 90° <p><i>Relever à bras d'un lit avec la tête relevée</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire plier les genoux Le bénéficiaire se tourne sur le côté Le bénéficiaire sort les jambes Le bénéficiaire pousse sur le matelas avec la main et s'aide en poussant dans le lit avec le coude Le bénéficiaire continue à pousser jusqu'à ce que le tronc soit bien droit <p>Superviser le bénéficiaire à se lever d'une chaise longue</p> <ul style="list-style-type: none"> Le bénéficiaire sort les jambes
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le bénéficiaire se penche en s'appuyant aux appui-bras ■ Le bénéficiaire prend appui à la chaise ■ Le bénéficiaire bascule vers l'avant pour dégager le siège de la chaise ■ Le bénéficiaire se lève debout <p>Superviser le bénéficiaire à se recoucher au lit</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur ajuste la tête du lit ■ Le travailleur ajuste, au plus bas, la hauteur du lit <p>Superviser le bénéficiaire à marcher</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le bénéficiaire fait une légère flexion du corps sur le côté ■ Le bénéficiaire soulève un pied ■ Le bénéficiaire fait un pas ■ Le bénéficiaire fait une légère flexion du corps vers l'avant <p>Superviser le bénéficiaire à se relever du sol</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le bénéficiaire tourne sur le côté ■ Le bénéficiaire s'appuie sur les mains pour redresser le tronc ■ Le bénéficiaire s'agenouille ■ Le bénéficiaire prend appui sur le siège de la chaise ■ Le bénéficiaire relève un genou du sol ■ Le bénéficiaire prend appui sur un appui-bras ■ Le bénéficiaire relève l'autre jambe ■ Le bénéficiaire se redresse ■ Le bénéficiaire prend le bras sur les deux appui-bras ■ Le bénéficiaire se tourne et s'assoie <p>Superviser le bénéficiaire à se transférer du lit à la chaise</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le bénéficiaire déplace une jambe du lit vers la chaise ■ Le bénéficiaire s'appuie avec la main au matelas de la chaise pour soulever le siège ■ Le bénéficiaire reprend le mouvement jusqu'à destination <p>Communiquer avec le bénéficiaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur maintient un contact avec le bénéficiaire par le regard et ou par le toucher ■ Le travailleur guide le bénéficiaire, étape par étape, par des mots et des gestes ■ Le travailleur fait le maximum, si nécessaire, des gestes désirés ■ Le travailleur donne au bénéficiaire des consignes courtoises, claires, compréhensibles et brèves ■ Le travailleur nomme l'action ou le geste à effectuer ■ Le travailleur dit, de manière positive, ce qui est à faire ou ce qu'il ne faut pas faire ■ Le travailleur permet une réponse favorable et rentable du bénéficiaire
<p>Superviser : accompagner et surveiller le bénéficiaire dans ses mouvements</p>	<p>Superviser l'utilisation optimale des équipements</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur utilise les côtés de lit demi-longueur ■ Le travailleur utilise un appui mural ■ Le travailleur utilise une barre pliable planche ■ Le travailleur utilise un appui pour se remonter dans le lit

<p>ASSISTANCE PARTIELLE</p>	<p>Préparer et planifier l'assistance partielle</p>	<p>Connaître les principes généraux de préparation d'une assistance partielle</p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur effectue des informations supplémentaires sur le bénéficiaire niveau d'autonomie, existence ou non de courtes indications de mouvements, etc. Le travailleur planifie l'assistance verbale - prendre contact avec le client, expliquer la manœuvre et l'assurer de sa collaboration Le travailleur planifie l'assistance physique : appliquer les freins aux équipements, l'assurer de la stabilité de l'aise ou la chaîne est appuyée à un mur, etc. <p>Respecter les principes spécifiques à la préparation pour fournir une assistance partielle au fauteuil</p> <p><i>Transfer de poids avant (de lit)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur demande au bénéficiaire d'avancer son torse en plaçant un coude ou une main sur une cuisse Le travailleur demande au bénéficiaire de se pencher en avançant ses épaules vers-à-vis de ses genoux et de prendre appui avec son coude sur sa cuisse ou avec sa main à l'appui-bras <p><i>Transfer de poids sans-avant?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur donne les consignes de mouvement naturel au bénéficiaire Le travailleur lève le lit un peu plus haut pour que le bout des pieds du bénéficiaire touche le plancher <p><i>Transfer par évitement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur adopte un mouvement qui permet au bénéficiaire de porter tout son poids sur ses jambes avec les pieds bien à plat au sol (et non sur le bout de pieds) Le travailleur demande au bénéficiaire de saisir ses bras autour de la taille ou du milieu du dos du soignant attention, jamais autour du cou, mais en bas des omoplates; Le travailleur l'assure de la stabilité du bénéficiaire en position debout <p>Respecter les principes spécifiques à la préparation pour fournir une assistance partielle au lit</p> <p><i>Lit et litier à remonter dans le lit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur demande au bénéficiaire de tourner l'oreiller dans le sens du lit, y déposer sa tête en dégageant les épaules Le travailleur aide à tourner l'oreiller à l'arrière du lit Le travailleur demande au bénéficiaire de tourner la tête sur le côté ou on va tourner et de plier au moins un genou ou les deux pour faciliter le mouvement Le travailleur vérifie que la hauteur du lit est plus basse que la hauteur du pubis pour réduire le travail des bras Le travailleur aide à lever le bord du lit Le travailleur ajuste la hauteur du lit pour que le bout des pieds du bénéficiaire puissent prendre appui au sol Le travailleur demande au bénéficiaire de remonter le matelas pour que sa tête se hisse sans problème Le travailleur lève la portière à la tête du lit et demande au bénéficiaire de venir le côté pour qu'il se maintienne sur le côté si le lit possède des côtes demi-longueur <p>Respecter les principes spécifiques à la préparation pour fournir une assistance partielle à la marche</p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur ajuste une ceinture ordinaire ou une ceinture de transfert sur-dessus des vêtements ou de la ceinture du bénéficiaire s'ils ne sont pas solides
	<p>Se positionner : se mettre en place de manière à réduire la distance avec le bénéficiaire</p>	<p>Connaître les principes généraux de positionnement dans le cadre d'une assistance partielle</p> <ul style="list-style-type: none"> Le travailleur adopte une posture où il maintient les pieds écartés les pieds orientés le dos sans torsion le dos non voûté

	<ul style="list-style-type: none"> ■ les genoux fléchis ■ Appliquer les principes de positionnement nécessaires à une assistance partielle au fauteuil ■ <i>Transfert de poids avant / de côté</i> ■ Le travailleur adopte les principes de positionnement pour faire un transfert de poids linéaire ■ Le travailleur colle son rein sur l'épaule du bénéficiaire ■ <i>Transfert de poids avant-arrière</i> ■ Le travailleur adopte les principes de positionnement pour faire un transfert de poids avant-arrière ■ Le travailleur demande au bénéficiaire de se pencher vers l'avant et d'appuyer une main sur sa cuisse ■ Le travailleur demande au bénéficiaire de placer ses pieds pour traverser le pivot et la stabilité une fois debout ■ <i>Transfert par contre-poids</i> ■ Le travailleur maintient le dos est droit, le plus vertical possible ■ Le travailleur maintient le bassin un peu serré ■ Le travailleur maintient les pieds écartés qui entourent ceux du client qui sont écartés de la largeur de ses épaules ■ Le travailleur maintient les genoux légèrement fléchis et enserrant ceux du client qui sont collés ensemble et servent d'appui pour le contre-poids ■ Appliquer les principes de positionnement nécessaires à une assistance partielle au lit ■ <i>Aider le client à rester dans le lit</i> ■ Le travailleur ajuste la hauteur du lit pour garder le dos bien droit ■ <i>Aider le client à s'élever dans le lit</i> ■ Le travailleur se place vis-à-vis du bassin du bénéficiaire en position pour faire un transfert avant-arrière ■ <i>Aider le client à s'élever de son lit</i> ■ Le travailleur se place à côté du lit, ses jambes de chaque côté de celle du bénéficiaire qui est sur le lit, en position pour un transfert de poids avant-arrière, ses genoux sont collés au lit mention pour que la tête ne bascule ■ Le travailleur se place face au torso du bénéficiaire les pieds sont écartés et ouvert vers l'extérieur pour faire un transfert de poids linéaire ■ La jambe d'impulsion, celle vers la tête du lit du travailleur a le genou avancé vers les articules, l'autre genou est fléchi ou relâché ■ <i>Aider le client à franchir sur le lit</i> ■ Le travailleur a les genoux fléchis et se place près de la tête du bénéficiaire ■ Appliquer les principes de positionnement nécessaires à une assistance partielle à la marche ■ Le travailleur est à côté du bénéficiaire ■ Le travailleur rapproche son centre de gravité de celui du bénéficiaire
<p>Effectuez une prise solide et donnez au bénéficiaire tout en adoptant une position qui réduit les efforts</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Connaitre les principes généraux de prise dans le cadre d'une assistance partielle ■ Le travailleur effectue une prise solide ■ Le travailleur effectue une prise douce ■ Le travailleur maintient un contact étroit ■ Le travailleur utilise les bras enveloppants ■ Le travailleur utilise des poignets ■ Le travailleur bloque les points de placement ■ Appliquer les principes de prise nécessaires à une assistance partielle au fauteuil ■ <i>Transfert de poids avant / de côté</i> ■ Le travailleur effectue une prise enveloppante autour de la taille ■ Le travailleur effectue une prise «pouce» ■ <i>Transfert de poids avant-arrière</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le travailleur fait une prise à la main et au bras <i>Transfert par antéposition</i> • Le travailleur fait une prise enveloppante sans rallonge • Le travailleur fait une prise avec les deux mains • Le travailleur fait une prise avec ou sans rallonge • Appliquer les principes de prise nécessaires à une assistance partielle au lit - <i>Prise à deux personnes dans le lit</i> • Le travailleur bloque les pieds du client - <i>Prise à deux personnes dans le lit</i> • Le travailleur enroule le bord du plaid jusqu'au tronc et au bassin du client puis le tient solidement • Le travailleur a ses bras tendus, ses épaules et son dos stabilisés - <i>Prise à deux personnes dans le lit</i> • Le travailleur saut les deux bras du bénéficiaire en haut des coudes • Le bénéficiaire tient les bras du travailleur en haut des coudes • Le travailleur et le bénéficiaire gardent les bras tendus • Le travailleur glisse le bras sous le cou du bénéficiaire de façon à envelopper solidement les épaules • L'autre main du travailleur est appuyée sur la hanche du bénéficiaire - <i>Prise à deux personnes dans le lit</i> • Le travailleur prend une prise sous les jambes du bénéficiaire • Appliquer les principes de prise nécessaires à une assistance partielle • Le travailleur fait une prise sur le ceinture, lorsque les vêtements ont une ceinture solide 	
	<p>Comme les principes généraux de prise dans le cadre d'une assistance partielle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le travailleur accorde seulement le niveau d'assistance nécessaire • Le travailleur dit au client quoi faire • Le travailleur respecte le mouvement naturel • Le travailleur fait rouler, glisser, pivoter le bénéficiaire et éviter de le soulever • Le travailleur utilise le transfert de poids et ou de contre-poids pour fournir l'effort • Le travailleur effectue les mouvements un à un, étape par étape • Le travailleur amène le client vers son point que le pousser • Appliquer les principes de mouvement liés à une assistance partielle au fauteuil <i>Transfert de poids avant/arrière</i> • Le travailleur se synchronise avec le bénéficiaire qui est penché. Il fait son transfert de poids avant/arrière et accompagne le bénéficiaire • Le bénéficiaire fait un pivot sur ses chevilles et ses genoux <i>Transfert de poids avant/arrière</i> • Le travailleur se synchronise avec le bénéficiaire et fait son transfert de poids avant-arrière. • Le bénéficiaire est debout, il a fait un pivot sur ses chevilles et ses genoux <i>Transfert par antéposition</i> • Le travailleur fait un déplacement de son poids vers l'arrière et vers le bas • Le travailleur se redresse pour maintenir l'équilibre • Le travailleur fait quelques pas de marche collés en tournant avec le bénéficiaire, soit de petits transferts de poids, jusqu'à ce que le bénéficiaire sente le contact avec la nouvelle surface en arrière de ses genoux • Le travailleur stabilise la position du bénéficiaire en position debout, pour qu'il ait tout son poids sur ses pieds et que les: 	<p>Exécuter le déplacement dans le respect des règles biomécaniques</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur effectue des mouvements sans aide ■ Appliquer les principes de mouvement liés à une assistance parcellaire au lit - Aider le client à retourner dans le lit ■ Le travailleur se synchronise avec le bénéficiaire et lui demande de déplier ses genoux en poussant avec ses pieds dans le matelas - Aider le client à tourner dans le lit ■ Le travailleur se synchronise avec le client qui tire avec son bras sur le côté du lit ■ Le travailleur effectue son transfert arrière-avant ■ Le poids des jambes et la traction exercée sur le plume font tourner le bénéficiaire - Aider le bénéficiaire à aller au bord du lit ■ Le travailleur donne le code de départ et se synchronise avec le bénéficiaire qui partage ■ Le travailleur fait son transfert de poids ■ Le travailleur se synchronise avec le bénéficiaire qui pousse avec son coude appuyé au matelas ■ Le travailleur met son poids sur son pied et sa jambe d'impulsion, celle vers la tête du lit ■ Le travailleur pousse sur sa jambe pour transférer son poids vers l'autre pied de réception ■ Le travailleur se redresse en ramenant sa jambe (celle du côté de la tête du lit) afin d'élever la torsion du dos - Aider le client à ramener sur le lit ■ Le travailleur se redresse puis avance une jambe vers le lit en transfert arrière-avant ■ Le travailleur fait un deuxième pas pour entrer les jambes au lit ■ Appliquer les principes de mouvement liés à une assistance parcellaire à la marche ■ Le travailleur reconnaît le bénéficiaire en marchant
	<p>Aider le bénéficiaire à se déplacer ou accomplir une manœuvre compte tenu de ses capacités et des règles biomécaniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur aide le bénéficiaire à retourner dans le lit ou à tourner dans le lit ou à s'asseoir sur le bord du lit ou à se redresser sur le lit ■ Le travailleur aide le bénéficiaire à marcher <p>Connaître les principes généraux de préparation d'une assistance parcellaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur partage l'information pertinente sur le bénéficiaire et la tâche ■ Le travailleur : explique et s'entend sur : <ul style="list-style-type: none"> - qui dirige la manœuvre ? - la stratégie, les étapes, la participation de chacun - les éléments de préparation matérielle et environnementale - les positionnements, les prises et les mouvements ■ Le travailleur converse avec les autres, d'un code (signal de départ) ■ Le travailleur s'assure que tout le monde est prêt ■ Prépare les équipements (de-personne) ■ Le travailleur prévoit le trajet le plus court possible ■ Le travailleur privilège le déplacement en fauteuil roulant plutôt que le lève-personne ■ Le travailleur s'assure qu'aucun obstacle au sol est présent dans le parcours de déplacement du lève-personne <p>Renaque importante : La tâche est faite à deux : lorsque l'un des travailleurs maintient la relation avec le bénéficiaire, l'autre effectue la manœuvre de l'appareil</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur installe la table en position couchée ou en position mise au fauteuil roulant ■ Le travailleur met en place des angles et vérifie si elles sont bien engagées <p>Le travailleur effectue les manœuvres suivantes :</p>
<p>Préparer et planifier une assistance totale avec utilisation d'équipements</p>	<p>ASSISTANCE TOTALE AVEC UTILISATION D'EQUIPEMENTS</p>	<p>Se répartir la tâche</p> <p>Effectuer une prise sécuritaire du bénéficiaire</p> <p>Effectuer la manœuvre</p>

