Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Guide pour la promotion de milieux de travail sains

dans le réseau de la santé et des services sociaux

Une production du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé

Pour des milieux de vie en santé

Québec

Le *Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux* est une publication de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ce guide est issu des travaux du Groupe de travail régional « Promotion de milieux de travail sains » avec la collaboration du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé. Il constitue un outil visant à soutenir les établissements dans leurs efforts de planification et d'implantation de la norme 4 du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS) fondé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Norme 4 – Développement d'un milieu de travail sain : L'organisation s'assure de mettre en œuvre les conditions nécessaires pour offrir à son personnel un milieu de travail sain.

Coordination : Françoise Alarie

Édition : Louis Côté

Rédaction : Julie Ricciardi, Marie-Dominique Charier, Sarah Déraps, Catherine Lachance, Jérôme Ribesse

Graphisme : Quatre-Quarts

Note : Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011.

ISBN 978-2-89510-779-8 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-780-4 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Ce document est disponible :
> au centre de documentation de l'Agence : 514 286-5604
> à la section « Publications » du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

Guide pour la promotion de

milieux de travail sains

dans le réseau de la santé et des services sociaux

Une production du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé

Pour des milieux de vie **en santé**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

Table des matières

REMERCIEMENTS 4

LEXIQUE 5

PRÉFACE 6

INTRODUCTION 7

Section 1 **8**
PRÉSENTATION

Section 2 – Démarche et certification **18**

Chapitre 1
LA DÉMARCHE POUR IMPLANTER DES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS 20

Chapitre 2
LA CERTIFICATION… UN CADRE POUR L'ACTION 44

Section 3 – Les thèmes **58**

Chapitre 1
SOUTENIR LE BIEN-ÊTRE DES EMPLOYÉS ET LES PRATIQUES DE GESTION EFFICACES 60

Chapitre 2
AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DES TRAVAILLEURS ET LE RENDRE PLUS SÉCURITAIRE 94

Chapitre 3
PROMOUVOIR LES SAINES HABITUDES DE VIE EN MILIEU DE TRAVAIL 138

Chapitre 4
INTERVENIR POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL 158

Chapitre 5
FAIRE DES CHOIX VERTS INTÉGRANT LES PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE 182

Section 4 **202**
LES FICHES DE PROJETS

CONCLUSION 264

Remerciements

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et le Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé remercient les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce document.

Les membres du groupe de travail régional « Promotion de milieux de travail sains » (le comité a siégé de mai 2008 à décembre 2010) :

Françoise Alarie, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Mylène Audet-Lapointe, Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM)

Johanne Bellemare, CSSS Jeanne Mance

Diane Berthelette, Université du Québec à Montréal (UQÀM) - Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)

Marie-Dominique Charier, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

D^re^ Suzanne De Blois, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

D^re^ Michèle De Guise, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Sarah Déraps, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Julie Dugré, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Jean-Philippe Ferland, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Gisèle Fontaine, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Pierre Giguère, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Rolande Marquès, CSSS du Cœur-de-l'Île

Julie Ricciardi, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Charles Sounan, Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Jeanne-Évelyne Turgeon, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

De vifs remerciements sont également adressés à tous les collaborateurs qui ont participé à la réalisation de ce document :

Isabelle Hemlin, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Francine Hubert, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Anne Marquis, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Dr Mario Messier, Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP^2^S)

Dr Louis Patry, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Faculté de médecine de l'Université de Montréal

Françoise Thomas, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Ainsi que tous les établissements qui ont accepté de nous faire part de leurs projets inspirants.

Lexique

ASSM	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
BNQ	Bureau de normalisation du Québec
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CES	Centre d'éducation à la santé
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DEHP	Di(2-ethylhexyl) phtalate
EPA	Environmental Protection Agency (Etats-Unis)
ES	Entreprise en santé
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FSC	Forest Stewardship Council
GP²S	Groupe de promotion pour la prévention en santé
HPS	Hôpitaux et services de santé promoteurs de santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LEED	Leadership in Energy and Environmental Design
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PADMO	Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre à Montréal (ASSM)
PAE	Programme d'aide aux employés
PDSB	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PSOI	Programme santé des organisations et des individus
PVC	Polychlorure de vinyle
RH	Ressources humaines
SIMDUT	Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail
SST	Santé et sécurité au travail
TMS	Troubles musculosquelettiques

Préface

C'est avec plaisir et fierté que je vois aujourd'hui l'émergence de ce guide, qui est le fruit d'une formidable mobilisation d'énergies. En effet, non seulement les établissements du réseau de la santé et des services sociaux montréalais y ont collaboré de manière très active, mais de nombreux acteurs des autres régions du Québec, ainsi que nos partenaires du réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (réseau HPS — un réseau fondé par l'OMS) s'y sont également beaucoup investis. Permettez-moi ici, en préambule, de remercier chaleureusement toutes les personnes et les établissements qui ont rendu possible la réalisation d'un tel guide.

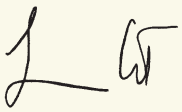
À l'heure actuelle, encore plus que lors des années passées, nous sommes confrontés à de grands enjeux dans notre système de santé et de services sociaux : modification et augmentation des besoins de santé de la population d'une part, et gestion des ressources humaines difficile suite au vieillissement de la main-d'œuvre, à la pénurie de travailleurs dans certaines catégories d'emploi, à l'importance des taux de roulement ou encore à l'impact de l'absentéisme d'autre part. Avec son Plan d'action régional sur la disponibilité de la main-d'œuvre 2010-2015, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal propose aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux montréalais un certain nombre de stratégies répondant aux objectifs prioritaires définis par l'ensemble des acteurs de ce réseau. Les impacts de la plupart de ces mesures concerneront les domaines de l'attraction et de la rétention du personnel, ainsi que de l'organisation du travail. Parallèlement, l'un des autres enjeux auquel nous devons faire face est relié au contexte global d'austérité dans lequel nous évoluons. Cette conjoncture limite les ressources disponibles et nous force à toujours plus d'efficience afin de maintenir l'excellence des soins et services que nous nous devons d'offrir à nos concitoyens.

La concomitance de ces trois enjeux fait en sorte que la très grande majorité d'entre nous doit faire face au dilemme de l'immédiateté et de la gestion permanente des situations urgentes. Nous manquons souvent de temps pour réfléchir aux moyens d'améliorer les conditions de travail et d'ainsi mettre un terme à cette course effrénée.

De plus en plus de voix s'élèvent contre cet état de fait et un nouveau courant émerge, porté par un nombre sans cesse grandissant d'études scientifiques dont les conclusions convergent quels que soient les pays et les systèmes de santé étudiés. Dans la mesure où ils respectent une démarche globale, intégrée, multistratégique et participative, les programmes de promotion de milieux de travail sains sont garants de retombées positives, que ce soit sous l'angle de la gestion des ressources humaines (amélioration de la satisfaction au travail, augmentation du recrutement de personnel, diminution de l'absentéisme, diminution du roulement de personnel…), de la qualité des soins (diminution des infections nosocomiales, diminution du nombre d'évènements indésirables…) ou encore des gains financiers (amélioration de la productivité, diminution du recours aux agences de placement…).

Ce guide, qui traite de façon concrète de la promotion de milieux de travail sains, constitue un outil pratique novateur et nécessaire pour accompagner les gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux dans leurs nombreuses obligations, non seulement envers leur clientèle, mais également envers leurs employés. Il leur permettra d'offrir à ces derniers un milieu de travail propice à l'exercice de leur activité dans les meilleures conditions.

Bonne lecture !



Louis Côté

Directeur des ressources humaines, de l'information, de la planification et des affaires juridiques

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Coordonnateur du Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé

Introduction

« Le rendement humain est meilleur lorsque les personnes sont physiquement et émotivement en mesure de travailler et qu'elles souhaitent travailler »

– O'Donnell, 2001[a]

En raison de leur vocation, les établissements de santé et de services sociaux ont à cœur la santé des usagers mais aussi celle de leur personnel, qui assure grâce à son dévouement une qualité optimale de soins et de services.

Afin d'offrir à leurs employés un milieu de travail favorisant l'atteinte de cette condition, les établissements de santé et de services sociaux ont tout intérêt à adopter un programme de promotion de milieux de travail sains, dont les retombées positives sont dûment démontrées au plan scientifique (amélioration de la qualité des soins, amélioration de l'attraction et de la rétention du personnel, diminution de l'absentéisme, augmentation de la productivité, gains financiers…). Un certain nombre de conditions doivent cependant être réunies afin que ces programmes soient adoptés par le personnel et que leurs retombées soient tangibles.

En effet, la promotion d'un milieu de travail sain ne se limite pas aux activités centrées uniquement sur la personne. Elle doit également avoir une incidence sur les conditions de travail qui influent sur la santé et le bien-être des employés. Ainsi, outre l'éventail des thèmes concernés par un programme de promotion de milieux de travail sains (ex. : santé psychologique et bien-être, santé et sécurité, habitudes de vie), et dont nous vous proposons un portrait détaillé dans ce guide, ces programmes doivent proposer une démarche multistratégique intégrée, dirigée à la fois vers les individus et vers les conditions de travail, favorisant la participation et l'investissement de tous les employés. C'est la démarche que nous vous proposons dans ce guide.

S'appuyant sur les exemples de nombreux projets développés par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux d'ici et d'ailleurs, proposant un vaste éventail d'activités réalisables ainsi que de nombreuses recommandations et conseils pratiques adaptables selon votre milieu, ce guide deviendra un outil qui vous accompagnera tout au long du processus dans lequel vous vous engagerez.

Pour des informations plus détaillées sur l'ensemble des éléments cités, nous vous référons au chapitre *Présentation* de la section I.

a Cité dans : Lowe, G. (2003). *Milieux de travail sains et productivité : un document de travail*, préparé pour la Division de l'analyse et de l'évaluation économiques, Santé Canada, avril 2003, 69 p.

Présentation

Pourquoi un guide sur la promotion de milieux de travail sains ? 10

Quelques données sur la main-d'œuvre 10

Que nous apprennent les études scientifiques, les consensus d'experts ? 11

Présentation du guide : un document d'accompagnement pratique et convivial 11

À qui s'adresse ce guide ? 13

Quel est l'objectif principal du guide ? 13

Les projets 13

Conseils pratiques pour consulter le guide 14

Références bibliographiques 15

Annexe 1 – **Le réseau HPS** 16

Annexe 2 – **Les faits saillants des recherches en promotion de milieux de travail sains** 17

Présentation

Pourquoi un guide sur la promotion de milieux de travail sains ?

Le vieillissement de la population, l'alourdissement de la clientèle, l'augmentation des besoins de santé, les départs à la retraite, la gestion des congés de maternité et des congés de maladie, la pénurie de certains titres d'emploi, les heures supplémentaires, les difficultés d'attraction, de recrutement et de rétention, la surcharge de travail, le stress…, tous ces éléments constituent des préoccupations quotidiennes pour la très grande majorité des gestionnaires d'établissements de santé et de services sociaux.

Afin de répondre à ces préoccupations, l'Agence produit un guide qui constitue une pièce maîtresse pour soutenir le développement de milieux de travail sains. Ce guide devient ainsi une composante essentielle pour l'attraction et la rétention du personnel dans les établissements de santé et de services sociaux. C'est un **outil de référence et d'intervention** qui saura inspirer les gestionnaires en leur fournissant de nombreuses informations pour mettre en œuvre une approche intégrée de promotion de milieux de travail sains. Ce guide constitue d'ailleurs une mesure du Plan d'action régional sur la disponibilité de la main-d'œuvre 2010-2015 (PADMO)[1], qui est orienté principalement sur trois axes : l'attraction, la rétention et l'organisation du travail.

Parallèlement, l'Agence collabore avec le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS – un réseau fondé par l'OMS), ainsi qu'avec le Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé qu'elle coordonne depuis 2005. Ce guide vise spécifiquement à détailler la norme 4, soit le développement d'un milieu de travail sain. Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'annexe 1 : le réseau HPS.

Enfin, ce guide s'inscrit en cohérence avec la perspective mise de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui, dans sa planification stratégique 2010-2015[2], accorde de l'importance à l'amélioration du climat de travail dans le réseau.

L'ensemble de ces constats a motivé la création du *Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans le réseau de la santé et des services sociaux*, décision renforcée par les consensus d'experts dans le domaine de la promotion de la santé.

Quelques données sur la main-d'œuvre[1]

Le réseau montréalais emploie plus de 87 500 personnes.

Plus de 33 % de la main-d'œuvre montréalaise est âgée de 50 ans et plus.

Selon des projections basées sur les critères d'admissibilité, un estimé de 10,6 % de l'effectif total (12 % d'équivalents temps complet) pourrait prendre sa retraite d'ici 2012.

Le temps travaillé en heures supplémentaires correspond à environ 1 100 personnes équivalents temps complet pour l'année 2008-2009 pour les titres d'emploi identifiés en vulnérabilité (infirmière et infirmière clinicienne, infirmière auxiliaire, inhalothérapeute, pharmacien et technologue en radiodiagnostic).

Le taux d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante infirmière est à la hausse depuis 2007 et représente 6,73 % du total des heures travaillées pour l'année 2009-2010.

La cote relative de pénurie d'infirmières pour la région de Montréal est la 2e plus élevée du Québec après l'Outaouais pour l'année 2008-2009.

Que nous apprennent les études scientifiques, les consensus d'experts ?

De nombreuses études récentes dans le domaine de la santé et des services sociaux démontrent les effets positifs des programmes de promotion de milieux de travail sains non seulement sur les employés[3, 4, 5, 6, 7, 8] (réduction de l'absentéisme, diminution du roulement du personnel, amélioration de la productivité des employés, augmentation de l'attraction et de la rétention du personnel), mais également sur la qualité des soins offerts et la sécurité des patients[9, 10]. Finalement, plusieurs études démontrent également des gains du point de vue financier, notamment en ce qui concerne les indemnités de compensation des employés et les coûts des assurances de santé[4, 5].

Les faits saillants suivants sont issus du Rapport canadien sur l'agrément des services de santé de 2010[10] :

- La participation à un programme de promotion de milieux de travail sains est associée à une diminution de l'absentéisme chez le personnel ;
- La participation à un programme de promotion de milieux de travail sains est associée à une augmentation de la productivité ;
- Un lien a été établi entre accroissement du niveau de stress du personnel et augmentation du risque d'évènements indésirables ;
- Le niveau de dotation[a] en personnel infirmier est inversement proportionnel au taux de mortalité chez les patients et à la durée du séjour à l'hôpital.

D'autres faits saillants sont présentés à l'annexe 2.

« So how much evidence do we need ? »[b] – O'Donnell, 2005[11]

Présentation du guide : un document d'accompagnement pratique et convivial

Ce guide constitue un outil convivial, qui présente les dimensions importantes d'un programme de promotion de milieu de travail sain. La présence de nombreux projets réalisés par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux facilite l'intégration des différents thèmes et donne de nombreux exemples de réalisations concrètes au lecteur.

La conception de ce guide repose sur l'étude de près de 250 références bibliographiques et la consultation de plus de 45 projets menés par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, dont beaucoup sont inédits.

---

a Le niveau de dotation se définit par le nombre nécessaire de ressources infirmières pour assurer la sécurité des patients et améliorer la qualité des soins. (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2005).

b *De combien de preuves avons-nous encore besoin ?* Traduction libre.

Bien que ce guide soit complet, il s'agit néanmoins d'un ouvrage non exhaustif, étant donné l'ampleur des thèmes traités. Par ailleurs, comme dans tout ouvrage, l'équipe de rédaction a procédé à certains choix éditoriaux afin de maintenir la cohérence, la clarté et la facilité d'utilisation du guide.

Finalement, nous souhaitons souligner qu'il s'agit de la première publication en français de ce type, destinée spécifiquement aux gestionnaires d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Ce guide est découpé en quatre sections principales :

> **Section I.** Présentation du guide
> **Section II.** Démarche et certification
> **Section III.** Les thèmes
> **Section IV.** Les fiches de projets

La section II – Démarche et certification – se compose de deux chapitres :

> **Chapitre 1. La démarche :** présentation d'une démarche type de planification qui constitue une véritable trame de travail guidant les gestionnaires à chaque étape de leur plan d'action, et les accompagnant tout au long du processus de développement du programme de promotion de milieu de travail sain. À l'instar de l'ensemble du guide, l'angle d'approche de la démarche est résolument orienté vers l'action, le côté pratique et réalisable de chaque étape. Cette démarche doit être mise en lien avec chaque thème, afin que le plan d'action soit adapté aux problématiques spécifiques du thème traité.
> **Chapitre 2. La certification… un cadre pour l'action :** ce chapitre apporte certaines précisions dans ce domaine. Il donne aux gestionnaires de la haute direction les outils nécessaires à la prise de décision d'impliquer leur établissement dans une démarche de certification. Il est important de noter que certaines démarches de certification peuvent venir se substituer à la démarche type de planification qui est proposée au chapitre 1.

La section III – Les thèmes – présente des informations détaillées sur les principaux thèmes qui devront être ciblés par le programme de promotion de la santé. Chaque thème propose un état de situation ainsi que des définitions, des conseils pratiques, des recommandations ainsi que des exemples de projets issus du réseau de la santé et des services sociaux montréalais ou d'ailleurs. Les informations sur chaque thème permettent de contextualiser la démarche d'action proposée dans la section II, que ce soit pour la définition d'indicateurs d'évaluation des besoins, pour le choix des activités ou à toute autre étape du programme.

> **Chapitre 1.** Soutenir le bien-être des employés et les pratiques de gestion efficaces ;
> **Chapitre 2.** Améliorer l'environnement physique des travailleurs et le rendre plus sécuritaire ;
> **Chapitre 3.** Promouvoir de saines habitudes de vie en milieu de travail ;
> **Chapitre 4.** Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail (tenir compte des besoins de santé spécifiques de certaines catégories d'employés) ;
> **Chapitre 5.** Faire des choix verts intégrant les principes du développement durable.

La section IV – Les fiches de projets

– rassemble toutes les fiches détaillées des projets.

À qui s'adresse ce guide ?

Ce guide s'adresse principalement **aux gestionnaires** des établissements de santé et de services sociaux, **quel que soit leur niveau décisionnel.**

Ce guide a été conçu pour les gestionnaires de la haute direction, afin de les éclairer dans leurs orientations stratégiques, ainsi que pour les gestionnaires qui seront responsables de développer et de coordonner la totalité ou une partie du programme de promotion de milieu de travail sain, afin de les guider dans leur démarche. Il peut également être consulté par tout employé intéressé par le domaine de la promotion de milieu de travail sain ou désirant proposer des activités pour son équipe ou son secteur d'emploi.

Quel est l'objectif principal du guide ?

L'objectif principal du guide est de faciliter, pour les gestionnaires, le développement d'un programme efficace de promotion de milieu de travail sain, c'est-à-dire proposant une démarche participative avec une approche multistratégique intégrée, en cohérence avec les autres orientations de l'établissement, tout en tenant compte des besoins de santé spécifiques de certaines catégories d'employés.

Les projets

Afin d'illustrer les différents thèmes traités dans le guide et de donner des exemples d'application, nous vous présentons en section IV des projets issus d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal, du Québec, ainsi que des projets réalisés par des établissements ailleurs dans le monde.

Les projets de l'inventaire

Ces projets ont été recueillis à la suite d'une vaste démarche d'inventaire initiée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal qui, dans le cadre des réseaux HPS régional et international, a sollicité en 2009 les établissements à soumettre leurs réalisations concernant le développement d'un milieu de travail sain. Chaque projet a été évalué de façon indépendante par deux évaluateurs, selon une même grille de critères.

Les critères étaient les suivants : **1.** Objectifs et structure des projets ; **2.** Engagement organisationnel ; **3.** Implantation et mise en œuvre du projet et des ressources ; **4.** Pérennisation ; **5.** Évaluation, monitorage et résultats ; **6.** Originalité et innovation. Pour chaque critère, un nombre total de points était attribué en fonction de la cohérence avec différents sous-critères. Les évaluateurs avaient également la possibilité d'inclure des commentaires ainsi que des recommandations pour chaque projet.

Par la suite, les groupes de travail HPS régional et international ont procédé à une évaluation de chaque projet.

Seuls les projets retenus au terme de ce processus d'évaluation, garant de leur pertinence, sont présentés dans le guide.

Nous souhaitons cependant attirer l'attention du lecteur sur le fait que les projets ont évidemment évolué depuis qu'ils nous ont été soumis en 2009. Par ailleurs, nous sommes conscients de l'effervescence du milieu de la santé et des services sociaux dans ce domaine, ainsi que du nombre important de projets de qualité actuellement en développement, qui ne figurent pas dans le guide.

Les projets des autres établissements

D'autres projets ont également été retenus afin d'illustrer les thèmes traités dans le guide. La qualité de ces projets a été reconnue par le réseau de la santé et des services sociaux par l'attribution d'un prix, la présentation lors d'un colloque ou l'évaluation réalisée par un expert du domaine.

Conseils pratiques pour consulter le guide

Au début de chaque chapitre, des **messages clés** rassemblant les points les plus pertinents vous sont proposés.

Les **résumés des projets** sont présentés dans un encadré, à l'intérieur de chaque chapitre, afin d'illustrer les différents éléments du chapitre. Chaque **projet** dispose d'une fiche détaillée numérotée que vous trouverez dans la section IV– Les fiches de projets.

Des **activités inspirantes** sont également présentées dans un encadré, à l'intérieur de chaque chapitre. Il ne s'agit pas de projets intégrés mais d'activités pratiques, qui viennent illustrer de façon concrète un élément précis du chapitre. C'est pourquoi vous ne trouverez pas de fiche détaillée pour les activités inspirantes.

Les **suggestions de lecture** et de **site Internet**, de même que les **outils pratiques**, sont présentés soit à l'intérieur de chaque chapitre, à la fin des paragraphes auxquels ils font référence, soit à la fin de chaque chapitre si leur contenu fait référence à l'ensemble du chapitre.

Les **références bibliographiques** utilisées viennent clore chaque chapitre.

Références bibliographiques

1. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2008). Plan d'action sur la disponibilité de la main-d'œuvre à Montréal 2010-2015. www.santemontreal.qc.ca
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Plan stratégique 2010-2015*. www.msss.gouv.qc.ca
3. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2008). *Le réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé : Intégrer la promotion de la santé dans les hôpitaux et les services de santé*, Organisation mondiale de la santé – Europe. www.euro.who.int
4. Chapman, L. (2005). *Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies : 2005 Update*, The Art of Health Promotion, July/August 2005. www.healthpromotionjournal.com
5. World Economic Forum. (2008). *Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity*, WHO/World Economic Forum, Report of a Joint Event. www.weforum.org
6. O'Donnell, M. (2000). *Mechanisms Linking Health, Productivity and Profit*, in *Health and Productivity Management : the Concept, Impact and Opportunity : Commentary to Goetzel and Ozminkowski,* American Journal of Health Promotion, March/April 2000, Vol.14, n°4, p.215-217. www.healthpromotionjournal.com
7. World Economic Forum. (2008). *Working Towards Wellness : Measuring Results.* www.weforum.org
8. World Economic Forum. (2008). *Working Towards Wellness : The Business Rationale*. www.weforum.org
9. Groene, O., Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals : Evidence and quality management*, World Health Organization – Europe. www.euro.who.int
10. Agrément Canada. (2010). *Rapport canadien sur l'agrément des services de santé de 2010 : À travers la lentille de Qmentum – Étude de la relation entre la qualité de vie au travail et la sécurité des patients*, Ottawa, Ontario. www.accreditation.ca
11. O'Donnell, M. (2005). *Closing Thoughts* in Chapman, L. (2005). *Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies : 2005 Update*, The Art of Health Promotion, July/August 2005. www.healthpromotionjournal.com

Annexe 1 – **Le réseau HPS**[c]

Le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a entrepris, en 1988, une démarche internationale visant à soutenir les hôpitaux dans leurs actions de promotion de la santé : le mouvement des Hôpitaux promoteurs de santé (HPS). Ce mouvement, en conformité avec la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (OMS, 1986), vise à améliorer la santé des usagers et du personnel, et à favoriser le développement de milieux sains et la coopération avec la communauté. Il vise une compréhension de la santé plus large que la prévention des maladies. Il donne aux établissements de santé l'occasion de contribuer activement aux objectifs de santé publique qui, avec la prévalence croissante des maladies chroniques, deviennent des enjeux majeurs pour l'amélioration de la santé des populations. Il veut faire reconnaître le concept de promotion de la santé, contribuer à sa diffusion dans les hôpitaux et les services de santé et soutenir sa mise en œuvre à l'échelle nationale et internationale. Ce réseau regroupe quelque 800 établissements de santé dans de nombreux pays.

Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé :

www.hphnet.org

Le Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé

Le Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé a été créé en 2005 dans le but de renforcer la capacité de ses établissements en matière de promotion de la santé. Il est membre du Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé. Le rôle du réseau est de soutenir ses membres dans l'implantation des cinq normes HPS (voir ci-dessous), de fournir un soutien technique et des conseils stratégiques, ainsi que de favoriser les échanges entre les membres par l'organisation de rencontres régionales.

Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé :

www.hps.santemontreal.qc.ca

Les cinq normes définissant les HPS (Groene, 2006)

Norme 1 : Politique de promotion de la santé

L'organisation possède une politique écrite de promotion de la santé. Cette politique est mise en œuvre dans le cadre du système global d'amélioration de la qualité de l'organisation et vise à améliorer les résultats en matière de santé. Cette politique cible les patients, leur famille et le personnel.

La publication suivante a été réalisée sur la norme 1 : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2010). *Guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé et recueil de politiques*, Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé.

Norme 2 : Évaluation des besoins des patients

L'organisation s'assure que les professionnels de la santé, de concert avec les patients, évaluent systématiquement le besoin en activité de promotion de la santé.

c Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2010). *Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique*, Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé.

Norme 3 : Information et intervention auprès des patients

L'organisation fournit aux patients de l'information sur les facteurs importants relatifs à leur maladie ou à leur état de santé. Toutes les trajectoires de soins et de services aux patients comportent des interventions de promotion de la santé.

La publication suivante a été réalisée sur les normes 2 et 3 : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2010). *Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique*, Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé.

Norme 4 : Développement d'un milieu de travail sain

L'organisation s'assure de mettre en œuvre les conditions nécessaires pour offrir à son personnel un milieu de travail sain.

Norme 5 : Continuité et collaboration

L'organisation adopte une démarche planifiée et continue de collaboration avec les autres paliers de services de santé ainsi qu'avec les autres institutions et secteurs concernés.

Annexe 2 – **Les faits saillants des recherches en promotion de milieux de travail sains**

Les faits saillants suivants sont issus du Rapport canadien sur l'agrément des services de santé de 2010[d].

- Une relation constante a été observée entre un faible taux de satisfaction chez les employés, l'épuisement professionnel et des résultats indésirables (Aiken et coll., 2002 ; Rafferty et coll., 2007) ;
- Des aspects de la vie au travail, comme le travail d'équipe, l'approche multidisciplinaire, la formation du personnel, les compétences et la stabilité de l'équipe, influent sur les taux :
  - D'infections nosocomiales (Griffiths, Renz, Hughes et Rafferty, 2009) ;
  - De chutes (Sovie et Jawad, 2001 ; Whitman et al., 2002) ;
  - D'erreurs d'administration de médicaments (Sovie et Jawad, 2001 ; Whitman et al., 2002).
- Un roulement élevé du personnel et la présence de postes vacants sont associés à de moins bons résultats en matière de prévention des infections (Griffiths et coll., 2009) ;
- Un lien inversement proportionnel existe entre la fatigue chez le personnel infirmier et la sécurité des patients (Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010).

d Agrément Canada. (2010). *Rapport canadien sur l'agrément des services de santé de 2010 : À travers la lentille de Qmentum – Étude de la relation entre la qualité de vie au travail et la sécurité des patients*, Ottawa, Ontario.

2 Démarche et certification

Chapitre 1
LA DÉMARCHE POUR IMPLANTER DES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS 20

Chapitre 2
LA CERTIFICATION… UN CADRE POUR L'ACTION 44

Chapitre 1

LA DÉMARCHE POUR IMPLANTER DES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS

Messages clés – Fiche synthèse 22

1 **Introduction** 23

2 **Est-ce le bon moment pour débuter des travaux ?** 23

3 **Une démarche multistratégique intégrée** 24

4 **Le changement** 26

Versant organisationnel : les conditions de succès du changement 26
Versant individuel : les stades de changement du comportement et les stratégies 27

5 **Comment débuter les travaux ?** 29

Étape 1 : Faire une première réflexion en tant que directeur ou gestionnaire d'établissement de santé et de services sociaux 30
Étape 2 : Constituer un comité de travail et favoriser l'engagement et la participation du personnel à la démarche 31
Étape 3 : Évaluer et analyser les besoins des employés et du milieu 33
Étape 4 : Élaborer un plan d'action correspondant aux besoins 34
Étape 5 : Communiquer le plan d'action et promouvoir les activités 35
Étape 6 : Évaluer les résultats et adapter les activités 36

6 **En complément : des outils** 38

Outil de planification en ligne proposé par The Health Communication Unit et le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils 38
Liste de contrôle du Wellness Council of America (WELCOA) 38
Processus de certification 38
Démarche appréciative 39

7 **En complément : des projets** 39

Des projets issus du sommet 2010 de la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité 39
Trois projets du Québec : CSSS, Centre de réadaptation, Institut universitaire 39
Un projet de l'Ontario 40

Pour en savoir plus 41

Références bibliographiques 42

Messages clés – Fiche synthèse

1. Est-ce le bon moment pour débuter des travaux ?

> Être conscient du contexte interne et externe

2. Une démarche multistratégique intégrée

> La démarche doit combiner :
  - des activités visant à créer des environnements de travail positifs
  - des activités de sensibilisation
  - des activités centrées sur l'acquisition d'habiletés

> Chaque projet ne doit pas être conçu comme une succession d'actions sur un même thème, mais comme un ensemble cohérent et organisé d'actions rejoignant un même but

3. Le changement

> Versant organisationnel : réunir les conditions favorables

> Versant individuel : concevoir le programme selon la vision de la population cible, afin de proposer des activités adaptées à son stade de changement

4. Comment débuter les travaux

ÉTAPE 1 : Faire une 1re réflexion en tant que directeur ou gestionnaire d'établissement de santé et de services sociaux

> Utiliser des moyens simples

ÉTAPE 2 : Constituer un comité de travail et favoriser l'engagement et la participation du personnel à la démarche

> La démarche doit être participative, c'est-à-dire qu'elle doit engager les différents groupes d'employés tout au long du processus et favoriser les échanges entre employés et gestionnaires

ÉTAPE 3 : Évaluer et analyser les besoins des employés et du milieu

> Doit se faire en collaboration avec les employés

ÉTAPE 4 : Élaborer un plan d'action correspondant aux besoins

> Les activités doivent répondre aux besoins ainsi qu'au stade de changement de la population cible

ÉTAPE 5 : Communiquer le plan d'action et promouvoir les résultats

> Le mode de communication choisi doit être adapté à la population ciblée par l'activité

ÉTAPE 6 : Évaluer les résultats et adapter les activités

> Communiquer les résultats de l'évaluation ainsi que les modifications qui seront apportées

Introduction

1

Ce chapitre propose une démarche générale de planification qui accompagnera le gestionnaire à chacune de ses étapes de travail. Il s'agit d'une proposition simplifiée qui, tout en laissant une grande marge de manœuvre au gestionnaire, respecte néanmoins les étapes clés de la gestion d'un projet.

Les principes généraux de la démarche s'appliquent à tous les chapitres thématiques de la section III. Cependant, chaque étape de la démarche doit être contextualisée à la lecture simultanée du chapitre choisi. Par exemple, la composition d'un comité de travail respectera les principes généraux présentés dans la démarche, mais les membres seront différents s'il s'agit d'un comité de travail visant l'amélioration des habitudes de vie ou de la santé et sécurité au travail. De la même manière, le choix des indicateurs ou des activités sera différent en fonction de la problématique traitée.

Éléments à prendre en compte

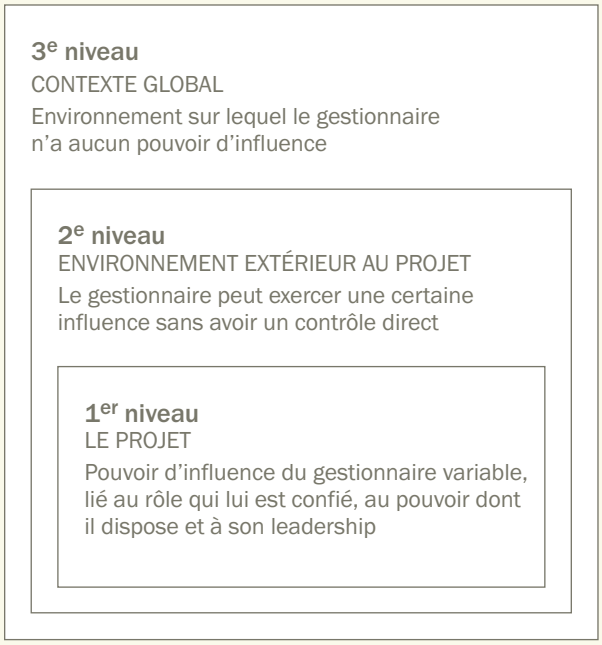
> Cette démarche doit être adaptée au thème abordé grâce à la lecture simultanée du chapitre concerné de la section III ;
> À chaque étape de la démarche il est important d'être conscient de la diversité de la population qui se retrouve dans les établissements de santé et de services sociaux, et d'adapter les actions en conséquence.

Est-ce le bon moment pour débuter des travaux ?

2

Avant d'entreprendre une démarche de planification, il est impératif de situer le projet dans son contexte. En effet, rien n'est plus frustrant que d'amorcer des travaux, de susciter des espoirs, de consommer du temps, pour s'apercevoir par la suite que les actions prévues ne pourront être mises en place car le contexte actuel de l'établissement n'est pas propice à un tel changement.

Ce contexte, ou environnement, peut être découpé en trois niveaux selon la capacité de contrôle ou d'influence qu'a le gestionnaire sur chacun des éléments pouvant affecter le projet[1].



2

Avant d'entreprendre des travaux, il est nécessaire de bien comprendre le contexte organisationnel actuel. Si de grandes réorganisations sont en cours ou prévues dans un avenir rapproché (fusion, déménagement d'une unité, réorganisation du travail pour une catégorie d'employés…), il pourra être pertinent de décaler le début des travaux afin d'obtenir une participation et un investissement plus élevés des employés. Cependant, dans le cas d'une équipe nouvellement constituée, il peut être envisageable de maintenir la démarche. En effet, celle-ci peut servir de catalyseur au développement d'un esprit d'équipe. Dans le même ordre d'idées, il pourra être intéressant d'amorcer des travaux touchant un secteur en crise, afin de canaliser les énergies autour d'un nouveau projet.

Éléments à prendre en compte :

> Contexte global : des réformes du système de santé, des modifications concernant l'exercice de certaines professions, la mise en vigueur de nouvelles lois, etc. Sont-elles en cours ou prévues dans un avenir rapproché ? ;
> Contexte organisationnel : des réorganisations sont-elles en cours ou prévues dans un avenir rapproché (fusion de services ou d'établissements, fermeture/ouverture/déménagement d'un service, réorganisation du travail pour une catégorie d'employés) ;
> Disponibilité des employés : situation de sous-effectif, surcharge de travail périodique (en fonction des périodes de l'année) ;
> Contexte particulier au service visé ou à la catégorie d'employés visée : crise importante dans le service, roulement élevé des employés, luttes de pouvoir… ;
> Nouveau chef de service/gestionnaire responsable ;
> Tout élément pouvant affecter le projet.

Il est important de se renseigner sur l'environnement touché par le projet, mais également sur l'environnement extérieur au projet ainsi que sur le contexte global.

3

Une démarche multistratégique intégrée

Même si les activités de sensibilisation ou d'information constituent, à elles seules, un bon départ pour un plan d'action, elles sont insuffisantes pour modifier les comportements des gens et pour faire de l'organisation un milieu de travail sain.

De façon générale, les programmes de promotion de la santé jugés exemplaires sont multistratégiques et combinent[2] :

> Des activités visant à créer des **environnements de travail positifs**, c'est-à-dire qui témoignent de l'engagement de la direction ;
> Des activités de **sensibilisation**, qui donnent aux employés les renseignements dont ils ont besoin pour faire des choix éclairés ;
> Des activités centrées sur l'**acquisition d'habiletés**, qui incitent les gens à s'impliquer activement dans la modification de leurs habitudes.

Chaque projet ne doit donc pas être conçu comme une succession d'actions sur un même thème, mais comme un ensemble cohérent et organisé d'actions rejoignant un même but global : procurer aux prestateurs de soins de santé et de services sociaux des conditions physiques, culturelles, psychosociales et professionnelles permettant de maximiser leur santé et leur bien-être, la qualité des services fournis aux usagers ainsi que le rendement professionnel[3].

Il devient alors primordial d'adopter une démarche multistratégique afin d'obtenir des résultats tangibles[4]. Les différents projets doivent ainsi s'articuler de façon intégrée dans un plan d'action global qui touche les différentes dimensions de l'établissement. Les différentes composantes d'un projet doivent également refléter cette démarche multistratégique.

À noter : *le terme « activité » doit être pris au sens large dans ce chapitre. Il fait référence à toutes les actions ou interventions qui sont prévues dans le plan d'action pour répondre aux objectifs fixés (formations, réunions, affichages, conférences, mois thématique, aménagement des locaux, modifications en tout genre…) quel que soit le thème abordé (environnement physique, habitudes de vie, développement durable…). Par exemple, une activité peut être d'installer des lampadaires dans le stationnement afin que les employés travaillant de nuit rejoignent leur voiture de façon plus sécuritaire, de mettre en place un groupe de marche qui fait un circuit de 20 minutes 2 fois par semaine à l'heure du dîner, ou encore de tenir un atelier-conférence sur les gestes verts à poser en milieu de travail.*

Éléments à prendre en compte :

> Chaque projet doit être conçu comme s'intégrant au plan d'action global : se questionner sur la pertinence du projet par rapport au plan global ;

> Adopter une démarche multistratégique – les actions d'un projet doivent avoir des approches variées et utiliser des mécanismes d'action différents : sur les individus (formations, affichages), modification de l'environnement (aménagement des locaux, éclairage), offre de nouveaux services (plus de menus équilibrés à la cafétéria, cours d'activité physique sur place), réorganisation du travail (flexibilité des horaires, système de parrainage pour les nouveaux employés)… ;

> Chaque action doit être conçue avec une visée globale, en réfléchissant sur son interaction avec les autres thèmes. Par exemple, une même activité peut répondre à plusieurs objectifs appartenant à un même thème ou à des thèmes différents.

S'assurer de la cohérence des projets à l'intérieur de la démarche globale.

S'assurer de toujours adopter une démarche multistratégique.

Ampleur des projets et flexibilité :

> En fonction de la population cible :
  - Les projets peuvent être mis en place à l'échelle de l'établissement ou à l'échelle d'une équipe ou de quelques départements.

> En fonction du temps :
  - L'ampleur des projets peut être très ciblée au début du processus, puis aller en s'élargissant au fur et à mesure des succès ;
  - L'ampleur des projets peut également être réajustée en fonction des besoins.

Afin de susciter l'adhésion des employés, dans certains cas il peut être intéressant de prévoir l'organisation rapide d'activités, afin que les employés puissent avoir un exemple concret de ce que le plan d'action peut leur apporter.

4 Le changement

Les réactions au changement, parfois vives et communément reconnues comme de la résistance au changement seraient, de l'avis des experts en transformation, l'une des causes majeures d'échec (ou de demi-succès) des changements organisationnels[5]. Afin de maximiser les chances de réussite de votre programme, nous vous proposons deux ensembles de conditions à respecter tout au long de votre démarche. Le premier ensemble de conditions s'applique au versant organisationnel de votre démarche, c'est-à-dire à toutes les étapes de votre démarche. Le deuxième ensemble de conditions traite des stades individuels de changement du comportement, et vous sera surtout utile lors de la définition des objectifs et des activités, afin que ceux-ci soient adaptés à la population cible.

Versant organisationnel : les conditions de succès du changement[6]

Pressions au changement : présence de contraintes environnementales qui précipitent l'organisation dans le changement. Celles-ci sont utilisées par la direction pour légitimer le changement auprès de leurs membres tout en créant un sentiment d'urgence d'agir. Cette condition de succès sous-entend également la présence d'au moins une personne dans l'organisation dont l'énergie permet de mobiliser les troupes pour que le changement s'opère.

Leadership et vision : capacité de la direction à élaborer efficacement ses objectifs de changement pour l'organisation, de même que sa capacité à les communiquer à ses membres à travers une vision stimulante.

Personnes capables : présence dans l'organisation d'une proportion importante d'individus en mesure de gérer efficacement la situation de transition et de mener à bien les premières interventions. Ceci comprend l'adoption d'une culture d'ouverture au changement, le développement de compétences nécessaires pour mener à bien le changement, et la mobilisation du personnel à changer leurs comportements pour qu'ils soient mieux adaptés à la situation souhaitée.

Premiers pas concrets : qualité de l'exécution de la démarche de changement, c'est-à-dire l'élaboration d'un plan d'action simple et réalisable, la participation des personnes affectées par le changement, l'allocation de ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan, l'identification des forces en présence qui pourraient accélérer ou freiner la mise en œuvre du changement, ainsi que la mise en place de mécanismes pour structurer le changement et en faire le suivi.

Récompenses efficaces : présence de récompenses tangibles pour les personnes qui investissent temps et efforts dans la réalisation du changement souhaité, au fur et à mesure que celui-ci progresse. L'amélioration de la situation de l'organisation (par rapport à la situation initiale) ou de sa performance, constituent des récompenses, au même titre que les marques de reconnaissance qui sont données directement aux membres de l'organisation.

Versant individuel : les stades de changement du comportement et les stratégies[7]

4

Ne l'oublions pas, même si toutes les conditions gagnantes sont réunies, il n'en demeure pas moins que la participation des personnes à des programmes visant la promotion de milieux de travail sains relève aussi d'un choix individuel. Il convient donc de bien comprendre ce qui motive ou freine les choix personnels, de s'attarder au stade de changement des personnes et de leur offrir des programmes en fonction des stades auxquels ils se trouvent.

De nombreuses théories en sciences sociales tentent d'expliquer le changement de comportements. Une abondante documentation existe pour aider à comprendre les multiples détails de ces modèles, qui font d'ailleurs souvent l'objet de critiques[8]. La liste des huit conditions[7] présentée dans ce chapitre (voir tableau 1) reflète pratiquement toutes les principales théories de changement de comportements[a]. Une ou plusieurs de ces conditions doivent être présentes pour qu'une personne adopte un comportement donné. **Les trois premières conditions sont jugées nécessaires et suffisantes pour adopter un comportement. Les cinq autres ont un effet sur l'intensité et l'orientation de l'intention**[7]. Les stratégies visant à aider la personne ou les participants à répondre à chaque condition sont également présentées.

Tableau 1 – Conditions au changement de comportements et stratégies visant à aider la personne à répondre à chaque condition[7]

Note : Les conditions 1, 2 et 3 sont jugées nécessaires et suffisantes pour adopter un comportement. Les conditions 4 à 8 ont un effet sur l'intensité et l'orientation de l'intention

CONDITION 1	LA PERSONNE A FERMEMENT L'INTENTION D'ADOPTER LE COMPORTEMENT (OU S'Y EST ENGAGÉE)
Stratégies	– Sensibiliser davantage les gens au besoin de changement en présentant le risque comme étant sérieux et bien réel dans la situation de la personne ; – Mettre principalement l'accent sur les résultats positifs possibles de l'adoption du comportement recommandé.
CONDITION 2	IL N'Y A PAS DE CONTRAINTES (BARRIÈRES) ENVIRONNEMENTALES RENDANT LE COMPORTEMENT IMPOSSIBLE
Stratégies	– Déterminer les obstacles auxquels font face les participants et tenter d'y remédier ; – Créer des milieux favorables.
CONDITION 3	LA PERSONNE A LES HABILETÉS NÉCESSAIRES À L'ADOPTION DU COMPORTEMENT VOULU
Stratégies	– Préciser l'action recommandée au moyen des questions « comment, où et quand » et fournir des orientations claires et de la formation en vue de l'accomplissement de l'action recommandée ; – Repérer ou fournir des modèles de rôles qui ont effectué l'action recommandée et s'assurer qu'ils sont visibles ; – Fournir des suggestions ou montrer comment trouver des solutions de rechange santé à certains obstacles ; – Enseigner comment évaluer de façon critique et réaliste les échecs passés et les rechutes actuelles pour en tirer les leçons et pour assurer la poursuite plutôt que l'arrêt du progrès.

a Principales théories de changement de comportements étudiées : étapes de changement, modèle transthéorique, modèle de croyance à la santé, théorie de l'apprentissage social, théorie du comportement axé sur un objectif, ...[7]

4

CONDITION 4	**LA PERSONNE CROIT QUE LES AVANTAGES (BIENFAITS, RÉSULTATS POSITIFS ESCOMPTÉS) SE RATTACHANT À L'ADOPTION DU COMPORTEMENT L'EMPORTENT SUR LES DÉSAVANTAGES (COÛTS, RÉSULTATS NÉGATIFS PRÉVUS)**
Stratégies	– Mettre principalement l'accent sur les résultats positifs possibles de l'adoption du comportement recommandé ; – Mettre sur pied des systèmes de renforcement au moyen de mesures incitatives, d'assistance et de mises à jour régulières sur les risques et l'action recommandée.
CONDITION 5	**LA PERSONNE RESSENT DAVANTAGE UNE PRESSION SOCIALE À L'ÉGARD DE L'ADOPTION DU COMPORTEMENT QU'À L'ÉGARD DE LA NON-ADOPTION DE CELUI-CI**
Stratégies	– Repérer les personnes d'influence ou les modèles de rôles importants pour les participants visés et démontrer qu'ils appuient le comportement recommandé ; – Repérer ou fournir des modèles de rôles qui ont effectué l'action recommandée et s'assurer qu'ils sont visibles.
CONDITION 6	**LA PERSONNE CONSIDÈRE QUE LE COMPORTEMENT CORRESPOND À L'IMAGE QU'ELLE A D'ELLE-MÊME ET QU'IL RESPECTE SES PRINCIPES PERSONNELS**
Stratégies	– Sensibiliser davantage les gens au besoin de changement en présentant le risque comme étant sérieux et bien réel dans la situation de la personne ; – Aider à établir des buts quantifiables, réalistes, graduels et modérément difficiles dans le contexte des buts préexistants ; – Adapter l'information sur les risques, les bienfaits et l'action recommandée et concevoir l'intervention selon les valeurs, les normes et la situation des participants visés.
CONDITION 7	**LA RÉACTION ÉMOTIVE DE LA PERSONNE À L'ÉGARD DU COMPORTEMENT EST PLUS POSITIVE QUE NÉGATIVE**
Stratégies	– Mettre principalement l'accent sur les résultats positifs possibles de l'adoption du comportement recommandé ; – Mettre sur pied des systèmes de renforcement au moyen de mesures incitatives, d'assistance et de mises à jour régulières sur les risques et l'action recommandée.
CONDITION 8	**LA PERSONNE EST CONFIANTE DE POUVOIR ADOPTER LE COMPORTEMENT DANS DIFFÉRENTES CIRCONSTANCES (C'EST-À-DIRE QU'ELLE SE PERÇOIT COMME ÉTANT ASSEZ EFFICACE POUR ADOPTER LE COMPORTEMENT)**
Stratégies	– Préciser l'action recommandée au moyen des questions « comment, où et quand » et fournir des orientations claires et de la formation en vue de l'accomplissement de l'action recommandée ; – Déterminer les obstacles auxquels font face les participants et tenter d'y remédier ; – Fournir des suggestions ou montrer comment trouver des solutions de rechange santé à certains obstacles ; – Aider à établir des buts quantifiables, réalistes, graduels et modérément difficiles dans le contexte des buts préexistants ; – Enseigner comment évaluer de façon critique et réaliste les échecs passés et les rechutes actuelles pour en tirer les leçons et pour assurer la poursuite plutôt que l'arrêt du progrès.

Adapté de : Hershfield, L. et coll. (2004). *Changement de comportements : un cadre d'application*, The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion, University of Toronto, www.thcu.ca

En conclusion, pour stimuler la réflexion et la préparation des personnes quant à un changement de comportement possible, il faut les informer adéquatement et être prêt au moment où celles-ci décident de passer à l'action. Par la suite, il faut continuer à les soutenir afin de les aider à maintenir cette action et ce changement.

Concevoir le programme dans la vision de la population cible, afin de proposer des activités adaptées qui vont l'accompagner dans sa démarche de changement.

4

LECTURE SUGGÉRÉE

Bareil, C. (2008). *Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement*, Télescope, École nationale d'administration publique ENAP, automne 2008. www.enap.ca

5

Comment débuter les travaux ?

De façon générale, le déroulement des travaux suit les différentes étapes d'un processus de planification. En se basant sur plusieurs documents officiels de référence[4, 9, 10, 11, 12, 13, 14], nous vous présentons dans ce chapitre un résumé synthétique des différentes étapes.

- ÉTAPE 1 : Faire une première réflexion en tant que directeur ou gestionnaire d'établissement de santé et de services sociaux ;
- ÉTAPE 2 : Constituer un comité de travail et favoriser l'engagement et la participation du personnel à la démarche ;
- ÉTAPE 3 : Évaluer et analyser les besoins des employés et du milieu ;
- ÉTAPE 4 : Élaborer un plan d'action correspondant aux besoins ;
- ÉTAPE 5 : Communiquer le plan d'action et promouvoir les activités ;
- ÉTAPE 6 : Évaluer les résultats et adapter les activités.

À la lecture de documents de référence et de revues de littérature[4, 14, 15, 16], il ressort clairement que l'élément essentiel de réussite pour toute démarche de promotion de la santé est l'inclusion et la participation des employés (différentes catégories d'emploi, différents niveaux hiérarchiques, différents regroupements, syndicats) tout au long du processus. **Le personnel et la direction doivent s'employer collectivement à faire du lieu de travail un cadre propice à la santé[16].**

Votre approche doit miser sur l'échange de connaissances comme stratégie d'amélioration, et procurer ainsi l'occasion d'établir une relation de concertation entre l'employeur et les salariés. Il doit s'agir d'un processus démocratique permettant de dégager des solutions faisant consensus. Outre ses effets sur la santé, une telle démarche peut également promouvoir la satisfaction professionnelle et le moral des employés, améliorer la qualité du travail et la productivité, créer un climat social favorable ainsi qu'une culture d'entreprise[16]. Ces actions sont également reconnues comme étant des éléments favorisant l'attraction et la rétention du personnel.

5

Ce processus d'échanges permet de mieux comprendre les situations problématiques et ainsi d'apporter des modifications adaptées. Il permet aussi d'identifier les réels besoins des employés et donc de proposer des activités répondant à ces besoins. Votre programme sera alors en accord avec la réalité vécue par vos employés, et intègrera des éléments que les membres du personnel jugent importants. Par exemple, il ne sert à rien de faire venir un conférencier pour parler de la gestion du stress si les employés ne sont pas intéressés ou ne veulent pas y participer[2].

De nombreux autres éléments de succès vous seront présentés dans ce chapitre, mais il est essentiel que le terme « participatif » soit représentatif de votre démarche.

Votre démarche doit être participative, c'est-à-dire qu'elle doit engager différents groupes d'employés tout au long du processus et favoriser les échanges entre les employés et les gestionnaires.

Étape 1 : Faire une première réflexion en tant que directeur ou gestionnaire d'établissement de santé et de services sociaux

Avant de commencer votre démarche, il est important d'avoir à l'esprit les recommandations à respecter tout au long de vos travaux[2, 17, 18].

Recommandations :

> Le soutien et la participation de la direction sont nécessaires à la réussite de la démarche ;
> La participation, l'engagement et l'appui des gestionnaires de tous les niveaux doivent être favorisés par leur implication dans la démarche ;
> Le comité doit être dynamique et jouir d'un leadership fort ;
> L'approche doit être centrée sur les personnes, basée sur la confiance et non sur la peur, et respecter la confidentialité ;
> Les besoins, préférences et attitudes des divers groupes de participants doivent être pris en considération ;
> Le programme doit tenir compte de l'interdépendance des aspects de la santé ;
> Le programme doit s'adapter aux caractéristiques particulières de chaque milieu de travail, et également s'assurer que les employés auront le temps d'y participer.

LECTURE SUGGÉRÉE

Gagnon, S. (1995). *Guide de développement d'une vision mobilisatrice et d'un projet partagé d'établissement*, Centre de recherche et d'intervention en santé des organisations CRISO, Montréal. www.criso.ca

Afin d'obtenir un premier portrait organisationnel et une meilleure idée des facettes de l'organisation méritant davantage votre attention, il est nécessaire de se baser sur un certain nombre d'indicateurs. Voici une liste non exhaustive d'indicateurs que vous pouvez utiliser[19, 20, 21, 22].

Indicateurs :

> Taux de roulement du personnel ;
> Taux de postes vacants ;
> Heures de formation et de perfectionnement professionnel ;
> Heures supplémentaires ;
> Ratio d'assurance salaire ;
> Fréquence et gravité des accidents ayant entrainé des arrêts de travail avec indemnité ;
> Satisfaction du personnel ;

- Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante ;
- Absentéisme ;
- Pourcentage de fumeurs parmi le personnel ;
- Résultats des enquêtes sur les conditions de travail auprès du personnel ;
- Résultats sur l'échelle de l'épuisement professionnel.

LECTURES SUGGÉRÉES

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada, Rapport de l'atelier*, présenté au Conseil d'agrément des services de santé le 3 juin 2002, 18p. www.cna-nurses.ca

Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. (2009). *Un aperçu de l'évaluation de la qualité de vie au travail au sein des organismes de soins de santé canadiens : Résultats du sondage sur les indicateurs*, Agrément Canada, 19p. www.qwqhc.ca

Boîte à suggestions[2] :
L'une des façons les plus simples, efficaces et discrètes d'obtenir l'opinion des employés consiste à installer une boîte à suggestions.

