



Projet optimisation du programme Pour une maternité sans danger : évaluation organisationnelle et économique des processus de traitement des demandes des travailleuses enceintes

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Projet optimisation du programme Pour une maternité sans danger : évaluation organisationnelle et économique des processus de traitement des demandes des travailleuses enceintes

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Octobre 2012

AUTEURS

Hélène Sultan-Taïeb, Ph. D., économiste de la santé
Institut national de santé publique du Québec

Maurice Poulin, M.D., M. Sc., médecin spécialiste en médecine du travail
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DES MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR

Diane Caron, coordonnatrice régionale en santé au travail
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Stéphane Caron, M.D., président du CMPH-PMSD, médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Lise Chagnon, chef d'administration du programme PMSD
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Colette Claing, conseillère en santé au travail
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique

Raynald Cloutier, M.D., M. Sc., directeur de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord/Direction de santé publique

Agathe Croteau, M.D., Ph. D., médecin spécialiste en médecine du travail
Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Dolbec, coordonnatrice régionale en santé au travail
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Danièle Donaldson, M.D., médecin-conseil
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Diane Lamothe, agente de planification, de programmation et de recherche
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Gervais Tremblay, coordonnateur régional en santé au travail
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Daniel Villeneuve, coordonnateur du programme santé au travail
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MISE EN PAGES

Julie Douville, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les membres du comité aviseur pour leur implication, leurs commentaires et suggestions au cours du processus de réalisation de ce projet de recherche et de rédaction du rapport.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-66604-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

RÉSUMÉ

Contexte

Le programme Pour une maternité sans danger (PMSD), dispositif de protection de la maternité vis-à-vis des risques professionnels, a été implanté en 1981 au Québec et a connu une période de croissance progressive puis une stabilisation depuis 2005. Entre 46 et 47 % des travailleuses ont recours au programme chaque année. Une évaluation de ce programme a été commanditée par la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) et la Table de coordination nationale de santé publique et la Table de concertation nationale en santé au travail (TCNSAT).

Objectifs

Le projet s'articule autour de 4 objectifs : (1) décrire et comparer les différents processus organisationnels de traitement des demandes PMSD dans l'ensemble des équipes de la province; (2) évaluer le coût des processus, analyser les écarts de coûts entre les processus et entre les équipes; (3) identifier les critères de qualité tels que perçus par les équipes et la façon dont les équipes hiérarchisent ces critères; (4) formuler des recommandations visant à améliorer le fonctionnement du PMSD en tenant compte du coût des processus.

Méthodologie

Une enquête a été menée au sein de l'ensemble des 29 équipes en charge du PMSD, issues des 15 régions responsables de la mise en œuvre du programme. Une enquête exploratoire qualitative a permis de valider deux questionnaires (données quantitatives) qui ont été créés pour les besoins de l'étude, l'un sur les processus organisationnels et l'autre sur les coûts du traitement des demandes. Le questionnaire sur les coûts a permis de produire deux indicateurs de coûts, l'un basé sur le chronométrage des tâches lié à la réalisation de la P1, P2, P3 dans le Système d'information en santé et sécurité au travail (SISAT), l'autre basé sur les équivalents temps complet par fonction dans chaque équipe. L'estimation est centrée sur les coûts de traitement des demandes et ne tient pas compte des coûts d'indemnisation versés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Résultats sur les processus

Les résultats sur l'analyse des processus organisationnels montrent que 7 processus différents sont utilisés par les équipes pour traiter une demande : poste de référence avec ou sans appel, étude comparable avec ou sans appel, demande sans modèle, demande avec visite avec ou sans mesure ou échantillonnage. Les équipes en charge du PMSD utilisent différentes combinaisons de ces 7 processus. Le rôle des intervenants et la répartition des tâches dans les équipes varient beaucoup. L'utilisation du SISAT est systématique pour la P1, quasi-systématique pour la P2 et très répandue pour la P3. Environ les 2/3 des demandes sont traitées en passant un appel à la travailleuse et/ou à l'employeur. L'usage d'une banque de recommandations locale (propre à l'équipe en charge du PMSD) et personnelle (propre à un médecin) en plus de la banque de recommandations régionale varie selon les équipes. Dans 6 équipes, le contenu des recommandations pour un même facteur de risque est

différent soit entre deux banques personnelles au niveau local, soit entre la banque régionale et les banques personnelles ou locales. Lors de leurs communications avec les employeurs, environ les $\frac{3}{4}$ des équipes répondent à des questions sur les possibilités de réaffectation ou d'aménagement de poste des travailleuses. Les $\frac{3}{4}$ des équipes perçoivent que c'est une attente de la part des employeurs de recevoir des recommandations rédigées de façon à donner des pistes pour la réaffectation. Pour les équipes qui utilisent des postes de référence, le temps nécessaire pour la création et l'actualisation de ces postes est difficile à estimer. Par ailleurs, l'actualisation de ces postes n'est pas automatique. Enfin, l'enquête montre que la perception des équipes sur les critères de qualité des processus de traitement est variable. Les deux critères choisis en premier le plus fréquemment sont l'adéquation entre la liste des facteurs de risque retenus et les facteurs effectivement présents au poste de travail, et le délai de traitement des demandes. 25 équipes sur 28 citent le critère de cohérence des recommandations entre les travailleuses en 1^{re}, 2^e ou 3^e position, ce qui traduit un consensus sur ce point entre les équipes. Mais le consensus n'est que partiel. Par exemple, les 5 équipes qui citent le critère de l'adéquation entre la liste des facteurs de risque retenus et les facteurs effectivement présents au poste de travail en 7^e ou 8^e position utilisent toutes des postes de référence et représentent 36 % des demandes de la province.

Résultats sur les temps passés et les coûts

Le temps moyen par demande est de 1,3 h basé sur le chronométrage de la P1, P2, P3, et de 3,4 h si on se base sur les équivalents temps complet. Le coût moyen par demande est de 60,10 \$ basé sur le chronométrage de la P1, P2, P3, et de 144,90 \$ basé sur les équivalents temps complet. Les écarts de temps passé et de coûts entre équipes sont importants, y compris pour un même type de processus de traitement. L'ordre des équipes par temps moyen par demande est similaire à l'ordre des équipes par coût moyen par demande. Les écarts de coûts entre les équipes sont dus pour une grande partie à des différences de temps passé par demande. Des hypothèses peuvent être formulées pour expliquer les différences entre équipes des temps chronométrés pour un même type de processus. Les intervenants sont plus ou moins rapides pour réaliser les mêmes tâches selon leur degré d'expérience. De ce point de vue, certains intervenants ont une très longue expérience du PMSD et connaissent parfaitement les milieux de travail de leur région, alors que d'autres équipes se heurtent à un fort taux de roulement du personnel et ont des difficultés à transmettre aux nouvelles recrues les connaissances accumulées. Ces différences d'expérience pourraient jouer un rôle important dans l'explication des écarts de temps entre équipes, notamment pour les valeurs extrêmes. Ensuite, les méthodes utilisées diffèrent entre les équipes, notamment pour le temps passé par appel téléphonique. La nature de ces appels varie également.

Recommandations

L'analyse des résultats de cette étude permet de formuler 6 recommandations visant à améliorer la performance du programme.

1. Élaborer par la concertation une vision commune sur les critères de qualité des processus de traitement et prioriser ces critères.
2. Améliorer la cohérence entre les recommandations au niveau local et régional.

3. Répondre aux attentes des employeurs en matière de conseils pour l'aménagement du poste de travail ou pour la réaffectation.
4. Mener une réflexion sur les coûts des processus en adoptant une vision globale, c'est-à-dire en tenant compte à la fois des coûts de traitement et d'indemnisation.
5. Faciliter le travail des équipes en limitant le nombre d'appels reçus pour raisons administratives.
6. L'évolution des processus de traitement des demandes devrait tenir compte de la hiérarchie des critères de qualité adoptée au niveau provincial, et des hypothèses sur les avantages et inconvénients de chaque type de processus (tableau 16).

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES GRAPHIQUES	IX
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XI
1 INTRODUCTION : CONTEXTE ET OBJECTIFS	1
2 MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1 Population incluse dans l'étude	5
2.1.1 Étape préliminaire pour identifier les équipes à enquêter	5
2.1.2 Enquête exploratoire qualitative sur 5 régions, 14 équipes	7
2.1.3 Enquête à grande échelle sur 15 régions, 29 équipes	8
2.2 Instruments utilisés : questionnaires.....	8
2.2.1 Questionnaire sur les processus	8
2.2.2 Questionnaire sur les coûts	9
2.3 Analyses	10
2.4 Mode de collecte de données	11
2.5 Validation des différentes étapes du projet optimisation PMSD	12
3 RÉSULTATS : PROCESSUS	15
3.1 Résultats de la collecte de données	15
3.2 Panorama des processus de traitement des demandes utilisés dans la province	16
3.3 Rôle des différents intervenants et répartition des tâches dans les équipes	22
3.4 Utilisation de SISAT pour la P1, la P2 et la P3	26
3.5 Les demandes avec visite d'établissement.....	26
3.6 Les appels passés par les intervenants.....	27
3.7 Les banques de recommandations	31
3.8 Les appels reçus.....	32
3.9 Perception des équipes sur les attentes des employeurs	33
3.10 Les délais.....	34
3.11 Création et actualisation des postes de référence	34
3.12 Perception des équipes sur les critères de qualité des processus de traitement.....	35
4 RÉSULTATS : COÛTS DES PROCESSUS.....	39
5 DISCUSSION : LIMITES, POINTS FORTS, PROLONGEMENTS	55
6 RECOMMANDATIONS.....	57
RÉFÉRENCES.....	65
ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE SUR LES PROCESSUS	67
ANNEXE 2 QUESTIONNAIRE SUR LES COÛTS	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Liste de toutes les équipes responsables du PMSD au Québec.....	6
Tableau 2	Fonction des intervenants interrogés.....	12
Tableau 3	Nombre de demandes reçues par équipe en 2011, basées sur le nombre de P1 saisies dans le SISAT et pourcentage dans le total des demandes de la province (en caractère gras : données régionales).....	15
Tableau 4	Nombre d'équipes par combinaison des processus 1 à 5 au Québec en 2012.....	21
Tableau 5	Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, demandes avec poste de référence SANS appel	22
Tableau 6	Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, demandes avec poste de référence AVEC appel	23
Tableau 7	Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, demandes avec études comparables SANS appel	23
Tableau 8	Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, demandes avec étude comparable AVEC appel	24
Tableau 9	Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, types de processus de 1 à 4.....	25
Tableau 10	Les postes de référence sont-ils mis à jour?	35
Tableau 11	Nombre d'équipes selon l'ordre d'importance des critères de qualité des processus, critères d'importance 1 à 4 (1 étant le plus important), trié selon le score total (28 équipes).....	36
Tableau 12	Nombre d'équipes selon l'ordre d'importance des critères de qualité des processus, critères d'importance 5 à 8 (8 étant le moins important), trié selon le score total (28 équipes).....	36
Tableau 13	Temps par demande en fraction d'heure par type de processus basé sur le chronométrage des P1, P2, P3 et en équivalent temps complet (ETC) (moyenne pondérée, médiane, minimum, maximum, écart type, coefficient de variation).....	40
Tableau 14	Coût par demande en dollars par type de processus basé sur le chronométrage des P1, P2, P3 et en équivalent temps complet (ETC) (moyenne pondérée, médiane, minimum, maximum, écart type, coefficient de variation)	41
Tableau 15	Rappel sur les combinaisons de processus (voir section résultats sur les processus).....	48
Tableau 16	Hypothèses sur les avantages et inconvénients des différents types de processus utilisés par les équipes	62

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Part des demandes sans appel passé, par équipe.....	30
Graphique 2	Temps par demande et par type de processus sans visite (chronométrage P1, P2, P3, fraction d'heure)	43
Graphique 3	Temps par demande et par type de processus avec visite (chronométrage P1, P2, P3, en heures)	44
Graphique 4	Coût par demande et par type de processus sans visite (chronométrage P1, P2, P3, dollars)	46
Graphique 5	Coût par demande et par type de processus avec visite (chronométrage P1, P2, P3, dollars)	47
Graphique 6	Temps moyen par demande sans visite et temps moyen supplémentaire lié aux visites selon les équipes et les combinaisons de processus (chronométrage P1, P2, P3, fractions d'heure).....	49
Graphique 7	Coût moyen par demande sans visite et coût moyen supplémentaire lié aux visites selon les équipes et les combinaisons de processus (chronométrage P1, P2, P3, dollars)	50
Graphique 8	Temps moyen par demande en fraction d'heure selon les équivalents temps complets (ETC) et selon le chronométrage P1, P2, P3, tri des équipes selon la mesure chronométrée (en heures).....	53
Graphique 9	Coûts moyens par demande en dollars selon les équivalents temps complets (ETC) et selon le chronométrage P1, P2, P3, tri des équipes selon la mesure chronométrée	54

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CCDP	Classification canadienne descriptive des professions
PMSD	Programme Pour une maternité sans danger
SISAT	Système d'information en santé et sécurité au travail
P1, P2, P3	Trois principaux volets d'une demande PMSD dans le SISAT
RSPSAT	Réseau de santé publique en santé au travail

1 INTRODUCTION : CONTEXTE ET OBJECTIFS

Champ couvert par le projet optimisation PMSD

Implanté en 1981 au Québec, le programme Pour une maternité sans danger (PMSD) est un dispositif de protection de la maternité vis-à-vis des risques professionnels largement accessible aux travailleuses (Plante et Malenfant, 1998). Ce programme fait l'objet de plusieurs articles dans la Loi sur la santé et sécurité du travail (LSST), dont les articles 40 à 48. En 2010, 31 954 demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes étaient inscrites et acceptées par la CSST (2011b). La part des travailleuses enceintes ayant eu recours au programme a connu une période de croissance progressive depuis les années 1980 et s'est ensuite stabilisée au milieu des années 2000 : chaque année, un peu moins de la moitié des travailleuses enceintes (de 46 à 47 %) ont recours au programme depuis 2005 (Croteau et collab., 2012).

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté par la Table de coordination nationale de santé publique et la Table de concertation nationale en santé au travail (TCNSAT) au printemps 2011 pour réaliser une évaluation du programme pour l'ensemble de la province. À l'origine, le mandat portait sur deux aspects du PMSD : (1) l'optimisation des processus organisationnels de traitement des demandes par les équipes du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) et (2) l'harmonisation des pratiques et des recommandations délivrées par les équipes en charge du PMSD.

Concernant l'optimisation des processus organisationnels, une première tentative d'estimation des coûts du processus de traitement des demandes avait été menée dans les 15 régions en charge du PMSD au cours du printemps-été 2011. Compte tenu des difficultés rencontrées pour répondre à cette demande, les données ont pu être réunies seulement dans 9 régions. Les résultats de cette étude préliminaire ont montré des disparités de coûts importantes entre les régions, qui n'ont pu être expliquées. Ces résultats sont néanmoins très enrichissants. Ils ont montré la nécessité de définir de façon précise la méthode de mesure des indicateurs pour garantir une comparabilité entre les régions. De plus, il est apparu que dans beaucoup de régions, la collecte des données de coûts était une tâche ardue, nécessitant des calculs, un chronométrage, et une collecte auprès d'intervenants différents dans chaque équipe. Enfin, cette première expérience a montré qu'une estimation quantifiée des coûts devait être accompagnée d'une analyse descriptive et qualitative détaillée des différents types de processus mis en œuvre au niveau organisationnel pour être en mesure d'interpréter les différences entre les régions. Le projet optimisation PMSD a donc bénéficié de cette première expérience et la méthodologie a été construite en conséquence.

Concernant l'harmonisation des pratiques et leur conformité vis-à-vis des guides du Comité médical provincial d'harmonisation (CMPH), un sondage avait été réalisé une année plus tôt, en juillet-août 2010, dans l'ensemble des régions auprès des médecins désignés du RSPSAT. Il a été décidé d'attendre les résultats du projet optimisation avant d'entamer la deuxième étape du mandat sur l'harmonisation des pratiques.

Le projet optimisation porte sur les processus de traitement des demandes. L'analyse est donc centrée sur le travail réalisé entre la réception du certificat de demande de retrait préventif en provenance du médecin traitant et l'envoi au médecin traitant du rapport détaillé avec les recommandations concernant les agresseurs (ou facteurs de risque) identifiés au poste de la travailleuse. Le médecin traitant détermine alors la date effective de la modification du poste de la travailleuse ou du retrait de ce poste en s'appuyant sur les recommandations formulées par le médecin désigné du RSPSAT. Le rapport portant sur le poste de la travailleuse et élaboré par l'équipe de santé au travail a donc un rôle consultatif. La CSST prend ensuite une décision sur la base de la recommandation du médecin traitant (sachant que l'éligibilité de la travailleuse au programme est une condition préalable). Ce projet porte donc sur la partie du programme traitée au sein du RSPSAT. Cette étude n'a donc pas pris en compte la mise en œuvre du programme par les médecins traitants, par les employeurs et par les agents de la CSST.

Le projet est centré sur les processus de traitement des demandes de travailleuses enceintes. Les demandes venant des travailleuses qui allaitent ne sont pas couvertes par le projet, car ces demandes peuvent être traitées selon un processus organisationnel différent de celui des travailleuses enceintes et représentaient moins de 1 % des demandes en 2010 (CSST, 2011b).

Problématique et objectifs du projet optimisation PMSD

Le terme optimisation est central dans ce projet. Selon une conception communément admise, optimiser c'est élaborer une allocation des ressources la meilleure possible en fonction d'un ou plusieurs critères de qualité. L'optimisation suppose donc de disposer de critères de valeurs qui vont conditionner un jugement. Par conséquent, **choisir la stratégie la moins coûteuse sans se préoccuper des effets ou résultats de cette stratégie ne permet pas d'optimiser**. Dans cette perspective, l'évaluation économique appliquée à la santé a pour vocation de fournir une aide à la décision en apportant des éléments sur les coûts des dispositifs de santé et aussi sur les résultats obtenus par ces dispositifs (Drummond et collab., 2005). L'évaluation économique comporte donc habituellement deux dimensions, les coûts et les résultats en termes d'efficacité ou de bénéfice. Il existe différentes méthodes d'évaluation coût-avantage (coût-efficacité, coût-utilité et coût-bénéfice) qui ont pour objectif d'aider le décideur à définir des priorités entre plusieurs stratégies de santé concurrentes en fonction d'un critère de coût-efficacité, coût-utilité ou coût-bénéfice selon la méthode choisie. Par contre, une évaluation portant uniquement sur les coûts ne peut fournir une aide à la décision que dans un seul cas, celui où l'efficacité des différentes stratégies de santé est identique. En d'autres termes, lorsqu'on compare plusieurs programmes ou processus entre eux, la comparaison des coûts n'est suffisante que si l'on a établi la preuve que ces processus sont équivalents en termes d'efficacité ou de qualité. Si c'est le cas, on peut alors utiliser l'approche dite de la « minimisation des coûts », qui consiste à mesurer les coûts des différents processus et à choisir le processus le moins coûteux (Drummond et collab., 2005).

Aujourd'hui, il n'existe pas d'étude permettant d'établir que les résultats obtenus par les différents processus organisationnels mis en œuvre dans le cadre du PMSD sont équivalents du point de vue de la qualité ou de l'efficacité, par conséquent la méthode de « minimisation des coûts » n'est pas applicable. Il ne suffit pas de comparer les coûts des différents processus pour choisir le moins coûteux, car nous ne disposons pas d'éléments permettant de prouver que l'efficacité ou la qualité des processus est la même. Mesurer et comparer la qualité des processus est une tâche complexe (Goldenhar et collab., 2001, Zwerling et collab., 1997, Weiss, 1998). On rencontre ici deux obstacles principaux. Premièrement, il n'y a pas de consensus entre les régions sur la façon de hiérarchiser ou de prioriser les indicateurs de qualité des processus organisationnels de traitement, qui s'apparenterait à un système de valeurs ou de représentations communes (Parsons, 1977, Sicotte *et al.*, 1998); deuxièmement, la mesure de ces indicateurs de qualité pour les différents types de processus nécessiterait un projet en soi. Par exemple, l'adéquation entre la liste des facteurs de risque retenus et les facteurs de risque réellement rencontrés sur le poste de travail est très difficile à mesurer et nécessiterait une évaluation par un spécialiste externe. Par conséquent, une analyse économique de type coût-avantage ou minimisation des coûts n'est pas applicable dans ce contexte.

L'évaluation réalisée dans ce projet consiste donc à décrire les différences entre les équipes du RSPSAT responsable du PMSD et à faire le lien entre trois dimensions distinctes : les processus organisationnels mis en œuvre, le coût de ces processus, et les critères de qualité perçus par chacune des équipes. Le projet s'articule autour de 4 objectifs :

- Objectif 1 : Décrire, analyser et comparer les différents processus organisationnels de traitement des demandes PMSD dans les différentes équipes. Une connaissance détaillée des processus mis en œuvre dans chaque région et au sein des régions dans chaque équipe est un préalable indispensable pour faire évoluer ces processus. Depuis la création du programme en 1981, aucun travail de description et d'identification des processus de traitement des demandes n'avait été réalisé sur l'ensemble de la province¹.
- Objectif 2 : Évaluer le coût des processus, expliquer les écarts de coûts entre les processus et entre les équipes.
- Objectif 3 : Identifier les critères de qualité tels que perçus par chacune des équipes et la façon dont les équipes hiérarchisent ces critères. Analyser le lien entre ces critères de qualité et les processus mis en œuvre dans chaque équipe. Formuler des hypothèses : quels types de processus permettent de satisfaire quels critères de qualité?
- Objectif 4 : Formuler des recommandations visant à améliorer le fonctionnement du PMSD en tenant compte du coût des processus, identifier des écueils à éviter, des freins et conditions gagnantes pour l'évolution des processus.

¹ Le rapport sur le PMSD présenté en mars 2003 à la CSST, qui visait à réaliser un portrait du PMSD (processus organisationnel, arbre de décision), portait sur seulement trois régions : Montréal, Laval et Québec.

Un autre objectif avait été formulé dans le devis du projet, à savoir la construction d'indicateurs de mesure de la qualité des processus de traitement des demandes à partir des données du SISAT. Cet objectif n'a pas pu être réalisé, car l'accès aux données du SISAT n'a pas été obtenu.

Dans ce cadre, on définit un processus organisationnel comme étant l'articulation entre différentes caractéristiques :

- Les outils utilisés pour le traitement de la demande et leur évolution au cours du temps (actualisation, transmission aux nouvelles recrues),
- Le mode de prise de décision dans le choix des outils utilisés pour chaque type de demande,
- La répartition des tâches selon les fonctions,
- La nature et la fréquence des échanges d'information avec les interlocuteurs de l'équipe : travailleuse, employeur, médecin traitant, CSST,
- La perception des besoins de ces interlocuteurs vis-à-vis du traitement de la demande.

Les processus organisationnels ont été étudiés en distinguant les trois principales sections du traitement d'une demande, telles qu'organisées dans le Système d'information en santé au travail (SISAT) (voir encadré 1).

Encadré 1 : P1, P2, P3 dans le SISAT

Ces trois parties correspondent à des onglets dans le logiciel mis à disposition de toutes les équipes responsables du PMSD. Ce système en réseau, le SISAT, structure le traitement des demandes de la manière suivante :

P1 : identité de la travailleuse, date de la demande et d'accouchement, nom de l'établissement, médecin traitant, fonction et tâches de la travailleuse, précisions sur les dangers apportés par la travailleuse.

P2 : étude de poste, description de la tâche et environnement de travail, horaires de travail, description des agresseurs, personnes contactées.

P3 : risques retenus à éviter et recommandations, risques non retenus, conclusion, nom et signature du médecin responsable (médecin désigné).

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 POPULATION INCLUSE DANS L'ÉTUDE

Il s'agit d'une enquête exhaustive (et non pas d'un sondage avec échantillonnage), car l'objectif de l'étude était de couvrir la totalité du Québec, c'est-à-dire l'ensemble des équipes issues des 15 régions responsables de la mise en œuvre du PMSD.

2.1.1 Étape préliminaire pour identifier les équipes à enquêter

Une enquête préliminaire a été menée afin d'identifier les différentes équipes responsables du PMSD dans chaque région. Un des objectifs de l'étude étant de décrire et de mesurer les différences entre les processus organisationnels, il était indispensable de pouvoir rendre compte de l'hétérogénéité non seulement entre les régions, mais aussi à l'intérieur des régions. Par conséquent, l'unité d'analyse choisie était l'équipe responsable du PMSD.

Cette enquête préliminaire a été menée par téléphone auprès de chacun des coordonnateurs régionaux de la province.

Le tableau 1 détaille l'ensemble des équipes qui participent à la mise en œuvre du PMSD au Québec, et qui ont été incluses dans l'étude. La troisième colonne indique si le traitement des demandes PMSD est centralisé au sein d'une seule équipe dans la région ou décentralisé et réparti entre plusieurs équipes d'une même région. Une équipe dédiée consacre la totalité de son temps au PMSD.