<p>ASSISTANCE TOTALE SANS EQUIPEMENTS</p>	<p>Se positionner pour recevoir une manœuvre d'assistance totale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur ouvre la base du lit, personnel ■ Le travailleur abaisse la hauteur du lit pour dégager le siège du bénéficiaire ■ Le travailleur retire le lit-personne ■ Le travailleur prend et tourne les roues du bénéficiaire lorsque son siège est solidifié <p><i>Tourner le lit : par contrepoint sur une roue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur planifie l'assistance physique : il y a un piédroit dans le lit ■ Le travailleur vérifie si la tête du lit est à plat et la hauteur du lit permet d'avoir un bon appui aux genoux ■ Le travailleur vérifie si la hauteur du lit permet de garder un dos droit ■ Le travailleur planifie l'assistance verbale : permettre de garder le bénéficiaire et lui décrire ce que vous allez faire et le prévoir de votre code de départ <p><i>Remonter à la tête de lit : par transfert de poids avant-arrière, en diagonale, avec piédroit à deux appuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur planifie l'assistance physique : la tête du lit est à plat, tourner l'oreiller dans la tête du lit ■ Le travailleur utilise un piédroit glissant ■ Le travailleur vérifie si la hauteur du lit est adéquate pour leur permettre de garder les bras tendus ■ Le travailleur planifie l'assistance verbale <p><i>Remonter à la tête de lit : par contrepoint avec un genou dans le lit et le piédroit à deux appuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur planifie l'assistance physique <p>Remarque importante : La tâche est faite à deux</p> <p>Tourner le lit : par contrepoint sur une roue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur se place face au tronc du bénéficiaire, les pieds écartés et orientés pour faire un contrepoint ■ Le travailleur se place à l'un des côtés du lit, en haut des épaules du bénéficiaire, en position pour un transfert de poids avant-arrière, le genou le plus à l'avant est collé au lit ■ Son regard fixe en diagonale le genou opposé du bénéficiaire <p><i>Remonter à la tête de lit : par contrepoint avec un genou dans le lit et le piédroit à deux appuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur se place à la tête du lit et sur son genou dans le lit ■ L'avant du pied est appuyé sur le bord du matelas, le bout du pied est à côté ■ L'autre jambe est bien appuyée au sol ■ La hanche du travailleur est le genou opposé <p>Tourner le lit : par contrepoint avec une roue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur prend le piédroit au niveau de l'omoplate et du bassin, à la near solidement ■ Ses bras sont tendus, ses épaules et son dos sont stabilisés dans cette position <p><i>Remonter à la tête de lit : par transfert de poids avant-arrière, en diagonale, avec piédroit à deux appuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur croise les bras du bénéficiaire pour dégager l'espace près du tronc ■ Le travailleur encadre la partie libre du piédroit ou de l'abaisse de chaque côté du tronc du bénéficiaire et à arrêter que les épaules restent sur le piédroit ■ Le travailleur assure solidement le piédroit au niveau de la hauteur de la moule du bras ■ Le travailleur à les bras tendus ■ Ses épaules et son dos sont stabilisés dans cette position <p><i>Remonter à la tête de lit : par contrepoint avec un genou dans le lit et le piédroit à deux appuis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le travailleur croise les bras du bénéficiaire pour dégager l'espace près du tronc ■ Le travailleur encadre la partie libre du piédroit ou de l'abaisse de chaque côté du tronc du bénéficiaire <p>Remarque importante : Carniers accutés sont faites à deux</p> <p>Tourner le lit : par contrepoint sur une roue</p>
<p>Effectuer une prise</p>	<p>Préparer et planifier l'assistance totale</p>	<p>Déplacer le bénéficiaire</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Le travailleur se rapproche avec le bénéficiaire • Le travailleur effectue son compte en descendant son poids vers l'unité tout en gardant ses gains en appui au lit • Le travailleur se redresse en position debout et se rapproche du bénéficiaire • <i>Revenir à la tête de lit, par transfert de poids avant-arrêté, en alignant, avec l'axe, à deux signaux</i> • Le travailleur continue, avec l'autre, d'un code et désigner celui qui le donne • Le travailleur participe au lit effectués un transfert de poids avant-arrêté • <i>Revenir à la tête de lit, par transfert de poids avant-arrêté, en alignant, avec l'axe, à deux signaux</i> • Les deux travailleurs continuent d'un code, désignant qui le donne et informant le bénéficiaire • Ils poussent sur leur pied au sol tout en serrant leur poids vers l'unité pour s'asseoir sur leur talon
--	--	---

Appendice n° 3 : Guide d'entretien

ESG UQÀM

École des sciences de la gestion

Département Organisation et Ressources Humaines

Université du Québec à Montréal



Programme conjoint de
Doctorat en Administration

↳ Doctorat en administration (Ph. D.)

100 - 350 - 1050

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ

Date de l'entretien : Unité ou service :

INSTRUCTIONS

- Avant de débiter l'interview,
 - expliquer à l'interviewé(e) que l'objectif de l'entretien est de savoir comment le contexte organisationnel influe sur l'exécution de ses tâches.
 - rappeler à l'interviewé(e) qu'il (ou elle) a le droit de refuser de répondre à certaines questions ou celui de mettre un terme à l'entrevue à tout moment.
 - dire à l'interviewé(e) combien sa participation est importante, car en acceptant de répondre aux questions de son mieux, il (ou elle) contribue à l'avancement des connaissances scientifiques relativement à son métier.
 - insister sur la confidentialité des informations que l'interviewé(e) va livrer à travers l'entretien et lui rappeler les mesures prises à cet effet.
 - solliciter la permission de l'interviewé(e) d'enregistrer la conversation dans le but de restituer fidèlement ses propos grâce à leur retranscription.
- Ne pas oublier pas de faire signer à l'interviewé(e) le formulaire de consentement.