Voici quelques conseils à cet effet :

- Familiariser les employés avec la boîte avant même son installation et tout au long de la période d'utilisation prévue ;
- Demander des suggestions qui portent sur le milieu de travail et le contexte professionnel, ainsi que les pratiques des employés en matière de santé ;
- Insister sur le fait que toutes les suggestions seront prises au sérieux et qu'elles seront traitées de façon confidentielle ;
- Installer la boîte à suggestions à une heure où la plupart des employés sont présents au travail plutôt que pendant une période de congé ;
- Avoir une boîte à suggestions attrayante, visible et facilement accessible ;
- Donner suite, d'une façon ou d'une autre, à toutes les suggestions, même s'il s'agit uniquement d'en accuser réception ;
- Il est également possible de créer une boîte à suggestions électronique, tout en s'assurant de respecter la confidentialité des participants (utilisation de pseudonymes).

Une fois le portrait organisationnel réalisé, vous pouvez réfléchir à la possibilité d'engager votre organisation dans un processus de certification. Afin d'en savoir un peu plus sur ce thème et d'être en mesure de prendre une décision, reportez-vous au chapitre *La certification… un cadre pour l'action*, p. 44.

Étape 2 : Constituer un comité de travail et favoriser l'engagement et la participation du personnel à la démarche

Dans certaines régions du monde, les lois en matière de santé et sécurité au travail prévoient la formation de comités paritaires pour la gestion de certains aspects de la santé et de la sécurité. En promotion de la santé on parlera davantage de comité *ad hoc*, et dans les organisations de santé et de services sociaux on parle de plus en plus de comité de *bien-être au travail*.

« Impliquer dans un processus décisionnel tous ceux qui peuvent y apporter des éléments utiles et pertinents, c'est reconnaître que travailleurs et gestionnaires peuvent contribuer de façon efficace à l'analyse d'une problématique, à la recherche de solutions et la mise en place de mesures de correction et de prévention. Les solutions ainsi trouvées devraient être plus durables et contribuer à améliorer la satisfaction au travail. » (Patry, 2008)[23].

La composition du comité[10, 12, 14] :
Le comité doit être représentatif de l'ensemble du personnel de l'établissement. Il doit compter des représentants provenant de différentes catégories d'emploi (type d'emploi et quart de travail) de différents niveaux hiérarchiques (notamment de l'équipe de gestion), ainsi que de différents regroupements (syndicats, conseils professionnels, …).

5

Le nombre et la liste des membres d'un comité ne sont pas fixes, et doivent être adaptés en fonction de l'ampleur du projet et de la taille de l'établissement. Par exemple, la composition d'un comité directeur coordonnant une démarche globale de promotion de milieu de travail sain à l'échelle d'un établissement ne sera pas la même que celle d'un comité de travail ayant pour objectif la promotion de l'activité physique.

Lors de la sélection des membres du comité, le responsable a avantage à tenir compte de leur intérêt en la matière, de leur crédibilité dans le milieu de travail et de leurs compétences[10].

À titre d'exemple, voici les différentes catégories à considérer :

- Représentants des employés selon les catégories d'emploi et les quarts de travail. Dans certains cas il peut être pertinent de ne réunir que les catégories d'employés touchées par le projet ;
- Représentants syndicaux ;
- Représentants des comités de santé et sécurité au travail ;
- Représentants des différents comités professionnels de l'établissement ;
- Chefs de service concernés ;
- Membres de la direction (responsables de la planification, du budget, des soins, de la qualité-performance…) ;
- Conseillers en promotion de la santé ;
- Membres du service des ressources humaines ;
- Agents de communication ;
- Tout professionnel de l'établissement dont l'expertise est jugée pertinente au dossier ;
- Au besoin (selon le budget, la priorité accordée à la démarche, etc.), des consultants externes ou des chercheurs peuvent être associés à la planification, l'animation des rencontres ou la rédaction d'un rapport.

Le rôle du comité :

Dans le respect de son mandat et de ses objectifs, le comité doit dresser un portrait de la situation et en dégager les points forts et les points faibles. Puis il doit prioriser les objectifs et élaborer un plan d'action intégré et multistratégique proposant différentes activités permettant l'atteinte des objectifs fixés. Par la suite, il doit assurer la mise en œuvre du programme et sa promotion. Finalement, il doit évaluer les interventions réalisées dans le cadre du plan d'action et s'assurer d'apporter les modifications nécessaires.

Favoriser l'engagement du personnel[2] :

Afin de favoriser l'engagement du personnel envers la démarche entreprise, il est important de respecter les éléments suivants :

- Avoir une gestion dynamique et participative du comité, qui favorise les échanges entre les membres ;
- Nommer un remplaçant pouvant continuer les travaux en cas de départ du responsable, afin d'assurer le personnel de la continuité de la démarche ;
- Faire un suivi des progrès accomplis et proposer des incitatifs (voir *Étape 4,* p. 34) ;
- Prendre les mesures nécessaires pour allouer du temps aux employés afin qu'ils puissent participer à la démarche ;
- Promouvoir la démarche du comité en tout temps : en organisant un évènement, en affichant de l'information ou lors d'échanges informels avec des membres du personnel.

Étape 3 : Évaluer et analyser les besoins des employés et du milieu

5

Il existe différentes méthodes d'évaluation des besoins qui peuvent être utilisées en complémentarité, en fonction des situations. Des précisions concernant les éléments spécifiques de chaque thème sont présentées dans les différents chapitres de la section III.

Les méthodes d'évaluation des besoins :

> Données statistiques : données/indicateurs déjà compilés dans des rapports (rapport annuel de l'établissement, tableau de bord, systèmes informatiques internes à l'établissement, bases de données régionales, ...). Ces données peuvent être comparées avec celles des années précédentes, avec celle d'un établissement similaire ou avec la norme en vigueur ;

> Rapports : des informations qualitatives peuvent être présentes dans différents rapports déjà disponibles (rapport du comité de gestion de la qualité, rapport du comité santé et sécurité au travail, rapports des conseils professionnels, rapports des syndicats...) ;

> Consultation directe des employés[10] : plusieurs moyens peuvent être utilisés à cet effet :
  - Rencontres individuelles
  - Groupes de discussion
  - Questionnaires
  - Sondages

Dans le cas du sondage, quatre facteurs doivent être respectés afin de maximiser le taux de participation : promouvoir le sondage avant sa distribution, assurer les employés du respect de la confidentialité, libérer du temps pour que les employés puissent compléter le sondage et prévoir des rappels, déterminer le bon moment pour distribuer le sondage (période de l'année propice, jumeler le sondage avec un évènement promotionnel ou une manifestation sociale)[24].

Pour chaque méthode, un certain nombre de critères doivent être pris en compte.

Les critères[2] :

> Degré d'alphabétisation[b] : À quel public s'adresse-t-on ? Quel est le meilleur moyen de s'assurer d'être compris par nos employés ? Quel est leur niveau d'alphabétisation ?

> Variances culturelles : hommes, femmes, groupes ethniques... Ces caractéristiques doivent être prises en compte. Dans certains cas il sera pertinent d'organiser plusieurs rencontres, l'une avec les hommes et l'autre avec les femmes, ou de prévoir des séances distinctes avec les membres de divers groupes ethniques (Voir *Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail*, p. 138) ;

> Différents quarts de travail : comment recueillir l'avis du plus grand nombre possible de personnes ?

> Respect de la confidentialité ;

> Temps disponible : allouer du temps aux employés afin de leur permettre de participer aux activités d'évaluation ;

> Employés absents ou en congé maladie : l'opinion de toutes et de tous compte. Pensez à prévoir un moyen vous permettant de joindre les personnes absentes ou en congé maladie ;

> Outils de communication disponibles : quels outils de communication peuvent être utilisés ?

> Accès à un poste informatique : est-ce que vos employés ont facilement accès à un poste informatique ? Comment communiquerez-vous avec eux ?

> Degré d'urgence : la situation vécue actuellement dans le milieu de travail laisse-t-elle entrevoir une urgence d'agir ? La réponse à cette question va orienter le choix d'une méthode s'échelonnant sur une plus ou moins longue période.

L'analyse des besoins :

Une fois les informations obtenues, il faut procéder à une analyse des besoins du milieu, c'est-à-dire identifier les points forts et les points faibles par rapport à une situation donnée et prioriser les éléments sur lesquels il est important d'agir. Pour cela, il importe que les membres du comité de travail soient à l'écoute de leur milieu, afin de trouver le sens du discours du personnel de leur organisation[25].

b Degré d'alphabétisation : les membres de votre personnel sont-ils tous capables de lire la langue de travail en vigueur ? Dans quelle mesure ? Est-il préférable de communiquer avec eux par écrit ou par courriel ou d'organiser une réunion du personnel ?[2].

5 Étape 4 : Élaborer un plan d'action correspondant aux besoins

En plus de tenir compte des préoccupations générales de votre personnel, votre plan d'action doit aussi tenir compte de la diversité des personnes en proposant des actions adaptées selon[2] :

> Leur niveau de santé actuel ;
> Leur niveau d'alphabétisation ;
> Leur appartenance culturelle ;
> Leurs habitudes sociales ;
> Leurs compétences.

De cette façon, il est possible de s'assurer de répondre aux besoins des personnes tout en prenant soin de ne pas accentuer, mais plutôt de réduire les inégalités de santé potentielles au sein de votre organisation.

Par ailleurs, il est important de mettre en place des moyens permettant aux employés de trouver le temps de participer aux activités. Dans certains cas les activités devront être adaptées, dans d'autres cas des aménagements pourront être proposés aux employés, en accord avec les chefs de service et le service des ressources humaines.

Les activités proposées doivent, dans la mesure du possible, utiliser les ressources humaines et matérielles disponibles dans le milieu (salles, installations, équipements…). Le responsable du programme doit s'assurer que les ressources supplémentaires nécessaires (financières et humaines) seront allouées par la direction de l'établissement. Il est également possible d'inscrire le programme dans le cadre d'un partenariat avec une fondation, la communauté ou une entreprise, afin de bénéficier de plus de ressources et d'une plus grande visibilité. Cependant, il est bon de garder à l'esprit que de nombreuses activités peuvent être réalisées avec peu de ressources financières.

La mise en place de mesures incitatives est un facteur motivationnel supplémentaire pour le personnel (voir *Le changement,* p. 26). Ces incitatifs, ou récompenses, peuvent être intrinsèques (la satisfaction de progresser, de développer un nouveau langage qui facilite la communication et la recherche concertée de solutions, de savoir que l'on est engagé sur la bonne voie, de voir se résoudre des problèmes, …) ou extrinsèques (reconnaissance spéciale lors d'un évènement de clôture ou dans le journal interne de l'établissement, cadeaux tels que des bons d'achat, des articles de sport ou encore la participation gratuite à un évènement). Ces incitatifs peuvent être conditionnels à la simple participation à une activité (prix de présence) ou conditionnels à l'atteinte d'un objectif fixé[4, 6].

Le plan d'action doit contenir les éléments suivants :

> Portrait de la situation actuelle ;
> Identification des problèmes/besoins ;
> Priorisation des problèmes/besoins ;
> Actions choisies pour répondre aux problèmes/besoins identifiés ;
> Pour chaque action :
  - Détermination d'une personne responsable
  - Objectifs
  - Modes de communication
  - Méthode d'évaluation
  - Échéancier
  - Ressources nécessaires (disponibles et souhaitées)
> Plan de communication global ;
> Évaluation globale ;
> Échéancier global pour le plan d'action présentant des objectifs à court, moyen et long termes ;
> Budget global et ressources nécessaires.

Les données probantes :

Dans l'élaboration de vos activités, il sera intéressant de vous référer le plus possible à des données probantes, des pratiques exemplaires ou des projets ayant bénéficié d'une évaluation complète et détaillée. En effet, autant proposer à vos employés les activités reconnues comme donnant les meilleurs résultats.

Les objectifs :

Les objectifs doivent être clairs et mesurables pour chacune des interventions, afin de mieux cibler les efforts. Cet exercice va vous encourager à travailler sur la communication et la promotion de l'activité pour réussir à atteindre les objectifs fixés. Un bon moyen pour s'assurer que les objectifs sont adaptés est de veiller à ce qu'ils soient **SMART**[10] :

S - Spécifique
M - Mesurable
A - Acceptable
R - Réaliste
T - Temporel (ou déterminé dans le temps)

L'évaluation – Le monitorage :

L'évaluation fait l'objet de la 6e étape de la démarche, cependant elle doit être envisagée lors de la conception du plan d'action. En effet, les objectifs doivent être mesurables pour pouvoir être évalués.

Par ailleurs, bien que l'évaluation soit classiquement faite en fin de projet, il peut-être intéressant de procéder à une évaluation en cours d'activité (un monitorage). Ceci va permettre, grâce au suivi de quelques indicateurs simples à collecter (taux de participation, taux de satisfaction, ...) de procéder à des modifications en cours d'activité afin que celle-ci soit mieux adaptée aux besoins de la clientèle cible.

Tout au long des travaux, il faut garder à l'esprit les éléments suivants :

- Les employés doivent être au centre de la démarche. Il faut s'assurer que le programme intègre des éléments que les membres du personnel jugent eux-mêmes importants ;
- Le plan d'action est-il en continuité avec les valeurs et la culture organisationnelle en place ? Est-ce qu'un travail préalable de définition des valeurs organisationnelles est nécessaire et envisageable ?
- Des obstacles sont-ils prévisibles ?
- Une période de temps adéquate et des ressources réalistes ont-elles été prévues pour réaliser cette démarche ? De quelles ressources ou de quelles aides aurez-vous besoin afin que votre équipe puisse réussir cette démarche ?

Étape 5 : Communiquer le plan d'action et promouvoir les activités

L'ensemble des activités de communication va favoriser la visibilité du programme et son rayonnement. Plus le nombre d'employés au courant de ce programme est important, plus ses chances de succès sont grandes. Les activités de communication ne doivent donc surtout pas être négligées.

Communication du plan d'action[12] :

Vous gagnez à communiquer régulièrement avec votre personnel afin de stimuler son engagement et sa participation à votre projet de milieu de travail sain. Les grandes orientations du plan d'action peuvent ainsi être présentées au personnel à l'occasion d'une rencontre spéciale. Il sera alors utile de prévoir une période pour les suggestions et les commentaires, ou un formulaire permettant aux personnes présentes d'exprimer ceux-ci par écrit. Par ailleurs, les outils de communication interne de l'établissement (journal interne, intranet, etc.) peuvent être mis à contribution de façon à faire circuler vos documents et à recueillir des commentaires et des suggestions.

Des modalités de communication doivent également être développées afin de rejoindre les employés travaillant de soir ou de nuit, les employés travaillant sur des sites éloignés, ainsi que les employés absents (congé prolongé, congé maladie). Par exemple, les informations peuvent être envoyées par courriel, être communiquées par téléphone ou être jointes au bulletin de paie.

Suivant la réception de commentaires et de suggestions, vous serez alors en mesure d'aller de l'avant avec votre plan ou de faire les changements nécessaires s'il y a lieu.

Promotion des activités[10] :

La communication des différentes interventions et des activités revêt une importance primordiale lors de l'implantation du programme, en conditionnant le niveau de participation des employés aux activités.

Si vous visez un taux de participation élevé, il est nécessaire de préparer un plan de communication qui détaillera les modes de communication utilisés pour chaque activité.

Le mode de communication choisi doit être **adapté à la population ciblée par l'activité** et doit contenir les éléments suivants[10] :

- Description de l'évènement ;
- Coordonnées : lieu de déroulement, jour et heure, durée ;
- Personnes ciblées ;
- Invitation attrayante (couleur, images, thèmes, ...).

Les modes de communication utilisés devront tenir compte du degré d'alphabétisation de la population ciblée, des variances culturelles qu'elle présente ainsi que des horaires de travail des employés qui la composent.

5

À titre indicatif, voici une liste des modes de communication les plus fréquemment utilisés[10] :

Modes de communication verbale :

> Mot du directeur général ;
> Rencontre d'information avec les cadres ou série de rencontres avec le personnel ;
> Réunion d'équipe ;
> Évènement de lancement (mois thématique, ...).

Modes de communication écrite :

> Communiqué interne ;
> Affichage sur les babillards, les casiers ;
> Message sur le site Intranet ;
> Information distribuée avec les relevés de paie ;
> Petits supports d'information (ex. : cartons) disposés sur les tables de la cafétéria et dans les salles de repos du personnel ;
> Petites cartes informatives de format cartes d'affaires distribuées au personnel ;
> Capsule vidéo ou audio envoyée par courriel aux employés.

Modes de communication non-verbale :

> Actions ou comportements dans le quotidien qui viennent renforcer le message déjà établi par la direction ou le comité de travail pour l'implantation du programme. Par exemple, l'inscription d'un personnel-cadre à une activité, l'utilisation par un personnel-cadre de nouveaux équipements ou de nouvelles modalités de fonctionnement (abri à vélos, gymnase, covoiturage, recyclage).

Étape 6 : Évaluer les résultats et adapter les activités

De nombreuses méthodes d'évaluation existent, et sont détaillées dans des ouvrages de référence. Nous vous proposons ici une trame de base reprenant les principes et critères reconnus par ces ouvrages, afin de vous guider dans votre démarche d'évaluation.

L'évaluation d'un programme est une étape majeure, malheureusement souvent négligée. Auparavant, cette étape était réalisée principalement dans le but de déterminer si le programme était efficace ou non. Actuellement, l'évaluation sert davantage à assurer une amélioration continue de la qualité, c'est-à-dire à déterminer ce qui fonctionne, ce qui n'a pas fonctionné, les raisons pour cela, et les modifications qui peuvent être apportées[13]. De nombreux apprentissages vont pouvoir être tirés de ce bilan, qui vont servir non seulement à bonifier la démarche en cours, mais également à améliorer d'autres projets comparables[14].

Au-delà de l'objectif d'amélioration continue, l'évaluation peut être entreprise pour les raisons suivantes[26] :

> Recueillir des preuves de l'efficacité ou des répercussions du programme ;
> Rendre des comptes aux parties concernées : bailleurs de fonds, clients, bénévoles, personnel, communauté ;
> Comparer le programme avec d'autres programmes ;
> Évaluer l'efficience du programme (analyse coûts-avantages) ;
> Tester une hypothèse à des fins de recherche.

Ce processus, tout comme la démarche globale de promotion entreprise, doit veiller à favoriser la participation et l'implication des employés[13].

« Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur cette intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, l'objectif étant de faire en sorte que les différents acteurs concernés, dont les champs de jugement sont parfois différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention pour qu'ils puissent construire, individuellement ou collectivement, un jugement susceptible de se traduire en actions. » (Brousselle, 2009)[27].

Une évaluation doit être faite pour chaque intervention du plan d'action. Elle peut être effectuée en cours d'activité, dans le cas d'une activité se déroulant sur une longue période, ou à la fin d'une activité pour une activité de courte durée. L'avantage d'une évaluation en cours d'activité est que le résultat de celle-ci va permettre d'apporter des

améliorations immédiates à l'activité. Par ailleurs, il est important de rappeler que des effets non prévus par le programme ou les activités mis en place peuvent être générés. Ces effets doivent être pris en considération par l'évaluation, qu'ils soient favorables ou non aux participants[28].

Toujours dans le cas d'une démarche axée sur la participation, les résultats de l'évaluation ainsi que les décisions prises conséquemment doivent être communiqués au personnel de l'établissement.

À plus long terme, il sera intéressant d'évaluer les impacts de la démarche sur le bien-être et la santé des employés. Pour cela vous pourrez utiliser à nouveau les indicateurs sur lesquels vous avez basé votre première réflexion de gestionnaire (voir *Étape 1: Faire une première réflexion en tant que directeur ou gestionnaire d'établissement de santé et de services sociaux,* p. 30), tels que le taux de roulement du personnel, le taux de satisfaction, le taux d'absentéisme, … De cette façon vous pourrez faire une comparaison avant/après et obtenir une appréciation globale de votre démarche.

En fonction des auteurs, plusieurs classifications sont proposées pour l'évaluation. Nous retiendrons ici la classification proposée par Brousselle et coll. (2009), pour qui « une intervention, quelle qu'elle soit, peut faire l'objet de deux types d'évaluation : **l'évaluation normative ou la recherche évaluative.** »

L'évaluation normative

L'évaluation normative cherche à apprécier chacune des composantes de l'intervention en fonction de critères et de normes. Elle s'inscrit donc dans un procédé de vérification de la conformité des composantes de l'intervention par rapport à des références[27]. Elle permet ainsi d'établir le taux de succès d'une activité.

Minimalement, les éléments suivants doivent être présents :

- Taux de réalisation de l'activité (100 %, 50 %, 0 %) ;
- Taux de participation ;
- Taux de satisfaction des participants ;
- Taux d'atteinte des objectifs fixés (d'où la nécessité d'avoir établi des objectifs mesurables « SMART »).

La recherche évaluative

La recherche évaluative repose sur une démarche scientifique qui permet d'analyser et de comprendre les relations de causalité entre les différentes composantes de l'intervention. Elle vise donc à comprendre le comment et le pourquoi des résultats[27]. La recherche évaluative se fait notamment à partir des commentaires et impressions sur le déroulement de l'activité. Elle permet alors de mieux comprendre les raisons des succès ou des échecs, souvent basés sur des aspects relatifs aux comportements, aux attitudes et aux interactions complexes.

La recherche évaluative doit minimalement faire ressortir les éléments suivants :

- Les raisons pour lesquelles l'activité ne s'est pas déroulée comme prévu dans le plan d'action ;
- Les raisons de l'insatisfaction des participants ;
- Les éléments facilitants ;
- Les principaux obstacles ;
- Les améliorations à apporter à l'activité en cours, ainsi qu'à une activité du même type dans le futur.

Au-delà de ces généralisations, la recherche évaluative est décomposable en six types d'analyses qui font appel à des méthodes de recherche différentes. Chaque méthode de recherche vise l'analyse d'un élément en particulier : l'**analyse stratégique** permet d'apprécier la pertinence de l'intervention ; l'**analyse logique** examine la cohérence (le bien-fondé et la validité opérationnelle) ; l'**analyse de la production** s'intéresse à la productivité et aux déterminants de la qualité des processus ; l'**analyse des effets** vérifie l'efficacité ; l'**analyse de l'efficience** atteste de l'efficience globale de l'intervention ; l'**analyse de l'implantation** observe les interactions entre l'intervention et le contexte d'implantation dans la production des effets[27].

LECTURES SUGGÉRÉES

Brousselle, A., et al. (2009). *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal : Les presses de l'Université de Montréal. 304 p.

Ridde, V., et al. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal : Les presses de l'Université de Montréal. 358 p.

The Health communication unit. (2002). *Évaluation des programmes de promotion de la santé*, The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion, University of Toronto, v2.0, février 2002, 97 p. www.thcu.ca

World Health Organization Europe WHO. (2001). *Evaluation in health promotion, Principles and perspectives*, WHO Regional Publications, European Series, n° 92, 561 p. www.euro.who.int

6 En complément : des outils

Outil de planification en ligne proposé par The Health Communication Unit et le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils

Le site Internet *The Health Communication Unit* de l'Université de Toronto propose un outil de planification en ligne des programmes de promotion de la santé, accessible en français et en anglais. Cet outil est proposé en collaboration avec le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, qui est l'un des six centres de collaboration nationale en santé publique du Canada (www.ccnmo.ca).

L'outil de planification en ligne vous propose une démarche en six étapes : **1.** Gestion de projet ; **2.** Évaluation situationnelle ; **3.** Déterminer les buts, définir les publics cibles et établir les objectifs axés sur les résultats ; **4.** Choisir les stratégies et les activités et allouer les ressources ; **5.** Déterminer des indicateurs de résultats ; **6.** Revoir le plan.

L'outil vous accompagne au travers de ces étapes en vous proposant, pour chacune, des grilles de questions pour vous guider dans votre réflexion.

Par ailleurs, de nombreuses ressources se trouvent sur ce site :

> Modèles de grilles pour la collecte de données, pour le choix des stratégies, le choix des indicateurs, etc ;
> Exemples de grilles complétées, de démarches de planification en six étapes ;
> Sélection de documents de référence pour vous aider dans votre prise de décision à toutes les étapes de votre démarche (les documents sont accessibles directement à partir du site) ;
> Conseils pratiques à chaque étape.

Voici le lien Internet pour avoir accès à l'outil de planification en ligne : www.thcu.ca/ohpp

Liste de contrôle du Wellness Council of America (WELCOA)

Le site internet du *Wellness Council of America* (WELCOA) propose de nombreux outils d'aide en ligne, et notamment *The Well Workplace Checklist*, une liste de contrôle qui permet l'évaluation interactive des programmes de promotion de milieux de travail sains, en fonction des sept clés de succès développées par l'organisme. En fonction des résultats de l'évaluation pour chaque catégorie, des conseils et des suggestions sont formulés pour permettre au gestionnaire d'améliorer son programme.

Voici le lien Internet pour avoir accès à la liste de contrôle : www.welcoa.org/wellworkplace

Processus de certification

De nombreux processus de certification proposent des démarches détaillées, qui vont vous guider dans l'atteinte de vos objectifs. Plusieurs modalités d'accompagnement sont proposées : manuels d'accompagnement, DVD, accès à différents outils de planification, identification de normes à respecter, visites d'évaluation, rapport, recommandations…

Afin d'en savoir plus sur ce sujet, nous vous référons au chapitre *La certification… un cadre pour l'action*, p. 44.

Démarche appréciative

6

La démarche appréciative invite à un regard différent. Elle peut être utilisée en complément de la démarche présentée dans ce chapitre. Contrairement à l'approche traditionnelle de résolution de problèmes mettant l'accent sur les difficultés, cette approche novatrice se concentre sur ce qui fonctionne déjà bien dans l'organisation. Elle propose de rechercher les causes du succès et non celles de l'échec, et permet de voir les personnes et les organisations non comme des problèmes à résoudre, mais comme des sources de solution et d'inspiration pour créer un futur désiré.

LECTURE SUGGÉRÉE

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). (2008). *Dossier : La démarche appréciative, Pour voir le verre à moitié plein*, Objectif Prévention, Vol. 31, n° 5, 32 p. www.asstsas.qc.ca

En complément : des projets

7

Des projets issus du sommet 2010 de la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité

Le sommet 2010 de la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (CQVT-SSQ) a eu pour thème *Pour des lieux de travail sains : agir ensemble pour des soins de qualité.* Sur le site Internet de cet organisme vous allez retrouver la dizaine de présentations offertes lors de cet évènement. Chaque présentation propose une expérience de conception et de mise en place d'une démarche participative de promotion de milieu de travail sain, expérimentée dans une des provinces canadiennes. Un résumé de chaque présentation est proposé dans le programme du sommet.

Voici le lien Internet pour consulter les présentations : www.qwqhc.ca/sommet-2010.aspx

Trois projets du Québec : CSSS, Centre de réadaptation, Institut universitaire

Nous vous proposons trois exemples de démarche participative de promotion de milieux de travail sains réalisées dans trois types d'établissements différents au Québec : le *Chantier ressources humaines* du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (Montréal), le *Programme santé mieux-être au travail* du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Gabrielle-Major (Montréal), et *l'Institut promoteur de la santé* de l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (Québec).

Ces trois démarches ont été effectuées dans des catégories distinctes d'établissements qui présentent des profils, des défis et des contextes qui leurs sont propres. Les démarches entreprises ont donc visé des objectifs différents, en lien avec les problématiques identifiées dans chaque milieu. Cependant, nous retrouvons très manifestement les conditions inhérentes à la réussite de ce mode de démarche, à savoir la participation de l'ensemble des employés et le fort soutien de la haute direction.

7

Projets

***Chantier ressources humaines* – CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – Montréal**
Ce projet repose sur l'engagement et la créativité des employés. Le CSSS a décidé de mettre en place une vaste consultation visant à définir les principales actions lui permettant d'atteindre, d'ici deux à trois ans, le titre *d'Employeur de choix*. 5 tables de consultation ont été mises en place, sur les thèmes suivants : **1.** Attraction et rétention ; **2.** Conditions de travail ; **3.** Développement des compétences ; **4.** Reconnaissance ; **5.** Besoins spécifiques des cadres.
(Voir fiche nº 1).

***Programme santé mieux-être au travail* – CRDI Gabrielle-Major – Montréal**
Ce programme vise un milieu de travail sain en lien avec la qualité de vie au travail. Ce programme englobe tous les facteurs et aspects qui permettent à l'individu de trouver, dans son milieu de travail, des sources de motivation et de satisfaction, notamment concernant des activités relatives à la promotion de la santé et du mieux-être en général. Le *programme santé mieux-être au travail* est partie intégrante de la stratégie globale de l'organisation visant à promouvoir un milieu de travail sain. (Voir fiche nº 2).

***L'Institut promoteur de la santé* – Institut universitaire de santé mentale de Québec – Québec**
Ce projet est basé principalement sur le modèle HPS (Hôpitaux promoteurs de santé) d'approche globale et pro-active de promotion de la santé. Tout au long de la démarche, d'autres approches sont venues enrichir le processus : Planetree, Normes BNQ, Programme de promotion de la santé en milieu de travail de Santé Canada.
(Voir fiche nº 3).

Un projet de l'Ontario

Projet

***Kailo workplace wellness program* – Halton Healthcare Services (HHS) – Ontario**
Kailo est une approche de promotion de la santé du personnel basée sur les meilleures pratiques, qui a été développée initialement dans un centre médical de l'Iowa (États-Unis) et dont l'excellence a été reconnue par plusieurs regroupements internationaux et américains (*Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*, *Wellness Councils of America*, *American Hospital Association*). Cette approche est principalement centrée sur les problématiques psychosociales telles que la gestion du stress, l'équilibre travail-vie personnelle et la satisfaction des employés. HHS a réalisé un sondage auprès de ses employés, qui a permis de dégager cinq objectifs principaux. L'approche Kailo a été choisie pour permettre d'atteindre trois de ces objectifs : **1.** Développer l'implication des employés dans l'amélioration de la qualité de vie au travail ; **2.** Encourager les échanges et la communication et s'assurer d'une transmission efficace des informations ; **3.** Accompagner et encourager les employés à faire des choix santé. La démarche a été réalisée par un coordonnateur Kailo, en collaboration avec les gestionnaires du HHS.
(Voir fiche nº 4).

POUR EN SAVOIR PLUS

Groupe de promotion pour la prévention en santé GP²S. (2009). *Manuel d'accompagnement pour la mise en œuvre de la norme « entreprise en santé » BNQ 9700-800/2008*, 137 p. www.gp2s.net

Santé Canada. (2008). *Guide d'élaboration et de réalisation du système de promotion de la santé en milieu de travail pour les moyennes et grandes entreprises*. www.hc-sc.gc.ca

Santé Canada. (2009). *La santé, on y travaille, Guide pratique de la santé et de la réussite en milieu de travail*, 24 p. www.hc-sc.gc.ca

O'Donnell, M. (2002). *Health promotion in the workplace*, Delmar, 614 p.

Le livre *Health promotion in the workplace* présente un tour d'horizon détaillé du domaine de la promotion de milieux de travail sains. Les effets sur la santé ainsi que les retombées financières, la conception, la gestion et l'évaluation des programmes, les stratégies de sensibilisation, les théories de changement de comportement, ou encore des notions clés sur des programmes visant spécifiquement certaines habitudes de vie, sont autant de thèmes traités dans cet ouvrage.

Références bibliographiques

1. Albert, L., Goulet, J. (1996). *La définition d'un projet : L'étude de faisabilité* in Goulet, J., Albert, L., Touré, M. (1996). *Management et gestion des projets de santé, Théorie et pratique*.
2. Santé Canada. (2009). *La santé, on y travaille Guide pratique de la santé et de la réussite en milieu de travail*, 24 p. www.hc-sc.gc.ca
3. Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (CQVT-SSQ). (2007). *À notre portée, Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*, Conseil canadien d'agrément des services de santé, 47 p. www.qwqhc.ca
4. Kishchuk, N., Renaud, L. (2008). *La prévention et la promotion de la santé des employés des organisations de santé : Recension des pratiques exemplaires*, 32 p.
5. Bareil, C. (2008). *Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement*, Télescope, École nationale d'administration publique ENAP, automne 2008. www.enap.ca
6. Gagnon, S., Lavoie-Tremblay, M. (2008). *Les facteurs clés de l'amélioration de climat de travail au sein des établissements de santé et de services sociaux du Québec, Vers une nouvelle grille d'évaluation*, Association internationale de psychologie du travail de langue française AIPTLF.www.aiptlf.asso.univ-poitiers.fr
7. Hershfield, L. et coll. (2004). *Changement de comportements : un cadre d'application*, The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion, University of Toronto, www.thcu.ca
8. Bridel, C., et coll. (2005). *Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the thanstheoretical model,* Psychology and Health, June, 2005, Vol. 20, nº 3, p. 283-301.
9. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2010). *Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique*, Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, 118 p. www.santemontreal.qc.ca
10. Groupe de promotion pour la prévention en santé GP²S. (2009). *Manuel d'accompagnement pour la mise en œuvre de la norme « entreprise en santé » BNQ 9700-800/2008*, 137 p. www.gp2s.net
11. Lowe, G. (2004). *Stratégies de création de milieux de travail sains : créer le changement en vue d'obtenir des résultats*, Préparé pour le Bureau des stratégies sur la santé en milieu de travail de Santé Canada, 44 p. www.grahamlowe.ca
12. Santé Canada. (2008). *Guide d'élaboration et de réalisation du système de promotion de la santé en milieu de travail pour les moyennes et grandes entreprises*. Dernière mise à jour le 04/03/2008. www.hc-sc.gc.ca
13. World Health Organization Europe WHO. (2001). *Evaluation in health promotion, Principles and perspectives*, WHO Regional Publications, European Series, nº 92, 561 p. www.euro.who.int
14. O'Donnell, M. (2002). *Health promotion in the workplace*, Delmar, 614 p.
15. Perreault, G. (2009). *Analyse exploratoire des approches de promotion de la santé des travailleurs des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et Centres hospitaliers de la région de Montréal*, 35 p.
16. Chu, C. (2003). *De la promotion de la santé sur le lieu de travail (PST) à la gestion intégrée de la santé au travail (GST) : tendances et évolution*, Le réseau mondial pour la santé au travail (GOHNET), nº 6, Hiver 2003. www.who.int/occupational_health

17. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2009). *Essential Elements of Effective Workplace Programs and Policies for Improving Worker Health and Wellbeing*, NIOSH Studies. Dernière mise à jour le 29/12/2009. www.cdc.gov/niosh/worklife/essentials.html.

18. National Quality Institute (NQI). (1998). *Canadian Healthy Workplace Criteria*. www.nqi.ca

19. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2006). *Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux, Manuel d'autoévaluation et formulaires*, Organisation mondiale de la santé Europe, 92 p.

20. Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (CQVT-SSQ). (2008). *Passez à l'action ! Évaluer pour réussir*. www.qwqhc.ca

21. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada, Rapport de l'atelier*, présenté au Conseil d'agrément des services de santé le 3 juin 2002, 18 p. www.cna-nurses.ca

22. Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (CQVT-SSQ). (2009). *Un aperçu de l'évaluation de la qualité de vie au travail au sein des organismes de soins de santé canadiens : Résultats du sondage sur les indicateurs*, Agrément Canada, 19 p. www.qwqhc.ca

23. Patry, L. (2008). *Démarche d'intervention participative en santé et sécurité au travail*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

24. Santé Canada. (2008). *La santé en milieu de travail – Un défi à relever*. Dernière mise à jour le 30/07/2008. www.hc-sc.gc.ca

25. Gagnon, S. (1995). *Guide de développement d'une vision mobilisatrice et d'un projet partagé d'établissement*, Centre de recherche et d'intervention en santé des organisations CRISO, Montréal. www.criso.ca

26. The Health communication unit. (2002). *Évaluation des programmes de promotion de la santé*, The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion, University of Toronto, v2.0, février 2002, 97 p. www.thcu.ca

27. Brousselle, A., et coll. (2009). *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal : Les presses de l'Université de Montréal, 304 p.

28. Ridde, V., Dagenais, C. (2009). *Introduction générale à l'évaluation de programme*, in Ridde, V., et coll. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal : Les presses de l'Université de Montréal, 358 p.

29. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). (2008). *Dossier : La démarche appréciative, Pour voir le verre à moitié plein*, Objectif Prévention, Vol. 31, n° 5, 32 p. www.asstsas.qc.ca

Chapitre 2

LA CERTIFICATION… UN CADRE POUR L'ACTION

Messages clés 46

1 Introduction 46

2 Les avantages d'une certification pour un établissement de santé et de services sociaux 47

3 Comment prendre la décision d'engager votre organisation dans un processus de certification ? 48

4 Avez-vous besoin d'une ou de plusieurs certifications ? 49

5 Différents types de certification 49

5.1 Exemples de certification pour une vision intégrée de la santé 49

Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS) 49
Planetree 50

5.2 Exemples de certification pour la santé du personnel et des milieux de travail

Entreprise en santé 51
Les hôpitaux magnétiques (*Magnet hospitals*) 52
Concours Employeurs de choix 53
Autres types de mesures 54

Références bibliographiques 55

Annexe – **Quelques mots sur le processus d'agrément** 56

Messages clés

Les stratégies de type *Employeurs de choix* permettent de travailler à l'amélioration de la qualité des soins et des services et à l'atteinte des objectifs liés à l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.

Les démarches de certification offrent plusieurs avantages aux établissements qui les mettent en place : une reconnaissance de leurs actions et de leur engagement, le développement d'une vision globale ou intégrée de la santé et de la gestion, une ligne directrice pour produire un plan d'action avec des objectifs clairs, etc.

Certaines stratégies sont globales et permettent d'agir à différents niveaux d'une organisation (ex. HPS) alors que d'autres ciblent plus particulièrement la santé du personnel et des milieux de travail (ex. Entreprise en santé).

Le choix des programmes de certification doivent correspondre aux besoins et à la réalité des établissements (ex. les objectifs du programme correspondent aux priorités d'action, le temps et les coûts requis sont adéquats en fonction des ressources disponibles).

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal soutient actuellement certaines stratégies favorisant la santé du personnel et le climat de travail : Le Réseau montréalais des CSSS et hôpitaux promoteurs de santé, le modèle Planetree, le programme de certification Entreprise en santé.

La haute direction de l'établissement devrait développer une vision globale des besoins et faire en sorte que les différentes démarches de certification ciblées s'articulent entre elles au sein de cette vision globale.

1 Introduction

Depuis les vingt dernières années, dans les pays développés, la qualité des soins de santé et des services sociaux est une préoccupation aussi importante que constante tant de la part des patients, des employés que des décideurs[1]. Cette quête de qualité exige qu'on lui porte une attention particulière. C'est dans ce contexte qu'émergent différents types de certification qui permettent de garantir une certaine qualité des soins et services et ce dans différents domaines.

Au Québec, outre le processus d'agrément rendu obligatoire en 2005 par l'article 107 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le réseau cherche à augmenter la qualité de vie au travail garant d'une prestation sécuritaire et de plus de qualité des soins et des services.

Offrir aux patients des soins de qualité et sécuritaires implique notamment le bien-être et la santé des travailleurs, des liens étroits avec la communauté et l'intégration des principes de développement durable. Dans un contexte de pénurie de personnel et de vieillissement de la main-d'œuvre, les stratégies de type *Employeurs de choix* sont de plus en plus populaires. Le ministère de la Santé et des Services sociaux en fait d'ailleurs un objectif de sa planification stratégique 2010-2015.[a] L'Agence de

a Ces stratégies font également partie de la planification stratégique et du Plan d'action régional sur la disponibilité de la main d'œuvre 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

la santé et des services sociaux de Montréal, quant à elle, appuie depuis 2008 certaines stratégies de type *Employeurs de choix* : le Réseau des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé, le modèle Planetree et la norme *Entreprise en santé*.

Il existe en effet différents types de stratégies qui peuvent servir à encadrer les programmes et initiatives mis de l'avant par les établissements de santé : l'obtention de certifications, la participation à des concours de type *Employeur de choix* ou encore l'adhésion à un réseau, à une philosophie d'intervention. Ces stratégies permettent de donner un cadre à l'action et favorise des démarches de changement (individuel et organisationnel) ; elles offrent aux établissements qui les mettent en place une reconnaissance de leurs actions et de leur engagement.

Dans ce chapitre, nous présentons certaines démarches de certification, mais aussi d'autres types de mesures qui contribuent à développer des milieux de travail en santé.

1

La certification est une opération par laquelle un organisme indépendant atteste, après vérification, la conformité d'une organisation, d'un produit ou d'un service à certaines caractéristiques ou à certaines normes reconnues en matière de production, de qualité, etc.

– Grand dictionnaire terminologique

2

Les avantages d'une certification pour un établissement de santé et de services sociaux

« La norme facilite la planification et la mise en œuvre des mesures de prévention tout en offrant une hiérarchie des mesures à mettre en place et un cadre pour s'assurer de l'atteinte des objectifs. »

– Guylaine Bourque (Synergie, AQESSS, juin 2009)[2]

Selon le Bureau de normalisation du Québec (BNQ), les programmes de certification permettent de faire reconnaitre de façon continue la conformité des services et des processus à partir d'une norme en vigueur ou d'autres documents reconnus et de faire face à la concurrence particulièrement, pour les organismes de santé, en ce qui concerne le recrutement de la main-d'œuvre.[3]

Plusieurs études démontrent que ces démarches sont généralement favorables à la mise en place du changement dans les organisations de santé visant la qualité. Elles constituent des outils efficaces, notamment pour intégrer des programmes d'amélioration continue de la qualité, pour stimuler la coopération et renforcer les liens entre les membres du personnel et pour créer de nouveaux leaderships.[4]

Les différents programmes de certification que nous décrirons plus loin dans ce chapitre présentent plusieurs avantages non seulement pour l'organisation, mais aussi pour son personnel et sa clientèle. Nous vous en présentons quelques-uns[b] :

Avantages pour l'organisation, son personnel, ses usagers et ses partenaires…

- Faciliter le développement d'une vision globale ou intégrée de la santé et de la gestion ;
- Donner une ligne directrice pour produire un plan d'action avec des objectifs clairs ;

b Il s'agit essentiellement des documents de présentation du Réseau des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé, du manuel d'accompagnement de GP2s pour la norme Entreprise en santé et des sites internet d'Agrément Canada et du Conseil Québécois d'agrément.

2

> Améliorer la performance globale, la qualité et la sécurité des services de santé ;
> Assurer une amélioration continue des activités ;
> Illustrer l'engagement et l'effort que l'organisation consent pour atteindre un niveau de qualité élevé ;
> Accroître l'engagement, la motivation et la responsabilisation du personnel ;
> Fournir un cadre de travail à l'organisation pour améliorer la qualité de vie de son personnel ;
> Représenter un bon moyen pour mettre en valeur son organisation et pour attirer du personnel qualifié.
> Mettre en évidence des aspects particuliers, forces ou faiblesses de l'organisation, qui doivent faire l'objet d'amélioration ;
> Renforcer la culture organisationnelle ;
> Améliorer la satisfaction générale des patients et des partenaires ;
> Donner un accès à différents outils ;
> Renforcer l'image de l'organisation et la position de l'organisation dans son environnement et avec ses partenaires.

Pourquoi adopter des stratégies de type *Employeurs de choix ?*

a) Pour développer une vision intégrée :

> Gestion de la santé organisationnelle
  – Aligner la culture à la stratégie d'affaires
  – Mobiliser les employés
> Gestion de la santé individuelle
  – Promouvoir la santé et la prévention
  – Promouvoir le retour au travail

b) Pour favoriser les éléments suivants :

> l'attraction et la rétention
> le moral des employés
> la productivité[6]

3

Comment prendre la décision d'engager votre organisation dans un processus de certification ?

L'engagement dans un tel processus exige un modèle de gestion intégrée pouvant fournir une image claire de l'ensemble des aspects de l'organisation, de la dynamique des relations qui les unissent et des risques qui leurs sont associés.

Bien qu'une gestion intégrée facilite l'adoption de nouveaux systèmes dans le futur, il demeure important d'évaluer la capacité de l'organisation à intégrer une nouvelle « composante », en prenant en considération au préalable les points suivants :

> Le niveau de certification visé
> Les forces politiques et culturelles à l'intérieur de l'organisation
> Les niveaux de compétence requis
> Les exigences légales et réglementaires
> Les objectifs du projet d'intégration
> La gestion du stress lié au changement
> La disponibilité des ressources requises

Comme pour toute démarche de changement au sein d'une organisation, un élément clé à considérer est l'importance de l'engagement de la haute direction dans le processus de certification.

Laquelle choisir ?

Voici quelques éléments pouvant guider la réflexion pour faire le choix d'une certification :

> Les objectifs du programme de certification en fonction des priorités d'action locales, régionales et nationales
> Le temps requis pour obtenir la certification
> Les coûts du programme de certification
> Les établissements déjà certifiés
> La durée de la certification
> Les mesures de soutien disponibles (ex. : accompagnement, documentation, aide financière, réseautage)

4 Avez-vous besoin d'une ou de plusieurs certifications ?

La plupart des processus de certification sont complémentaires et peuvent ainsi être combinés. Certaines mesures de certification soutiennent le développement d'une vision intégrée de la santé pour les patients, les usagers et leur famille, les travailleurs et les membres de la communauté ; d'autres visent des cibles plus précises (ex. : le développement et le maintien d'un milieu de travail en santé).

Plusieurs stratégies de type *Employeur de choix* sont disponibles et offrent aux organisations de santé et de services sociaux des occasions facilitant l'atteinte des objectifs liés à l'attraction et à la rétention de la main-d'œuvre. Ces stratégies incluent en général la formation continue, les pratiques innovantes, la mise en œuvre de politiques de santé et de sécurité au travail, de programmes de valorisation des employés et des possibilités de développement de carrière.[6]

Finalement, si différentes démarches de certification peuvent être entreprises, il est important de les coordonner de façon à ce qu'elles s'articulent entre elles au sein d'une vision globale.

5 Différents types de certification

Comme nous venons de le voir, les certifications disponibles peuvent inclure des programmes globaux permettant de toucher aux différentes dimensions d'une organisation alors que d'autres se concentrent sur certains volets de la mission d'un établissement. Par ailleurs, il existe des certifications régionales, nationales et internationales. Nous en décrivons quelques-unes dans le texte qui suit.

5.1 Exemples de certification pour une vision intégrée de la santé

Le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS)

Description

En 1993, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a institué le réseau des hôpitaux promoteurs de santé avec l'objectif d'intégrer la promotion de la santé dans les soins et les services de santé. Aujourd'hui, le Réseau international HPS compte plus de 800 membres, hôpitaux et services de santé, et 38 réseaux nationaux et régionaux dans plus de 40 pays. Ses activités sont orientées vers les patients, le personnel et la communauté. Les organisations membres se fondent sur les principes énoncés dans la Charte d'Ottawa (1986), la Déclaration de Budapest (1991), la Déclaration de Vienne (1997), la Charte de Bangkok (2006) et les Normes relatives à la promotion de la santé dans les hôpitaux (2004).

La mission

Le Réseau international des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé s'efforce d'intégrer les concepts, les valeurs, les stratégies et les normes ou indicateurs de promotion de la santé au sein de la structure organisationnelle et de la culture de l'hôpital ou du service de santé. Le but poursuivi est d'améliorer la santé en améliorant la qualité des soins, la relation entre les hôpitaux ou services de santé et la collectivité et le milieu, les conditions offertes aux patients, à leur famille et au personnel, et la satisfaction de ces derniers.

5

Les objectifs

> Exercer un rôle de chef de file sur des questions critiques de promotion de la santé pour les hôpitaux et les services de santé et former des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire.
> Orienter le programme de recherches et stimuler la production, le transfert et la diffusion de connaissances précieuses.
> Établir des normes et standards et promouvoir et superviser leur mise en œuvre.
> Exprimer clairement les choix politiques conformes à l'éthique et basés sur des données probantes.
> Fournir le soutien technique, catalyser le changement et renforcer la capacité institutionnelle durable.
> Surveiller le développement de la promotion de la santé dans les hôpitaux et les services de santé.

Type d'adhésion/certification

Le réseau HPS ne dispose pas pour le moment d'un processus de certification officiel, mais il propose une démarche d'autoévaluation reposant sur des normes et des sous-normes ainsi qu'une série d'indicateurs ayant trait aux processus et aux résultats en matière de santé. Un établissement de santé devient membre de ce réseau sur la base d'un engagement officiel signé par le plus haut dirigeant voulant que son établissement œuvre à l'intégration des normes de promotion de la santé.

Les cinq normes établies par le réseau HPS et l'OMS sont :

> Norme 1 : Élaborer une politique de promotion de la santé
> Norme 2 : Évaluer les besoins en promotion de la santé du patient
> Norme 3 : Intervenir sur les besoins en promotion de la santé des patients
> Norme 4 : Développer un milieu de travail en santé
> Norme 5 : Collaborer de façon continue avec les autres établissements de santé et la communauté

L'appartenance au réseau HPS apporte plusieurs avantages pour le personnel des établissements de santé. En effet, le développement d'une culture de promotion de la santé et de stratégies de santé au travail profite à tous les employés d'une organisation.

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE

Sur le réseau international HPS :
www.hphnet.org

Sur le réseau montréalais HPS :
www.hps.santemontreal.qc.ca

Pour plus de renseignements sur les normes OMS-HPS, nous suggérons le document suivant : Mise en œuvre de la promotion de la santé dans les hôpitaux Manuel d'autoévaluation et formulaires, OMS Europe, 2006. Ce document ainsi que les outils développés pour soutenir les établissements dans l'intégration des normes sont disponibles en ligne à l'adresse suivante :
www.hps.santemontreal.qc.ca

PLANETREE

Description

Planetree, une organisation sans but lucratif, est un réseau d'établissements de santé et de services sociaux qui vise à améliorer l'expérience de soins de santé et de services, tant pour les patients et leurs proches que pour l'ensemble du personnel. Actif depuis plus de 30 ans, Planetree est reconnu internationalement et compte plus de 500 établissements membres aux États-Unis, au Japon, au Brésil, aux Pays-Bas et au Canada. Au Québec, 17 établissements du réseau ont adhéré au modèle. Le mot anglais *planetree* se traduit par *platane* en français. Il désigne l'arbre sous lequel Hippocrate enseignait la médecine à ses élèves. Le siège social de Planetree International est situé au Connecticut (États-Unis) et celui de sa filiale qui dessert la francophonie, le Réseau Planetree Québec, est situé à Sherbrooke au Québec. Planetree est un modèle intégrateur de gestion et de pratiques cliniques centrées sur la personne. Il repose essentiellement sur dix composantes :

1. Les interactions humaines
2. La famille, les amis et le réseau social
3. Le plein pouvoir : informer, éduquer
4. Le design architectural
5. L'alimentation
6. Les arts et le divertissement
7. La spiritualité, les ressources intérieures, la quête de sens
8. Le toucher
9. Les thérapies complémentaires
10. Les communautés saines

Mission

Être un réseau d'organisations qui collaborent et se soutiennent dans le développement de culture de soins, de services et de gestion axés sur l'humain. Ses trois valeurs fondamentales : ouverture, innovation, partage.

Objectif

L'organisme vise le développement de pratiques d'excellence en soins, services et gestion, dans une vision systémique de la performance organisationnelle.

Type d'adhésion/certification

L'adhésion au modèle Planetree demande un engagement soutenu et à long terme. Les établissements qui se joignent au Réseau Planetree Québec en font partie à titre de membre affilié ou membre désigné. Les membres du Réseau Planetree Québec sont accompagnés de façon personnalisée à travers toutes les étapes d'implantation du modèle.

> **L'affiliation**
> L'affiliation est offerte à tout établissement qui adhère aux dix composantes du Réseau Planetree et qui souhaite entreprendre une démarche visant à intégrer le modèle Planetree dans toutes les sphères de son organisation.

> **La désignation**
> Le membre qui considère avoir intégré l'approche dans l'ensemble de son organisation peut, s'il le désire, entreprendre une démarche rigoureuse de *désignation*. Elle constitue une évaluation qualitative et quantitative du développement et de la mise en œuvre d'une culture de soins, de services et de gestion centrée sur la personne. L'évaluation est conduite par le Réseau Planetree Québec. Elle atteste de l'atteinte de normes et de critères d'excellence des pratiques cliniques et de gestion.

Planetree est une communauté de pratique qui offre une plateforme d'échanges sans frontières, laquelle permet le partage des meilleures pratiques. La finalité du modèle consiste à créer des environnements propices au mieux-être dans lesquels la personne est au cœur des préoccupations. Cette finalité se traduit également par un impact direct, sur le climat de travail, sur les indices de satisfaction de la clientèle et des employés, de rétention, de recrutement, ainsi que les taux de roulement et d'assurance-salaire.

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE

Sur le réseau Planetree : www.planetree.org

Sur le réseau Planetree Québec : www.reseauplanetree.org

Les modèles HPS et Planetree sont complémentaires. Ils peuvent constituer une formule gagnante pour la création de milieux de travail sains alliant santé et sécurité du travail, modification de comportements individuels et amélioration des pratiques organisationnelles.[7] Ces modèles facilitent l'intégration des services et des soins dans les établissements de santé. Ils permettent aussi bien une combinaison de la promotion – prévention avec la qualité et sécurité des soins et services. Une analyse comparative de ces deux modèles intitulée *Regard croisé sur le Réseau International des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS) et Planetree Inc.* est disponible sur le site Internet www.hps.santemontreal.qc.ca

5.2 Exemples de certification pour la promotion de la santé du personnel et des milieux de travail

Entreprise en santé (Québec, Canada)

Description

La démarche Entreprise en santé est aussi appelée norme BNQ 9700-800 *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*. Elle vise le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé et de mieux-être des personnes en milieu de travail par :

> l'intégration de la valeur de la santé des personnes dans le processus de gestion des entreprises
> la création de conditions favorables à la responsabilisation du personnel en regard de leur santé
> l'acquisition de saines habitudes de vie et le maintien d'un milieu de travail favorable à la santé

Cette norme amène les organisations à agir dans quatre sphères d'activités reconnues pour avoir un impact significatif sur la santé du personnel :

> Les habitudes de vie du personnel
> L'équilibre travail-vie personnelle
> L'environnement de travail
> Les pratiques de gestion

La démarche comporte cinq (5) exigences ou étapes :

> Un **engagement** de la haute direction
> La mise en place d'un **comité** de santé et de mieux-être
> Une **collecte de données**
> Un **plan de mise en œuvre** détaillé et la réalisation des activités prévues au plan
> Un mécanisme d'**évaluation** des résultats et des impacts

5

Type d'adhésion/certification

Il s'agit d'une démarche qui mène à une certification. Il y a deux niveaux possibles :

> **Entreprise en santé**
L'organisation doit démontrer une conformité à des standards de sensibilisation et de mise en place de pratiques favorables à la santé. Des interventions doivent être réalisées dans **au moins deux sphères** dont celle des habitudes de vie.