On définit une équipe lorsque les trois critères suivants sont réunis :

- La coordination de l'équipe est assurée par une seule personne,
- Une demande PMSD passe entre les mains des différents intervenants d'une même équipe,
- Les intervenants (médecins, infirmières², techniciennes en hygiène du travail) collaborent entre eux, échangent des informations, utilisent les mêmes procédures et se répartissent la charge de cas au sein de l'équipe.

La région du Bas-Saint-Laurent pose une difficulté méthodologique pour identifier l'unité d'analyse. Sept points de service ont en charge le PMSD, un point de service à l'est du territoire (Rimouski-Neigette) répartit les demandes entre 4 points de service, un autre à l'ouest (Rivière-du-Loup) les répartit entre 3 points de service. Cette division en deux territoires est/ouest ne se retrouve pas au niveau des médecins, car un médecin a en charge 5 points de service et une autre médecin s'occupe de 2 points de service. Par ailleurs, les équipes de techniciennes et infirmières fonctionnent de façon autonome sur les 7 points de service. On ne peut donc pas considérer cette organisation comme une seule équipe, ni comme 7 équipes différentes. On a tranché pour une solution intermédiaire et identifié les deux territoires, l'un à l'est et l'autre à l'ouest de la région.

² Les intervenants des équipes en charge du PMSD étant majoritairement des femmes, nous avons utilisé le féminin pour désigner les différentes fonctions (technicienne, infirmière, la médecin) au sein des équipes.

Tableau 1 Liste de toutes les équipes responsables du PMSD au Québec

N° de région	Région	Nombre d'équipes différentes Nom et lieu des CSSS	Centralisé au niveau régional ou décentralisé?
01	Bas-Saint-Laurent	7 points de service fonctionnant selon un processus uniformisé, mais de façon autonome 2 équipes ont été enquêtées : <ul style="list-style-type: none"> • Rimouski-Neigette (est) • Rivière-du-Loup (ouest) 	Décentralisé
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	4 équipes : <ul style="list-style-type: none"> • Chicoutimi • Lac-Saint-Jean Est (Alma) • Domaine-du-Roy (Roberval) • Maria-Chapdelaine (Dolbeau-Mistassini) 	Décentralisé
03	Capitale-Nationale + Nunavik (17) + Terres-Cries-de-la-Baie-James (18)	Au moment de l'enquête, 1 seule équipe située à Québec : <ul style="list-style-type: none"> • CSSS de la Vieille-Capitale (Québec) • CSSS de Charlevoix (La Malbaie) 	Décentralisé Équipe dédiée à Québec
04	Mauricie et Centre-du-Québec	5 équipes : <ul style="list-style-type: none"> • CSSS de Trois-Rivières • CSSS de l'Énergie à Shawinigan • Point de service de La Tuque (dépend du CSSS de l'Énergie à Shawinigan) • CSSS Drummond à Drummondville • Point de service de Victoriaville (dépend du CSSS Drummond) 	Décentralisé
05	Estrie	CSSS du Haut-Saint-François 1 équipe répartie sur 4 points de service (Sherbrooke, Cookshire, Lac-Mégantic, Windsor)	Centralisé
06	Montréal	CSSS de la Montagne	Centralisé Équipe dédiée
07	Outaouais	Agence régionale à Gatineau	Centralisé Équipe dédiée
08	Abitibi-Témiscamingue	2 équipes : <ul style="list-style-type: none"> • CSSS de la Vallée-de-l'Or (est) • CSSS de Rouyn-Noranda (ouest) 	Décentralisé
09	Côte-Nord	CSSS de Manicouagan (Baie-Comeau)	Centralisé
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	CSSS de La Côte-de-Gaspé	Centralisé
12	Chaudière-Appalaches	CSSS de Montmagny-L'Islet 1 équipe répartie sur 3 points de service (Montmagny, Saint-Georges, Saint-Jean-Chrysostome)	Centralisé Équipe dédiée

Tableau 1 Liste de toutes les équipes responsables du PMSD au Québec (suite)

N° de région	Région	Nombre d'équipes différentes Nom et lieu des CSSS	Centralisé au niveau régional ou décentralisé?
13	Laval	CSSS de Laval	Centralisé Équipe dédiée
14	Lanaudière	Agence régionale à Joliette	Centralisé Équipe dédiée
15	Laurentides	1 équipe La P3 est réalisée par les médecins de façon centralisée à l'agence régionale des Laurentides. Les P1 et P2 sont décentralisées dans 3 points de service : CSSS de Saint-Jérôme, Point de service de Mont-Laurier (dépend du CSSS Saint-Jérôme), CSSS du Lac des Deux-Montagnes (Saint-Eustache)	Centralisé pour la P3, décentralisé pour la P1 et P2
16	Montérégie	6 équipes : <ul style="list-style-type: none"> • Candiatic (dépend du CSSS Jardins-Roussillon) • Point de service de Valleyfield (dépend du CSSS Jardins-Roussillon) • CSSS Pierre-Boucher • CSSS Richelieu-Yamaska • CSSS de la Haute-Yamaska • CSSS Haut-Richelieu-Rouville 	Décentralisé
Total	15 régions	29 équipes	

Note : La région 10, Nord-du-Québec, est assumée par les régions 02 et 08.

2.1.2 Enquête exploratoire qualitative sur 5 régions, 14 équipes

Cinq (5) régions ont été désignées pour faire partie de l'enquête exploratoire : Capitale-Nationale, Estrie, Montréal, Mauricie et Centre-du-Québec, Montérégie. Cette enquête exploratoire a été réalisée aux mois de février et mars 2012. Elle a regroupé au total 14 équipes, dont 5 en Mauricie et Centre-du-Québec, 6 en Montérégie. Une seule équipe a été enquêtée pour la région de la Capitale-Nationale, celle du CSSS de la Vieille Capitale à Québec. En effet, l'équipe de La Malbaie représente environ 5 % des demandes totales annuelles, qui sont régulièrement traitées par Québec. Cette enquête qualitative a été menée à l'aide d'un guide d'entretien auprès des coordonnateurs locaux et a permis d'élaborer et de valider deux questionnaires, l'un sur les processus et l'autre sur les coûts (données quantitatives). Ces 5 régions et 14 équipes ont par la suite répondu à la version finale des questionnaires et ont été intégrées à part entière dans la collecte de données.

2.1.3 Enquête à grande échelle sur 15 régions, 29 équipes

En plus des 5 régions de l'enquête exploratoire, ont été ajoutées les 10 autres régions en charge du PMSD : Bas-Saint-Laurent (2 équipes), Saguenay–Lac-Saint-Jean (4 équipes), Outaouais, Abitibi-Témiscamingue (2 équipes), Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides.

2.2 INSTRUMENTS UTILISÉS : QUESTIONNAIRES

2.2.1 Questionnaire sur les processus

Le questionnaire sur les processus a été créé pour la réalisation du projet optimisation PMSD. Il comportait 125 questions, pour une durée d'entretien d'environ 1 h 15. Il était composé essentiellement de questions fermées (choix parmi une liste ou choix oui/non) pour faciliter l'analyse statistique des réponses. Quelques questions ouvertes ont aussi été ajoutées sur les secteurs d'activités dans lesquels sont effectuées les visites, la façon dont ont été constituées les banques de recommandations par exemple. Le questionnaire a été programmé sous LIMESURVEY, un logiciel libre de création et d'exploitation de questionnaires d'enquêtes. Lors des entretiens, les commentaires formulés en parallèle aux réponses aux questions ont été systématiquement pris en note.

Le questionnaire était structuré en 17 blocs de questions regroupant les différentes dimensions des processus organisationnels de traitement des demandes :

- Identification des processus utilisés dans l'équipe,
- Description détaillée des trois principaux processus utilisés dans l'équipe : répartition des tâches entre les intervenants, contenu des appels téléphoniques passés à la travailleuse et à l'employeur le cas échéant, usage de SISAT,
- Appels reçus provenant des travailleuses, employeurs, médecins traitants et CSST : quantité d'appels, raisons des appels,
- Visites d'établissement avec ou sans échantillonnage : objectifs, distance parcourue, hébergement, répartition du travail,
- Mode de sélection des agresseurs retenus,
- Banques de recommandations,
- Conclusion du rapport,
- Création et mise à jour des postes de référence,
- Réaffectation³ et aménagement des postes de travail,
- Fonctions et qualifications,

³ Dans ce rapport, on utilisera le terme « réaffectation » et non « affectation » (terme administratif) pour désigner le processus qui consiste à placer la travailleuse à un autre poste sans danger au lieu de la retirer du travail. En effet, le terme « réaffectation » est plus couramment utilisé par les intervenants du réseau de santé publique en santé au travail.

- Critères de qualité perçus par l'équipe.

La description des processus correspondait aux processus en œuvre au moment de l'enquête sur les processus, c'est-à-dire entre février et mai 2012.

Le questionnaire sur les processus est présenté en annexe 1.

2.2.2 Questionnaire sur les coûts

Le questionnaire sur les coûts était composé de deux séries de tableaux.

Première série de tableaux : Estimation du temps passé pour réaliser la P1, P2, P3⁴ par fonction et pour chaque demande (indicateur 1)

Sept (7) tableaux permettaient de distinguer les temps passés pour chacun des processus identifiés dans l'enquête sur les processus (les types 1 à 5 sont effectués sans visite dans l'établissement) :

- Type 1 Demande avec poste de référence⁵ SANS appel
- Type 2 Demande avec poste de référence AVEC appel
- Type 3 Demande avec étude comparable SANS appel
- Type 4 Demande avec étude comparable AVEC appel
- Type 5 Demande sans poste de référence ni étude comparable avec appel
- Type 6 Demande avec visite SANS mesure (pas d'échantillonnage ni de mesure avec instrument à lecture instantanée, ni test biologique)
- Type 7 Demande avec visite AVEC mesure

Les instructions données aux équipes pour mesurer le temps passé pour chaque demande et par fonction étaient les suivantes :

- Chronométrer les tâches pour l'ensemble des demandes reçues au cours des 10 prochains jours ouvrables, en distinguant les 7 types de processus, puis inscrire un temps moyen calculé sur cet échantillon de demandes,
- Si aucune visite n'est réalisée au cours de cette période, estimer le temps passé en moyenne par visite sur la base de l'expérience passée des intervenants,
- Si l'infirmière ou la technicienne se répartissent les demandes pour réaliser la P2 et/ou la P3, chronométrer le temps passé par chaque intervenant par demande, puis affecter un coefficient en fonction de la proportion des demandes réalisées par chacun.

Par conséquent, les temps mesurés correspondaient à des pratiques en œuvre au moment de la collecte de données sur les coûts, c'est-à-dire entre mars et mai 2012. Le nombre annuel de demandes par type de processus correspondait par contre à l'année 2011. Il est en effet impossible de prendre la même année à la fois pour le chronométrage des temps et

⁴ Pour une description de la P1, P2, P3, voir l'encadré dans la section 1, *Introduction*.

⁵ Les postes de références et études comparables sont décrits dans l'encadré 2, section 3, *Résultats : processus*.

pour le nombre annuel de demandes. Les résultats du projet concernaient l'année 2011, on suppose en effet que les processus utilisés et les temps passés par tâche sont stables entre 2011 et 2012.

Par ailleurs, il a été précisé que le nombre de demandes était basé sur le nombre de P1 enregistrées dans le SISAT. Par conséquent si une demande comportait une P1, mais plusieurs P2 ou plusieurs P3 (dans le cas d'une réévaluation de poste par exemple), cette demande ne comptait que pour 1.

Deuxième série de tableaux : quantité de ressources humaines pour la mise en œuvre du PMSD en 2011 (indicateur 2)

Deux tableaux ont été élaborés, l'un sur le nombre d'emplois en équivalent temps complet par fonction consacré au PMSD en 2011 et l'autre sur le nombre de personnes physiques participant au PMSD en période normale (hors périodes de vacances ou de congés maladie) en 2011 également. Ces deux tableaux ont permis de mesurer la quantité de ressources nécessaire à la mise en œuvre du programme dans son ensemble et la taille de l'équipe à former et à coordonner.

Ces différentes approches correspondent à deux façons de mesurer les temps passés pour le PMSD. La première série se limite à une mesure du temps passé sur les P1, P2, P3 et permet de calculer un temps moyen par type de processus. La deuxième série, basée sur les équivalents temps complets (ETC), inclut des tâches qui sont indispensables au bon fonctionnement du PMSD mais qui ne sont pas intégrées dans le temps P1, P2, P3 : le temps passé à former les nouvelles recrues, à répondre au téléphone (appels reçus des travailleuses et employeurs par exemple), à créer et mettre à jour les postes de référence, à participer aux réunions de concertation au niveau local, régional ou provincial pour l'harmonisation des pratiques. Par conséquent les temps passés par demande en équivalent temps complet sont par définition plus longs que ceux mesurés à partir de la P1, P2, P3. Cependant l'indicateur 2 (basé sur les ETC) ne suffit pas, car l'objectif est de disposer non seulement d'un coût moyen par demande, mais aussi d'un coût moyen par demande selon le type de processus.

Il faut souligner que ces mesures des coûts ne permettront pas d'estimer le coût total du PMSD par région, car on laissera de côté les coûts matériels et de gestion (équipement, local) ainsi que le temps consacré au PMSD par le coordonnateur local ou régional. Par conséquent le coût total du PMSD sur l'ensemble de la province n'a pas non plus été estimé, car là n'est pas l'objectif visé par le projet.

Le questionnaire sur les coûts est présenté en annexe 2.

2.3 ANALYSES

Données sur les processus

Les analyses effectuées sont des statistiques descriptives avec des tris croisés, effectués à l'aide du logiciel SPSS.

Données de coûts, indicateur 1

Les sept tableaux sur les temps passés par chaque intervenant et par demande ont fait l'objet des analyses suivantes :

- Multipliés par un salaire horaire moyen par fonction (incluant les charges sociales et les avantages sociaux), ces temps ont permis de calculer un coût moyen pour chacun des sept processus,
- Ce coût moyen par demande et selon les processus a été comparé entre les régions et la dispersion des données a été mesurée (moyenne, médiane, écart-type, minimum, maximum, coefficient de variation). L'objectif était de déterminer si un même processus type engendre des coûts similaires d'une région à l'autre.

Il faut noter que le même salaire moyen par fonction a été utilisé pour toutes les équipes. Ce salaire ne correspond pas toujours au salaire réellement versé sur le terrain, mais permet d'éviter un biais dans la comparaison entre les régions lié aux différences de niveau de qualification ou d'ancienneté des intervenants. L'enquête sur les processus a permis d'identifier le niveau de qualification le plus fréquemment présent dans les équipes pour les agentes administratives (classe 2). Concernant les infirmières, le salaire horaire utilisé est celui des infirmières cliniciennes. Les hygiénistes interviennent rarement dans le PMSD, leurs interventions étant la plupart du temps ponctuelles et pour des demandes spécifiques. Le salaire utilisé dans le calcul est donc celui d'une technicienne en hygiène du travail. Pour les médecins, le salaire utilisé est celui d'une omnipraticienne.

Données de coûts, indicateur 2

La quantité d'emplois en équivalents temps complet a été divisée par le nombre de demandes total pour chaque équipe et pour l'année 2011 pour produire un temps total moyen par demande et par fonction.

2.4 MODE DE COLLECTE DE DONNÉES

Sept (7) équipes ont été rencontrées sur le terrain, 22 équipes ont fait l'objet d'une rencontre téléphonique. Les personnes interrogées ont été désignées par le coordonnateur régional de chaque région. Une seule personne a été interrogée par équipe, sauf dans une équipe où trois personnes ont été interrogées pour remplir le questionnaire sur les processus. Soit 31 personnes interrogées pour 29 équipes.

La fonction des intervenants interrogés a varié selon la région. Cela peut introduire un biais dans les réponses apportées, qui est minimisé par le fait que les intervenants ont tous consulté l'équipe dans son ensemble avant de répondre aux questions sur les processus et sur les coûts.

Tableau 2 Fonction des intervenants interrogés

Enquête	Coordonnateur Coordonnatrice	Technicienne en hygiène	Infirmière	Médecin	Agente administrative	Total
Exploratoire	10	0	2	2	0	14
Gde échelle	3	5	5	3	1	17
Total	13	5	7	5	1	31

La collecte de données sur les coûts a été mise en œuvre afin de garantir un taux de réponse le plus élevé possible. Le questionnaire a été présenté au téléphone à la personne-ressource de chaque équipe après avoir répondu aux questions sur les processus. Les explications données au téléphone étaient les mêmes pour chaque équipe. Le fait de présenter le questionnaire sur les coûts après avoir posé l'ensemble des questions sur les processus a permis d'anticiper des difficultés éventuelles liées aux types de processus utilisés et de répondre à des questions spécifiques.

À l'issue de cette présentation au téléphone, une version modifiée du questionnaire sur les coûts était envoyée par courriel. Cette deuxième version était légèrement adaptée aux processus décrits par l'équipe afin de faciliter le remplissage des tableaux, et ce de deux manières :

- Les tableaux correspondant à des processus non utilisés par l'équipe étaient préalablement grisés pour éviter toute confusion,
- Lorsque la terminologie utilisée par la région était différente (ex. : « poste standard » au lieu de « poste de référence »), le titre du tableau correspondant était modifié.

Cette légère adaptation du fichier a contribué à garantir une couverture quasi totale de la province (seule 1 équipe sur 29 n'a pas pu envoyer les données à temps). En effet, lors de la précédente tentative de calcul des coûts en août 2011, un certain nombre de régions n'avaient pas pu répondre à la requête, car il était difficile de faire correspondre les titres des tableaux avec les processus et la terminologie utilisés dans les équipes.

Néanmoins, la structure et le contenu du fichier sont restés rigoureusement les mêmes dans l'ensemble des équipes pour garantir la comparabilité des données.

2.5 VALIDATION DES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU PROJET OPTIMISATION PMSD

La conduite du projet a bénéficié de plusieurs réunions, qui ont été organisées afin de discuter et de valider les stratégies élaborées pour la réalisation de l'étude.

- 10 janvier 2012, comité aviseur : présentation du devis et validation des objectifs, de la méthodologie, des résultats attendus, des livrables et de la diffusion des résultats.
- 17 janvier 2012, TCNSAT : présentation du devis du projet, validation par la TCNSAT.
- 23 mars 2012, Comité médical provincial d'harmonisation Pour une maternité sans danger (CMPH-PMSD) : présentation du devis, avancement de la collecte de données.
- 24 mai 2012, comité aviseur : présentation des résultats préliminaires sur les processus et bilan d'étape sur la collecte de données.

- 20 juin 2012, réunion de l'équipe santé au travail de l'INSPQ : présentation du projet et de ses objectifs, résultats sur les processus organisationnels.
- 29 juin 2012, comité aviseur : présentation des résultats sur les coûts des processus.
- 27 juillet 2012, envoi du rapport au comité aviseur pour commentaires, suggestions et validation des recommandations.
- 5 octobre 2012, TCNSP : présentation aux directeurs de santé publique (résultats, recommandations).
- 16 novembre 2012, TCNSAT : présentation aux coordonnateurs régionaux (résultats, recommandations).

Ces réunions et échanges ont été très constructifs et les auteurs remercient les participants pour leurs commentaires et suggestions qui ont contribué à améliorer le projet.

3 RÉSULTATS : PROCESSUS

3.1 RÉSULTATS DE LA COLLECTE DE DONNÉES

La collecte de données sur les processus organisationnels a permis d'obtenir les données provenant de la totalité des équipes en charge du PMSD sur l'ensemble de la province, soit 29 équipes.

La répartition des demandes reçues dans chacune des 29 équipes, basées sur le nombre de P1 saisies dans le SISAT, est présentée dans le tableau 3.

Tableau 3 Nombre de demandes reçues par équipe en 2011, basées sur le nombre de P1 saisies dans le SISAT et pourcentage dans le total des demandes de la province (en caractère gras : données régionales)

Région	Équipe	Nombre de demandes en 2011	% du total provincial	
01	Bas-Saint-Laurent	(équipes agrégées)	1 100	2,9 %
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	Chicoutimi	901	2,3 %
		Domaine-du-Roy	207	0,5 %
		Lac-Saint–Jean-Est	288	0,7 %
		Maria-Chapdelaine	125	0,3 %
		Total régional	1 520	4 %
03	Capitale-Nationale		4 514	11,7 %
04	Mauricie et Centre-du-Québec	Drummondville	507	1,3 %
		La Tuque	64	0,2 %
		Shawinigan	363	0,9 %
		Trois-Rivières	1 032	2,7 %
		Victoriaville	622	1,6 %
		Total régional	2 588	6,7 %
05	Estrie		1 691	4,4 %
06	Montréal		8 871	23,1 %
07	Outaouais		1 317	3,4 %
08	Abitibi-Témiscamingue	Rouyn-Noranda (Ouest)	492	1,3 %
		Val d'Or (Est)	367	1,0 %
		Total régional	859	2,2 %
09	Côte-Nord		515	1,3 %
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine		329	0,9 %
12	Chaudière-Appalaches		2 996	7,8 %
13	Laval		1 662	4,3 %
14	Lanaudière		1 861	4,8 %
15	Laurentides		2 597	6,8 %
16	Montérégie	Candiac	1 341	3,5 %
		Haut Richelieu Rouville	735	1,9 %
		Haute-Yamaska	726	1,9 %
		Pierre Boucher	1 145	3,0 %
		Richelieu-Yamaska	1 277	3,3 %
		Salaberry-de-Valleyfield	784	2,0 %
		Total régional	6 008	15,6 %
Total			38 429	100 %

Note : 28 équipes, car le nombre de demandes du Bas-Saint-Laurent est agrégé.

Il apparaît que 50 % des demandes sont traitées par des équipes décentralisées, 43,4 % par des équipes centralisées et dédiées, et 6,6 % des demandes sont traitées par des équipes centralisées, mais non dédiées au PMSD.

La collecte des données sur les coûts a permis de réunir les données de 27 équipes :

- Dans la région Bas-Saint-Laurent, nous avons deux collectes distinctes de données sur les processus, mais une seule collecte de données sur les coûts. En effet, le traitement des demandes est réparti entre 7 points de service, 4 à l'ouest du territoire et 3 à l'est. Nous avons identifié deux équipes sur cette région pour les processus (voir section *Méthodologie*). Cependant, il était difficile de distinguer ces deux équipes pour la collecte de données sur les coûts, car certains intervenants traitent des demandes PMSD pour plusieurs équipes à la fois. Il devenait alors impossible d'estimer les ressources en équivalents temps complets pour chaque équipe. Nous avons donc choisi de présenter les données de coûts pour cette région dans son ensemble.
- Une équipe n'a pas pu réunir les données à temps. Cette équipe correspond à une région entière, car le traitement des demandes PMSD dans cette région est centralisé. Cependant, cette absence de données ne devrait pas avoir un impact significatif sur la validité des résultats dans la mesure où cette région a traité moins de 400 demandes en 2011 sur un total provincial de 38 429 demandes.

Cette collecte a bénéficié d'un très grand soutien de la part du RSPSAT. L'ensemble des intervenants et coordonnateurs ont manifesté une réelle volonté de participer au projet et ont offert un accueil positif à la collecte de données. C'est grâce à cette forte mobilisation du réseau qu'une collecte de données auprès de la totalité des équipes responsables du PMSD a pu être mise en œuvre.

3.2 PANORAMA DES PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DEMANDES UTILISÉS DANS LA PROVINCE

Chaque équipe responsable du PMSD utilise plusieurs processus pour le traitement des demandes. Le choix du processus dépend de la nature de la demande et de la présence ou non d'outils spécifiques qui permettent de simplifier le travail de l'étude de poste par les intervenants.

Deux outils peuvent être utilisés, les postes de référence et les études comparables (de même CCDP⁶ ou de même établissement). Ils sont décrits dans l'encadré 2.

⁶ CCDP : Classification canadienne descriptive des professions.

Encadré 2 : Définition des postes de référence et des études comparables

Le poste de référence

C'est un document informatique qui décrit un poste type, identifié par un code CCDP, réunissant l'ensemble des facteurs de risque possibles et envisageables correspondant à ce code CCDP. À chacun de ces facteurs de risque dans la P2 est associée une recommandation dans la P3. Il ne s'agit pas de la demande d'une travailleuse déjà traitée, mais d'un poste théorique avec la liste la plus exhaustive possible des agresseurs. La création et la validation des postes de référence font l'objet d'une réflexion le plus souvent collective au sein de l'équipe. Lorsque l'équipe dispose d'un poste de référence correspondant au code CCDP de la demande de la travailleuse X, plusieurs stratégies sont possibles. Première possibilité, on ne fait pas d'appel téléphonique à la travailleuse, et on reporte automatiquement tous les facteurs de risque possibles et envisageables du poste de référence vers la demande de la travailleuse X. Les recommandations associées à ces facteurs de risque seront aussi reportés automatiquement et la demande est ainsi traitée après vérification (et signature) de la part du médecin. Deuxième possibilité, un appel est fait à la travailleuse pour valider les facteurs de risque, c'est-à-dire pour enlever de la liste des agresseurs issue du poste de référence ceux qui ne sont pas présents au poste de travail de la travailleuse X. On ne retient alors que les agresseurs avérés, et les recommandations correspondantes sont reportées du poste de référence vers la demande de la travailleuse X.