QUESTIONS	
1.	<p>Utilisation des compétences</p> <p><u>Remarque</u> : Question à formuler après analyse des réponses fournies dans le questionnaire d'évaluation préliminaire <u>et</u> selon l'appartenance au groupe expérimental ou témoin</p>
<p><i>Aide-mémoire sur les thèmes à couvrir</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Q4 : Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses - Q7 : Mon travail exige un niveau élevé de qualifications - Q9 : Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes
RÉPONSES / COMMENTAIRES	

QUESTIONS	
2.	<p>Développement des compétences</p> <p><i>Remarque</i> : Question à formuler après analyse des réponses fournies dans le questionnaire d'évaluation préliminaire et selon l'appartenance au groupe expérimental ou témoin</p>
<p><i>Aide-mémoire sur les thèmes à couvrir</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Q3 : Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles - Q5 : Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité - Q11 : Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles
RÉPONSES / COMMENTAIRES	

QUESTIONS	
3.	<p>Pouvoir décisionnel</p> <p><u>Remarque</u> : Question à formuler après analyse des réponses fournies dans le questionnaire d'évaluation préliminaire et selon l'appartenance au groupe expérimental ou témoin</p>
<p><i>Aide-mémoire sur les thèmes à couvrir</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Q6 : Mon travail permet de prendre des décisions de façon autonome - Q5 : J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail - Q10 : J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail
RÉPONSES / COMMENTAIRES	

QUESTIONS	
4.	<p>Charge psychologique de travail</p> <p><u>Remarque</u>: Question à formuler après analyse des réponses fournies dans le questionnaire d'évaluation préliminaire et selon l'appartenance au groupe expérimental ou témoin</p>
<p><i>Aide-mémoire sur les thèmes à couvrir</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Q19 : Mon travail exige de travailler très rapidement - Q20 : Mon travail exige de travailler très durement - Q22 : On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail - Q23 : J'ai assez de temps pour faire le travail - Q26 : Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres
RÉPONSES / COMMENTAIRES	

QUESTIONS	
5.	<p>Charge physique de travail</p> <p><u>Remarque</u> : Question a formuler apres analyse des réponses fournies dans le questionnaire d'évaluation préliminaire et selon l'appartenance au groupe expérimental ou témoin</p>
<p>Aide-mémoire sur les thèmes à couvrir</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Q21 : Mon travail nécessite beaucoup d'effort physique - Q24 : Je suis souvent amené à déplacer ou à soulever des charges très lourdes sur mon travail - Q25 : Mon travail exige de l'activité physique rapide et continue - Q30 : Je suis souvent appelé à travailler pendant de longues périodes avec mon corps dans des positions physiquement inconfortables - Q31 : Je suis tenu de travailler pendant de longues périodes avec ma tête ou des bras dans des positions physiquement inconfortables
RÉPONSES / COMMENTAIRES	

QUESTIONS	
6.	<p>Autres (clarifications, compléments, etc)</p> <p><u>Remarque</u> : Question à formuler après analyse des réponses fournies dans le questionnaire d'évaluation préliminaire <u>et</u> selon l'appartenance au groupe expérimental ou témoin</p>
RÉPONSES / COMMENTAIRES	

Appendice n° 4 : Questionnaire d'évaluation primaire

ESG UQÀM

École des sciences de la gestion

Département Organisation et Ressources Humaines

Université du Québec à Montréal



Programme conjoint de
Doctorat en Administration

↳ Doctorat en administration (Ph. D.)

100 - 350 - 1050

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE

Confidentialité

Vos réponses demeureront strictement confidentielles. La saisie et le traitement des informations livrées dans ce questionnaire seront faits en dehors des locaux de votre CHSLD. Aucune information permettant de retracer l'identité des participants ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche.

Vous êtes libre de remplir ce questionnaire.

Nous vous remercions, d'avance, d'accepter de remplir ce questionnaire au meilleur de votre connaissance.

I - CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Consigne : Pour chacune des questions, mettez une croix sur la case correspondant à la réponse appropriée ou inscrire, à la place prévue à cet effet, la bonne réponse.

1	Vous êtes	<input type="checkbox"/> Une femme	<input type="checkbox"/> Un homme	1	_____	
2	Vous êtes âgé(e) de	_____ années		2	_____	
3	Quel est votre niveau de scolarité ?	<input type="checkbox"/> Diplôme d'études secondaires	<input type="checkbox"/> Baccalauréat	3	_____	
		<input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales	<input type="checkbox"/> Maîtrise			
		<input type="checkbox"/> Certificat universitaire	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____			
4	Dans quelle unité ou service travaillez-vous actuellement ?	_____		4	_____	
5	Quel emploi occupez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> Préposée aux bénéficiaires	<input type="checkbox"/> Infirmière auxiliaire	<input type="checkbox"/> Infirmière	5	_____
6	Quel est votre ancienneté dans cet emploi ?	_____ années _____ mois		6	_____	
7	Quel est votre ancienneté dans le CHSLD les Maçonnettes ?	_____ années _____ mois		7	_____	
8	Avez-vous reçu une formation sur le PDSB en dehors du CHSLD les Maçonnettes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	8	_____
9	Si oui, veuillez préciser dans quel cadre vous avez reçu cette formation ?	<input type="checkbox"/> Formation professionnelle	<input type="checkbox"/> CEGEP	<input type="checkbox"/> Autre	9	_____
10	Avez-vous reçu une formation PDSB dispensée sur place par des collègues accrédités par l'ASSTSAS ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> NSP	10	_____
11	Si oui, veuillez préciser l'année ou les années à laquelle (ou auxquelles) vous avez reçu cette formation sur place ?	_____ 1 ^{ère} formation	_____ 2 ^{ème} formation	_____ 3 ^{ème} formation	11	_____
12	Accepteriez-vous de participer à la recherche ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	12	_____	

2 - LATITUDE DÉCISIONNELLE ET CHARGE DE TRAVAIL

Consigne : Les questions ci-dessous concernent votre autonomie dans le travail et votre charge de travail psychologique et physique. Cocher une seule case par question.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mon travail permet de prendre des décisions de façon autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mon travail exige de travailler très rapidement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mon travail exige de travailler très fort mentalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai assez de temps pour faire le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ma tâche est souvent interrompue avant que je ne l'aie terminée, se doit alors y revenir plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mon travail est très mouvementé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mon travail nécessite beaucoup d'effort physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je suis souvent amené à déplacer ou à soulever des charges très lourdes lors de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mon travail exige de l'activité physique rapide et continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je suis souvent appelé à travailler pendant de longues périodes avec mon corps dans des positions physiquement inconfortables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je suis tenu de travailler pendant de longues périodes avec ma tête ou des bras dans des positions physiquement inconfortables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de votre collaboration !!!

Appendice n° 5 : Lettre d'autorisation du Pr Karasek et JCQ Center



One University Ave Kitson 200
Lowell, Massachusetts 01854-5109
tel: 978.934-3250
Fax: 978-452-5711
Web site: <http://www.uml.edu/college/she/WE/>

DEPARTMENT OF WORK ENVIRONMENT

December 8, 2009

Cheikh Faye
2271 Bedard
Longueuil Quebec
J4N 1B4, Canada

Dear Mr. Faye:

Thank you for your interest concerning the "Job Content Instrument: Questionnaire and User's Guide." We have received your "JCQ Data Base Form" and your signed permission form.

I hereby send our questionnaire and validation report and research literature as requested. We look forward to supplying you with information that may assist in your research.

You may find more references and information in our book, Robert Karasek and Tores Theorell: Healthy Work, published by Basic Books, 1990.

Sincerely,

Robert A. Karasek, Ph.D.
Professor, Work Environment

Enclosures: JCQ User's Guide and Questionnaire
w/Global Economy and new Psychological Strain Scales
w/Karasek, et al, NIOSH, 1982
Karasek, et al (1983/ U.S., QES 1970's) Validation Report
Karasek and Thorell (1990 Healthy Work, Appendix I)
Karasek, Schwartz, Theorell, Final NIOSH Report (1982)
Kristensen (1995) Stress Med.
Kristensen (1996) J Occ Hlth Psych
Schnall, Landsbergis, Baker (1994) Annual of Pub. Health
Kawakami (1996), Industrial Health
Karasek (1979), Administrative Science Quarterly

Appendice n° 6 : Lettre d'approbation du SCAE

ESG UQÀM

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le SCAE (sous-comité d'admission et d'évaluation) mandaté par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant :

Responsable du projet : **Monsieur Cheick FAYE**
 Département ou centre de Recherche : **Doctorat en administration**

Titre du projet : **«Utilisation sur le lieu de travail es compétences acquises par la formation : analyse d'implantation d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos.»**

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «*Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM*»

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Membres du Comité SCAE :

Céleste Grimard-Brotheridge
 Andrée De Serres
 Gaetan Breton
 Kornlan Sedzro directeur au programme de doctorat en administration
 Pierre Filiatrault
 Jorge Niosi

Septembre 2010
 Date

Kornlan Sedzro
 Responsable du Comité

Septembre 2010
 Date

C. Grimard-Brotheridge
 Membre du Comité

Appendice n° 7 : Lettre d'information et d'engagement à la confidentialité

ESG UQÀM

École des sciences de la gestion

Département Organisation et Ressources Humaines

Université du Québec à Montréal



Programme conjoint de
Doctorat en Administration

↳ Doctorat en administration (Ph. D.)

PATIENT (E)

LETTRE INFORMATION ET D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Destinée à la patiente ou au patient qui fait l'objet d'un transfert
par un travailleur participant à l'étude (observé)

Titre du projet de recherche	Utilisation sur le lieu de travail des compétences acquises par la formation: analyse évaluative d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos compte tenu de l'influence du contexte d'organisationnel
Présentation du but de la recherche	L'objectif de la recherche est d'analyser les facteurs et mécanismes liés à l'utilisation des principes appris lors d'une formation PDSB. Concrètement, je vais observer le personnel soignant chargé d'assurer vos déplacements de façon sécuritaire.
Nature de votre participation	La formation PDSB vise à faire éviter au personnel soignant toute blessure, surtout au dos, lorsqu'il vous aide à faire certains actes ou lorsqu'il vous déplace.
Avantages et inconvénients liés à votre participation	Vous n'aurez aucune participation active à faire. Seule votre permission, autorisant l'observation du personnel soignant au moment où il s'occupe de vous, est requise.
Participation volontaire	L'observation du personnel soignant chargé de vos déplacements sécuritaires n'entraînera, pour vous, aucune interférence avec les soins que vous devez recevoir ni violer votre intimité.
Droit de retrait en tout temps	La participation à l'étude est volontaire. Vous ne devez, en aucun cas, vous sentir obligé d'y participer.
Diffusion des résultats de la recherche	Il est possible de demander, à tout moment, que soit mis fin à l'observation dont fait l'objet le personnel soignant chargé de votre déplacement.
	Une présentation des résultats sera organisée au sein du CHSLD et tous les participants y seront invités.

Confidentialité des données

Toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle et détruites, de façon sécuritaire, au bout de cinq (5) ans.

Comité facultaire d'éthique

Toutes les mesures prises pour assurer la confidentialité et le respect des règles d'éthique ont été soumises au Comité d'éthique de la recherche avec des sujets humains de l'Université du Québec à Montréal. Son approbation est obtenue préalablement au démarrage de la recherche

Service de la recherche et de la création

Téléphone: 987-7060

Télécopieur: 987-3933

Courriel: src@uqam.ca

Signature

Les membres de l'équipe de recherche s'engagent à respecter scrupuleusement le contenu de la présente

Signature _____ Date _____

Cheikh Fave
 Doctorant
 Université du Québec à Montréal
 514 987 3000 # 4995
fave.cheikh@uqam.ca

Signature _____ Date _____

Diane Berthelette, PhD
 Directrice de thèse
 Université du Québec à Montréal
 514 393 0467
berthelette.diane@uqam.ca

Appendice n° 8 : Formulaire de consentement

ESG UQÀM

École des sciences de la gestion

Département Organisation et Ressources Humaines

Université du Québec à Montréal



Programme conjoint de
Doctorat en Administration

↳ Doctorat en administration (Ph. D.)

100 - 350 - 1050

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je confirme par la présente avoir pris connaissance de la lettre d'information et d'engagement à la confidentialité. J'ai été informé(e) de l'objectif de cette recherche, des conditions de ma participation, du caractère anonyme des informations qui seront recueillies au cours de l'étude et de l'utilisation de ses résultats. J'ai lu et compris la lettre d'information et d'engagement à la confidentialité et j'ai également reçu des informations complémentaires sur l'étude notamment aux principes éthiques qui l'encadrent.