> **Entreprise en santé – Élite**
L'organisation doit démontrer l'intégration de ces pratiques à la gestion globale de l'organisation. Des interventions doivent être réalisées dans **les quatre sphères**.

Le processus de certification est réalisé par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ). Il comprend principalement un examen documentaire ainsi que des visites d'audit.

Accompagnement du MSSS par le Programme santé des organisations et des individus (PSOI)

Le MSSS offre aux établissements de santé et de services sociaux un accompagnement pour les soutenir dans le processus d'obtention de la norme Entreprise en santé. Cet accompagnement inclut, entre autres, les aspects suivants :

> Activités de prédémarrage pour s'assurer que les conditions favorables à l'implantation d'Entreprise en santé sont en place dans l'établissement ;
> Outils divers de planification et de suivi pour le déploiement de la démarche ;
> Questionnaire diagnostique pouvant être utilisé dans le cadre d'Entreprise en santé et de l'agrément (pour les 95 CSSS et les établissements qui font la démarche d'agrément avec le CQA) ;
> Analyse préliminaire des données et production d'un rapport écrit ;
> Plus de 35 outils (disponibles en mode électronique) pour soutenir les établissements participants ;
> Soutien-conseil sur une période de 18 à 24 mois dans les cinq grandes étapes de la démarche Entreprise en santé ;
> Suivi des indicateurs d'impacts ressources humaines. Les huit indicateurs d'impact ressources humaines ont été adaptés de ceux proposés par la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (CQVTSSQ). D'ailleurs, la majorité des ces indicateurs sont déjà suivis par les établissements et les Agences du réseau. Taux de roulement, taux de postes vacants, formation et développement, taux d'heures supplémentaires, ratio d'assurance-salaire, fréquence et gravité des accidents, satisfaction du personnel et taux de recours à la main d'œuvre indépendante.

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE

psoi@msss.gouv.qc.ca

Le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches a obtenu sa certification en juin 2010

« Derrière ce sceau, il y a un établissement déterminé qui a su, tout au long de ce processus, rallier ses employés, les impliquer, les mobiliser et bâtir un sentiment d'appartenance et de fierté. » Dyane Benoit, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

« La fierté d'avoir obtenu cette certification aura un impact sur la qualité des services offerts par le CJCA. Ultimement, ce sont les familles en difficulté de la région qui en bénéficieront ». Marjorie Asselin, vice-présidente du conseil d'administration et Pierre Cloutier, directeur général du CJ Chaudière-Appalaches[8]

Les hôpitaux magnétiques *(Magnet hospitals)*

Description

Amorcé au début des années 1980, le programme des hôpitaux magnétiques cherche à reconnaître les hôpitaux qui intègrent les meilleures pratiques de recrutement et de rétention du personnel. Les hôpitaux magnétiques se démarquent généralement des autres établissements de santé quant à leur capacité à fournir des soins et des services de qualité supérieure ainsi que dans leurs stratégies pour attirer et garder leur main-d'œuvre.

Dans les diverses études évaluatives qui ont été menées sur les hôpitaux magnétiques, il est fait état des conditions essentielles suivantes[9, 10] :

1. Autonomie professionnelle
2. Soutien administratif pour favoriser de bonnes conditions de travail
3. Bonne collaboration entre médecins et infirmières
4. Valorisation professionnelle et leadership infirmier
5. Relations positives avec les pairs
6. Ratio de personnel adéquat
7. Priorité accordée au client
8. Importance de la qualité

Type d'adhésion/certification

Lorsqu'un hôpital veut être reconnu comme un hôpital magnétique, il doit se soumettre à un long processus de candidature et de révision. La première étape est de se porter candidat au programme. L'hôpital doit ensuite soumettre une documentation consistante visant à démontrer comment il met en œuvre l'excellence dans la prestation des soins. Ceci est suivi par une visite de plusieurs jours des évaluateurs de ce programme, par l'analyse de tous les documents et, enfin, par la visite des représentants officiels de cette certification. Si l'hôpital satisfait à toutes les normes, il peut gagner le statut d'hôpital magnétique qui, généralement, lui permet d'afficher son prix d'excellence pendant quatre ans.

À Montréal, aucun établissement de santé n'a obtenu à ce jour cette certification bien que quelques hôpitaux en aient adapté certaines caractéristiques. Toutefois, l'Hôpital général juif s'intéresse de près à cette certification. Pour en savoir plus : Rioux-Soucy, LM, *Un hôpital en santé, c'est possible*, 28 août 2010. www.ledevoir.com/societe/sante/295220/un-hopital-en-sante-c-est-possible

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE

www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx

Concours Employeurs de choix

Tout comme les certifications, les concours entre les organisations donnent l'occasion :

- de mobiliser tous les niveaux de l'organisation ;
- de comparer chaque niveau à l'autre ;
- de mesurer les niveaux de satisfaction et d'implication des employés ;
- de mesurer l'impact des actions ;
- d'accroître la motivation ;
- de promouvoir la culture organisationnelle ;
- d'accroître la visibilité.

Exemples

Canada's Top 100 Employers (les 100 meilleurs employeurs du Canada)

Depuis dix ans, *Canada's Top 100 Employers* tient un concours annuel pour reconnaître les meilleurs employeurs au Canada. Le projet a pour objectif de distinguer les entreprises et les organisations en matière d'attraction et de rétention du personnel.

Les employeurs sont évalués par les éditeurs du *Canada's Top 100 Employers* à l'aide de huit critères : (1) l'environnement physique du milieu de travail ; (2) le climat de travail (3) les avantages financiers, pour la santé et pour la famille (4) les vacances et les congés ; (5) les communications entre employés ; (6) la gestion du rendement ; (7) la formation et le développement des compétences, et (8) la participation à la collectivité.

Sélection 2010

OMNI Health Care, un centre de soins de longue durée pour personnes âgées en Ontario fait partie des 100 meilleurs employeurs au Canada pour 2010.

Le Centre universitaire de santé McGill fait partie des 15 meilleurs employeurs pour la région de Montréal.

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE

www.canadastop100.com/national/

5

Hewitt, services-conseils en ressources humaines (RH) Les études Employeurs de choix

Hewitt est une des plus importantes firmes d'experts-conseils en gestion et en impartition de ressources humaines au monde. Elle est présente dans 33 pays.

Les études Employeurs de choix sont menées dans plusieurs pays du monde. Elles consistent en des sondages envoyés aux employés des entreprises qui participent à l'étude. L'analyse des résultats permet aux entreprises de savoir si elles ont su mettre en place un environnement de travail adéquat favorisant la mobilisation et la performance. Hewitt met de l'avant le concept de mobilisation qui devient un impératif pour toute stratégie visant à améliorer la performance d'une organisation.

La définition de la mobilisation selon Hewitt

La mobilisation constitue la mesure de l'engagement émotif et intellectuel d'un employé envers l'organisation pour laquelle il travaille.

Les employés mobilisés adoptent les trois comportements suivants :

- DIRE : parler de manière positive à propos de l'organisation
- DEMEURER : démontrer un fort désir de demeurer au sein de l'organisation
- SE DÉPASSER : chercher à se dépasser pour atteindre les objectifs de l'organisation

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE

Site sur les employeurs de choix au Canada :
www.was2.hewitt.com/bestemployers/canada/pages/index.htm

Site international général : www.hewittassociates.com

Autres types de mesures

Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (CQVT-SSQ). *Charte de leadership en matière de soins de santé de qualité, Canada*

Les membres de la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité (CQVT SSQ) incitent les dirigeants d'organismes de santé à faire preuve de leur engagement à améliorer la qualité de vie au travail dans le milieu des soins et des services de santé en signant la *Charte de leadership en matière de soins de santé de qualité*.

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE

ww.qwqhc.ca

Psychologically Healthy Workplace Awards et Best Practives Honors, American Psychological Association

Les Psychologically Healthy Workplace Awards sont conçus pour reconnaître les organisations dans leurs efforts pour favoriser la santé et le bien-être des employés tout en améliorant leur performance organisationnelle.

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE

www.phwa.org/assets/general/PHWA_Magazine_2009.pdf

Références bibliographiques

1. Lovern E. (2000), *Accreditation gains attention,* Modern Healthcare, Vol. 30, nº 47, 46 p, 13 novembre 2000.
2. Bouchard, M., (2009). *Maisonneuve-Rosemont vise l'intégration des concepts*, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Synergie, 20 p.
3. Bureau de normalisation du Québec, *Certification*, Consulté la dernière fois en 10/2010, www.bnq.qc.ca/fr/certif/index.html
4. Pomey et al., (2010). *Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the Accreditation process on Canadian Healthcare organizations,* Implementation Science, Vol. 5, nº 31.
5. AON Hewitt, (2010). *Études sur les employeurs de choix, les avantages*, Consulté en 10/2010, www.was2.hewitt.com/bestemployers/canada
6. Lowe, G.S. (2001). *Employeur de choix? Innovation en milieu de travail dans le secteur public. Un rapport de synthèse*. 2001, Réseau canadien de recherche en politiques publiques. 140 p.
7. Déraps, S., Alarie, F., Côté, L. (2009). *Regard croisé sur le Réseau International des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé (HPS) et Planetree Inc.* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
8. Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (2010). *Le Centre jeunesse Chaudière-Appalaches obtient la certification « Entreprise en santé-Élite »* Communiqué, Lévis, juin 2010.
9. Brunelle Y. (2009). *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner,* Pratiques et organisation des soins, Vol. 40, n° 1, janvier/mars 2009
10. AFSCME, (2010). *Do Magnet Hospitals Really Work*, www.afscme.org/publications/2192.cfm
11. Nicklin, W. and Barton M., (2007) *CCHS Accreditation : A change Catalyst toward Healthier Work Environments*, in Healthcare Papers New models for the New Healthcare, Longwoods Publishing, p. 58-63.
12. Garon, A., (2006). *Lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux de Montréal, 31 p.

Listes des principaux sites Internet consultés

Réseau des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé : www.hphnet.org

Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé : www.santemontreal.qc.ca

Réseau Planetree : www.planetree.org

Réseau Planetree Québec : www.reseauplanetree.org

Agrément Canada : www.accreditation.ca

International Society for Quality in Healthcare (ISQua) : www.isqua.org

Magnet Hospitals : www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx

Groupe pour la promotion de la prévention en santé : www.gp2s.net

100 employeurs de choix : www.canadastop100.com/national

Hewitt, sondage sur les employeurs de choix : www.was2.hewitt.com/bestemployers/pages/index.htm

Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé : www.qwqhc.ca

Annexe – **Quelques mots sur le processus d'Agrément**

En santé, il s'agit d'un « examen, qui est mené par des pairs de l'extérieur, afin d'évaluer la qualité de leurs services selon des normes d'excellence »

– Agrément Canada

L'agrément constitue une façon d'améliorer la qualité et la sécurité dans les établissements de santé. L'agrément est un processus d'évaluation externe rigoureux qui comprend l'auto-évaluation par rapport à un ensemble donné de normes, une enquête sur place, un rapport avec ou sans recommandations, puis, finalement, l'attribution ou le refus de l'agrément. Des recherches canadiennes et internationales démontrent que l'agrément constitue un outil efficace pour favoriser les initiatives d'amélioration continue de la qualité. Il permet notamment une utilisation accrue d'indicateurs, favorise une gestion efficace du changement, améliore la communication au sein des équipes.(11)

En général, ce sont des organismes sans but lucratif qui proposent aux organisations de soins de santé nationales et internationales un processus d'évaluation externe par les pairs afin d'évaluer et d'améliorer la qualité des services offerts à leurs patients et clients sur la base de normes d'excellence. Les programmes et orientations proposés par ces organismes ont aidé les organisations de santé à promouvoir la qualité et la sécurité des soins depuis plusieurs années.

Le processus d'agrément est obligatoire au Québec depuis 2005 pour tous les établissements de santé et de services sociaux. Tous les trois ans, ceux-ci doivent solliciter un nouvel agrément.(12)

Qui offre l'Agrément au Québec ?

Deux organismes peuvent agréer les services des établissements de santé et de services sociaux, soit Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément (CQA).

Agrément Canada

Agrément Canada est un organisme privé sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de santé et de services sociaux nationaux et internationaux un examen externe mené par des pairs de l'extérieur, afin d'évaluer la qualité de leurs services selon des normes d'excellence. Agrément Canada est agréé par l'International Society for Quality in Healthcare (ISQua). Sur le site d'Agrément Canada, on retrouve notamment la liste des établissements de santé agréés, mais également de la documentation et une base de données sur les pratiques exemplaires des établissements recensés dans le cadre du processus de visite. Ces pratiques sont des exemples de leadership et de prestation de service de haute qualité. On peut consulter la base de données pour connaitre les projets ayant trait aux ressources humaines et à la sécurité du milieu de travail.

Source : www.accreditation.ca

Conseil québécois de l'agrément (CQA)

Le Conseil québécois d'agrément (CQA) est un organisme privé à but non lucratif, mis sur pied par les établissements du réseau des services de santé et des services sociaux du Québec, et incorporé en avril 1995. Il est agréé par l'International Society for Quality in Healthcare (ISQua).

Le Conseil québécois d'agrément oriente la démarche d'agrément sur les services à la population et considère que la qualité de la gestion doit servir d'appui à la qualité des services. Il accorde aux organismes qui satisfont à ses exigences une reconnaissance officielle (l'agrément) qui s'inscrit dans une philosophie d'amélioration continue de la qualité.

Source : www.agrement-quebecois.ca

L'International Society for Quality in Healthcare (ISQua) est un organisme à but non lucratif et indépendant. Il compte des membres dans plus de soixante-dix pays. L'ISQua assure l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Son offre de service aide les professionnels de la santé, les prestateurs, les chercheurs, les agences, les décideurs, ainsi que les consommateurs à atteindre l'excellence dans les services de santé.

ISQua a lancé son programme international d'agrément (IAP) en 1999. Il s'agit d'un programme international qui offre l'agrément aux organismes d'agrément. En décembre 2009, ISQua avait agréé 16 organisations.

Source : www.isqua.org

Les thèmes

3

Chapitre 1
SOUTENIR LE BIEN-ÊTRE DES EMPLOYÉS ET LES PRATIQUES DE GESTION EFFICACES 58

Chapitre 2
AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DES TRAVAILLEURS ET LE RENDRE PLUS SÉCURITAIRE 94

Chapitre 3
PROMOUVOIR LES SAINES HABITUDES DE VIE EN MILIEU DE TRAVAIL 138

Chapitre 4
INTERVENIR POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL 158

Chapitre 5
FAIRE DES CHOIX VERTS INTÉGRANT LES PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE 182

Chapitre 1

SOUTENIR LE BIEN-ÊTRE DES EMPLOYÉS ET LES PRATIQUES DE GESTION EFFICACES

Messages clés 62

1 Introduction 62

2 Définitions 63

3 Le stress : un facteur majeur pour la santé psychologique 63

3.1 Quels sont les effets émanant d'un stress négatif ? 63
3.2 Facteurs de stress en milieu de travail 64

4 Pourquoi est-ce important de se préoccuper de la santé psychologique au travail ? 65

5 Intervenir sur les facteurs influençant la santé psychologique 66

5.1 Facteurs organisationnels 66
5.1.1 Organisation du travail 66
5.1.2 Relations de travail 73
5.1.3 Style de gestion 78
5.1.4 Flexibilité dans l'organisation du travail 79
5.1.5 Culture organisationnelle 82

5.2 Facteurs individuels 85
5.2.1 L'influence de la personnalité sur la santé psychologique 85
5.2.2 Comment l'âge et le sexe jouent-ils un rôle auprès de la santé psychologique ? 85
5.2.3 Quel est l'impact des habitudes de vie et de la dépendance sur la santé psychologique ? 85

5.3 Facteurs communautaires et politiques 88

Pour en savoir plus 88
Références bibliographiques 89
Annexe – **Sélection de ressources disponibles à Montréal (Dépendances)** 93

Messages clés

- Prendre en considération que les pratiques de gestion favorisant la santé psychologique des employés ne sont pas indépendantes les unes des autres et donc, viser la continuité et la cohérence entre ces différentes pratiques
- Consulter les employés concernant les tâches, rôles et responsabilités et la façon d'exécuter leur travail
- Offrir un soutien constant et adéquat aux employés, tant au plan de la réalisation de leurs tâches, qu'au plan individuel et encourager la coopération et le soutien entre les employés
- Adopter une politique de conciliation travail-vie personnelle favorisant l'équilibre entre les exigences professionnelles et familiales
- Élaborer, communiquer et voir à l'application de politiques concernant notamment, la civilité, le harcèlement et la violence
- Instaurer des mécanismes clairs de communication bidirectionnelle favorisant la transparence dans l'organisation et la possibilité de s'exprimer

1 Introduction

Le travail a un impact important sur la santé psychologique, car il peut être lié à l'estime de soi, au réseautage social et à la qualité de vie en général. Ainsi, la culture de l'entreprise et ses pratiques de gestion peuvent avoir une incidence considérable sur le bien-être des employés. De façon générale, promouvoir la santé au travail procure des avantages notables tels que la réduction de la détresse psychologique, du stress, de l'anxiété, de la dépression, de l'épuisement professionnel, du roulement de personnel et une augmentation de la qualité des soins[1,2,3].

Lorsqu'il est question d'intervention, les actions de prévention collective devraient être privilégiées. Ces actions, qui visent à réduire les facteurs néfastes pour la santé psychologique en agissant directement sur l'organisation, sont efficaces et perdurent dans le temps. En comparaison, les interventions individuelles (gestion individuelle de stress, etc.) peuvent aussi avoir des effets bénéfiques, mais elles ne s'appliquent qu'à un individu et sont de courte durée.

2 Définitions

Dans ce chapitre, nous utiliserons indifféremment le terme santé psychologique ou bien-être pour prendre en compte les différentes dimensions de la personne, accordant une importance à ses sentiments et perceptions dans l'évaluation de son propre bien-être.

Dans cette perspective, le bien-être au travail, réfère à un état d'équilibre cognitif, émotionnel et comportemental qui permet à la personne de produire, d'entretenir des relations professionnelles, de participer aux activités de son milieu de travail et d'en tirer satisfaction (Gouvernement du Québec, 1985).

Lorsque l'on traite de la santé psychologique au travail, le stress représente un des aspects les plus souvent relatés. En effet, les problématiques reliées au stress ont augmenté de façon considérable depuis les trois dernières décennies. Le stress peut être défini par un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et la capacité de l'individu à s'y adapter en fonction de ses ressources personnelles[4].

3 Le stress : un facteur majeur pour la santé psychologique

Plusieurs chercheurs s'entendent pour dire que le stress représente une expérience négative produite par l'interaction entre la personne et son environnement et qui occasionne des conséquences psychologiques, physiques et comportementales[5,6]. Cependant, la notion de stress peut également être perçue comme positive lorsqu'il s'agit d'un stress léger et temporaire menant à une augmentation de la performance et de la motivation au travail. En fait, ce stress peut être positif et ainsi favoriser le développement des habiletés et la valorisation de l'individu dans la maîtrise et l'identification à son travail[7].

D'ailleurs, il importe également de distinguer le stress aigu et le stress chronique. Le stress aigu permet à l'individu de s'adapter à une situation nouvelle et comportant un enjeu. Il disparaîtra lorsque l'agent stressant cessera et il n'est généralement pas délétère pour l'organisme. En revanche, le stress chronique est toujours délétère pour l'organisme et survient lorsque la perception du déséquilibre contraintes/ressources est présente quotidiennement. En effet, plusieurs recherches ont mis en évidence qu'un stress chronique peut engendrer des conséquences à long terme sur le cerveau, notamment, comme l'affirme la docteure Sonia Lupien, en altérant la mémoire et en augmentant les risques de tomber malade[8].

3.1 Quels sont les effets émanant d'un stress négatif ?

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail rappelle que bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Le stress nuit également à la santé physique, au bien-être et à la productivité de la personne. Les effets du stress sont donc multiples et peuvent entraîner des conséquences à court et moyen terme pour les individus. Ces conséquences se retrouvent sous diverses natures :

- **Physiques :** migraines, tensions musculaires, problèmes de poids, troubles gastriques et cardiovasculaires, problèmes cutanés, problèmes de sommeil.

3

> **Psychologiques :** humeur dépressive, anxiété, perte de mémoire, découragement, irritabilité, insatisfaction au travail.
> **Comportementaux :** agressivité, isolement, absentéisme, jeu pathologique, conflits, abus d'alcool ou de drogues.

L'épuisement professionnel ou « burn-out » est une autre conséquence d'un état de stress chronique professionnel, se traduisant par un épuisement physique et mental. Les prestataires de soins de santé et de services sociaux représentent une catégorie de professionnels à risque pour ce syndrome. L'épuisement professionnel est un phénomène courant, mais difficile à faire reconnaître par certaines organisations puisqu'il n'est pas reconnu officiellement comme un trouble mental devant être traité et nécessitant les mêmes dispositions de santé et sécurité au travail que d'autres maladies, telle la dépression.

L'épuisement professionnel se traduit par différents symptômes :

> L'épuisement émotionnel : impression de saturation affective et émotionnelle vis-à-vis de la souffrance d'autrui.
> Le désinvestissement de la relation : des attitudes et des sentiments négatifs et cyniques envers la clientèle ou les usagers.
> Une diminution du sentiment d'accomplissement personnel au travail : tendance à l'auto-évaluation négative.

3.2 Facteurs de stress en milieu de travail

> **Facteurs liés à la tâche**
  • Fortes exigences quantitatives (surcharge de travail, pression temporelle)
  • Sous-stimulation des compétences (monotonie, répétition)
> **Facteurs liés à l'organisation du travail**
  • Rôles et resonsabilités mal définis
  • Manque de contrôle sur les tâches
> **Facteurs liés aux relations de travail**
  • Manque d'aide de la part des collègues/supérieurs
  • Management peu participatif (pratiques de gestion injustes, gestion autoritaire)
  • Absence ou faible reconnaissance du travail accompli
> **Facteurs liés à l'environnement physique et technique**
  • Nuisance physique au poste de travail (bruit, chaleur)
  • Mauvaise conception des lieux de travail (manque d'espace, éclairage inadapté)
> **Facteurs liés à l'environnement socio-économique de l'entreprise**
  • Incertitude sur l'avenir de l'entreprise
  • Possibilité d'apprentissage ou de promotion limitée

Globalement, les principales sources de stress au travail sont, en ordre d'importance[9] :

1. Surcharge quantitative de travail
2. Faible reconnaissance (estime de l'entourage)
3. Pauvres relations avec le supérieur
4. Manque de participation aux décisions et circulation insuffisante de l'information

Il est important de noter que les agents stressants varient selon la profession ainsi qu'en fonction de la tâche à accomplir. Par exemple, le personnel infirmier peut être stressé par les rôles ambigus et conflictuels et le manque de personnel, alors que les médecins pourront l'être par les attentes des patients ou les risques de poursuite pour faute professionnelle[10].

4

Pourquoi est-ce important de se préoccuper de la santé psychologique au travail ?

Voici quelques données démontrant les coûts engendrés par les troubles de santé mentale sur l'organisation et le système de santé. Quoiqu'il reste difficile de quantifier les impacts sociaux, familiaux et humains de problème de santé psychologique, certaines statistiques restent éloquentes :

> Selon une étude de Santé Canada menée en 2001, les troubles de santé mentale coûtent 14,4 milliards de dollars au système de soins de santé du Canada[11].
> L'OMS prévoit que la dépression deviendra la deuxième cause d'invalidité (après les affections cardiovasculaires) d'ici 2020. En ce moment, l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) estime que la dépression coûte 300 millions de dollars par année en paiements d'invalidité de longue durée.
> Au Canada, on estime les coûts d'absentéisme à 7,1 % de la masse salariale. La majorité des absences sont réputées liées au stress[12] et elles engendrent chaque année des coûts de 3,5 milliards de dollars aux employeurs canadiens[13].
> Au Québec, plus d'un travailleur sur trois affirme éprouver un stress quotidien élevé au travail en 2007-2008[14].

Plus particulièrement dans le secteur de la santé :

> 45 % des prestataires de soins de santé affirment que la plupart de leurs journées de travail sont « assez » ou « extrêmement » stressantes, et ce, comparativement à 31 % des travailleurs canadiens[15].
> Parmi les groupes de professionnels déclarant des niveaux élevés de stress au travail, on retrouve les infirmières en chef ou infirmières surveillantes, les techniciens de laboratoire médical, les médecins spécialistes, les omnipraticiens, les médecins de famille ainsi que les infirmières autorisées. Dans ces groupes, la proportion de répondants ayant indiqué un niveau élevé de stress au travail variait de 58 % à 64 %, 67 % pour les infirmières en chef ou infirmières surveillantes[15].

De plus, le niveau de stress augmente en fonction du nombre d'heures travaillées. Les prestataires de soins de santé et de services sociaux qui travaillent 35 heures ou plus par semaine sont beaucoup plus susceptibles que ceux qui travaillent moins de 35 heures par semaine de déclarer des niveaux de stress élevés. Par ailleurs, les personnes qui ont un autre type d'horaire qu'un quart de travail régulier de jour sont plus susceptibles d'indiquer des niveaux de stress élevés.

Quels sont les impacts sur l'organisation ?

Dans les entreprises où le stress est élevé, on peut remarquer :

> Une augmentation de l'absentéisme ;
> Une démotivation, une baisse de créativité ;
> Une diminution de la production ;
> Une dégradation du climat social ;
> Une atteinte à l'image de l'entreprise.

Lorsque les employés ressentent, entre autres choses, des niveaux de stress élevés, de l'épuisement ou de la détresse psychologique, la qualité des soins offerts peut se trouver amoindrie et le taux d'erreur plus élevé.

5 Intervenir sur les facteurs influençant la santé psychologique

5.1 Facteurs organisationnels

Voici un tableau regroupant les principaux facteurs organisationnels ayant une incidence sur la santé psychologique au travail. Il est important de noter que ces facteurs n'interviennent pas de manière indépendante les uns par rapport aux autres. Puisque ceux-ci peuvent s'inter influencer, les pistes d'action présentées ultérieurement peuvent donc permettre d'agir à plusieurs niveaux à la fois. Ces facteurs sont détaillés dans la présente section.

Organisation du travail
- Reconnaissance
- Charge de travail
- Rôles et responsabilités
- Implication des employés
- Sens du travail

Relations de travail
- Soutien social
- Résolution de conflits
- Violence, harcèlement

Style de gestion
- Rôles des supérieurs et leadership
- Perception de justice organisationnelle

Flexibilité dans l'organisation du travail
- Conciliation travail-famille
- Retour au travail
- Développement des compétences

Culture organisationnelle
- Valeurs
- Communication et transparence

5.1.1 Organisation du travail

Nous savons que les caractéristiques de l'emploi, telles que les risques physiques, peuvent influencer la santé des travailleurs, notamment par les aspects reliés à la santé et à la sécurité au travail (SST). Cependant, les risques psychosociaux chez les travailleurs suscitent de plus en plus d'intérêt, et ce, à juste raison.

La reconnaissance : une pratique au quotidien

La reconnaissance demeure un élément majeur de la santé psychologique au travail. En effet, une étude conclut qu'au Québec, le risque de développer une détresse psychologique chez les prestataires de soins de santé était 2,9 fois plus élevé si la reconnaissance au travail était faible[16]. Une autre recherche révèle que le manque de reconnaissance de la part de l'entourage constitue le deuxième facteur de risque de détresse psychologique le plus important en milieu de travail[9].

Ainsi, il s'avère primordial pour l'organisation de développer et de mettre en place des pratiques favorisant la reconnaissance au quotidien par les supérieurs immédiats et les collègues de travail. Ces pratiques devraient permettre de reconnaître l'apport des personnes à l'organisation et de saisir leurs besoins en matière de formation et de perfectionnement. Accorder une plus grande participation aux travailleurs dans les processus décisionnels, favoriser davantage le travail en équipe et encourager la formation constituent des mesures concrètes pouvant être envisagées.

Afin de proposer des pratiques de reconnaissance appropriées aux employés, il faut d'abord identifier les différentes formes de reconnaissance, car chacune requiert une méthode de renforcement particulière.

Schéma 1 – Les quatre pratiques de reconnaissance au travail[17]

Personne >>>>>> Processus de travail >>>>>> Produit			
Reconnaissance existentielle	Reconnaissance de la pratique de travail	Reconnaissance de l'investissement dans le travail	Reconnaissance des résultats

Reconnaissance existentielle

La reconnaissance existentielle est à la base de toutes les autres formes de reconnaissance puisqu'elle porte sur l'employé en tant qu'individu distinct. Ainsi, par cette reconnaissance, l'individu se voit reconnaître le droit à la parole et à l'influence sur les décisions. Habituellement, cette reconnaissance est exprimée de façon informelle et en privé. Voici quelques exemples :

- Latitude décisionnelle
- Aménagement particulier des horaires de travail
- Accessibilité de la direction
- Accès à des programmes de formation

Reconnaissance de la pratique de travail

Cette reconnaissance porte sur la façon dont l'employé effectue son travail, sur son comportement, ses qualités professionnelles et ses compétences. Les éléments reconnus incluent notamment l'innovation, la créativité, l'amélioration continue, etc. Voici comment peuvent se concrétiser ces pratiques :

- Rétroaction par les pairs sur les habiletés professionnelles
- Fête liée à la profession/semaine thématique (ex. : semaine de l'infirmière)
- Félicitations devant les pairs
- Cérémonie de reconnaissance pour le travail d'équipe

Reconnaissance de l'investissement dans le travail

La reconnaissance de l'investissement porte sur l'implication des employés, sur l'énergie déployée et les risques entrepris. Mise en garde : la manifestation de cette reconnaissance doit être proportionnelle à l'effort investi par l'employé. Voici quelques exemples :

- Reconnaissance des années de services
- Soulignement des départs/retraites
- Célébration reliée à un effort particulièrement remarquable

Reconnaissance des résultats

Cette reconnaissance est conditionnelle aux résultats obtenus et s'exprime donc une fois la tâche accomplie. On reconnaît alors l'efficacité, l'utilité et la qualité du travail accompli par l'employé. Cette reconnaissance peut s'exprimer de différentes manières :

- Fête entre pairs pour souligner les résultats
- Énoncé des bons coups en réunion
- Publications internes et externes des résultats

5

Projets

Projets du réseau montréalais

***Milieu de travail sain – Projet intégré d'amélioration continue* – Institut universitaire de gériatrie de Montréal**

Ce programme de reconnaissance a été révisé dernièrement afin d'ajouter des moyens de reconnaître les efforts des personnes, équipes ou services en matière d'amélioration de la qualité, par exemple :

- Journaux Interactif et Interactif-Express
- Soirées de reconnaissance des années de service
- Rencontre des cadres
- Programme d'appréciation du rendement (révisé en 2008) où, dans le cadre d'un échange constructif, le gestionnaire est entre autres invité à reconnaître les efforts déployés par son employé
- La fête de l'enseignement et des auteurs

(Voir fiche n° 5).

***Prix d'excellence* – CSSS de la Pointe-de-l'Île**

Le projet intitulé « Prix d'excellence » a été mis en place afin de favoriser la reconnaissance au travail. Il s'agit d'une activité annuelle de reconnaissance dont le but est de reconnaître des employés pour leur initiative, leur contribution à l'amélioration de la qualité des services et leur engagement auprès de la clientèle. Cette activité s'adresse à l'ensemble des employés et vise à développer un sentiment d'appartenance à l'organisation, ainsi qu'à en améliorer le climat.

(Voir fiche n° 6).

***Programme organisationnel de reconnaissance pour la population œuvrant au CHUM* – Centre hospitalier de l'Université de Montréal**

Le CHUM a mis en place un programme organisationnel de reconnaissance destiné à toute la communauté de l'établissement. Il vise à créer une culture de reconnaissance par l'adoption de comportements nouveaux, à favoriser la mobilisation de la communauté du CHUM et à créer un environnement de travail salutogène.

(Voir fiche n° 7).

Activités inspirantes

***Conférence-midi visant à reconnaître le personnel de bureau pour leur contribution durant l'année* – Hôpital Louis-H. Lafontaine – Montréal**

Le personnel de bureau de l'hôpital ne se sentait pas assez reconnu par l'organisation. La décision a donc été prise de mettre en place une activité pour le remercier des efforts fournis en cours d'année. Un comité de six personnes a été mis en place, qui a programmé une conférence midi sur le thème de la gestion du stress par l'humour. Plus d'une centaine de personnes se sont inscrites à la conférence. Chacune d'entre elles a reçu un petit cadeau, et un prix de présence a été attribué. Les gestionnaires ont spécifiquement libéré le personnel de bureau afin que tous puissent assister à la conférence. Les résultats très positifs du sondage de satisfaction motivent la direction à renouveler l'activité l'année prochaine.

Source : Hôpital Louis-H. Lafontaine, inventaire de projets 2009-2010.

***Fête de la rentrée* – CSSS de la Pointe-de-l'Île – Montréal**

Le projet a vu le jour avec la création d'un comité de reconnaissance composé de directeurs et de la conseillère-cadre en développement organisationnel. Ce projet consiste en une activité annuelle de reconnaissance pour l'ensemble des employés. Dans une ambiance de fête, un repas est offert à tout le personnel. Un cadeau est remis aux récipiendaires du prix d'excellence, ainsi qu'aux employés fêtant leurs 25 années de service. Le personnel d'encadrement assure l'organisation et la promotion de l'évènement, de même que son déroulement : « ce sont les gestionnaires qui reçoivent les employés ». Par ailleurs, une journée de congé est allouée aux employés fêtant leurs 25 années de service et participant à l'évènement.

Source : CSSS de la Pointe-de-l'Île, inventaire de projets 2009-2010.

Offrir une charge de travail adaptée

Les spécialistes s'entendent pour dire que le travail s'est considérablement intensifié depuis les 20 dernières années[1]. Lorsqu'il est question de surcharge de travail, on pense tout d'abord à la quantité de travail. Cependant, la surcharge de travail se vit sur différentes sphères, soit quantitative – beaucoup de travail à effectuer dans un court laps de temps, qualitative – manque de compétences pour accomplir le travail demandé, et même émotionnelle – gestion de ses émotions, ainsi que celles d'autrui[18]. Cette dernière est souvent mise à l'écart dans les recherches, lorsqu'il est question de surcharge au travail. Cependant, il s'agit d'une réalité bien vivante, notamment dans le secteur des soins et des services. Les prestataires de soins de santé et de services sociaux sont d'ailleurs souvent exposés à des situations très difficiles émotionnellement, pensons à une infirmière devant s'occuper quotidiennement de personnes mourantes ou à un éducateur travaillant auprès de jeunes en difficulté.

À cet égard, un phénomène appelé traumatisme vicariant explique comment une personne peut subir des traumatismes psychologiques sans avoir été personnellement victime d'un traumatisme, mais simplement en contact avec une personne traumatisée. Les personnes travaillant en relation d'aide peuvent développer des symptômes ressemblant à ceux que vivent les victimes de traumatisme direct[19]. Ainsi, un spécialiste en relation d'aide peut devenir imprégné de la colère et de la détresse dont les victimes sont porteuses. Le traumatisme vicariant a pour conséquence une modification de la vision de soi et du monde (perte du sentiment de sécurité et de confiance, désespoir, désillusion, etc.). Au plan du travail, cela peut causer une difficulté à séparer la vie professionnelle et personnelle, une perte d'efficacité, ainsi qu'une perte de sens et d'enthousiasme pour son travail[20].

Par ailleurs, lorsqu'il est question de surcharge de travail, le modèle de Karasek[7] revient régulièrement. Celui-ci repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions soit :

> La « demande psychologique » associée à la réalisation des tâches, en fonction de la complexité, de la quantité, des contraintes dans le temps, etc.
> La « latitude décisionnelle » recouvrant le contrôle dans la réalisation des tâches et la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences.

		Demande psychologique	
		Faible	Élevée
Latitude décisionnelle	Faible	*Travail passif*	*Travail surchargé*
	Élevée	*Travail détendu*	*Travail dynamique*

Une situation de travail se caractérisant par une combinaison de demandes psychologiques élevées et d'une faible latitude décisionnelle augmente le risque de développer un problème de santé mentale ou physique[7]. Une étude réalisée au Québec auprès d'intervenants de la santé fait mention d'un risque psychologique élevé en présence d'une demande psychologique élevée au travail[16]. Cependant, la présence de soutien social au travail de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques intervient positivement dans cette relation. Ainsi, une situation combinant une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle, « travail surchargé », est mieux supportée si la personne est soutenue par son entourage professionnel.

L'ajustement de la charge de travail ne profite pas seulement aux employés. En ajustant la charge de travail, on améliore le bien-être des employés tout en améliorant l'efficacité et la productivité[1]. On note également qu'une charge de travail adéquate et un rythme de production adapté aux capacités humaines sont liés à une bonne performance économique. La stabilité des équipes de travail serait une façon intéressante de réduire la charge de travail, tout en favorisant l'esprit d'équipe[21]. D'ailleurs, les équipes de soins multidisciplinaires sont de plus en plus répandues dans les milieux de soins spécifiques et de longue durée. Ces équipes procurent des avantages certains, par exemple[10] :

> Une prestation efficace des services, qui ne se fait pas au détriment de la qualité ;
> Des économies de temps, car l'équipe effectue en parallèle les tâches qu'une personne seule doit faire de façon séquentielle ;
> Un accent mis sur l'innovation par l'échange d'idées ;
> L'intégration et l'assimilation de l'information en équipe.

5

PASSER À L'ACTION

Afin d'équilibrer la charge de travail, l'organisation peut concrètement :

- **Évaluer la charge réelle de travail ;**
- **Encourager les employés à participer pour définir leur charge de travail ;**
- **Réduire au maximum les interruptions pendant le travail ;**
- **Prioriser les tâches à valeur ajoutée ;**
- **Offrir des périodes de réflexion et de partage sur des situations à charge émotionnelle élevée.**

Activité inspirante

Un programme de santé psychologique **– Centre jeunesse du Saguenay – Lac-Saint-Jean**

Il y a quelques années, ce centre jeunesse a identifié un problème d'absentéisme lié à la santé psychologique au travail. Un sous-comité paritaire de SST a donc élaboré un plan d'action proposant diverses stratégies pour amener le personnel à atteindre un meilleur équilibre entre la vie de tous les jours et la santé psychologique. Un programme mensuel d'activités d'information, de socialisation et de partage a été proposé au personnel, améliorant ainsi le portrait global de l'organisation en matière de santé psychologique.

Source : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), *Un programme de santé psychologique.*

www.asstsas.qc.ca/evenements/concours-pleins-feux-sur-linnovation/6e-edition-2010/un-programme-de-sante-psychologique.html

Projets

Projet du Réseau montréalais

Stabiliser les équipes de soins et maîtriser les systèmes opérationnels **– Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**

Ce projet est né d'un partenariat avec le CRISO (Centre de recherche intervention en santé des organisations) et d'une subvention de la FCRSS (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé). Il vise à améliorer l'environnement de travail et à soutenir les unités de soins. Donc, si les équipes sont stables et l'environnement propice au travail, les soins offerts ne pourront qu'être meilleurs.

(Voir fiche nº 8).

Projet d'ailleurs

Modèle de gestion de la charge de travail psychologique **– Etelä-Savo District Hospital, Finlande**

La direction de l'hôpital a mis sur pied une équipe de travail pour soutenir ce projet élaboré en 2008. Cette équipe de travail a émis des règlements concernant la charge de travail et les conditions de travail des employés. De bons résultats sont ressortis de ce projet, tels que la diminution des absences de courte durée, des départs en maladie, ainsi que des accidents de travail. De plus, un sondage sur le climat de travail exprime que l'expérience par rapport aux conditions de travail est meilleure en 2008 qu'en 2007.

(Voir fiche nº 9).

De l'autre côté **– Hôpital Santa Maria Nuova of Reggio Emilia, Italie**

Le but principal de ce projet est d'améliorer la relation entre le personnel administratif, les techniciens et les patients ayant recours aux services de mammographie et de diminuer la prévalence d'épuisement professionnel chez le personnel. Les professionnels nécessitent donc du soutien dans l'acquisition et le développement de nouvelles compétences, particulièrement lorsque le degré d'émotivité et de demande psychologique est élevé.

(Voir fiche nº 10).

Bien définir les rôles et responsabilités

L'aspect pernicieux de ce sujet se retrouve lorsqu'il existe une ambiguïté au plan des rôles et responsabilités ou même un conflit de rôles. Une ambiguïté de rôle consiste en une incertitude de la part de l'employé concernant les attentes dont il fait l'objet, les tâches qu'il doit accomplir et les responsabilités lui étant confiées. Un conflit de rôle est présent lorsqu'un employé se trouve confronté à des attentes incompatibles ou contradictoires de la part de ses collègues ou superviseurs. Un conflit de rôle peut également être présent lorsque les valeurs, croyances et objectifs de l'employé sont en contradiction avec les attentes de ses supérieurs[22].

Cette ambigüité ou ce conflit de rôle sont en lien avec l'absentéisme, de faibles performances au travail[23], ainsi qu'une insatisfaction de l'employé au travail et un sentiment d'anxiété[24].

Il est intéressant de remarquer le lien pouvant exister entre certaines des pratiques organisationnelles et leurs influences mutuelles. Par exemple, en faisant davantage participer les employés au processus organisationnel et décisionnel, on leur donne accès à plus d'informations sur l'organisation. Cela leur permet d'exercer un plus grand contrôle sur leur travail. Cette action démontre une certaine reconnaissance de la part de l'employeur, qui reconnaît l'apport de l'employé à l'organisation. On suscite également des échanges et interactions entre les membres de l'organisation, ce qui favorise du même coup le soutien social. Cet aspect est d'ailleurs un facteur important pour favoriser la santé psychologique au travail. Il en sera question plus longuement dans une section subséquente.

PASSER À L'ACTION

Afin de minimiser les situations de conflit ou d'ambiguïté de rôle, l'organisation peut :

- **Clarifier les attentes et objectifs pour chacune des fonctions et modifier la description de tâches au besoin ;**
- **Éclaircir le rôle de tous les employés travaillant au sein d'une équipe et faire en sorte que la contribution de tous soit respectée ;**
- **Voir à déléguer les tâches débordant du rôle de l'employé ;**
- **Développer un système de mentorat pour les nouveaux employés.**

Projet

Projet d'ailleurs

***La définition d'un nouveau rôle professionnel* – Unité sanitaire locale de Bologne, Italie**

Ce projet vise à réduire l'ambiguïté de rôles en établissant le lien entre la perception par l'employé de ses compétences et celles requises et attendues par l'organisation pour son rôle. Ce projet amène l'employé à être plus au fait de ses propres compétences et celles demandées par l'organisation et ce, grâce à des groupes de discussions, des narrations d'expériences de travail problématiques et la description de compétences personnelles.

(Voir fiche n° 11).

5 Impliquer les employés : un élément clé de la santé psychologique au travail

Tel que mentionné précédemment par Karasek, le degré de participation des employés dans le processus de décision de l'organisation représente une dimension importante de leur bien-être psychologique. Certains auteurs affirment ainsi qu'une insuffisance de participation serait notamment liée à un degré élevé de tension psychologique, à l'abus d'alcool, à la dépression, à une santé physique pauvre, ainsi qu'à une faible estime de soi et à un faible degré de satisfaction au travail[7]. Plusieurs études ont également démontré l'impact négatif d'une faible latitude décisionnelle sur les maladies cardiovasculaires et sur les troubles psychologiques, tels que la dépression et l'épuisement professionnel[16, 21].

Une étude effectuée en 2005 documente que 42,9 % des adultes montréalais disent éprouver une faible latitude décisionnelle au travail[25]. Selon une étude effectuée dans quatorze CHSLD de la région de Québec, 86 % des répondants ont mentionné avoir une faible latitude décisionnelle et plusieurs d'entre eux montrent également des signes de détresse psychologique élevée[26].

Inversement, l'autonomie et la participation aux décisions permettent à l'employé de connaître sa place et de s'affirmer dans l'entreprise, ce qui est essentiel au bien-être et à l'efficacité de l'organisation[1]. Quatre techniques peuvent être employées afin de favoriser l'autonomie de l'employé, soit en lui permettant :

- De faire preuve de créativité et d'utiliser ses compétences ;
- D'influer sur ses tâches ;
- De prendre des décisions de façon autonome ;
- De participer à la définition de ses conditions de travail.

Pour ce qui est de la participation aux décisions, deux aspects sont suggérés : le processus de consultation des employés et l'ouverture du gestionnaire aux suggestions des employés[1].

La participation au processus décisionnel peut s'effectuer sur deux aspects : organisationnel et individuel. La participation au niveau de l'organisation permet aux employés d'influencer les orientations et les stratégies de l'organisation, tandis que la participation du point de vue individuel traite des décisions qui auront un impact direct sur le travail au quotidien des individus. Ces deux aspects permettent de diminuer leur tension psychologique, tout en augmentant leur satisfaction au travail et leur estime de soi[22].

PASSER À L'ACTION

Dans le but de favoriser la participation des employés dans le processus décisionnel, l'organisation a avantage à :

- **Accorder davantage de latitude aux employés dans la façon d'exécuter leur travail ;**
- **Favoriser l'implication des employés dans le processus décisionnel en accueillant leurs suggestions et commentaires ;**
- **Favoriser la participation des employés dans l'élaboration de leurs tâches ;**
- **Maximiser l'autonomie des équipes de travail.**

Activité inspirante

***Démarche participative sur l'organisation du travail* – CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières**

Les intervenants du programme Santé au travail du CLSC-CHSLD, avec l'équipe RIPOST (Recherches sur les impacts psychologiques, organisationnels et sociaux du travail), ont été mandatés pour conduire une intervention visant à prévenir et à réduire les problèmes de santé psychologique et mentale d'origine professionnelle dont l'une des manifestations est l'absentéisme. Cette intervention s'effectue par une approche participative des employés et des gestionnaires, soit par la création d'un groupe d'intervention paritaire recherchant des solutions à des situations comportant des facteurs de risques organisationnels pour la santé psychologique des employés.

Source : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), *Démarche participative sur l'organisation du travail.*

www.asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/sante-psychologique/pratiques-ingenieuses/demarche-participative-sur-lorganisation-du-travail.html

Donner un sens au travail

Le sens au travail se définit par la valeur du travail aux yeux de l'individu, ce qu'il recherche dans le travail, et la cohérence entre l'individu, ses attentes, ses valeurs et les gestes qu'il exécute quotidiennement dans son milieu de travail[27]. Différents éléments entrent en ligne de compte afin de donner un sens au travail. Par exemple, l'appréciation par l'individu des tâches qu'il réalise et des conditions dans lesquelles elles sont effectuées aura une influence sur le sens qu'il donnera à son travail. Selon des études menées dans différents milieux de travail au Québec depuis 1997, cinq facteurs semblent se dégager pour déterminer un travail qui a du sens, soit[27] :

- L'utilité sociale du travail ;
- La rectitude morale du travail ;
- Les occasions d'apprentissage et de développement ;
- L'autonomie ;
- La qualité des relations professionnelles.

Un individu éprouvant du plaisir à exécuter son travail, ayant des occasions d'apprendre et de se développer, percevant qu'il possède de l'autonomie dans son travail et ayant de bonnes relations avec les autres a des chances élevées de présenter un état de bien-être psychologique au travail[27].

PASSER À L'ACTION

Afin d'offrir les conditions gagnantes pour donner un sens au travail, l'organisation peut :

- **Offrir à chacun des occasions d'apprentissage et de développement ;**
- **Donner une marge de manœuvre aux employés dans l'organisation de leur travail ;**
- **Permettre aux employés d'exercer leur jugement et leur influence dans le milieu ;**
- **Faciliter l'établissement de relations professionnelles positives ;**
- **Favoriser l'autonomisation des employés dans des tâches reliées à leurs compétences.**

Projet

Projet du Réseau montréalais

***Amélioration des pratiques en matière d'attraction, de mobilisation et de rétention* – Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME)**

Le CRME propose un projet d'amélioration des pratiques en matière d'attraction, de mobilisation et de rétention du personnel. Il s'agit en premier lieu d'établir un portrait de ce qui permettrait au CRME d'être un employeur de choix, c'est-à-dire d'identifier ce que le personnel considère comme important et attrayant dans son milieu de travail.

(Voir fiche nº 12).

5.1.2 Relations de travail

L'aspect interpersonnel influence considérablement l'appréciation ou la dépréciation du travail, ce qui peut également avoir un impact sur la santé psychologique au travail. Ainsi, des relations positives avec les collègues et les supérieurs favorisent une bonne santé psychologique, alors que des relations de travail tendues, ou même problématiques, engendrent des désagréments plus ou moins importants, selon la nature et la gravité des problèmes.

Le soutien social : un modérateur de stress

Il a été mentionné précédemment que le soutien social est très important pour favoriser une bonne santé psychologique au travail. En effet, il semble que celui-ci agirait à titre de modérateur sur les effets délétères du stress sur les individus, et ce, en influençant la perception des stresseurs et en favorisant le développement des stratégies d'adaptation au stress[28].

Au Québec, le risque de développer une détresse psychologique chez les intervenants de la santé est de 1,35 fois plus élevé si le soutien social est faible au travail[16].

5

Deux types de soutien peuvent se retrouver dans l'entreprise : le soutien instrumental faisant référence à la réalisation des tâches, et le soutien émotionnel qui est davantage centré sur la personne[1]. Ces deux types de soutien semblent contribuer à la protection de l'individu en lui permettant d'éviter ou de minimiser un épisode de détresse psychologique[29]. Le soutien instrumental aide les employés à effectuer leurs tâches au quotidien, par des échanges sur des problèmes rencontrés ou sur des stratégies à adopter, par exemple. Le soutien émotionnel fourni par les pairs permet d'obtenir de l'appui et du réconfort, mais procure également un sentiment d'appartenance à un groupe, ce qui n'est pas négligeable en tant qu'élément positif. D'ailleurs, le soutien des pairs est d'autant plus important puisque ceux-ci pratiquent le même travail et éprouvent les mêmes difficultés[30].

Cependant, la relation avec le superviseur et le soutien ressenti provenant de celui-ci demeurent des aspects déterminants dans l'appréciation du travail. Ce sujet sera d'ailleurs plus amplement abordé dans la section suivante sur le style de gestion.

PASSER À L'ACTION

Afin de favoriser le soutien social au travail, l'organisation peut :

- **Favoriser le travail en équipe et y encourager le soutien et la coopération ;**
- **Encourager les gestionnaires à pratiquer l'écoute et la reconnaissance ;**
- **Offrir des activités de consolidation d'équipe ;**
- **Constituer un réseau d'entraide entre les collègues ;**
- **Organiser des activités sportives ou sociales avec les membres du personnel.**

Projet

Projet du Réseau montréalais

***Groupe d'entraide* – Résidence Yvon Brunet du CSSS du Sud-Ouest-Verdun**

Ce projet représente un moyen de prévention en matière de santé psychologique au travail. Un groupe, constitué de personnes choisies par leurs pairs pour leur qualité d'écoute, offre du soutien informel et confidentiel à leurs collègues. Ayant reçu une formation sur l'entraide et l'écoute, ils forment donc des agents de prévention dans le milieu.

(Voir fiche n° 13).

Activité inspirante

***Prendre soin des soignants* – Hôpital Juif de réadaptation, Laval**

Ce projet a consisté en l'implantation d'un groupe de supervision clinique au sein d'une équipe interdisciplinaire travaillant en douleur chronique. Ce groupe a fourni un soutien aux intervenants dans leur travail, qui comprend l'exposition fréquente à des situations difficiles et complexes.

Ce projet a comme objectif de prévenir l'épuisement professionnel et les arrêts de travail, d'assurer la rétention du personnel soignant, d'améliorer la qualité de vie au travail et d'optimiser l'efficacité et l'efficience des cliniciens au niveau de leurs interventions.

Source : Hôpital Juif de réadaptation – Prendre soin des soignants

www.colloquemaladieschroniques.com/docs/Volets/Volet%20gestion_Salle%20C_Hopital_juif.pdf

Outiller son personnel pour prévenir et gérer les conflits

Lorsqu'il est question de gestion de conflits, la prévention et la gestion proactive demeurent des éléments clés. En effet, les conséquences négatives provenant de conflits non réglés sont nombreuses : stress, frustration, relations tendues, absentéisme, réclamations d'invalidité et hausse du nombre de plaintes pour harcèlement psychologique. La prévention et le règlement des conflits au travail sont deux conditions essentielles pour établir des relations de travail saines et créer un environnement propice à la collaboration.

Il est donc primordial d'outiller les gestionnaires et les employés afin qu'ils puissent rapidement reconnaître les signes avant-coureurs de la présence d'un conflit, et ce, dans le but d'en faciliter la résolution et d'éviter que le climat de travail s'en trouve affecté. Les gestionnaires peuvent être appelés à jouer un rôle prédominant à ce sujet, en raison de leur position hiérarchique. Évidemment, ceux-ci doivent être accompagnés dans le processus selon les difficultés qu'ils peuvent éprouver lors de la résolution de conflits. L'offre de formation sur l'identification et la gestion des conflits s'avèrent ainsi une ressource intéressante pour les organisations qui visent à agir en ce sens.

Par ailleurs, le conflit peut être envisagé de manière positive, car il s'avère une occasion de croissance lorsqu'il est résolu dans le respect de l'autre, de ses opinions et de ses différences. Par exemple, une équipe de travail ayant traversé plusieurs expériences conflictuelles résolues dans le respect et qui en est ressortie avec des apprentissages positifs, aura davantage de facilité à traiter avec des situations semblables dans l'avenir. De plus, le conflit est souvent la première étape qui permet de revoir des procédures de fonctionnement désuètes, des procédés inefficaces, favorisant ainsi la créativité et l'innovation. Finalement, apprivoiser le conflit permet de confronter sainement différentes idées et opinions. En abordant ouvertement et franchement les aspects touchant les procédures de travail, les tâches ou les ressources allouées, des pistes de solutions peuvent émerger et faire avancer les individus, l'équipe, et également l'organisation[31].