Terminologie : Les termes utilisés pour désigner les postes de référence varient selon les équipes, par exemple « postes standards », « postes standardisés », « postes automatisés ». À Québec, on distingue une liste de 20 postes dits « Catégories A-MD » qui sont des postes de référence sans appel téléphonique, d'une autre liste de 12 « Postes de référence » qui sont des postes de référence avec appel téléphonique. À Montréal, on utilise le terme « demandes standards » pour désigner les demandes traitées avec un poste de référence.

L'étude comparable

C'est une étude de poste déjà réalisée par l'équipe dans le passé. Pour traiter la demande de la travailleuse X, on peut utiliser le modèle de la travailleuse Y qui lui ressemble et qui a été traité précédemment. Les études peuvent être comparables lorsqu'elles ont le même code CCDP ou proviennent du même établissement. Une demande peut être utilisée comme étude comparable lorsqu'elle a été traitée de façon suffisamment détaillée et récente, et si le poste de cette travailleuse réunissait une liste complète et pertinente d'agresseurs. Au besoin, plusieurs études comparables peuvent être consultées pour traiter une même demande. Différentes méthodes sont possibles. Dans la plupart des équipes, l'étude comparable sert de modèle uniquement pour établir la liste des agresseurs (P2). Les recommandations associées aux agresseurs retenus (P3) sont choisies parmi une banque de recommandations déjà rédigées et classées par famille de risques. Une autre façon de faire consiste à reporter non seulement la liste des facteurs de risques de l'étude comparable de la travailleuse Y vers la demande de la travailleuse X, mais également les recommandations. La difficulté est que l'étude comparable de la travailleuse Y ne peut être actualisée dans le cas où les recommandations pour un facteur de risque donné évoluent. Le fait de reporter les recommandations depuis une étude comparable comporte donc un risque de non-actualisation des recommandations.

Encadré 2 : Définition des postes de référence et des études comparables (suite)

La différence entre poste de référence et étude comparable est que l'étude comparable n'est pas un poste type réunissant tous les facteurs de risques possibles et envisageables. En outre, si les recommandations pour un facteur de risque donné évoluent, le poste de référence peut et doit être actualisé alors que l'étude comparable ne l'est pas. Pour actualiser, lorsqu'on utilise l'outil des études comparables, il faut choisir une nouvelle étude comparable plus récente avec des recommandations à jour. Une autre différence majeure est que le poste de référence nécessite un travail important lors de sa création, alors que l'étude comparable est par définition déjà disponible. L'actualisation des recommandations dans les postes de référence peut être une tâche ardue, car elle n'est pas automatisée dans le SISAT. Par exemple, si les recommandations pour le facteur de risque « horaire de travail » évoluent, il faut faire le changement dans chaque poste de référence qui mentionne ce facteur de risque.

Ces deux outils de travail s'utilisent directement dans le SISAT. Dans ce cas, la procédure informatique qui permet de reporter les agresseurs et recommandations du poste de référence (ou étude comparable) vers la demande étudiée est simple et rapide.

Dans ce cadre, sept processus différents ont été identifiés au sein des équipes (les types 1 à 5 sont effectués sans visite d'établissement) :

1. Demande avec poste de référence SANS appel
2. Demande avec poste de référence AVEC appel
3. Demande avec étude comparable (même CCDP ou même établissement) SANS appel
4. Demande avec étude comparable AVEC appel
5. Demande sans étude comparable sans poste de référence (c'est-à-dire sans modèle) AVEC appel
6. Demande avec visite sans mesure (pas d'échantillonnage, ni instrument à lecture instantanée, ni test biologique)
7. Demande avec visite avec mesure

Les équipes de la province utilisent différentes combinaisons des processus 1 à 5 pour traiter les demandes PMSD, et font des visites d'établissement avec ou sans mesure (échantillonnage, instrument à lecture instantanée, test biologique) correspondant aux processus 6 et 7.

Nous présentons d'abord la fréquence d'utilisation des 7 processus, puis les combinaisons de processus utilisées par l'ensemble des équipes de la province. Le tableau 4 résume ces résultats.

Processus 1 et 2 : Les postes de référence avec ou sans appel téléphonique

Seulement 7 équipes utilisent des postes de référence sans appel téléphonique, parmi elles 6 font aussi des postes de référence avec appel. Six équipes font des postes de référence, mais seulement avec appel. Donc 16 équipes sur 29 n'ont pas de postes de référence. Parmi elles, seulement 5 considèrent qu'il faudrait en créer. Parmi ces 5 équipes, 3 traitent

entre 250 et 650 demandes par an, et 2 entre 1 100 et 1 400 demandes. Ces 5 équipes ne sont donc pas uniformes du point de vue du nombre de demandes traitées par an.

Sur 38 429 demandes au total⁷ au Québec en 2011, 10 864 demandes (28,3 %) ont été traitées avec un poste de référence sans appel téléphonique et 5 664 (14,7 %) avec un poste de référence avec appel⁸.

Processus 3 et 4 : Les études comparables avec ou sans appel téléphonique

Toutes les équipes de la province (29) utilisent les études comparables avec appel, ce qui représente 15 572 demandes en 2011 sur 38 429 (40,3 %). Les études comparables avec appel sont le processus le plus utilisé dans la province.

Seulement 4 équipes sur 29 font des études comparables sans appel. Ce processus représente un petit nombre de demandes au total (1 355 demandes, 3,5 % du total).

Processus 5 : Les demandes faites sans modèle (sans étude comparable, sans poste de référence) avec appel téléphonique

Presque toutes les équipes (27 sur 29) font des études de poste sans modèle avec appel. Ce processus est utilisé lorsque le type de poste n'est pas connu de l'équipe ou lors de la première demande de PMSD émanant d'un établissement, ce qui n'est pas très fréquent étant donné l'expérience accumulée par les équipes (3 968 demandes en 2011, 10,3 % du total).

Processus 6 et 7 : Les demandes avec visites avec ou sans mesure d'exposition

Seulement 3 équipes sur 29 n'ont fait aucune visite d'établissement en 2011. Dix-huit (18) équipes ont fait des visites avec et sans mesure, 7 équipes des visites seulement avec mesure, et 1 équipe des visites sans mesure seulement. De façon générale, les visites concernent une très petite part des demandes : 777 au total sur 38 429 (2 %), soit 1,1 % de l'ensemble des demandes a fait l'objet d'une visite sans mesure et 0,9 % des demandes a fait l'objet d'une visite avec mesure ou échantillonnage.

Le tableau 4 présente les combinaisons des processus 1 à 5 (demandes sans visite) pour chacune des 29 équipes de la province. Lorsqu'une équipe reçoit une demande, elle a le choix entre différents processus pour traiter cette demande. La palette des processus qu'elle utilise constitue une combinaison de processus. Ainsi, une équipe utilise une « combinaison A » si elle utilise pour le traitement des demandes soit un poste de référence sans appel, soit un poste de référence avec appel, soit une étude comparable avec appel, soit une étude de poste sans modèle avec appel. Comme le montre le tableau 4, 4 équipes

⁷ Il s'agit du nombre de P1 enregistrées dans le SISAT. Par conséquent si une demande comporte une P1, mais plusieurs P2 ou plusieurs P3 (dans le cas d'une réévaluation de poste par exemple), cette demande ne compte que pour 1.

⁸ Le nombre total de demandes inclut l'ensemble des 28 équipes de la province, le Bas-Saint-Laurent ayant communiqué des données agrégées pour les deux parties de son territoire. Le nombre de demandes par type de processus n'inclut que 27 équipes, car une équipe (région) est manquante.

sur 29 utilisaient une combinaison A de processus, et cela représentait au total 44,1 % des demandes⁹.

On observe une utilisation des postes de référence dans les régions qui traitent un grand nombre de demandes par an : les régions qui traitent plus de 1 500 demandes par an utilisent des combinaisons A B ou E, à l'exception d'une équipe qui traite un grand nombre de demandes par an sans utiliser de poste de référence (2 600 demandes, combinaison G, équipe centralisée au niveau régional). On observe également une concentration des régions avec un nombre annuel de demandes plus faible autour de la combinaison de processus G qui correspond à une utilisation des études comparables avec appel et à des demandes traitées sans modèle.

Le tableau 4 renseigne également sur la part des demandes totales de la province que représente chaque combinaison de processus. La combinaison A regroupe 44,1 % des demandes pour seulement 4 régions. La combinaison G regroupe environ le quart des demandes de la province, et caractérise 13 équipes différentes sur 29.

⁹ Comme il est précisé dans la section méthodologie, la description des processus utilisés correspond à la date de l'enquête, soit février-mai 2012. Le nombre de demandes annuel correspond à l'année 2011. On fait donc l'hypothèse que les processus sont restés stables entre 2011 et 2012.

Tableau 4 Nombre d'équipes par combinaison des processus 1 à 5 au Québec en 2012

	N ^{bre} d'équipes	A	B	C	D	E	F	G	H	%
Type 1 : Demande avec poste de référence SANS appel	7	x	x	x	x					28,3 %
Type 2 : Demande avec poste de référence AVEC appel	12	x	x	x		x				14,7 %
Type 3 : Demande avec étude comparable (même CCDP, même établissement) SANS appel	4			x	x		x			3,5 %
Type 4 : Demande avec étude comparable AVEC appel	29	x	x	x	x	x	x	x	x	40,3 %
Type 5 : Demande sans étude comparable sans poste de référence (= sans modèle) avec appel	27	x		x	x	x	x	x		10,3 %
Nombre d'équipes		4	1	1	1	6	2	13	1	
% demandes de la province		44,1 %	4,3 %	2,0 %	3,4 %	16,9 %	4,4 %	24,0 %	0,7 %	

Les équipes qui utilisent ces combinaisons de processus de A à H sont identifiées par une approximation du nombre de demandes traitées au cours de l'année 2011 (entre parenthèses) :

A 4 équipes : (4 500), (1 700), (8 900), (1 900)

B 1 équipe : (1 700)

C 1 équipe : (800)

D 1 équipe : (1 300)

E 6 équipes : (400), (1 100), (500), (400), (3 000), (1 300)

F 2 équipes : (400), (1 300)

G 13 équipes : (1 100), (900), (200), (200), (100), (500), (600), (500), (2 600), (800), (800), (1 100)

H 1 équipe : (300)

3.3 RÔLE DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS ET RÉPARTITION DES TÂCHES DANS LES ÉQUIPES

L'analyse des processus nécessite de se pencher sur la répartition des tâches (P1, P2, P3¹⁰) entre les intervenants selon leur fonction.

La réalisation de la P1 est assez semblable entre les équipes et ne dépend pas du processus utilisé. Dans 27 équipes sur 29, c'est l'agente administrative qui saisit la P1 dans le SISAT. Dans une équipe, c'est l'infirmière (environ 500 demandes par an), et dans une autre équipe c'est la technicienne (environ 300 demandes par an). Dans toutes les équipes, la personne qui fait la P1 ne communique par téléphone (ou par télécopieur) que si des informations sont manquantes.

La réalisation de la P2 (étude de poste) et de la P3 (sélection des agresseurs retenus et recommandations) dépend des processus utilisés et varie fortement selon les équipes, comme le montrent les tableaux suivants. Dans tous les cas, la médecin vérifie et signe la demande.

Tableau 5 Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, demandes avec poste de référence SANS appel

Demandes de type 1		Qui fait la P3?			
		L'agente administrative	L'infirmière	L'infirmière ou la technicienne	La médecin
Qui fait la P2?	L'agente administrative	4			
	La technicienne				1
	La médecin				1
	L'agente administrative, ou la technicienne ou l'infirmière			1	

Lecture du tableau 5 : Pour les demandes avec poste de référence sans appel, c'est la technicienne qui fait la P2 et la médecin qui fait la P3 dans une équipe. Pour les demandes de ce type, c'est la médecin qui fait la P2 et la P3 dans une équipe. Dans une autre équipe, c'est l'agente administrative ou la technicienne ou l'infirmière qui font la P2, et l'infirmière ou la technicienne qui font la P3. Et dans 4 équipes, l'agente administrative fait la P2 et la P3.

Donc pour les demandes avec poste de référence sans appel, il existe 4 différents modes de répartition du travail sur 7 équipes. Et dans 4 équipes sur 7, c'est l'agente administrative qui fait la P2 et la P3. Dans le cas de ces équipes, l'agente administrative reporte intégralement les informations du poste de référence vers la demande de la travailleuse.

¹⁰ Pour une description de la P1, P2, P3, voir l'encadré dans la section 1, *Introduction*.

Dans une équipe, les postes de référence sans appel sont réalisés pour la P2 soit par l'agente administrative (postes d'éducatrices en garderie), soit l'infirmière (demandes des secteurs de la santé) soit la technicienne (postes de policières) selon la nature du poste de référence. La P3 est faite par l'infirmière ou la technicienne selon la nature du risque.

Tableau 6 Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, demandes avec poste de référence AVEC appel

Demande de type 2		Qui fait la P3?			
		L'agente administrative	L'infirmière	L'infirmière ou la technicienne	La médecin
Qui fait la P2?	La technicienne	2			
	L'infirmière ou la technicienne		1	4	4
	La médecin				1

Pour les demandes avec poste de référence avec appel, il existe 5 différents modes de répartition du travail sur 12 équipes. Dans 4 équipes, c'est l'infirmière ou la technicienne qui fait la P2 et la P3, dans 4 autres équipes c'est l'infirmière ou la technicienne qui font la P2 et la médecin qui fait la P3.

Tableau 7 Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, demandes avec études comparables SANS appel

Demande de type 3		Qui fait la P3?			
		L'agente administrative	L'agente administrative et la médecin	L'infirmière ou la technicienne	La médecin
Qui fait la P2?	L'agente administrative	1			
	La technicienne		1		1
	L'infirmière ou la technicienne				
	La médecin				1

Pour les demandes avec étude comparable sans appel, il y a autant de modes de répartition des tâches que d'équipes.

Dans une équipe, la P3 est réalisée à la fois par l'agente administrative et par la médecin dans la mesure où la médecin coche sur un formulaire les agresseurs à retenir pour la P3, et c'est l'agente administrative qui choisit les recommandations correspondant à ces agresseurs. Ensuite la médecin vérifie et signe. Cette précision est nécessaire, car dans ce cas le rôle de l'agente administrative n'est pas limité à la saisie des informations dans le SISAT.

Tableau 8 Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, demandes avec étude comparable AVEC appel

Demande de type 4		Qui fait la P3?				
		L'agente administrative	L'agente administrative et la médecin	L'infirmière ou la technicienne	La médecin	L'infirmière
Qui fait la P2?	La technicienne	1	1		10	
	L'infirmière ou la technicienne			3	9	1
	La médecin				2	
	L'infirmière	1				1

Pour les demandes avec étude comparable avec appel (29 équipes), on note également une certaine diversité dans la répartition des tâches. Neuf modes existent et 2 modes sont dominants : technicienne ou infirmière et technicienne pour la P2 et médecin pour la P3.

Dans une équipe, la technicienne fait la P2 et la P3 est faite à la fois par la médecin, qui coche les agresseurs à retenir, et l'agente administrative, qui choisit les recommandations (ensuite la médecin vérifie et signe).

Le tableau 9 résume la répartition de la P2 et P3 entre les fonctions pour les types de processus de 1 à 4 : postes de référence sans appel et avec appel, études comparables sans appel et avec appel. Nous obtenons un total de 52 réponses, car selon les combinaisons de processus, les équipes peuvent avoir 1, 2, 3 ou 4 processus différents (voir les combinaisons de processus, tableau 4). Par conséquent, une même équipe qui utilise deux processus différents (par exemple poste de référence avec appel et étude comparable avec appel) apparaît deux fois dans le tableau suivant.

Tableau 9 Nombre d'équipes selon la répartition des rôles entre les différents intervenants pour la P2 et P3, types de processus de 1 à 4

Demande de types 1 à 4		Qui fait la P3?						Total
		L'agente administrative	La technicienne	L'infirmière	L'infirmière ou la technicienne	La médecin	L'agente administrative ET la médecin	
Qui fait la P2?	L'agente administrative	5						5
	La technicienne	3				12	2	17
	L'infirmière	1		1				2
	L'infirmière ou la technicienne			2	7	13		22
	La médecin					5		5
	L'agente administrative ou la technicienne ou l'infirmière				1			1
Total		9	0	3	8	30	2	52

Note : Il y a plusieurs processus par équipe, d'où un total de processus-équipes de 52.

Ce tableau souligne que l'infirmière et la technicienne se partagent les P2 dans 22 cas sur 52, la technicienne fait la P2 dans 17 cas sur 52, la médecin dans 5 cas, et l'agente administrative dans 5 cas sur 52 également. L'infirmière seule fait plus rarement les P2 (2 cas sur 52).

La médecin fait la P3 des demandes dans 30 cas sur 52, l'agente administrative dans 9 cas sur 52, l'infirmière ou la technicienne dans 8 cas sur 52.

Ces tableaux montrent qu'il existe une réelle hétérogénéité dans la répartition des tâches entre les fonctions selon les équipes et selon les types de processus utilisés. Néanmoins deux répartitions des tâches sont présentes dans un plus grand nombre de cas :

- La P2 faite par l'infirmière ou la technicienne, la P3 faite par la médecin (13 cas),
- La P2 faite par la technicienne, la P3 faite par la médecin (12 cas).

3.4 UTILISATION DE SISAT POUR LA P1, LA P2 ET LA P3¹¹

Comme il a été mentionné, la P1 (identification de la travailleuse, date d'accouchement, établissement, médecin traitant) est saisie directement dans le SISAT dans l'ensemble des 29 équipes de la province.

Sur l'ensemble des 29 équipes de la province, seulement 1 ne fait pas la P2 directement dans le SISAT. La P2 est faite par la médecin dans à l'aide de l'application Microsoft Word en utilisant des gabarits et modèles adaptés. La P2 est ensuite copiée collée dans le SISAT par l'agente administrative.

Sept (7) équipes sur 29 ne font pas la P3 directement dans le SISAT. Ces 7 équipes sont regroupées dans deux régions seulement. Dans 6 équipes sur 7, la médecin prend la P2 imprimée issue du SISAT, et coche sur un formulaire papier les facteurs de risques à retenir. L'agente administrative choisit les recommandations dans la banque de recommandations à partir de la liste des agresseurs cochés. La médecin relit la P3 et signe. Dans 1 équipe sur 7, la médecin fait la P3 en entier, sélectionne les facteurs de risques retenus, choisit les recommandations, rédige une conclusion adaptée à partir de fichiers et gabarits dans Microsoft Word. Ces éléments sont ensuite saisis dans le SISAT par l'agente administrative.

Par conséquent, l'utilisation du SISAT en tant qu'outil pour le traitement de la demande est systématique pour la P1, quasi systématique pour la P2 et très répandu pour la P3.

3.5 LES DEMANDES AVEC VISITE D'ÉTABLISSEMENT

Vingt-six (26) équipes sur 29 ont fait des visites d'établissement en 2011.

La distance moyenne parcourue aller-retour est de :

- moins de 30 km pour 12 équipes,
- de 30 à 80 km pour 12 équipes,

¹¹ Pour une description de la P1, P2, P3, voir l'encadré dans la section 1, *Introduction*.

- de 80 à 300 km pour 2 équipes.

Il n'y a jamais d'hébergement à prévoir.

On en déduit que le coût du déplacement pour les visites varie peu en fonction de la taille de la région et de l'éloignement des établissements, d'autant qu'il n'y a jamais d'hébergement à prendre en charge. Le coût des visites dépend donc uniquement du temps passé par les intervenants.

La décision de faire une visite est prise par la médecin et/ou la technicienne en hygiène dans 12 équipes sur 26 (46 %), par la médecin seule dans 7 équipes (27 %) et par le technicien seul dans 7 équipes également. Une demande émanant de la CSST peut être à l'origine d'une visite dans 11 équipes sur 26.

Les objectifs de la visite sont, bien sûr, d'observer une exposition à un facteur de risque (pour toutes les équipes), mais aussi d'actualiser les connaissances de l'équipe sur un établissement du territoire qui a connu des changements importants ou bien sur un établissement nouveau (18 équipes sur 26). Mais les visites ne sont pas périodiques ou régulières pour un même établissement et seules 2 équipes font des visites périodiques. 9 équipes profitent de la visite pour repérer des postes potentiels qui pourraient servir à la réaffectation, mais, conformément au cahier des charges, aucune équipe ne fait de visite pour établir un plan de réaffectation dans l'établissement. Huit équipes sur 26 (30,1 %) informent l'employeur sur le fonctionnement du PMSD lors de la visite.

Sur 26 équipes qui ont fait des visites en 2011 :

- 18 ont fait des visites sans aucune mesure d'exposition (ni échantillonnage, ni mesure avec instrument à lecture instantanée, ni surveillance biologique) et également des visites avec mesures,
- 1 seule équipe n'a fait que des visites sans mesure,
- 7 équipes font seulement des visites avec mesure ou échantillonnage.

Quel que soit le type de visite (avec ou sans mesure), c'est la technicienne en hygiène qui s'en charge principalement.

3.6 LES APPELS PASSÉS PAR LES INTERVENANTS

Lorsque les équipes utilisent un processus avec appel téléphonique pour réaliser une demande, elles se servent des informations obtenues pour effectuer l'étude de poste et remplir la P2 dans le SISAT. L'appel passé par les intervenants peut aussi avoir pour objectif de donner des informations par exemple sur le fonctionnement du programme aux travailleuses et aux employeurs, et de façon plus spécifique sur les facteurs qui peuvent ne pas être retenus aux travailleuses, et sur les possibilités de réaffectation aux employeurs.

Les résultats de l'enquête montrent que lorsqu'un appel est fait, les personnes contactées sont la travailleuse et l'employeur, avec une fréquence qui varie peu selon les équipes. En effet, dans les processus avec appel, la travailleuse est appelée de façon systématique par toutes les équipes sauf 2 (la travailleuse est contactée « parfois » par ces deux équipes). L'employeur est contacté par téléphone de façon systématique entre 50 et 78 % des cas selon le type de processus utilisé : de façon moins systématique pour un poste de référence avec appel, et de façon plus systématique pour une étude de poste sans modèle.

Les objectifs poursuivis par ces appels et leur utilité varient peu d'un processus à un autre. Lorsque la travailleuse et l'employeur sont contactés, il s'agit pour la majorité des équipes de réaliser ou valider l'étude de poste et de croiser les informations données par la travailleuse et l'employeur.

Il faut cependant noter que dans au moins deux équipes (qui centralisent les demandes de 2 régions), l'appel à la travailleuse dans le cadre d'une *demande avec poste de référence avec appel* a un objectif différent : il s'agit non pas de valider l'ensemble des facteurs de risque du poste de référence, mais de vérifier que le code CCDP qui a été attribué à la travailleuse correspond bien au poste qu'elle occupe. Cette information est importante, car elle permet de vérifier que le poste de référence choisi pour décrire le poste de travail de la travailleuse est le bon. Dans ce cas, l'appel est de courte durée, puisque l'étude de poste n'est pas validée au complet au téléphone.

Au total, 14 équipes sur 29 donnent, lors de l'appel téléphonique à la travailleuse, des informations préliminaires sur les facteurs de risque qui pourraient ne pas être retenus.

Dix-neuf (19) équipes sur 29 (environ les 2/3) donnent des informations à l'employeur sur les possibilités de réaffectation de la travailleuse. Parmi les équipes qui traitent des demandes avec poste de référence avec appel, 67 % donnent des informations à l'employeur sur les possibilités de réaffectation de la travailleuse. Parmi les équipes qui traitent les demandes avec des études comparables avec appel, 64 % donnent des informations à l'employeur sur les possibilités de réaffectation de la travailleuse. Parmi celles qui traitent les demandes sans modèle (sans poste de référence ni étude comparable) avec appel, 57 % donnent à l'employeur des informations de cette sorte lors de l'appel.