Veuillez cocher les cases correspondant à vos décisions :

- Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude en répondant aux questions et / ou en faisant l'objet d'observation par Monsieur Cheikh Faye.

Dans ce cas, je sais que je peux refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions ou arrêter de me faire observer si j'en décide ainsi. Il est aussi entendu que je peux demander de mettre un terme à ma participation, ce qui annulera mon consentement et interdira à Monsieur Cheikh Faye d'utiliser l'information recueillie jusqu'à la. Celle-ci sera détruite de manière sécuritaire.

- J'accepte que l'entrevue soit enregistrée sur une bande sonore et / ou que des photos soient prises lors de mon observation.

Toutes les informations recueillies seront traitées de façon strictement confidentielle. La cassette contenant l'enregistrement et sa transcription ainsi que les photos prises seront conservées dans un lieu sécuritaire. De plus, aucune information personnelle permettant de retracer mon identité ne sera divulguée lors de la diffusion des résultats de la recherche. Les données seront détruites de manière sécuritaire cinq (5) ans après la publication des résultats de l'étude.

- Je refuse que l'entrevue soit enregistrée sur une bande sonore et / ou que des photos soient prises lors de mon observation.

Nom du, de la, participant(e)

Signature du, de la, participant(e)

Date

Cheikh Faye

Signature

Date

Appendice n° 9 : Feuille de route (*worksheet*)

 DONALD BERMAN
MAIMONIDES
 Going further in geriatric care
 À l'avant-garde des soins gériatriques

G GÉRIATRIQUE MAIMONIDES
WORKSHEET BY ROOM-BED
 From 2011/11/02-07:00 to 2011/11/02-14:59

Date	Care unit	Position	Sequence
2011/11/02	3North	3 North Day PAB2 - A Wing	A
Room-Bed - Name (usual name), Given name Date Intervention (Specification)			
			Interv. Assist. Charting
PATIENT XXX			
		Incontinent of stool and urine, wears med brief Toilet q2hrs. (Takes out penis and urinates on floor.)	Care Part. Ass. <input type="checkbox"/>
		Can be agressive, approach gently and do not force him. If agitated let him be until he calms down (.Has companion in afternoon)	Care Part. Ass. <input type="checkbox"/>
		Offer fluids, will not ask	Care Part. Ass. <input type="checkbox"/>
		Oral hygiene; brush natural teeth Hair to be done by hairdresser	Care Full Assis <input type="checkbox"/>
		Toileting schedule q2h during the day. Encourage fluid intake, offer him he will not ask.	Nurs. Aid Full Assis <input type="checkbox"/>
		Very unsteady on feet, risk for falls	Care Part. Ass. <input type="checkbox"/>
		Transfer with lift Do not pivot (No Standing Lift)	
		Wife will dq laundry for now	Care Full Assis <input type="checkbox"/>
07:30		Partial a m. care in bed with two people Res. is aggressive. (Do not manipulate left shoulder too much.)	Nurs. Aid Full Assis <input type="checkbox"/>
08:15		Meal, prepare tray, may eat in room or Bistro. Has to be fed, attention span is poor (Offer fluids regularly)	Nurs. Aid Part. Ass. <input type="checkbox"/>
12:00		Meal; prepare tray, may eat in room or Bistro. Has to be fed, attention span is poor. (Offer fluids regularly)	Nurs. Aid Part. Ass. <input type="checkbox"/>
PATIENT YYY			
		Ambulates; Wanders on unit, tries to leave the floor (Monitor)	Care Part. Ass. <input type="checkbox"/>
		Clothes done by outside laundry q Monday and return on Tuesday	Care Full Assis <input type="checkbox"/>
		Incontinence; change disposal briefs prn Wears med. pull-up (Removes brief often. monitor)	Nurs. Aid Full Assis <input type="checkbox"/>
		Wears alarm bracelet, hip protector, has one full and 1/3 rails and bed tender 2477	Care Full Assis <input type="checkbox"/>
08:00		Apply electronic bracelet to prevent res. from taking elevator alone. Monitor closely whereabouts. Encourage to participate in activities on floor.	Care Full Assis <input type="checkbox"/>
08:15		Meal, prepare tray. May eat in room or Bistro. Appetite is poor needs lots of encouragement. (Prefers to drink ensure)	Care Part. Ass. <input type="checkbox"/>
09:00		Shower: Wednesday	Nurs. Aid Full Assis <input type="checkbox"/>
11:45		Meal; prepare tray, Eats in Bistro Offer fluids will not ask.	Care Part. Ass. <input type="checkbox"/>
PATIENT ZZZ			
		Ambulates with walker on the unit. Unsteady on feet, knees buckle at times Has low stamina and endurance. Use wchair for long distance. (Stay close to res. when he's walking)	Care No <input type="checkbox"/>
		Continent, change disposable briefs prn Wears med pull-up. Assist with toileting	Nurs. Aid Part. Ass. <input type="checkbox"/>
		Laundry done outside	Care Full Assis <input type="checkbox"/>
		Res. must use walker at all times Alarm bracelet to alert staff of whereabouts. Medicate when in discomfort. Proper shoes to avoid tripping.	Care Part. Ass. <input type="checkbox"/>

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

1. ACCREDITATION CANADA, 2009, « Accreditation report prepared for Maimonides Geriatric Centre », *Rapport inédit*, Montréal
2. ACDI, 2004, « Guide de l'évaluation à l'ACDI », *Direction de l'évaluation*, Direction générale de la gestion du rendement et des connaissances, Agence canadienne de développement international, Ottawa.
3. AGENCE EUROPÉENNE POUR LA SÉCURITÉ ET LA SANTÉ AU TRAVAIL, 2007, « Dangers et risques associés à la manutention manuelle de charges sur le lieu de travail », *Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail*, ISSN 16. 81.-2131 <http://ew2007.osha.europa.eu>. 73. FR.
4. ALLARD-POÉSI F. et C. MARÉCHAL, 1999, « Construction de l'objet de la recherche » : 34-56, *in* THIETART R A (dir), « Méthodes de recherche en management », Dunod, Paris.
5. ASKENAZY P., C. BAUDELLOT, P. BROCHARD, J-P. BRUN, C. CASES, P. DAVEZIES, B. FALISSARD, D. GALLIE, M. GOLLAC, A. GRIFFITHS, M. GRIGNON, E. IMBERNON, A. LECLERC, P. MOLINIER, I. NIEDHAMMER, A. PARENT-THIRION, D. VERGER, M. VÉZINA, S. VOLKOFF et A. WEILL-FASSINA, 2011, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », *Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail*, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé.
6. ASSTSAS, 1995, « Prévention des blessures musculosquelettiques pour le personnel soignant », *Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales*, Montréal
7. ASSTSAS, 2006, « Activités de formation. Répertoire 2006 », *Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales*, Montréal
8. ASSTSAS, 2007a, « Affiches PDSB », *Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales*, Montréal.
9. ASSTSAS, 2007b, « Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement », *Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales*, Montréal.
10. ASSTSAS, 2010, « Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires. Cahier du formateur », *Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales*, Montréal.
11. BAILLARGEON M. et L. PATRY, 2003, « Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur reliés au travail : définitions, anatomie fonctionnelle, mécanismes physiopathologiques et facteurs de risque », *Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale*, Direction de santé publique de Montréal-Centre.
12. BALDWIN T. T. et K. J. FORD, 1988, « Transfer of Training : A Review and Directions for Future Research », *Personnel Psychology*, 41 (1) : 63-105.
13. BANQUE MONDIALE, 2007, « Coffre d'outils de formation sur l'évaluation de programme. Module 2 - Définition de l'évaluation et du suivi des projets / programmes », *Banque Mondiale*, Washington.

14. BARBIER, J-M., 1994, « L'évaluation en formation », *Presses Universitaires de France*, 3^e édition, Paris
15. BARTH BRITT-MARI, 2004, « Le transfert des connaissances : quels présupposés ? quelles implications pédagogiques ? » : 269-284, in Presseau Annie et Frenay Mariane (dir), *Le transfert des apprentissages ; comprendre pour mieux intervenir*, Les Presses de l'Université Laval, Ste-Foy.
16. BARZUCCHETTI S. et J-F. CLAUDE, 1995, « Évaluation de la formation et performance de l'entreprise », *Collection Diagnostic d'entreprise. Éditions Liaisons*, Paris.
17. BASQUE J., 2004, « Le transfert d'apprentissage : qu'en disent les contextualistes ? » : 49-76, in Presseau Annie et Frenay Mariane (dir), *Le transfert des apprentissages ; comprendre pour mieux intervenir*, Les Presses de l'Université Laval, Ste-Foy.
18. BATES R., 2004, « A critical analysis of evaluation practice: the Kirkpatrick model and the principle of beneficence », *Evaluation and Program Planning*, 27 : 341-347.
19. BELLIER S., 1999, « La compétence » : 223-244, in Carré P et P. Caspar (dir), *Traité des sciences et techniques de la formation*, Dunod, Paris.
20. BERNARD BRUCE P., VERN PUTZ-ANDERSON, BRUCE P. BERNARD, SUSAN E. BURT, LIBBY L. COLE, CHERYL FAIRFIELD-ESTILL, LAWRENCE J. FINE, KATHARYN A. GRANT, CHRISTOPHER GJESSING, LYNN JENKINS, JOSEPH J. HURRELL JR., NANCY NELSON, DONNA PFIRMAN, ROBERT ROBERTS, DIANA STETSON, MARIE HARING-SWEENEY, SHIRO TANAKA, 1997, « Musculoskeletal disorders and workplace factors. A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back », *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)*, Cincinnati: U.S. Department of health and human services.
21. BERNIER S., I. DECORNOIS, A-M. FREYRIA, J-P. LOMBERGET, C. LUCAS et M-B. SANGLERAT, 2003, « La prévention des risques liés aux manutentions manuelles et mécaniques. S'organiser et apprendre à bien porter pour mieux se porter », *Centre national de la recherche scientifique (CNRS)*, Inspection générale d'hygiène et de sécurité. Paris.
22. BERTHELETTE D. et R. BARIL, 2002, « Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles ». *PISTES* (revue en ligne), 4 (2), consulté sur Internet (<http://www.pistes.uqam.ca/v4n2/articles/v4n2a7s.htm>), le 10 janvier 2006
23. BERTHELETTE D., L. DESNOYERS, A. BÉDARD, 2001, « Recherche évaluative d'un programme syndical de formation en santé et en sécurité du travail », *Relations industrielles*, 56 (3) : 516-542
24. BERTHELETTE D., L. DESNOYERS, D. GOURDE, M. AUTHIER, 1998, « Évaluation de l'implantation d'un programme de formation en santé et sécurité du travail », *Performances humaines et techniques*, 96 : 21-26.
25. BERTHELETTE D., N. LEDUC, H. BILODEAU, M-J. DURAND et C. FAYE, 2011, « Evaluation of the integrity of an ergonomic training program designed to prevent back pain », *Applied Ergonomics*, 43 : 239-245.