PASSER À L'ACTION

Afin de se servir efficacement de la gestion de conflits, l'organisation peut :

- **Apprivoiser le conflit en favorisant le partage et l'ouverture aux idées ;**
- **Faciliter les activités de communication et de consolidation d'équipe ;**
- **Observer et analyser le climat de travail et réagir promptement ;**
- **Mettre en place des mécanismes pour favoriser la prévention et la gestion des conflits ;**
- **Offrir des formations sur la gestion de conflits au besoin.**

LECTURE SUGGÉRÉE

Cormier, S. (2004). *Dénouer les conflits relationnels en milieu de travail,* Presses de l'Université du Québec, c2004, Coll. « Communication, Groupes et Organisations ».

Contrer le harcèlement et la violence

Les notions de violence et de harcèlement au travail se recoupent souvent ; elles sont souvent utilisées de façon indistincte pour décrire une même réalité. De plus, on fait souvent référence à différents types de harcèlement ou de violence : discriminatoire, sexuel, psychologique et criminel.

Ainsi, le Gouvernement du Québec (2004) définit le harcèlement psychologique au travail comme une « conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste »[b]

b La Loi sur les normes du travail du Québec a intégré en juin 2004 une obligation pour les employeurs de prendre les moyens nécessaires pour prévenir le harcèlement psychologique.

Le Gouvernement du Canada pour sa part, précise que le harcèlement inclut celui qui est interdit par la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, qui est lié à la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, l'état matrimonial, la situation familiale, la déficience ou l'état de personne graciée.

Malgré que ces conduites se répètent souvent, une seule conduite grave, peut suffire pour parler de harcèlement.

La violence au travail recouvre généralement les menaces, les insultes ou agressions physiques ou psychiques dont fait l'objet une personne dans des circonstances relatives à l'exécution de son travail et qui mettent à l'épreuve sa santé, sa sécurité ou son bien-être[32].

La violence peut prendre les formes suivantes[33] :

- Les incivilités : absence de respect d'autrui qui se manifeste dans la communication, le comportement, etc.
- Les agressions verbales : menaces, insultes, etc.
- Les actes violents : destruction ou dégradation du matériel, etc.
- Les agressions physiques : bousculades, coups, blessures, etc.

Les situations de violence peuvent provenir de diverses sources internes et externes à l'entreprise. Comme sources internes, on identifie, entre autres, les supérieurs, mais également les subordonnés et les collègues. La violence est dite externe lorsqu'elle implique un agresseur extérieur à l'organisation. Les individus travaillant dans le secteur de la santé et des services sociaux sont particulièrement concernés par cette situation puisqu'ils sont en contact avec une clientèle qui peut parfois présenter des comportements violents ou agressants. (Voir le chapitre *Améliorer l'environnement physique des travailleurs et le rendre plus sécuritaire,* p. 94).

Par ailleurs, il existe une relation entre le stress, le harcèlement et la violence. Effectivement, ces différentes situations ne sont pas indépendantes les unes des autres. Par exemple, une situation de harcèlement entraînera chez la personne concernée et son entourage un état de stress, les effets de la violence ne touchant pas seulement la personne qui en est victime, mais également les témoins, les collègues et la famille de la victime. D'un autre point de vue, une situation de travail à indice de stress élevé encourage les cas de harcèlement et de violence[33].

Ces actes de violence ou de harcèlement peuvent causer chez la victime une perte de confiance en soi, de l'anxiété et même la dépression. Si les effets de la violence sont ignorés par l'individu, les problèmes de santé psychologique peuvent dégénérer et engendrer notamment des problèmes de dépendances tels que l'alcoolisme ou la toxicomanie. Dans les pires situations, un refoulement de ces problèmes peut ultimement mener à des cas de suicide au travail[17].

Les intervenants du secteur de la santé et des services sociaux ne sont pas à l'abri d'événements porteurs de violence, et donc potentiellement traumatiques. Le trouble de stress post-traumatique désigne un type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante. Il est représenté par une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique de la personne et/ou de son entourage a été menacée et/ou effectivement atteinte. Ce trouble peut entraîner des conséquences importantes sur le fonctionnement et peut influer sur plusieurs sphères de la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale. La durée du retour à la normale dépend notamment de la qualité de la prise en charge dont bénéficie la victime. Le soutien psychologique permet souvent d'éviter l'apparition de complications ou la persistance de manifestations consécutives à l'agression[32].

PASSER À L'ACTION

Afin de prévenir et de traiter efficacement les cas de violence et de hacèlement dans l'organisation, celle-ci peut :

- **Effectuer des campagnes de sensibilisation et de prévention ;**
- **Évaluer, avec l'aide des travailleurs, les risques encourus par ceux-ci ;**
- **Former les employés à la détection précoce des agresseurs et à l'analyse systématique des agressions (notamment pour identifier la violence externe) ;**
- **Élaborer, communiquer et voir à l'application de politiques concernant notamment, la civilité, le harcèlement et la violence.**

Projet

Projets du Réseau montréalais

***Le comité d'intervention clinico-légale* – Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, Centre de réadaptation Lisette-Dupras et Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major**

Ce comité (CICL) vise à guider et soutenir les équipes cliniques et les gestionnaires relativement à des problématiques de clients qui présentent des risques élevés de dangerosité pour eux-mêmes, pour autrui et/ou pour l'établissement. L'intervention du CICL s'inscrit à l'intérieur du continuum de gestion des risques et de l'amélioration des pratiques cliniques des établissements. Ce projet engendra des résultats probants, concernant entre autres, la diminution des actes d'agressivité auprès des usagers référés au CICL et la diminution des appels placés auprès de la police des usagers référés au CICL.

(Voir fiche nº 14).

***Politique sur la prévention et la gestion des manifestations de violence à l'endroit du personnel par les usagers* – Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire**

Soucieux de soutenir les membres du personnel et la clientèle victimes d'événements potentiellement traumatiques, le centre jeunesse a mis en place en 1999 une équipe d'intervention post-traumatique. Un premier protocole d'intervention post-traumatique a été adopté par le comité de direction, ce qui a marqué le début des activités de cette équipe. La présente politique est une révision de ce protocole. Elle vient affirmer la préoccupation et la prise de position de l'établissement pour assurer la préservation de l'intégrité psychologique et physique des personnes impliquées dans ce type d'événements.

Source : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : Manuel de gestion – Politique sur la prévention et la gestion des manifestations de violence à l'endroit du personnel par les usagers. Adoptée au conseil d'administration le 23 avril 2002 et révisée le 12 mars 2007

Projet d'ailleurs

***Favoriser un milieu de travail respectueux et prévenir la violence* – Chatham-Kent Health Alliance – Ontario**

Ce projet vise à promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire. Le but est de prévenir toute situation d'intimidation, de violence, de harcèlement ou de discrimination en fournissant aux employés et gestionnaires les outils pour identifier, rapporter ou gérer tout incident de violence dans le milieu de travail.

(Voir fiche nº 15).

LECTURE SUGGÉRÉE

Commission des normes du travail, Québec. (2008). *Un milieu de travail sans harcèlement psychologique, c'est l'affaire de tous ! Guide de sensibilisation à l'intention des employeurs et des salariés.* www.cnt.gouv.qc.ca/

Il s'agit d'un guide permettant de définir ce qu'est le harcèlement psychologique et ce qui ne constitue pas des manifestations de harcèlement. Il traite également des obligations, responsabilités et droits de l'employeur, ainsi que le recours prévu par la Loi sur les normes du travail. Finalement, les conséquences du harcèlement psychologique sont aussi traitées.

Activité inspirante

***Priorité sur la prévention de la violence et du harcèlement* – CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – Montréal**

Le comité paritaire de santé et sécurité au travail s'est donné comme priorité en 2009 de travailler sur les problématiques de la violence et du harcèlement psychologique au travail. Pour ce faire, le comité a révisé la politique visant à contrer le harcèlement psychologique au sein de l'établissement. Une semaine thématique a été prévue, ainsi qu'un projet de formation axé sur ces diverses problématiques en lien avec un partenaire externe.

Source : Destination santé (avril 2009). *Programmes de promotion de la santé en milieu de travail ; Pratiques organisationnelles et qualité de vie au travail.* Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, vol. 1, nº 3. www.santemontreal.qc.ca

5

5.1.3 Style de gestion

Le style de gestion des superviseurs et des gestionnaires a sans aucun doute un impact majeur sur la santé psychologique du personnel. La présente section inclut une partie sur le rôle des supérieurs et l'impact de leur leadership, ainsi qu'une partie sur la perception de la justice organisationnelle.

Le rôle des gestionnaires et l'impact positif du leadership

Tel que mentionné dans la section concernant le soutien social, le rôle du supérieur est une composante clé de l'organisation du travail et influence la santé psychologique des employés. Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un supérieur qui offre un bon soutien à ses employés, se soucie de leur bien-être en écoutant leurs besoins, tient régulièrement des réunions et crée des comités pour faire travailler les gens ensemble autour de projets ou régler des problèmes de fonctionnement. Ce style de gestionnaire facilite la réalisation du travail en fonction du temps laissé aux employés pour effectuer leurs tâches, des outils fournis ou encore des ressources accordées[34]. Les employés qui se sentent soutenus par leurs supérieurs auront moins tendance à ressentir de la détresse psychologique.

Un leadership basé sur le partage d'une vision et de valeurs communes, centré sur l'orientation, le conseil, le soutien et le bien-être des employés, représente sans équivoque un style de gestion favorisant la santé psychologique au travail[35]. Un bon leader fait également preuve d'ouverture envers les suggestions des membres de son équipe et possède un certain talent pour la communication[36]. Inversement, un style de management directif qui ne favorise pas la participation des employés aux décisions concernant l'exécution de leur travail peut contribuer à une augmentation du niveau de tension psychologique des travailleurs[37], ainsi qu'à l'apparition de tensions et de conflits.

PASSER À L'ACTION

- **Faire en sorte que les cadres supérieurs et intermédiaires abordent davantage les questions liées à la culture de l'organisation et à la qualité de vie au travail ;**
- **Former et encourager les gestionnaires à utiliser un style de leadership positif.**

Un bon gestionnaire doit notamment :

- **Tenir régulièrement des réunions d'équipe ;**
- **Mettre en place des mécanismes pour évaluer et donner suite aux suggestions et requêtes des employés ;**
- **Gérer rapidement les conflits et servir de médiateur[34].**

Activité inspirante

***Projet REVERBÈRE* – CSSS de Québec-Nord – Québec**

Ce projet a été mis en place afin d'effectuer une révision des conditions d'exercice des gestionnaires, et plus particulièrement des cadres intermédiaires. Cinq avenues de solutions en sont ressorties : 1. Avoir un cycle de gestion annuel afin de planifier avec rigueur toute nouvelle activité ; 2. Déterminer les zones de latitude décisionnelle des cadres intermédiaires ; 3. Permettre aux cadres intermédiaires d'avoir accès rapidement à l'information ; 4. S'interroger sur les modalités de soutien à l'intérieur des équipes ; 5. Revoir le ratio employé/cadre.

Source : Mayrand Leclerc, M., Lacroix, L. (2009). *Optimisation des conditions d'exercice des gestionnaires du réseau de la santé : projet REVERBÈRE,* Le Point en administration de la santé et des services sociaux, vol. 5, nº 2.

L'importance de la perception de justice organisationnelle

La perception de justice organisationnelle représente également un aspect influençant la santé psychologique des travailleurs. En effet, le sentiment d'injustice est intimement relié au concept de la confiance, qui est primordial pour une bonne relation employeur-employé. De plus, le sentiment d'injustice organisationnelle perçue par l'employé augmenterait l'effet du stress.

La notion de justice organisationnelle se décline en trois dimensions, soit la justice distributive, procédurale et interactionnelle. La notion de justice distributive traite de la perception qu'entretient l'employé sur le ratio entre son apport à l'organisation et ce qu'il reçoit de cette dernière. La justice procédurale réfère au sentiment de justice ressenti à l'égard des règles et procédures utilisées afin de prendre des décisions au sein de l'organisation. Finalement, la notion de justice interactionnelle constitue la perception de la qualité du traitement interpersonnel reçu. La perception positive de ces trois types de justice favorise l'engagement affectif des employés envers l'organisation[38].

Un auteur propose un modèle représentant très bien une situation pouvant causer une perception d'injustice organisationnelle. En effet, le modèle du « déséquilibre : effort/récompense », proposé par Siegrist[39], stipule qu'une situation de travail qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses, s'accompagne de réactions pathologiques sur les plans émotionnel et physiologique. L'effort dit « élevé » peut provenir de deux sources : extrinsèque ou intrinsèque. L'effort extrinsèque est lié aux exigences psychologiques et physiques du travail, alors que l'effort intrinsèque, ou surinvestissement, réfère aux attitudes et aux motivations liées à un besoin inné de se dépasser ou d'être estimé, ou encore à l'expérience autogratifiante de relever des défis ou de contrôler une situation menaçante[39]. Les récompenses « faibles » se répartissent dans trois sphères, soit monétaire (salaire insuffisant), sociale (manque d'estime et/ou de respect de la part des collègues et superviseurs) et organisationnelle (insécurité d'emploi, faibles opportunités de carrière)[40, 41]. Ainsi, la notion de justice organisationnelle est reliée à la perception qu'ont les employés de l'équilibre entre les efforts fournis et les récompenses reçues pour ces mêmes efforts.

PASSER À L'ACTION

Afin de favoriser le sentiment de justice organisationnelle, il est important de :

- **Veiller à ce que les exigences soient réalistes, l'effort raisonnable et les récompenses adaptées ;**
- **Être transparent quant aux procédures et règlements utilisés dans les prises de décisions ;**
- **S'assurer d'entretenir une relation de confiance avec son personnel.**

5.1.4 Flexibilité dans l'organisation du travail

La flexibilité dans l'organisation du travail permet d'amenuiser les impacts négatifs que certaines conditions de travail entraînent sur la santé des travailleurs, leur vie familiale et sociale, et ce, dans le contexte particulier du réseau de la santé et des services sociaux où les soins et services exigent une réponse 24 heures, 7 jours/semaine. Pour nombre d'employés, ces impératifs donnent lieu à des horaires de travail irréguliers, des difficultés à concilier vie personnelle et vie au travail qui ne sont pas sans impact sur leur santé. Plusieurs études font état des liens entre des horaires de travail irréguliers et la présence de détresse psychologique[29], de troubles du sommeil, d'excès de comportements tels l'abus de nourriture, de tabac, d'alcool et de drogue pouvant tous entraîner de l'absentéisme et une augmentation des accidents de travail[42].

Il est possible de pallier ces problèmes en améliorant la flexibilité de l'organisation du travail, et ce, notamment en favorisant la conciliation travail-vie personnelle, en offrant un soutien adéquat lors d'un retour au travail causé par des problèmes de santé psychologique et en encourageant le développement et le perfectionnement des compétences.

5 Favoriser la conciliation travail-vie personnelle

Les tensions ou difficultés de conciliation entre le travail et la vie personnelle peuvent engendrer des conséquences négatives sur la santé psychologique. Le conflit entre le travail et la vie personnelle survient lorsque les exigences professionnelles et familiales sont incompatibles et qu'il devient par conséquent difficile d'assumer un rôle sans nuire à un autre[43].

Une étude fait mention d'une différence notable sur la satisfaction au travail entre les travailleurs ayant une difficulté à concilier leurs obligations professionnelles et leur vie personnelle et ceux qui n'éprouvent pas de difficulté sur ce plan[6]. En effet, 27 % de ceux qui vivent un conflit travail-vie personnelle important se disent satisfaits de leur travail, alors que 80 % des employés du second groupe ressentent cette satisfaction. Selon une méta-analyse effectuée par plusieurs auteurs, il existerait une corrélation élevée entre les situations de conflit travail-vie personnelle et la dépression[44].

Sur le plan organisationnel, des difficultés de conciliation travail-vie personnelle sont reliées à un rendement professionnel inférieur, à une augmentation de l'absentéisme, à un roulement élevé du personnel et à une absence de motivation[45]. Les employés vivant des conflits travail-vie personnelle sont aussi moins engagés, vivent plus de stress et ont davantage l'intention de quitter leur emploi[46]. Selon l'Enquête nationale sur le conflit entre le travail et la vie personnelle effectuée en 2001, les employés dont le travail interfère fortement avec la vie familiale sont sept fois plus susceptibles de déclarer qu'ils envisagent de quitter leur employeur actuel parce qu'ils souhaitent consacrer davantage de temps à leur vie familiale ou personnelle et que les attentes liées à leur travail sont irréalistes[47].

Enfin, plus les employés estiment que leurs exigences professionnelles sont en conflit avec leurs exigences familiales, moins ils ont d'opinions favorables à l'égard de leur rendement au travail[48].

PASSER À L'ACTION

Pour favoriser adéquatement la conciliation travail-vie personnelle, l'organisation peut :

- **Adopter une politique de conciliation travail-vie personnelle (Voir le Projet de Norme P 9700-820-8 Conciliation travail-famille, Bureau de normalisation du Québec BNQ, Projet 9 mai 2009) ;**
- **Offrir une souplesse sur le plan des horaires de travail ;**
- **Sensibiliser les gestionnaires à l'importance de démontrer une attitude conciliante (écoute, compréhension des employés) ;**
- **Trouver une façon équitable de gérer les demandes de congés à motifs personnels.**

Projets

Projet d'ailleurs

Programme Kailo de bien-être au travail **– Halton Healthcare Services – Ontario**

Initialement, ce programme a été implanté en mettant l'accent sur les aspects psychosociaux, tel que la gestion du stress, le bien-être et l'équilibre travail-vie personnelle. Les programmes et les services offerts tendaient principalement vers le plaisir au travail. Puis, vers 2008, le projet Kailo a évolué en offrant de nouveaux programmes et services, tels que des formations sur des sujets touchant la santé et le bien-être au travail.

(Voir fiche nº 4).

Faciliter le retour au travail

Le retour au travail après une absence causée par un problème de santé psychologique est couramment suivi d'un sentiment de vulnérabilité et de la crainte d'une rechute. C'est progressivement que les personnes arrivent à retrouver confiance en leurs capacités et à sentir qu'elles sont en mesure de bien fonctionner dans leur travail. Ainsi, le soutien tangible des collègues et du supérieur représente un facteur déterminant de la reconstruction de la santé et du maintien en emploi[49].

Il est donc nécessaire de concevoir que les obstacles à la réinsertion en emploi ne sont pas seulement centrés sur les facteurs personnels. Au contraire, les facteurs organisationnels y jouent un rôle prédominant. Selon une étude auprès de personnes ayant réintégré le marché du travail à la suite d'un épuisement professionnel, la transition entre un arrêt de travail et une réinsertion satisfaisante passerait essentiellement par une rupture avec les aspects organisationnels qui ont contribué au retrait du travail[50].

Il devient alors nécessaire d'identifier les facteurs qui sont impliqués dans le retrait du travail. Cette démarche permet de situer les employés en fonction des caractéristiques de leur maladie et des événements qui ont contribué au retrait du travail. Elle permet de tracer un portrait des différents facteurs professionnels susceptibles de conduire à une fragilisation de l'état de santé des personnes[49].

Les résultats d'une étude sur la réintégration au travail indiquent que les relations conflictuelles avec les collègues de travail, et notamment avec le supérieur immédiat, l'évaluation négative du travail par celui-ci, combinée à la non-reconnaissance des efforts au travail de l'employé, sont les facteurs reliés au travail les plus fréquemment évoqués par les personnes pour rendre compte des événements qui ont contribué à leur arrêt de travail[49]. Ces résultats fournissent des pistes sur les principaux aspects à considérer pour promouvoir la santé psychologique et pour fournir des conditions adéquates lors du retour au travail. D'ailleurs, les personnes qui ont connu des changements favorables dans leur travail à la suite de leur retour sont significativement plus nombreuses à considérer que leur problème de santé psychologique est résolu. Donc, l'amélioration des mêmes conditions qui ont contribué à la maladie et au retrait du travail favorise la réinsertion professionnelle, la santé psychologique et du coup, le maintien en emploi[49].

PASSER À L'ACTION

- **Avant le retour au travail, effectuer une rencontre entre le gestionnaire et la personne absente pour évaluer les besoins ;**
- **Tenter de s'adapter le plus possible aux besoins de l'employé ;**
- **Effectuer un aménagement dans l'organisation du travail ;**
- **Offrir un retour progressif surveillé par un conseiller en relations de travail ;**
- **Préparer les collègues à l'accueil.**

SITE INTERNET SUGGÉRÉ

Great-West – Centre pour la santé mentale au travail/Retour au travail
www.gwcentrepourlasantementale.com

Encourager le développement et le perfectionnement des compétences

Des chances incertaines de développement de carrière ou de développement de compétences représentent des facteurs pouvant menacer la santé psychologique des employés. De plus, les changements importants ayant lieu dans l'organisation sont souvent sources d'inquiétude et peuvent avoir un impact sur la santé psychologique des employés. Une étude longitudinale auprès d'employés d'hôpitaux ayant connu des restructurations a ainsi démontré une hausse de la dépression et de l'anxiété, de l'épuisement émotionnel et de l'insécurité relativement à l'emploi chez ceux-ci[51]. Une autre étude démontre que la réduction des effectifs et les restructurations dans les hôpitaux sont reliées à une insatisfaction au travail et une moins bonne santé psychologique[52]. Lorsqu'il est question de changement, une des préoccupations des personnes impactées consiste en l'expérimentation du changement, c'est-à-dire la capacité à faire face au changement, au soutien qui sera disponible et à la

compréhension du supérieur. Une des priorités de gestion face à cette préoccupation est de faciliter le transfert des nouveaux acquis par la formation, l'accompagnement et la prévision d'une période d'adaptation aux nouvelles compétences acquises[53]. (Voir le chapitre *La démarche pour implanter des milieux de travail sains*, p. 20)

En ce qui concerne le développement professionnel, il est important pour le personnel d'avoir des occasions de perfectionnement dans son emploi. Ces occasions de progression peuvent être perçues par l'employé comme une marque de reconnaissance provenant de l'employeur. De plus, les nouvelles compétences visées peuvent être de différentes natures. Elles peuvent porter sur l'optimisation des processus de travail, tout comme sur l'acquisition de compétences interpersonnelles pour favoriser le travail en équipe. Par exemple, un suivi peut être effectué avec le personnel cadre afin de s'assurer de l'adéquation de leurs compétences avec les attentes et responsabilités associées à leur poste. En ce sens, des formations peuvent être offertes en lien avec les habiletés de gestion.

Inversement, si un employé n'a pas la possibilité d'utiliser ses qualifications et ses compétences dans son travail et que celui-ci fait appel à des fonctions physiques et mentales non diversifiées, il peut en résulter de l'ennui, une baisse de la motivation et de la satisfaction au travail, en plus d'une augmentation du taux d'absentéisme[7, 54].

PASSER À L'ACTION

- **Mettre en œuvre un programme de perfectionnement du personnel ;**
- **Offrir des possibilités interdisciplinaires de formation et de perfectionnement ;**
- **S'assurer que les employés ont la possibilité d'utiliser leurs qualifications et leurs compétences dans leurs tâches quotidiennes ;**
- **Évaluer et améliorer les programmes d'orientation et de mentorat ;**
- **Établir un programme de relèves des cadres.**

Projet

Projet du Réseau montréalais

***Milieu de travail sain – Projet intégré d'amélioration continue* – Institut universitaire de gériatrie de Montréal**

Ce projet favorise, entre autres, le développement des compétences en offrant des formations et du mentorat aux gestionnaires afin de développer leurs habiletés au plan de la gestion d'équipe. Des formations ont également été offertes au personnel sur la gestion des risques, la gestion des mesures d'urgence, la sécurité et les besoins individualisés des patients. Un programme de relève des cadres permet également aux personnes sélectionnées de développer leurs compétences en gestion.

(Voir fiche nº 5).

Activité inspirante

***Ma vie, mes choix, ma carrière au CHUM* – Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) – Montréal**

Ce programme d'encouragement aux études est offert aux infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes. Il permet à celles et à ceux qui le désirent de bénéficier de bourses d'études, de remboursement de certains frais de scolarité ou de participer à un programme DEC-BACC en alternance travail-étude.

Source : Destination santé (avril 2009). *Programmes de promotion de la santé en milieu de travail ; Pratiques organisationnelles et qualité de vie au travail.* Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, vol. 1, nº 3. www.santemontreal.qc.ca

5.1.5 Culture organisationnelle

Afin de bien démontrer que l'organisation a à cœur la santé psychologique de ses travailleurs, quelques pratiques peuvent être instaurées au sein de la culture organisationnelle. D'abord, la promotion de la santé psychologique doit faire partie intégrante des valeurs et des orientations de l'organisation. Ensuite, les pratiques de

gestion doivent refléter la promotion de la santé au travail et un plan de ressources soutenant ces pratiques doit être prévu[46].

Promouvoir la santé psychologique par les valeurs de l'organisation

Il importe de mentionner que la culture organisationnelle joue un rôle important dans la promotion de la santé au travail. En effet, celle-ci reflète les efforts déployés par l'organisation en ce sens. Par exemple, même si un individu apprend et maîtrise diverses techniques de gestion du stress, si la culture organisationnelle va à contresens, les résultats risques d'être plutôt limités, voir nuls.

Évidemment, afin d'implanter ou de soutenir une culture qui favorise la santé psychologique des travailleurs, il doit y avoir sensibilisation et implication de toutes les parties concernées, soit la haute direction, les gestionnaires, les syndicats, les employés et les ressources humaines. Une culture basée sur des valeurs communes et partagées telles l'honnêteté, l'intégrité, le respect des personnes et la confiance mutuelle favorise grandement la santé psychologique du personnel.

Une culture organisationnelle axée sur la compétition, les résultats à court terme ou le culte de l'excellence peut brimer ou empêcher le soutien social au travail, facteur primordial dans le maintien d'une bonne santé psychologique au travail. De plus, une culture organisationnelle permettant des comportements de violence, d'iniquité ou d'injustice se rend vulnérable aux problèmes de santé psychologique[18]. Cette situation est inquiétante puisque les attitudes de non respect peuvent porter atteinte à la santé psychologique de l'individu concerné, dégrader le climat de travail, générer des conflits, ralentir la productivité et détériorer les services offerts[1].

PASSER À L'ACTION

- **Veiller à ce que les énoncés de mission, de vision et de valeurs fassent état de l'importance accordée à la santé psychologique des employés ;**
- **Fournir les ressources nécessaires à la promotion de la santé au travail ;**
- **Adopter une politique sur le respect ;**
- **Montrer l'exemple ; implication de la part de la direction.**

Projet

Projet du Réseau montréalais

***En route vers l'excellence : adaptation du modèle des hôpitaux magnétiques* – Hôpital Shriners pour enfants de Montréal**

Afin de permettre le développement et la pérennité d'un environnement sain, cet hôpital développe des programmes ou initiatives répondants aux objectifs en lien avec ses valeurs fondamentales tels que des programmes de communication, de reconnaissance, de développement professionnel, de gestion participative et de santé et bien-être des employés. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services et le programme interdisciplinaire de recherche clinique contribuent à la création d'un milieu de travail sain.

(Voir fiche nº 16).

Activité inspirante

***Le respect… une priorité !* – Direction de santé publique de l'Agence de Montréal – Montréal**

Le comité *climat de travail* nouvellement créé a choisi comme thème pour l'année 2008-2009 : Le respect… une priorité ! Les premiers gestes posés en lien avec cette thématique ont été le lancement d'un code de civilité et l'envoi à tous les employés de capsules vidéo traitant de diverses situations irritantes. Cette démarche a été réalisée en collaboration avec l'École nationale de l'humour.

Source : Destination santé (avril 2009). *Programmes de promotion de la santé en milieu de travail ; Pratiques organisationnelles et qualité de vie au travail.* Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, vol. 1, nº 3. www.santemontreal.qc.ca

5 L'importance de la communication et de la transparence

Une communication ouverte entre tous les membres de l'organisation et un libre partage de l'information à tous les niveaux représentent assurément des aspects d'une culture organisationnelle visant le bien-être de son personnel. Ces deux pratiques influencent positivement la latitude décisionnelle et la reconnaissance de l'importance de l'employé dans l'organisation.

La circulation de l'information doit s'effectuer autant au niveau organisationnel qu'au niveau individuel. L'information organisationnelle renseigne les employés sur les orientations et le fonctionnement global de l'organisation, alors que l'information de niveau individuel informe l'employé sur les aspects touchant directement son travail, lui permettant ainsi d'effectuer ses tâches de la meilleure façon possible[22].

Le fait d'établir des canaux de communication privilégiant la circulation efficace de l'information, tant verticalement (entre les paliers hiérarchiques) qu'horizontalement (entre les collègues de travail), et de tenir des réunions où les travailleurs ont l'opportunité d'exprimer leurs sentiments, leurs insatisfactions et leurs questionnements peut aider à diminuer le niveau d'insécurité et de tension psychologique. En effet, les employés ayant la possibilité d'exprimer leurs émotions et leurs insatisfactions, tant auprès de leurs supérieurs que de leurs pairs, ont plus de chance d'être satisfaits dans leur travail[22]. Les réunions multidisciplinaires permettent, entre autres, d'offrir un soutien par les pairs en renforçant l'aspect collectif du travail, ce qui joue un rôle majeur dans la protection de la santé psychologique au travail[55]. La communication en entreprise sert à diffuser de l'information, mais devrait également servir à écouter les employés.

Le concept de transparence au sein de l'organisation fait référence au fait d'être clair avec les employés sur les tenants et aboutissants d'un projet, les directions prises par l'organisation, etc. Cette transparence dans la diffusion est très appréciée, et évite les rumeurs et les doutes sur le contrôle de l'information. Celle-ci peut être effectuée de façon simple, et ce, en fournissant la même information à tous les membres du personnel, qu'ils soient gestionnaires ou employés[36].

PASSER À L'ACTION

- **Déterminer les besoins en matière de réunions d'équipe ;**
- **Formation aux cadres sur la gestion des réunions d'équipe comme moyen de faire circuler l'information ;**
- **Établir une politique claire concernant la diffusion de l'information ;**
- **Instaurer des mécanismes clairs et fonctionnels de communication bidirectionnelle.**

Projets

Projet du Réseau montréalais

***En route vers l'excellence : adaptation du modèle des hôpitaux magnétiques* – Hôpital Shriners pour enfants**

Certaines initiatives intéressantes ont été développées afin de favoriser la communication dans l'organisation. Voici quelques exemples d'initiatives entreprises :

- Assemblée générale mensuelle
- Bulletins d'informations internes et externes
- Partage de l'expertise à l'interne lors de conférences présentées par le personnel
- Portes ouvertes dans chaque service sur une base annuelle
- Groupes d'experts unidisciplinaire et pluridisciplinaire au niveau du système Shriners permettant le partage de meilleures pratiques clinico-administratives.

(Voir fiche nº 16).

5.2 Facteurs individuels

Les pratiques organisationnelles présentées précédemment constituent des outils ou stratégies auxquels les gestionnaires peuvent se fier pour améliorer le bien-être au travail et l'efficacité de l'organisation. Maintenant, il ne faut pas négliger qu'en dépit de conditions de travail adéquates, un employé peut ressentir un malaise psychologique ou du stress au travail. En effet, certains facteurs individuels peuvent influer sur la santé psychologique au travail, tels que la personnalité, l'âge, le sexe et les habitudes de vies.

5.2.1 L'influence de la personnalité sur la santé psychologique

Certaines personnes disposent de traits de personnalité qui peuvent ternir leur appréciation de l'expérience au travail. Il importe d'en tenir compte afin de faire la part des choses entre les mesures pouvant être entreprises par l'organisation pour favoriser la santé psychologique au travail, et les difficultés personnelles propres à l'individu. Diverses études ont démontré des relations entre certains traits de personnalité et la façon de réagir aux aléas de la vie personnelle et professionnelle.

Premièrement, une personne possédant un affect négatif est plus sensible aux stimuli négatifs de son environnement et est prédisposée à vivre des émotions telles la tristesse, l'anxiété, la culpabilité et l'hostilité. Au travail, lorsque ces individus perçoivent une situation comme étant injuste et inéquitable, ils deviennent plus méfiants et moins engagés vis-à-vis l'employeur. Ils sont plus susceptibles de quitter leur emploi que les personnes dont l'affect négatif est moins marqué[56].

Deuxièmement, le « centre de contrôle » de l'individu peut intervenir sur la perception des événements et des agents stressants. Le centre de contrôle fait référence au niveau de contrôle qu'un individu sent détenir sur ce qui lui arrive dans la vie. Ainsi, un individu qui dispose d'un centre de contrôle interne a le sentiment de maîtriser sa vie et les évènements. Inversement, la personne aux prises avec un centre de contrôle externe a l'impression de n'avoir aucun contrôle sur un événement donné[57]. Cette personne qui ne perçoit pas son contrôle sur les événements se sentira désespérée et, du coup, se prédispose à la dépression. De plus, plusieurs études ont démontré qu'un centre de contrôle interne réduirait la détresse psychologique.

Ainsi, les individus exposés aux mêmes conditions environnementales peuvent exprimer différentes réactions psychologiques, physiques et comportementales en fonction de leurs traits de personnalité.

5.2.2 Comment l'âge et le sexe jouent-ils un rôle auprès de la santé psychologique ?

Le sexe et l'âge des individus sont deux facteurs pouvant avoir une influence sur la santé psychologique. En effet, ces caractéristiques personnelles prédisposent les individus à une plus ou moins grande vulnérabilité psychologique.

Le risque de présenter un trouble dépressif majeur varie entre 10 % et 25 % chez les femmes, alors qu'il varie entre 5 % et 12 % chez les hommes. En effet, la littérature confirme que les femmes seraient généralement plus enclines à souffrir de détresse psychologique.

Deux hypothèses pourraient être retenues relativement à cette affirmation. La première suggère que les femmes seraient davantage exposées au stress de la vie quotidienne. Cela s'expliquerait par le fait qu'elles sont confrontées à des rôles sociaux plus nombreux et exigeants (conflit travail-famille), qu'elles occupent souvent des emplois où elles disposent de peu d'autonomie et qu'elles sont majoritaires dans des emplois très exigeants émotionnellement, tels que ceux reliés à la relation d'aide[22]. La seconde postule que la vulnérabilité des femmes aux prises avec le stress de la vie quotidienne serait plus élevée[58].

L'âge peut aussi avoir une influence sur l'apparition des problèmes de santé psychologique. Par exemple, l'âge moyen d'apparition de la dépression se situe aux alentours de 35 ans[22].

5.2.3 Quel est l'impact des habitudes de vie et de la dépendance sur la santé psychologique ?

De saines habitudes de vies peuvent améliorer la capacité d'adaptation des individus aux différentes contraintes du travail (Voir *Promouvoir les saines habitudes de vie en milieu de travail,* p. 138).

5

Inversement, les personnes faisant peu d'activités sociales en dehors du travail, qui négligent leur alimentation et qui ne font pas suffisamment d'exercice, diminuent leur capacité à s'adapter au stress[21]. Les principales habitudes de vie nuisant à la santé sont le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité et la consommation d'alcool[46]. L'acquisition et le maintien de ces habitudes de vie sont influencés par l'environnement physique, social et économique de l'individu, autant au travail qu'auprès de la famille, des amis et de la communauté. Au fil des ans, certaines personnes peuvent développer des habitudes malsaines susceptibles de nuire à leur vie professionnelle ou personnelle, et l'abandon de celles-ci leur demandera effort et persévérance.

Projet

Projet du Réseau montréalais

***Programme santé mieux-être* — Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement Gabrielle-Major**

Ce projet favorise la promotion de la santé, la satisfaction au travail, le mieux-être, la responsabilisation qu'exige une telle démarche, ainsi que les préoccupations liées à la qualité de vie des employés exprimées dans la culture organisationnelle et les valeurs des gestionnaires. Il a pour objectifs d'instaurer chez le personnel de saines habitudes de vies axées sur la santé physique et psychologique des individus, de favoriser l'éducation, la sensibilisation, l'acquisition d'habiletés et l'amélioration du cadre de travail du personnel en lien avec la santé et le mieux-être au travail et d'informer le personnel sur les meilleures pratiques et supporter leur démarche vers la santé et le mieux-être au travail. La dernière évaluation, réalisée en juin 2009, révèle que 78 % des répondants affirment que le programme a eu un impact sur leur santé et leur mieux-être.

(Voir fiche nº 2).

Les dépendances

L'état de dépendance est un état altéré de la santé psychologique qui comprend un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive : désir puissant de consommation du produit, difficulté à contrôler la consommation, poursuite de la consommation malgré la connaissance des effets nocifs pour la santé, effet de « manque » en cas de non-consommation et désinvestissement progressif des activités professionnelles, sociales et/ou familiales[59]. D'ailleurs, 39,6 % des Québécois affirment subir les conséquences négatives découlant de la consommation excessive d'alcool de l'un de leurs proches. Un petit nombre d'individus (4 %) rapportent cependant avoir des troubles concrets liés à leur prise d'alcool (problèmes de santé physique, financiers, relationnels, etc.). Bien que ces problèmes soient dérangeants, ils sont cependant jugés non répétitifs et ne causent généralement pas un degré de souffrance trop grand. Il en va autrement d'une autre tranche de la population (4 %), pour qui l'alcool cause plusieurs problèmes récurrents et entraîne une souffrance considérable, tant pour la personne elle-même que pour son entourage. On parle alors d'un diagnostic d'abus ou de dépendance envers l'alcool (CRPAT, 2004). La consommation problématique peut également entraîner des syndromes dépressifs et anxieux, et des séquelles cognitives sont fréquemment observées (CRPAT, 2004).

L'état de dépendance peut aussi se vivre sans substance, telle que la problématique du jeu pathologique définie dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), comme étant « une conduite de jeu répétée, persistante et inadaptée qui perturbe la vie personnelle, familiale ou professionnelle ». Au Québec, quatre adultes sur cinq rapportaient avoir joué à des jeux de hasard et d'argent (JHA) en 2001-2002[60]. De ce nombre, 0,8 % seraient considérés comme des joueurs pathologiques et 0,9 % représenteraient des joueurs à risques ou problématiques[60]. Ainsi, 1,7 % des adultes québécois s'adonnant aux JHA présenteraient potentiellement une problématique reliée aux JHA. Selon de nombreux auteurs, la dynamique des joueurs excessifs a souvent comme conséquence d'affecter les relations affectives, l'emploi, la santé financière de la famille, ainsi que la santé physique et mentale de la personne[61].

La stratégie à mettre en place par l'entreprise qui souhaite prévenir et prendre en charge les problèmes de consommations dans son milieu passe par l'élaboration d'une démarche collective, sans négliger la prise en

charge individuelle. Des actions d'information et de sensibilisation doivent ainsi être menées dans le but de faire tomber les idées fausses et les tabous sur les dépendances. Cette démarche sera davantage acceptée par le personnel si celle-ci est élaborée dans un esprit d'accompagnement et de soutien[59].

Du côté des interventions, différentes avenues sont possibles selon le besoin. Le programme de services offert dans la région de Montréal est réparti entre différentes instances : CSSS, centres hospitaliers, centres de réadaptation en dépendance, organismes communautaires ou privés certifiés. Les organisations peuvent ainsi diriger leurs employés vers des programmes de soins proposant des activités de soutien, de l'aide thérapeutique, de l'intervention en matière de jeu pathologique, de la désintoxication externe, de la réadaptation, des traitements de substitution, de l'aide à l'entourage ainsi que de la désintoxication interne en milieu hospitalier.

Un sommaire des ressources disponibles à Montréal est présenté en annexe.

SITES INTERNET ET LECTURES SUGGÉRÉS

Dépendances
Ce portail contient de l'information sur les problèmes de dépendances à l'alcool, aux drogues et au jeu. Il contient un répertoire de ressources publiques, privées et communautaires certifiées.
www.dependances.gouv.qc.ca

Formation Alcool et drogues en milieu de travail
Formation offerte par le Centre patronal en santé et sécurité du travail.
www.centrepatronalsst.qc.ca

Dufour, M, Roy, É. (2009). *La crise chez les joueurs de jeux de hasard et d'argent : au-delà de l'appel de détresse, les services novateurs qui y répondent,* Drogues, santé et société, volume 8, nº 2, p. 109-139.

Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et de jeu pathologique au Québec en 2002*, Rapport de recherche. Institut de santé publique et Université Laval.

Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, *Offre de services des CRPAT*, 2004.

Desrosiers, P., Ménard, J-M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les Centres de réadaptation en dépendance : Guide de pratique et offre de services de base*. Association des Centres de réadaptation en dépendance du Québec

Considérant le fait que des facteurs individuels peuvent nuire à la santé psychologique des employés, plusieurs organisations se dotent d'un programme d'aide aux employés (PAE). Il s'agit d'une initiative couramment utilisée afin d'assurer une bonne santé organisationnelle. Ce programme s'adresse aux employés souffrant de problèmes personnels, n'étant pas nécessairement causés par le milieu de travail et nuisant à leur rendement au travail. La International Employee Assistance Professionals Association donne la définition suivante d'un PAE : *Programme en milieu de travail visant à repérer et à résoudre les problèmes de productivité entraînés par des employés éprouvant des problèmes d'ordre personnel ou professionnel, notamment de santé, conjugaux, familiaux, financiers, d'abus d'alcool ou de drogues, légaux, émotionnels, de stress ou autres, susceptibles d'affecter leur rendement au travail*[62]. Son utilisation est souvent limitée aux interventions résultant d'un problème, bien qu'il puisse aussi s'avérer un outil de prévention efficace.

Outre le programme d'aide aux employés, d'autres actions peuvent être entreprises par l'organisation pour aider son personnel aux prises avec des problèmes d'ordre personnel.

PASSER À L'ACTION

- **Montrer clairement que l'organisation est ouverte à offrir du soutien aux personnes le nécessitant**
- **Encourager les gens à consulter lors de problèmes**
- **Inciter les gestionnaires à pratiquer l'écoute et à démontrer une attitude d'ouverture envers les employés**
- **Rester à l'affut des signes de démotivation au travail, de dépression ou de dépendances**

5 5.3 Facteurs communautaires et politiques

Il est évident que la société se préoccupe de plus en plus de la santé physique et psychologique de ses travailleurs. La dimension sociale et communautaire représente un facteur déterminant de la promotion de la santé lorsque l'on pense à l'accès aux services de santé et aux organismes communautaires, au logement et à l'éducation par exemple. Au niveau politique, l'établissement de lois, règlements et normes influence grandement la culture de promotion de la santé.

Afin de permettre aux entreprises de promouvoir la santé psychologique en milieu de travail, le bureau de la normalisation du Québec (BNQ) a émis une norme concernant la prévention, la promotion et les pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail[63]. (Voir le chapitre *La certification… un cadre pour l'action,* p. 44)

POUR EN SAVOIR PLUS

Grille d'identification des risques psychosociaux au travail
Michel Vézina, Carole Chénard, Groupe scientifique de l'INSPQ portant sur les effets des conditions et de l'organisation du travail
sur la santé
www.inspq.qc.ca

BRUN, J.-P. (2004). La santé psychologique au travail, de la définition du problème aux solutions, Trousse de prévention, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Québec, 2004

Programme Ça me travaille de la Fondation des maladies mentales
La Fondation des maladies mentales offre depuis 2003 le programme *Ça me travaille*, un programme de formation en prévention des problèmes de santé mentale en milieu de travail s'adressant aux employeurs, employés et pairs aidants des entreprises québécoises.

Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail
Université Laval
www.cgsst.com

Chaire sur l'intégration professionnelle et l'environnement psychosocial de travail
www.integration-travail.fse.ulaval.ca/

Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité
www.qwqhc.ca

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
www.inrs.fr

Le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP) a publié un bilan vulgarisé sur la qualité de vie au travail :
http://clipp.ca/?q=node/162

Références bibliographiques

1. Brun, J.-P. (2008). *Les 7 pièces manquantes du management : Une stratégie d'amélioration du bien-être au travail et de l'efficacité des entreprises*, Éditions Transcontinental et Fondation de l'entrepreneurship, 200 p.
2. Neboit, M., Vézina, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique*, Toulouse : Octarès Éditions, 310 p.
3. Vézina M. (2008). *La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique*, Santé publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France), Vol. 20, Suppl. 3, p. S121-8.
4. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, New York : Springer.
5. Aldwin, C.M. (1994). *Stress, coping and development : An integrative perspective*, New York, NY : The Guilford Press.
6. Clarke, S.G., Cooper, C.L. (2000). *The risk management of occupational stress*, *Health,* Risk and Society, Vol. 2, nº 2, p. 173-187.
7. Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New-York : Basic books Inc, 381 p.
8. Lupien, S. (2007). *Le travail vous stresse ? Combattez !,* Passeport santé.net, Dernière mise à jour le 3 décembre 2007, www.passeportsante.net
9. Brun, J.-P., et coll. (2003*). Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des mesures humaines,* IRSST et Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, Université Laval.
10. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2009*). Mieux gérer l'exposition professionnelle au stress en milieu hospitalier*, Ensemble en prévention, fiche nº 8, février 2009, 4 p.
11. Stephens, T., Joubert, N. (2001). *The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada*, Chronic Diseases in Canada, Vol. 22, nº 1.
12. Agence de santé publique du Canada. (2004). *Rapport nº 3 : Examen du conflit entre le travail et la vie personnelle et des contraintes qu'il exerce sur le système de santé canadien*.
13. Duxbury, L., Higgins, C. (2001). *Work-Life Balance in the New Millennium : Where Are We ? Where Do We Need to Go ?*, Work Network, Canadian Policy Research Networks.
14. Beaudoin, C., Fortin, D. (2010). *État de santé de la population québécoise : Quelques repères*, Direction de la surveillance de l'état de santé de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux
15. Statistique Canada. (2003). *Emploi et revenu en perspective*, Vol. 4, nº 3.
16. Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M. Lower, A. (2006). *Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital*. OEM, Vol. 63, nº 5, p. 335-342.
17. Brun, J-P., Dugas, N. (2002). *La reconnaissance au travail, une pratique riche de sens,* Tiré de Gestion, Vol. 30, nº 2, été 2005, p. 79-88.
18. Soares, A. (2003). *La santé mentale au travail : s'attaquer aux sources du problème*, Effectif, Vol. 6, nº 4.
19. Horenstein, M., Voyron-Lemaire, M-C., Lelievre, F., Kremer, N., Faucheux, J. (2002). *Le traumatisme vicariant : Étude sur une population de chefs d'établissement*, Convention de recherche entre la Fondation de la Mutuelle Assurance des Instituteurs de France et la Mutuelle générale de l'Éducation nationale.
20. Gentry, E., Baraknowsky, A.B., Dunning, K. (1997). *Accelarated Recovery Program For Compassion Fatigue*, Conférence présentée au Thirteenth Annual International Society For Traumatic Stress Studies, Montréal, Canada.

21. Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., Gaudet, M. (2006). *Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting*, Occupational and Environmental Medicine Journal, Vol. 63, nº 5, p. 335-342.

22. Brun, J.-P. (2003). *Les causes du problème/ Les causes de stress au travail,* Série La santé psychologique au travail… de la définition du problème aux solutions, Fascicule 2, Chaire en gestion de la santé et sécurité du travail dans les organisations de L'Université Laval.

23. Holt, R.R. (1982). *Occupational stress.* in L. Goldberg and S. Breznitz (ed.). Handbook of stress : Theorical and Clinical Aspects. New York : Free Press.

24. Burke, R.J. (1993). *Organizational-level interventions to reduce occupational stressors*, Work and Stress, Vol. 7, nº 1, p. 77-87.

25. Statistique Canada (2005). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

26. Bourbonnais, R., et coll. (2002). *Portrait global de l'environnement psychosocial au travail et la santé des intervenant(e)s de quatorze centres d'hébergement et soins de longue durée (CHSLD) de la région de Québec*, Recherche subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et la RRSSSQ.

27. Morin, E.M, Forest, J. (2007). *Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail*, Revue Gestion, Vol. 32, nº 2.

28. McLeroy, K., Gottlieb, N., Heaney, C. (2002). *Social health in the Workplace* (Chapter 17) in *Health Promotion in the Workplace*, Third edition, Delmar Thomson Learning.

29. Marchand, A., Demers, A., Durand, P. (2005). *Does work really cause distress ? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress.* Social Science & Medicine, Vol. 60, p. 1-14.

30. St-Arnaud, L. (2009). *Travail : « Faire plus avec moins » menace la santé mentale des employés*, Passeport Santé.net, www.passeportsante.net

31. Cormier, S. (2004). *Dénouer les conflits relationnels en milieu de travail*, Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université du Québec. Coll. « Communication, Groupes et Organisations ».

32. Eurogip. *(1998). La violence au travail dans les pays de l'Union : Une réalité à prendre au sérieux,* Eurogip infos, nº 20, juin 1998, p. 1-3.

33. Chouanière, D. (2006). *Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention*, Institut national de recherche et de sécurité, Documents pour le Médecin du Travail, nº 106.

34. Institut national de santé publique du Québec. (2009). *Grille d'identification des risques psychosociaux au travail*, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels. www.inspq.qc.ca

35. Ouellet, M., Gratton, P. (2004). *Les relations interpersonnelles au travail, une question de mieux-être*, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « Administration provinciale ».

36. Brun, J.-P., Biron, C., St-Hilaire, F. (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*, Produit par le Services des communications et des relations avec le milieu (SCRM) de la faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval.

37. Matteson, M. T., Ivancevich, J.M. (1987). *Controlling Work Stress : Effective Resource and Management Strategies*, San Francisco, CA : Jossey-Bass.

38. Simard, G., Doucet, O., Bernard, S. (2005). *Pratiques en GRH et engagement des employés : le rôle de la justice*, Relations industrielles/Industrial Relations, Vol. 60, nº 2, p. 296-319.

39. Siegrist, J. (1996). *Adverse health effects of high effort low-reward conditions*, Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 1, p. 27-41.

40. Niedhammer, I., Siegrist, J. (1998). *Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, Vol. 46, p. 398-410.

41. Siegrist, J. (2002). *Reducing social inequalities in health : work-related strategies*, Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 30 (suppl. 59), p. 48-53.

42. Frese, M., Semmer, N. (1986). *Shiftwork, stress and psychosomatic complaints*, Ergonomics, Vol. 29, p. 99-114.

43. Edwards, J, R., Rothbard, N, P. (2000). *Mechanisms linking work and family : Specifying the relationships between work and family constructs*, Academy of Management Review, Vol. 25, nº 1, p. 178-199.

44. Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S., Sutton, M. (2000). *Consequences associated with work-to-family conflict : a review and agenda for future research*, Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 5, nº 2, p. 278-308.

45. Duxbury, L., Higgins, C. (1998). *Work-life Balance in Saskatchewan : Realities and Challenges,* Regina : Gouvernement de la Saskatchewan.

46. Perreault, G. (2009). *Analyse exploratoire des approches de promotion de la santé des travailleurs des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et Centres hospitaliers de la région de Montréal, Direction de la santé publique,* Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

47. Higgins, C., Duxbury, L, Lyons, S. (2008). *Réduire le conflit entre le travail et la vie personnelle : Quoi faire ? Quoi éviter ?*, Santé Canada.

48. St-Onge, S., Renaud, S., Guérin, G., Caussignac, É. (2002). *Vérification d'un modèle structurel à l'égard du conflit travail-famille*, Relations industrielles/Industrial relations, Vol. 57, nº 3, p. 491-516.

49. St-Arnaud, L., St-Jean, M., Damasse, J., Darsigny, J. (2004). *La réintégration au travail à la suite de problèmes de santé mentale*. Centre d'expertise en gestion des ressources humaines.

50. Bernier, D. (1994). *La crise du burnout. S'en remettre, c'est refaire sa vie*. Montréal : Alain Stanké, 185 p.

51. Woodward, C., Shannon, H., Cunnigham, C., McIntosh, J., Lendrum, R., Rosenbloom, D., Brown, J. (1999). *The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital : A longitudinal study*, Medical Care, Vol. 37, nº 6, p. 556-569.

52. Burke, R., Greenglass, E. (2000). *Effects of hospital restructuring on full time and part time nursing staff in Ontario*. International Journal of Nursing Studies, Vol. 37, p. 163-171.

53. Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*, Montréal : Éditions Transcontinental et Les Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship, 213 pages.

54. Sutherland, V., Cooper, C.L. (2000). *Strategic Stress Management : An Organizational Approach*, London : MACMILLAN Business.

55. Cloutier, E., David, H., Ledoux, É., Bourdouxhe, M., Teiger, C., Gagnon, I., Ouellet, F. (2006). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

56. Ball, G.A., Trevino, L.K., Sims, H.P. (1993). *Justice and organizational punishment : Attitudinal outcomes of disciplinary events*, Social Justice Research, Vol. 6, nº 1.

57. Parent-Lamarche, A. (2008). *Une étude sur le rôle modérateur des traits de personnalité sur la relation entre les conditions de l'organisation du travail et la détresse psychologique,* Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal.

58. Drapeau, A., Rousseau, C., Boivin, J-F. (2002). *Mesure de la santé mentale dans une enquête longitudinale populationnelle*, Santé Mentale, Vol. 2, p. 89-120.

59. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). (2008). *Addictions et travail,* Dernière mise à jour 23/08/2008, www.inrs.fr

60. Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., SÉvigny, S., Hamel, D., Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et de jeu pathologique au Québec en 2002*, Rapport de recherche. Institut de santé publique et Université Laval.

61. Dufour, M, Roy, É. (2009). *La crise chez les joueurs de jeux de hasard et d'argent : au-delà de l'appel de détresse, les services novateurs qui y répondent,* Drogues, santé et société, volume 8, nº 2, p. 109-139.