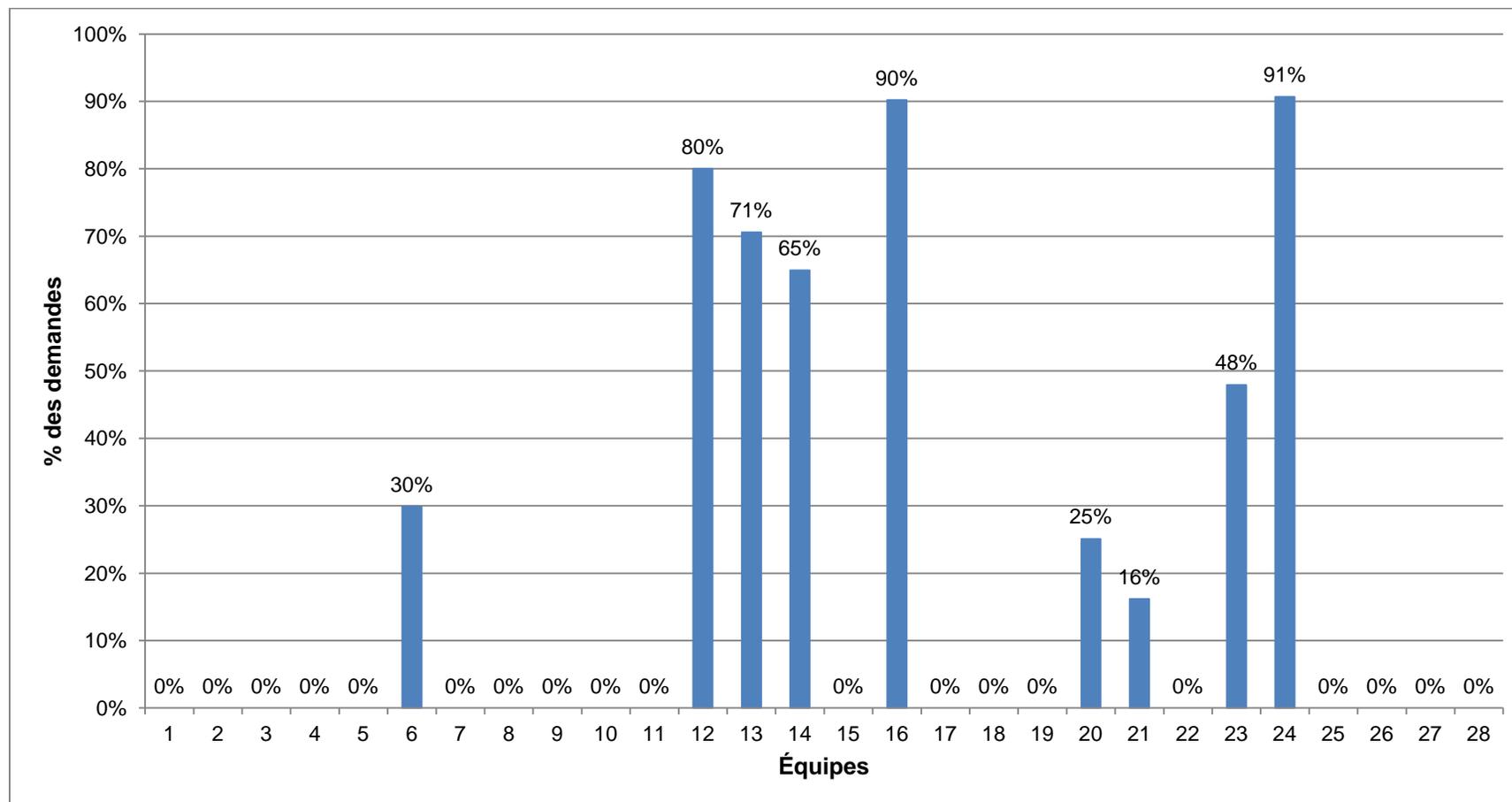
Par conséquent, les appels passés à l'employeur par l'intervenant responsable de la P2 jouent un rôle important dans la communication d'informations sur les possibilités de réaffectation de la travailleuse enceinte, même si ces informations sont données à titre indicatif, avant la décision du médecin désigné et celle du médecin traitant.

Les intervenants qui font la P3 passent très rarement des appels téléphoniques : c'est le cas de deux équipes seulement, dans lesquelles le médecin désigné au PMSD appelle parfois le médecin traitant. Soit pour avoir des informations complémentaires sur les données médicales inscrites au dossier (grossesse à risque), soit pour expliquer les recommandations au médecin traitant avant l'envoi du rapport.

Au total, sur l'ensemble de la province, 32 % des 38 429 demandes traitées en 2011 ont été faites sans appel téléphonique à la travailleuse ou à l'employeur. Les processus utilisés sont alors les postes de référence sans appel (28,3 % des demandes) et les études comparables sans appel (3,5 % des demandes).

La répartition de ces demandes sans appel est très inégale selon les équipes, comme le montre le graphique 1.

On observe donc une philosophie très différente selon les équipes vis-à-vis des appels téléphoniques. Environ les 2/3 des équipes (19 équipes sur 29) passent un appel téléphonique pour toutes les demandes. Pour le tiers des équipes restantes, la part des demandes traitées sans appel varie de 16 % des demandes à 91 %. En termes de nombre de demandes, la proportion est identique puisque c'est environ les 2/3 des demandes de la province qui sont traitées en passant un appel à la travailleuse et/ou à l'employeur.



Graphique 1 Part des demandes sans appel passé, par équipe

Note : Une équipe manquante sur 29 pour le nombre de demandes en 2011.

3.7 LES BANQUES DE RECOMMANDATIONS

Les banques de recommandations sont des outils informatiques dans le SISAT qui permettent de stocker les recommandations pour chaque facteur de risque. Il est alors possible d'ajouter une recommandation dans le rapport par un simple clic à partir de la banque de recommandations dans le SISAT. Les banques de recommandations sont élaborées par les médecins désignés au PMSD qui décident du choix et de la formulation des recommandations pour chaque agresseur. Ces recommandations devraient être conformes aux guides d'harmonisation des pratiques médicales pour le PMSD élaborés au niveau provincial.

On distingue quatre types de banques de recommandations :

- Banque de recommandations provinciale,
- Banque de recommandations régionale : elle est disponible pour toutes les équipes et médecins de la région,
- Banque de recommandations locale : elle est partagée par les médecins d'une équipe locale, mais pas au niveau régional,
- Banque de recommandations personnelle : elle est disponible seulement pour le médecin qui l'a créée. Il peut donc y avoir plusieurs banques de recommandations personnelles au sein d'une même équipe locale.

L'identification des banques de recommandations a suivi la logique suivante :

- Si dans une équipe locale un seul médecin participe au PMSD, il n'y a qu'une banque de recommandations utilisée par l'équipe. Si cette banque n'est pas la banque régionale, elle est alors désignée dans le questionnaire comme une banque de recommandations personnelle,
- Dans une équipe locale qui utilise une banque partagée entre les différents médecins, si cette banque n'est pas régionale, elle est désignée dans le questionnaire comme une banque locale.

Vingt-huit (28) équipes sur 29 indiquent qu'il existe une banque de recommandations régionale dans leur région. Dans 5 équipes sur 29, il existe une banque de recommandations locale. Dans 16 équipes sur 29, il existe une ou plusieurs banques de recommandations personnelles.

Concernant les différences entre la banque de recommandations régionale et les autres banques (personnelles ou locales), voici comment se répartissent ces 16 équipes :

- Dans 6 équipes, le contenu des recommandations pour un même facteur de risque est différent, soit entre deux banques personnelles au niveau local, soit entre les banques personnelles ou locales et la banque régionale,
- Dans 5 équipes, il y a des risques qui sont dans les banques locales ou personnelles, mais qui ne sont pas dans la banque régionale,
- Dans 5 équipes, la formulation est différente, mais le contenu est le même.

Ces résultats sont éclairants et nous y ferons référence dans la section portant sur les recommandations.

3.8 LES APPELS REÇUS

Aucune équipe ne comptabilise les appels reçus, par conséquent les données sur le nombre d'appels sont des estimations fournies par chaque équipe qui sont difficilement exploitables.

Toutes les équipes reçoivent des appels des travailleuses et des employeurs. Les appels des travailleuses sont les plus fréquents dans 25 équipes sur 29 (86 %). Les appels reçus des employeurs sont les plus fréquents dans deux équipes, pas les plus fréquents dans 17, et rares dans 10 équipes. Les appels reçus de la CSST sont rares dans 15 équipes et 11 équipes sur 29 ne reçoivent jamais d'appels de la CSST. Les médecins traitants appellent rarement dans 13 équipes et jamais dans 13 équipes.

Répondre aux appels représente un travail parfois conséquent pour les équipes. Les intervenants qui répondent aux appels sont les médecins dans 62 % des équipes (18 sur 29), les techniciennes en hygiène dans 69 % des équipes (20 sur 29), les infirmières dans 48 % des équipes (14) et les agentes administratives dans 55 % des équipes (16 équipes sur 29). Plusieurs intervenants de différentes fonctions sont mobilisés dans les équipes pour répondre au téléphone.

Les trois principales raisons des appels des travailleuses sont identifiées par les équipes :

	Nombre d'équipes qui citent la raison parmi les trois principales	%
Où en est mon dossier?	18	62 %
Pourquoi tel facteur de risque n'a pas été retenu?	18	62 %
L'employeur ne respecte pas les recommandations, le poste de réaffectation n'est pas conforme aux recommandations.	17	58,6 %
Question administrative sur la procédure à suivre pour le dépôt de dossier.	17	58,6 %
J'ai oublié de mentionner un facteur de risque sur le certificat.	8	28 %

On observe que les questions administratives jouent un rôle aussi important dans les appels venant des travailleuses (où en est mon dossier, quelle est la procédure) que les questions sur l'étude de poste ou la situation au travail (pourquoi tel facteur de risque n'a pas été retenu, l'employeur ne respecte pas les recommandations).

Les trois principales raisons des appels des employeurs sont identifiées par les équipes :

	Nombre d'équipes qui citent la raison parmi les trois principales	%
Question de compréhension ou de précision sur les recommandations.	25	86,2 %
Si on modifie le poste de travail (accommodements, horaires), est-ce que c'est correct?	23	79,3 %
Si on réaffecte la travailleuse à tel poste est-ce que c'est correct?	22	75,9 %
Question administrative sur la procédure à suivre, sur le salaire pris en charge par la CSST.	12	41,4 %

Les appels des employeurs portant sur la réaffectation ou l'aménagement des postes de travail jouent un rôle central dans les appels reçus. Ce résultat est à mettre en lien avec le fait que les 2/3 des équipes donnent des informations sur la réaffectation aux employeurs lorsque les intervenants appellent les employeurs pour l'étude de poste (voir section 6.6 : *Les appels passés par les intervenants*). Ceci témoigne d'un besoin, de la part des employeurs, d'information et de conseils sur ces questions.

3.9 PERCEPTION DES ÉQUIPES SUR LES ATTENTES DES EMPLOYEURS

À la question « Est-ce que lors des communications avec l'employeur (visite d'établissement, appel téléphonique), votre équipe répond à des questions sur les possibilités de réaffectation ou d'aménagement des postes? », les réponses sont les suivantes :

- 31 % des équipes (9) répondent « souvent » et 44,8 % des équipes (13) répondent « parfois », soit environ les $\frac{3}{4}$ des équipes,
- 24,1 % des équipes répondent « rarement » et aucune « jamais ».

À la question « Est-ce une attente des employeurs de recevoir des recommandations rédigées de façon à donner des pistes pour la réaffectation ou l'aménagement des postes de travail? », les réponses sont :

- Souvent 31 % (9 équipes), parfois 44,8 % (13), soit au total environ les $\frac{3}{4}$ des équipes,
- Rarement 17,2 % (5) et non 6,9 % (2).

Les recommandations rédigées de manière à donner des pistes pour la réaffectation sont présentes dans certaines équipes. Par exemple, pour l'agresseur « Virus transmissibles par le sang », la recommandation peut préciser « Le port de gant est une barrière efficace ». Autre exemple, pour l'agresseur « Agression, violence, coups » la formulation peut être : « Cette recommandation s'applique à la sortie de classe, à la surveillance des casiers. La travailleuse ne doit pas avoir à intervenir, mais elle peut continuer à enseigner si elle est accompagnée d'une intervenante lors de la sortie des classes ». Ces exemples ont été cités par des équipes interrogées dans l'enquête.

Parmi les 22 équipes qui considèrent que les employeurs ont une attente vis-à-vis de ces pistes pour la réaffectation dans les recommandations, 11 équipes ne rédigent pas les recommandations de façon à satisfaire cette attente. Une recommandation a donc été élaborée sur la base de ces résultats (voir section 6 : *Recommandations*).

3.10 LES DÉLAIS

Les équipes ont été interrogées sur leur objectif de délai maximum entre la réception de la demande et l'envoi du rapport au médecin traitant. Les résultats de l'enquête montrent que les équipes se fixent un délai maximum de 4,57 jours ouvrables en moyenne, avec pour médiane 5 jours, le minimum est de 1 jour et le maximum 10 jours. Ces données sont déclaratives et ne sont pas issues d'une exploitation du SISAT (pas d'accès aux données).

Vingt-huit (28) équipes considèrent que cet objectif de délai maximum est respecté toujours ou la plupart du temps.

3.11 CRÉATION ET ACTUALISATION DES POSTES DE RÉFÉRENCE

Parmi les 13 équipes qui utilisent des postes de référence (avec ou sans appel), le nombre moyen de postes disponibles dans chaque équipe est de 55. La variabilité est grande, le minimum étant de 1 poste et le maximum de 180 postes différents. La médiane est à 32 postes, ce qui traduit l'impact de valeur élevée sur la moyenne.

Pour 5 équipes sur 13, la liste des postes est suffisante, mais 8 équipes considèrent qu'il faudrait en élaborer de nouveaux.

Dans 4 équipes, la création de postes de référence est un travail partagé entre infirmière, technicienne en hygiène et médecin, dans 4 équipes c'est l'infirmière qui s'en charge, dans 2 c'est la technicienne et dans 2 équipes c'est la médecin.

Seulement 7 équipes sur 13 ont pu estimer le temps nécessaire pour la création de postes de référence en nombre de jours. La question portait sur le temps cumulé passé par tous les membres de l'équipe pour aboutir à la création d'un poste de référence fonctionnel. Le résultat est très variable selon les équipes. Il est en moyenne de 2,23 jours, avec un minimum de 1 h et un maximum de 7 jours. Il faut souligner que cette mesure du temps passé pour la création d'un poste de référence n'est formellement réalisée dans aucune équipe et qu'il s'agit d'une estimation difficile à établir pour les équipes. Néanmoins, la valeur maximale obtenue (7 jours) reste relativement limitée.

Ce temps passé dépend notamment de la nécessité de créer ces postes en accord avec les employeurs concernés (6 équipes mettent en œuvre cette concertation) et avec les syndicats de travailleurs (4 équipes).

L'actualisation des postes de référence n'est pas automatique et suit une fréquence variable selon les équipes, comme le montre le tableau 10.

Tableau 10 Les postes de référence sont-ils mis à jour?

Réponse	Nombre d'équipes	%
Ils sont actuellement mis à jour périodiquement.	2	6,9 %
Ils n'ont pas encore été mis à jour, car le processus est très récent, mais ils le seront périodiquement.	4	13,8 %
La mise à jour n'est pas envisagée pour le moment.	2	6,9 %
Ça dépend des types de postes.	4	13,8 %

Note : 12 équipes (valeur manquante : l'équipe qui n'a qu'un poste).

3.12 PERCEPTION DES ÉQUIPES SUR LES CRITÈRES DE QUALITÉ DES PROCESSUS DE TRAITEMENT

Une liste de critères de qualité des processus a été proposée à chaque équipe.

Le processus doit... :

1. garantir un **délai** de traitement le plus court possible,
2. garantir une **cohérence** des recommandations entre les travailleuses de la région,
3. conduire à une liste des facteurs de risques la plus **complète** possible (que les facteurs soient présents ou absents au poste de travail),
4. apporter la meilleure **adéquation** possible entre la liste de facteurs de risques retenus et les facteurs de risque effectivement rencontrés dans le poste réel,
5. aider l'employeur à **réaffecter** la travailleuse,
6. assurer la meilleure conformité possible des recommandations avec les **guides** de pratiques,
7. garantir un niveau de **satisfaction** au travail des membres de l'équipe, à diminuer le taux de roulement, et à faciliter le recrutement si besoin,
8. limiter le plus possible les retours d'appels, **demandes de précision** de la part des travailleuses et des employeurs.

Il a été demandé aux équipes d'ordonner ces critères du plus important au moins important. Il faut noter que 26 équipes sur 28 ont considéré que cette liste de critères de qualité des processus de traitement était complète. Seulement 28 équipes ont répondu à ces questions, car deux des 29 équipes de la province sont sous la responsabilité du même coordonnateur au sein du même CSSS. Dans un grand nombre d'équipes, les réponses à ces questions ont fait l'objet d'une concertation entre les intervenants.

Les résultats obtenus sont présentés dans les tableaux 11 et 12.

Tableau 11 Nombre d'équipes selon l'ordre d'importance des critères de qualité des processus, critères d'importance 1 à 4 (1 étant le plus important), trié selon le score total (28 équipes)

Rang	1	2	3	4	1-2-3	Total
Cohérence	6	13	6	0	25	25
Délai	8	5	2	4	15	19
Adéquation	9	3	6	1	18	19
Conformité guides	2	5	5	7	12	19
Réaffecter	0	1	5	7	6	13
Appels, précisions	0	0	2	6	2	8
Liste complète	2	1	2	2	5	7
Satisfaction équipe	1	0	0	1	1	2

Lecture : 8 équipes ont choisi le Délai en critère n° 1, en grisé les 4 critères cités le plus souvent en 1, 2, 3 ou 4.

Tableau 12 Nombre d'équipes selon l'ordre d'importance des critères de qualité des processus, critères d'importance 5 à 8 (8 étant le moins important), trié selon le score total (28 équipes)

Rang	5	6	7	8	6-7-8	Total
Cohérence	1	2	0	0	2	3
Délai	6	2	1	0	3	9
Adéquation	4	0	3	2	5	9
Conformité guides	4	2	3	0	5	9
Réaffecter	3	11	1	0	12	15
Appels, précisions	3	6	5	6	17	20
Liste complète	5	4	4	8	16	21
Satisfaction équipe	2	1	11	12	24	26

Lecture : 12 équipes ont choisi la Satisfaction de l'équipe en critère n° 8, en grisé les 4 critères cités le plus souvent en 5, 6, 7, ou 8^e position.

Ces résultats montrent que les deux critères choisis en premier le plus fréquemment sont l'adéquation entre les agresseurs retenus et les facteurs de risque présents au poste de travail (9 équipes) et le délai de traitement des demandes (8 équipes). La cohérence des recommandations entre les travailleuses vient en troisième position (6 équipes le citent en critère n° 1), mais c'est aussi le critère le plus souvent cité en 1^{re}, 2^e ou 3^e position (par 25 équipes sur 28). Il y a donc convergence des visions des équipes sur le critère de la cohérence des recommandations entre les travailleuses (tableau 11). De façon générale, les 4 critères cités le plus souvent en 1^{re}, 2^e, 3^e ou 4^e position sont la cohérence, le délai, l'adéquation entre agresseurs retenus et présents sur le poste de travail, et la conformité des recommandations avec les guides de pratique.

Le caractère complet de la liste d'agresseurs (qu'ils soient présents ou non au poste de travail) regroupe seulement 5 voix en 1^{re}, 2^e ou 3^e positions, et 16 voix en 6^e, 7^e ou 8^e positions. Les critères les moins privilégiés sont la satisfaction de l'équipe responsable du PMSD (24 équipes sur 28 le citent en dernier), le fait de limiter les appels ou demandes de précision de la part des travailleuses ou employeurs (17 fois cité en dernier) et la liste complète des facteurs présents ou non sur le lieu de travail (16 fois cité en dernier) (tableau 12).

Le critère lié au fait d'aider l'employeur à réaffecter la travailleuse se situe dans la position la plus intermédiaire puisque 26 équipes sur 28 le situent entre les 3^e, 4^e, 5^e ou 6^e positions. Ce critère n'est donc pas considéré comme une priorité, mais ce n'est pas non plus cité en dernier. Ceci est cohérent avec le fait que la réaffectation n'est pas considérée comme faisant partie du cahier des charges du RSPSAT : « les activités de soutien à l'employeur, pour l'élaboration de la politique de réaffectation, ne font pas partie des obligations légales ni des activités courantes. » (CSST 2011c, annexes p. 5). Les résultats de l'enquête montrent qu'une grande majorité des équipes est soucieuse de répondre au besoin des employeurs vis-à-vis de conseils sur la réaffectation ou l'aménagement des postes de travail, cependant les tableaux 11 et 12 montrent que les équipes accordent une importance à la réaffectation dans les critères de qualité, qui reste conforme au cahier des charges.

Il est intéressant d'analyser ces réponses en tenant compte du nombre de demandes traitées par an par chaque équipe. En effet, on a effectué une analyse complémentaire en affectant à chaque équipe un poids proportionnel à leur volume d'activité annuelle. Le résultat obtenu est le suivant.

Position des critères avec pondération par le nombre de demandes traitées par an :

- 1^{er} critère : Cohérence entre les travailleuses
- 2^e critère : Délai de traitement des demandes
- 3^e critère : Conformité des recommandations avec les guides
- 4^e critère : Adéquation des agresseurs retenus avec ceux présents sur le poste de travail
- 5^e critère : Réaffectation
- 6^e critère : Liste complète de facteurs de risque
- 7^e critère : Demandes de précision
- 8^e critère : Satisfaction de l'équipe

Par conséquent, l'importance relative accordée à chacun des critères par les différentes équipes n'est pas modifiée lorsqu'on tient compte de la quantité de demandes traitées par an et par équipe.

Le croisement entre cette perception des critères de qualité et les processus effectivement utilisés par les équipes traduit une forte cohérence des logiques et des raisonnements au sein de chaque équipe.

Sur les 9 équipes qui ont mis adéquation en 1^{er} critère, 7 ont une combinaison de processus de type G ou H, c'est-à-dire sans poste de référence et avec un appel systématique pour chaque demande. À l'inverse, les 4 équipes qui ont cité à la fois la complétude de la liste des facteurs de risque en 1^{er}, 2^e, 3^e ou 4^e position et l'adéquation avec le poste de travail en 5^e, 6^e, 7^e ou 8^e position, utilisent toutes des postes de référence (combinaisons de processus A, B, ou E). Pour ces équipes, la question de l'adéquation se pose peut-être différemment. En effet, il est peut-être important que le titre d'emploi du poste de référence utilisé corresponde bien au poste de la travailleuse (adéquation entre le poste de référence et le poste occupé) et que la liste des facteurs de risque soit complète sans aucun oubli. Par contre, le fait d'avoir une liste de facteurs de risques non excédentaire est sans doute moins prioritaire. Pour ces 4 équipes, la correspondance entre l'étude de poste et la réalité du poste se définit différemment que pour les 9 équipes qui mettent l'adéquation en 1^{er} critère.

Ainsi, ces résultats traduisent à la fois une certaine convergence entre les équipes pour certains critères (par exemple la cohérence des recommandations), mais également une certaine divergence concernant les critères d'adéquation et de complétude de la liste des agresseurs retenus. Ces critères de qualité sont en lien avec les processus mis en œuvre par les équipes.

En conclusion, cette analyse a montré une réelle diversité des processus de traitement des demandes entre région et entre équipes au sein d'une même région. Les différences portent sur le rôle accordé aux appels téléphoniques pour réaliser l'étude de poste, la répartition des tâches entre intervenants, l'utilisation de SISAT, le contenu des banques de recommandations, et la perception des équipes sur les critères de qualité des processus de traitement. Néanmoins, cette étude montre que ces différences doivent également être nuancées et qu'un certain nombre de points communs émergent. Par exemple, une large majorité des équipes perçoit un besoin d'une partie des employeurs d'obtenir des conseils sur la façon d'aménager le poste de la travailleuse ou sur les possibilités de réaffectation tout en respectant les recommandations. La répartition des tâches varie selon les équipes, mais les techniciennes et/ou infirmières réalisent la P2 et la médecin la P3 dans un certain nombre d'équipes. Les 7 équipes qui ne font pas la P3 directement dans le SISAT sont localisées dans deux régions seulement, ce qui signifie que le SISAT est utilisé de façon systématique pour la P1, la P2 et la P3 dans 13 régions sur 15. Enfin, la cohérence des recommandations entre les travailleuses est un critère de qualité qui figure parmi les 3 plus importants pour 25 équipes sur 28. Le délai de traitement, l'adéquation entre agresseurs retenus et présents sur le lieu de travail et la conformité des recommandations avec les guides de pratiques sont des critères prioritaires pour 19 équipes sur 28.

4 RÉSULTATS : COÛTS DES PROCESSUS

On a produit les résultats sur les coûts en distinguant les deux mesures effectuées (voir la section méthodologie et le questionnaire sur les coûts en annexe 2) :

- Indicateur 1 : temps passés et coûts par demande, basés sur la mesure des temps passés pour réaliser la P1, P2, P3¹² pour chacune des fonctions (chronométrages). Cette mesure est disponible pour chaque type de processus (poste de référence avec appel, poste de référence sans appel, etc...),
- Indicateur 2 : temps passés et coûts par demande, basés sur les équivalents temps complets consacrés au PMSD en 2011 pour chaque fonction. Cette mesure n'est pas disponible pour chaque type de processus, mais pour l'ensemble des demandes de chaque équipe.

Ces deux indicateurs se complètent (voir section *Méthodologie*). Le premier indicateur basé sur les chronométrages des P1, P2, P3 donne le temps passé pour réaliser une demande en faisant la différence entre les types de processus utilisés (voir encadré 3 pour un rappel sur les différents types de processus). Le second indicateur basé sur les équivalents temps complet inclut en plus les temps passés pour répondre au téléphone, former les nouvelles recrues, créer et mettre à jour les postes de référence, et participer à des réunions de concertation au niveau local, régional ou provincial (harmonisation des pratiques médicales). Il est donc intéressant de produire les résultats obtenus par les deux indicateurs et d'analyser les écarts entre ces deux mesures au sein de chaque équipe et entre les équipes.