26. BERTHELETTE D., N. LEDUC, H. BILODEAU, M.-J. DURAND, C. FAYE, C. LOIGNON et M.-J. 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/Rapport R-452*, Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Montréal.
27. BERTHELETTE DIANE ET NICOLE LEDUC, 2007, « Évaluation d'un programme ergonomique visant à prévenir les maux de dos liés au travail chez le personnel soignant », *Document inédit*, Projet de recherche, 29 pages
28. BERTHELETTE, D., 1999, « Statistical implementation analysis of a public occupational health programme – the canadian case » : 154-166, in Menckel E. et Westerholm P. (dir), *Evaluation in Occupational Health Practice*, Oxford .
29. BERTHELETTE, Diane; M. LACOMBLEZ et C. TEIGER, 1998, « La conception de programmes de formation à et par l'analyse du travail : réflexions sur des travaux en cours en ergonomie, en psychologie du travail et en recherche évaluative », 123-130, in *Deuxièmes journées : Recherche et ergonomie*, (9-11 février, 1998 : Toulouse, France)
30. BEST M., 1997, « An Evaluation of Manutention Training in Preventing Back Strain and Resultant Injuries in Nurses », *Safety Science*, 25 : 202-222.
31. BICKMAN, L., 1987, « Using program theory in evaluation. New Directions for Program Evaluation », *Jossey-Bass Publishers*, San Francisco, CA.
32. BLOOM B.S., ENGELHART M.D., FURST E.J., HILL W.H., ET KRATHWOHL D.R., 1969, « Taxonomie des objectifs pédagogiques, tome 1 : domaine cognitif », *Les entreprises éducation nouvelle Inc.*, Montréal
33. BOHR P.C. et N.E. BARETT, 1997, « Assessing the Efficacy of Educational Programs for Musculoskeletal Work Injury Prevention », *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7 (4) : 239-247.
34. BOURBONNAIS R., N. GAUTHIER, M. VÉZINA, C. VIENS, P. J. DURAND, C. BRISSON, M. ALDERSON, P. BÉGIN et J-P. OUELLET, 2005, « Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail », *PISTES*, 7 (2), revue en ligne (<http://www.pistes.uqam.ca/v7n2/articles/v7n2a1.htm>) consultée en 2006.
35. BOURDIEU, P., 1986, « The forms of capital ». Translated by Richard Nice. in J. Richardson (dir.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*
36. BOURGEOIS P., J. CHARLOT, F. DERRIENNIC, T. LEBRUN, A. LECLERC, J-P. MEYER, A. D'HOUTAUD, X. PHELIP, 1995, « Rachialgies en milieu professionnel : quelles voies de prévention ? », *Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)*, Paris.
37. BOUTEILLER D. et P. GILBERT, 2005, « Réflexions croisées sur la gestion des compétences en France et en Amérique du Nord », *Relations Industrielles*, 60 (1) : 3-26.
38. BRACKE DANIELLE, 1998, « Vers un modèle théorique du transfert. Le rôle des affordances, des catégories et des modèles mentaux », *Thèse de doctorat inédite*, Université de Montréal.

39. BRACKE Danielle, 2004, « Un modèle fonctionnel du transfert en éducation » : 77-106, in Presseau Annie et Frenay Mariane (dir), *Le transfert des apprentissages ; comprendre pour mieux intervenir*, Les Presses de l'Université Laval, Ste-Foy.
40. BRANGIER É. et C. TARQUINIO, 1998, « La compétence : modèles et usages : l'émergence de nouvelles normes sociales », *Connexions*, 70 : 13-30.
41. BRISSON C., C. BLANCHETTE, C. GUIMONT, G. DION, J. MOISAN, M. VÉZINA, G. R. DAGENAIS et L. MASSE, 1998, « Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire », *Work Stress*, 12 (4) : 322-336.
42. BROAD M. L. et J. W. NEWSTROM, 1992, « Transfer of Training. Action-Packed Strategies to Ensure High Payoff from Training Investments », *Reading*, Addison-Wesley.
43. BROUCKER B., 2011, « Comment maximaliser le transfert des acquis de formation dans le secteur public ? L'effectivité de la formation managériale dans l'administration fédérale belge », *Télescope*, 17 (3) : 54-77.
44. BROWN S, BUDWORTH N, MIIRSM F et al., 2002, « Participative quality techniques for back pain management », *J Inst Occup Saf Health*, 6 : 39-56.
45. BROWN, J. S. ET DUGUID, P., 2001, « Knowledge and organization : a social-practice perspective », *Organization Science*, 12 (2)
46. BURKE L. A. et H. M. HUTCHINS, 2007, « Training Transfer: An Integrative Literature Review », *Human Resource Development Review*, 6 (3) : 263-296.
47. BURKE L.A. et T.T. BALDWIN, 1999, « Workforce training transfer: a study of the effect of relapse prevention training and transfer », *Human Resource Management*, 38 (3) : 227-242.
48. BURKE M. J., S. A. SARPY, K. SMITH-CROWE, S. CHAN-SERAFIN, R. O. SALVADOR et G. ISLAM, 2006, « Relative Effectiveness of Worker Safety and Health Training Methods », *American Journal of Public Health*, 96 (2) : 315-324.
49. BURT, R.S., 1992, « Structural Holes: The Social Structure of Competition », *Harvard University Press*, Cambridge, MA
50. CABLE Josh, 2006, « Fighting Back », *Occupational Hazards*, Août 2006 : 23-28
51. CARBONNEL A., 2004, « Le développement des compétences cognitives du métier : concept, mesures et résultats » : 1391-1412, in *Actes du congrès de l'AGRH de 2004*, Tome 3. École Supérieure de Gestion de l'UQAM, Montréal
52. CAROLY S., S. MOISAN, I. JURET, C. BRINON, M-P. GUILLO-BAILLY et Y. ROQUELAURE, 2009, « Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants », *PISTES* (revue en ligne), 11 (2), consulté sur Internet (<http://www.pistes.uqam.ca/v11n2/articles/v11n2a8.htm>) en 2010.

53. CCG, 2001, « Un outil de mesure d'apprentissage pour les programmes d'enseignement du gouvernement du Canada : document de travail », *Centre canadien de gestion*, Ottawa.
54. CGMDB, 2012, « Rapport annuel 2011 – 2012 », *Centre Gériatrique Maimonides Donald Berman*, Montréal
55. CHAMPAGNE F. et J-L. DENIS, 1992, « Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation », *Service social : l'avenir des services ou services d'avenir*, 41 (1) : 143–163.
56. CHAMPAGNE FRANÇOIS, ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS, ASTRID BROUSSELLE, ZULMIRA HARTZ ET JEAN-LOUIS DENIS, 2009a, « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *In Brouselle Astrid, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos et Brouselle, Zulmira Hartz (dir), L'évaluation : concepts et méthodes*, Les Presses de l'Université de Montréal.
57. CHAMPAGNE FRANÇOIS, ASTRID BROUSSELLE, ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS ET ZULMIRA HARTZ, 2009b, « L'analyse des effets », *In Brouselle Astrid, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos et Brouselle, Zulmira Hartz (dir), L'évaluation : concepts et méthodes*, Les Presses de l'Université de Montréal
58. CHAMPAGNE FRANÇOIS, ASTRID BROUSSELLE, ANDRÉ-PIERRE CONTANDRIOPOULOS ET ZULMIRA HARTZ, 2011, « L'analyse des effets », *In Brouselle Astrid, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos et Brouselle, Zulmira Hartz (dir), L'évaluation : concepts et méthodes*, Deuxième édition mise à jour, Les Presses de l'Université de Montréal
59. CHARLON E., 1996, « Transformation de la formation et transformations des savoirs » : 147-164, *in Barbier J-M, F. Berton et J-J. Boru (dir), Situations de travail et formation*, Éditions l'harmattan, Paris.
60. CHEN H. T., 1990, « Theory-driven evaluations », *Newbury Park*, Sage Publications.
61. CHIABURU D. S., A. G. TEKLEAB, 2005, « Individual and Contextual Influences on Multiple Dimensions of Training Effectiveness », *Journal of European Industrial Training*, 29 (8/9) : 604-626.
62. CLEMES S. A., C. O. HASLAM et R. HASLAM, 2010, « What constitutes effective manual handling training? A systematic review », *Occupational Medicine*, 60 : 101–107.
63. CLOUTIER E., H. DAVID, É. LEDOUX, M. BOURDOUXHE, C. TEIGER, I. GAGNON et F. OUELLET, 2005, *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile. Études et recherches / Rapport R-429*, Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Montréal.
64. CLOUTIER E., H. DAVID, É. LEDOUX, M. BOURDOUXHE, C. TEIGER, I. GAGNON et F. OUELLET, 2006, *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile. Études et recherches / Résumé RR-453*, Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Montréal.

65. COHEN H. et M. J. COLLIGAN, 1998, « Assessing Occupational Safety and Health Training: A literature review », *DHHS (National Institute for Occupational Safety and Health) Pub*, 98-145, Cincinnati, OH.
66. COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES, 2007, « Améliorer la qualité et la productivité au travail: stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail », *Commission des communautés européennes*, Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, Comité économique et social européen et au Comité des régions - {SEC(2007) 214} {SEC(2007) 215} {SEC(2007) 216}, Bruxelles.
67. CONTANDRIOPOULOS A.P., F. CHAMPAGNE, J.-L. DENIS et R. PINEAULT, 1993, « L'évaluation dans le domaine de la santé. Concepts et méthodes », *Bulletin*, 33 (1) : 12-17.
68. CONTANDRIOPOULOS A.P., F. CHAMPAGNE, J.-L. DENIS, M.C. AVARGUES, 2000, « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et santé publique*, 48 : 517-539.
69. CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, POTVIN L, DENIS JL, BOYLE P., 1990, « Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer », *Les Presses de l'Université de Montréal*, Montréal.
70. CORMIER YVES, 2006, « Le Bas-Saint-Laurent, très actif en prévention des lésions », *Objectif Prévention*, 29 (3) : 14-15
71. CREMILDE A.T RADOVANOVIC, NEUSA M.C ALEXANDRE, 2004, « Validation of an instrument for patient handling assessment », *Applied Ergonomics*, 35 (4) : 321-328
72. CRIE D, 2001, « NTIC et extraction des connaissances », *Cahiers de la Recherche du CLAREE*, IAE de Lille/USTL, n°06,
73. CROMWELL S. E., et J. A. KOLB, 2004, « An examination of work environment support factors affecting transfer of supervisory skills training to the workplace », *Human Resource Development Quarterly*, 75 (4) : 449-471.
74. CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, « L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective », *Éditions du Seuil*, coll. Points Essais
75. CSST, 2010, « Plan stratégique 2010-2014 », *Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec*, Montréal.
76. CSST, 2011, « Statistiques sur les affections vertébrales 2007-2010 », *Service de la statistique*, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information, Commission de la santé et de la sécurité du travail.
77. DA COSTA ET VIEIRA, 2010, « Risk Factors for Work-Related Musculoskeletal Disorders : A Systematic Review of Recent Longitudinal Studies », *American Journal of Industrial Medicine*, 53 (3) : 285 - 323
78. DE VET, H.C. W., M. W. HEYMANS, K. M. DUNN, D. POPE, A. VAN DER BEEK, G. J. MACFARLANE, L. M. BOUTER, P. R. CROFT, 2002, « Episodes of Low Back Pain : A Proposal for Uniform Definitions to Be Used in Research », *Spine*, 27 (21) : 2409-2416.
79. DENIS D., M. ST-VINCENT, D. IMBEAU, C. JETTÉ, I. NASTASIA, 2008, « Intervention practices in musculoskeletal disorder prevention: A critical literature review », *Applied Ergonomics*, 39 : 1-14.