62. Employee Assistance Profesionnals association (Association internationale des professionnels des programmes d'aide aux employés) www.eapassn.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=1

63. Bureau de la normalisation du Québec. *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail.* www.bnq.qc.ca/documents/9700-800_description_norme.pdf

Annexe – **Sélection de ressources disponibles à Montréal (Dépendances)**

À Montréal, des services de détection, d'intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation, d'orientation vers les services spécialisés et de suivi psychosocial sont offerts par les CSSS.

Les services de traitement de la dépendance aux opioïdes avec un traitement de substitution sont assurés par le Cran, en collaboration avec le service de médecine des toxicomanies du CHUM et le Centre de médecine familiale Hertzl de l'Hôpital général juif. La désintoxication en milieu hospitalier est effectuée majoritairement au CHUM alors que la désintoxication externe intensive et avec hébergement est effectuée par le Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) et la Maison Jean-Lapointe.

En plus des services d'accueil, évaluation et orientation, le CDC-IUD est mandaté pour offrir, en externe ou en interne des services réadaptation et d'intégration sociale aux personnes toxicomanes ou à haut risque de toxicomanie ainsi qu'aux personnes aux prises avec des problèmes de jeu pathologique. Il importe de noter que le Pavillon Foster offre ces mêmes services pour les personnes de langue anglaise de la région de Montréal.

Les services de soutien à l'entourage pour la clientèle qui a une consommation modérée relèvent des CSSS alors que les centres de réadaptation offrent des services de soutien à l'entourage des personnes dépendantes qui ont une consommation abusive.

Concernant le jeu pathologique, la Maison Jean-Lapointe assume l'intervention de crise au Casino de Montréal et dans les salons de jeu.

Plusieurs organismes communautaires et d'hébergement certifiés offrent, en complémentarité avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, une diversité d'activités et de services aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendances, dont les lignes d'écoute *Drogue, aide et référence* et *Jeu, aide et référence* qui peuvent notamment référer vers la ressource appropriée.

Lignes d'écoute

Drogue, aide et référence :
(514) 527-2626 Montréal et environs
1-800-265-2626 ailleurs au Québec
(24 heures – 7 jours)
Jeu, aide et référence :
Montréal : 514 527-0140
1 800 461-0140 / 1 866 SOS-J

Chapitre 2

AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DES TRAVAILLEURS ET LE RENDRE PLUS SÉCURITAIRE

Messages clés 96

1 Introduction 97

2 Définitions 97

3 Quelques données 98

4 Un premier portrait de votre établissement 100

5 Pour une compréhension plus fine des circonstances 102

5.1 Aspect multifactoriel des accidents 102
5.2 Évaluation des risques et intervention – La gestion intégrée des risques 103
5.3 Évaluation des risques et intervention – Ergonomie participative 104

6 Les principes à respecter 105

6.1 Vision globale de l'établissement 105
6.2 Respect des spécificités 105
6.3 La multiplicité des normes 105
6.4 Le non-respect des normes 106

7 Les types de risque et les moyens d'action 108

7.1 Les risques ergonomiques 108
7.2 Les risques biologiques 111
7.3 Les risques chimiques 112
7.4 Les risques physiques 114
7.5 Les risques psychosociaux 116

8 Après l'accident 120

8.1 Prise en charge de l'employé et enquête 120
8.2 Réintégration au travail 121

9 En complément : des exemples 123

Pour en savoir plus 124

Références bibliographiques 124

Annexe 1 – **Tableau des impacts humains et financiers d'un accident du travail** 128

Annexe 2 – **Taux de prévalence des lésions professionnelles en fonction des secteurs** 129

Annexe 3 – **Répartition des dossiers accidents du travail et maladies professionnelles en fonction des secteurs** 130

Annexe 4 – **Exemple de formulaire d'évaluation des risques** 131

Annexe 5 – **L'arbre des causes** 132

Annexe 6 – **Le modèle conceptuel de Haddon** 133

Annexe 7 – **Liste non exhaustive des lois et organismes relatifs au thème de la santé et sécurité au travail** 136

Messages clés

Considérer l'aspect multifactoriel des accidents dans l'évaluation des risques et la recherche de solutions. Les causes de tout accident sont généralement à rechercher dans plus d'une des catégories suivantes : personne, tâche, organisation du travail, environnement, équipement

Développer une vision globale et mettre en œuvre des actions « locales » (à l'échelle d'une unité ou concernant une catégorie spécifique d'employés)

Prendre en compte les spécificités de chaque contexte de travail

Éliminer les risques à la source plutôt que de devoir les gérer. En moyenne sur une année, le nombre de jours d'absence suite à un accident dans le secteur des hôpitaux généraux et hôpitaux de soins chirurgicaux au Québec correspond à 817 postes à temps complet

Ne pas culpabiliser les employés mais travailler en collaboration avec eux en les impliquant dans le processus

La formation seule ne suffit pas. La démarche entreprise doit être multistratégique et agir sur l'ensemble de la situation de travail (environnement physique, environnement organisationnel, sensibilisation…)

Les programmes de réintégration au travail doivent être flexibles, s'adapter aux besoins de l'employé concerné et se dérouler en concertation avec tous les acteurs impliqués

Si aucune modification n'est apportée aux conditions de travail, l'accident risque de se produire à nouveau

Introduction

1

« If you've ever wondered how people can manage to work with the sick and always stay healthy themselves, the answer is that they can't. »

– Stellman, 1977[1].[a]

Le domaine de la santé et sécurité au travail concerne les facteurs de risque de lésions professionnelles présents dans l'environnement de travail. L'objectif des activités qui s'inscrivent dans ce contexte est d'offrir aux employés des conditions de travail sécuritaires, et d'ainsi diminuer le nombre et la gravité des lésions professionnelles, soit les accidents de travail et les maladies professionnelles, de même que les séquelles pouvant en résulter.

Quel que soit le pays ou la région, le secteur de la santé et des services sociaux est l'un des secteurs où l'on retrouve le plus grand nombre d'accidents de travail.

Les conséquences de ces accidents sont les arrêts de travail (courts ou prolongés), l'évolution en maladie professionnelle, les mutations de poste ou les changements d'emploi[2]. Ceci a des répercussions sur la prise en charge des usagers, l'augmentation du sous-effectif, l'augmentation du roulement de personnel et l'augmentation des coûts (remplacement du personnel absent, indemnités). Les impacts humains et financiers d'un accident du travail sont détaillés à l'annexe 1.

Il a été observé que la présence d'un programme de prévention dans une entreprise est liée à une fréquence plus faible d'accidents. Afin d'être efficaces, ces programmes doivent proposer une approche intégrée de la prévention, c'est-à-dire offrir des activités diversifiées ayant pour objectif l'identification et la réduction des risques[3]. Ces activités comprennent la surveillance de la qualité du milieu de travail et des mesures d'entretien préventif des équipements, la mise en place de mesures permettant de respecter les normes et les règlements en matière de santé et de sécurité du travail ainsi que les normes d'hygiène et de sécurité spécifiques à l'établissement[3]. L'identification des moyens de protection individuels conformes aux règlements et adaptés aux besoins des travailleurs, l'apport d'améliorations à l'environnement de travail, l'enquête à la suite d'un accident, l'information et la formation des travailleurs en matière de santé et de sécurité du travail font également parti de ces activités de prévention[3].

Définitions

2

- **Risque**[4] **:** probabilité qu'un évènement pouvant causer des dommages se produise.
- **Accident**[4] **:** action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait-être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.
- **Incident**[4] **:** action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.
- **Conséquence**[4] **:** impacts sur la santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident.
- **Maladie professionnelle**[5] **:** maladie contractée par le fait, ou à l'occasion, du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail. Il est important de noter que le taux de reconnaissance par la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec (CSST) des maladies professionnelles (48 % en 2006) est plus bas que le taux de reconnaissance des accidents du travail (89 % en 2006)[6].

---

a « Vous êtes-vous jamais demandé comment on peut s'occuper de personnes malades et demeurer soi-même en bonne santé ? Ne cherchez plus la réponse, c'est impossible ! » Traduction issue de Yassi, A., Warshaw, LJ. (2000). *Les soins de santé : nature et problèmes de santé au travail, in* Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 3, Partie XVII, Chapitre 97.

2

Les principaux risques auxquels sont exposés les employés des établissements de santé sont généralement répartis selon les catégories suivantes[7, 8, 9, 10] :

- **Ergonomiques :** résultant principalement de certaines manutentions manuelles des patients, de certains déplacements d'appareils médicaux, d'activités effectuées dans des positions inconfortables ;
- **Biologiques :** tels que des infections provoquées par des blessures avec une aiguille ou une coupure (scalpel, autre instrument), un contact avec des déchets contaminés ou du linge souillé, un contact direct avec des patients infectés ;
- **Chimiques :** exposition aux désinfectants, aux produits de nettoyage, aux gaz anesthésiants ainsi qu'à certains médicaments ;
- **Physiques :** mauvaise ventilation, environnement chaud et humide, bruit, exposition aux rayonnements ionisants, risques électriques ;
- **Psychosociaux :** violence (incluant le harcèlement), stress.

Ces risques peuvent être amplifiés par l'attitude altruiste des travailleurs de la santé, qui consiste traditionnellement à faire passer en priorité les soins et le bien-être des patients, même aux dépens de leur santé et de leur bien-être. À cela s'ajoute le fait que des mesures importantes de protection et de prévention peuvent être oubliées ou délibérément omises en situation de grande urgence[11]. Par ailleurs, l'insuffisance d'effectif, la surcharge de travail, le manque d'encadrement ainsi que le stress généré par ces conditions peuvent également influer sur l'amplification des risques cités.

Les risques sont présentés de façon détaillée dans le paragraphe *Les types de risques*, p. 108.

3 Quelques données

Quel que soit le pays, le secteur de la santé et des services sociaux est identifié comme un secteur de travail dangereux[10]. En 2000, une personne sur trois (32 %) parmi les professionnels de la santé et assistants sociaux dans l'Union européenne, avait l'impression que son travail induisait des risques pour sa santé[10]. Dans la zone européenne, le taux d'accidents dans le secteur de la santé est plus élevé de 34 % que la moyenne européenne des autres secteurs[12].

Aux États-Unis, le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles est en augmentation dans le secteur de la santé. Le taux d'accidents du travail pour les employés du secteur de la santé est en croissance depuis les dernières années, alors que parallèlement deux des secteurs particulièrement à risque que sont l'agriculture et la construction sont maintenant plus sûrs qu'il y a dix ans[13].

Au Québec, pour les années 2000 à 2002, le secteur des services de santé et des services sociaux se situe au 9e rang (sur 19 rangs) pour le taux de prévalence (indicateur de risque/gravité) des lésions professionnelles indemnisées en fonction du nombre de travailleurs rémunérés en équivalent temps complet (ETC), avec un taux de prévalence à 7,6/00, juste au-dessous de la moyenne de l'ensemble des divisions économiques (8,3/00)[14]. Le tableau détaillé du classement est présenté à l'annexe 2.

Au Québec, en 2009, le secteur des services médicaux et sociaux se situait au 1er rang pour le nombre d'accidents du travail (15 591 accidents)[15]. Un tableau détaillant la répartition des dossiers pour lésions professionnelles ouverts en 2009 et acceptés par la CSST (accidents du travail et maladies professionnelles), en fonction du secteur d'activité économique et de la catégorie de lésion professionnelle, est présenté à l'annexe 3.

À Montréal, il y a en moyenne 3 000 lésions par année parmi le personnel de la santé et des services sociaux[16].

À titre indicatif, nous vous présentons le tableau 1 qui détaille les principaux risques de lésion pour le personnel des hôpitaux généraux et hôpitaux de soins chirurgicaux au Québec pour les années 1998 à 2007.

En moyenne sur une année, le nombre de jours d'absence suite à un accident dans le secteur des hôpitaux généraux et hôpitaux de soins chirurgicaux au Québec correspond à 817 postes à temps complet[b].

b Poste à temps complet : 1 820 heures rémunérées par an.

Tableau 1 – Principaux risques de lésion pour le secteur « Hôpitaux généraux et hôpitaux de soins chirurgicaux » au Québec pour les années 1998 à 2007[17]

FACTEUR DE RISQUE	FRÉQUENCE (%)	NBRE DE LÉSIONS AVEC ABSENCE	NBRE DE JOURS D'ABSENCE	MOYENNE DE JOURS D'ABSENCE	PROFESSIONS LES PLUS TOUCHÉES
EFFORT EXCESSIF	42,6 %	14 384	813 734	57	PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES
RÉACTION DU CORPS	18,1 %	7 082	345 123	49	INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES[I]
CHUTE AU MÊME NIVEAU	8 %	2 360	152 911	65	INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES[I]
VOIE DE FAIT/ VIOLENCE	7,9 %	1 664	150 554	90	INFIRMIÈRES DIPLÔMÉES[I]
AUTRES	23,5 %	N/D	449 210	N/D	N/D
TOTAL	**100 %**	**25 490**	**1 911 532**	**S.O.**	**S.O.**
MOYENNE PAR ANNÉE	**S.O.**	**2 832[II]**	**212 392**	**65,25[II]**	**S.O.**

[I] à l'exception des surveillantes

[II] les données de la catégorie « autres » ne sont pas intégrées dans le calcul

Effort excessif : s'applique aux cas, habituellement sans choc, où la blessure ou la maladie est imputable à un effort physique excessif dirigé vers l'agent causal. Les efforts excessifs peuvent comprendre l'action de soulever, de pousser, de tourner, de brandir, de tenir, de porter ou de lancer l'agent causal de la lésion.

Réaction du corps : s'applique dans les cas de blessures ou de maladies résultant d'un mouvement non répétitif du corps (sans effort), ayant imposé un stress ou une tension à une certaine partie du corps, de l'adoption d'une posture non naturelle ou de mouvements volontaires ou non attribuables à un bruit soudain, à la peur ou aux efforts faits pour se rétablir d'un dérapage ou d'une perte d'équilibre, ou encore de l'exécution par une personne de mouvements tels que marcher, grimper et se pencher, etc. lorsqu'un tel mouvement était en soi la cause de la blessure ou de la maladie (blessures aux muscles, tendons, ligaments et articulation, par exemple entorse, foulure, hernie).

Chute au même niveau : le mouvement de la personne était dû à l'attraction terrestre après une perte d'équilibre (la personne n'était pas en mesure de rester debout) et le point de contact à la fin de la chute était au même niveau ou au-dessus de la surface où se trouvait la personne au début de la chute.

Voie de fait ou violence : comprend les cas où un travailleur est blessé ou tombe malade par suite de voies de fait délibérées de la part d'une personne (ou de personnes), ou d'actions violentes et malfaisantes par une personne dans un but inconnu.

4 Un premier portrait de votre établissement

Voici les différents éléments à considérer au début de votre démarche, afin de vous faire une idée de la situation de votre établissement en matière d'environnement sécuritaire.

Les indicateurs :

Afin de procéder à un premier portrait de la situation, les indicateurs suivants peuvent être considérés[18, 19] :

- Le nombre d'accidents ;
- Le nombre de maladies professionnelles ;
- Les catégories d'emploi les plus concernées ;
- Les données sur la personne blessée : sexe, âge, profession, niveau hiérarchique ;
- Les circonstances de l'accident : date, heure, lieu, agent matériel ou humain associé, activité de la personne au moment de l'accident ;
- Les facteurs de risque de maladie professionnelle ;
- Les conséquences : type de blessure, gravité, nombre de jours d'arrêt ;
- Le nombre de déclarations d'actes de violence ;
- La récurrence des accidents, des maladies ou des actes de violence.

Ces indicateurs sont en général facilement accessibles, puisqu'ils sont déjà présents dans les différents tableaux de bord, rapports statistiques d'établissements, rapports de santé et sécurité au travail, etc.

Les rapports de la compagnie d'assurance ou le bilan des déclarations à la CSST peuvent également être consultés. La non-concordance des statistiques entre les différentes sources de données (données compilées à l'interne ou données traitées à l'externe) peut en partie être attribuable à la pratique existante de sous-déclaration des lésions professionnelles auprès de la CSST. On observe notamment que les employés victimes de lésions peuvent utiliser des jours de vacances à la suite de cette lésion plutôt qu'un arrêt maladie.

La comparaison des résultats avec les années précédentes, avec les normes en vigueur ou avec les résultats d'établissements comparables au vôtre pourra vous aider à dégager des priorités.

Par ailleurs, ces données statistiques peuvent être utilisées à d'autres fins, telles que[19] :

- Déterminer les changements dans la répartition et l'incidence des lésions professionnelles de façon à contrôler les progrès réalisés dans le domaine de la sécurité et à identifier éventuellement les risques nouveaux ;
- Informer les employeurs et les travailleurs des risques liés à leur travail et à leurs lieux de travail, de sorte qu'ils puissent prendre une part active à leur propre sécurité ;
- Évaluer l'efficacité des mesures de prévention ;
- Estimer les conséquences des lésions professionnelles, notamment en jours perdus ou en coût.

Pour compléter le portrait – L'évaluation des risques :

Afin d'obtenir des informations complémentaires aux statistiques, nous vous suggérons de privilégier les groupes de discussion ou focus groups qui vont vous permettre de mieux comprendre les circonstances exactes des accidents, et ainsi de mieux cerner les réelles difficultés auxquelles sont confrontés les employés. En effet, très souvent les accidents ne sont pas des accidents isolés, mais sont la conséquence d'un contexte de travail particulier qu'il est primordial de bien comprendre, afin que les modifications apportées aient un effet sur la diminution du nombre et de la gravité des accidents. Des informations sur les incidents peuvent également être recueillies, afin de mettre en place des mesures qui éviteront qu'un accident ne se produise.

L'évaluation des risques doit être faite de façon très précise pour chaque service, chaque titre d'emploi et chaque quart de travail (sans oublier les équipes travaillant au domicile des patients). En effet, les risques auxquels sont soumis les employés dépendent beaucoup de leur contexte de travail.

Un exemple de formulaire d'évaluation des risques est présenté à l'annexe 4.

Une attention particulière doit être portée à certains groupes de travailleurs, qui peuvent présenter des risques accrus d'accident : personnes présentant un handicap, travailleurs sans expérience, femmes enceintes ou allaitant, immigrants, employés avec des conditions de santé préexistantes, jeunes employés, employés âgés[20]. Pour plus d'information à ce sujet, nous vous invitons à vous référer au chapitre *Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail,* p. 158.

Finalement, les rapports d'enquête résultant d'un accident peuvent également être consultés, permettant d'apporter plus de précisions sur les circonstances entourant certains types d'accidents.

Afin d'obtenir plus d'information sur les domaines que vous avez identifiés comme étant prioritaires et d'élaborer votre plan d'action, nous vous conseillons de vous référer à la démarche proposée dans le chapitre *La démarche pour implanter des milieux de travail sains*, p. 20.

Les facteurs de réussite de la démarche doivent se retrouver dans votre plan d'action (démarche participative, multistratégique, intégrée, centrée sur la population cible…).

Renouveler l'évaluation des risques :

L'évaluation des risques devra être répétée de façon régulière, afin d'une part de s'assurer que les modifications introduites sont efficaces, et d'autre part que l'introduction de nouveaux éléments n'a pas entraîné de nouveaux risques. Ces nouveaux éléments peuvent être[21] :

- Le commencement d'un nouveau projet ;
- Un changement du processus de travail ou du déroulement des opérations ;
- Un changement ou un ajout d'outils, d'équipement, de machinerie (y compris la modification de leur emplacement ou de la manière de les utiliser) ;
- L'embauche ou l'arrivée de nouveaux employés ;
- Le déménagement dans un nouveau bâtiment ou une nouvelle aire de travail ;
- L'introduction de nouveaux produits ou substances chimiques ;
- L'obtention d'une nouvelle information sur un produit déjà utilisé.

Dresser l'inventaire des ressources existantes en relation avec le domaine de la santé et sécurité au travail

De nombreuses ressources existent dans les établissements, que ce soit à titre de comités (incluant également des comités syndicaux), de regroupements ou d'initiatives. La diversité des formes prises par les comités (composition, mandat, rôle…) est tellement importante, qu'il est impossible ici d'en faire la liste. Ces comités peuvent porter notamment sur les thèmes de la santé et sécurité au travail, de la gestion des risques, de la qualité, de la prévention des infections, de la gestion des matières résiduelles, etc.

Afin d'être intégré et cohérent, le plan d'action doit tenir compte de l'ensemble de ces mécanismes de régulation. À cet effet, il sera utile de procéder à un recensement des différents dispositifs de régulation, de préciser leur mission et leur hiérarchisation, afin d'avoir une vision globale de l'ensemble de cette dynamique et de comprendre la situation de chaque employé au sein de cet ensemble complexe. Les liens entre ces diverses ressources doivent également être explorés.

Le plan d'action doit venir clarifier et simplifier ce domaine, plutôt que d'être une source supplémentaire émettant de nouvelles normes et directives.

Cet exercice peut également permettre d'identifier les acteurs clés du domaine, afin de s'assurer de leur investissement dans la démarche (participation au comité de travail, diffusion de l'information auprès de leurs collègues).

LECTURE SUGGÉRÉE

Centre Canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2009). *Évaluation des risques*. www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/risk_assessment.html

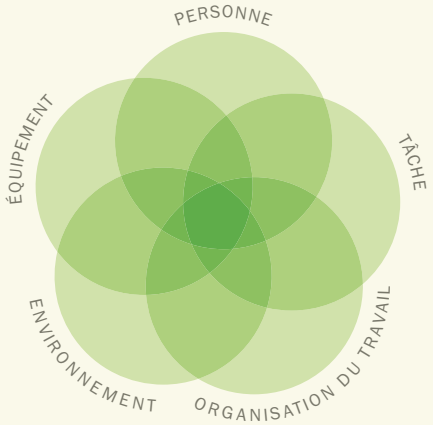
5 Pour une compréhension plus fine des circonstances

L'analyse des résultats obtenus suite au premier portrait de votre établissement va vous permettre de dégager vos priorités d'intervention, basées sur la gravité des lésions, leur fréquence et leur importance. Les priorités d'intervention peuvent concerner des groupes d'employés, des unités spécifiques, ou encore des types de lésions professionnelles. Afin de mieux comprendre les circonstances d'un accident, il est nécessaire de procéder à une évaluation plus détaillée qui va prendre en compte l'ensemble des facteurs concourant à la survenue d'un accident.

5.1 Aspect multifactoriel des accidents

Même dans le cas d'accidents apparemment très simples, il n'y a pratiquement jamais qu'une seule cause. Les notions de travail en urgence, de stress, de fatigue, d'expérience, d'organisation des locaux, de sous-effectif..., doivent également être prises en compte. De façon générale, les causes de tout accident peuvent être regroupées en cinq catégories : personne, tâche, organisation du travail, environnement, équipement[22, 23] (voir figure 1). Dans presque la totalité des cas d'accident, des éléments de plusieurs catégories sont en cause.

Figure 1 – Les causes d'accident dans l'organisation[c]



La sécurité dans l'exécution d'une tâche dépend des caractéristiques de chacun des éléments de la situation de travail. Voici un exemple des éléments qui peuvent être questionnés[22, 23] :

Personne : état physique et mental des personnes impliquées
- > Santé et caractéristiques physiques
- > État de stress
- > Compétences
- > Ancienneté
- > Collaboration de l'usager

Tâche : activité de travail
- > Nature du soin, de l'activité ou du déplacement
- > Méthode exigeant un effort ou non
- > Type d'effort

Organisation du travail : temps et organisation
- > Moment d'exécution de l'activité
- > Charge de travail
- > Seul ou en équipe
- > Politiques et procédures
- > Distribution des rôles
- > Supervision adéquate

Environnement : environnement physique au moment de l'accident et modifications récentes de cet environnement
- > Encombrement des locaux
- > Bruit environnant
- > Éclairage

Équipement : causes éventuelles associées à l'équipement utilisé
- > Prévenant ou non les efforts
- > Compatible avec l'environnement, la tâche à accomplir, l'employé et l'organisation du travail
- > Facilement accessible et en bon état

c **Schéma adapté de :** Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2007). *Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement.* www.asstsas.qc.ca et adapté de Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2006). *Enquête sur les accidents.* www.cchst.ca

D'autres outils

D'autres outils peuvent également être utilisés afin de mettre en évidence le caractère multifactoriel d'un accident.

> L'arbre des causes[24]

L'arbre des causes est un outil d'analyse des accidents mettant en évidence des causes effectives. Son utilisation, relativement simple, permet d'apporter des corrections immédiates à la situation, de traiter les causes profondes et de supprimer les risques potentiels similaires dans les autres secteurs de l'entreprise.

L'utilisation de cette méthode nécessite la constitution d'un groupe de travail (Voir annexe 5).

> Le modèle conceptuel de Haddon[25]

Ce modèle, un peu plus complexe à utiliser, pourra être employé dans des situations plus compliquées de survenue d'un accident, afin d'avoir une analyse plus détaillée et plus fine, permettant une meilleure compréhension des circonstances de l'accident (Voir annexe 6).

Projet

Projet d'ailleurs

***Approche individuelle des facteurs de risque des employés* – East Tallinn Central Hospital – Estonie**

Ce projet vise à promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire. Le but est d'une part de faire connaître à chaque employé les facteurs de risque auxquels il est personnellement exposé, et d'autre part de mettre en place des mesures de prévention dans tout l'hôpital, adaptées à chaque employé. Pour cela, le comité de travail a créé une « Carte individuelle des facteurs de risque » qui recense, pour chaque individu, les facteurs de risque spécifiques auxquels il est exposé. Cette carte est complétée par le service de l'environnement de travail, ainsi que par le médecin du travail. Le médecin du travail, lors des bilans de santé, émet des recommandations à chaque employé. Le superviseur immédiat est responsable de l'implantation et du suivi des recommandations.

(Voir fiche nº 17).

5.2 Évaluation des risques et intervention – La gestion intégrée des risques

La gestion intégrée des risques peut être définie comme un « processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et des sous-systèmes de l'organisation qui permet l'**identification**, l'**analyse**, le **contrôle** et l'**évaluation** des risques et des situations jugées à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à l'usager, au visiteur, au personnel, aux biens de ceux-ci et à ceux de l'établissement »[4].

Plusieurs outils sont disponibles, citons notamment le *Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux du Québec* (Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux), la norme *CSA Z1000-06 Gestion de la santé et de la sécurité au travail* (Association canadienne de normalisation – www.csa.ca), la norme *ISO 31000 : 2009* (Organisation internationale de normalisation – www.iso.org).

Ces outils proposent des démarches visant à permettre aux établissements d'améliorer leur rendement dans le domaine de la gestion en santé et sécurité au travail.

LECTURE ET SITE INTERNET SUGGÉRÉS

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). (2010). *Orientations pour une approche intégrée de la gestion des risques dans les établissements de santé et de services sociaux*, mars 2010. www.aqesss.qc.ca

Blogue de l'AQESSS sur la gestion des risques : sélectionner *grands dossiers* dans la section *activités*, puis choisir *qualité et gestion des risques.* www.aqesss.qc.ca

5 5.3 Évaluation des risques et intervention – Ergonomie participative

L'ergonomie participative peut s'inscrire dans un processus de gestion intégrée des risques. Il s'agit d'une démarche d'intervention dont de nombreuses études démontrent les effets positifs[26, 27]. Elle peut être mise de l'avant non seulement pour prévenir l'occurrence d'une lésion professionnelle, mais aussi pour favoriser le retour au travail d'un employé qui a subi une lésion. Elle implique des ergonomes et les travailleurs concernés dans la définition de leur situation de travail. Cette démarche fait appel à la participation des acteurs de l'établissement, notamment par la création de groupes hétérogènes (employés et ergonomes). Elle s'appuie sur la compréhension de situations de travail données, considérées comme étant à risque pour ceux qui y œuvrent. Elle vise l'implantation de changements qui sont de nature à réduire les risques, et cherche à rendre les acteurs de l'établissement capables d'exercer de manière plus ou moins autonome des actions de transformation visant la prévention des risques[26].

Cette démarche ne doit pas être utilisée de façon systématique, mais plutôt de façon spécifique par rapport à certaines problématiques complexes nécessitant une réorganisation importante du poste de travail.

Les caractéristiques de la démarche d'ergonomie participative[28]

- Mise en commun et confrontation de savoirs entre les ergonomes et les travailleurs ;
- Formation des travailleurs par les ergonomes sur les méthodes d'analyse ergonomique du travail ;
- Mise sur pied d'une structure d'intervention (comité de pilotage, groupe de travail) qui prévoit des mécanismes par lesquels les propositions de solutions des personnes impliquées sont soumises à un processus décisionnel, ainsi que des mécanismes de diffusion de l'information (structures de communication). Ainsi, les participants sont impliqués dans le diagnostic et les recherches de solutions, mais également dans leur implantation.

La démarche participative implique le transfert de connaissances et de méthodes des experts aux travailleurs, mais également des travailleurs aux experts. Les travailleurs ont une connaissance intime de leur tâche, qui cependant est en général tacite, peu organisée et peu formalisée. L'ergonome devra contribuer à faire émerger et à organiser les connaissances des travailleurs, afin que les étapes de diagnostic et de recherche de solutions soient les plus adaptées possible.

Les facteurs clés d'une démarche réussie d'ergonomie participative[29]

- Le groupe de travail doit être composé des membres appropriés ainsi que des acteurs clés à la démarche : travailleurs, supérieurs hiérarchiques, spécialistes ergonomes, représentant syndical, conseiller en santé et sécurité, chef du service concerné… ;
- Il est important d'identifier les facteurs facilitants et les entraves à la démarche (soutien de la hiérarchie, ressources humaines et financières disponibles…) ;
- Une formation sur les méthodes ergonomiques doit être offerte ;
- Le coordonnateur de la démarche doit être un « champion » dans son domaine ;
- Les responsabilités des participants doivent être clairement définies (diagnostic de la situation, définition des solutions, implantation et suivi) ;
- La prise de décision doit se faire sur un mode de consultation de groupe.

LECTURES SUGGÉRÉES

St-Vincent, M., Toulouse, G., Bellemare, M. (2000). *Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions*, Pistes, Vol. 2, nº 1, mai 2000.

St-Vincent, M., Tellier, C., Chicoine, D., Laberge, M. (2002). *Comparaison de l'implantation d'une démarche d'ergonomie participative et d'outils d'analyse du travail destinés aux tâches variées dans deux entreprises au contexte différent*, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Rapport R-306. www.irsst.qc.ca

Les principes à respecter

6

6.1 Vision globale de l'établissement

Afin que le plan d'action soit intégré et cohérent, il doit s'articuler non seulement avec les autres éléments qui influent sur l'aspect sécuritaire de l'exercice de la profession des différents employés, mais également avec la démarche générale de promotion de milieu de travail sain entreprise dans l'établissement. Le plan d'action doit également s'intégrer et être en cohérence avec les grandes orientations de l'établissement, et en partager l'approche.

Le plan d'action doit être global, intégré et en cohérence avec les différents éléments touchant au thème d'un environnement physique sécuritaire, ainsi qu'avec les grandes orientations de l'établissement.

6.2 Respect des spécificités

Particulièrement dans ce domaine, il importe d'avoir une compréhension fine de la réalité de travail des différentes catégories d'employés dans les différents services ou unités. Cette analyse va permettre de mieux comprendre les circonstances des accidents et les facteurs de risque de maladies professionnelles, et d'ainsi mieux cibler les actions à poser en fonction du contexte.

En effet, les risques auxquels sont soumis les employés sont très différents en fonction de leur titre d'emploi, de leur quart de travail et surtout en fonction du service dans lequel ils travaillent. Il est donc particulièrement important de respecter cette spécificité afin que les modifications apportées permettent de prévenir les lésions professionnelles.

Il est important que le plan d'action, bien que global, respecte les spécificités de chaque contexte de travail (en fonction du service, du titre d'emploi, du quart de travail).

6.3 La multiplicité des normes

L'exercice professionnel de chaque catégorie d'employés du réseau de la santé et des services sociaux est encadré par un grand nombre de lois, normes et directives, qui sont émises à différents niveaux et par différents organismes. L'aspect sécuritaire de l'environnement des travailleurs est également surveillé et contrôlé par différents groupes, associations ou commissions, qui s'assurent que le milieu dans lequel les employés évoluent offre toujours un niveau de sécurité élevé (incluant l'intégration sécuritaire de nouvelles techniques ou de nouvelles pratiques). Les employés du secteur de la santé et des services sociaux sont ainsi soumis simultanément à plusieurs règlementations, contrôles et surveillances.

Des lois, règlements et directives concernant le domaine de la santé et sécurité au travail sont émis à différents paliers décisionnels par différents types d'organisations. Soulignons par exemple, les interventions des gouvernements canadiens et québécois, des associations professionnelles nationales ou provinciales, des établissements

eux-mêmes ou encore celles de certaines de leurs unités, départements ou services. Une liste **non exhaustive** des différentes lois et des différents organismes susceptibles d'émettre des directives sur le thème de la santé et sécurité au travail est présentée à l'annexe 7.

Par ailleurs, au cours de leur formation (quel que soit le titre d'emploi), les futurs diplômés reçoivent des enseignements concernant la protection de leur intégrité physique. Nous pensons par exemple aux principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires pour les brancardiers, ou encore aux techniques relatives aux injections ou aux prélèvements pour le personnel infirmier.

Les ordres professionnels sont également vigilants quant à la protection de leurs membres, et émettent régulièrement des avis ou des directives concernant l'utilisation sécuritaire de nouveaux équipements ou instruments.

Certaines organisations américaines, telles que le *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), l'*Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) et l'*American Conference of Governmental Industrial Hygienists* (ACGIH), jouent aussi un rôle important dans l'émission de directives qui, même si elles sont principalement destinées au réseau américain, ont une influence sur le réseau québécois.

Des organismes internationaux tels que le Bureau international du travail de l'Organisation internationale du travail (agence de l'ONU) proposent également des directives relatives à la santé et à la sécurité au travail.

Finalement, les programmes de certification (Voir *La certification… Un cadre pour l'action,* p. 44) établissent eux aussi des normes, dont un certain nombre concernent le domaine de la santé et de la sécurité au travail, que les établissements doivent respecter afin d'être certifiés.

Le plan d'action doit veiller, dans la mesure du possible, à intégrer au maximum l'ensemble de ces directives. Il ne doit pas constituer une contrainte supplémentaire mais doit au contraire faciliter l'application des normes par les employés.

6.4 Le non-respect des normes

Nous consacrons une section spécifique au non-respect des normes, car ce type de comportement est souvent mal interprété.

D'une part, des années de recherche en psychosociologie nous apprennent que l'information seule ne suffit pas pour modifier des comportements. D'autre part, les raisons au non-respect des normes sont multiples, et dépendent souvent d'un contexte de travail ne favorisant pas leur respect.

Les employés ne doivent pas être culpabilisés, mais doivent au contraire être encouragés à participer en toute transparence à la démarche de réflexion engagée à ce sujet, afin que des solutions adaptées soient mises en place.

Voici une liste **non exhaustive** de différentes raisons pouvant expliquer le non-respect des normes, regroupées selon les principaux facteurs :

Facteurs organisationnels[30]

> Organisation du travail ne permettant pas le respect des normes (horaires pendant lesquels certaines procédures doivent être effectuées…) ;
> Gestion des ressources humaines (pas de possibilité de travail en équipe lors des techniques de manutention manuelle…) ;
> Manque de temps pour respecter la procédure ;
> Absence de procédure ;
> Circulation de l'information défaillante

- *Actions à envisager :*
  - En collaboration avec les employés concernés : recensement des difficultés rencontrées dans l'application des normes, réflexion collective

sur de nouvelles modalités d'organisation du travail permettant le respect des normes (incluant de trouver de nouvelles procédures plus rapides répondant aux mêmes critères de sécurité), définition des nouvelles modalités d'organisation
- Diffusion de l'information concernant les nouvelles pratiques auprès de tous les employés du service
- Offre de soutien ou de formation relativement à l'application des nouvelles pratiques.

Facteurs environnementaux

> Aménagement des locaux, du plan de travail (plan de travail encombré, chevauchement de la zone d'écriture et de la zone de préparation des plateaux de soins, poste de soins infirmiers situé au bout du couloir…);
> Matériel ou équipement non adapté (lit non réglable en hauteur, pas d'ouverture automatique des portes dans certaines zones…);
> Manque de matériel ou d'équipement adapté (absence de planche de transfert…);
> Règles contradictoires en provenance de différents organismes régulateurs;
> Règles non applicables dans certains environnements spécifiques
  - *Actions à envisager:*
    - En collaboration avec les employés concernés: recensement des difficultés rencontrées dans l'application des normes, réflexion collective sur l'élimination des risques à la source (remplacement de certains produits, modification de l'aménagement du plan de travail…), afin que l'environnement de travail facilite le respect des normes
    - Avec le soutien de la direction générale (notamment concernant l'achat de nouveaux équipements), apporter les modifications nécessaires
    - Diffusion de l'information concernant les nouvelles pratiques auprès de tous les employés du service
    - Offre de soutien ou de formation relativement à l'application des nouvelles pratiques ou à l'utilisation d'un nouvel équipement.

Facteurs personnels

> Méconnaissance ou oubli de la procédure;
> Personnel non persuadé de l'utilité de la procédure ou du risque encouru;
> Personnel inexpérimenté[30]
  - *Actions à envisager:*
    - Formations
    - Affiches de rappel
    - Semaine ou mois thématique
    - Présentation de statistiques sur les risques encourus
    - Activités de promotion
    - Réunions, rencontres
    - Parrainage, travail en binôme
    - Partage des connaissances: mise en place de « collectifs professionnels ».

Un collectif professionnel est un regroupement d'employés exerçants dans un même secteur. Ce collectif a pour but le partage des connaissances utiles en prévention à propos du métier, des clientèles difficiles et des techniques de soins. Son existence joue également un rôle de soutien, notamment lorsque les travailleurs sont isolés dans l'exercice de leur travail (soins à domicile, points de service nombreux et éloignés). Le collectif permet également aux travailleurs de développer des stratégies collectives de travail ainsi que des règles communes[30].

Afin de répondre à ces différents besoins, il peut aussi être envisagé de nommer, dans chaque service, un « référent » en santé et sécurité qui appartiendra à la catégorie d'employés visés. Ce référent pourra alors communiquer directement avec ses collègues, répondre à leurs questions en cas d'oubli d'une procédure, ou encore transmettre au supérieur hiérarchique certaines problématiques. En effet, les conseils sont souvent mieux acceptés et suivis lorsqu'ils sont émis par un pair respecté. Par ailleurs, les stratégies choisies seront d'autant plus efficaces que les employés ciblés auront eu la possibilité de s'impliquer dans la démarche.

À ce stade, nous vous invitons à vous référer au paragraphe *Le changement*, p. 26, afin de mieux appréhender cette problématique.

6

Importance d'éliminer les risques à la source.

Importance de chercher, en collaboration avec le personnel concerné, les meilleures solutions disponibles pour prévenir les accidents (incluant les meilleures solutions techniques disponibles).

Activité inspirante

Sensibilisation à la prévention **– Résidence Berthiaume-Du Tremblay – Montréal**

Prix Innovation en santé et sécurité du travail CSST 2007

Problème à résoudre : Le Comité de santé et de sécurité du travail notait que les employés du service alimentaire et les préposés aux bénéficiaires étaient moins enclins à prendre les mesures qui pouvaient éviter des accidents du travail.

Mesures préventives et résultats : En 2007, les membres du comité ont organisé une journée de sensibilisation à la prévention appelée *Carrousel d'information*. Depuis 1999, aucune activité de ce type n'avait été tenue par l'organisme. Au cours de cette journée, l'accent a été mis sur les bonnes méthodes de travail à adopter pour éviter les accidents. Par exemple, ne faire qu'une activité à la fois, répartir la vaisselle dans les différents bacs plutôt que d'en remplir seulement un, etc.

www.csst.qc.ca/asp/innovation/plan.html

7

Les types de risque et les moyens d'action

7.1 Les risques ergonomiques

Définition

Les risques ergonomiques sont principalement présents lors des activités de manutention manuelle des patients, de déplacement d'appareils médicaux et de travail effectué dans des positions inconfortables.

Les principales lésions observées sont des troubles musculosquelettiques (TMS) du dos et des membres supérieurs (principalement les épaules et les poignets).

Les TMS correspondent à des atteintes des structures articulaires et périarticulaires dans lesquelles plusieurs tissus aux propriétés différentes peuvent être touchés. Ils couvrent une large gamme de lésions de l'appareil locomoteur, telles que[31] :

- Tendinopathies (inflammations des tendons) ;
- Myalgies (douleurs et troubles fonctionnels des muscles) ;
- Compression des nerfs (syndrome canalaire) ;
- Atteintes dégénératives de la colonne vertébrale (nuque et région lombaire) notamment pour les travailleurs pratiquant la manutention manuelle ou des tâches physiques pénibles.

Ces troubles apparaissent généralement de façon progressive, après une exposition prolongée à des facteurs de risque liés au travail, tels que postures contraignantes, tâches monotones et répétitives, efforts physiques, organisation du travail et méthodes de travail inadaptées, et port de charges lourdes[31].

À noter : certaines études démontrent le lien existant entre le phénomène d'incapacité chronique résultant d'un accident du travail ayant entraîné une lombalgie, et des facteurs psychosociaux tels que le stress[32].

La législation québécoise en matière d'indemnisation permet la reconnaissance des TMS à titre de maladies professionnelles et aussi comme conséquence d'un accident du travail, mais dans les deux situations la réclamation sera souvent contestée[6]. Par ailleurs, les TMS sont connus pour être l'objet d'une sous-déclaration importante[6].

Quelques données

Entre 2003 et 2006, 75 % des maladies indemnisées par la CSST pour les travailleurs prestataires de soins dans le réseau de la santé et des services sociaux l'ont été pour des TMS. Trois catégories d'emploi cumulent 82 % des TMS : les préposés aux bénéficiaires, les infirmières diplômées (à l'exception des surveillantes) et le personnel spécialisé et auxiliaire des soins infirmiers et thérapeutiques[16].

En moyenne, sur les années 2005 à 2008, 44,4 % des lésions professionnelles subies par les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux sont des affections vertébrales[33].

En moyenne, sur les années 2005 à 2008, la durée d'indemnisation des affections vertébrales est de 57 jours[33].

Pour les années 2005 à 2008, les deux professions pour lesquelles il y a le plus d'affections vertébrales par rapport à l'ensemble des lésions professionnelles associées à ces mêmes professions sont les infirmières auxiliaires diplômées et les travailleurs du secteur « autre personnel médical »[33].

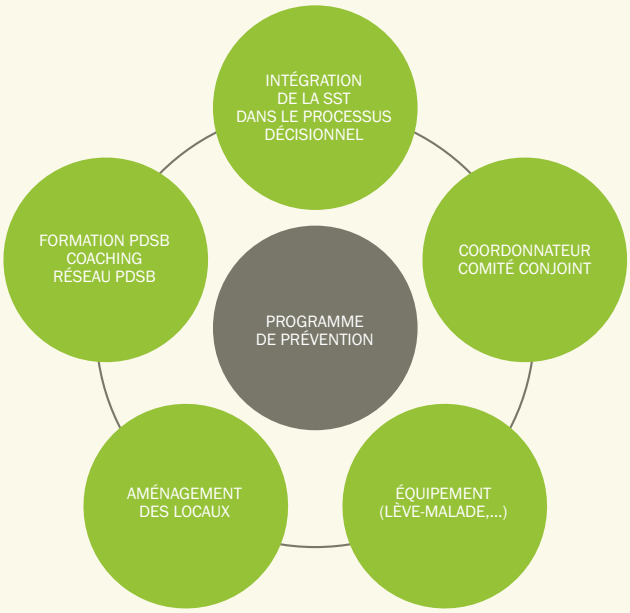
PASSER À L'ACTION

Toutes les études le démontrent, la formation aux méthodes sécuritaires de manutention manuelle n'a aucun impact sur la baisse des accidents de travail, lorsqu'elle est réalisée dans un contexte isolé[34]. Afin d'obtenir une baisse du nombre d'accidents du travail liés au déplacement des bénéficiaires, il est nécessaire de mettre en place une démarche multistratégique qui va agir sur l'ensemble de la situation de travail.

Par ailleurs, les activités de formation doivent être fréquemment offertes afin d'une part de prévenir les oublis, et d'autre part de s'assurer que les nouveaux employés soient formés.

Par exemple, un programme de prévention des TMS peut inclure les composantes présentées à la figure 2.

Figure 2 – Les composantes d'un programme de prévention des TMS[35]



SST : Santé et sécurité au travail
PDSB : Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires

7

Projet

Projet d'ailleurs

***Prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) auprès du personnel infirmier et soignant* – East Tallinn Central Hospital – Estonie**

Ce projet a pour but la prévention des TMS auprès du personnel infirmier et soignant qui pratique des techniques de manutention manuelle des bénéficiaires. Plusieurs activités ciblées ont été mises en place. Des ateliers d'apprentissage des principes sécuritaires de manutention manuelle ont été offerts au personnel de chaque service, en ciblant les techniques les plus adaptées à leurs problématiques. Ces formations sont offertes régulièrement afin de s'assurer que l'ensemble du personnel soit formé, et également afin d'actualiser les apprentissages en fonction de l'avancée de la recherche à ce niveau. Par ailleurs, de nombreuses modifications de l'environnement physique ont été réalisées, telles que le remplacement des baignoires par des douches, l'installation de rampes sur les murs dans les couloirs ou encore l'achat de lits ajustables électriques.

(Voir fiche nº 18).

Activité inspirante

***Sac « césarienne » pour réduire le volume et le poids des charges à soulever* – Le Pavillon des Seigneurs (Résidence Mance-Décary) – Montréal**

Prix innovation en santé et sécurité du travail CSST 2005

Problème à résoudre : en soulevant des sacs de linge souillé, les travailleurs se blessaient au dos et aux épaules.

Mesures préventives et résultats : Le comité de santé et de sécurité a mis au point différents prototypes de sacs avant de proposer le sac « césarienne ». Ce sac a ceci de particulier : la quantité de linge souillé qu'on peut y déposer étant limitée, son poids et son volume sont forcément moindres. Les sacs de linge souillé sont moins lourds. Par conséquent, on constate une diminution des accidents du travail.

www.csst.qc.ca/asp/innovation/plan.html

Les chutes[36]

Les chutes ou quasi-chutes représentent en moyenne 13,8 % des accidents dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le nombre de ces évènements et les coûts qui y sont associés sont en constante augmentation. Les lésions touchent particulièrement les membres inférieurs et le dos. La durée moyenne d'absence, quel que soit le type de chute, est supérieure à 50 jours. Les chutes représentent un type d'accident du travail qui touche tous les employés. L'agent causal le plus répertorié est le plancher, mais la présence d'obstacles est à considérer, de même que les escaliers et l'utilisation d'escabeaux ou d'échelles.

LECTURE SUGGÉRÉE

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2009). *Colloque ASSTSAS, Tous mobilisés pour la santé*, Objectif prévention, Vol. 32, nº 4.
www.asstsas.qc.ca

7.2 Les risques biologiques

Définition

Les facteurs de risque biologiques sont des organismes vivants, généralement identifiés selon trois catégories : les micro-organismes, les plantes et les animaux[37]. Dans la présente section, nous ne mettons l'accent que sur les micro-organismes. Ceux-ci regroupent principalement les virus, les bactéries, les parasites et les champignons[37]. Les voies de pénétration les plus usuelles sont la peau (et plus particulièrement si elle est endommagée), les voies respiratoires et les voies digestives. Les virus, les bactéries et les parasites peuvent entraîner des infections en pénétrant dans l'organisme[37].

Les maladies suivantes, citées par ordre de fréquence, sont dans le monde entier les plus importantes maladies infectieuses professionnelles chez le personnel de santé : hépatite B (transmission par le sang), tuberculose (transmission par voie aérienne), hépatite C (transmission par le sang), hépatite A (transmission par les selles)[38]. Les maladies infectieuses professionnelles suivantes sont également importantes : virus de l'immunodéficience acquise (VIH/sida), varicelle, rougeole, oreillons et rubéole[38].

Le personnel peut aussi entrer en contact avec des organismes résistants aux antibiotiques, comme le germe de la tuberculose multirésistante (TB-MR), le staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), etc[7].

Les blessures par piqûre d'aiguille sont une voie importante de transmission de certaines maladies infectieuses, notamment les hépatites B et C et le VIH/sida[39].

Précision

Nous n'aborderons pas dans ce chapitre tous les moyens de prévention des maladies infectieuses qui sont utilisés par le personnel des différents établissements (lavage des mains, désinfection des surfaces, port d'équipement de protection individuelle, vaccination…), car tous ces éléments sont régis par de nombreuses normes, règlementations et protocoles.

Concernant les risques liés à une mauvaise gestion des matières résiduelles, et notamment des déchets biomédicaux, nous vous conseillons de vous référer au paragraphe *La gestion des matières résiduelles*, p. 187.

Pour la section pratique, nous vous proposons l'exemple des blessures avec une aiguille, dont la démarche peut être reprise pour d'autres problématiques.

PASSER À L'ACTION

L'exemple des blessures avec une aiguille[39]

Malgré la publication de lignes directrices et l'implantation de programmes de formation, les blessures par piqûre d'aiguille demeurent un problème important, surtout que plusieurs études ont démontré qu'il est possible de se blesser avec une aiguille à toutes les étapes de son utilisation, de son démontage ou de son élimination.

La conception de l'équipement, la nature de l'acte médical, les conditions de travail, l'expérience du personnel, la décision de recapuchonner ou non et l'accessibilité des dispositifs d'élimination des aiguilles sont autant de facteurs qui influent sur l'occurence de ce type d'accident.

La meilleure façon de protéger les travailleurs contre les maladies infectieuses pouvant être transmises par les piqûres d'aiguilles consiste à développer, en collaboration avec le personnel concerné, un programme complet et multistratégique de prévention des blessures par piqûre d'aiguille comprenant notamment les activités suivantes :

- **Formation des employés ;**
- **Diffusion et mise à jour des lignes directrices visant l'exposition à tous les agents pathogènes transmissibles par le sang ;**
- **Apprentissage des méthodes sécuritaires de recapuchonnage ;**
- **Mise en place de mécanismes d'élimination des aiguilles efficaces et faciles d'utilisation ;**
- **Élaboration d'un programme de surveillance ;**
- **Innovation continue : meilleure conception de l'équipement ;**
- **Accompagnement des employés.**

7

Si la participation active des soignants est un élément important de réussite de tout programme de prévention, l'adhésion des utilisateurs constitue un facteur décisif, qui est malheureusement souvent négligé[40].

Activité inspirante

Pas compliquées, les affiches PA SI-SALÉ – CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – Montréal

Prix du jury 2008 au concours Pleins feux sur l'innovation de l'ASSTSAS

Le contrôle et la prévention des infections constituent des défis de taille. Au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, un projet original, le « PA SI-SALÉ » a été conçu à l'intention du personnel des soins et de celui de la salubrité. En effet, ceux-ci sont de plus en plus confrontés aux problématiques infectieuses. De plus, il s'avère souvent difficile de rejoindre tous les employés compte tenu des horaires atypiques. Le projet, fruit d'une collaboration étroite entre la Direction des soins infirmiers (SI) et le Service de salubrité (SALÉ), vise à uniformiser les outils d'information et d'intervention concernant les précautions additionnelles (PA) aux pratiques de base. L'équipe a donc produit une affiche qui présente des pictogrammes et un code de couleurs. L'information est organisée selon le mode de transmission et indique les actions préventives à adopter. De même, des affichettes aimantées ont été conçues et sont apposées aux portes des chambres des résidants en isolement.

www.asstsas.qc.ca/evenements/concours-pleins-feux-sur-linnovation.html

7.3 Les risques chimiques

Définition

L'exposition à des produits chimiques potentiellement dangereux est une réalité quotidienne pour le personnel de la santé. En effet, de très nombreux produits chimiques sont utilisés par des catégories différentes de travailleurs, dans des lieux différents (voir tableau 2).

Tableau 2 – Catégories de produits chimiques rencontrés selon les différents secteurs des établissements de soins[11]

TYPES DE PRODUITS CHIMIQUES	LIEUX D'UTILISATION (LES PLUS FRÉQUENTS)
DÉSINFECTANTS	SERVICES D'HOSPITALISATION
STÉRILISANTS	SERVICE DES APPROVISIONNEMENTS BLOCS OPÉRATOIRES CABINETS DE MÉDECINS CENTRES DE RÉÉDUCATION
MÉDICAMENTS	SERVICES D'HOSPITALISATION PHARMACIE
RÉACTIFS DE LABORATOIRE	LABORATOIRES
PRODUITS DE NETTOYAGE ET D'ENTRETIEN	L'ENSEMBLE DE L'ÉTABLISSEMENT
INGRÉDIENTS ET PRODUITS ALIMENTAIRES	CUISINE CAFÉTÉRIA
PESTICIDES	L'ENSEMBLE DE L'ÉTABLISSEMENT

Quelques données

La grande majorité des produits chimiques couramment utilisés dans les établissements de santé ne sont pas spécifiquement pris en compte dans les normes d'exposition professionnelle nationales et internationales. En réalité, très peu d'efforts ont été faits jusqu'ici pour identifier les produits chimiques les plus souvent mis en œuvre et encore moins pour étudier les mécanismes et l'intensité des expositions à ces produits et l'épidémiologie de leurs effets sur les personnels de santé[11]. Cependant, de nombreux pays élaborent actuellement des dispositions législatives sur le droit à l'information, et notamment le Canada, avec le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT)[11].

Le SIMDUT est un système général qui offre de l'information sur l'utilisation sécuritaire des matières dangereuses dans les milieux de travail canadiens. Il constitue la norme nationale canadienne en matière de communication des renseignements sur les dangers. Ce système comprend trois composantes :

- L'étiquetage de toutes les substances dangereuses avec des étiquettes normalisées indiquant la nature du risque ;
- L'établissement de fiches signalétiques spécifiant la composition, les risques et les mesures de réduction des risques pour chaque substance ;
- La formation des travailleurs pour qu'ils puissent comprendre les étiquettes et les fiches signalétiques et utiliser le produit sans risque.

PASSER À L'ACTION

La grande diversité des substances chimiques présentes dans les établissements de santé et la multitude de lieux où elles sont employées impose une démarche systématique. Une approche produit par produit de la prévention des expositions et de leurs effets nocifs se révèlerait inefficace pour un problème de cette ampleur.