Encadré 3 : Rappel sur les types de processus

Type 1 : Demande avec poste de référence sans appel

Type 2 : Demande avec poste de référence avec appel

Type 3 : Demande avec étude comparable (même CCDP et/ou même établissement) sans appel

Type 4 : Demande avec étude comparable avec appel

Type 5 : Demande sans poste de référence ni étude comparable (sans modèle) avec appel

Type 6 : Demande avec visite d'établissement sans mesure

Type 7 : Demande avec visite d'établissement avec mesure (mesure avec instrument à lecture instantanée, échantillonnage surveillance biologique)

Pour alléger la présentation des tableaux et les commentaires, on désignera les types de processus par leur numéro (Type 1, Type 2...) et non par leur description.

Le tableau 13 présente les résultats sur les temps passés par demande en moyenne sur l'ensemble de la province, en distinguant le temps chronométré des P1, P2, P3 et le temps en équivalent temps complet. On observe que le temps moyen passé par demande pour faire la P1, P2, P3 augmente lorsqu'on passe d'une demande de type 1 (0,4 heure en

¹² Pour une description de la P1, P2, P3, voir l'encadré dans la section 1, *Introduction*.

moyenne par demande) vers le type 2 (1,1 heure), ... jusqu'au type 7 (12,1 heures). Ce résultat est conforme aux attentes : faire un appel allonge la durée de l'étude de poste, un poste de référence prend moins de temps qu'une étude comparable, et une visite avec mesure ou échantillonnage est nettement plus longue qu'une visite sans mesure. Le temps moyen par demande dans le réseau, selon la mesure basée sur le chronométrage de la P1, P2, P3, est de 1,2 heure pour les demandes sans visite et de 1,3 heure pour l'ensemble des demandes (avec et sans visite). Le temps passé pour faire les visites a donc un impact faible sur le temps moyen par demande, car les demandes avec visites ne représentent que 2 % des demandes totales (voir section 3.2 panorama des processus).

Tableau 13 Temps par demande en fraction d'heure par type de processus basé sur le chronométrage des P1, P2, P3 et en équivalent temps complet (ETC) (moyenne pondérée, médiane, minimum, maximum, écart type, coefficient de variation)

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5	Type 6	Type 7	Temps moyen P1, P2, P3 sans visite	Temps moyen P1, P2, P3	Temps moyen en heures ETC
Moyenne pondérée	0,4	1,1	N/A	1,6	1,8	5,5	12,1	1,2	1,3	3,4
Médiane	0,4	0,9		1,3	1,9	4,6	12,1	1,2	1,4	3,2
Min	0,3	0,4		0,6	0,7	1,8	2,8	0,5	0,6	2,0
Max	1,0	1,9		3,3	3,9	10,5	26,0	3,3	3,4	9,2
Écart type	0,2	0,5		0,7	0,9	2,3	6,4	0,6	0,7	1,5
Coefficient de variation	48 %	47 %		46 %	47 %	46 %	51 %	47 %	46 %	41 %

Note : Type 3 est non applicable (N/A), car il y a seulement 3 valeurs pour ce type.

La moyenne est pondérée par le nombre de demandes.

Le temps moyen P1, P2, P3 sans visite correspond aux types 1 à 5.

Le temps moyen P1, P2, P3 correspond aux types 1 à 7.

Le coefficient de variation est le pourcentage de l'écart-type par rapport à la moyenne (non pondérée).

Les coefficients de variation (écart-type sur moyenne en pourcentage) sont relativement élevés, car ils se situent entre 46 et 51 % pour les mesures basées sur les P1, P2, P3. Par conséquent la dispersion entre les équipes des temps passés par demande est relativement élevée.

Il est à noter que les coefficients de variation sont très proches entre les types de processus 1 à 6, car ils varient entre 46 et 48 %. Les écarts de temps relatifs à la moyenne entre les équipes pour les études comparables avec appel (type 4, 46 %) sont en fait moins élevés que ceux pour les demandes avec poste de référence sans appel (type 1, 48 %). Ainsi, le fait d'avoir un instrument plus standardisé (le poste de référence) pour faire l'étude de poste ne contribue pas à serrer les écarts de temps (relatifs à la moyenne) entre les équipes. La dispersion relative à la moyenne des temps passés par demande entre équipe reste similaire quel que soit le processus utilisé.

On observe que le temps moyen par demande (moyenne pondérée par le nombre de demandes) passe de 1,3 heure selon le chronométrage des P1, P2, P3 à 3,4 heures en équivalent temps complet. Si on compare les équipes dédiées au PMSD aux équipes non dédiées (voir tableau 1 : section *Méthodologie*) l'écart entre la mesure par chronométrage P1, P2, P3 et la mesure par équivalent temps complet est identique pour les deux types d'équipes en moyenne.

Ainsi, les tâches non comptabilisées lors du chronométrage des P1, P2, P3 constituent une part importante du temps total consacré au PMSD (61 % en moyenne). Ces tâches sont indispensables au bon fonctionnement du PMSD. Lorsqu'on tient compte de ces tâches et si l'on analyse les différences de temps passés entre équipes, la dispersion entre les équipes est plus faible (coefficient de variation égal à 41 % pour les équivalents temps complets au lieu de 46 % pour la mesure basée sur le chronométrage des P1, P2, P3).

Le tableau 14 présente les résultats concernant les coûts moyens sur l'ensemble de la province.

Les différences de coût moyen par demande selon le type de processus utilisé suivent la même tendance que dans le tableau 13 sur les temps par demande, une demande de type 1 (poste de référence sans appel) étant 4,7 fois moins coûteuse en moyenne qu'une demande de type 5 (demande sans modèle). On observe que la dispersion des coûts entre les équipes est très proche de la dispersion des temps par demande. Ainsi, le fait d'intégrer le salaire horaire des différents intervenants dans le calcul augmente très légèrement les coefficients de variation, sauf pour les demandes de type 2 (poste de référence avec appel) pour lesquelles le coefficient de variation diminue fortement (de 47 à 36 %).

Tableau 14 Coût par demande en dollars par type de processus basé sur le chronométrage des P1, P2, P3 et en équivalent temps complet (ETC) (moyenne pondérée, médiane, minimum, maximum, écart type, coefficient de variation)

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5	Type 6	Type 7	Coût moyen P1, P2, P3 sans visite	Coût moyen P1, P2, P3	Coût moyen en ETC
Moyenne pondérée	17,5	47,1	N/A	77,4	82,6	228,5	430,4	54,7	60,1	144,9
Médiane	16,9	48,8		64,4	82,1	213,1	424,4	53,1	54,8	146,0
Min	8,2	16,8		24,7	39,0	67,2	115,1	29,8	29,9	115,3
Max	37,0	69,8		157,8	181,7	414,7	904,3	157,8	161,7	399,6
Écart type	10,2	17,2		32,4	42,4	102,4	214,3	31,7	33,4	60,7
Coefficient de variation	50 %	36 %		47 %	48 %	50 %	48 %	51 %	49 %	36 %

Note : Type 3 est non applicable (N/A), car il y a seulement 3 valeurs pour ce type.

La moyenne est pondérée par le nombre de demandes.

Le coût moyen P1, P2, P3 sans visite correspond aux types 1 à 5.

Le coût moyen P1, P2, P3 correspond aux types 1 à 7.

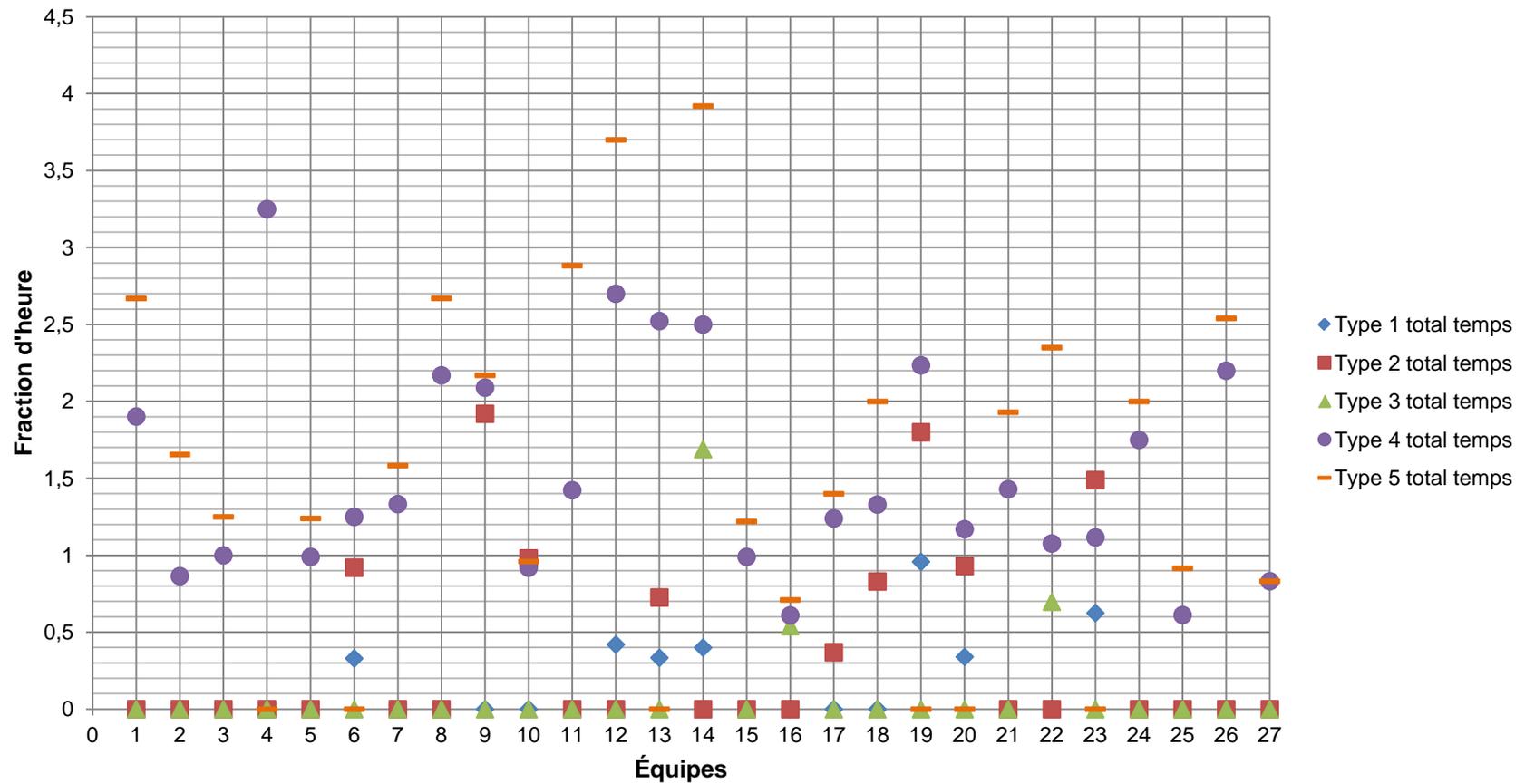
Le coefficient de variation est le pourcentage de l'écart-type par rapport à la moyenne (non pondérée).

Le coût moyen par demande basée sur les chronométrages P1, P2, P3 est de 54,70 \$ sans les visites, 60,10 \$ pour toutes les demandes (avec et sans visite), et de 144,90 \$ si l'on se base sur les ETC.

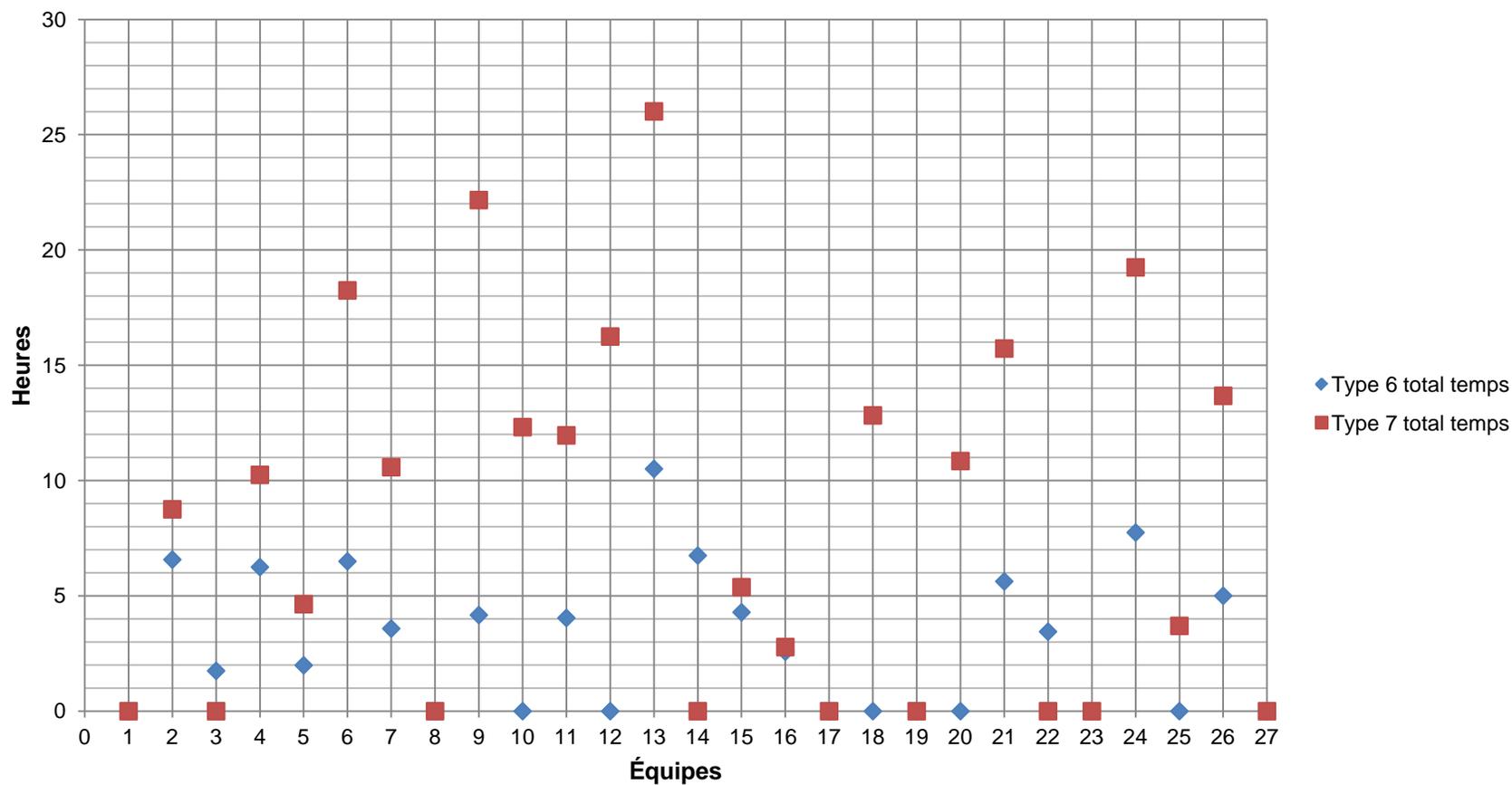
Les résultats détaillés par équipe sont présentés sous forme de graphiques, avec une anonymisation du nom des équipes.

Le graphique 2 présente les résultats par équipe du temps total passé par demande selon le type de processus, basé sur le chronométrage des P1, P2, P3. Ce graphique, lorsqu'il est lu en verticale, montre que le temps de travail effectué pour les demandes de type 1 (losange) est pour chaque équipe inférieure au temps passé pour des demandes des autres types (le losange est en dessous du carré, lui-même sous le cercle, lui-même sous le trait). On observe à la fois les écarts de coûts pour une même équipe entre les différents processus utilisés, et les écarts entre les équipes. Il faut noter que sur l'axe des abscisses à l'origine apparaissent les types de processus qui ne sont pas utilisés par les équipes.

Le graphique 3 présente les mêmes résultats pour les types 6 et 7, c'est-à-dire pour les demandes avec visites sans mesure et avec mesure et échantillonnage. On observe sur ce graphique la plus forte dispersion des temps passés pour les visites avec échantillonnage (type 7, carré), qui se traduit par un coefficient de variation de 51 % (voir tableau 13).



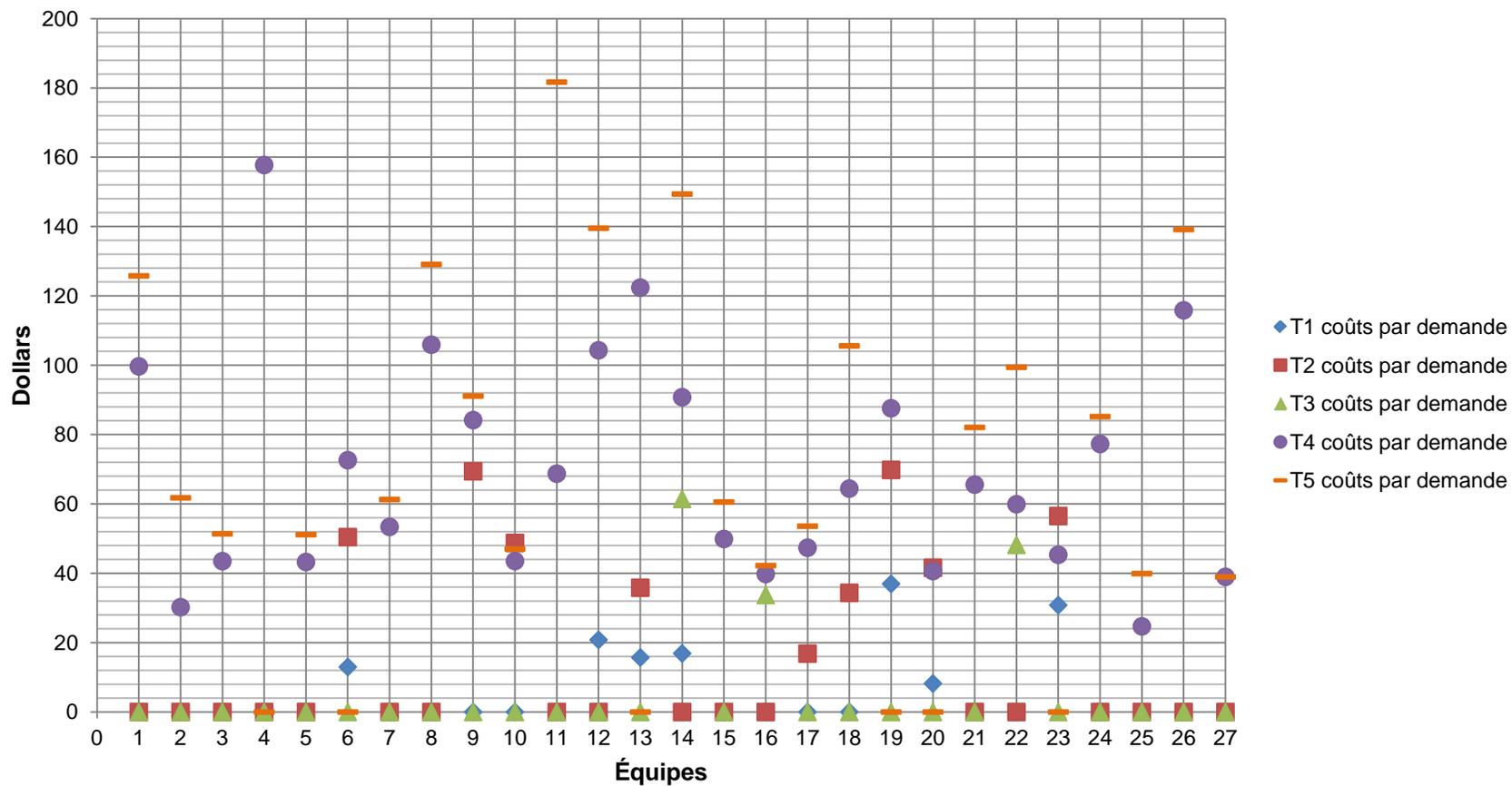
Graphique 2 Temps par demande et par type de processus sans visite (chronométrage P1, P2, P3, fraction d'heure)



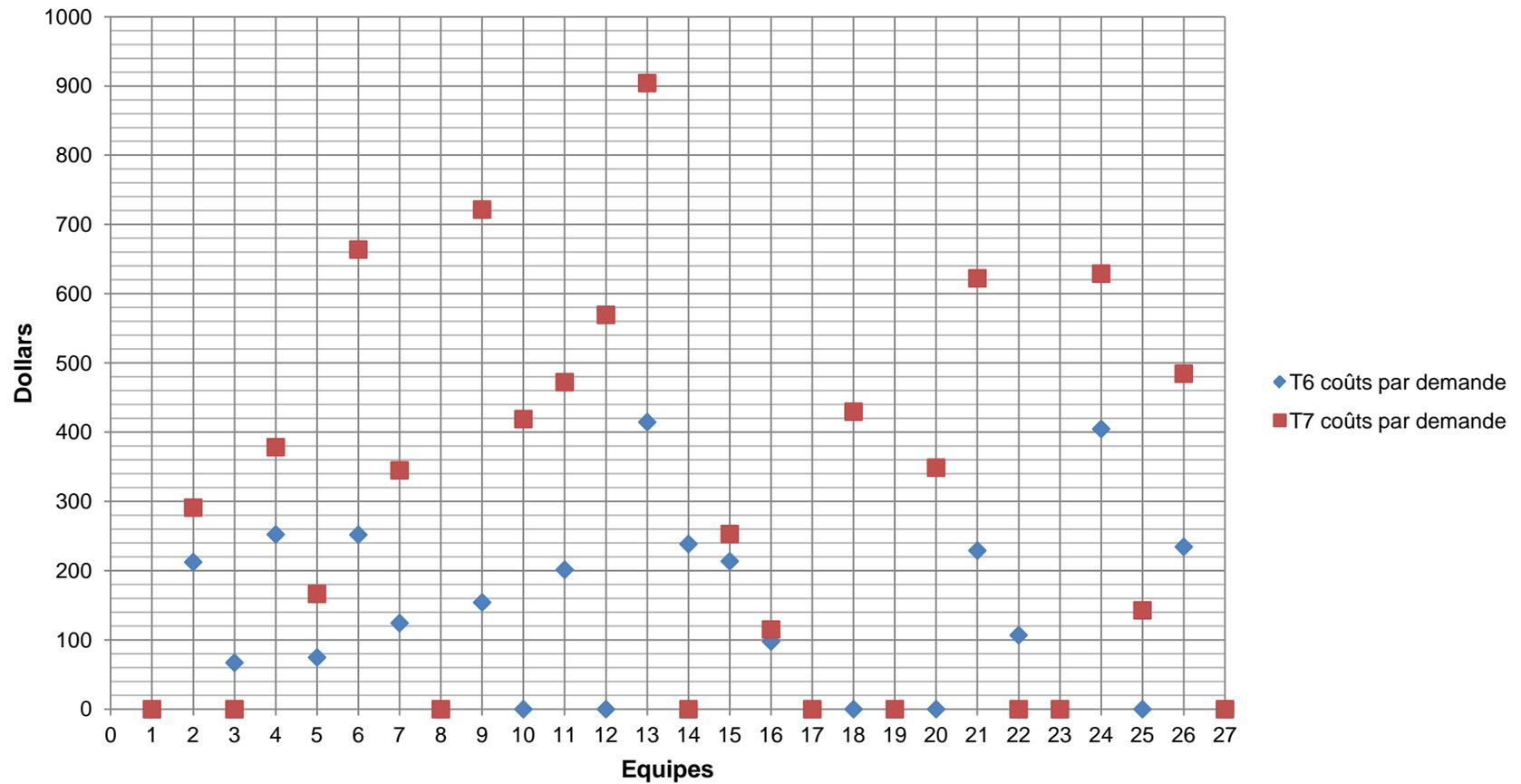
Graphique 3 Temps par demande et par type de processus avec visite (chronométrage P1, P2, P3, en heures)

Le graphique 4 donne les résultats par équipe des coûts moyens par demande pour les types de processus de 1 à 5 (sans visite). La lecture du graphique en verticale permet de visualiser les écarts de coûts entre les différents types de processus pour chaque équipe et les écarts entre équipes. On note que pour certaines équipes, le fait de traduire les temps passés en coûts conduit à un tassement des différences entre les types de processus (les points sur la ligne verticale sont moins espacés pour les coûts que pour les temps pour l'équipe 20 par exemple). La variation des écarts entre les deux graphiques dépend de la répartition des temps entre les intervenants.

Le graphique 5 produit les mêmes résultats pour les demandes avec visite de types 6 et 7.