80. DENNERY M., 2001, « Évaluer la formation. Des outils pour optimiser l'investissement formation », *ESF éditeur. Collection formation permanente*, Issy-les-Moulineaux.
81. DESGRAUPES P. et M. LHOMME, 1994, « Évaluer la formation. L'évaluation par les outils de l'assurance qualité », *Collection les livres de poche de l'entreprise. Éditions Nathan*, Paris.
82. DEVOS C. et X. DUMAY, 2006, « Les facteurs qui influencent le transfert: une revue de la littérature », *Revue Savoir*, 12 : 2-46.
83. DILLINGHAM, T.R., 1998, « Lumbar supports for prevention of low back pain in the workplace », *Journal of the American Medical Association*, 22 : 1826-1828.
84. DIONNE C., K. DUNN, P. CROFT, A. NACHEMSON, R. BUCHBINDER, B. WALKER, M. WYATT, J. CASSIDY, M. ROSSIGNOL, C. LEBOEUF-YDE, J. HARTVIGSEN, P. LEINO-ARJAS, U. LATZA, S. REIS, M. GIL DEL REAL, F. KOVACS, B. ÖBERG, C. CEDRASCHI, L. BOUTER, B. KOES, H. PICAVET, M. VAN TULDER, K. BURTON, N. FOSTER, G. MACFARLANE, E. THOMAS, M. UNDERWOOD, G. WADDELL, P. SHEKELLE, E. VOLINN et M. VON KORFF, 2008, « A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies », *Spine*, 33 (1) : 95-103.
85. DOBSON DOUGLAS ET THOMAS J. COOK, 1980, « Avoiding type III error in program evaluation : Results from a field experiment », *Evaluation and Program Planning*, 3 (4) : 269-276
86. DOUMONT D. et F. LIBION, 2001, « Prévention des lombalgies en milieu hospitalier et éducation par les pairs », *Unité RESO, Éducation pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain. Série de dossiers documentaires. Réf. : 01-16. Bruxelles.*
87. DURY C. 2003, « Une approche par les compétences pour l'apprentissage des soins infirmiers. Analyse pratique des enseignants », *Recherche en soins infirmiers*, 73 : 1-37.
88. EISENHARDT K. M., 1989, « Building theories from case study research », *Academy of management review*, 14(4) : 532-550
89. ENGELS JA, B. BRANDSMA et GULDEN VAN DER J.W.J., 1998, « Evaluation of the effects of an ergonomic-educational programme. The assessment of ergonomic errors made during the performance of nursing tasks », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 69 : 475-481.
90. ENKVIST Inga-Lill, 2006, « Evaluation of an intervention comprising a No Lifting Policy in Australian hospitals », *Applied Ergonomics*, 37 : 141-148.
91. ESTRYN-BEHAR M. et J. P. FOUILLOT, 1990, « Étude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins », *Documents pour le Médecin du Travail (DMT)*, 41 TL5 : 27-33.
92. EUROGIP, 2007, « Les troubles musculo-squelettiques en Europe. Définitions et données statistiques », *Eurogip*, 25/F
93. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2008, « Work-related musculoskeletal disorders: prevention report », *Office for Official Publications of the European Communities*, Luxembourg.

94. EVANOFF B., L. WOLF, E. ATON, J. CANOS, J. COLLINS, 2003, « Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace ». *American Journal of Industrial Medicine*, 44 (5) : 451-457.
95. 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*, 4 (1-2) : 51-54.
96. FAYE C., D. BERTHELETTE et N. LEDUC, 2011, « La formation pour prévenir les maux de dos au travail : problématique de transfert des résultats de la recherche ou des connaissances et effets contextuels » : 201-215, in DESMARAIS L. et M. LORTIE (dir), « La dynamique du transfert des connaissances. Perspectives centrées sur l'utilisateur », *Collection Santé et sécurité du travail*, Presses Universitaires de Laval.
97. FELDSTEIN, A., VALANIS, B., VOLLMER, W., STEVENS, N., ET OVERTON, C., 1993, « The back injury prevention project pilot study », *Journal of Occupational Medicine*, 35 (2) : 114-120.
98. FONDATION EUROPÉENNE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL, 2007, « Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail », Version française, *Office des publications officielles des Communautés européennes*, Luxembourg.
99. FOURNIER P.-S., S. MONTREUIL, J.-P. BRUN, C. BILODEAU et J. VILLA, 2010, « Étude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité : Étude de cas dans le secteur des services », *Études et recherches. RAPPORT R-668*, Institut Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Montréal.
100. FRANC CARINE ET ROMAIN LESUR, 2004, « Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention », *Revue économique*, 55 (4) : 901-922. URL : www.cairn.info/revue-economique-2004-5-page-901.htm.
101. FRENAY M., 2004, « Du transfert des apprentissages au transfert des connaissances » : 7-48, in A. Presseau et M. Frenay (dir.), *Le transfert des apprentissages ; comprendre pour mieux intervenir*, Presses de l'Université Laval, Sainte-Foy.
102. FRENAY MARIANE ET BÉDARD DENIS, 2004, « Des dispositifs de formation universitaire s'inscrivant dans la perspective d'un apprentissage et d'un enseignement contextualisés pour favoriser la construction de connaissances et leur transfert », in A. Presseau et M. Frenay (dir.), *Le transfert des apprentissages ; comprendre pour mieux intervenir*, Les Presses de l'Université Laval, Ste-Foy.
103. GAGNON YVES-CHANTAL, 2005, « L'étude de cas comme méthode de recherche », *Presses universitaires du Québec*, Sainte-Foy
104. GATTY CM, M. TURNER, B. BATMAN ET H. BATMAN, 2003, « The effectiveness of back pain and injury prevention programs in the workplace », *Work*, 20 : 257-266.
105. GAUTHIER JOSÉE ET MONGRAIN LYNE, 2004, « Relancer le suivi PDSB : un défi, une réalisation ! », *Objectif Prévention*, 27 (4)
106. GBAYA A. A., C. GARAND et J. PAYETTE, 2011, « Les maladies chroniques dans Lanaudière : les maladies musculosquelettiques », *Direction de*

santé publique et d'évaluation de Lanaudière, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Joliette.

107. GEBHARDT, W.A., 1994, « Effectiveness of training to prevent job-related back pain : a metaanalysis », *British Journal of Clinical Psychology*, 33 : 571-574
108. GHERARDI, S., 2000, « Practice-based theorizing on learning and knowing in organizations », *Organization*, 7 (2) : 211-223
109. GOMBAULT ANNE, 2005, « La méthode cas », dans Patrice Roussel et Frédéric Wacheux, 2005, « Management des ressources humaines », Collection Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales, Éditions De Boeck Université, Bruxelles
110. GOULD J.M. et A. R. LOMAX, 1993, « The evolution of peer education; where do we go from here? », *J. Amer. College Health*, 41 : 235-240.
111. GRAWITZ M., 1996, « Méthodes des sciences sociales », Dalloz, Paris
112. GREEN J., 2001, « Peer Education », *Promotion & Education*, VIII (2) : 65-68.
113. GUENETTE A. M., Yih-teen LEE et Jean-Pierre PAPART, 2006, « Conditions de travail et santé : le modèle de Karasek revisité au travers d'une approche par les regressions polynomiales », *XVIIe Congrès de l'AGRH*, « Le travail au coeur de la GRH », IAE de Lille et Reims Management School, 16 et 17 novembre 2006, Reims
114. HACCOUN ROBERT R. ET PIERRE MCDUFF, 2009, « Attribution et causalité des effets », In Ridde Valéry et Christian Degenais (dir), *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Les Presses de l'Université de Montréal
115. HARTVIGSEN J, LAURITZEN S, LINGS S, LAURITZEN T., 2005, « Intensive education combined with low tech ergonomic intervention does not prevent low back pain in nurses », *Occup Environ Med*, 62 : 13-17.
116. HASLAM C., Clemes, S., McDermott, H., Shaw, K., Williams, C., Haslam, R., 2007, *Manual handling training - Investigation of current practices and development of guidelines*. RR 583, Health and Safety Executive (HSE), Loughborough.
117. HIGNETT S. et E. CRUMPTON, 2007, « Competency-based training for patient handling », *Applied Ergonomics*, 38 : 7-17.
118. HIGNETT S., 2003, « Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients: a systematic review », *Occup Environ Med*, 60e6 (electronic paper). <http://www.occenvmed.com/cgi/content/full/60/9/e6>.
119. HODDER J.N., S. N. MACKINNON, A. RALHAN, P. J. KEIR, 2010, « Effects of training and experience on patient transfer biomechanics », *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40 : 282-288.
120. HORNEIJ E, B. HEMBORG, I. JENSEN et C. EKDAHL, 2001, « No significant differences between intervention programmes on neck, shoulder and low back pain : a prospective randomized study among home-care personnel », *J Rehabil Med*, 33 : 170-176.
121. Hudson M-A., 2004, « History and vision for work-injured nurses' group USA » : 1-4, in CHARNEY W. et M-A. HUDSON (dir), « Back injury among healthcare workers. Causes, solutions and impacts », Lewis Publishers.

122. INSPQ, 2010, « Portrait national des troubles musculo-squelettiques (TMS) 1998-2007 », *Direction des risques biologiques et de la santé au travail*, Institut national de santé publique du Québec.
123. JAWOREK M., T. MAREK, W. KARWOWSKI, C. ANDRZEJCZAK, A. M. GENAIDY, 2010, « Burnout syndrome as a mediator for the effect of work-related factors on musculoskeletal complaints among hospital nurses », *International Journal of Industrial Ergonomics*, 40 : 368-375.
124. JOBERT G., 1999, « L'intelligence au travail » : 205-222, in Carré P. et P. Caspar (dir), *Traité des sciences et techniques de la formation*, Dunod, Paris.
125. JOHNSON C., CARLSSON R., AND LAGERSTRÖM M., 2002, « Evaluation of training in patient handling and moving skills among hospitals and home care personnel », *Ergonomics*, 45 (12) : 850-865.
126. JONES JUDITH A. R., COCKCROFT ANNE, RICHARDSON BARBARA, 1999, « The ability of non-ergonomists in the health care setting to make manual handling risk assessments and implement changes », *Applied Ergonomics*, 30 : 159-166
127. JONNAERT P., 2002, « Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique », *De Boeck Université*, Bruxelles.
128. JONNAERT P., J. BARRETTE, S. BOUFRAHI, D. MASCOTRA, 2004, « Contribution critique au développement des programmes d'études : compétences, constructivisme et interdisciplinarité », *Revue des sciences de l'éducation*, XXX (3) : 667-696.
129. KARAS B.E. & K. M. Conrad, 1996, « Back injury prevention interventions in the workplace. An integrative review », *American Association of Occupational Health Nurses*, 44 (4) : 89-196.
130. KARASEK R. A. ET THEORELL T., 1990, « Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life », *Basic Book*, New York
131. KARASEK R. A., 1979, « Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, 24 : 285-308.
132. KARASEK R.A, GARDELL B., LINDELL J. (1987), « Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers », *Journal of Occupational Behavior*, 8 : 187-207.
133. KARASEK R.A. (1990), « Lower health risk with increased job control among white collar workers », *Journal of Organizational Behavior*, 11 : 171-185.
134. KAZT J. N., 2006, « Lumbar Disc Disorders and Low-Back Pain : Socioeconomic Factors and Consequences », *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 88 (2) : 21-24.
135. KIM S-L et LEE J-E, 2010, « Development of an intervention to prevent work-related musculoskeletal disorders among hospital nurses based on the participatory approach », *Applied Ergonomics*, 41 : 454-460.
136. KING P. M., 1993, « Back injury prevention programs. A critical review of the literature », *Journal of Occupational Rehabilitation*, 5 : 145-158.
137. KIRKPATRICK D., 1994, « Evaluating training programs. The four levels », *Berrett-Koehler Publishers*, San Francisco.