Appliquer les principes généraux de la maîtrise des risques chimiques :

- 1re étape : identifier le risque
  - Connaissance des propriétés physiques, des constituants chimiques et des propriétés toxicologiques des produits chimiques en question.
- 2e étape : caractériser le risque
  - Quel est le type de risque présenté (cancer, allergène…), effets irritants à court terme…
- 3e étape : évaluer l'exposition réelle
  - À la suite d'une discussion avec les groupes d'employés utilisant ce produit ;
  - Grâce au recours à un hygiéniste industriel qui procèdera à des méthodes précises d'échantillonnage.

Organiser un programme de surveillance des produits chimiques dans les hôpitaux :

- Statistiques sur les expositions ;
- Statistiques sur les déversements accidentels de produits ;
- Nature des plaintes (odeur inhabituelle, irritation des yeux…) ;
- Nombre et nature des cas cliniques (dans un secteur ou chez une catégorie professionnelle donnée) ;
- Traçabilité et contrôle du cycle de vie des produits.

Des améliorations peuvent également être apportées à la source, en procédant à une sélection judicieuse des produits utilisés (notamment les peintures, les produits de nettoyage et d'entretien, les pesticides, …), afin d'en réduire l'impact sur la santé des employés. Pour plus d'information à ce sujet, nous vous conseillons de vous référer aux chapitres *Les activités de construction et de rénovation,* p. 190 et *Les approvisionnements écoresponsables,* p. 192.

7

Projet

Projet d'ailleurs

***La gestion des médicaments dangereux au CHUS – Pourquoi et comment* – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Sherbrooke**

Colloque 2010 de l'ASSTSAS, *La prévention, comme la magie, ça s'apprend!*

En janvier 2005, suite à la publication d'un rapport du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), le chef de santé et sécurité au travail saisi l'ampleur du décalage entre les données scientifiques (il est possible d'être exposé tout au long du circuit du médicament dans l'hôpital), le niveau des mesures de protection en place et la compréhension du sujet par les employés du CHUS (seuls les employés travaillant au centre de chimiothérapie et à la pharmacie d'oncologie se sentent concernés). Un comité d'implantation est mis en place, bénéficiant de l'appui formel de la Direction. Différentes activités sont menées : publication d'un manuel des politiques et procédures pour la manipulation sécuritaire des médicaments dangereux, formation du personnel à risque, interventions sur le terrain à la demande, surveillance environnementale, soutien aux équipes de travail, mise à la disposition d'outils facilitant l'application des normes. La surveillance environnementale, la mise à jour des procédures et l'évaluation des besoins de formation sont des activités réalisées en continu.

(Voir fiche nº 19).

7.4 Les risques physiques

Les risques physiques auxquels le personnel peut être exposé sont nombreux. Pour chaque type de risque, nous vous présentons les éléments les plus pertinents qui s'y rattachent. Il peut s'agir de stratégies de prévention, d'outils de surveillance ou d'informations sur les conséquences du risque.

Pour chaque type de risque, il est primordial que les employés concernés soient impliqués dans le processus d'évaluation des besoins et de recherche de solutions. D'une part car ils sont les acteurs les mieux placés pour identifier correctement les sources de risque ainsi que les mesures correctives, et d'autre part car la réussite de la démarche dépend de leur adhésion aux nouvelles mesures.

Les différents risques physiques[42, 43] :

> **Risques électriques**
- Importance de réaliser des inspections régulières, afin de s'assurer que les installations électriques sont conformes aux normes et aux règlements en matière de sécurité ;
- Mettre en place des formations régulières auprès des employés, sur l'utilisation sécuritaire des appareils et équipements électriques.

> **Chaleur**

Surveiller les secteurs :
- Dans lesquels la température est habituellement la plus élevée : chaufferie, buanderie et cuisine ;
- Situés dans des bâtiments anciens dans lesquels les systèmes de ventilation et de climatisation peuvent être moins performants ;
- Dont la température varie fortement entre les mois d'été et d'hiver ;
- Dans lesquels le personnel doit porter des vêtements de protection (masques, blouses, gants, équipements de protection intégrale).

> **Bruit**
- Outre des atteintes de l'audition, un niveau sonore élevé peut entraîner des maux de tête, une irritabilité accrue, une difficulté à communiquer avec les collègues, une capacité de travail réduite, ainsi qu'une difficulté accrue par rapport à des tâches exigeant de la vigilance, de la concentration et de la minutie ;
- Mesurer le niveau sonore des secteurs dans lesquels des machines génèrent des niveaux de bruit importants (chaufferie, buanderie, locaux techniques…), mais également les unités de soins, les bureaux (imprimantes), les laboratoires, etc.

> **Mauvaise ventilation**
  - Importance d'inciter le personnel à signaler toute réaction d'irritation n'apparaissant que sur le lieu de travail (maux de gorge, écoulement nasal, larmoiement).

> **Fumée de laser**
  - Au cours d'une intervention chirurgicale, la destruction thermique de tissus par un laser ou par un appareil d'électrochirurgie dégage de la fumée qui peut contenir des gaz et des vapeurs toxiques, des bioaérosols, du matériel cellulaire mort et vivant, des virus. À fortes concentrations, la fumée provoque des irritations des yeux et des voies aériennes supérieures chez le personnel de santé et peut entraîner des problèmes visuels chez le chirurgien ;
  - Nécessité de contrôler régulièrement les filtres et les capteurs du système de ventilation des blocs opératoires.

> **Rayonnements ionisants**

S'assurer du respect des consignes de sécurité :
- Dans les secteurs désignés : radiothérapie, médecine nucléaire, laboratoire radiopharmaceutique…
- Dans certains secteurs non désignés tels que les unités de soins intensifs, les urgences, les blocs opératoires, les services dans lesquels sont utilisés des appareils à rayons X mobiles ;
- Auprès du personnel d'entretien ménager.

> **Rayonnements non ionisants**
  - L'exposition de la peau à la lumière ultraviolette provoque des brûlures, un vieillissement cutané et augmente le risque de cancer de la peau ; l'exposition des yeux peut causer une conjonctivite passagère ;
  - La meilleure méthode de prévention réside dans l'éducation et le port de lunettes protectrices teintées.

> **Éclairage**
  - S'assurer que chaque employé, quel que soit le secteur dans lequel il travaille (bloc opératoire, bureau, buanderie…), bénéficie d'un éclairage suffisant pour accomplir sa tâche dans les meilleures conditions.

Architecture, ergonomie et conditions de travail

La conception architecturale des bâtiments et des unités, ainsi que les habitudes de travail prises par les employés, peuvent contribuer à détériorer les conditions de travail de même que les soins offerts aux patients, en induisant de nombreux dysfonctionnements : pertes de temps, chevauchement de différentes zones de travail (préparation des soins, décontamination, stockage de matériel propre, stockage de déchets, écriture-rédaction), fautes d'asepsie, augmentation du délai d'intervention, perte de prélèvements, perte de fax, etc.

Devant ces constats, il est important de mener des activités de réflexion concernant l'ensemble du personnel d'une unité ou d'un service, afin que chacun puisse faire entendre ses préoccupations. Les modifications apportées par la suite doivent être acceptées par tous, et doivent respecter les conditions de travail de chacun. De nombreuses améliorations des conditions de travail peuvent ainsi être réalisées, uniquement en modifiant l'organisation de l'espace de travail.

Penser aux secteurs non concernés traditionnellement par les risques identifiés, ainsi qu'à tous les groupes d'employés qui peuvent être touchés (employés d'entretien ménager notamment).

Activité inspirante

Réaménagement et réorganisation du service des urgences – **Institut de cardiologie de Montréal – Montréal**

Prix innovation en santé et sécurité du travail CSST 2005

Problème à résoudre : La multiplication des contraintes auxquelles était soumis le personnel du service des urgences, par exemple l'encombrement des lieux, le niveau élevé de bruit et l'éclairage insuffisant, constituait une source de stress et d'insatisfaction.

Mesures préventives et résultats : L'Institut a confié au personnel du service des urgences le soin d'améliorer l'aménagement des lieux et de revoir en profondeur l'organisation du travail. Le service des urgences comporte moins de risques d'accidents et constitue un milieu de travail plus « humain ».

www.csst.qc.ca/asp/innovation/plan.html

7

7.5 Les risques psychosociaux

Seule la problématique de la violence sera traitée dans ce chapitre.

En effet, le stress est une problématique qui revêt tellement d'importance qu'elle est traitée de façon très détaillée dans le chapitre *Soutenir le bien-être des employés et les pratiques de gestion efficaces*, p. 60.

Les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux sont particulièrement susceptibles de faire l'objet de violence, en raison du milieu dans lequel ils exercent. En effet, ces professionnels sont souvent la cible d'actes de violence de la part de patients anxieux ou perturbés, surtout dans les services d'urgence et dans les services de consultation externe. Dans ces services, les longues heures d'attente et l'accueil souvent impersonnel engendrent des réactions de stress, d'anxiété et de colère, qui peuvent facilement dégénérer en agressions verbales ou physiques[44]. Ces travailleurs sont également exposés à des attaques de la part de parents ou d'amis des patients attribuant l'aggravation de l'état du malade à des négligences, à des retards ou à des erreurs dans le traitement. Dans de tels cas, les attaques peuvent être dirigées contre le travailleur incriminé ou contre tout autre membre du personnel de l'établissement[44].

Définition

Selon une étude nationale américaine[44], les actes de violence peuvent être divisés en trois catégories :

- Le harcèlement : fait de créer un environnement hostile par des mots, des actes ou des contacts physiques déplacés n'entraînant pas d'atteinte à l'intégrité physique ;
- Les menaces : expressions de l'intention d'attenter à l'intégrité physique ;
- Les attaques physiques : voies de fait avec ou sans recours à une arme.

Dans les hôpitaux, les secteurs les plus à risque sont les suivants[45] :

- Les unités psychiatriques ;
- Les services d'urgence ;
- Les salles d'attente ;
- Les unités de gériatrie.

En dehors des établissements hospitaliers, les centres jeunesse ainsi que les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDI-TED), sont souvent considérés comme étant des secteurs à risque.

Données[46]

Au Québec, en 2008, le personnel de la santé est celui qui présente le taux le plus important de lésions attribuables à la violence en milieu de travail (28,8 %) comparativement à toutes les autres professions. Suivent les enseignants (15,1 %), le personnel administratif (6,2 %) et le personnel dans les services (6,1 %). Depuis 2005 (dernières données disponibles), le personnel de la santé occupe le 1er rang tant au niveau du nombre de lésions attribuables à la violence en milieu de travail, qu'au niveau de la fréquence relative de ces lésions.

Les lésions physiques et psychiques sont détaillées ci-dessous :

- Les lésions physiques :

Pour les années 2005 à 2008, le personnel de la santé est de loin celui qui présente le taux le plus important de lésions physiques attribuables à la violence en milieu de travail, comparativement à toutes les autres professions. Sur ces quatre années, la moyenne des lésions attribuables à un acte de violence est de 34,2 %.

Les lésions physiques attribuables à la violence en milieu de travail ont une durée moyenne d'indemnisation de pratiquement 60 jours (en 2008).

- Les lésions psychiques :

Les professions les plus touchées par les lésions psychiques attribuables à la violence en milieu de travail sont le personnel administratif (en moyenne sur les quatre années : 18,8 %), les travailleurs dans l'industrie du transport (en moyenne sur les 4 années : 11,3 %) et le personnel de la santé (en moyenne sur les quatre années : 9,2 %).

Les lésions psychiques attribuables à la violence en milieu de travail ont une durée moyenne d'indemnisation d'un peu plus de 171 jours (en 2008).

Les effets de la violence[44]

Au-delà du traumatisme physique, dont la nature dépend du type d'agression, la victime subit un traumatisme psychologique dont l'impact sera souvent plus grand et plus durable (trouble de stress post-traumatique, voir *Contrer le harcèlement et la violence,* p. 75. La victime risque notamment de perdre son sang-froid et son assurance, de douter de sa compétence professionnelle ou encore de se sentir coupable d'avoir provoqué l'attaque ou de n'avoir pas su la prévenir. Ces sentiments peuvent entraîner un manque persistant de confiance en soi qui peut se répercuter sur le rendement et l'activité professionnelle de l'employé. Ces symptômes peuvent s'accompagner d'insomnie, de cauchemars, d'un manque ou d'un excès d'appétit, d'une consommation accrue de tabac, d'alcool ou de drogue, de retrait social ou d'absentéisme.

Les indicateurs

En plus des indicateurs généraux (nombre de déclarations d'actes de violence, récurrence des actes de violence, type, conséquence…), des indicateurs plus spécifiques peuvent être utilisés, tels que :

- la fréquence d'utilisation des « boutons panique » ou boutons d'appel d'urgence ;
- le nombre d'interventions du personnel de sécurité ;
- le nombre de demandes d'assistance avec des clients potentiellement violents ;
- le nombre de « codes blancs » : demande d'aide immédiate dans une situation où un client a un comportement d'agressivité qui présente un risque pour sa sécurité et celle des autres, qui a le potentiel de s'aggraver ou qui escalade au-delà des capacités du personnel en place à gérer cet évènement en sécurité[47].

PASSER À L'ACTION

La diminution des actes de violence[44, 45, 48]

La diminution des actes de violence peut être encouragée par diverses méthodes :

- La formulation de directives claires de la part de la haute direction de l'établissement (tolérance zéro pour les comportements discriminatoires, agressifs, violents) ;
- La mise en place de campagnes de sensibilisation et de prévention ;
- La formation du personnel (signes précurseurs de la violence, résolution de conflit, mesures d'urgence, techniques de protection, processus de déclaration…) ;
- La diminution des sources de stress et d'anxiété pour les patients, grâce à la réorganisation du travail :
  - Limiter les délais d'attente ;
  - Améliorer les conditions de l'attente ;
  - Laisser plus de temps aux patients pour faire leur toilette, prendre leurs repas ;
  - Prévenir les patients à l'avance de toute modification concernant un rendez-vous ou un nouveau traitement ;
  - Etc.
- La mise en place de panneaux ou affiches rappelant au calme, à l'intention des patients et des employés, spécifiquement dans les endroits identifiés comme sensibles tels que les salles d'urgence, les salles d'attente, certains services psychiatriques ;
- La présence constante d'agents de sécurité dans certains secteurs ;
- L'aménagement spécifique des locaux :
  - Portes vitrées ;
  - Boutons d'urgence ;
  - Ouverture/fermeture automatique de portes ;
  - Espaces ouverts sans recoins ;
  - Attention particulière portée à l'éclairage, à la décoration, au bruit ambiant ;
  - Aménagement interne des salles d'examen afin que l'employé soit proche de la porte de sorti ;
  - Penser également aux espaces moins utilisés : certains escaliers ou salles.
- La mise en place de mesures de sécurité spécifiques (éclairage, agents de sécurité, caméras) concernant :
  - L'espace de stationnement ;
  - Les trajets piétonniers extérieurs fréquentés par les employés : entre différents bâtiments, des bâtiments aux transports en commun (stations de métro, arrêts d'autobus), des bâtiments à l'espace de stationnement.

7

Il est important de s'assurer que les mesures couvrent également le personnel travaillant de soir et de nuit.

Activité inspirante

Code blanc : éviter les agressions **– Hôpital général du Lakeshore – Montréal**

Prix innovation en santé et sécurité du travail CSST 2009

Problème à résoudre : Pour effectuer leur travail, les employés de l'hôpital doivent entrer dans les chambres des patients. Or, certains de ces patients peuvent avoir des comportements violents et agressifs envers le personnel. Bien que leurs dossiers soient rangés dans un classeur, l'information n'était pas facilement accessible à tous et les employés devaient parfois passer par un intermédiaire pour l'obtenir. Cela représentait une perte de temps et décourageait les employés, qui intervenaient sans avoir pris connaissance des dossiers. Ils étaient alors exposés à de la violence physique ou psychologique.

Mesures préventives et résultats : en 2004, le comité paritaire de santé et sécurité a eu l'idée d'apposer des pièces magnétiques portant la mention « Code blanc/White code », qui signifie *personnes agressives*, sur des tableaux journaliers situés à des endroits accessibles uniquement au personnel de l'hôpital. L'utilisation de ce code de couleur, déjà reconnu par les hôpitaux, permet de préserver la confidentialité et le respect de la vie privée des patients. Les employés n'ont plus à consulter un dossier complet d'une vingtaine de pages : un simple coup d'œil sur le tableau suffit pour les renseigner sur le patient avant d'entrer dans sa chambre.

www.csst.qc.ca/asp/innovation/plan.html

La sous-déclaration des actes de violence[44]

Quels que soient le pays et le secteur d'activités, il est généralement admis que les actes de violence au travail sont très nettement sous-déclarés. Les motifs de sous-déclaration les plus fréquemment évoqués sont les suivants :

> Acceptation culturelle de la violence (banalisation de la violence dans certains secteurs, parmi certaines catégories d'employés) ;
> Absence de mécanismes de déclaration ;
> Crainte d'un blâme ou de représailles ;
> Manque d'intérêt de l'employeur.

PASSER À L'ACTION

L'augmentation des déclarations

Afin de faire augmenter le nombre de déclarations, plusieurs actions peuvent être envisagées.

> **Prise de position claire de la haute direction**
> **Un processus simple :**
- **Revoir le processus de déclaration et le modifier si nécessaire ;**
- **Mettre en place de nouveaux formulaires plus simples ;**
- **S'assurer de la possibilité pour les employés travaillant de soir ou de nuit de faire une déclaration : boîte aux lettres pour déposer un formulaire de déclaration, personne ressource joignable à ces horaires.**

> **Un processus connu de tous :**
- **Présenter le processus lors des réunions d'équipe ;**
- **Faire des formations courtes ;**
- **Mettre des affiches dans les locaux réservés au personnel (salle du personnel, cafétéria), sur les babillards ;**
- **Présenter le processus en utilisant les différents moyens de communication de l'établissement (Internet, Intranet, journal de l'établissement)**
- **Nommer une personne ressource qui pourra être joignable directement ou par téléphone.**

- **Garantie d'impunité pour le déclarant[44] :**
  - Cette condition est nécessaire au processus. En effet, les déclarations doivent pouvoir être effectuées en toute confiance, sans crainte de discrimination ou de représailles (notamment dans les situations particulièrement délicates de violence entre collègues ou avec un supérieur hiérarchique).
- **Après la déclaration :**
  - Il faut non seulement que des actions soient entreprises après chaque déclaration (la mesure et la portée diffèrera évidemment en fonction des situations), mais également qu'un suivi soit effectué auprès du déclarant et de toute autre personne concernée par cette affaire. Cela permettra de s'assurer que la situation a été réglée, que le climat de travail est revenu à la normale et que de nouveaux débordements ne se reproduiront pas. Cela permettra également de s'assurer que le déclarant et les autres personnes concernées sont en mesure d'effectuer correctement leur travail dans les conditions actuelles. Dans certaines situations, il sera nécessaire de proposer à l'employé victime d'un acte de violence une affectation dans un autre service.

LECTURES SUGGÉRÉES

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2007). *La violence au travail est mauvaise pour la santé !*, Objectif prévention, Vol. 30, nº 3. www.asstsas.qc.ca

Commission des normes du travail du Québec. (2008). *Un milieu de travail sans harcèlement psychologique, c'est l'affaire de tous ! Guide de sensibilisation à l'intention des employeurs et des salariés*, 12 p.

Projet

Projet d'ailleurs

Favoriser un milieu de travail respectueux et prévenir la violence **– Chatham-Kent Health Alliance – Ontario**

Ce projet vise à promouvoir un milieu de travail sain et sécuritaire. Le but est de prévenir toute occurrence d'intimidation, de violence, de harcèlement ou de discrimination en fournissant aux employés et gestionnaires les outils pour identifier, reporter et/ou gérer tout incident de violence dans le milieu de travail.

(Voir fiche nº 15).

8 Après l'accident

8.1 Prise en charge de l'employé et enquête

Prise en charge de l'employé

En plus des conséquences physiques pour l'employé, tout accident peut avoir des répercussions psychologiques plus ou moins importantes (voir notamment le paragraphe *Les effets de la violence*, p. 117). Afin de limiter ces conséquences (physique et psychologique), il est important d'offrir un accompagnement à l'employé afin de s'assurer qu'il puisse bénéficier des services dont il a besoin. Ces services peuvent être la prise en charge médicale en cas de lésion importante ou d'infection, la prise en charge psychologique en cas d'évènement traumatisant ou de réaction importante de l'employé (anxiété, stress), ou l'accompagnement dans le processus de déclaration de l'accident. Ce dernier élément est majeur, notamment pour les employés vulnérables aux plans économique et professionnel en raison de leur âge, de leur faible scolarité, de leur appartenance à une minorité ethnique, ou encore de leur arrivée récente au Québec. En effet, des études démontrent non seulement que le pourcentage de sous-déclaration de ces employés est plus important que la moyenne, mais également que leurs demandes sont plus souvent rejetées par la CSST[3].

Finalement, il est important que des modalités garantissent que ces différentes activités d'intervention et d'accompagnement auront lieu dans des délais raisonnables, quel que soit le moment de survenue de l'accident (jour, soir, nuit) et son lieu (bâtiment principal, points de service, domicile des usagers).

Enquête[23]

Suite à un accident, une enquête doit être menée afin de :

- Déterminer les causes de l'accident et empêcher que des événements similaires ne se produisent à nouveau ;
- Satisfaire à toutes les exigences légales ;
- Définir le coût de l'accident ;
- Vérifier le respect de la réglementation applicable en matière de sécurité ;
- Permettre le traitement des demandes d'indemnisation des travailleurs.

Les incidents n'ayant entraîné ni blessures ni dommages matériels doivent quand même faire l'objet d'une enquête afin de déterminer quels risques doivent être éliminés ou maîtrisés.

L'enquête doit débuter aussitôt que possible après l'accident, afin de maximiser la collecte d'informations.

Une fois l'enquête complétée, on doit procéder à l'analyse des données.

LECTURE SUGGÉRÉE

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2006). *Enquête sur les accidents.* www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/investig.html

8.2 Réintégration au travail

La réintégration au travail est un processus multidimensionnel. Les dimensions de l'environnement physique de travail, ainsi que celles du contexte psychologique dans lequel le retour s'inscrit, doivent être prises en compte.

Contexte physique

Après un accident ayant entraîné un arrêt de travail, il peut être physiquement difficile pour un employé de retourner exercer son travail dans les conditions initiales. Fatigue physique, douleurs et limitations physiologiques sont autant de facteurs limitatifs. Par ailleurs, si les conditions initiales de travail n'ont pas été modifiées, le risque est élevé que l'accident se produise à nouveau.

Contexte psychologique

Retourner exercer la profession qui a entraîné un accident (provoqué par l'un des facteurs de risque) est une action à laquelle est attaché du stress, ainsi que de nombreuses craintes : reproduction de l'accident, aggravation de la blessure physique, douleur, réintégration difficile dans l'équipe, baisse de productivité (faiblesse physique, oublis de procédures ou techniques)…

Les enjeux sont importants, car si la période de réintégration au travail ne se déroule pas correctement, le travailleur risque d'accumuler du stress, de la frustration et de se sentir inapte au travail. L'ensemble de ces conditions peut alors entraîner un nouvel arrêt de travail[49, 50].

Les publications scientifiques[49, 51, 52] consultées à ce sujet démontrent que la mise en place de programmes de réintégration au travail est clairement bénéfique autant pour l'employé que pour l'établissement. En effet, certaines études indiquent que les employés ayant bénéficié de tels programmes d'accompagnement sont pratiquement deux fois plus nombreux à retourner travailler que les employés ne bénéficiant pas d'un tel programme. De plus, le nombre de jours d'arrêt maladie est diminué de moitié[51]. Les études ne permettent pas d'établir un consensus sur un programme type de retour au travail, mais un certain nombre de caractéristiques communes à ces programmes peuvent cependant être identifiées.

Les caractéristiques clés d'un programme d'intervention accompagnant le retour au travail[53, 54, 55, 56, 57, 58]

- Coordination de l'intervention par un gestionnaire de l'établissement ;
- Contact rapide d'un intervenant de l'établissement (gestionnaire, conseiller des ressources humaines, conseiller en santé et sécurité au travail, membre du syndicat…) avec l'employé en arrêt de travail ;
- Maintien de contacts réguliers entre l'établissement et l'employé, caractérisés par l'expression d'empathie, afin d'établir un programme graduel de retour au travail, d'accroître l'estime de soi de l'employé et de rassurer l'employeur sur les progrès du processus de réadaptation ;
- Action concertée entre les différents partenaires : employé en arrêt de travail, médecin traitant, équipe interdisciplinaire, employeur, représentants syndicaux, agent d'indemnisation de la CSST, etc. ;
- Réduction des contraintes environnementales du poste de travail : contraintes physiques, organisationnelles, relationnelles ;
- Flexibilité de l'organisation du travail et intégration progressive des tâches de travail de l'employé ;
- Mise en place d'activités de formation auprès des employés de l'équipe, des chefs d'équipe et des gestionnaires en santé et sécurité du travail sur la démarche d'ergonomie participative.

Certaines études précisent également que des démarches d'ergonomie participative peuvent faciliter le retour au travail de l'employé (Voir *Évaluation des risques et intervention – Ergonomie participative*, p. 104).

Un programme de retour au travail adapté

Même si la majorité des employés blessés ne nécessite pas d'assistance pour leur retour au travail, certains employés devront être accompagnés afin de faire face à des barrières qui sont la plupart du temps organisationnelles et d'ordre psychosocial[59].

Par ailleurs, l'une des études[52] précise que les programmes d'intervention en milieu de travail sont plus efficaces pour les employés de plus de 44 ans, ainsi que pour les employés ayant déjà été en arrêt de travail dans le courant de l'année précédente.

8

Ces constatations indiquent qu'il n'est pas pertinent d'offrir un modèle unique de programme d'intervention accompagnant le retour au travail. Au contraire, le programme offert doit pouvoir s'adapter aux besoins des employés.

Le processus de réintégration à l'emploi doit se dérouler en concertation avec tous les acteurs concernés.

Ce processus doit être flexible et adapté aux besoins de chaque employé.

Si aucune modification n'est apportée aux conditions de travail, l'accident risque de se produire à nouveau.

LECTURE ET SITE INTERNET SUGGÉRÉS

Stock, S., et coll. (2004). *Troubles musculo-squelettiques, Guide et outils pour le maintien et le retour au travail,* Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.

Site Internet de l'Institut de recherche sur le travail et la santé de l'Ontario :
www.iwh.on.ca/return-to-work-practices

Projet

Projet d'ailleurs

***Programme concerté et organisé pour un retour au travail adapté (PRATA)* – Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, CSSS de Témiscouata, CSSS de Kamouraska, CRDITED du Bas-Saint-Laurent – Québec**

Colloque 2010 de l'ASSTSAS, *La prévention, comme la magie, ça s'apprend !*

Une étude exploratoire de l'ampleur humaine et économique des TMS dans les établissements de santé et de services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent démontre une possibilité d'améliorer la situation financière en assurance salaire et en CSST. Un projet autofinancé visant l'ajout d'un professionnel affecté à la réadaptation des travailleurs vivant avec des limitations voit le jour. Ce programme spécifique (PRATA) vient s'ajouter aux services déjà offerts en promotion et prévention de la santé des travailleurs. Pour chaque travailleur dont le dossier est retenu, un comité PRATA est mis en place, constitué du travailleur, de son gestionnaire, du représentant syndical et du conseiller réadaptation/prévention SST. Le comité fonctionne selon un processus de résolution des problèmes de retour au travail et élabore un plan de retour au travail adapté. Les décisions sont prises de façon consensuelle, dans un climat de confiance.

(Voir fiche nº 20).

En complément : des exemples

9

Des exemples issus du colloque 2010 de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)

Le colloque 2010 de l'ASSTSAS, *La prévention, comme la magie, ça s'apprend !*, regroupe plus d'une vingtaine de présentations de cas pratiques d'implantation de démarches de prévention des différents risques auxquels sont soumis les travailleurs du secteur de la santé (piqûres d'aiguille, manipulation des médicaments dangereux, exposition à des liquides biologiques, gestion des déchets…), et cela dans différents types d'établissements du secteur de la santé et des services sociaux.

Voici le lien Internet pour avoir accès aux présentations :
www.asstsas.qc.ca/evenements/colloque-annuel-de-lasstsas/colloque-2010.html

Des exemples ayant reçu un prix au concours Pleins feux sur l'innovation de l'ASSTSAS

Le concours *Pleins feux sur l'innovation* s'adresse à tout le personnel des établissements de santé et de services sociaux. Les projets doivent viser la santé physique ou psychologique et s'inscrire dans l'une des catégories suivantes :

Sensibilisation, information : une production originale qui a permis d'informer ou de mobiliser le personnel de l'établissement autour d'une problématique de santé physique ou psychologique ;

Solution à un problème : une méthode de travail, un équipement, un aménagement, une intervention ou un projet organisationnel qui a résolu un problème vécu par le personnel.

Parmi les projets présentés, un jury sélectionne des gagnants en fonction de plusieurs critères et catégories : efficacité, originalité, clarté du message, facilité d'utilisation, durabilité de la solution, possibilité de généralisation, impact positif sur la clientèle et sur les travailleurs, etc.

Voici le lien Internet pour avoir accès aux projets :
www.asstsas.qc.ca/evenements/concours-pleins-feux-sur-linnovation.html

Des exemples ayant reçu un Prix innovation en santé et sécurité du travail par la CSST

Ce prix est obtenu à la suite d'un concours mis en place par la CSST dans les différentes régions du Québec. Il permet aux travailleurs et aux employeurs de faire connaître les initiatives qu'ils prennent pour éliminer les dangers présents dans leur milieu de travail : moyens de prévention novateurs, adaptation d'équipement ou méthodes de travail sécuritaires. La CSST récompense ainsi la créativité et l'ingéniosité en matière de prévention.

Voici le lien Internet pour avoir accès aux initiatives :
www.csst.qc.ca/asp/innovation/plan.html

POUR EN SAVOIR PLUS

Stellman, JM. (2000). Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, Bureau international du travail, Édition 3, Genève.
Consultable sur Internet à partir de la bibliothèque SafeWork (voir ci-dessous)

Bibliothèque SafeWork
www.ilo.org/safework_bookshelf/french

La bibliothèque SafeWork contient les produits suivants :

- Encyclopédie de sécurité et de santé au travail du Bureau international du travail
- Fiches internationales de sécurité chimique
- Conventions et recommandations de l'Organisation internationale du travail en SST
- Recueils de directives pratiques du Bureau international du travail

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)
www.asstsas.qc.ca

Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)
www.csst.qc.ca

Centre Canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST)
www.cchst.ca

Références bibliographiques

1. Stellman, JM. (1977). *Women's Work, Women's health, Myths and Realities*, New York : Pantheon Books, 262p.
2. European Agency for Safety and Health at work (OSHA-Europe). (2010). *Risk assessment in health care*, E-Facts, n° 18, 8p. Consulté le 15/07/2010. www.osha.europa.eu
3. Berthelette, D., Bilodeau, H. (2008). *À l'abri des risques ? Les inégalités et le régime de santé et de sécurité du travail*, in *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Frohlich, K., et coll., Les Presses de l'Université de Montréal.
4. Regroupement des programmes d'assurance de dommages du réseau de la santé et des services sociaux. (2006). *Manuel de gestion des risques du réseau de la santé et des services sociaux du Québec,* Association Québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). www.aqesss.qc.ca
5. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001), 1er décembre 2010.
6. Lippel, K. (2008). *Le regard du droit québécois sur les troubles musculo-squelettiques : indemnisation et prévention,* Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail, Université d'Ottawa, Faculté de droit.
7. Centre Canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2003). *Professions et lieux de travail, Infirmier/Infirmière (autorisé).* www.cchst.ca/oshanswers/occup_workplace/nurse.html
8. European Agency for Safety and Health at work (OSHA-Europe). (2010). *Health and safety of healthcare staff*. Consulté le 14/07/2010. www.osha.europa.eu

9. Yassi, A., Warshaw, LJ. (2000). *Les soins de santé : nature et problèmes de santé au travail,* in Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 3, Partie XVII, Chapitre 97.

10. Wiskow, C., Albreht, T., de Pietro, C. (2010). *Comment créer un environnement de travail attractif et stimulant pour les professionnels de la santé ?*, Analyse des systèmes et des politiques de santé, Synthèse 15, Bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 40 p.

11. Stellman, JM. (2000). *L'exposition aux risques chimiques dans le secteur de la santé,* in Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 3, Partie XVII, Chapitre 97.

12. European Agency for Safety and Health at work (OSHA-Europe). (2010). *Statistics, Health care*. Consulté le 15/07/2010. www.osha.europa.eu

13. Center for disease control and prevention. (2010). *NIOSH Workplace Safety and Health Topics, Health Care Workers.* Consulté le 22/11/2010. www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare

14. Duguay, P., Massicotte, P., Prud'homme, P. (2008). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2000-2002, I-Profil statistique par activité économique*, Rapport R-547, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). www.irsst.qc.ca

15. Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). (2009). *Statistiques annuelles 2009*. www.csst.qc.ca

16. Sassine, MP., Trudel, A. (2009). *Lésions indemnisées dans le secteur d'activité économique des services médicaux et sociaux, entre 2003 et 2006 à Montréal, Portrait sommaire*, Direction de santé publique de Montréal.

17. Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). (2010). *Principaux risques de lésion par secteur d'activité, Hôpitaux généraux et hôpitaux de soins chirurgicaux, Ensemble du secteur*. Consulté le 27/10/2010. www.csst.qc.ca

18. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (1998). *Des statistiques pour prévenir, Collecte de données*. www.asstsas.qc.ca

19. Seizième Conférence internationale des statisticiens du travail. (1998). *Résolution sur les statistiques des lésions professionnelles résultant des accidents du travail*, octobre 1998. www.ilo.org

20. European Agency for Safety and Health at work (OSHA-Europe). (2008). *Risk assessment – The Key to Healthy Workplaces*, E-Facts, n° 81. www.osha.europa.eu

21. Centre Canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2009). *Évaluation des risques*. www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/risk_assessment.html

22. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2007). *Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement.* www.asstsas.qc.ca

23. Centre Canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2006). *Enquête sur les accidents.* www.cchst.ca

24. Eude, M., Lesbats, M. (2010). *Analyser les accidents, Méthode de l'arbre des causes*, Département Hygiène et sécurité du travail, Université Bordeaux 1. Consulté le 19/11/2010. www.iut.u-bordeaux1.fr/hse

25. Agence de la santé publique du Canada. (1998). *Pour la sécurité des jeunes Canadiens.* www.phac-aspc.gc.ca

26. St-Vincent, M., Toulouse, G., Bellemare, M. (2000). *Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions,* Pistes, Vol. 2, n° 1, mai 2000.

27. Van Eerd, D., et coll. (2008). *Report on process and implementation of participatory ergonomic interventions : a systematic review*, Vol. 1, Institute for Work and Health. www.iwh.on.ca

28. St-Vincent, M., Tellier, C., Chicoine, D., Laberge, M. (2002). *Comparaison de l'implantation d'une démarche d'ergonomie participative et d'outils d'analyse du travail destinés aux tâches variées dans deux entreprises au contexte différent,* Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), R-306. www.irsst.qc.ca

29. Institute for Work and Health (IWH). (2008). *Factors for success in participatory ergonomics*, mars 2008. www.iwh.on.ca

30. Cloutier, E., et coll. (2006). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*, Études et recherches, RR-453, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). www.irsst.qc.ca

31. Groupement de l'Institution Prévention de la Sécurité Sociale pour l'Europe (EUROGIP). (2006). *Les troubles musculo-squelettiques en Europe, Définitions et données statistiques*, mars 2006. www.eurogip.fr

32. Truchon, M., et coll. (2007). *Les déterminants de l'incapacité liés à la lombalgie*, Études et recherches, Rapport R-487, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, (IRSST). www.irsst.qc.ca

33. Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). (2009). *Statistiques sur les affections vertébrales, 2005-2008*, 25p. www.csst.qc.ca

34. Nelson, A., et coll. (2003). *Myths and facts about back injuries in nursing*, American Journal of Nursing, feb 2003, Vol. 103, n° 2.

35. Villeneuve, J. (2009). *Mieux organiser la prévention des TMS*, Objectif prévention, Vol. 32, n° 4, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). www.asstsas.qc.ca

36. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2010). *Chutes et quasi-chutes : des données renversantes !*, Objectif prévention, Vol. 33, n° 3. www.asstsas.qc.ca

37. Berthelette, D., Desmarais, L. (2010). *Les effets des conditions de travail sur la santé*, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, décembre 2010.

38. Hofmann, F. (2000). *Vue d'ensemble des maladies infectieuses*, in Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 3, Partie XVII, Chapitre 97.

39. Centre Canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2005). *Blessures par piqûres d'aiguilles*. www.cchst.ca

40. Martin, LS., Mullan, RJ., Bell, DM. (2000). *La prévention de la transmission d'agents pathogènes par voie sanguine en milieu de travail*, in Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 3, Partie XVII, Chapitre 97.

41. Yassi, A. (2000). *La gestion du risque chimique dans les hôpitaux,* in Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 3, Partie XVII, Chapitre 97.

42. Estryn-Béhar, M. (2000). *L'ergonomie de l'environnement physique et l'architecture,* in Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 3, Partie XVII, Chapitre 97.

43. Lewy, RM. (2000). *L'exposition aux agents physiques*, in Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 3, Partie XVII, Chapitre 97.

44. Warshaw, LJ. (2000). *La violence au travail,* in Stellman, JM., *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*, Bureau international du travail, Édition 3, Genève, Vol. 2, Partie VI, Chapitre 51.

45. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2002). *Violence occupational hazards in hospitals*, NIOSH Publication n° 2002-101, Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/niosh

46. Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). (2010). *Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail, 2005-2008*. www.csst.qc.ca

47. Proulx, Y. (2007). *Une équipe de code blanc au Douglas,* Objectif prévention, Vol. 30, n° 3, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). www.asstsas.qc.ca

48. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). (2007). *La violence au travail est mauvaise pour la santé !*, Objectif prévention, Vol. 30, n° 3. www.asstsas.qc.ca

49. Oostrom, SH., et coll. (2007). *Worplace interventions for preventing work disability (Review)*, The Cochrane Collaboration.

50. St-Arnaud, L., et coll. (2007). *Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems*, Relations industrielles, Vol. 62, n° 4. www.erudit.org/revue/ri

51. Krause, N., et coll. (1998). *Modified work and return to work : a review of the literature*, Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 8, n° 2, p. 113-139.

52. Steenstra, IA., et coll. (2009). *What Works Best for Whom ? An Exploratory, Subgroup Analysis in a Randomized, Controlled Trial on the Effectiveness of a Workplace Intervention in Low Back Pain Patients on Return to Work*, Spine, Lippincott Williams & Wilkins, Vol. 34, n° 12, p. 1243-1249.

53. Baril, R., Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*, Études et recherches, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). www.irsst.qc.ca

54. Carroll, C., et coll. (2010). *Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave : a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions*, Disability and Rehabilitation, Vol. 32, n° 8, p. 607-621.

55. Corbière, M., Shen, J. (2006). *A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health problems and/or physical injuries*, Canadian Journal of Community Mental Health, Vol. 25, n° 2, automne 2006, p. 261-288.

56. Durand, M-J., et coll. (2007). *Lombalgie et réintégration au travail, Le cas des travailleurs de la construction*, Prévention au travail, Automne 2007, Vol. 20, n° 4, CSST, IRSST.

57. Institute for Work and Health (IWH). (2007). *Seven « Principles » for Successful Return to Work*, mars 2007. www.iwh.on.ca

58. Tjulin, A., et coll. (2009). *Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme*, Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 19, p. 409-418.

59. Ammendolia, C., et coll. (2009). *Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain : an intervention mapping approach*, BMC Musculoskeletal Disorders, Vol. 10, n° 65.

Annexe 1 – **Tableau des impacts humains et financiers d'un accident du travail**

PARTIE VISÉE	RÉPERCUSSIONS SUR LE PLAN HUMAIN	CONSÉQUENCES SUR LE PLAN FINANCIER	
		COÛTS DIRECTS	COÛTS INDIRECTS
EMPLOYÉ	– ANXIÉTÉ ET STRESS ACCRUS PROVOQUÉS PAR L'INCAPACITÉ DE TRAVAILLER	– PARTIE DU SALAIRE NON ASSURÉ	– DIMINUTION ÉVENTUELLE DU SALAIRE DUE À LA DIMINUTION DES CAPACITÉS
FAMILLE	– APPARITION POSSIBLE DE TENSIONS FAMILIALES ET CONJUGALES		– RÉDUCTION ÉVENTUELLE DU REVENU FAMILIAL
AUTRES EMPLOYÉS	– MALAISE, INQUIÉTUDE ET PANIQUE – TENSION ET SURCROÎT DE TRAVAIL		– PERTE PROBABLE DE REVENU EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL
EMPLOYEUR	– GESTION DE TENSIONS POSSIBLES DANS LES RELATIONS AU TRAVAIL – DIFFICULTÉ À RECRUTER UN TRAVAILLEUR QUALIFIÉ – STRESS, ANXIÉTÉ ET SURCROÎT DE TRAVAIL – CONSÉQUENCES NÉFASTES POUR L'ENTREPRISE	– AUGMENTATION DES PRIMES VERSÉES À LA CSST (FRAIS MÉDICAUX, INDEMNISATION, RÉADAPTATION) OU À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE PRIVÉE	– COÛTS SALARIAUX : – Salaire le jour de l'accident – Coûts entraînés par l'arrêt de travail des autres employés ou des travailleurs dont le travail dépend de celui de l'accidenté ou de la machinerie endommagée – COÛTS DU MATÉRIEL ENDOMMAGÉ – COÛTS ADMINISTRATIFS : – Frais généraux liés à l'accident – Embauche d'un remplaçant – AUGMENTATION DES COÛTS DE PRODUCTION : – Remplaçant (période de formation, productivité moindre au début) – Baisse possible de productivité du travailleur accidenté à son retour
SOCIÉTÉ	– NON-PARTICIPATION DE L'ACCIDENTÉ À LA VIE ÉCONOMIQUE, SOCIALE ET POLITIQUE – PERTE D'INVESTISSEMENTS (ÉDUCATION)	– COÛTS SOCIAUX SUPPLÉMENTAIRES POUR LA RÉINTÉGRATION DU DU TRAVAILLEUR ACCIDENTÉ	– AIDE FINANCIÈRE DE L'ÉTAT SOUS FORME DE REVENU SUPPLÉMENTAIRE

Source : Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). (2003). *Ma main-d'œuvre, c'est mon affaire ! Formation en santé et sécurité du travail.* www.csst.qc.ca

Annexe 2 – **Taux de prévalence des lésions professionnelles en fonction des secteurs**

Classement des divisions économiques par ordre décroissant du taux de prévalence ETC (0/00) du total des travailleurs rémunérés, Québec, 2000-2002

DIVISIONS ÉCONOMIQUES	TAUX DE PRÉVALENCE ETC (0/00)	RANG
INDUSTRIES DE L'EXPLOITATION FORESTIÈRE ET DES SERVICES FORESTIERS	24,9	1
INDUSTRIES DE LA CONSTRUCTION	23,8	2
INDUSTRIES DES MINES (Y COMPRIS BROYAGE), CARRIÈRES ET PUITS DE PÉTROLE	21,2	3
INDUSTRIES MANUFACTURIÈRES DE BIENS DURABLES	13,7	4
INDUSTRIES DU TRANSPORT ET DE L'ENTREPOSAGE	11,5	5
INDUSTRIES MANUFACTURIÈRES DE BIENS NON DURABLES	11,4	6
INDUSTRIES DE LA PÊCHE ET DU PIÉGEAGE	8,8	7
INDUSTRIES DE L'HÉBERGEMENT ET DE LA RESTAURATION	8,5	8
MOYENNE	8,3	
INDUSTRIES DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	7,6	9
INDUSTRIES DU COMMERCE DE DÉTAIL	7,5	10
AUTRES INDUSTRIES DE SERVICES	7,1	11
INDUSTRIES DU COMMERCE DE GROS	6,8	12
INDUSTRIES DES SERVICES GOUVERNEMENTAUX	6,7	13
INDUSTRIES AGRICOLES ET DE SERVICES CONNEXES	6,4	14
INDUSTRIES DES SERVICES IMMOBILIERS ET AGENCES D'ASSURANCES	5,5	15
INDUSTRIES DES COMMUNICATIONS ET AUTRES SERVICES PUBLICS	4,1	16
INDUSTRIES DES SERVICES AUX ENTREPRISES	3,3	17
INDUSTRIES DES SERVICES D'ENSEIGNEMENT	2,5	18
INDUSTRIES DES INTERMÉDIAIRES FINANCIERS ET DES ASSURANCES	1,6	19

Taux de prévalence ETC (indicateur synthétique de travailleurs absents quotidiennement):

Cet indicateur est une mesure synthétique qui combine le taux de fréquence ETC et la durée moyenne d'indemnisation. Cette mesure peut être considérée comme une estimation du nombre de travailleurs qui, à chaque jour civil, sont absents du travail en raison d'une lésion professionnelle indemnisée.

Source: Duguay, P, Massicotte, P., Prud'homme, P. (2008). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2000-2002, I-Profil statistique par activité économique*, Rapport R-547, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

Annexe 3 – Répartition des dossiers accidents du travail et maladies professionnelles en fonction des secteurs

Répartition des dossiers pour lésions professionnelles ouverts en 2009 et acceptés, selon le secteur d'activité économique et la catégorie de la lésion professionnelle

SECTEUR D'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE	ACCIDENT DU TRAVAIL		MALADIE PROFESSIONNELLE		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
SERVICES MÉDICAUX ET SOCIAUX	15 591	17,1	86	2	15 677	16,4
COMMERCE	14 306	15,7	221	5,2	14 527	15,2
AUTRES SERVICES COMMERCIAUX ET PERSONNELS	10 078	11	179	4,2	10 257	10,7
BÂTIMENTS ET TRAVAUX PUBLICS	6 881	7,5	298	7,1	7 179	7,5
ADMINISTRATION PUBLIQUE	5 554	6,1	101	2,4	5 655	5,9
TRANSPORT ET ENTREPOSAGE	5 083	5,6	102	2,4	5 185	5,4
INDUSTRIE DES ALIMENTS ET BOISSONS	4 660	5,1	305	7,2	4 965	5,2
FABRICATION DE PRODUITS EN MÉTAL	3 348	3,7	133	3,2	3 481	3,6
ENSEIGNEMENT ET SERVICES ANNEXES	3 399	3,7	34	0,8	3 433	3,6
FABRICATION D'ÉQUIPEMENT DE TRANSPORT	2 088	2,3	139	3,3	2 227	2,3
INDUSTRIE DU BOIS (SANS SCIERIE)	1 828	2	95	2,3	1 923	2
COMMUNICATIONS, TRANSPORT D'ÉNERGIE ET AUTRES SERVICES PUBLICS	1 850	2	43	1	1 893	2
INDÉTERMINÉ OU EMPLOYEURS NON ASSURÉS	3 725	4,1	1 469	34,8	5 194	5,4

Pour les secteurs suivants, le pourcentage d'accidents du travail est inférieur à 2 % (par ordre décroissant) : Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique, Première transformation des métaux, Fabrication de machines (sauf électriques), Agriculture, Forêt et scieries, Mines – carrières et puits de pétrole, Fabrication de produits minéraux non métalliques, Industrie du papier et activités diverses, Fabrication de produits électriques, Finances – assurances et affaires immobilières, Industrie chimique, Industrie du meuble et des articles d'ameublement, Imprimerie – édition et activités annexes, Industrie textile, Industries manufacturières diverses, Bonneterie et habillement, Industrie du cuir, Industrie du tabac, Fabrication de produits du pétrole et du charbon, Chasse et pêche.

Source : Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). (2009). *Statistiques annuelles 2009*. www.csst.qc.ca

Annexe 4 – **Exemple de formulaire d'évaluation des risques**

Voici un modèle. Assurez-vous de le personnaliser en fonction des besoins de votre lieu de travail.

NOM DE LA PERSONNE QUI EFFECTUE L'ÉVALUATION :

DATE :

ACTIVITÉ/PROCÉDURE ÉVALUÉE :

RISQUES CONNUS OU PRÉVISIBLES ASSOCIÉS À L'ACTIVITÉ :

PROBABILITÉ DE SE BLESSER ET GRAVITÉ DE LA BLESSURE :

PERSONNE EXPOSÉE AUX RISQUES :

MESURES À PRENDRE POUR DIMINUER LE NIVEAU DE RISQUE :

FORMATION PRÉALABLE :

NIVEAU DE RISQUE RÉSIDUEL :

ACTION À PRENDRE EN CAS D'URGENCE :

RÉFÉRENCES, LE CAS ÉCHÉANT :

SIGNATURE DE L'ÉVALUATEUR :

Source : Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2009). *Formulaire d'évaluation des risques – Exemplaire.* www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/sample_risk.html

Annexe 5 – **L'arbre des causes**

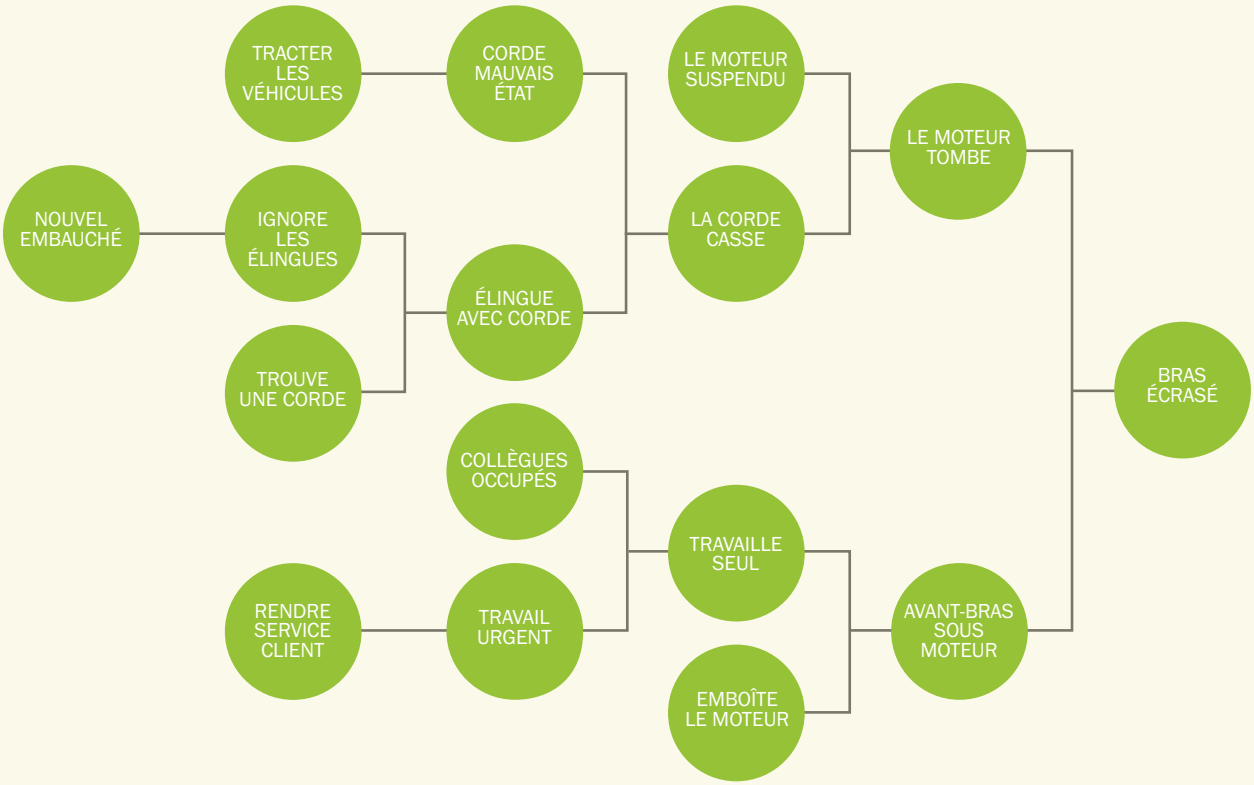
La méthode de l'arbre des causes, initialement développée par l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité, France, www.inrs.fr), recherche la sensibilisation des gens du terrain à tous les niveaux hiérarchiques, pour traiter directement les problèmes de sécurité à l'échelon concerné, dans le souci de la plus grande efficacité.

L'analyse de l'accident relève d'un travail collectif (mise en place d'un groupe de travail), consistant à[24] :

> Mener l'enquête ;
> Recueillir les faits et uniquement les faits identifiés ;
> Construire l'arbre des causes ;
> Rechercher les mesures correctives adaptées ;
> Rechercher s'il subsiste des risques semblables dans l'établissement ;
> Proposer des mesures adaptées ;
> Vérifier leur application.

L'arbre des causes se construit en partant du *fait ultime*, l'accident, en construisant le diagramme d'une façon conventionnelle de droite à gauche[24].

Voici un exemple d'arbre des causes :



Source : Eude,M., Lesbats, M. *Analyser les accidents, Méthode de l'arbre des causes*, Département Hygiène et sécurité du travail, Université Bordeaux 1. www.iut.u-bordeaux1.fr/hse Consulté le 19/11/2010.

Annexe 6 – **Le modèle conceptuel de Haddon**

L'interaction complexe de différents facteurs de risque dans la survenue d'un accident est également mise en évidence par le modèle conceptuel de Haddon, qui propose une matrice d'analyse en deux axes[25] :

> Premier axe : facteurs de risque ou de protection
- Les facteurs humains
- Les facteurs liés à l'environnement physique et technologique
- Les facteurs liés à l'environnement social, économique et législatif

> Deuxième axe : axe temporel
- Avant
- Pendant
- Après

La grille ainsi obtenue met en évidence le fait que les accidents sont d'origine multifactorielle. Par conséquent, lorsque cela est possible, il est préférable que les stratégies pour les prévenir ou en réduire la gravité soient des stratégies mixtes, alliant modifications environnementales, technologiques et comportementales[25].