Graphique 4 Coût par demande et par type de processus sans visite (chronométrage P1, P2, P3, dollars)



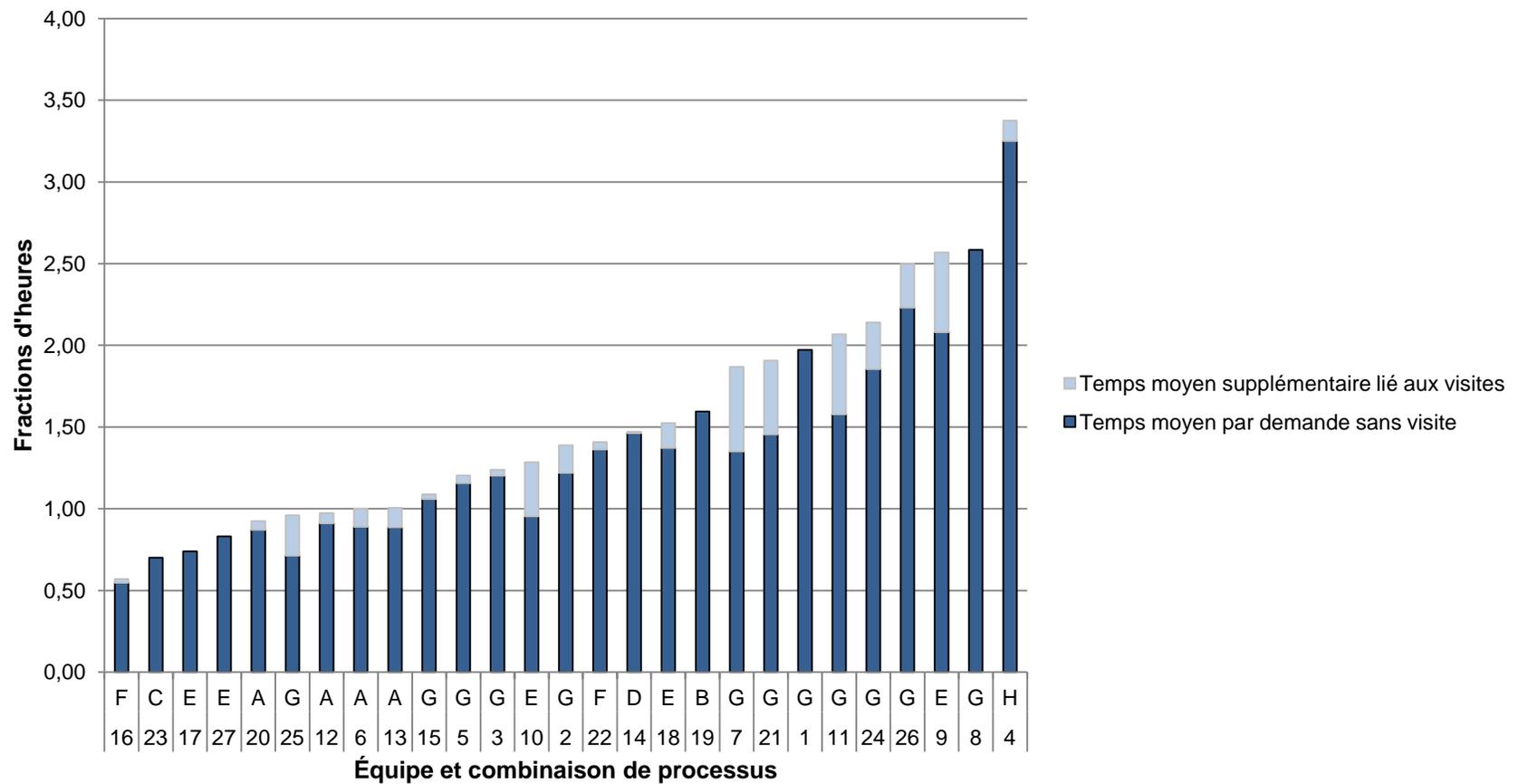
Graphique 5 Coût par demande et par type de processus avec visite (chronométrage P1, P2, P3, dollars)

Les graphiques 6 et 7 indiquent les temps moyens et coûts moyens par demande et par équipe, et permettent de visualiser le rôle que jouent les visites dans le total (partie haute des histogrammes). L'axe des abscisses indique quelle combinaison de processus est utilisée par chaque équipe (A, B,...H). La définition des combinaisons de processus est rappelée dans le tableau 15.

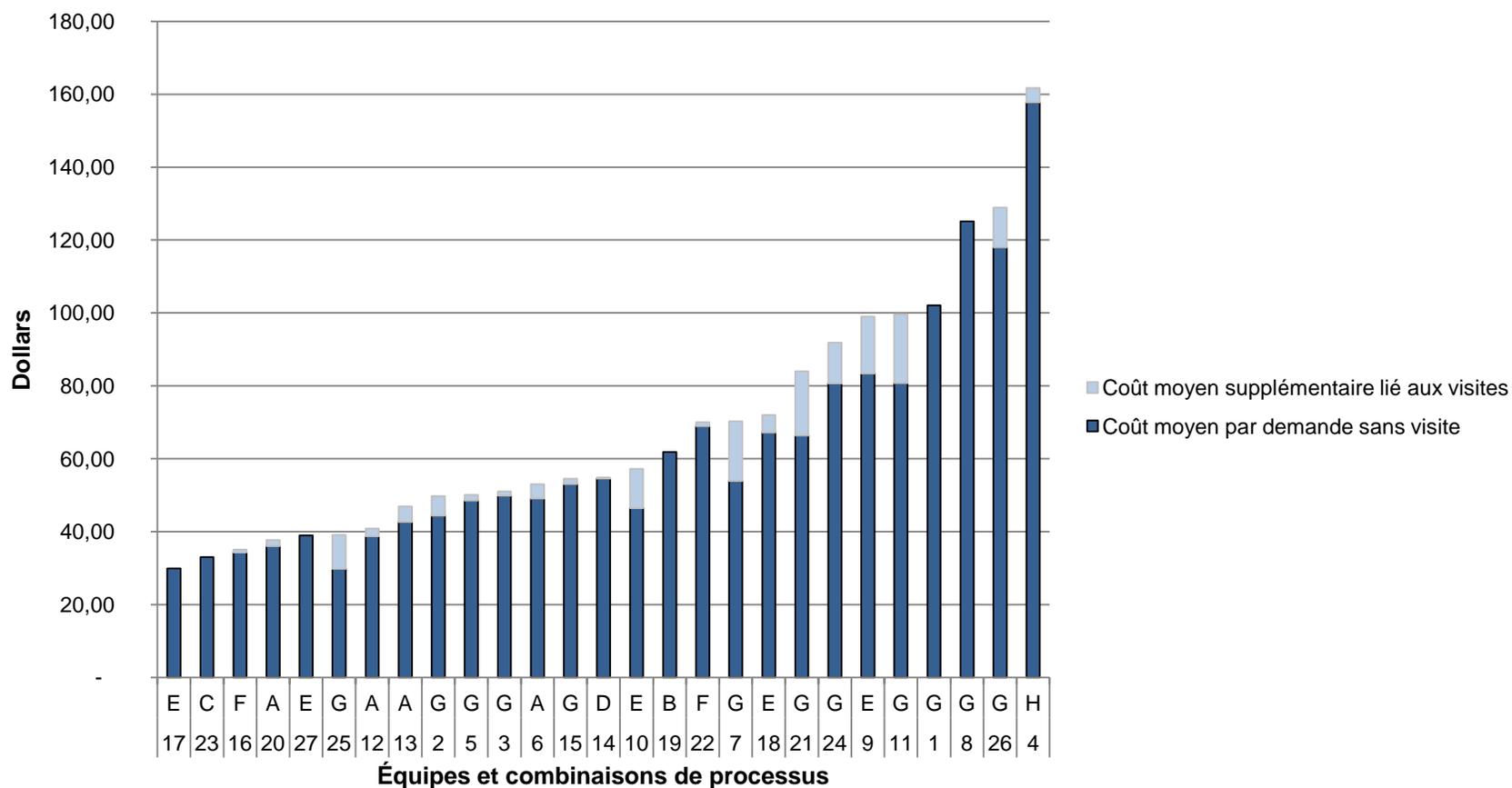
Tableau 15 Rappel sur les combinaisons de processus (voir section résultats sur les processus)

	A	B	C	D	E	F	G	H
Type 1 : Demande avec poste de référence SANS appel	x	x	x	x				
Type 2 : Demande avec poste de référence AVEC appel	x	x	x		x			
Type 3 : Demande avec étude comparable (même CCDP, même établissement) SANS appel			x	x		x		
Type 4 : Demande avec étude comparable AVEC appel	x	x	x	x	x	x	x	x
Type 5 : Demande sans étude comparable sans poste de référence (= sans modèle) avec appel	x		x	x	x	x	x	

Le coefficient de corrélation de rang de Spearman entre l'ordre des équipes selon les temps moyens par demande et selon les coûts moyens par demande est de 0,97 ($p < 0,001$). Par conséquent l'ordre des équipes n'est pas modifié lorsqu'on les ordonne selon les temps passés ou selon les coûts. En d'autres termes, la répartition des tâches entre les différents intervenants et la prise en compte des différences de taux horaire entre les intervenants dans le calcul des coûts ne modifie pas l'ordre des équipes.



Graphique 6 Temps moyen par demande sans visite et temps moyen supplémentaire lié aux visites selon les équipes et les combinaisons de processus (chronométrage P1, P2, P3, fractions d'heure)



Graphique 7 Coût moyen par demande sans visite et coût moyen supplémentaire lié aux visites selon les équipes et les combinaisons de processus (chronométrage P1, P2, P3, dollars)

Nous avons mesuré les temps moyens par demande selon deux indicateurs, l'un basé sur un chronométrage du temps passé sur les P1 P2 P3 et l'autre sur les équivalents temps complet dans chaque équipe. La comparaison du temps moyen par demande selon ces deux mesures pour chaque équipe apparaît dans le graphique 8. On observe que les deux courbes ont une silhouette nettement différente, confirmée par un coefficient de corrélation faible (0,38).

Le graphique 9 donne des résultats similaires concernant les coûts moyens par demande basée sur une mesure par chronométrage des P1 P2 P3 et des équivalents temps complet. Comme attendu, les deux courbes ont une silhouette différente, confirmée par un coefficient de corrélation relativement faible également (0,41).

Pour conclure cette section sur les temps et les coûts par demande, nous avons montré que les différences de temps passé entre les types de processus sont conformes aux attentes : les processus avec appel téléphonique prennent plus de temps que ceux sans appels, le fait d'utiliser un poste de référence prend moins de temps qu'une étude comparable, une visite sans mesure ni échantillonnage est nettement plus rapide qu'une visite avec mesure. Il faut cependant mentionner que les données collectées n'ont pas permis de mesurer le temps passé pour la création et l'actualisation des postes de référence, car ces données sont difficiles à estimer pour les équipes. Dans un certain nombre d'équipes qui utilisent les postes de référence, le processus de création des postes date de plusieurs années et aucune mesure du temps passé n'a été faite. L'actualisation des postes de référence n'a pas fait l'objet d'une mesure du temps ou bien elle est en projet. Ces temps pourraient être inclus dans la mesure du temps passé en équivalent temps complet si l'actualisation ou la création des postes de référence a eu lieu en 2011, mais ils ne sont pas inclus dans la mesure par chronométrage du temps passé pour la P1, P2, P3.

Les écarts de temps passé et de coûts entre équipes sont importants, y compris pour un même type de processus de traitement. Concernant les coûts, les écarts sont comparables à ceux observés pour les temps, donc le fait de prendre en compte la répartition des tâches entre les différents intervenants et les différences de taux salarial n'ont que peu d'impact sur la dispersion des résultats. Par conséquent, les écarts de coûts entre les équipes sont dus pour une grande partie à des différences de temps passé par demande.

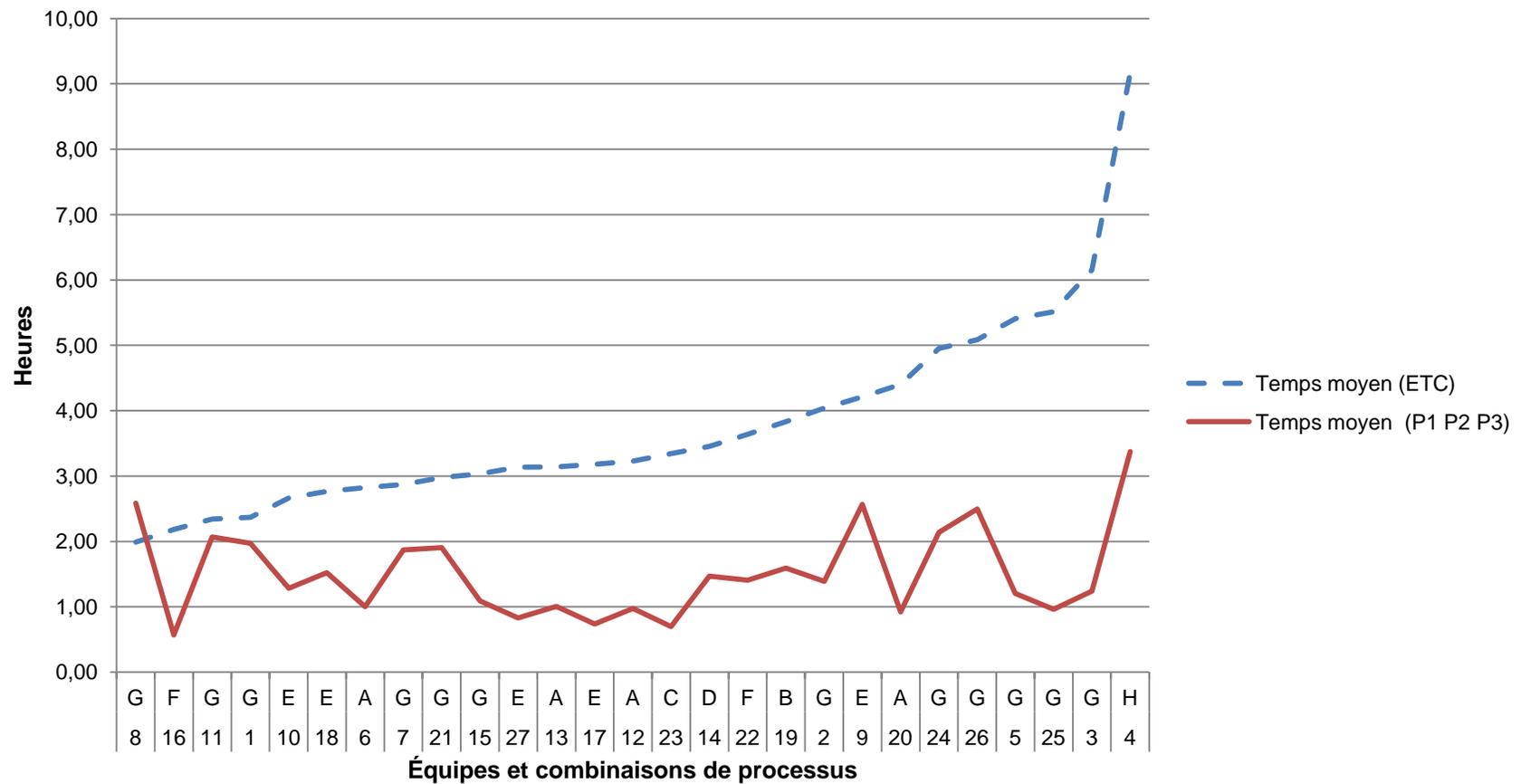
Des hypothèses peuvent être formulées pour expliquer les différences entre équipes des temps chronométrés pour un même type de processus. Tout d'abord, les intervenants sont plus ou moins rapides pour réaliser les mêmes tâches selon leur degré d'expérience. De ce point de vue, certains intervenants ont une très longue expérience du PMSD et connaissent parfaitement les milieux de travail de leur région, alors que d'autres équipes se heurtent à un fort taux de roulement du personnel et ont des difficultés à transmettre aux nouvelles recrues les connaissances accumulées. Ces différences d'expérience pourraient jouer un rôle important dans l'explication des écarts de temps entre équipes, notamment pour les valeurs extrêmes. Ensuite, les méthodes utilisées diffèrent entre les équipes, notamment pour le temps passé par appel téléphonique. La nature de ces appels varie également. Par exemple, pour le processus de type 2 (poste de référence avec appel), l'appel à la travailleuse peut servir à vérifier l'adéquation entre chaque facteur de risque listé dans le poste de référence

et les facteurs réellement présents sur le poste de travail, ou bien uniquement vérifier que le code CCDP de la travailleuse correspond bien au poste occupé. De même, l'appel à l'employeur peut être plus ou moins long selon les efforts déployés par l'équipe pour répondre aux attentes des employeurs en matière d'informations sur les possibilités de réaffectation.

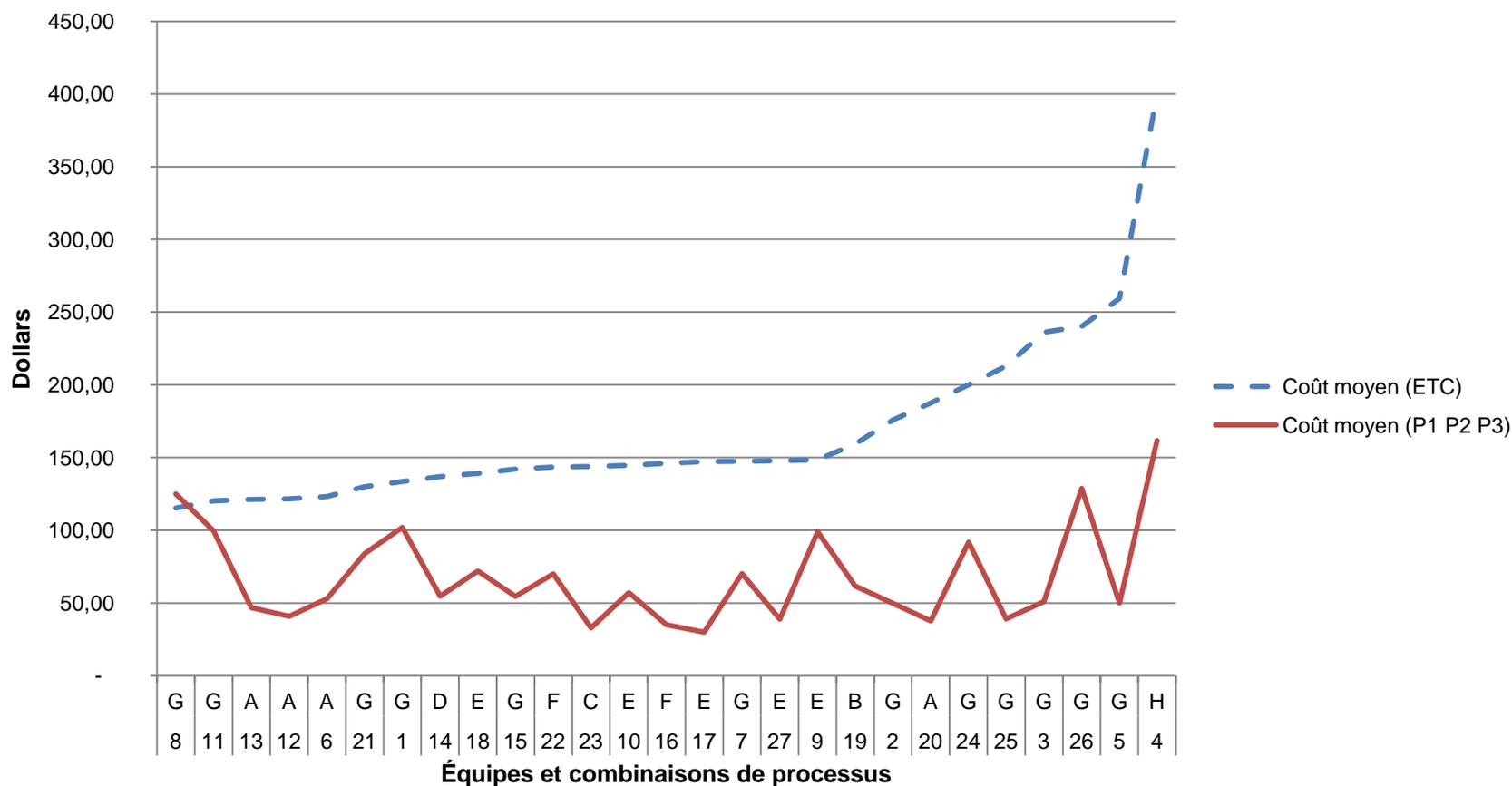
Pour ce qui est des différences entre équipes en équivalents temps complet, la dispersion des données est plus faible à la fois pour les temps (coefficient de variation de 41 %) et pour les coûts (36 %). Une hypothèse d'interprétation est que l'allocation en ressources humaines pour les équipes responsables du PMSD se fait selon une logique relativement proche entre les régions, et dépend du nombre de demandes traitées par l'équipe. Par contre, les écarts entre la mesure du temps chronométré et la mesure basée sur les ETC varient beaucoup selon les équipes. Ainsi, le temps passé à former de nouvelles recrues, à répondre au téléphone, à participer aux réunions de concertation locales, régionales ou provinciales pour le PMSD et à créer ou actualiser les postes de référence varie beaucoup d'une équipe à une autre.

Une analyse plus détaillée des facteurs associés aux différences de temps passés par demande entre équipes serait intéressante, et nécessiterait un prolongement de ce projet de recherche. Des analyses simples bivariées seraient sans doute insuffisantes pour expliquer les écarts. Par exemple le nombre de demandes par équipe n'est pas significativement corrélé au temps moyen par demande sans visite ($r^2 = -0,25$, $p > 5\%$). Pour rendre compte d'un éventuel phénomène d'économie d'échelle en lien avec le nombre de demandes traitées, il faudrait compléter cette analyse bivariée par des variables supplémentaires par exemple le nombre de demandes traitées par personne dans chaque équipe. En effet, une même quantité d'emplois en équivalent temps complet peut correspondre à un plus ou moins grand nombre de personnes à temps partiel, et ainsi l'expérience accumulée par personne dans le traitement des demandes peut varier d'une équipe à l'autre. Par conséquent, des analyses statistiques multivariées exploitant les résultats de l'enquête sur les processus et sur les coûts pourraient être éclairantes pour identifier les facteurs déterminants de ces différences.

En outre, il faut souligner que nous n'avons pas mesuré la qualité des processus mis en œuvre dans le cadre du PMSD. En l'absence de données sur l'efficacité des processus ou sur leur impact en termes de prévention, une analyse qui viserait à minimiser les coûts ne correspondrait pas à une démarche d'optimisation.



Graphique 8 Temps moyen par demande en fraction d'heure selon les équivalents temps complets (ETC) et selon le chronométrage P1, P2, P3, tri des équipes selon la mesure chronométrée (en heures)



Graphique 9 Coûts moyens par demande en dollars selon les équivalents temps complets (ETC) et selon le chronométrage P1, P2, P3, tri des équipes selon la mesure chronométrée

5 DISCUSSION : LIMITES, POINTS FORTS, PROLONGEMENTS

Cette étude a été réalisée via une collecte de données sur les processus et sur les coûts.

Plusieurs limites peuvent être identifiées concernant la collecte de données de coûts :

- La période de chronométrage des tâches a été fixée à 10 jours ouvrables. Les visites n'ont pas été chronométrées, car elles sont trop peu fréquentes et la période de chronométrage était trop courte. Il a été impossible d'étendre la période de chronométrage pour ne pas surcharger les équipes lors de la collecte de données.
- Les temps chronométrés pour les demandes sans visite sur 10 jours ouvrables sont censés être représentatifs de l'ensemble des demandes de l'année. Nous ne pouvons déterminer si cette extrapolation est source de surestimation ou de sous-estimation, car cela aurait nécessité une collecte de données plus longue et coûteuse en temps pour les équipes du réseau.
- Deux (2) équipes n'ont pas pu procéder au chronométrage des tâches et ont produit des estimations issues d'une mesure faite sur l'année 2010 et basée sur l'expérience des intervenants de l'équipe. Ce mode de mesure est moins précis et sujet aux biais de mémoire. Par ailleurs, certaines équipes ont réalisé un chronométrage sur une durée inférieure à 10 jours ouvrables.
- Les temps mesurés correspondent à des pratiques en œuvre au moment de la collecte de données, c'est-à-dire entre mars et mai 2012. Le nombre annuel de demandes par type de processus correspond par contre à l'année 2011. Il est en effet impossible de prendre la même année à la fois pour le chronométrage des temps et pour le nombre annuel de demandes. Les résultats produits portent sur l'année 2011, on suppose donc que les processus utilisés sont stables entre 2011 et 2012.

Les points forts de cette étude doivent également être soulignés :

- Le programme n'avait jamais été évalué sur l'ensemble de la province depuis sa création en 1981, l'évaluation qui avait été réalisée en 2003 sous le mandat de la CSST portait sur trois régions seulement, Laval, Montréal et Québec. La présente évaluation produit donc des données originales avec une articulation entre deux dimensions, les processus organisationnels et les coûts. Les connaissances produites sur le programme sont riches et détaillées.
- L'étude a inclus une phase exploratoire qui a permis de tester deux questionnaires et de les transformer pour en améliorer la validité.
- Les données collectées sont d'une grande homogénéité à la fois pour les processus et les coûts : une identification des processus et une adaptation à chaque équipe de la terminologie utilisée ont été mises en œuvre. Les mesures ont été faites en précisant les concepts, les tâches, et les instruments afin de garantir la même compréhension à travers les équipes.