138. KIRWAN CYRIL AND BIRCHALL DAVID, 2006, « Transfer of learning from management development programmes: testing the Holton model », *International Journal of Training and Development*, 10 (4) : 252-268
139. KJELLBERG K., M. LAGERSTROM et M. HAGBERG, 2003, « Work technique of nurses in patient transfer tasks and associations with personal factors », *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 29 (6) : 468-477.
140. KOEHOORN M., P. A. DEMERS, C. HERTZMAN, J. VILLAGE, S. M. KENNEDY, 2006, « Work organization and musculoskeletal injuries among a cohort of health care workers ». *Scandinavian journal of work, environment & health*, 32 (4) : 285-293.
141. KÖENIG G., 2006, « L'apprentissage organisationnel : repérage des lieux », *Revue Française de Gestion*, 32 (160) : 293-307.
142. KONTOGHIORGHES C., 2001, « Factors affecting training effectiveness in the context of the introduction of new technology. A US case study », *International Journal of Training and Development*, 5 : 248-260.
143. KONTOGHIORGHES C., 2004, « Reconceptualizing the Learning Transfer Conceptual Framework : Empirical Validation of a New Systemic Model », *International Journal of Training and Development*, 8 (3) : 210-221.
144. LACROIX ANNE, 2007, « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? », *Santé Publique*, 19 (4) : 271-282. URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-271.htm.
145. LAGERSTRÖM M., M. JOSEPHSON, B. PINGEL, G. TJERNSTRÖM, M. HAGBERG et le MOSES STUDY GROUP, 1998, « Evaluation of the Implementation of an Education and Training Programme for Nursing Personnel at a Hospital in Sweden », *International Journal of Industrial Ergonomics*, 21 (1) : 79-90.
146. LAHAD, A., A. D. MALTER, A. O. BERG, et R. A. DEYO, 1994, « The Effectiveness of four interventions for the prevention of low back pain », *Journal of the American Medical Association*, 272 (16) : 1286-1291.
147. LAROCQUE B, C. BRISSON et C. BLANCHETTE, 1998, « Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de latitude décisionnelle du « Job Content Questionnaire » de Karasek », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 46 (5) : 371-381.
148. LAROUCHE VIATEUR, 1984, « Formation et perfectionnement en milieu professionnel », *Éditions JCL inc.*, Saint-Nazaire, Canada
149. LASFARGUE Y., 2006, « Charge de travail dans la société de l'information : intensification pour les uns, exclusion pour les autres ? Problèmes posés par la sous charge de travail », *Institut des Métiers de France Télécom - Colloque du 27 janvier 2006 « Agir contre l'exclusion interne », une responsabilité sociale d'entreprise.*
150. LÉ BOTERF G., 2001, « Construire les compétences individuelles et collectives », *Éditions d'Organisation*, 2^e édition, Paris.
151. LE BOTERF G., 2002, « Compétence et navigation professionnelle », *Éditions d'organisation*, 4^e édition, Paris.

152. LINTON S.J. et M. W. VAN TULDER, 2001, « Preventive interventions for back and neck pain problems : what is the evidence? », *Spine*, 26 (7) : 778-787.
153. LIPSEY MARK W., 1993, « Theory as method : Small theories of treatments », *New Directions for Program Evaluation*, 57 : 5-38
154. LIVIAN Y.-F., C. BARET et C. FALCOZ, 2004, « La gestion de la charge de travail dans les activités de services », *Revue française de gestion*, 3 (150) : 87-103.
155. LORENZ E. P., S. A. LAVENDER et G. B. J. ANDERSSON, 2002, « Determining what should be taught during lift-training instruction », *Physiotherapy theory and practice*, 18 (4) : 175-191.
156. LYNCH, R.M. AND FREUND, A., 2000, « Short-term efficacy of back injury intervention project for patient care providers at one hospital », *American Industrial Hygiene Association Journal*, 61 : 290-294.
157. 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*, 61 : 290-294.
158. MAHER C., 2000, « A systematic review of workplace interventions to prevent low back pain », *Australian Journal of physiotherapy*, 46 : 259-269.
159. MAIRIAUX PHILIPPE, J.-PH. DEMARET, D. MASSET ET CH. VANDORNE, 2008, « Manutentions manuelles. Guide pour évaluer et prévenir les risques », *Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale*, Belgique
160. MALCHAIRE J., S. VERGRACHT., N. COCK, A. PIETTE, 2000, « Facteurs psychosociaux et troubles musculo-squelettiques », *Medecine du travail & Ergonomie*, XXXVII (3) : 121-133.
161. MALCHAIRE JACQUES, 2002, « Stratégie générale de gestion des risques professionnels. Illustration dans le cas des ambiances thermiques au travail », *Cahier de notes documentaires, Revue Hygiène et sécurité du travail*, 186
162. MARTIMO K-P, Verbeek J, Karppinen J, Furlan AD, Takala E-P, Kuijjer PPFM, Jauhiainen M, Viikari-Juntura E., 2008, « Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: A systematic review. », *Br Med J*, 336 : 429-431.
163. MARTINELLI S., G. ARTIOLI, M. VINCETI, M. BERGOMI, N. BUSSOLANT, R. CAMELLINI, P. CELOTTI, P. CAPELLI, L. ROCCATO et F. GOBBA, 2004, « Low back pain risk in nurses and its prevention », *Prof Inferm*, 57 (4) : 238-42.
164. MASSY-WESTROPP M. et D. ROSE, 2004, « The impact of manual handling training on work place injuries: A 14 year audit », *Australian Health Review*, 27 : 80-87.
165. McROBIE H., 2006, « Improving ergonomics through patient lifting hoists : the Canadian experience », *European Agency for Safety and Health at Work*, Magazine 10 : 20-23.
166. MEIGNANT A., 1993, « Manager la formation », 2^e édition revue et augmentée, *Éditions Liaisons*, Paris.
167. MESSING KAREN, 2004, « ISO, ISOTTE : les normes ont-elles un genre ? » : 37-47, in Rey P., E. Ollagnier, V. Gonik et D. Ramaciotti (dir.), *Ergonomie et normalisation*, Octarès, Toulouse

168. MICHAUX VALÉRY, 2005, « Compétences collectives et haute performance : apports théoriques et enjeux opérationnels », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 58 : 45
169. MILLER A, C. ENGST, R.B. TATE RB, A. YASSI, 2006, « Evaluation of the effectiveness of portable ceiling lifts in a new long-term care facility », *Applied ergonomics*, 37 : 377-385.
170. MOENS G., R. MASSCHELEIN, P. MAIRIAUX, A. VAN NIEUWENHUYSE, P. SOMVILLE, K. JOHANNIK, D. PIRENNE, G. COMBREZ, E. PERSIJN, R. LYSSENS, O. VAN DEN BERGH, 2003, « Follow-up study into the etiologic and prognostic determinants of work-related back pain (final report + synthesis) », *Federal public service for Scientific Policy*, Brussels.
171. MORKEN T., B. MOEN, T. RIISE, S.H.V. HAUGE, S. HOLIEN, A. LANGEDRAG, H-O OLSON, S. PEDERSEN, I.L.L. SAUE, G. M. SELEBO et V. THOPPIL, 2002, « Effects of a training programme to improve musculoskeletal health among industrial workers-effects of supervisors role in the intervention », *International Journal of Industrial Ergonomics*, 30 : 115-127.
172. MSSS, 2008, « Programme national de santé publique 2003-2012 - mise à jour 2008 », *Ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec.
173. MURPHY K. A., S.T. SPENCE, C.N. MCINTOSH, S.K. CONNOR GORBER, pour le programme de recherche Impact sur la santé de la population (ISP) des maladies au Canada, 2006, « Descriptions des états de santé au Canada : maladies musculo-squelettiques », *Statistique Canada*, 82-619-MIF2006003 au catalogue, Ottawa.
174. NELSON A. et A. BAPTISTE, 2004, « Evidence-Based Practices for Safe Patient Handling and Movement », *Online Journal of Issues in Nursing*, 9 (3)
Available:
www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/EvidenceBasedPractices.aspx
175. NELSON A., J. D. LLOYD, N. MENZEL et C. GROSS, 2003, « Preventing Nursing Back Injuries : Redesigning Patient Handling Tasks », *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 51 (3) : 126-134.
176. NGAN K., S. DREBIT, S. SIOW, S. YU, D. KEEN et H. ALAMGIR, 2010, « Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers », *Occupational Medicine*, 60 : 389-394.
177. NIEDHAMMER I., J.-F. CHASTANG, L. GENDREY, S. DAVID et S. DEGIOANNI, 2006, « Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du «Job Content Questionnaire» de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER », *Santé publique*, 18 (3) : 413-427.
178. NYGARD, C.-H., MERISALO, T., AROLA, H., MANKA, M.-L., AND HUHTALA, H., 1998, « Effects of work changes and training in lifting technique on physical strain : A pilot study among female workers of different ages », *International Journal of Industrial Ergonomics*, 21 : 91-98.
179. OLSEN J.H., 1998, « The evaluation and enhancement of training transfer », *International Journal of Training and Development*, 2 (1) : 61-75.

180. OMS, 2004, « La prévention des troubles musculo-squelettiques sur le lieu de travail », *Série protection de la santé des travailleurs*, N° 5, Organisation Mondiale de la Santé.
181. ORE T., 2003, « Evaluation of safety training for manual handling of people with disabilities in specialised group homes in Australia », *Aust N Z J Public Health*, 27 : 64–69.
182. PARLIER M., 1998, « Les enjeux et les ambivalences de la gestion des compétences », *Connexions*, 70 : 13-30
183. PATTON M. Q., 2002, « Qualitative Research and Qualitative Research and Evaluation Methods », Third edition, Sage Publications.
184. PATTON, MICHAEL QUINN, 1986, « Utilization-focused evaluation. 2^e édition », *Sage publication*, Beverly Hills
185. PEDERSEN MT, ESSENDROP M, SKOTTE JH, JØRGENSEN K, SCHIBYE B, FALLENTIN N., 2007, « Back muscle response to sudden trunk loading can be modified by training among healthcare workers », *Spine*, 32 : 1454–1460.
186. PERRENOUD P., 1995, « Enseigner des savoirs ou développer des compétences : l'école entre deux paradigmes » : 73-88, in A. Bentolilla (dir.), *Savoirs et savoir-faire*. Paris, Nathan.
187. PLAMONDON, ANDRÉ, DENIS DENYS, BELLEFEUILLE SOPHIE, DELISLE ALAIN, GONELLA MAUD, SALAZAR ERIK, GAGNON DENIS, LARIVIÈRE CHRISTIAN, ST-VINCENT MARIE, NASTASIA IULIANA, 2010, « Manutention – Comparaison des façons de faire entre les experts et les novices », *Rapport R-663*, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Montréal, 126 p.
188. PRESSEAU ANNIE, 2000, « Analyse de l'efficacité d'interventions sur le transfert des apprentissages en mathématiques », *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. XXVI (3) : 515-544
189. PRESSEAU, A, J.-M. MIRON et S. MARTINEAU, 2004, « Le développement des compétences professionnelles : quelles jonctions possibles entre l'articulation théorie/pratique et le transfert ? » : 285-308, in Presseau A. et M. Frenay (dir), *Le transfert des apprentissages ; comprendre pour mieux intervenir*, Les Presses de l'Université Laval, Ste-Foy.
190. PUNNETT L. et D. WEGMAN, 2004, « Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate », *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14 : 13–23.
191. RADOVANOVIC C. A.T. et N. M.C. ALEXANDRE, 2004, « Validation of an instrument for patient handling assessment », *Applied Ergonomics*, 35 : 321–328.
192. RIDDE VALÉRY ET CHRISTIAN DEGENAIS, 2009 « Introduction générale à l'évaluation de programme », in Ridde Valéry et Christian Degenais (dir), *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Les Presses de l'Université de Montréal
193. ROBSON L, C. STEPHENSON, P. SCHULTE, B. AMICK, S. CHAN, A. BIELECKY, A. WANG, T. HEIDOTTING, E. IRVIN, D. EGGERTH, R. PETERS, J. CLARKE, K. CULLEN, L. BOLDT, C. ROTUNDA, P. GRUBB, 2010, « A systematic review of the effectiveness of training & education for the protection of workers », *Institute for Work & Health et National Institute for Occupational Safety and Health*, Toronto et Cincinnati, OH.