Une grille complétée est présentée à la page suivante : *Tableau 1 : La matrice de Haddon appliquée aux facteurs de risque de chutes.*

LECTURES SUGGÉRÉES

Agence de la santé publique du Canada. (1998). *Pour la sécurité des jeunes Canadiens.* www.phac-aspc.gc.ca

Maurice P., Lavoie M., Rainville M. (2001). *Prévention des traumatismes : une approche pour améliorer la sécurité des populations*, La Santé de l'Homme, nº 354, p. 18-20. www.inpes.sante.fr

La matrice de Haddon appliquée aux facteurs de risque de chutes

	FACTEURS HUMAINS
Avant l'événement (Risque de chutes)	**Facteurs intrinsèques** – SANTÉ GÉNÉRALE ET FONCTIONNEMENT – Diminution de l'autonomie fonctionnelle – Histoire antérieure de chute – PROBLÈMES DE SANTÉ – Arthrite – Maladie de Parkinson – Incontinence urinaire – Hypotension orthostatique – Malnutrition – Ostéoporose (fracture) – PROBLÈMES MUSCULO-SQUELETTIQUES ET NEUROMUSCULAIRES – Diminution de la force des genoux, des hanches et des chevilles – Diminution de la force de préhension – Problèmes aux pieds – MARCHE, ÉQUILIBRE ET PERFORMANCE PHYSIQUE – Trouble de la marche – Diminution de la vitesse de marche – Difficultés dans les transferts assis-debout – Trouble de l'équilibre – ÉTAT COGNITIF ET PSYCHOLOGIQUE – Troubles cognitifs et démence – Dépression – DÉFICITS VISUELS ET AUDITIFS **Facteurs comportementaux** – NON-UTILISATION OU UTILISATION INAPPROPRIÉE D'AIDES À LA MARCHE OU D'AUTRES ÉQUIPEMENTS ET ACCESSOIRES SÉCURITAIRES (SOULIERS, ETC.) – CONSOMMATION INAPPROPRIÉE DES MÉDICAMENTS ET DE L'ALCOOL – PRISE DE RISQUE INAPPROPRIÉE POUR L'ACTIVITÉ À RÉALISER – INACTIVITÉ PHYSIQUE
Pendant l'événement (Risque de traumatismes)	– INSUFFISANCE DE LA DENSITÉ DE LA MASSE OSSEUSE – INSUFFISANCE DU TISSU MUSCULAIRE – INSUFFISANCE DES RÉACTIONS DE PROTECTION POUR AMOINDRIR LA CHUTE – NON-UTILISATION DE PROTECTEURS DE HANCHES CHEZ LES PERSONNES VULNÉRABLES
Après l'événement (Risque d'aggravation des traumatismes et des séquelles)	– NON-UTILISATION DE LA CONDUITE SÉCURITAIRE À ADOPTER POUR SE RELEVER APRÈS LA CHUTE – NON-APPLICATION DES PREMIERS SOINS (PAR SOI-MÊME OU DE PROCHES) – DÉVELOPPEMENT DU SYNDROME DE LA CHUTE (POST-FALL SYNDROME) – MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL (FRAGILITÉ) – MAUVAISE CONDITION PHYSIQUE – DEGRÉ DE LA GRAVITÉ DES BLESSURES (TRANSFERT D'ÉNERGIE LORS DE L'ÉVÉNEMENT)

	FACTEURS LIÉS À L'AGENT OU AU VECTEUR	FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE	FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE
	– AIDES À LA MARCHE EN MAUVAIS ÉTAT – SOULIERS AVEC SEMELLES GLISSANTES EN MAUVAIS ÉTAT	**Facteurs intrinsèques** – DOMICILIAIRES : – Éclairage insuffisant – Absence de barres d'appui ou de mains courantes – Surfaces des planchers glissantes, inégales, avec seuils, etc.) – Aires de circulation encombrées (fils électriques non fixés, boîtes, meubles, etc.) – Équipements et accessoires non sécuritaires ou en mauvais état (escabeaux, mains courantes, etc.) – Éléments extérieurs du domicile en mauvais état (allées, trottoirs, mobilier, échelles, escabeaux, etc.) – LIEUX PUBLICS : – Éléments de l'infrastructure ou du mobilier urbains en mauvais état (fissures ou trous dans la chaussée, surface inégale ou glacée des trottoirs, escaliers, éclairage, aires de repos, etc.)	– CODES NON APPLIQUÉS OU NORMES INADÉQUATES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ – CONCEPTION OU ENTRETIEN INADÉQUAT DES IMMEUBLES – CONDITIONS DE VIE INADÉQUATES DES PERSONNES ÂGÉES (REVENU, EMPLOI, LOGEMENT, ETC.) – DÉFICIENCE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL (SOLITUDE, RÉSEAU D'AMIS, PARENTS, RÉSEAU SOCIAL ET D'ENTRAIDE, ETC.) – FACTEURS IATROGÉNIQUES LIÉS AUX ORDONNANCES POTENTIELLEMENT NON APPROPRIÉES
	– MATÉRIAUX DE RECOUVREMENT DE PLANCHER OU D'ESCALIERS QUI N'ABSORBENT PAS LES CHOCS – MOBILIER DOMICILIAIRE QUI PRÉSENTE UN POTENTIEL CONTONDANT	– MOBILIER DES LIEUX PUBLICS QUI PRÉSENTE UN POTENTIEL CONTONDANT – MATÉRIAUX DE RECOUVREMENT DE LA CHAUSSÉE ET DES TROTTOIRS QUI N'ABSORBENT PAS LES CHOCS	
		– NON-UTILISATION DU TÉLÉPHONE OU AUTRES ÉQUIPEMENTS ET ACCESSOIRES DE SÉCURITÉ – NON-PROXIMITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE (CLSC, CLINIQUES MÉDICALES) – NON-PROXIMITÉ DES SERVICES D'AMBULANCE ET D'URGENCE – NON-PROXIMITÉ D'UN CENTRE DE TRAUMATOLOGIE	– SOINS ET SERVICES MÉDICAUX DÉFICIENTS (URGENCE, TRAUMATOLOGIE, CHIRURGIE, ETC.) – SOINS ET SERVICES DE RÉADAPTATION DÉFICIENTS – CONTINUUM DE SERVICES DÉFICIENTS (HOSPITALIERS, RÉADAPTATION, COMMUNAUTAIRES, MÉDICAUX, CLSC)

Annexe 7 – Liste non exhaustive des lois et organismes relatifs au thème de la santé et sécurité au travail

Liste **non exhaustive** des différentes lois et des différents organismes susceptibles d'émettre des directives sur le thème de la santé et sécurité au travail.

Gouvernement fédéral :

> Code canadien du travail ;
> Ministère du Travail du Canada ;
> Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST) : organisme du gouvernement fédéral qui rend des comptes au Parlement du Canada par l'entremise du ministre du Travail du Canada. Le Centre est géré par un conseil représentant les trois principaux groupes d'intervenants : les gouvernements (fédéral, provinciaux et territoriaux), les employeurs et les travailleurs. Sa mission consiste à servir de centre d'excellence pour le Canada en matière d'initiatives de prévention des maladies et des blessures liées au travail et de diffusion d'information sur la santé et la sécurité au travail.

À l'échelle canadienne :

> Association canadienne de normalisation (CSA) : norme Z1000-06 Gestion de la santé et de la sécurité au travail ;
> Association des infirmières et infirmiers du Canada ;
> Association médicale canadienne ;
> Agence de la santé publique du Canada.

Gouvernement provincial :

> Règlement sur la santé et la sécurité du travail ;
> Règlement sur les établissements industriels et commerciaux ;
> Loi sur la santé et la sécurité au travail (L.R.Q., chapitre S-2.1) ;
> Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., chapitre A-3.001) ;
> Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) ;
> Loi sur les normes du travail ;
> Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) : organisme chargé par le gouvernement du Québec d'administrer le régime de santé et de sécurité du travail ;
> Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) : organisme relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui reprend les mandats de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS) et du Conseil du médicament. Sa mission est de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux ;
> Institut national de santé publique du Québec : centre d'expertise et de référence en santé publique.

À l'échelle québécoise

> Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) : association paritaire sectorielle vouée à la prévention en santé et en sécurité du travail ;
> Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail (IRSST) : organisme de recherche scientifique qui contribue, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes ;
> Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) ;
> Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) : organisme sans but lucratif créé pour coordonner, faciliter et harmoniser l'échange des connaissances entre les milieux de la recherche et ceux de la pratique, relativement aux problématiques relevant du domaine psychosocial.

Associations professionnelles provinciales

> Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
> Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
> Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec
> Association professionnelle des éducateurs et éducatrices spécialisés du Québec
> Association des professionnels en santé du travail
> Collège des médecins du Québec.

À l'échelle régionale

> Commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services
> Direction de santé publique

À l'échelle de l'établissement

> Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
> Conseil des infirmières et infirmiers
> Conseil multidisciplinaire
> Conseil multi-technique
> Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
> Comité de gestion des risques et de la qualité

À l'échelle des programmes, services ou unités

> Comité de santé et de sécurité du travail, comité de gestion des risques, comité d'amélioration continue de la qualité, etc., mis en place pour l'ensemble du personnel concerné ou spécifiques à une profession.

Des protocoles spécifiques à l'utilisation d'un médicament ou d'un instrument ou à la gestion d'une situation peuvent également être développés au sein d'une équipe.

Chapitre 3

PROMOUVOIR LES SAINES HABITUDES DE VIE EN MILIEU DE TRAVAIL

Messages clés 140

1 Introduction 140

2 Définitions 141

3 Résultats les plus fréquemment observables des programmes sur les saines habitudes de vie en milieu de travail 142

4 Stratégies efficaces et conditions contribuant aux chances de succès 144

5 Intervenir sur les habitudes de vie 147

5.1 La saine alimentation 148

5.2 La pratique d'activité physique 150

5.3 La non-consommation de tabac 152

5.4 La gestion du stress 154

Pour en savoir plus 155

Références bibliographiques 156

Messages clés

- Tabler sur des interventions multistratégiques pour rejoindre les individus : formation, éducation, sensibilisation, counselling individuel et de groupe.
- Viser plus qu'une habitude de vie à la fois : ce sont les programmes combinés qui donnent les effets les plus importants.
- Prendre en compte la réalité des différents employés : âge, sexe, degré de motivation des employés, stades de changement, etc.
- Faciliter l'adoption de saines habitudes de vie par une adaptation de l'environnement de travail
- Utiliser au maximum les ressources disponibles dans le milieu tant en terme d'expertise que de disponibilité des équipements.
- Se souvenir que les activités de groupe favorisent non seulement l'adoption de saines habitudes de vie mais aussi les liens entre les gens.

1 Introduction

L'importance accordée actuellement aux initiatives en promotion de la santé en milieu de travail est le reflet des préoccupations de santé des populations occidentales.[1] Une saine alimentation, la cessation tabagique et l'activité physique occupent ainsi les premières loges de l'actualité tout en interpellant les employeurs d'aujourd'hui. Selon l'OMS, si rien ne change, le nombre de décès attribuables aux maladies cardiovasculaires liées à un manque d'activité physique ou à une alimentation malsaine pourrait augmenter de 17 % entre 2005 et 2015.[2]

Les coûts des soins de santé liés au maintien d'habitudes de vie nocives comme la sédentarité ou une alimentation inadéquate sont importants. Des coûts directs et indirects sont observables dans les milieux de travail[1]. Le maintien d'habitudes de vie défavorables à la santé constitue un facteur de risque associé à l'absentéisme, à l'augmentation des coûts liés aux soins de santé des travailleurs ainsi qu'à la diminution de leur productivité.[1]

Le Groupe de promotion et de prévention en santé (GP²S) indique sur son site Internet que : « *Investir dans des programmes de santé basés sur l'amélioration des saines habitudes de vie et de l'environnement de travail rapporte. Les chiffres démontrent que chaque dollar investi dans de tels programmes a généré jusqu'à 5 $ en gains de productivité dans les cinq ans suivant leur lancement.*

Les recherches démontrent :

- *qu'éliminer un seul des facteurs de risque à la santé d'un travailleur augmente la productivité au travail de 9 % et réduit l'absentéisme de 2 % ;*
- *qu'un employé actif physiquement est 12 % plus productif qu'un employé sédentaire ;*
- *qu'un employé fumeur coute 3 150 $ de plus par année à une entreprise qu'un employé non fumeur.* »

De plus, les membres du personnel du réseau qui adoptent des modes de vie sains ont souvent un effet positif auprès de leurs collègues, des usagers, de leur famille.

Les milieux de travail peuvent contribuer à leur façon par différents moyens et différentes stratégies à cet effort de modification des modes de vie. Par exemple, pour O'Donnell (2002), très peu de personnes sont en mesure de maintenir leur participation à un programme d'exercice sur une base régulière et la meilleure façon de réduire les périodes d'inactivité de ces personnes est de leur offrir des programmes au travail et des environnements de travail soutenants.[a]

1

Ce chapitre sur la promotion des saines habitudes de vie en milieu de travail présente les habitudes de vie les plus importantes sur lesquelles miser. Il met surtout en lumière les éléments gagnants d'une telle démarche, car si beaucoup d'interventions se réalisent dans ce domaine, toutes les initiatives ne sont pas couronnées de succès. En effet, les études démontrent que les programmes qui donnent les meilleurs résultats sont ceux qui ciblent plusieurs habitudes de vie et dont les actions portent autant sur les modifications à apporter à l'environnement de travail que sur la sensibilisation, l'éducation, les changements de comportements des individus.

2

Définition

L'Agence de la santé publique du Canada propose une liste de 12 déterminants de la santé des personnes. Parmi ceux-ci : **les habitudes de vie (ou de santé) et les compétences d'adaptation personnelles :**

« Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles désignent les mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir de la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé ».

Toutefois, on reconnaît de plus en plus que les « choix de vie » personnels sont largement influencés par le milieu socio-économique dans lequel les gens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent. (...) »[(3)]

Les saines habitudes de vie sont des pratiques visant la non-détérioration, le maintien ou l'amélioration de la santé. Au niveau individuel, il s'agit de comportements qui permettent d'être en meilleure santé ou d'habitudes de vie saines, de bonnes pratiques d'hygiène comme une alimentation saine, le fait de ne pas fumer, l'appartenance à un réseau social et l'activité physique. Ces choix sont grandement influencés par leurs milieux de vie.[(4)]

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux accorde une priorité aux domaines d'intervention que sont les habitudes de vie et les maladies chroniques et la santé en milieu de travail dans son Programme national de santé publique 2003-2012 :

« Un grand nombre de maladies sont en partie évitables : les MCV, la MPOC, l'asthme, le cancer, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose, les maladies buccodentaires. Il est en effet possible de réduire la prévalence de ces maladies, leur gravité ainsi que les complications et les conséquences qu'elles entraînent, et ce, à tout âge. Pour y arriver, un moyen est privilégié : modifier des habitudes de vie telles que le tabagisme, la sédentarité et l'alimentation non équilibrée. »[(5)]

a Traduction libre de O'Donnell, M. P. (2002). Health Promotion in the Workplace, DELMAR Thompson Learning, page xxiii

3 Résultats les plus fréquemment observables des programmes sur les saines habitudes de vie en milieu de travail

Les résultats des programmes de promotion des saines habitudes de vie se manifestent à différents niveaux (organisationnel, personnel et économique) voire même, à plus d'un niveau à la fois. Pour l'ensemble des programmes de promotion des saines habitudes de vie au travail, les résultats les plus fréquemment observables sont les suivants :

> Amélioration de la santé et changement des habitudes de vie ;
> Réduction des problèmes de santé et des coûts liés aux problèmes de santé ;
> Amélioration de la perception que les employés ont d'eux-mêmes ;
> Amélioration du climat régnant dans les équipes de travail découlant des liens tissés par les employés lors de la participation à ces programmes.

En matière d'**activité physique et de saines habitudes alimentaires**, on note plus particulièrement les résultats suivants[6] :

> Changement dans les comportements liés aux modes de vie tels que l'augmentation de l'activité physique et l'amélioration des habitudes alimentaires (augmentation de la consommation de fruits et de légumes, réduction de la consommation de gras alimentaires, réduction du poids, etc.) ;
> Réduction de l'indice de masse corporelle, réduction de la pression artérielle, amélioration des conditions cardio-respiratoires et des facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires ;
> Réduction des facteurs de risque liés à certains cancers (dont celui du système digestif) ;
> Réduction de l'anxiété chez les personnes souffrant de maladies émotionnelles légères ou plus graves ;
> Amélioration de la force des muscles et de la flexibilité ;
> Diminution de l'absentéisme et du taux de roulement du personnel ;
> Amélioration de la productivité et du moral des employés ;
> Amélioration de la satisfaction au travail et de l'esprit d'équipe ;
> Réduction du stress et des maux de dos ;
> Réduction des accidents de travail et des coûts afférents.

De façon générale, une revue de littérature récente[7] a répertorié les impacts suivants en référence à l'étude de 52 programmes d'activités physiques au travail :

> Diminution de l'indice de masse corporelle (IMC) : 1-2 % ;
> Réduction du pourcentage de gras corporel : 10-15 % ;
> Réduction de la pression artérielle systolique : 3-10 mm Hg ;
> Augmentation de la force musculaire et de la flexibilité : 20 % ;
> Réduction des coûts de soins médiaux.

Par ailleurs, une revue de littérature sur les **programmes de contrôle du poids** en milieu de travail (*Obesity Prevention and Control : Work Settings* citée dans Perreault G., 2009) a démontré que les interventions multistratégiques impliquant des stratégies d'éducation, la prescription d'exercice et de nutrition, des outils d'autogestion et de séances d'exercice en groupe, sont associés à une perte de poids allant de quatre à 26 livres chez les participants (six mois après l'intervention).[8]

En matière de **cessation tabagique**, outre les impacts positifs sur les fonctions cardio-respiratoires et les bienfaits sur la santé des individus, Santé Canada indique que l'employeur peut réaliser des économies dans plusieurs domaines ; tel que le relève le professeur William Weis, de l'Albers School of Business (Université de Seattle)[9] :

> l'assurance-maladie ;
> l'absentéisme ;
> l'assurance-vie et l'assurance-invalidité,
> l'assurance contre le feu ;
> l'assurance-responsabilité et l'assurance contre les accidents de travail ;
> la ventilation et la consommation d'énergie pour le chauffage et le conditionnement de l'air ;
> la responsabilité légale ;
> les dommages matériels,
> la dépréciation et l'entretien des biens ;
> le temps perdu à fumer ;
> le moral des employés ;
> l'image de l'entreprise.

Selon certaines études, les programmes de **gestion du stress**[1], généralement axés sur la relaxation et la méditation, contribuent à diminuer l'anxiété, la tension musculaire. Ils sont cependant sans effet sur la haute tension artérielle, la dépression et les troubles du sommeil. On estime de trois à six mois la durée de l'impact des programmes de gestion du stress au travail si ceux-ci ne sont pas jumelés à des changements organisationnels[8]. On évalue aussi que seulement 10 % des travailleurs persistent à long terme dans l'utilisation de techniques de gestion du stress[8]. Le soutien social et le changement organisationnel s'avèrent des pistes de solutions incontournables afin de maintenir les changements de comportements des individus à long terme. Ils visent à amener les travailleurs à reconnaître les symptômes du stress et à mieux pouvoir en gérer les conséquences. Toutefois, si la source de stress n'est pas modifiée ou qu'aucun changement ne survient (ex. : organisation du travail), ces programmes ne pourront compenser les effets prolongés du stress, de l'insatisfaction et de la pression sur le travailleur. Il s'agit d'une solution temporaire à court terme. Les impacts sont généralement les suivants[1] :

> Ces programmes sont bénéfiques pour les travailleurs. Ils les aident à réduire certains symptômes du stress à court terme et à demeurer en emploi ;
> Ces programmes permettent aux individus de mieux composer avec des situations stressantes relevant de la vie personnelle une fois au travail.

En conclusion, ce que nous savons jusqu'à maintenant des programmes de promotion de la santé au travail, c'est…

> qu'ils sont rentables dans la majorité des cas et qu'une bonne part de leur réussite repose sur certaines conditions[7, 10] telles que l'engagement organisationnel, le fait que le projet soit basé sur une analyse des besoins et sur des données probantes, les incitatifs à la participation, le caractère multistratégique et l'action tant sur les personnes que sur leur environnement ;
> que leurs impacts sur la santé et sur l'organisation varient selon les habitudes de vie établies par le programme[11] ;
> que certains programmes ou activités donnent des effets sur la santé et sur la productivité à court terme, tandis que pour d'autres, les effets ne seront pas mesurables avant quelques années. Il est donc important de tenir compte de ces dimensions lors de leur évaluation ;
> que les résultats des programmes sont souvent mixtes (ex. : effets sur le tabagisme, mais pas sur la consommation de fruits et de légumes[12] effets sur l'activité physique et la fatigue, mais pas sur la condition physique, les lipides ou l'hypertension).[11].

4 Stratégies efficaces et conditions contribuant aux chances de succès

*« Pour agir efficacement et amener un changement effectif, notamment en ce qui concerne les habitudes de vie, il faut intervenir sur les comportements individuels tout en instaurant un environnement et des conditions de vie qui favorisent l'adoption de saines habitudes de vie. Le but est de « rendre les choix de santé durables, conviviaux et faciles à faire. » (*MSSS, 2006) [13]

Pour rejoindre les individus, et plus particulièrement ceux qui sont le plus à risque, il faut voir à modifier l'environnement de travail des personnes. Au moment de faire la promotion des saines habitudes de vie au travail, il importe bien sûr d'agir sur l'individu lui-même, mais surtout sur son environnement de travail.

Les stratégies traditionnellement utilisées en promotion des saines habitudes de vie sont l'éducation (information, conférences, etc.) et la législation (politiques, codes, normes, etc.). Toutefois, à elles seules, ces actions ne sont pas suffisantes pour rejoindre l'ensemble des individus d'une organisation et d'engendrer des changements dans les comportements. Il faut garder en tête que ce sont généralement les employés déjà informés et déjà intéressés qui participeront d'emblée aux activités[14].

Tenir compte des stades de changement des personnes et travailler en équipe au moment de mettre en place un programme.

Il importe ici de tenir compte des stades de changement des personnes afin de bien comprendre ce qui motive ou freine leurs choix personnels, et d'intervenir en conséquence.

La littérature démontre assez clairement l'existence de différents stades de changement[11]. Ainsi, comme il peut s'avérer difficile d'organiser des programmes qui vont systématiquement tenir compte des stades de changement, il est recommandé d'offrir différents types d'intervention. Cette stratégie augmente l'efficacité des programmes mis en place. Par exemple, une campagne de sensibilisation aux saines habitudes de vie peut convenir à certaines personnes alors que des programmes structurés et participatifs seront plus appropriés pour d'autres.

Il importe donc que les acteurs organisationnels, les consultants externes responsables des programmes sur les saines habitudes de vie, les directeurs des établissements ou les gestionnaires soient conscients de l'impact qu'ont les stades de changement de comportement sur les programmes. Ils doivent en tenir compte :

> au moment de faire le bilan de santé de leur organisation ou d'évaluer les besoins de leur personnel ;
> au moment de choisir les programmes et d'évaluer s'ils sont adaptés au profil du personnel ou au profil des différents groupes cibles d'employés dégagés lors de la réalisation du bilan de santé de l'organisation ou de l'évaluation des besoins.

Pour plus de détails sur les stades du changement, voir *Le changement*, p. 26.

Les coûts et le temps à prévoir avant d'obtenir des résultats ?

On estime que les coûts d'un programme de changement des saines habitudes de vie varient de 60 $ à 150 $ US par employé, incluant le personnel nécessaire à la réalisation du programme.[1]

Le coût d'un programme de promotion des saines habitudes de vie au travail dépend notamment :

> de l'ampleur du programme ;
> du matériel déjà disponible ou qu'il faut encore acheter ou préparer ;
> des installations actuelles et des travaux d'aménagement des lieux nécessaires (ex. aménagement d'un vestiaire, de douches, etc.) ;
> des ressources humaines nécessaires à la conduite du projet.

On évalue à environ 12 semaines le temps nécessaire pour qu'un programme puisse bien s'implanter. Il faut aussi savoir que les programmes de promotion de la santé peuvent nécessiter de deux à cinq ans pour démontrer des bénéfices économiques.[15]

Les clés du succès : adopter une approche intégrée de la santé

Actuellement, la littérature scientifique met de l'avant la tendance des organisations à adopter une approche intégrée de la santé au travail.[16] Cette nouvelle approche implique de travailler à la santé du personnel par le biais de stratégies visant plusieurs déterminants de la santé des personnes. Certains programmes de promotion des saines habitudes de vie au travail adoptent eux aussi cette vision et proposent aux organisations des contenus combinant la promotion de plus d'une saine habitude de vie à la fois. En effet, il semble y avoir plus d'un impact lorsque les programmes touchent plus d'une habitude de vie.[11]

De façon générale, les programmes de promotion de la santé jugés exemplaires sont multistratégiques et combinent[11, 17, 18] :

- des activités éducatives visant la sensibilisation des employés (éducation à la santé) ;
- des programmes visant le changement de comportement ;
- des programmes visant des modifications de l'environnement de travail.

On recommande par exemple la mise en place de programmes combinant l'éducation et l'accès à une alimentation saine à une approche visant à augmenter le niveau d'activité physique des personnes sur les lieux de travail. Les interventions multistratégiques ciblant à la fois le tabac, la nutrition, la perte de poids, l'exercice et la gestion du stress sont plus rentables que les interventions isolées[8].

Pour les programmes visant la cessation tabagique, l'exercice, le contrôle du poids et la nutrition, l'évaluation personnalisée des risques avec une rétroaction pour modifier le comportement, accompagnés d'activités éducatives sont recommandés. Parmi les possibilités :

- La réalisation de bilans de santé du personnel avec l'octroi de rétroactions individuelles en face à face, au téléphone ou en groupe ;
- Les communications écrites ;
- L'utilisation d'Internet pour la diffusion de messages ;
- Les CD-ROMS et les messages téléphoniques automatisés.

À titre d'exemple, en matière de cessation tabagique, les programmes incluant du *counselling* individuel ont deux fois plus de chance d'être efficaces.[8]

D'autres éléments tirés de la littérature scientifique méritent aussi d'être pris en compte :[8, 11]

- Les interventions permettant aux personnes de développer des habiletés personnelles liées aux habitudes de vie tout en augmentant leur niveau de soutien social sont plus efficaces : le soutien et la cohésion sociale au travail augmenteraient le sentiment de contrôle qu'ont les employés sur leur santé ;
- De nombreuses études démontrent que les programmes ciblés selon l'étape de changement des individus peuvent stimuler davantage de changement que les programmes qui ne tiennent pas compte de ces stades. Il est donc recommandé d'offrir des types d'intervention différents pour rejoindre les individus à chaque étape de changement et de soutenir le changement de stade ;
- L'intervention peut se faire par du *counselling* individuel en face à face ou de façon téléphonique ou encore, en groupe ;
- Les programmes qui incluent du *counselling* individuel ont deux fois plus de chance d'être efficaces, notamment en cessation tabagique et en nutrition.

Par ailleurs, il importe de considérer l'ensemble des conditions contribuant aux chances de succès des programmes de promotion des saines habitudes de vie en milieu de travail (engagement de la direction, participation des employés, objectifs clairement définis, évaluation des résultats) – (Voir le chapitre *La démarche pour implanter des milieux de travail sains*, page 20)

Pour finir, il est important de rappeler que tous les programmes et toutes les activités visant la promotion de la santé gagnent à être soutenus par l'adoption d'une politique de promotion de la santé ou par l'adoption de politiques organisationnelles propres à une ou à plusieurs habitudes de vie (ex. : politique alimentaire, politique contre le tabagisme, etc.).[b]

b Pour en savoir plus sur ce sujet, il est possible de consulter le *Guide d'élaboration d'une politique de promotion de la santé et recueil de politiques*, produit par le réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé et disponible en ligne : www.hps.santemontreal.qc.ca

4

Voici en résumé, quelques éléments importants à retenir :

> Développer des programmes qui touchent à plusieurs habitudes de vie
> Favoriser des programmes multistratégiques qui combinent [11, 17, 18] :
  • des activités éducatives visant la sensibilisation des employés (éducation à la santé) ;
  • des programmes visant le changement de comportement ;
  • des programmes visant des modifications de l'environnement de travail.
> Inclure dans les composantes du programme du counselling individuel
> Tenir compte des stades du changement des individus
> Adopter une politique de promotion de la santé et d'autres politiques sur des thèmes spécifiques (ex. une politique alimentaire)

Quelques exemples de projets multistratégiques et combinés :

Projet

Projets du réseau montréalais

***Programme Ma santé, je m'en occupe – ACTI-MENU* – CSSS de la Pointe-de-l'Île, CSSS du Cœur-de-l'Île**

L'approche du programme Ma santé, je m'en occupe ! concerne la santé globale, c'est-à-dire tant la santé physique (activité physique, alimentation, poids, tabagisme) que la santé psychologique. L'approche d'ACTI-MENU vise à améliorer les comportements individuels concrètement en réalisant différentes activités de mobilisation pour créer un mouvement santé dans toute l'organisation. Ce programme est géré en six étapes thématiques : introduction et santé globale ; gestion du stress ; santé du cœur ; alimentation ; activité physique ; santé globale comparative. Chaque thème est présenté en quatre temps : conférence, questionnaire, profil santé personnalisé, relance téléphonique.

(Voir fiche nº 21).

***CSSS vert et en santé* – CSSS Cavendish**

Ce projet vise à amener le CSSS Cavendish à devenir un établissement vert et en santé par la promotion et l'adoption de saines habitudes de vie et par l'implantation d'aménagements favorables à la santé. Ce projet combine un certain nombre d'actions visant le maintien et le développement de plusieurs habitudes de vie à l'adoption de pratiques en milieu de travail pour réduire l'empreinte écologique.

(Voir fiche nº 22).

Démarche participative collective visant à améliorer la santé globale du personnel du Service d'hygiène-salubrité – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Ce projet consiste à implanter une démarche participative collective d'amélioration de la santé globale du personnel d'hygiène-salubrité en évaluant, dans un premier temps, sa santé sous diverses facettes (alimentation, activités physiques, tabagisme, poids santé et niveau de stress) et en lui offrant, dans un second temps, la possibilité de choisir et de s'engager collectivement dans une activité qui favorisera une amélioration au niveau de sa santé.

(Voir fiche nº 23).

Activités inspirantes

***Centre Épic* – Institut de cardiologie de Montréal – Montréal**

Cet établissement a mis sur pied un centre de médecine préventive, le Centre Épic, qui offre à la communauté un éventail d'activités favorisant la santé globale telles que : activités sportives, contrôle du poids, gestion du stress, service de nutrition. Le Centre ÉPIC compte aujourd'hui plus de 4 500 membres inscrits en prévention primaire et secondaire, ce qui en fait le centre de prévention le plus important au Canada. L'ensemble des activités est offert au personnel de l'établissement avec des réductions des frais d'inscription. Certaines activités sont également développées spécifiquement pour le personnel telles que le club de marche, « Ma santé je m'en occupe », la journée de la rentrée, le Défi tabac.

www.centreepic.org

***Programme 0-5-30* – Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale – Québec**

Le programme est axé sur trois cibles : le non-tabagisme (non-consommation et non-exposition), la consommation de cinq portions ou plus de fruits et légumes par jour et la pratique de 30 minutes ou plus d'activités physiques par jour. Il propose une combinaison de deux stratégies, soit des actions environnementales dans les milieux de vie et des actions éducatives auprès des individus.

Référence

www.0-5-30.com/asp/listBonsCoups.asp?rgn=Capitale-nationale

Intervenir sur les habitudes de vie

Dans l'ouvrage *La santé par le plaisir de bien manger*, Trécarré, 2009, les cinq règles d'or de la prévention des maladies chroniques, selon Richard Béliveau et Denis Gingras, sont :

1) Ne pas fumer
2) Maintenir un poids normal (IMC entre 19 et 24)
3) Manger une abondance de produits végétaux, fruits, légumes, grains entiers
4) Être actif physiquement au moins 30 minutes par jour
5) Réduire la consommation de produits riches en sucre et en gras

Compte tenu des effets négatifs importants du stress constatés chez les membres du personnel de la santé et des services sociaux, il devient incontournable de s'y attarder lorsque l'on parle des modes de vie. Même si ce thème est traité au chapitre *Soutenir le bien-être des employés et les pratiques de gestion efficaces*, page 60, il est suggéré de le considérer également dans tout programme visant les saines habitudes de vie.

Par conséquent, étant donné leur impact sur le développement des maladies chroniques et leur positionnement au cœur des priorités ministérielles et régionales, il est essentiel de cibler les habitudes de vie suivantes :

- **Saine alimentation**
- **Pratique d'activité physique**
- **Non-consommation de tabac**
- **Gestion du stress**

Dans ce qui suit, nous décrivons sommairement chacune de ces habitudes de vie en proposant un certain nombre d'actions possibles à mettre en œuvre en milieu de travail. Nous rappelons toutefois que pour une stratégie de promotion de la santé efficace, il faut offrir un programme multistratégique intégrant plusieurs habitudes de vie.

5 5.1 La saine alimentation

À Montréal, entre 2002 et 2007, on remarque qu'un pourcentage élevé de la population ne consomme pas les **aliments santé** selon la fréquence minimale recommandée par le Guide alimentaire canadien[xix]. Parmi les raisons évoquées, mentionnons : l'accès à des fruits et légumes frais, le revenu, le niveau de scolarité et parfois, les particularités multiculturelles.[19] Par exemple à Montréal, 40 % des ménages n'ont pas accès à des aliments santé à une distance de marche[19].

Il est recommandé de consommer les quantités et les types d'aliments permettant à toute personne de combler ses besoins en vitamines, minéraux et autres éléments nutritifs et de réduire ses risques d'obésité, de diabète de type 2, de maladies du cœur, de certains types de cancer et d'ostéoporose de façon à atteindre un état de santé global et de bien-être tel que recommandé par le Guide alimentaire canadien.[20]

PASSER À L'ACTION

Quelques exemples de ce que l'on peut faire en milieu de travail[14]

- **Travailler de pair avec les gestionnaires de cafétérias, de services alimentaires ou avec les traiteurs (offre alimentaire saine et portions raisonnables, prix, heure d'ouverture, capacité d'accueil, formation en nutrition, etc.);**
- **Implanter une politique alimentaire avec la cafétéria de l'établissement basée sur le cadre de référence ministériel *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité* (MSSS, 2009);**
- **Réviser le contenu des machines distributrices (maximum d'eau, de produits laitiers, jus 100 % purs, jus de légumes, etc.);**
- **Faire des aires de repas, des endroits agréables et conviviaux;**
- **Favoriser l'accès à de l'information nutritionnelle (teneur en matière grasse, en sucre, en sel, etc.);**
- **S'assurer de l'accessibilité à des appareils électriques permettant aux travailleurs d'apporter leur repas au travail (four, micro-ondes, réfrigérateur, etc.) et de la présence de fontaine d'eau dans les aires d'alimentation et à proximité des espaces de travail, etc.;**
- **Organiser la vente d'aliments sains et de produits locaux sur le lieu de travail en collaboration avec des organismes communautaires ou avec des producteurs locaux.**

Projet

Projet du réseau montréalais

***Environnement alimentaire revu et amélioré* – CHU Sainte-Justine**

Cet établissement a établi l'importance de revoir la nature des services alimentaires offerts étant donné que les machines distributrices du centre hospitalier n'offraient pas des types d'aliments et des boissons acceptables sur le plan nutritionnel. Le projet a concerné le contenu des machines distributrices ainsi que les services de traiteurs.

Volet Machines distributrices

Le projet a porté sur le développement d'une offre alimentaire dans les machines distributrices qui soit cohérente avec les recommandations nutritionnelles en vigueur de façon à faciliter l'accès à une saine alimentation tant pour les familles, les visiteurs que les travailleurs et leur transmettre le goût pour une saine alimentation.

Volet service traiteur

Un guide a été conçu afin d'aider les personnes qui commandent auprès de services de traiteur à faire des choix sains et savoureux pour les réunions, colloques, conférences, formations, réceptions, fêtes entre collègues, etc. Une démarche de consultation et d'évaluation des besoins a été réalisée. Intitulé Santé et plaisir dans nos assiettes au travail, ce guide de 16 pages est disponible en version imprimée et sur le site Internet de l'établissement.

(Voir fiche nº 24).

LECTURES ET SITES INTERNET SUGGÉRÉS

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail – Bien s'alimenter au travail
www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/healthyeating.html
Cette section du site contient toute une série d'exemples d'informations pratiques. On y explique entre autres comment mettre en place un programme visant la saine alimentation des employés.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal Interventions efficaces – S'occuper de la nutrition Pourquoi promouvoir la santé en milieu de travail ?
www.santepub-mtl.qc.ca/Nutrition/fruitlegume/interventions.html
Cette page contient plusieurs informations pertinentes au moment de s'attarder à l'alimentation du personnel. On y présente notamment les clés du succès ainsi que quelques interventions efficaces.

Health Care Without Harm Issues Healthy Food Systems
www.noharm.org/us_canada/issues/food/
Cette page présente une série d'alternatives-santé écologiques et éthiques pour les organisations désireuses d'aller de l'avant en matière de nutrition.

5 5.2 La pratique d'activité physique

Selon les données recueillies par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007/2008[21] :

- **48 %** des Canadiens (de 20 ans et plus) ***sont au moins modérément actifs*** durant leurs périodes de loisir. On peut atteindre ce niveau d'activité physique en marchant une demi-heure par jour.
- Pour le reste, 25 % sont classifiés comme modérément actifs et 23 % sont actifs.
- 55 % **des femmes** sont inactives et 45 %, modérément actives ou plus.
- 49 % **des hommes** sont inactifs et 51 % modérément actifs ou plus.

Les adultes de 18 à 64 ans devraient faire au moins 150 minutes d'activité aérobique d'intensité moyenne, ou au moins 75 minutes d'intensité élevée, ou une combinaison équivalente ; on recommande des séances d'au moins dix minutes, préférablement réparties sur au moins trois jours. Ceux-ci auraient par ailleurs avantage à faire, chaque semaine, 300 minutes d'activité aérobique d'intensité moyenne, ou 150 minutes d'intensité élevée, ou une combinaison équivalente afin d'accroître les effets bénéfiques sur la santé. Ils devraient également faire des exercices de musculation sollicitant les grands groupes musculaires, deux fois ou plus par semaine.

Pour leur part, les adultes souffrant d'incapacités physiques devraient aussi essayer de suivre les recommandations précédentes ; si ce n'est pas possible, ils devraient être aussi actifs qu'ils le peuvent et éviter la sédentarité.[22]

PASSER À L'ACTION

Quelques exemples de ce que l'on peut faire…[14]

> Offrir des activités sportives en tenant compte des horaires des personnes (avant le quart de travail ou le matin, à la pause repas ou sur l'heure du dîner, immédiatement après le quart de travail) ;

> Offrir des activités ponctuelles, mais aussi une programmation annuelle continue de même que des activités adaptées selon les différentes saisons ;

> Veiller à offrir des aménagements et des installations adaptées (stationnement pour vélo, vestiaires et douches, espace de rangement pour le matériel, etc.) ;

> S'assurer d'offrir des équipements en quantité suffisante ;

> Afficher des messages incitant les personnes à utiliser les escaliers ;

> Diffuser de l'information sur la possibilité de faire de l'exercice physique à proximité du lieu de travail et sur les activités offertes par la municipalité ;

> Développer des ententes corporatives individuelles (remboursement de frais, abonnement, etc.) et collectives (soutien d'activités d'équipes corporatives) ;

> Promouvoir les modes de transport actifs.

Projet

Projet du réseau montréalais

***Capsules Santé en ligne* – Centre hospitalier de l'Université de Montréal**

Ce projet rend disponible en ligne des capsules de pause-exercices aux employés du CHUM, Deux athlètes olympiques on été retenus afin d'animer les pauses. Chaque capsule a une durée de 8 à 12 minutes. Un total de dix capsules sont mises à la disposition des employés sur le site intranet de l'établissement. Chaque capsule comporte neuf exercices. Ainsi, les employés ont la possibilité de choisir des exercices différents chaque jour.

(Voir fiche nº 25).

LECTURES ET SITES INTERNET SUGGÉRÉS

Vélo Québec *Transport actif*
www.velo.qc.ca/transport-actif/au-boulot
L'organisme présente ici l'Opération Vélo-Boulot ainsi que des trucs, des conseils et des services aux employeurs désireux de promouvoir le transport à vélo. Le site contient entre autres un guide contenant des recommandations pour les stationnements de vélos.
www.velo.qc.ca/transport-actif/au-boulot/Entreprises-velosympatiques
Cette section du site explique comment devenir une entreprise vélosympatique et propose le Guide de l'entreprise vélosympathique.

Réseau Vélo-Boulot *Transport actif*
www.reseauveloboulot.ca/sections/propos/
Ce site fait la promotion du transport actif au travail par le vélo.

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail La vie active au travail
www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/active_living.html
Cette section du site contient toute une série d'exemples d'informations pratiques. On y explique entre autres comment mettre en place un programme visant la vie active des employés.

Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP2S) Vie active au travail
www.gp2s.net
Le groupe GP²S propose plusieurs rubriques sur cette page. Pourquoi une vie active au travail ? Comment planifier un programme de vie active au travail ? Comment élaborer un programme de vie active au travail ?, etc.

Augmentez vos actifs
Kino-Québec, *Augmentez vos actifs*. 2000, Kino-Québec. p. 24. Disponible en ligne : www.kino-quebec.qc.ca/publications/augmentezvosactifs.pdf

Effets psychologiques de la pratique d'activités physiques
Kino-Québec. *Effets psychologiques de la pratique d'activités physiques*. Disponible en ligne : www.kinoquebec.qc.ca/effets.asp

Dossier de recherche • L'activité physique au travail
Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie et ParticipACTION, *L'activité physique au travail.* Dossier de recherche, 2009. 5(Mai) : 2
Disponible en ligne : www.cflri.ca

Work gyms 'lift mood and stress' – Employees who can exercise at work are more productive, happy and calm, a study shows
Longwoods Publishing. *Work gyms 'lift mood and stress' – Employees who can exercise at work are more productive, happy and calm, a study shows*. Dernière consultation : 17 mars 2010
Disponible en ligne : www.longwoods.com/product.php?productid=20386

5

La gestion du poids

Note importante sur les programmes de gestion du poids

La gestion du poids corporel n'est pas une simple affaire. Elle est influencée par plusieurs facteurs interagissant ensemble comme :

> La biologie
> Les habitudes de vie
> Les caractéristiques personnelles
> Les aspects socioculturels

Des programmes pour le contrôle du poids et pour prévenir l'obésité peuvent être offerts sur les lieux de travail. Il importe cependant de recourir à des professionnels qualifiés et reconnus par des ordres professionnels pour maximiser les chances des individus de mener à terme leur démarche tout en minimisant les risques divers associés à des méthodes inadaptées en matière de perte de poids (reprise de poids, carences alimentaires, fatigue, etc.).

LECTURES ET SITES INTERNET SUGGÉRÉS

The Community Guide *Worksite Programs to control Overweight and Obesity*

L'organisme américain présente ici une série de recommandations et de résultats tirés des travaux de son groupe de travail sur l'obésité et le surpoids au travail.
www.thecommunityguide.org/obesity/workprograms.html

Étude : Obésité et travail

Santé Canada. 2005. *Étude : Obésité et travail*. Statistique Canada. p. 1. Disponible en ligne : www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090220/dq090220c-fra.htm

ÉquiLibre* – Groupe d'action sur le poids et le programme *Choisir de maigrir

Le *Plan d'action gouvernemental de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids* soutient la mise en œuvre du programme « Choisir de maigrir ? » dans le réseau des Centres de santé et de services sociaux. De même, le groupe Équilibre travaille présentement à la mise sur pied de deux programmes de saine gestion du poids en milieu de travail. Un de ces programmes sera destiné aux femmes et l'autre aux hommes puisque les comportements à l'égard du poids et des saines habitudes de vie diffèrent selon les sexes. Pour plus d'information : **www.equilibre.ca**

5.3 La non-consommation de tabac

À Montréal, en 2005, on comptait encore 25 % d'hommes fumeurs et 23 % de femmes fumeuses parmi la population de 12 ans et plus fumant la cigarette. Le tabagisme actif est responsable de 30 % des maladies cardiovasculaires, 85 % des cancers du poumon, 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques et est la cause directe de 10 400 morts par an au Québec.[22]

De façon générale, il est recommandé de ne pas fumer ou de réduire sa consommation de cigarettes. Les médecins sont encouragés à intervenir auprès de leurs patients en employant le *counselling* et des traitements médicamenteux[22]

LECTURES ET SITES INTERNET SUGGÉRÉS

Santé Canada
Travailler dans un milieu sain : guide en matière de lutte au tabagisme
www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/bottomline-bilan/index-fra.php
Ce site propose un guide pour les organisations souhaitant aller de l'avant en matière de lutte au tabagisme.

Conseil canadien pour le contrôle du tabac
Le portail documentaire canadien sur la lutte au tabagisme
www.cctc.ca/index_html-fr
Plusieurs articles et documents pertinents sont accessibles par le moteur de recherche de ce site en y inscrivant le mot « travail ».

Défi J'arrête, j'y gagne en milieu de travail
www.defitabac.qc.ca
La section *Milieu de travail* de ce site propose plusieurs informations sur les possibilités de mener le Défi J'arrête, j'y gagne en milieu de travail. Les avantages pour l'employeur de la non-consommation de tabac par les employés y sont aussi listés.

J'arrête
www.jarrete.qc.ca
Plusieurs informations pour aider les fumeurs à se libérer du tabac et lien vers les Centres d'abandon du tabagisme (CAT).

Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme
Leclerc, B.-S., *Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme : période 2005-2006*, Développement des individus et des communautés, 2009, Institut national de santé publique du Québec.

Best Practices for Smoking Cessation : Implications for Employer-Based Programs
Musich, S., L. Chapman, and R. Ozminkowski, *Best Practices for Smoking Cessation : Implications for Employer-Based Programs* American Journal of Health Promotion, 2009. 24(I1, 1A).

Projet

Projet du réseau montréalais

Défi six semaines sans tabac **– Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**
Il s'agit d'un projet biannuel qui s'adresse à environ 15 % du personnel (le personnel fumeur). Ce projet comporte une étape de communication, une période d'inscription et des rencontres durant la période du Défi : une rencontre avec des spécialistes de la santé sur l'impact du tabac sur la santé, des témoignages de membres du personnel ayant déjà participé, des discussions entre participants. (Voir fiche nº 26).

PASSER À L'ACTION

Quelques exemples de ce que l'on peut faire *(idées provenant des sites Internet et des documents cités dans cette section)*

- **Instaurer une politique anti-tabac pour réduire l'utilisation du tabac parmi le personnel ;**
- **Organiser des concours et offrir des prix pour stimuler la participation des personnes ;**
- **Offrir un service de *counselling* individuel et des rencontres de groupes ;**
- **Désigner un professionnel afin qu'il se déplace dans l'établissement pour aller offrir des services de *counselling* ;**
- **Faire la promotion des lignes téléphoniques et des mesures de soutien à la cessation tabagique déjà existantes ;**
- **Organiser des dîners-causeries et des conférences avec des invités spéciaux ou avec des personnalités connues ou importantes dans l'organisation (ou à l'extérieur) ayant arrêté de fumer.**

5

5.4 La gestion du stress

Au Canada, selon des études scientifiques le niveau de stress chez les prestataires de soins de santé augmenterait en fonction du nombre d'heures travaillées :[23] les prestataires de soins travaillant 35 heures ou plus par semaine sont beaucoup plus susceptibles que ceux travaillant 35 heures et moins par semaine de déclarer des niveaux de **stress** élevés. Les travailleurs ayant un autre type d'horaire qu'un quart de travail régulier de jour sont plus susceptibles d'indiquer des niveaux de stress élevés. Selon une autre étude, les deux tiers (67 %) des infirmières en chef et des infirmières surveillantes ont indiqué avoir un niveau élevé de stress au travail et les travailleurs de la santé qui ont indiqué avoir des niveaux de stress élevés dans leur vie quotidienne (78 %) ont également déclaré des niveaux élevés de stress au travail. De même, 75 % des prestataires de soins de santé ayant des niveaux de stress élevés se disent « insatisfaits » ou « très insatisfaits » de leur vie.[24]

Avoir de bonnes habiletés d'adaptation permet aux personnes d'avoir confiance en eux, de résoudre les problèmes et de faire des choix éclairés pour améliorer leur santé. Ces habiletés aident les gens à affronter les défis de la vie de façon positive, sans recourir à des comportements risqués comme la consommation d'alcool et de drogues.[2]

Pour contrer le stress en milieu de travail, il ne faut toutefois pas se limiter à offrir des stratégies tablant uniquement sur les capacités individuelles. Il est nécessaire de développer un volet organisationnel si l'on veut agir avec une plus grande efficacité sur les sources de stress.

Pour plus de détails sur le stress, voir *Le stress : un facteur majeur pour la santé psychologique,* p. 63.

PASSER À L'ACTION

Quelques exemples de ce que l'on peut faire[14].

- **Informer les employés et leur fournir des outils pour diminuer et mieux gérer leur stress**
- **Apprendre aux gestionnaires à reconnaitre et à gérer les manifestations de stress chez leurs employés**
- **Offrir le programme d'aide aux employés en tant que ressource utile pour les employés et les gestionnaires**
- **Adapter les pratiques de gestion pour limiter les sources de stress.**

SITES INTERNET SUGGÉRÉS

Jean-Pierre Brun
Grand spécialiste au Québec sur les questions de bien-être et d'efficacité de l'entreprise.
www.jeanpierrebrun.com
On peut également consulter ses chroniques sur le site www.gp2s.net

PasseportSanté.net
On y retrouve plusieurs articles, fichiers balados, conseils concernant le stress en général et le stress en milieu de travail en particulier.
www.passeportsante.net

ICM – Centre Épic
Atelier de réduction du stress
Les ateliers de réduction du stress, basés sur la pleine conscience, s'adressent aux gens qui veulent vivre de façon plus détendue, consciente et bienveillante.
www.centreepic.org

POUR EN SAVOIR PLUS

1) **Livre :** O'Donnell, M.P., ***Health Promotion in the Workplace.*** 2002 : DELMAR Thompson Learning.

2) **Site Internet : Agence de la santé publique du Canada. *Portail des pratiques exemplaires.***
www.cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/index-fra.html

3) **Site internet : Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. *Apporter la santé au travail.***
www.cchst.ca/healthyworkplaces/

4) **Site Internet : WELCOA Wellness Council of America.**
www.welcoa.org/

5) **Site Internet : The Guide to Community Preventive Service**
www.thecommunityguide.org/worksite/index.html

Spécialement pour les médecins :

Site internet : ePhysicianHealth.com
www.ephysicianhealth.com

Site Internet : International Alliance for Physician Health.
www.cma.ca/index.cfm/ci_id/89721/la_id/1.htm

Examen médical périodique de l'adulte
Données probantes 2009
www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/examenperiodique2009.pdf

Pour le public en général

Guide santé
Une section traite des habitudes de vie et des bonnes stratégies pour modifier les comportements
www.guidesante.gouv.qc.ca

Passeport santé
www.passeportsante.net

Références bibliographiques

1. O'Donnell, M. P. (2002). *Health Promotion in the Workplace*, DELMAR Thompson Learning,
2. Organisation mondiale de la santé (OMS) (2010). *Why Move For Health*. Consulté en 10/2010. *www.who.int/moveforhealth/en*
3. Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Qu'est-ce qui détermine la santé ?* Consulté en 10/2010. www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php
4. Agence de la santé publique. (2010). *Modes de vie sains.* Consulté en 10/2010, www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/index-fra.php.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012,* mise à jour 2008, D.g.d.l.s. publique, Gouvernement du Québec, 126 p.
6. World Health Organization & World Economic Forum. (2008). *Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity,* WHO/World Economic Forum Report of a Joint Event, World Health Organization & World Economic Forum, Editor : Geneva.
7. Bauer, GF. (2007). *Worksite health promotion research : challenges, current state and future directions*, Italian Journal of Public Health, Vol. 4, nº 4, p. 238-247.
8. Perreault G. (2009). *Analyse exploratoire des approches de promotion de la santé des travailleurs des Centres de santé et de services sociaux et Centres hospitaliers de la région de Montréal*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 35 p.
9. Santé Canada. (2010). *Travailler dans un milieu sain : guide des politiques en matière de lutte au tabagisme*. Consulté en 10/2010, www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/work-trav/index-fra.php
10. Groene, O., Garcia-Barbero, M. (2005). *Health Promotion in Hospitals : Evidence and Quality Management,* Country Systems, Policies and Services, Division of Country Support WHO Regional Office for Europe, p. 48-67.
11. Kischuk, N., Renaud, L. (2008). *La prévention et la promotion de la santé des employés des organisations de santé : Recension de pratiques exemplaires*, Montréal, 32 p.
12. Matson-Koffman, D., et al. (2005). *A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote Physical activity and nutrition for cardiovascular health,* American Journal of health promotion, Vol. 19, nº 3, p. 167-193.
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec. (2006). *Investir pour l'avenir Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*, Santé et services sociaux Québec. p. 49.
14. GP2S. (2009). *Manuel d'accompagnement pour la mise en œuvre de la norme « Entreprise en santé »* BNQ 9700 800/2008, Montréal, 91 p.
15. Riedel, J.E. et al. (2001). *The effect of disease prevention and health promotion on workplace productivity : a literature review*, The science of health promotion, Vol. 15, nº 3, 25 p.
16. Chu C. *(2003). De la promotion de la santé sur le lieu de travail à la gestion intégrée de la santé au travail : tendances et évolution*, COHNET, hiver 2003.

17. Proper, K., Mechelen, W. (2007). *Effectiveness and economic impact of worksite interventions to promote physical activity and healthy diet*, World Health Organization, Geneva, 63 p.

18. Agence de la santé publique du Canada. (2001). *La vie active au travail, une bonne affaire*. Consulté en 10/2010, www.phac-aspc.gc.ca/alw-vat/index-fra.php

19. Pouliot, N., Bertrand, L. (2009). *La santé est-elle au menu des Montréalais ? Portrait de la consommation alimentaire des Montréalais pour la période 2002-2007*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 24 p.