- L'unité d'analyse choisie est l'équipe responsable du PMSD et non la région, ce qui a permis de mesurer la diversité des processus au sein de chaque région ainsi qu'au niveau provincial.

Prolongements de la recherche

La mesure des indicateurs de qualité, préalablement définis comme prioritaires, pourrait faire l'objet d'un prolongement de ce projet de recherche afin de pouvoir identifier le meilleur type de processus organisationnel sur la base d'un critère coût-avantage.

Par exemple, il serait intéressant de déterminer dans quelle mesure les différents types de processus sont associés ou non à des taux de réaffectation et d'aménagement des postes différents. Ainsi, l'utilisation des postes de référence sans appel, qui aboutit souvent à une liste de facteurs de risque plus longue que les facteurs de risque effectivement présents au poste de travail, favorise-t-elle ou au contraire constitue-t-elle un frein à la réaffectation? Les deux hypothèses sont envisageables, car une liste exhaustive de recommandations associées à des facteurs de risque potentiels donne à l'employeur l'ensemble des informations pour réaffecter la travailleuse à un autre poste. Mais une longue liste de facteurs de risques dont une partie ne sont pas avérés peut aussi décourager l'employeur dans ses efforts pour réaffecter la travailleuse. Ces questions restent ouvertes et pourraient faire l'objet de prolongements de la recherche et de réflexions par le réseau.

D'autres prolongements seraient également enrichissants afin de mieux comprendre les différences de coût moyen par demande entre les différentes équipes. Des analyses statistiques multivariées basées sur les données de l'enquête sur les processus et les coûts pourraient donner des résultats éclairants.

6 RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Élaborer par la concertation une vision commune sur les critères de qualité des processus de traitement et prioriser ces critères.

Les résultats de l'enquête montrent une certaine polarisation des systèmes de valeur des équipes autour de deux logiques différentes :

- Logique 1 : Les appels téléphoniques sont systématiques pour chaque demande, l'adéquation entre les facteurs de risque retenus et les agresseurs effectivement présents au poste de travail est perçue comme importante.
- Logique 2 : La part des demandes sans appel téléphonique est élevée, l'utilisation des postes de référence sans appel est fréquente, l'adéquation entre les facteurs de risque retenus et les agresseurs présents au poste de travail n'est pas perçue comme un critère prioritaire.

Les équipes qui participent à la mise en œuvre du PMSD sont très impliquées et ont à cœur la qualité du travail de traitement des demandes. Si un changement des processus organisationnels était mis en œuvre, il devrait s'accompagner d'une concertation sur les critères de qualité et d'un consensus sur la façon de les hiérarchiser. Pour assurer la cohérence, il serait souhaitable d'établir ce consensus au niveau provincial.

En particulier, une décision est nécessaire sur la position relative du critère d'adéquation entre la liste des agresseurs retenus dans la P3 et les facteurs de risque effectivement rencontrés dans le poste réel. En effet, la position de ce critère par rapport aux autres aura des impacts importants :

- Les processus à développer dans les équipes ne sont pas les mêmes selon l'importance accordée au critère d'adéquation (poste de référence avec appel ou sans appel notamment).
- Les impacts potentiels sur les données de surveillance en santé publique sont à prendre en compte. Si la liste des facteurs retenus ne correspond pas aux facteurs effectivement rencontrés sur le poste de travail, les données du SISAT pourront être utilisées pour la surveillance des expositions professionnelles *potentielles* des travailleuses enceintes, mais pas des expositions *avérées*.
- Lorsque la liste des facteurs de risque retenus est plus longue que les facteurs de risque présents au poste de travail, l'employeur identifie parmi tous les risques retenus ceux que rencontre effectivement la travailleuse à son poste. Dans ce cas de figure, le rôle donné à l'employeur est plus grand.

Recommandation 2 : Améliorer la cohérence entre les recommandations au niveau local et régional

Une réflexion devrait être menée sur les banques de recommandations personnelles, propres à chaque médecin.

Parallèlement au travail très utile déjà en cours pour l'harmonisation au niveau provincial entre régions, il paraît indispensable de garantir une harmonisation entre les équipes au sein d'une même région. Les résultats de l'enquête suggèrent que des recommandations de contenu différent pour un même facteur de risque dans une même région existent. Cette situation se rencontre dans un nombre limité de cas et ne constitue pas un phénomène généralisé. Mais ces cas portent atteinte à l'image et à la crédibilité du programme au niveau régional et provincial. Ceci est d'autant plus dommageable que 25 équipes sur 28 citent en premier, deuxième ou troisième critère de qualité la cohérence des recommandations entre les travailleuses. De plus, la conformité des recommandations avec les guides de pratique est également un critère de qualité perçu comme prioritaire par les équipes. Il existe donc un consensus entre les équipes sur ces critères de cohérence et de conformité avec les guides, ce qui devrait favoriser une plus grande harmonisation des recommandations entre les équipes au sein d'une même région.

On recommande donc que les travaux d'harmonisation des recommandations au niveau national soient intensifiés et qu'une harmonisation rigoureuse entre les équipes d'une même région soit mise en œuvre.

Cette harmonisation passe aussi par un processus d'actualisation fréquente des postes de référence lorsque les recommandations changent au niveau provincial. Ce travail d'actualisation se fait actuellement de façon manuelle. En effet, lorsqu'une recommandation est modifiée, il faut reporter cette modification dans chacun des postes de référence qui utilisent cette recommandation dans le SISAT. Ce travail d'actualisation peut donc être long. Le SISAT pourrait être amélioré afin de permettre aux équipes d'actualiser plusieurs postes de référence à la fois lorsqu'une recommandation change dans les guides de pratiques provinciaux.

Recommandation 3 : Répondre aux attentes des employeurs en matière de conseils pour l'aménagement du poste de travail ou pour la réaffectation

Différents résultats de l'enquête montrent qu'une partie des employeurs ont besoin d'information pour réaffecter les travailleuses ou aménager leur poste. Ce résultat est cohérent avec la tendance observée dans les statistiques de la CSST qui montre que la réaffectation est en constante progression depuis les années 1990, en nombre et en proportion des demandes acceptées. La réaffectation est passée de 2 057 en 1990 à 6 956 en 2000 et à 15 561 en 2010, et représente 49 % des demandes acceptées en 2010 (Croteau et collab., 2012). Il faut noter que parmi les travailleuses enceintes ayant eu une réaffectation, plusieurs seront également retirées plus tard en cours de grossesse.

Il ne s'agit pas de changer les mandats du RSPSAT, mais de modifier légèrement la rédaction des recommandations pour donner des pistes aux employeurs qui en ont besoin. Douze (12) équipes sur 29 élaborent des recommandations de manière à indiquer à l'employeur de quelle manière un aménagement de poste serait compatible avec un maintien de la travailleuse au travail, en précisant la durée (en nombre de semaines) et si ce maintien au travail peut se faire à temps plein ou partiel.

Dans cette perspective, l'enquête montre que l'importance de l'appel téléphonique à l'employeur ne doit pas être négligée. Cet appel passé par les intervenants vise en grande partie à donner des informations à l'employeur et non pas seulement à en obtenir pour l'étude de poste. De façon générale, on observe grâce à cette étude que les contacts téléphoniques avec l'employeur permettent de répondre à ses questions sur l'aménagement de poste et la réaffectation. En effet, des informations générales peuvent être données avant que le médecin désigné ait élaboré les recommandations et avant que le médecin traitant ait émis le certificat.

Recommandation 4 : Mener une réflexion sur les coûts des processus en adoptant une vision globale

La présente étude produit des résultats économiques sur les coûts moyens du traitement par demande selon le type de processus et par équipe. Comme il a été souligné dans l'introduction de ce rapport ainsi que dans le devis du projet, nous ne disposons pas des données nécessaires pour établir si le processus le moins coûteux (poste de référence sans appel) est aussi celui qui a le meilleur rapport entre le coût du processus et son efficacité (c'est-à-dire le meilleur ratio coût-efficacité). L'évaluation de la qualité des processus pourrait faire l'objet d'un prolongement de ce projet.

Plus encore, la mesure du coût des processus doit tenir compte non seulement des ressources mises en œuvre pour le traitement des demandes (ce qui a été fait dans le cadre de ce projet), mais aussi du coût lié au versement des indemnités de remplacement par la CSST : si un type de processus s'avérait associé à un taux de réaffectation ou d'aménagement de poste plus faible, le nombre de semaines de versement des indemnités de remplacement serait plus élevé et le coût total correspondant à ce processus pourrait être également plus élevé. Par exemple, si le processus utilisant les postes de référence sans appel était plus largement utilisé, cela permettrait sans doute de faire des économies sur le temps passé pour le traitement des demandes. Mais dans l'hypothèse où ce processus serait éventuellement associé à un plus faible taux de réaffectation des travailleuses enceintes, sachant que les employeurs ne sont pas contactés par téléphone dans ce processus, les économies réalisées au niveau du RSPSAT sur le traitement des demandes pourraient s'accompagner de dépenses bien plus importantes de la CSST liées à des débours plus élevés en indemnités de remplacement. En l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'établir si les différents processus de traitement des demandes sont associés à des taux de réaffectation et d'aménagement de poste plus ou moins élevés. Néanmoins, une vision globale sur les coûts nécessite de prendre en compte non seulement le coût des processus de traitement des demandes, mais aussi l'impact de ces processus sur les débours de la CSST via une analyse de la réaffectation. Ce type d'évaluation pourrait également faire l'objet d'un approfondissement de ce projet.

Recommandation 5 : Faciliter le travail des équipes en limitant le nombre d'appels reçus pour raisons administratives

La réponse aux appels reçus, provenant soit des travailleuses ou des employeurs, occupe un temps non négligeable pour plusieurs intervenants dans certaines équipes. Ces appels peuvent être de nature administrative, portant sur les formulaires à remplir, le processus

d'indemnisation par la CSST, ou la progression du dossier. Certains de ces appels sont importants et contribuent à la bonne mise en œuvre du programme, d'autres pourraient être évités en améliorant les modes de communication utilisés par l'équipe.

Plusieurs éléments ont été relevés lors de l'enquête :

- Les travailleuses appellent fréquemment au sujet des facteurs de risque non retenus. Lorsque le médecin traitant remplit le certificat de demande de retrait préventif, la travailleuse peut préciser sur ce certificat un facteur de risque sur lequel elle souhaite attirer l'attention. Ce facteur de risque peut ne pas être retenu par l'équipe en charge du PMSD. Pour 25 équipes sur 29, il est important que la travailleuse puisse vérifier que les facteurs mentionnés sur le certificat ont bien été étudiés (même s'ils n'ont pas été retenus). Or, parmi ces 25 équipes, 10 n'envoient ni la P2 (étude de poste, liste d'agresseurs), ni la P3 sur les facteurs de risque non retenus au médecin traitant. La travailleuse a donc comme seule alternative d'appeler l'équipe PMSD pour vérifier que le facteur de risque qui lui paraissait important a bien été étudié. De façon générale, il pourrait être utile de transmettre dans le rapport par écrit les éléments sur les facteurs de risque non retenus.
- Dans une région, une annonce téléphonique d'accueil a été créée pour préciser le nombre de jours ouvrables nécessaires au traitement des demandes. Les appels visant à savoir où en est le dossier ont depuis fortement diminué.
- Dans certaines régions, l'employeur ne reçoit pas le rapport détaillé élaboré par l'équipe responsable du PMSD, mais seulement le certificat de demande complété par le médecin traitant. Le document administratif officiel est en effet le certificat (1 page). Cependant, le rapport détaillé élaboré par l'équipe responsable du PMSD et transmis au médecin traitant comporte beaucoup d'informations pertinentes pour l'employeur, à la fois pour identifier les agresseurs dangereux pour les travailleuses enceintes et pour connaître les possibilités d'aménagement de poste ou de réaffectation. Il paraît donc indispensable que l'employeur soit destinataire de ce rapport écrit et qu'il puisse en prendre connaissance dans le détail. Il serait utile de réfléchir à un processus garantissant cette transmission d'informations.

Recommandation 6 : Éléments pour une évolution des processus de traitement des demandes (tableau 16)

En l'absence de données sur la qualité des différents types de processus, nous n'avons pas les éléments nécessaires pour préconiser la généralisation du type de processus ayant le meilleur rapport coût-efficacité. Cependant, nous pouvons formuler des hypothèses sur les avantages et inconvénients de chaque type de processus (tableau 16). Les processus avec visite d'établissement ne sont pas intégrés dans cette analyse, car ils représentent environ 2 % des demandes totales. Ce tableau donne des éléments de comparaison entre processus, sachant que l'expérience des équipes montre que c'est une combinaison de différents processus qui est utilisée. La combinaison la plus appropriée dépendra notamment de la façon dont les critères de qualité seront hiérarchisés lors du consensus au niveau provincial (voir recommandation 1). Elle devra également prendre en compte le nombre annuel de demandes traitées par l'équipe, les processus mis en œuvre n'étant pas les

mêmes dans les équipes qui traitent plus de 1 500 demandes par an et dans celles qui en traitent quelques centaines.

Le tableau 16 présente les différentes caractéristiques des types de processus :

- Possibilité d'actualisation des facteurs de risque et des recommandations dans l'outil utilisé (poste de référence ou étude comparable) en fonction de l'évolution des connaissances et des guides de pratiques,
- Cohérence des recommandations au niveau local et régional,
- Conformité des recommandations avec les guides provinciaux,
- Transmission d'expérience, de connaissance des milieux de travail, nécessaire dans un contexte de fort taux de roulement du personnel ou de départ à la retraite d'une intervenante très expérimentée,
- Adéquation entre la liste des agresseurs et ceux présents sur le poste de travail,
- Complétude de la liste des agresseurs,
- Capacité à répondre aux attentes des employeurs en termes d'informations sur la réaffectation,
- Rapidité du traitement et coût par demande.

Tableau 16 Hypothèses sur les avantages et inconvénients des différents types de processus utilisés par les équipes

Types de processus	Mise à jour des facteurs de risque et recommandations	Cohérence des recommandations au niveau local et régional	Conformité avec les guides provinciaux	Transmission d'expérience, de connaissance des milieux de travail entre intervenants
1. Postes de référence sans appel	Possible si la mise à jour des postes de référence est faite.	Les recommandations sont déjà dans le poste de référence et ont fait l'objet d'un consensus entre les médecins au niveau local. La cohérence entre les équipes locales d'une même région n'est pas garantie, mais peut faire l'objet d'une démarche d'harmonisation.	La conformité peut être systématisée, car les postes de référence incluent toutes les recommandations.	La transmission du contenu des postes-types est automatique, car la liste des agresseurs possibles est exhaustive et les informations les plus récentes sont dans le poste de référence.
2. Postes de référence avec appel	Idem à poste de référence sans appel.	Idem à poste de référence sans appel.	Idem à poste de référence sans appel.	Idem à poste de référence sans appel.
3. Études comparables sans appel	Une étude comparable ne peut être mise à jour. Mais on peut changer de modèle et utiliser une étude comparable plus récente ou plusieurs études.	Les recommandations sont issues des banques de recommandations. Elles peuvent être cohérentes (banques régionales) ou varier selon les médecins au niveau local et/ou régional (banques personnelles dans certains cas).	Une étude comparable en tant que telle ne peut pas être actualisée. La conformité dépend de la façon dont les banques de recommandations sont constituées.	La transmission entre intervenants peut être faite, mais n'est pas automatique.
4. Études comparables avec appel	Idem à étude comparable sans appel.	Idem à étude comparable sans appel.	Idem à étude comparable sans appel.	La transmission n'est pas automatique. Chaque intervenant utilise ses études comparables « favorites » et sait comment elles doivent être adaptées à chaque cas.
5. Études sans modèle	Pas de modèle, donc pas de mise à jour d'outil.	Idem à étude comparable sans appel.	Cela dépend de la façon dont les banques de recommandations sont constituées.	Pas de modèle ni d'outil, la transmission est difficile pour ce type de processus.

Tableau 16 Hypothèses sur les avantages et inconvénients des différents types de processus utilisés par les équipes (suite)

Types de processus	Adéquation entre la liste des facteurs de risque et ceux présents au poste de travail	Complétude de la liste des facteurs présents au poste de travail (ne pas oublier un facteur de risque)	Capacité à répondre aux attentes des employeurs sur la réaffectation	Rapidité du traitement et coût
1. Postes de référence sans appel	Cette adéquation n'est pas garantie, car la liste des agresseurs se veut exhaustive et n'est pas validée par un appel téléphonique.	La complétude est la plus élevée possible, le poste de référence est construit dans cet objectif.	La seule façon de répondre à ces attentes est de formuler des pistes pour la réaffectation dans les recommandations (pas d'appel ni de visite).	Processus le plus rapide. Le coût du processus de traitement est le plus bas, mais il faudrait tenir compte du coût lié à la création et à l'actualisation de ces postes, données non disponibles dans les équipes. Il peut conduire à des débours élevés de la CSST s'il est associé à un faible taux de réaffectation ou aménagement de poste.
2. Postes de référence avec appel	L'adéquation peut être obtenue si l'appel téléphonique permet de valider les agresseurs.	La complétude est élevée, et est renforcée par l'appel téléphonique qui peut vérifier qu'aucun facteur n'a été oublié.	L'appel téléphonique à l'employeur peut jouer un rôle important.	#2 en temps et coûts. L'appel tél. peut répondre en partie aux attentes des employeurs sur la réaffectation et potentiellement limiter les coûts d'indemnisation pour la CSST.
3. Études comparables sans appel	L'adéquation n'est pas garantie, car la liste des agresseurs issue de l'étude comparable n'est pas validée par un appel.	La complétude n'est pas garantie, un facteur de risque peut être omis, car il n'y a pas d'appel téléphonique.	En l'absence d'appel et de visite, il est important de formuler des pistes pour la réaffectation dans les recommandations.	#3 en temps et coûts. Sans appel téléphoniques, les employeurs reçoivent moins d'information sur la réaffectation, ce qui pourrait être associé à des coûts d'indemnisation pour la CSST.
4. Études comparables avec appel	L'adéquation peut être obtenue si l'appel téléphonique permet de valider les agresseurs.	La complétude peut être obtenue si l'appel téléphonique permet de vérifier qu'aucun facteur n'a été oublié.	L'appel téléphonique à l'employeur peut jouer un rôle important.	#4 en temps et coûts. L'appel tél. peut répondre en partie aux attentes des employeurs sur la réaffectation et potentiellement limiter les coûts d'indemnisation pour la CSST.
5. Études sans modèle	L'adéquation peut être obtenue si l'appel téléphonique permet de faire une liste des agresseurs au poste de travail.	La complétude peut être obtenue si l'appel téléphonique permet de faire une recension exhaustive des agresseurs.	L'appel à l'employeur peut être important. Les postes sans modèles sont souvent dans les entreprises où l'employeur connaît peu le PMSD.	#5 en temps et coûts. L'appel tél. peut répondre en partie aux attentes des employeurs sur la réaffectation et potentiellement limiter les coûts d'indemnisation pour la CSST.

RÉFÉRENCES

Croteau A. et membres du Groupe Scientifique Maternité et Travail (GSTM). « Utilisation du programme Pour une maternité sans danger ». Dans : « Dossier maternité et travail », page WEB en construction du GSMT. Août 2012.

CSST (2010), Travailler en sécurité, pour une maternité sans danger, 38 p.

CSST (2011a), Pour une maternité sans danger, Statistiques 2006-2009, 56 p.

CSST (2011 b), Statistiques annuelles 2010, 160 p.

CSST (2011c), Cahier des charges 2012 du programme des services de santé au travail, et Annexes, 41 p.

Drummond, M. F., M.J. Sculpher, and G. W. Torrance. (2005), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd ed. Oxford : Oxford University Press, 379 p.

Goldenhar, L. M., LaMontagne, A. D., Katz, T., Heaney, C., & Landsbergis, P. (2001), The intervention research process in occupational safety and health: an overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. *J Occup Environ Med*, 43, 616-622.

Parsons T. (1977), *Social systems and the evolution of action theory*, New York: Free Press, 416 p.

Plante, R. & Malenfant, R. (1998). Reproductive health and work: different experiences. *J Occup Environ Med*, 40, 964-968.

Poirier A, Jobin L (dir.) (2011) *Pour guider l'action, Portrait de santé du Québec et de ses régions*, 156 p.

Sicotte, C., F. Champagne, A. P. Contandriopoulos, J. Barnsley, F. Beland, S. G. Leggat, J. L. Denis, *et al.* (1998) "A Conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance." *Health Services Management Research* 11, no. 1: 24-41; discussion 41-8.

Zwerling, C., Daltroy, L. H., Fine, L. J., Johnston, J. J., Melius, J., & Silverstein, B. A. (1997). Design and conduct of occupational injury intervention studies: a review of evaluation strategies. *Am J Ind Med*, 32, 164-179.

Weiss C. (1998) *Evaluation: Methods for studying programs and policies*, Prentice Hall, New Jersey, 372 p.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SUR LES PROCESSUS



Section A: A. Identification des processus et P1

A1. 1. Pour faire la P2, quels sont les différents processus utilisés dans votre équipe ?

	oui	non
Demande avec poste de référence SANS appel téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande avec poste de référence AVEC appel téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande avec étude comparable (même établissement, même CCDP) SANS appel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande avec étude comparable (même établissement ou même CCDP) AVEC appel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demande SANS étude comparable SANS poste de référence AVEC appel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. 1.1 Lorsque vous utilisez des postes de référence, sont-ils dans le SISAT ?

Yes
No

A3. 1.2 Lorsque vous utilisez les études comparables, sont-elles dans le SISAT ?

Yes
No

A4. 1.3 Pour les demande SANS étude comparable SANS poste de référence AVEC appel, utilisez-vous un guide papier (liste de questions ou de facteurs de risque) pour mener l'étude de poste au téléphone ?

Yes
No

A5. 2. De façon générale, qui saisit la P1 dans le SISAT ?

L'agente administrative	<input type="checkbox"/>	▶	Skip to A6
L'infirmière	<input type="checkbox"/>	▶	Skip to A6
Le/la technicien-ne	<input type="checkbox"/>	▶	Skip to A6
L'infirmière ou le/la technicien-ne	<input type="checkbox"/>	▶	Skip to A6

A6. 3. La personne qui fait la P1 passe-t-elle un premier appel systématique pour faire les vérifications (identité, adéquation géographique de la demande) ou seulement quand il manque des informations ?

Appel systématique	<input type="checkbox"/>	▶	Skip to A6
Appel seulement quand il manque des informations	<input type="checkbox"/>	▶	Skip to A6



Section B: B. Demande de TYPE 1

La demande de type 1 correspond à une des demandes pour lesquelles vous avez répondu OUI à la première question
(demande avec poste de référence sans appel, demande avec poste de référence avec appel, sans appel, etc...)

B1. 4. Le type 1 est

- Demande avec poste de référence SANS appel téléphonique
- Demande avec poste de référence AVEC appel téléphonique
- Demande avec étude comparable (même établissement, même CCDP) SANS appel
- Demande avec étude comparable (même établissement ou même CCDP) AVEC appel
- Demande SANS étude comparable SANS poste de référence AVEC appel

B2. 5. Pour ces demandes, qui fait la P2 ?

- L'agente administrative Skip to A6
- Le/la technicien-ne Skip to A6
- L'infirmière Skip to A6
- L'infirmière ou le/la technicien-ne Skip to A6
- Le/la médecin Skip to A6

B3. 5.1 Si infirmière ou technicien, comment se fait la répartition entre les deux ?

- Selon risque chimique (technicien) ou non chimique (infirmière)
- Selon la personne de garde lors de la réception de la demande
- Selon la charge de travail de chacun

B4. 6. Pour ces demandes, qui fait la P3 ?

- L'agente administrative Skip to B6
- Le/la technicien-ne Skip to B6
- L'infirmière Skip to B6
- L'infirmière ou le/la technicien-ne
- Le/la médecin Skip to B6

B5. 6.1 Si infirmière ou technicien, comment se fait la répartition entre les deux ?