194. ROGERS P. J., PETROSINO A., HUEBNER T. A., HACSI T. A., 2000, « Program theory evaluation : practice, promise, and problems », *New Directions for Program Evaluation*, 87 : 5-13
195. ROSSI P. H., FREEMAN H. E., LIPSEY M. W., 1999, « Evaluation : a systematic approach », *Sage publications*, 6th edition, Beverly Hill, CA
196. ROUILLER J. Z et I. L.GOLDSTEIN, 1993, « The relationship between organizational transfer climate and positive transfer of training », *Human Resource Development Quarterly*, 4 (4) : 377-390.
197. ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2003, « Safer Staff, Better Care », *Royal College of Nursing Manual Handling Education Guidance and Competencies*, Royal College of Nursing, London.
198. RUSS-EFT D., 2002, « A Typology of Training Design and Work Environment Factors Affecting Workplace Learning and Transfer », *Human Resource Development Review*, 1 (1) : 45-65.
199. RYS M.J. et S. A. KONZ, 1995, « Lifting belts: a review », *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 1 : 294-303.
200. SAJAN, P. et F. ROY, 2006, « Nursing human resources:What do we know? », *Nursing Leadership*, 19 (1) : 30-35.
201. SAKS A. M., 2002, « So what is a good transfer of training estimate? A reply to Fitzpatrick », *The Industrial-Organizational Psychologist*, 39 : 29-30.
202. SCIACCA J., 1987, « Student peer health education: a powerful yet inexpensive helping strategy », *The Peer Facilitator Quarterly*, 5 : 4-6
203. SHAMIAN J, O'BRIEN-PALLAS L., D. THOMSON, C. ALKSNIS, M. S. KERR, 2003, « Nurse absenteeism, stress and workplace injury : What are the contributing factors and what can/should be done about it ? », *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23 (8-9) : 81-103.
204. SHEIRER M. A., 1987, « Program theory and implementation theory : implications for evaluators. Using program theory in evaluation », *Bickman L (ed)*, *New Directions for program evaluation*, 33.
205. SHIELDS M. et K. WILKINS, 2006, « Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats », *Statistique Canada*, produit no 83-003-XPF au catalogue, Ottawa.
206. SMEDLEY J., F. TREVELYAN, H. INSKIP, P. BUCKLE, C. COOPER, et D. COGGON, 2003, « Impact of an ergonomic intervention on back pain among nurses », *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 29 (2) : 117-123.
207. SOYER JACQUES, 2000, « Fonction Formation. 2^{ième} édition », Collection Personnel ANDCP, *Éditions d'organisation*, Paris
208. STAKE, R., 1995, « The art of case research », *Sage Publications*, Thousand Oaks, CA
209. STOCK S., A. FUNES, A. DELISLE, M. ST-VINCENT, A. TURCOT, K. MESSING, 2011, « Troubles musculo-squelettiques » : 445-530 in « Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) », Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec - Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail, Chapitre 7.

210. ST-VINCENT Marie, Lortie Monique et Tellier Chantal, 1989, « Évaluation d'un programme de formation à la manutention en milieu hospitalier » in Gagnon Micheline, Lortie Monique et St-Vincent Marie, 1989, « Résumé de trois études sur les préposés aux malades, hommes et femmes, dans un hôpital pour soins prolongés », Bilan et connaissances (B-035), Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 54 pages
211. TARDIF J. 1999, « Le transfert des apprentissages », *Éditions Logiques*, Montréal.
212. TARDIF J., 2004, « Axer la formation sur le développement de compétences : problématique de l'organisation du travail, de l'apprentissage et de l'enseignement ». in Pellois C. J. Vivier, J. Aubret et J-P. Boutinet, *Bilan des compétences et mutations. L'accompagnement de la personne*, Peter Lang, : 119-140
213. TEIGER C., 2002, « Origines et évolution de la formation à la prévention des risques gestes et postures en France », *Relations Industrielles*, 57 (3) : 431-462.
214. TOUPIN L., 1997, « Un transfert nommé désir », *Revue internationale de gestion*, Montréal, 22 (3) : 114-119.
215. TRACEY J. B. et C. G. CARDENAS, 1996, « Training Effectiveness_an Empirical Examination of Factors Outside the Training Context », *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 20 : 113-123.
216. TRACEY J. B., S. I. TANNENBAUM, M. J. Kavanagh, 1995, « Applying trained skills on the job. The importance of the work environment », *Journal of Applied Psychology*, 80 (2) : 239-252.
217. TRUC ROLAND, 1991, « Former pour des résultats », Collection Ressources Humaines et Management, *ESF éditeur*, Paris France.
218. TRUCHON M., L. FILLION, G. TRUCHON, C. DIONNE, B. ARSENAULT et C. VIAU, 2007, « Les déterminants de l'incapacité liés à la lombalgie », *Rapport R-487*, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Montréal.
219. TRUDEL LOUIS, CLAUDINE SIMARD, NICOLAS VONARX, 2007 « La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? », Actes du colloque « Recherche qualitative : les questions de l'heure », *Recherches qualitatives*, Hors Série, 5 : 38-45.
220. TULLAR J. M., S. BREWER, B. C. AMICK III, E. IRVIN, Q. MAHOOD, L. A. POMPEII, A. WANG, D. VAN EERD, D. GIMENO et B. EVANOFF, 2010, « Occupational Safety and Health Interventions to Reduce Musculoskeletal Symptoms in the Health Care Sector », *J Occup Rehabil*, 20 : 199-219.
221. TVEITO T. H., M. HYSING et H. R. ERIKSEN, 2004, « Low back pain interventions at the workplace : a systematic literature review », *Occupational Medicine*, 54 (1) : 3-13.
222. VAN DER MOLEN H.F., J. K. SLUITER, C. T. J. HULSHOF, P. VINK, M. H. W. FRINGS-DRESEN, 2005, « Effectiveness of measures and implementation strategies in reducing physical work demands due to manual handling at work », *Scandinavian journal of work, environment & health. Supplement*, 31 (2) : 75-87.

223. VAN POPPEL M.N., W. E. HOOFTMAN, B. W. KOES, 2004, « An update of a systematic review of controlled clinical trials on the primary prevention of back pain at the workplace », *Occup Med (Lond)*, 54 (5) : 345-52.
224. VAN POPPEL M.N.M., KOES B.W., VAN DER PLOEG T., SMID T., ET BOUTER L.M., 1998, « Lumbar supports and education for the prevention of low back pain in industry. A randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, 279 (22), pp 1789-1794.
225. Van Poppel Mireille N. M., Koes Bart W., Smid Tjabe, Bouter Lex M., 1997, « A systematic review of controlled clinical trials on the prevention of back pain in industry », *Occupational and Environmental Medicine*, 54 : 841-847
226. VATIER R., 1968, « Développement de l'entreprise et promotion des hommes », 3^e édition, *Editions de l'entreprise moderne*, Paris.
227. VENNING, P.J., S. D. WALTER, et L. W. STITT, 1987, « Personal and job-related factors as determinants of incidence of back injuries among nursing personnel », *Journal of Occupational Medicine*, 29 : 820-825.
228. VÉZINA M., R. Bourbonnais, C. Brisson et L. Trudel, 2006, « Définir les risques », Note de recherche : Sur la prévention des problèmes de santé mentale, *Actes de la recherche en sciences sociales* 3 (163) : 32-38.
229. VÉZINA MICHEL, LAVOIE MICHEL, GAGNON RICHARD, LEVAQUE-CHARRON, JOUBERT PIERRE, BRUN JEAN-PIERRE, BOURBONNAIS RENÉE, 1998, *L'évaluation des déterminants de l'efficacité d'une formation en matière de sécurité du travail dans le secteur minier*, Rapport R-207, Institut de Recherche Robert Sauvé en Santé et Sécurité du Travail, Montréal
230. VILLENEUVE JOCELYN, 2011, « Programme de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) chez le personnel soignant », ASSTSAS, 47 p., [en ligne]. [http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/Programme_TMS.pdf]
231. VOISIN A., 2000, « Ergonomie et formation. Traité des sciences et des techniques de la formation », *Dunod*, Paris.
232. WARDELL, H., 2007, « Reduction of Injuries Associated With Patient Handling », *AAOHN Journal*, 55 (10) : 407-412.
233. WARMING S., D. H. PRECHT, P. SUADICANI, N.E. EBBEHØJ, 2009, « Musculoskeletal complaints among nurses related to patient handling tasks and psychosocial factors – Based on logbook registrations », *Applied Ergonomics*, 40 (4) : 569–576.
234. WARMING S., N. E. EBBEHOJ, N. WIESE, L. H. LARSEN, J. DUCKERT et H. TONNESEN, 2008, « Little effect of transfer technique instruction and physical fitness training in reducing low back pain among nurses: a cluster randomised intervention study », *Ergonomics*, 51 (10) : 1530-1548.
235. WESTGAARD R.H. et J. WINKEL, 1997, « Ergonomic intervention research for improved musculoskeletal health: a critical review », *International Journal of Industrial Ergonomics*, 20 : 463-500.
236. WOODSIDE A. G. ET WILSON E. J., 2003, « Case study research methods for theory building », *Journal of Business and industrial marketing*, 18 (6/7) : 493-508

237. WORKCOVER NEW SOUTH WALES, 1998, « Manual Handling Competencies for Nurses », Camperdown NSW: NSW Nurses' Association.
238. WORKCOVER NEW SOUTH WALES, 2001, « Utilisation of the Manual Handling Competencies For Nurses. Health and Community Services Industry Reference Group », *Report*, Health and Community Services, Organisations and Education Establishments in New South Wales.
239. YASSI A., M. GILBERT et Y. CVITKOVICH, 2005, « Trends in Injuries, Illnesses, and Policies in Canadian Healthcare Workplaces », *Canadian Journal of Public Health*, 96 (5) : 333-339.
240. YASSI, A., J. E. COOPER, R. B. TATE, S. GERLACH, M. MUIR, J. TROTTIER et K. MASSEY, 2001, « A randomized controlled trial to prevent patient lift and transfer injuries of health care workers », *Spine*, 26 (16) : 1739-1746.
241. YIN R., 1990, « Case study research : design and methods », *Sage publications*, Beverly Hills, CA