- Selon risque chimique (technicien) ou non chimique (infirmière)
- Selon la personne de garde lors de la réception de la demande
- Selon la charge de travail de chacun



B6.	7. L'intervenant qui fait la P2 passe-t-il des appels téléphoniques ?	Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
B7.	8. L'intervenant passe-t-il un appel téléphonique à la travailleuse ?	Oui, systématiquement <input type="checkbox"/>
		Oui, parfois <input type="checkbox"/>
		Oui, rarement <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>
B8.	9. Dans quel but ?	
	Réaliser ou valider l'étude de poste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Vérifier que la travailleuse a prévenu l'employeur sur le dépôt de demande de retrait	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Donner des informations à la travailleuse sur le retrait préventif en général	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Donner des informations préliminaires à la travailleuse sur les facteurs qui pourraient ne pas être retenus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B9.	10. L'intervenant passe-t-il un appel téléphonique à l'employeur ?	Oui, systématiquement <input type="checkbox"/>
		Oui, parfois <input type="checkbox"/>
		Oui, rarement <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>
B10.	11. Dans quel but ?	
	Réaliser ou valider l'étude de poste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	L'informer sur le fait que la travailleuse a déposé une demande de retrait	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Donner des informations à l'employeur sur le retrait préventif en général	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Donner des informations à l'employeur sur la réaffectation de la travailleuse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B11.	12. L'intervenant passe-t-il un autre appel ?	Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>



C2.	20. Pour ces demandes, qui fait la P2 ?	L'agente administrative <input type="checkbox"/> Skip to C4
		Le/la technicien-ne <input type="checkbox"/> Skip to C4
		L'infirmière <input type="checkbox"/> Skip to C4
		L'infirmière ou le/la technicien-ne <input type="checkbox"/>
		Le/la médecin <input type="checkbox"/> Skip to C4
C3.	20.1 Si infirmière ou technicien, comment se fait la répartition entre les deux ?	
		Selon risque chimique (technicien) ou non chimique (infirmière) <input type="checkbox"/>
		Selon la personne de garde lors de la réception de la demande <input type="checkbox"/>
		Selon la charge de travail de chacun <input type="checkbox"/>
C4.	21. Pour ces demandes, qui fait la P3 ?	L'agente administrative <input type="checkbox"/> Skip to C6
		Le/la technicien-ne <input type="checkbox"/> Skip to C6
		L'infirmière <input type="checkbox"/> Skip to C6
		L'infirmière ou le/la technicien-ne <input type="checkbox"/>
		Le/la médecin <input type="checkbox"/> Skip to C6
C5.	21.1 Si infirmière ou technicien, comment se fait la répartition entre les deux ?	
		Selon risque chimique (technicien) ou non chimique (infirmière) <input type="checkbox"/>
		Selon la personne de garde lors de la réception de la demande <input type="checkbox"/>
		Selon la charge de travail de chacun <input type="checkbox"/>
C6.	22. L'intervenant qui fait la P2 passe-t-il des appels téléphoniques ?	
		Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
C7.	23. L'intervenant passe-t-il un appel téléphonique à la travailleuse ?	
		Oui, systématiquement <input type="checkbox"/>
		Oui, parfois <input type="checkbox"/>
		Oui, rarement <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>



C8. 24. Dans quel but ?	
	Oui Non
Réaliser ou valider l'étude de poste	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Vérifier que la travailleuse a prévenu l'employeur sur le dépôt de demande de retrait	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Donner des informations à la travailleuse sur le retrait préventif en général	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Donner des informations préliminaires à la travailleuse sur les facteurs qui pourraient ne pas être retenus	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
C9. 25. L'intervenant passe-t-il un appel téléphonique à l'employeur ?	
	Oui, systématiquement <input type="checkbox"/>
	Oui, parfois <input type="checkbox"/>
	Oui, rarement <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
C10. 26. Dans quel but ?	
	Oui Non
Réaliser ou valider l'étude de poste	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
L'informer sur le fait que la travailleuse a déposé une demande de retrait	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Donner des informations à l'employeur sur le retrait préventif en général	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Donner des informations à l'employeur sur la réaffectation de la travailleuse	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
C11. 27. L'intervenant passe-t-il un autre appel ?	
	Yes <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>
C12. 28. Si oui à qui ?	
C13. 29. L'intervenant qui fait la P3 passe-t-il un appel ?	
	Yes <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>



C14.	30. Si oui à qui ?	<input type="text"/>
C15.	31. Dans quel but ?	<input type="text"/>
C16.	32. Est-ce que la P2 est effectuée directement dans SISAT ou bien à la main et ensuite saisie dans SISAT par l'agente administrative ?	<p>Directement dans SISAT <input type="checkbox"/></p> <p>A la main et ensuite saisie par l'agente administrative <input type="checkbox"/></p>
C17.	33. Est-ce que la P3 est effectuée directement dans SISAT ou bien à la main et ensuite saisie dans SISAT par l'agente administrative ?	<p>Directement dans SISAT <input type="checkbox"/> Skip to A6</p> <p>A la main et ensuite saisie par l'agente administrative <input type="checkbox"/> Skip to A6</p>
Section D: D. Demande de TYPE 3 La demande de type 3 correspond à une des demandes pour lesquelles vous avez répondu OUI à la première question (demande avec poste de référence sans appel, demande avec poste de référence avec appel, sans appel, etc...)		
D1.	34. Le type 3 est	<p>Demande avec poste de référence SANS appel téléphonique <input type="checkbox"/></p> <p>Demande avec poste de référence AVEC appel téléphonique <input type="checkbox"/></p> <p>Demande avec étude comparable (même établissement, même CCDP) SANS appel <input type="checkbox"/></p> <p>Demande avec étude comparable (même établissement ou même CCDP) AVEC appel <input type="checkbox"/></p> <p>Demande SANS étude comparable SANS poste de référence AVEC appel <input type="checkbox"/></p>



D2.	35. Pour ces demandes, qui fait la P2 ?	L'agente administrative <input type="checkbox"/> Skip to D4
		Le/la technicien-ne <input type="checkbox"/> Skip to D4
		L'infirmière <input type="checkbox"/> Skip to D4
		L'infirmière ou le/la technicien-ne <input type="checkbox"/>
		Le/la médecin <input type="checkbox"/> Skip to D4
D3.	35.1 Si infirmière ou technicien, comment se fait la répartition entre les deux ?	Selon risque chimique (technicien) ou non chimique (infirmière) <input type="checkbox"/>
		Selon la personne de garde lors de la réception de la demande <input type="checkbox"/>
		Selon la charge de travail de chacun <input type="checkbox"/>
D4.	36. Pour ces demandes, qui fait la P3 ?	L'agente administrative <input type="checkbox"/> Skip to D6
		Le/la technicien-ne <input type="checkbox"/> Skip to D6
		L'infirmière <input type="checkbox"/> Skip to D6
		L'infirmière ou le/la technicien-ne <input type="checkbox"/>
		Le/la médecin <input type="checkbox"/> Skip to D6
D5.	36.1 Si infirmière ou technicien, comment se fait la répartition entre les deux ?	Selon risque chimique (technicien) ou non chimique (infirmière) <input type="checkbox"/>
		Selon la personne de garde lors de la réception de la demande <input type="checkbox"/>
		Selon la charge de travail de chacun <input type="checkbox"/>
D6.	37. L'intervenant qui fait la P2 passe-t-il des appels téléphoniques ?	Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>
D7.	38. L'intervenant passe-t-il un appel téléphonique à la travailleuse ?	Oui, systématiquement <input type="checkbox"/>
		Oui, parfois <input type="checkbox"/>
		Oui, rarement <input type="checkbox"/>
		Non <input type="checkbox"/>



D17. 48. Est-ce que la P3 est effectuée directement dans SISAT ou bien à la main et ensuite saisie dans SISAT par l'agente administrative ?

Directement dans SISAT Skip to A6

A la main et ensuite saisie par l'agente administrative Skip to A6

Section E: E. Les retours d'appels

E1. 49. Quelle quantité d'appels en lien avec les demandes de retrait préventif recevez-vous dans votre équipe ?

Un grand nombre

Relativement peu

Très peu

E2. 50. Pouvez-vous estimer la quantité d'appels par semaine ou par mois ?

Par semaine					
Par mois					
Impossible à estimer					

E3. 51. Qui appelle en général ?

	Oui, ce sont les appels les plus fréquents	Oui, mais pas les appels les plus fréquents	Oui mais rarement	Non
La travailleuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La CSST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E4. 52. Quelles sont les raisons de l'appel de la travailleuse ? (3 principales raisons)

	Oui	Non
Question administrative sur la procédure à suivre pour le dépôt de demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Où en est mon dossier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai oublié de mentionner un facteur de risque sur le certificat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pourquoi tel facteur de risque n'a pas été retenu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'employeur ne respecte pas les recommandations, le poste de réaffectation n'est pas conforme aux recommandations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



E5. 53. Quelles sont les raisons de l'appel pour l'employeur ? (3 principales raisons)	
Question administrative sur la procédure à suivre, sur le salaire pris en charge par la CSST	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Question de compréhension ou précision sur les recommandations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si on réaffecte la travailleuse à tel poste, est ce que c'est correct ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si on modifie le poste de travail (accommodements, horaires), est ce que c'est correct ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E6. 54. Quelles sont les raisons de l'appel pour la CSST ?	
Contestation de la décision par la travailleuse ou l'employeur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Problème de cohérence des recommandations entre différents médecins de la région	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Précisions sur les recommandations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E7. 55. Quelles sont les raisons de l'appel pour le médecin traitant ?	
Précisions sur les recommandations	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Question sur les recommandations en tenant compte de l'état de santé de la travailleuse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E8. 56. Qui apporte la réponse à ces appels ?	
Le médecin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Le technicien en hygiène	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L'infirmière	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L'agente administrative	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Section F: F. Les demandes avec visites d'établissement	
F1. 57.1 Votre équipe a-t-elle fait des visites d'établissement en 2011 pour les demandes de retrait préventif ?	
	Yes <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>



F2. 57.2 Qui décide qu'il faut faire une visite ?	
	Oui Non
Le médecin	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Le technicien en hygiène	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
L'infirmière	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
La CSST	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
F3. 58. Quels sont les objectifs de la visite ?	
	Oui Non
Observer une exposition à un facteur de risque	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Étude de poste dans un établissement nouveau ou qui a connu des changements importants	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Les visites sont périodiques pour actualisation (quelle fréquence ?)	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Repérage des postes potentiels pour réaffectation	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Répondre à une demande de la CSST (contestation de décision)	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Sensibiliser l'employeur sur les conditions de travail des futures travailleuses enceintes et de façon générale sur la prévention	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Parler du PMSD à l'employeur, l'informer sur le fonctionnement du programme	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Autre, précisez	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
F4. 59. Quelle est la distance parcourue pour ces visites le plus souvent (aller-retour) ?	
	Moins de 30 km <input type="checkbox"/>
	De 30 à 80 km <input type="checkbox"/>
	De 80 à 300 km <input type="checkbox"/>
	Plus de 300 km <input type="checkbox"/>
F5. 60. Y a-t-il un hébergement à prévoir en général ?	
	Souvent <input type="checkbox"/>
	Parfois <input type="checkbox"/>
	Jamais ou presque jamais <input type="checkbox"/>
F6. 61. Qui fait la P3 lorsqu'il y a une visite ?	
Le médecin	<input type="checkbox"/> ➔ Skip to A6
L'intervenant qui fait la visite	<input type="checkbox"/> ➔ Skip to A6
Autre, précisez	<input type="checkbox"/> ➔ Skip to A6



Section G: G. Les demandes avec visites sans échantillonnage ni mesure

G1. 62. Est-ce que vous avez fait des visites en 2011 sans aucune mesure d'exposition (ni échantillonnage, ni mesure avec instrument à lecture instantanée, ni test urinaire) ?

Yes

No

G2. 63. Quelle est la répartition des visites sans mesure par secteurs d'activité économique?

G3. 64. Qui a fait ces visites sans mesure ni échantillonnage en 2011 ?

L'infirmière principalement Skip to A6

Le technicien en hygiène principalement Skip to A6

Les deux Skip to A6

G4. 65. Si les deux intervenants se partagent les visites, la répartition se fait en fonction de quel critère ?

Famille de risque (chimique ou non) Skip to A6

Localisation géographique de l'établissement Skip to A6

Intervenant de garde Skip to A6

Charge de travail et disponibilité de chacun Skip to A6

Autre, précisez : Skip to A6

Section H: H. Les demandes avec visites et échantillonnage ou mesures

H1. 66. Est-ce que vous avez fait des visites en 2011 avec mesure d'exposition (échantillonnage, ou mesure avec instrument à lecture instantanée, test urinaire) ?

Yes

No



H6. 71. De façon générale est-ce que le risque chimique fait l'objet d'une procédure spécifique ?

Non, à part la recherche de fiches signalétiques et des visites un peu plus fréquentes Skip to A6

Oui, la procédure est très différente, précisez Skip to A6

Section I: I. P3 La sélection des risques

I1. 72. Tous les risques potentiels sont-ils retenus dans la P3 ou seulement les risques présents sur le lieu de travail et validés ?

On retient tous les risques potentiels présents dans la liste du poste de référence (ou comparable) utilisé Skip to A6

Sont retenus seulement les risques validés par appel téléphonique ou par visite d'établissement Skip to A6

Ça dépend du type de demande. Précisez : Skip to A6

I2. 73. Quels documents sont transmis au médecin traitant ?

	Oui	Non
La P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La P3 facteurs retenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La P3 facteurs non retenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La conclusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I3. 74. A votre avis, est-ce important que la travailleuse puisse vérifier que les risques qu'elle a mentionnés sur le certificat ont été effectivement étudiés (même s'ils n'ont pas été retenus) ?

Yes

No

Section J: J. P3 Les recommandations

J1. 75. Y a-t-il une banque de recommandations régionale ?

Yes

No

J2. 76. Y a-t-il une banque de recommandations locale (propre à votre équipe) ?

Yes

No



J8. 82. Combien de fois par semaine un médecin traite-t-il les demandes de retrait préventif ?

Chaque jour de la semaine Skip to A6

Le médecin est disponible 4 fois par semaine pour le PMSD Skip to A6

Le médecin est disponible 3 fois par semaine Skip to A6

2 fois par semaine Skip to A6

1 fois par semaine Skip to A6

Section K: K. P3 Conclusion

K1. 83.1 Est ce que le rapport inclut une conclusion ?

Yes

No

K2. 83.2 Qui élabore la conclusion ?

Le médecin Skip to A6

L'infirmière Skip to A6

Le technicien en hygiène Skip to A6

L'agente administrative Skip to A6

K3. 84. Est-elle générée automatiquement dans SISAT ?

Oui, sans ajouts Skip to A6

Oui, avec ajouts par le médecin. Lesquels (précisez :) Skip to A6

Non, elle est faite à la main et saisie ensuite par l'agente administrative Skip to A6

K4. 85. La conclusion est-elle présentée dans l'ordre chronologique des recommandations en fonction de la date (ou du nombre de semaines) d'application des recommandations ?

Yes

No

Section L: L. Elaboration des postes de référence (=postes standardisés)

L1. 86. Utilisez-vous des postes de référence ?

Yes

No



L2. 87. Si non, faudrait-il en créer à votre avis ?

Yes

No

L3. 88. Actuellement combien de postes de référence (=postes standardisés) sont utilisés par votre équipe pour les études de poste ?

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

L4. 89. Est-ce que vous considérez que la liste des postes standardisés est assez longue ou faudrait-il élaborer de nouveaux postes ?

La liste est suffisante Skip to A6

Il faudrait élaborer de nouveaux postes Skip to A6

L5. 90. Qui crée les postes standardisés?

En général l'infirmière Skip to A6

En général le technicien en hygiène Skip to A6

En général le médecin Skip to A6

La création de ces postes (décision, rédaction, validation) est un travail partagé Skip to A6

L6. 91. Combien de temps est consacré à la création d'un poste : rédaction, concertation, validation, saisie sous SISAT, tests, modifications... (en nombre de jours) ?

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

L7. 92. Quelle est la procédure habituelle ?

	Oui	Non
Concertation entre médecins, infirmières, techniciens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concertation avec les employeurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concertation avec les syndicats de travailleurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Validation avec les travailleuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Section M: M. Révision, mise à jour des postes de référence

M1. 93. À quelle fréquence sont mis à jour les postes de référence (ou standardisés) ?

Ils sont actuellement mis à jour périodiquement, Précisez la fréquence : Skip to A6

Ils n'ont pas encore été mis à jour car le processus est très récent, mais ils le seront périodiquement Skip to A6

La mise à jour n'est pas envisagée pour le moment Skip to A6

Ça dépend des types de postes, précisez : Skip to A6

M2. 94. Lorsque le comité d'harmonisation modifie les recommandations pour tel ou tel agresseur, la correction dans l'ensemble des postes standardisés concernés est-elle faite ?

Yes

No

M3. 95. Qui participe(ra)it à la mise à jour des postes ?

	Oui	Non
Le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le technicien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'agente administrative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M4. 96. Combien de temps est (sera) consacré à la mise à jour d'un poste (en nombre d'heures) ?

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

M5. 97. La mise à jour des postes standardisés nécessite-t-elle une étude de poste poussée avec visites sur le lieu de travail (échantillon de plusieurs postes représentatifs)?

Oui Skip to A6

Rarement Skip to A6

Non Skip to A6



Section N: N. Postes de réaffectation et aménagement des postes de travail

N1. 98. Est-ce une attente des employeurs de recevoir des recommandations rédigées de manière à donner des pistes pour la réaffectation ou l'aménagement des postes de travail ?

Oui, souvent Skip to A6

Oui, parfois Skip to A6

Oui rarement Skip to A6

Non, jamais Skip to A6

N2. 99. Est-ce que les recommandations sont rédigées pour remplir cet objectif dans votre équipe ?

Yes

No

N3. 100. Est-ce que lors des communications avec l'employeur (visite d'établissement, appel téléphonique), votre équipe répond à des questions sur les possibilités de réaffectation ou d'aménagement de la part de l'employeur ?

Oui, très souvent Skip to A6

Oui, parfois Skip to A6

Oui, rarement Skip to A6

Non, jamais Skip to A6

N4. 101. Est-ce que l'information sur le devenir des travailleuses qui ont fait une demande (retrait, réaffectation, aménagement du poste, refus) vous est communiquée par la CSST ?

Non, jamais Skip to A6

Non mais nous avons des statistiques régionales annuelles sur les décisions prises Skip to A6

Oui sur demande, au cas par cas Skip to A6

Oui systématiquement pour tous les dossiers Skip to A6

N5. 102. Est-ce que cette information (notamment sur la réaffectation ou les aménagements de poste) vous serait utile ?

Yes

No



Section O: O. Fonctions et qualifications

O1. 103. Pour les agentes administratives, quel est le niveau de qualification ...

...nécessaire pour le traitement des demandes en général ?

...présent dans votre équipe en ce moment ?

Classe 1 Classe 2 Classe 3 Classe 4

— — —

— — —

O2. 104. Pour les infirmières, quel est le niveau de qualification ...

...nécessaire pour le traitement des demandes en général ?

...présent dans votre équipe en ce moment ?

Technicien Clinicienn
ne e

—

—

O3. 105. Pour les spécialistes en hygiène, quel est le niveau de qualification ...

...nécessaire pour le traitement des demandes en général ?

...présent dans votre équipe en ce moment ?

Technicien
en hygiène Hygiéniste

—

—

O4. 106. Avez-vous des documents écrits qui décrivent les procédures à suivre selon les situations et les types de poste, ainsi que la répartition des tâches dans l'équipe ?

Yes

No

Section P: P. Indicateurs de qualité

P1. 107 Quel est l'objectif de délai maximum de traitement des demandes dans l'équipe entre la réception de la demande et l'envoi du rapport (en nombre de jours) ?

P2. 108. Est ce que ce délai est respecté ?

Toujours Skip to A6

La plupart du temps Skip to A6

Souvent Skip to A6

Rarement Skip to A6



P3. 109. A votre avis quel est l'ordre de priorité des critères de qualité des processus administratifs? (Numérotez les propositions suivantes de 1 à 8, 1 étant le critère le plus important et 8 le moins important)

Le processus doit garantir un DELAI de traitement le plus court possible.

Le processus doit garantir une COHERENCE des recommandations entre les travailleuses de la région.

Le processus doit conduire à une liste des facteurs de risques la plus COMPLETE possible, que les facteurs soient présents ou absents au poste de travail.

Le processus doit apporter la meilleure ADEQUATION possible entre la liste de facteurs de risques retenus et les facteurs de risque effectivement rencontrés dans le poste REEL.

Le rapport doit aider l'employeur à REAFFECTER la travailleuse.

Le processus doit assurer la meilleure CONFORMITE possible des recommandations avec les GUIDES de pratiques.

Le processus est élaboré de manière à garantir un niveau de SATISFACTION au travail des membres de L'EQUIPE, à diminuer le taux de roulement, et à faciliter le recrutement si besoin.

Le processus doit limiter le plus possible les RECLAMATIONS de la part des travailleuses (retours d'appels, demande de précision...) et des employeurs.

P4. 110. La liste de critères de qualité vous semble-t-elle complète ?

Yes

No

P5. 111. Est-ce qu'on peut être amené à modifier les processus de traitement des demandes afin d'améliorer la qualité perçue par les médecins traitants ?

Yes

No

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE SUR LES COUTS

ESTIMATION DU TEMPS PASSÉ ET DES RESSOURCES NÉCESSAIRES

QT1. Quel est le temps passé moyen par type de demande et pour chaque fonction ?

Calcul: si le temps passé est de 15 minutes, calculer $15/60=0,25$, et inscrire 0,25 dans la case.

Donc inscrire 0,17 pour 10 minutes 1,33 pour une durée de 1heure20min...

Les temps indiqués sont des temps moyens et non des écarts.

Il est utile de mesurer le temps passé sur une dizaine de demandes pour chaque type et de faire la moyenne.

Temps pour la P1: saisie dans SISAT, envoi du dossier, saisie de la date dans SISAT...

Temps pour la P2: temps pour l'étude de poste (y compris au téléphone)

Temps pour la P3 : générer la P3, faire la conclusion

LE CHIFFRE DE LA ZONE ENCADRÉE EST INDISPENSABLE

MERCI DE NE PAS REMPLIR LES ZONES GRISÉES

TYPE 1 : Demande avec poste de référence SANS appel téléphonique

Temps passé (si 10 minutes, inscrire 0,17)	P1	P2	P3	Total temps	SH	Total
Agente administrative				0		0
Infirmière				0		0
Technicien en hygiène				0		0
Médecin désigné				0		0
Total temps	0	0	0	0		0

Nombre de demandes de TYPE 1 en 2011 (en se basant sur le nombre de P1)

TYPE 2 : Demande avec poste de référence AVEC appel

Temps passé (si 10 minutes, inscrire 0,17)	P1	P2	P3	Total	SH	Total
Agente administrative				0		0
Infirmière				0		0
Technicien en hygiène				0		0
Médecin désigné				0		0
Total temps	0	0	0	0		0

Nombre de demandes de TYPE 2 en 2011 (en se basant sur le nombre de P1)

TYPE 3 : Demande avec étude comparable (même établissement ou même CDDP) SANS appel

Temps passé (si 10 minutes, inscrire 0,17)	P1	P2	P3	Total temps	SH	Total
Agente administrative				0		0
Infirmière				0		0
Technicien en hygiène				0		0
Médecin désigné				0		0
Total temps	0	0	0	0		0

Nombre de demandes de TYPE 3 en 2011 (en se basant sur le nombre de P1)

TYPE 4 : Demande avec étude comparable (même établissement ou même CDDP) AVEC appel

Temps passé (si 10 minutes, inscrire 0,17)	P1	P2	P3	Total temps	SH	Total
Agente administrative				0		0
Infirmière				0		0
Technicien en hygiène				0		0
Médecin désigné				0		0
Total temps	0	0	0	0		0

Nombre de demandes de TYPE 4 en 2011 (en se basant sur le nombre de P1)

TYPE 5 : Demande SANS étude comparable SANS poste de référence AVEC appel

Temps passé (si 10 minutes, inscrire 0,17)	P1	P2	P3	Total temps	SH	Total
Agente administrative				0		0
Infirmière				0		0
Technicien en hygiène				0		0
Médecin désigné				0		0
Total temps	0	0	0	0		0

Nombre de demandes de TYPE 5 en 2011 (en se basant sur le nombre de P1)

TYPE 6 : Demande avec visite sans échantillonnage

Temps pour la P2: organisation et préparation, déplacement, visite, rédaction du rapport

Temps passé (si 10 minutes, inscrire 0,17)	P1	P2	P3	Total	SH	Total
Agente administrative				0		0
Infirmière				0		0
Technicien en hygiène				0		0
Médecin désigné				0		0
Total temps	0	0	0	0		0

Nombre de demandes de TYPE 6 en 2011 (en se basant sur le nombre de P1)

TYPE 7: Demande avec visite avec échantillonnage

Temps pour la P2: préparation du matériel, déplacement,
 échantillonnage, visite, rédaction du rapport

Temps passé (si 10 minutes, inscrire 0,17)	P1	P2	P3	Total	SH	Total
Agente administrative				0		0
Infirmière				0		0
Technicien en hygiène				0		0
Médecin désigné				0		0
Total temps	0	0	0	0		0

Nombre de demandes de TYPE 7 en 2011 (en se basant sur le nombre de P1)

Nombre total de demandes (basé sur le nombre de P1)

TOTAL

MERCI DE VERIFIER QUE LA SOMME DES TYPES DE DEMANDES
 CORRESPOND BIEN AU TOTAL CI-DESSUS

Total des différents types de demandes 0

QT2a. Quel est le nombre D'EMPLOIS EQUIVALENT TEMPS COMPLET CONSACRÉS AU PMSD en 2011 ?

Nombre d'emplois <u>consacrés au PMSD</u> en 2011	Equivalent temps complet
Agente administrative	
Infirmière	
Technicien en hygiène	
Hygiéniste	
Médecin désigné	

QT2b. Quel est le nombre DE PERSONNES qui participaient à l'équipe en charge du PMSD en 2011?

Equipe en charge du PMSD	d'individus
Agente administrative	
Infirmière	
Technicien en hygiène	
Hygiéniste	
Médecin désigné	



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