20. Santé Canada (2007). *Bien manger avec le guide alimentaire canadien*, Ottawa.

21. Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. (2010). *Niveaux d'activité physique des adultes canadiens.* Consulté en 10/2010 www.cflri.ca/fra/niveaux/niveaux_adultes.php

22. Agence de la santé et de services sociaux de Montréal et Collège des médecins du Québec. (2009). *Données probantes 2009, L'examen médical périodique de l'adulte*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Collège des médecins du Québec, 32 p.

23. Wilkins, K. (2007). *Le stress au travail chez les prestataires de soins de santé,* Statistique Canada, Vol. 18, nº 4.

24. Statistique Canada (2007). *Étude : le stress au travail chez les prestataires de soins de santé,* Le Quotidien, 13 novembre 2007, Consulté en 10/2010, www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/071113/tdq071113-fra.htm

Chapitre 4

INTERVENIR POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

Messages clés 160

1 Que sont les inégalités sociales de santé ? 161

2 Les inégalités chez le personnel de la santé et des services sociaux 162

2.1 Les inégalités et le milieu du travail 162
2.2 Qu'en est-il des travailleurs de la santé et des services sociaux ? 162
2.3 Intervenir pour réduire les inégalités et améliorer la santé du personnel 163

3 Impact du titre d'emploi 165

3.1 Conditions psychosociales et stress 165
3.2 Les troubles musculosquelettiques (TMS) 167
3.3 Le travail par quarts de soir et de nuit et le travail par rotation 168

4 Impact du genre 169

4.1 La situation de travail et le revenu 169
4.2 L'équilibre travail-vie personnelle 170
4.3 La violence et le harcèlement 171

5 L'impact de l'âge des travailleurs 172

5.1 Le vieillissement de la main-d'œuvre et ses impacts sur la santé 172
5.2 Les équipes de générations différentes 174

6 Impact de l'immigration et de l'appartenance à une minorité culturelle 175

6.1 L'immigration et la diversité culturelle 175
6.2 L'intégration au marché du travail 176
6.3 La gestion de la diversité culturelle 178

Pour en savoir plus 180
Références bibliographiques 180

Messages clés

Savoir que les programmes de promotion de la santé accessibles à tous de façon universelle ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins de tous les employés.

Toujours prendre en compte que l'appartenance à un groupe d'employés ou à un autre peut avoir des impacts sur la santé, par exemple :

> Titre d'emploi
> Genre
> Âge
> Appartenance à une communauté culturelle

Dégager un portrait de son établissement afin de mieux cibler les inégalités sociales de santé existantes ou potentielles au sein de l'organisation.

Chercher à savoir ce que les travailleurs ont de particulier, ce qu'ils vivent au quotidien et en quoi leur réalité peut nuire à leur santé.

Encourager l'implication des différentes catégories de travailleurs dans l'atteinte des objectifs et la réalisation des activités proposées par l'organisation

Cibler les interventions visant à minimiser les inégalités existantes selon l'appartenance à certains sous-groupes d'employés. Par exemple, élaborer des politiques de conciliation travail-vie personnelle, aménager les lieux de travail de façon ergonomique, adapter les programmes de promotion de la santé aux travailleurs par quarts de soir et de nuit.

« L'équité en santé passe par un travail sûr, sans danger et correctement rémunéré, des possibilités d'emploi tout au long de l'année et un juste équilibre entre vie professionnelle et vie privée pour tous. »

– Combler le fossé en une génération, OMS, 2008[1]

Que sont les inégalités sociales de santé ?

1

Le Centre de recherche Léa Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal a été mis sur pied afin de mieux comprendre l'impact du milieu sur la santé physique et mentale. Sa mission vise plus particulièrement la prise en compte de cette nouvelle connaissance en vue de réduire les inégalités sociales de santé à Montréal. Le Centre Léa Roback définit les inégalités sociales de santé de la façon suivante[2] :

> *« Les "inégalités sociales de santé" sont ces écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. »*
>
> *L'expression « gradient de santé » désigne cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que celles qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunies.*
>
> *Les « inégalités sociales de santé » renvoient aussi à toute relation entre la santé et l'appartenance à un groupe social. Au Canada, les inégalités sociales de santé sont surtout relatives au genre, au fait d'être d'origine autochtone et à l'éducation.*

Les inégalités sociales de santé font référence à l'accès différencié qu'ont des catégories socialement définies de personnes (suivant des caractéristiques comme la situation socio-économique, le sexe, l'âge, la position sociale et l'ethnicité) aux ressources et à une variété de biens sociaux tels que le marché du travail et autres sources de revenus, les systèmes d'éducation et de santé, ainsi que les formes de représentation politique et de participation[3].

Il existe des interactions entre les différents facteurs socioéconomiques/démographiques et la santé.

Voici quelques exemples [1, 2, 4] :

- Il y a une nette corrélation entre le produit national brut, le degré de revenu, le niveau de vie et l'espérance moyenne de vie quand on compare les pays, mais aussi des différences notoires entre les diverses couches socio-économiques et les groupes de travail à l'intérieur de chaque pays. Bien qu'il y ait eu une certaine amélioration de la santé au fil des ans, de flagrantes inégalités de santé subsistent ;
- De nombreuses études montrent un état de santé précaire à long terme chez les chômeurs et les personnes qui sont sous-employées (en fonction de leurs compétences, du nombre d'heures de travail qu'elles peuvent faire, etc.) de même que chez les travailleurs dont l'emploi est précaire par comparaison aux employés qui jouissent d'une permanence ;
- Les personnes bénéficiant d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé ;
- Les troubles musculosquelettiques liés au travail sont généralement associés à un statut socioéconomique inférieur.

2 Les inégalités chez le personnel de la santé et des services sociaux

2.1 Les inégalités et le milieu du travail

Le milieu de travail réunit plusieurs individus de sexe, d'âge, de positions hiérarchiques différentes et d'appartenance à divers groupes sociaux et ethniques. Il peut, lui aussi, créer des écarts entre ces individus ou contribuer au renforcement des inégalités sociales de santé si aucune prise de conscience ne survient ou si aucune action n'est engagée.

Comme précisé antérieurement, des données probantes démontrent que les principaux déterminants sont économiques et sociaux. Toutefois, peu d'études existent sur les actions visant à réduire les disparités.

Dans sa revue de littérature internationale *Quelles interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?*,[5] V. Ridde fait ressortir que les interventions plus globales de promotion de la santé ne sont pas assez bien évaluées. Par conséquent, il est difficile de réellement mesurer leur efficacité. Certains auteurs préconisent que les interventions en promotion de la santé qui ne fixent pas d'objectifs pour diminuer les disparités peuvent accentuer les écarts. D'autres constatent moins cet effet. Une conclusion s'impose donc. En plus des actions globales, il devient important de développer des actions ciblées qui prennent en considération les groupes désavantagés. Dans sa revue de littérature internationale, V. Ridde conclut qu'il faut agir sous tous les fronts, auprès de toutes les cibles possibles et selon une approche intersectorielle.

Les conditions de travail expliquent en grande partie les inégalités de santé en ce qui concerne particulièrement les maladies coronariennes, la santé mentale, les troubles musculosquelettiques. Le milieu de travail devient alors un lieu privilégié pour agir en prévention afin de réduire ces écarts.

Toujours selon Ridde, les employeurs sont en général plus enclins à vouloir améliorer l'état de santé de leurs employés pour des objectifs de qualité et de productivité que pour réduire les écarts entre les employés.

2.2 Qu'en est-il des travailleurs de la santé et des services sociaux ?

À première vue, il serait aisé de conclure à l'absence d'inégalités flagrantes entre les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux au Québec puisqu'il s'agit d'emplois gouvernementaux où l'on retrouve de bonnes conditions de travail comparativement à plusieurs autres secteurs d'emploi, tant au chapitre de la rémunération que des avantages sociaux.

Une analyse plus poussée démontre toutefois que, selon l'appartenance à certaines catégories, on peut constater une variation des impacts sur la santé. Ces catégories concernent notamment les disparités hommes/femmes, les catégories d'emploi qui exposent davantage aux risques que d'autres, la main-d'œuvre vieillissante et les personnes issues de l'immigration ou des communautés culturelles.

Quelques statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux

À Montréal[6]

> Le réseau montréalais emploie plus de 85 000 personnes
> L'effectif total de la main-d'œuvre se compose à 76 % de femmes
> Certains emplois sont fortement occupés par des femmes, soit :
  • Audiologistes-orthophonistes (94 %)
  • Ergothérapeute (92 %)
  • Infirmière (91 %)
  • Physiothérapeute (84 %)
> Certains de ces emplois onfit un facteur « maternité » important compte tenu d'un pourcentage élevé de femmes âgées de moins de 39 ans
> Près de la moitié du personnel réseau, soit 48 % détient un poste à temps complet
> 75 % du personnel détient un poste permanent
> Le vieillissement du personnel réseau s'observe tout particulièrement avec l'évolution du groupe des 50 ans et plus qui passait de 21 % en 1999 à 33,12 % en 2009.
> Certains titres d'emploi comptent un pourcentage élevé de salariés âgés de plus de 50 ans : électriciens/plombiers ; auxiliaires familiales et secrétaires de direction ; infirmières auxiliaires ; travailleurs sociaux ; infirmières.

État de santé des professionnels de la santé : une perspective mondiale[7]

> Prévalence significative de maladies chroniques chez les professionnels de santé
> Prévalence élevée d'une mauvaise hygiène de vie
> Niveaux élevés de stress liés au travail
> Qualité de vie compromise par un état de santé médiocre
> Observance modérée des recommandations de prévention secondaire
> Inégalités manifestes entre catégories de personnel, entre pays, et entre régions d'un même pays

2.3 Intervenir pour réduire les inégalités et améliorer la santé du personnel

Dans le but d'apporter des améliorations à la santé dans les milieux de travail, l'employeur doit être conscient que l'appartenance à un groupe d'employés ou à un autre peut avoir des impacts sur la santé. Par exemple, les employés âgés de 50 ans et plus, les parents de jeunes enfants, les employés dont les fonctions les exposent davantage aux risques de lésions ont des besoins spécifiques. L'organisation devrait tenir en compte afin d'éradiquer ou de limiter les risques connus et créer un meilleur environnement de travail.

Toutefois, les organismes de la santé se sentent-ils très concernés par ces inégalités ? La tendance observée indique que les programmes de promotion de la santé s'adressent généralement à l'ensemble du personnel et ne tiennent pas compte des besoins spécifiques de certains groupes d'employés.

2

Les organisations tendent généralement à opter pour des programmes de promotion des saines habitudes de vie s'adressant à tout le personnel. En étant informées de leur rôle et des possibilités d'action qui se présentent à elles, les organisations de santé peuvent, elles aussi, contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé au sein de leur population de travailleurs et de travailleuses.

Le point de départ pour agir : être au courant !

1. Des questions à se poser avant de débuter :
   - > Qui sont ces travailleurs et qu'ont-ils de particulier ?
   - > Que vivent ces travailleurs au quotidien ?
   - > En quoi cette réalité de travail peut-elle nuire à leur santé ?
2. Que pouvons-nous faire en tant qu'organisation afin d'augmenter ou de maintenir l'état de santé des employés ?
3. Vos objectifs :
   - > Cerner les inégalités sociales de santé existantes ou potentielles au sein de votre organisation ;
   - > Cibler les interventions envisageables pour minimiser les inégalités existantes ;
   - > Encourager l'implication des différentes catégories de travailleurs dans l'atteinte des objectifs et des activités proposées par l'organisation.

Dégager un portrait de son établissement

Objectif : Observer la composition de sa main-d'œuvre et dégager des hypothèses sur les écarts entre différentes catégories de personnel dans le but d'adapter ses pratiques de gestion, ses stratégies de promotion de la santé et ses mesures de santé et de sécurité au travail.

- > Profession
  - • Gestionnaire
  - • Professionnel
  - • Technicien
  - • Personnel de soutien
  - • Médecin
  - • Autre
- > Sexe
  - • Homme
  - • Femme
- > Catégories d'emploi selon l'âge[a]
- > Taux de permanence
- > Revenu
- > Minorité culturelle[b]

Dans les sections qui suivent, les effets sur la santé sont présentés selon l'appartenance à certains sous-groupes d'employés (titre d'emploi, âge, sexe, appartenance culturelle). Des recommandations visant à réduire les écarts entre les groupes d'employés sont également formulées.

a Actuellement, la main-d'œuvre avance en âge dans les pays développés et pour la première fois, il y aura plus de travailleurs âgés de 55 à 64 ans que de travailleurs âgés de 20 à 26 ans.

b Cette donnée est difficile à obtenir puisqu'il n'est pas possible pour l'employeur de relever cette information si ce n'est pas fait dans le cadre d'un programme d'accès à l'égalité. Le questionnaire d'auto identification du personnel devra alors être conforme à la Chartre des droits et libertés de la personne et être complété sur une base volontaire.

3. Impact du titre d'emploi

3

La considération et le rang social dépendent en grande partie du genre de travail de l'individu, de son expérience professionnelle et du niveau de ses réalisations. De plus, le type de profession et plus particulièrement, le degré de responsabilité personnelle au travail influe grandement sur les attitudes personnelles et les modes de comportements dans d'autres domaines tels les loisirs, la vie de famille, l'éducation et l'activité politique[8]. À un moindre degré, le salaire peut aussi avoir un impact sur la satisfaction au travail et par conséquent sur la santé.

3.1 Conditions psychosociales et stress

« Il est généralement admis que des conditions difficiles ont de tout temps nui aux groupes socio-économiques les moins favorisés plutôt qu'aux mieux nantis. Ainsi, plus un individu occupe des fonctions qui se situent au bas de l'échelle, moins il a d'autonomie et de contrôle sur ses tâches. Sa rémunération en est affectée. »[8] . Des études européennes ont démontré qu'il était préjudiciable pour la santé de ne pas pouvoir utiliser ses compétences et de ne disposer que d'un pouvoir limité de décision.[9]

Un environnement psychosocial de travail qui est trop exigeant pour le personnel qui lui permet d'exercer peu de contrôle sur ses tâches et qui n'offre pas de soutien convenable, limite son efficacité et crée une situation de stress. À long terme, le stress peut nuire à la santé et causer, par exemple, la dépression, de l'anxiété[10] et des maladies des artères coronaires[11]. Les infirmières sont particulièrement affectées par le problème du stress. Elles font constamment face à des situations d'urgence nouvelles et imprévisibles[12] L'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoit qu'en 2020, la dépression liée au stress sera la deuxième cause d'invalidité au monde après les accidents cardiovasculaires.

De plus, un personnel sous-employé et qui ne bénéficie pas de bonnes conditions psychosociales dans son milieu de travail peut offrir une moins bonne qualité de soins aux patients. Par exemple, les exigences accrues des patients à l'hôpital, les heures de travail supplémentaires, le fait de remplir plus d'une fonction sont des facteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'incidence accrue des incidents rapportés et des résultats de traitement négatifs[13].

Les gestionnaires et les professionnels se sentent beaucoup plus surmenés que les autres employés en raison de leurs longues heures de travail rémunéré. Ceci peut exacerber le conflit travail-famille. Plus précisément, les femmes professionnelles ou gestionnaires principales sont moins satisfaites de leur équilibre travail-famille que les travailleurs non qualifiés : une grande proportion d'entre elles (40 %) n'a pas suffisamment de temps pour assumer leurs responsabilités[14].

PASSER À L'ACTION

- **Mieux détecter (et plus précocement) les problèmes de santé psychologique au travail ;**
- **Développer des programmes de prévention du stress ;**
- **Pour les cadres, développer des mesures adaptées pour mieux les soutenir dans l'exercice de leur rôle ;**
- **Adapter les modèles d'organisation du travail de certains groupes de travailleurs :**
  - **Participation au processus de décision**
  - **Valorisation adéquate des employés ;**
- **Adapter les programmes équilibre travail-vie personnelle pour les travailleurs de quarts de soir et de nuit :**
  - **flexibilité des horaires**
  - **création de postes permanents à temps partiel.**

3

LECTURES SUGGÉRÉES

Guide d'identification des risques psychosociaux au travail, (INSPQ, 2009)

Il s'agit d'un outil qui permet d'évaluer de façon sommaire la probabilité d'un risque psychosocial élevé dans certains milieux de travail et de pouvoir juger ainsi de la pertinence de recommander une investigation plus poussée de la situation. L'objectif de cette grille est d'amener un intervenant en santé au travail à prendre en compte certains facteurs de risques organisationnels à partir d'une cueillette de renseignements caractérisant le milieu de travail et certains aspects liés aux pratiques de gestion des ressources humaines qui peuvent avoir un impact sur la santé psychologique des travailleurs.

Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail, (IRSST, 2009)

Entreprises, syndicats et associations sectorielles paritaires se préoccupent de plus en plus de la santé psychologique au travail. Ce guide comporte un éventail de renseignements et d'outils faciles d'accès auxquels les gestionnaires, les représentants syndicaux, les employés et les personnes-ressources du domaine de la santé et de la sécurité du travail pourront se référer pour mener à bien leurs démarches visant à prévenir les risques psychosociaux en milieu professionnel.

Projets

Projet du Réseau montréalais

***Co-développement des gestionnaires* – Centre de réadaptation Lisette-Dupras**

Le Centre de réadaptation Lisette-Dupras a mis sur pied un groupe de référence et d'apprentissage dans l'action, composé de gestionnaires ayant des préoccupations communes concernant leurs pratiques de gestion. Le groupe permet notamment de réfléchir avec des pairs sur des dimensions reliées à l'exercice de son rôle et de partager des difficultés et des préoccupations.

(Voir fiche nº 27).

Activité inspirante

***Amélioration de la charge de travail chez les cadres* – CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord**

À la suite d'un sondage sur le climat de travail, la problématique de la surcharge de travail perçue par les cadres a été clairement établie. Par conséquent, l'organisation a mené une démarche visant à cibler les principaux éléments qui contribuent à la perception de surcharge de travail, à mettre en place les mesures d'amélioration requises et à augmenter la présence et la disponibilité des cadres auprès de leurs équipes de travail.

Source : Projets de l'inventaire 2009-2010

3.2 Les troubles musculosquelettiques (TMS)

Dans les pays nordiques, entre 30 et 40 % des cas de troubles musculosquelettiques sont considérés reliés au travail[8]. Les facteurs de risque sont :

- travail en positions pénibles (ex. posture debout)
- transport de lourdes charges
- réalisation de tâches courtes et répétitives, des mouvements répétitifs

Les facteurs organisationnels et psychosociaux ont également un impact sur les TMS. L'environnement social au travail, la pression du groupe, les mauvaises relations avec les collègues et l'ambigüité des rôles peuvent contribuer au développement de TMS.[15]

Une grande proportion des lésions dues au travail est observée chez les travailleurs de la santé qui ont pour tâche de soulever et de transporter les patients[8]. Les infirmières, infirmières auxiliaires et brancardiers sont les plus exposés. Les interventions dans lesquelles l'organisation entière est impliquée dans un effort continu pour améliorer la santé en réduisant les facteurs de risque identifiés sont le plus souvent couronnées de succès[8].

PASSER À L'ACTION

- **Favoriser des interventions dans lesquelles toute l'organisation est impliquée (incluant les travailleurs et la direction);**
- **Mettre l'accent sur l'aménagement ergonomique des lieux de travail et sur la formation des employés à des méthodes de travail sécuritaires.**

Projet

Projet d'ailleurs

***Prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) auprès du personnel infirmier et soignant* – East Tallinn Central Hospital- Estonie**

Ce projet vise à développer des conditions de travail sécuritaires pour le personnel chargé de soigner et d'assister les patients hospitalisés. Il décrit le processus suivi pour acquérir les bonnes techniques de travail afin de prévenir les TMS. Ce processus inclut l'évaluation de l'environnement de travail et la formation sur les techniques de travail sécuritaires. Afin de rendre le milieu de travail plus sécuritaire, la direction de l'hôpital a investi dans les infrastructures, notamment dans la rénovation des installations. Ces activités ont permis de développer chez les employeurs une meilleure prise de conscience relativement à l'importance des droits des travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail.

(Voir fiche nº 18).

Activités inspirantes

***Toile à bande et lève-personne sur rail : Une solution tombée du ciel !* – Hôpital Maisonneuve-Rosemont – Montréal, CSSS Pierre-Boucher – Longueuil**

Prix du jury 2010 au concours Pleins feux sur l'innovation de l'ASSTSAS

Dans les salles des scanneurs, les patients obèses, âgés ou souffrants qui doivent s'allonger sur l'étroite table d'examen ont souvent de la difficulté à se relever. Les technologues les aident alors à s'asseoir, ce qui requiert des efforts considérables. Quand ce geste est répété 6 000 fois par an, les risques de blessure sont importants ! Grâce à une belle collaboration, l'équipe de projet a innové en utilisant une toile à bande et un lève-personne sur rail au plafond afin d'aider les patients couchés à passer à la position assise, sans effort pour le technologue.

www.asstsas.qc.ca/evenements/concours-pleins-feux-sur-linnovation.html

3

***Capsule vidéo : utilisation de la toile glissante Maximini* – Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) – Montréal**

Prix du jury 2010 au concours Pleins feux sur l'innovation de l'ASSTSAS

Le meilleur équipement n'aura d'effet bénéfique sur la santé et la sécurité des travailleurs qu'à condition d'avoir été choisi en fonction de la réalité de la tâche et d'être connu et utilisé de façon adéquate par le personnel concerné. Après avoir trouvé l'équipement convenant le mieux à leurs besoins et à ceux des clients, les travailleurs de l'IUGM ont conçu une capsule vidéo qui explique l'utilisation de la toile *Maximini* pour les positionnements au lit de clients en grande perte d'autonomie. Elle s'avère très utile tant pour des suivis *Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires* (PDSB) que pour la formation de nouveaux employés.

www.asstsas.qc.ca/evenements/concours-pleins-feux-sur-linnovation.html

***Équipes ergonomiques de participants pour les brancardiers des hôpitaux* – Norvège[8]**

Ces équipes, formées de trois brancardiers (un superviseur et deux conseillers techniques), ont conçu et exécuté des modifications de la formation et des méthodes de travail dans un hôpital urbain de 1200 lits. Les membres de l'équipe étaient responsables d'identifier et de donner priorité aux problèmes de sécurité ainsi que de recommander et d'instaurer des solutions.

Deux facteurs principaux de lésion ont été identifiés : l'absence de procédure standard pour soulever et transporter les patients et les procédures inadéquates de formation du personnel.

À la fin de la période d'intervention de deux ans, les risques de lésion ont été réduits d'environ 50 %, le temps de travail perdu réduit de 75 % et les frais annuels de compensation aux travailleurs nettement diminués. De plus, il y a eu une grande amélioration de la satisfaction au travail et du soutien social parmi les brancardiers ainsi qu'une diminution des facteurs de stress psychosocial.

3.3 Le travail par quarts de soir et de nuit et le travail par rotation

Le travail par quarts est une forme d'organisation du travail présente dans le réseau de la santé et des services sociaux comme dans d'autres secteurs de la société.

Des conséquences négatives sur la santé sont associées aux horaires de travail par quarts de soir et de nuit ainsi qu'aux horaires en rotation. En effet, plusieurs études ont révélé le caractère nuisible du travail par quarts sur la santé et la productivité des employés. Les travailleurs par quarts sont susceptibles de souffrir des problèmes suivants[16, 17, 18] :

1. Troubles physiques tels que des problèmes de sommeil, gastro-intestinaux, d'obésité, d'hypertension et de cancer
2. Problèmes liés à la santé psychologique
3. Isolement et marginalisation sociale nuisant aux activités familiales et sociales

Le manque de sommeil occasionné par un horaire de travail par quart est à l'origine de plusieurs accidents sur les lieux de travail. De plus, le travail par quart nuit de façon particulière la santé des femmes puisqu'il a un impact sur le cycle menstruel et sur le cancer du sein.

En plus des effets néfastes de ces horaires de travail sur la santé des employés, il est souvent difficile pour ces travailleurs d'avoir accès aux programmes de saines habitudes de vie en raison de la particularité de leurs horaires qui sont peu compatibles avec ceux des différentes ressources disponibles telles que les centres et les cours de conditionnement physique, les conférences sur la santé, les programmes de cessation tabagique.

SITES INTERNET SUGGÉRÉS

Conseils pour une saine alimentation à l'intention des travailleurs par quart, Saine alimentation Ontario

Sur ce site, on explique que si le maintien d'une saine alimentation constitue un véritable défi, particulièrement pour les travailleurs de nuit lorsque souvent les seuls aliments disponibles proviennent d'une machine distributrice ou d'un comptoir de commandes à emporter, il est important de bien manger pour bien composer avec les problèmes qu'occasionne ce type d'horaire. Le site fournit des conseils pour faciliter une alimentation saine.

www.eatrightontario.ca/fr/ViewDocument.aspx?id=23

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail Travail en rotation

Ces pages internet contiennent des informations sur les effets du travail en rotation sur la santé et présentent des pistes d'action tant pour l'employeur que pour le travailleur pour améliorer les effets néfastes de ce type d'horaire sur la santé et la sécurité.

www.cchst.ca/oshanswers/ergonomics/shiftwrk.html#_1_11

PASSER À L'ACTION

Apporter des changements au niveau individuel

> **Développer un programme de promotion de la santé et du bien-être au travail adapté aux travailleurs par quart de soir, de nuit, par rotation.**

Apporter des changements du point de vue organisationnel

> **Aménager des espaces physiques sur le lieu de travail pour faciliter le développement et le maintien de modes de vie sains (par ex. : accès à des repas santé, accès à des services de garderie, bons systèmes de ventilation et d'éclairage).**

Impact du genre

4.1 La situation de travail et le revenu

Dans les réseaux de santé, les femmes sont surreprésentées dans les soins et le travail à temps partiel ; ce qui a pour résultat une importante différence entre les sexes en matière d'emploi, de sécurité, de promotion et de rémunération[19].

L'incidence des accidents sur le lieu de travail est plus élevée chez les employés temporaires, dont la majorité est des femmes.[20]

Leur travail est souvent associé aux stéréotypes de sexe.

4 4.2 L'équilibre travail-vie personnelle

Les femmes sont souvent celles qui s'occupent des enfants et des autres membres de la famille. Une étude a trouvé que le pourcentage de responsabilités familiales assumées par les partenaires était différent, 39 % en moyenne par les hommes et 55 % par les femmes.(14)

Les femmes refusent plus souvent les responsabilités relatives au travail à cause de leurs obligations familiales (28 % contre 18 % pour les hommes). Les femmes acceptent plus facilement une réduction volontaire du temps de travail (58 % contre 50 %). Il est aussi plus courant pour les femmes de bouleverser leurs heures de travail que pour les hommes, donc de modifier leur contrat de travail, leurs horaires ; leurs pauses pour assumer leurs devoirs familiaux ou accompagner leurs enfants. Toutes ces différences sont relatives au sexe. Il est courant pour les femmes de prendre en considération l'équilibre travail/famille pour abandonner leur travail. Elles ont aussi moins de possibilités que les hommes pour organiser leur travail. Comparativement aux femmes, les hommes travaillent souvent en dehors des heures régulières. Ils font partie d'équipes de soir, de nuit ou du samedi et ont moins de temps pour les activités et les tâches familiales.(14) Ce genre de problèmes est plus important pour les femmes et les hommes âgés de 36 à 45 ans que pour les hommes de 35 ans ou moins.

Dans les hôpitaux, le stress causé par l'instabilité de la restructuration du système de santé, ajouté aux lourdes responsabilités domestiques, a contribué à créer des problèmes de santé parmi le personnel infirmier.(20)

En plus des facteurs familiaux et personnels, la majorité des chercheurs soutiennent que les facteurs relatifs au travail jouent un rôle important. Nous nous référons ici aux horaires de travail, au temps de travail et à l'environnement au travail (attitude des gestionnaires principaux et des superviseurs, présence ou non de mesures travail-famille).

Les conflits de rôle surviennent dans les situations suivantes :

- quand la demande totale de temps et d'énergie en rapport aux activités des rôles multiples exigés est trop grande pour permettre d'accomplir les rôles requis de façon adéquate et confortable.
- quand les exigences et responsabilités du travail rendent plus difficile l'accomplissement des responsabilités et devoirs familiaux et vice-versa.
- Quand en plus du travail, des responsabilités d'aidant naturel se rajoutent pour prendre soin d'un proche malade.

PASSER À L'ACTION

Adopter une politique ou des standards pour concilier travail/famille
La politique aide à garantir une intégration équitable des deux sexes dans le marché du travail. Elle encourage et reconnaît la valeur d'une participation égale dans les responsabilités parentales et combat les notions préconçues à propos du rôle du sexe.

Ces politiques et standards incluent :

- **Réorganisation du temps de travail (flexibilité, aménagements, réduction du temps de travail) ;**
- **Flexibilité dans le lieu de travail, lorsque possible ;**
- **Services offerts sur le lieu de travail (soutien personnel ou financier, garderie sur place, assistance d'urgence en garderie, etc.) ;**
- **Programme d'avantages qui pourrait inclure les membres de la famille ;**
- **Augmentation du soutien par les superviseurs et les collègues de travail ;**
- **Développement des liens avec les ressources de la communauté.**

(Bureau de normalisation du Québec BNQ, *Projet de Norme P 9700-820-8 Conciliation travail-famille, Projet,* 9 mai 2009)

Projet

Projet d'ailleurs

Bien-être de l'organisation et conciliation travail-famille **– Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Trento, Italie**

Ce projet vise à implanter des mesures favorisant la conciliation entre les obligations du travail et celles de la famille : service de garde (avec horaire étendu), horaire de travail personnalisé et télétravail.

(Voir fiche nº 28).

Activité inspirante

Pour votre famille **– CHU Sainte-Justine**

Une étude a démontré que le personnel ayant bénéficié d'un congé de maternité démontrait un moins grand attachement à leur équipe et avait tendance à quitter plus facilement leur employeur. Pour travailler à maintenir le lien avec le personnel en congé maternité ou parental, le CHU Sainte-Justine a développé une série d'ateliers portant sur la santé des enfants de 0 à 12 mois. À cette occasion, les participantes peuvent bénéficier d'une gardienne sur place et aussi inviter une collègue de travail à dîner avec elles.

Source : CHU Sainte-Justine, Inventaire de projets 2009-2010

4.3 La violence et le harcèlement

Une analyse de la main-d'œuvre basée sur le genre révèle la présence d'importants niveaux de violence subie par les travailleurs du secteur de la santé. Les femmes sont beaucoup plus souvent victimes de telles violences de la part des patients [21]

La Loi sur les normes du travail du Québec a intégré en juin 2004 une obligation pour les employeurs de prendre les moyens nécessaires pour prévenir le harcèlement psychologique. Dans la pratique, il est constaté que souvent les cas de plainte déposés relèvent davantage de l'incivilité. Il s'agit d'un ensemble d'impolitesses, de mesquineries, de vulgarités, de marques d'irrespect et de manque de savoir-vivre.

PASSER À L'ACTION

- **Adopter des mesures pour contrer la violence et le harcèlement et sensibiliser et former les employés à ces problématiques ;**
- **Adopter une politique sur la civilité.**

4 Activité inspirante

Formation sur le harcèlement en milieu de travail et la civilité en milieu de travail **– Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)**

Depuis 2004, environ 5000 cadres sur les 11000 que comptent les établissements membres de l'AQESSS ont reçu une des formations en matière de gestion du harcèlement et d'obligation de civilité. Ces formations permettent aux gestionnaires d'intervenir avec confiance et aisance dans des situations où les notions de harcèlement ne sont pas toujours claires. Elles permettent également de sensibiliser les gestionnaires sur les obligations de civilité pour tous afin de prévenir les situations d'incivilité, de les outiller pour agir efficacement dans des situations conflictuelles au sein des équipes de travail et de tendre vers un climat harmonieux. www.aqesss.qc.ca

Projet

Favoriser un milieu de travail respectueux et prévenir la violence **– Chatham-Kent Health Alliance – Ontario**

Un comité directeur sur la prévention de la violence en milieu de travail a été mis sur pied pour traiter des questions de gestion en lien avec la prévention de la violence en milieu de travail.

La politique sur le code de conduite a été révisée en se basant sur la revue de littérature, les conseils légaux et les commentaires du personnel. Elle a été étudiée et approuvée par le conseil de direction médical et le comité mission et qualité et le conseil d'administration.

La politique a été diffusée et communiquée au personnel par des sessions de formation sur le code de conduite. Les autres politiques reliées au même thème ont été créées ou révisées : la politique contre le harcèlement et la discrimination, le code de conduite, la gestion de la violence en milieu de travail et la politique sur la violence familiale. (Voir fiche nº 15).

5 L'impact de l'âge des travailleurs

5.1 Le vieillissement de la main-d'œuvre et ses impacts sur la santé

Peu d'études ont été faites à propos de l'impact du vieillissement de la main-d'œuvre sur les soins de santé et les services sociaux. Ceci peut être expliqué par le fait que pour la première fois, il y aura plus de travailleurs âgés de 55 à 64 ans par comparaison aux groupes de 20 à 26 ans. Cette situation influera nécessairement sur le nombre de départs à la retraite

Ceci est un sujet d'importance, car non seulement les employeurs veulent garder leurs employés les plus compétents et les plus qualifiés le plus longtemps possible avant la retraite, mais ils veulent aussi les retenir au sein de leur propre organisation. Comme exemple, 33 % de cette main-d'œuvre vieillissante auraient accepté de remettre la retraite à plus tard si on lui avait offert des conditions suffisantes pour continuer à travailler.[22]

Le défi des aidants naturels

Au moment où la main-d'œuvre de la santé avance en âge, les employés sont confrontés au stress de devoir s'occuper des personnes âgées de leur famille, de leurs conjoints, enfants, grands-parents, petits-enfants, membres éloignés de la famille et même parfois de leurs collègues au travail. Dans le futur, plus d'employés seront mis à contribution dans ce genre de soins. Selon un rapport de Statistiques Canada paru en 2002[23], plus de 1,7 million d'adultes âgés de 45 à 64 ans s'occupent d'une personne âgée atteinte d'une invalidité à long terme ou d'une limitation de mouvements. Parmi ces soignants, 70 % avaient un emploi et environ 30 % d'entre eux ont déclaré souffrir de grandes contraintes en raison des soins prodigués à la personne âgée.

PASSER À L'ACTION

Réduire le stress en appliquant des mesures d'équilibre travail/vie personnelle

Une politique d'équilibre travail/vie doit inclure

> Une réorganisation du temps de travail (temps flexible et congés exceptionnels);
> Une flexibilité dans le lieu de travail, lorsque possible;
> Des services ou des avantages offerts sur place (soutien financier);
> Un soutien personnel;
> Des programmes d'avantages qui pourraient inclure les membres âgés de la famille.

Source: Bureau de normalisation du Québec BNQ, *Projet de Norme P 9700-820-8 Conciliation travail-famille, Projet* 9 mai 2009

Adapter les conditions de travail

> Favoriser une organisation du travail flexible et l'autonomie;
> Adapter la charge de travail physique pour minimiser l'impact négatif sur la santé.

Éliminer les facteurs de dissuasion relatifs à la retraite

> Prévoir des mesures financières incitatives;
> Amélioration de la couverture d'assurance santé.

Des employés (plus de femmes que d'hommes) âgés de 45 à 64 ans qui s'occupaient d'une personne âgée ont demandé des ajustements de travail. Pas moins de 27 % des femmes et 16 % des hommes ont changé leurs habitudes de travail (ex.: arriver plus tard ou quitter plus tôt). D'autres ont réduit leurs heures de travail, décliné une promotion ou même quitté le travail.

Une femme sur cinq et un homme sur dix ont déclaré que les soins qu'ils devaient fournir étaient la raison probable de leur passage à la retraite.[23]

Que faire pour garder le personnel vieillissant et adapter les pratiques de gestion?

Dans l'article «Les interventions visant à accroître la rétention des salariés séniors: bilan des connaissances scientifiques», l'auteure D. Berthelette [24] fait ressortir les constats suivants:

> Peu de nouvelles pratiques de gestion en ressources humaines sont mises en place par les organisations afin d'accroitre la rétention de leur personnel vieillissant;
> Lorsque des mesures sont prises, il se fait rarement des recherches évaluatives pour en mesurer l'efficacité;
> Peu de connaissances scientifiques existent sur les motivations à rester au travail ou à prendre sa retraite.

Dans cet article, l'auteure cite Robson et coll. qui proposent cinq critères pour évaluer à quel point les salariés vieillissent bien dans leur milieu de travail:

> Capacité de s'adapter aux changements et de maintenir sa santé physique, psychologique et cognitive;
> Présence de relations positives dans le milieu de travail;
> Capacité de se développer sur le plan professionnel et de demeurer compétitif;
> Perception d'être en sécurité;
> Élaboration et atteinte continues d'objectifs.

Malgré le fait que ces critères sont tout aussi importants pour les autres catégories d'âge, il est possible de penser que les mesures caractérisées par la flexibilité et un niveau élevé de sécurité sociale favorisent le maintien en emploi du personnel vieillissant.

Activités inspirantes

L'Australie applique un programme d'achat de congés[25]

> Acheter entre une et quatre semaines de congés supplémentaires
> Possibilité de travailler six mois/an

En Jamaïque, les infirmières prennent la retraite à 60 ans et peuvent ensuite travailler comme employées saisonnières.[25]

5 5.2 Les équipes de générations différentes

Dans les pays économiquement développés, pas moins de quatre générations cohabitent en ce moment dans le monde du travail. Cette diversité entraine certains défis puisque chaque génération se caractérise par un ensemble de croyances, de valeurs, de préférences. (25)

Le personnel infirmier est actuellement composé de quatre générations d'employés. Les vétérans, les baby-boomers, la génération X et la génération Y. Certaines différences existent dans les valeurs, les forces et les faiblesses parmi ces générations.

Néanmoins, des équipes d'âges différents permettent une combinaison de plusieurs niveaux d'habileté et d'expériences. Elles offrent la possibilité d'apprentissage et de formation aux jeunes et permettent aux plus âgés de leur prodiguer enseignement et accompagnement. Ceci est un moyen de profiter de l'expertise et des connaissances des anciens tout en combattant les préjugés relatifs à l'âge.

Activité inspirante

***Programme de mentorat* – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) – Montréal**

Un programme de mentorat a été mis en place en 2003 pour accompagner les infirmières de la relève et pour permettre aux ainées de partager leur expertise. Le mentorat est une relation fondée sur le respect mutuel entre une personne expérimentée reconnue et crédible et une personne débutante.

Le programme de préceptorat quant à lui constitue un programme d'intégration qui permet aux nouvelles infirmières de progresser dans l'apprentissage de leurs rôles professionnels et de faciliter leur socialisation. Il s'effectue grâce à la collaboration d'infirmières d'expérience.

Source : L'avant-garde, vol. 7 nº 1, printemps 2007

PASSER À L'ACTION

Adapter les pratiques de gestion(25)

Intervenir dans :

> les relations de travail (résolution des conflits entre personnes, transmission d'informations, compétence en communication);
> l'utilité du travail;
> le développement des compétences (assistance professionnelle, préceptorat et mentorat);
> l'autonomie (participation aux décisions);
> la reconnaissance et la récompense des réalisations.

Être flexible

Prévenir et gérer les conflits intergénérationnels et prendre en considération les différences entre générations dans différents domaines : recrutement, orientation, formation, motivation, assistance professionnelle.

6 Impact de l'immigration et de l'appartenance à une minorité culturelle

« La maîtrise systématique de la diversité et la réalisation de l'égalité des chances sont une nécessité, non seulement dans une perspective humanitaire et en termes de droits de l'homme, mais aussi parce qu'elles sont la clé permettant à une entreprise active dans le domaine de la santé de s'affirmer dans un monde global »

– Peter Saladin, Le réseau suisse d'hôpitaux pour la population migrante (MFH), *Rendez-vous interculturel,* Montréal, 29 septembre 2009.

6.1 L'immigration et la diversité culturelle

À Montréal, la diversité culturelle est une caractéristique importante de sa population. Cette caractéristique devrait donc se refléter dans les différentes sphères de la société, et par le fait même au sein des effectifs des établissements de santé et de services sociaux. Il est difficile de donner un portrait juste de la diversité culturelle de la main d'œuvre dans le réseau montréalais. Même si les données relevées en 2009 auprès des divers établissements (dans le cadre des programmes élaborés en vertu de la *Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans les organismes publics)* ne sont pas encore disponibles, certains constats peuvent tout de même être dégagés.

De façon générale, les études démontrent que malgré leur niveau de scolarité généralement élevé, les nouveaux arrivants et les immigrants, installés ici depuis moins de cinq ans, présentent un taux de chômage important. Il est également démontré qu'avec le temps les écarts s'amenuisent et la situation sur le plan du travail s'améliore. Les obstacles communément relevés sont les suivants : manque d'expérience de travail au Canada, lacune sur le plan linguistique, problèmes liés à la reconnaissance des titres de compétences étrangers.

Une fois le marché du travail intégré, certains défis liés à la gestion de la diversité culturelle peuvent se poser et créer des inégalités sociales de santé.

6

Le 29 octobre 2008, la politique gouvernementale et le plan d'action 2008-2013 pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec *La diversité : une valeur ajoutée*[26] ont été dévoilés. Les actions prévues permettront de contrer les inégalités, la discrimination et les préjugés qui affectent les Québécois des communautés culturelles, particulièrement les minorités visibles. Ce plan d'action comprend une mesure visant à accroître la représentativité des personnes issues des communautés culturelles au sein de l'administration publique.

Données pour Montréal

> La population de la région administrative de Montréal compte 1 823 000 Montréalais
> 30 % sont issus de l'immigration
> Le tiers a une langue maternelle autre que le français et l'anglais
> 136 585 nouveaux immigrants sont arrivés entre 2001 et 2006
– *Données du recensement 2006*

> 40 000 personnes immigrantes s'établissent annuellement à Montréal dont 75 % des 16 ans et plus se destinent au marché du travail
– *Immigration Québec, 2009*

> À leur arrivée, de 3 à 4 % des immigrants déclarent une profession liée au secteur de la santé
– *Pierre Laflamme, MSSS, septembre 2009*

6.2 L'intégration au marché du travail

Bien que certains s'intègrent rapidement et sans trop de difficultés, pour d'autres, les embûches rencontrées sont nombreuses. En 2005, 73 % des 112 570 nouveaux arrivants de plus de 15 ans avaient des revenus inférieurs à 20 000 $. Le défi majeur est l'intégration à l'emploi : le taux de chômage est trois fois plus élevé chez les immigrants que dans la population en général.

L'une des barrières importantes rencontrées par les nouveaux arrivants concerne la reconnaissance des titres de compétences étrangers. Ce phénomène s'observe tout particulièrement dans les domaines qui connaissent une pénurie de travailleurs.[27] C'est d'ailleurs pour contrer la pénurie que plusieurs secteurs de la santé et des services sociaux se tournent vers la main-d'œuvre immigrante pour combler ses besoins de main-d'œuvre. L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) constatait en 2007 dans un mémoire sur l'intégration professionnelle des infirmières immigrantes que si l'intégration des infirmières formées hors du Québec constitue une des pistes de solution, leur intégration pose plusieurs défis dont celui de bien évaluer leur formation, l'expérience de travail acquise et leur capacité à exercer la profession en toute sécurité pour la population québécoise.[28]

Le phénomène de la surqualification de la main-d'œuvre immigrante et des difficultés d'intégration au marché de l'emploi est un phénomène connu et documenté ; le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec (MICC) en a d'ailleurs fait l'une de ses priorités et son objet premier de l'Entente triennale intersectorielle en immigration.

Les femmes immigrantes quant à elles doivent faire face à des problèmes plus grands que les hommes pour s'intégrer au marché du travail. Elles sont surreprésentées dans des secteurs de la santé et services sociaux et autres services et occupent des emplois souvent précaires. Beaucoup d'immigrantes cumulent les problèmes d'équité en emploi propres aux femmes, et de reconnaissance des acquis propres aux immigrants.[29]

La **Loi *sur l'accès à l'égalité en emploi*** *dans les organismes publics* vise à rendre le personnel de ces organismes plus représentatif de la main-d'œuvre disponible et à corriger les pratiques du système d'emploi pouvant avoir des effets d'exclusion. Les organismes comptant à leur emploi 100 personnes ou plus dans divers secteurs dont le réseau de la santé et des services sociaux sont assujettis à la loi.

Les groupes visés par la Loi ont été déterminés selon des indicateurs socio-économiques qui confirment l'existence d'une discrimination historique toujours présente aujourd'hui. Parmi ces groupes, on retrouve les membres des minorités visibles et les membres des minorités ethniques.

L'obligation des organismes consiste à procéder à l'analyse de leurs effectifs afin de déterminer le nombre de personnes faisant partie de chacun des groupes visés par la Loi. Ils doivent également réaliser un rapport d'analyse d'effectifs et par la suite d'élaborer un programme d'accès à l'emploi. Ces programmes comportent divers moyens notamment :

Pour plus d'information sur les programmes d'accès l'égalité en emploi : www.cdpdj.qc.ca

Où en est le réseau de la santé et des services sociaux ?
La Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec (CDPJQ) a reçu en 2009 le portrait des effectifs de presque tous les établissements de santé. Une analyse de la situation est en cours de réalisation et, par la suite, sur la base des données de l'analyse, chaque établissement procédera à son plan d'action afin de réduire les écarts.

PASSER À L'ACTION

Élaborer un programme d'accès à l'égalité en emploi permettant :

- **une analyse du système d'emploi, plus particulièrement des politiques et pratiques en matière de recrutement, de formation et de promotion ;**
- **des mesures d'égalité de chances et des mesures de soutien, le cas échéant, pour éliminer les pratiques de gestion discriminatoires.**

Il est également important de mentionner que le gouvernement a lancé en décembre 2009 en collaboration avec les ordres professionnels **le projet IPOP pour l'intégration en emploi de personnes formées à l'étranger référées par un ordre professionnel.** Le projet IPOP est financé par Emploi-Québec et s'adresse aux personnes formées à l'étranger qui souhaitent exercer au Québec une profession régie par un ordre professionnel. Ainsi, les personnes dont la formation et les diplômes auront été reconnus par leur ordre professionnel pourront dorénavant être dirigées vers Emploi-Québec qui les aidera à trouver un premier emploi, notamment grâce à :

- un accompagnement pendant la durée du projet ;
- un soutien pour la recherche d'emploi ;
- une subvention salariale offerte à l'employeur pendant 30 semaines et une aide supplémentaire pour l'accompagnement en milieu de travail.

Pour plus d'information : www.micc.gouv.qc.ca

6 6.3 La gestion de la diversité culturelle

Quoique la présence grandissante des minorités visibles et culturelles en milieu de travail comme ailleurs dans la société apporte des compétences techniques et culturelles qui contribuent à l'enrichir, elle peut aussi occasionner certains défis de gestion de la main-d'œuvre et des relations humaines en emploi. C'est dans ce cadre que plusieurs proposent différentes actions afin de bien gérer cette diversité en milieu de travail.

L'une des mesures mises de l'avant dans le Plan d'action gouvernemental 2008-2013 consiste justement à accueillir et à maintenir en emploi une main-d'œuvre diversifiée.

PASSER À L'ACTION

- **Élaborer une politique de gestion de la diversité pour notamment assurer la création d'un milieu de travail inclusif et exempt de discrimination ;**
- **Améliorer la formation interculturelle du personnel ;**
- **Réviser les pratiques de gestion afin d'assurer en plus de l'accès à l'emploi, le maintien et la progression en emploi.**

Activité inspirante

***Formation : Gérer dans la diversité* – Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne – Montréal**

Cette formation du Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne est offerte aux cadres et au personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux œuvrant dans un contexte pluriethnique et vise à fournir des outils facilitant leur pratique en tant que gestionnaire. La formation est également disponible pour d'autres catégories d'employés du réseau.

LECTURES ET SITES INTERNET SUGGÉRÉS

***Guide pratique de la gestion de la diversité interculturelle en emploi,* 2005**

Ce guide présente la gestion de la diversité comme un outil permettant aux employeurs des gains notables tels que l'amélioration de la prestation de services à la clientèle, l'augmentation de la productivité, l'apport de pistes de solution nouvelles par la mixité des équipes et la gestion du changement avec plus d'efficacité. Elle permet par le fait même d'améliorer le bien-être des personnes ciblées.

Ce document propose un ensemble de mesures autour des axes suivants :

Accueil et intégration en emploi

- Accueil, orientation et intégration en emploi
- La francisation des personnes immigrantes

Maintien en emploi

- Le rôle, la supervision et le style de gestion
- La promotion des immigrants et des minorités visibles
- Le processus d'évaluation du rendement
- Les activités de partage culturel
- L'obligation d'accommodement raisonnable

Pour en savoir plus : Groupe Conseil Continuum, *Guide pratique de la gestion de la diversité interculturelle en emploi*, 2005

www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca

Le Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne : www.csssdelamontagne.qc.ca/centre-de-recherche-et-de-formation/

Le Centre d'études et d'intervention en relations interculturelles, CEIRI : www.ceiri.ca

Ressources internationales

Le groupe d'experts sur les hôpitaux amis des migrants et culturellement compétents : www.ausl.re.it/HPH/FrontEnd/Home/Default.aspx?channel_id=38

Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse, informations de base et recommandations : www.prevtrans.ch

Déclaration d'Amsterdam – Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle.

Le texte est disponible en onze langues : www.mfh-eu.net

Projet

Projet du réseau montréalais

***Créativité dans le recrutement des nouveaux préposés aux bénéficiaires* – CHSLD Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.**

Ce centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) pour la population polonaise à Montréal a dû faire preuve de créativité pour trouver une solution pour recruter de nouveaux employés. Considérant la disponibilité d'une main-d'œuvre composée de nouveaux immigrants d'origine slave qui n'ont pas les moyens financiers de s'offrir la formation, la direction a décidé d'offrir gratuitement à ces personnes une formation de préposé aux bénéficiaires (P.A.B).

(Voir fiche nº 29).

Projet d'ailleurs

***Milieu de travail en santé sans barrières* – Vienne, Autriche**

Ce programme est destiné à la promotion de la santé pour le personnel féminin et multiculturel du service de nettoyage des hôpitaux. Ce projet vise à augmenter la satisfaction du personnel pour leur travail, l'autonomisation ainsi que l'amélioration de leur santé physique, mentale et sociale.

(Voir fiche nº 30).

POUR EN SAVOIR PLUS

Centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal
www.centrelearoback.ca

Revue Développement social, numéro thématique Inégalités sociales de santé
Collectif, *La Justice Sociale : Une question de volonté* Développement social, 2009. 10(2): p. 56.

Les inégalités sociales de santé au Québec, sous la direction de Katherine Frohlich, Maria De Koninck, Andrée Demers et Paul Bernard, *Les Presses de l'Université de Montréal*, 2008, 408 pages

Rapport de la commission sur les déterminants de la santé de l'OMS
Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé, 2008

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2008). *Combler le fossé en une génération*, 40 p. www.who.int
2. Centre de recherche Léa Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal. (2008). *Les inégalités sociales de santé : qu'est-ce que c'est ?*, consulté en 10/2010 www.centrelearoback.ca/coup_d_oeil,
3. Braverman, P., Gruskin, S. (2003). *Definig equity in health*, Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 57, p. 254-258.
4. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*.
5. Ridde, V. (2003). *Quelles interventions pour lutter contre les inégalités sociales de santé ?* Équipe de recherche inégalités de santé et milieux de vie : Déterminants sociaux en cause et leurs interactions, Université Laval, Québec, 35 p.
6. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Banque de données : personnel du réseau salariés et cadres, (R22) (R25) 2008-2009*.
7. Fillippidis, F. (2009). *État de santé des professionnels de la santé : une perspective mondiale*, National and Kapodistrian university of Athens, Greece. Consulté en 10/2010, www.santemontreal.qc.ca/pdf/hps/15oct_2009/15oct09_8h50_FilipposFilippidis_FR.pdf
8. Hogstedt, C., Lundberg, I. (2002). *Work-related policies and interventions*, in Reducing inequalities of health. A european perspective. Joahn Makenbach Martijntje Bakker., Routledge : London, p. 85-102.
9. Organisation mondiale de la santé. (2004). *Les déterminants de la santé, les faits*, deuxième édition, 40 p.
10. Siegrist, J., Marmot, M. (2003). *Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges,* Social Science & Medicine, Vol. 8, p. 1463-1473.
11. Chandola et coll. (2008). *Coronaropathies et stress professionnel : l'étude de Whitehall II,* European Heart Journal.
12. Siag J. *(2010). Infirmières en péril*, La Presse, 10 avril 2010.

13. Duncan-Poitier J. (2001). *The Nursing Shortage*, The State Education Departement, The University of the state of New York.

14. Tremblay, D-G. (2004), *Work-Family Balance : What are the sources of difficulties and what could be done ?* Research Note nº 2004-03A, Télé-Université, Université du Québec, Canada Research Chair on the Socio-Organizational Challenges of the Knowledge Économy.

15. ASSTSAS (2007). *Guide d'ergonomie pour les pharmacies des établissements de santé*, 104 p.

16. Knutsson A. (2003). *Health disorder of shift work,* Occupationnal Medicine, Vol. 53, p. 103-108.

17. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (2010). *Travail en rotation*, www.cchst.ca/oshanswers/ergonomics/shiftwrk.html

18. Williams C. (2008). *L'équilibre travail-vie personnelle des travailleurs de quart*, Perspective, Août 2008, Statistique Canada, nº 75-001X.

19. George A. (2007). *Human resources for health : A gender analysis*, Women and gender Equity Knowledge Network, july 2007, Southern African Regional Poverty Network.

20. Spitzer, D. (2005). *Engendering Helth Disparities*, Revue canadienne de santé publique, mars/avril 2005, Vol.96, supplément 2, p. S78-S96.

21. Arnetz, JE., Arnetz, BB. (2001). *Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care,* Social Science & Medicine 52, p. 417-427

22. O'Brien Pallas, L. et coll. (2005). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada, Enquête auprès des infirmières et infirmiers des trois groupes professionnels au Canada*, Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers.

23. Statistic Canada. (2003). *2002 General Social Survey, Cycle 16 : Aging and Social Support -Tables*, Ministry of Industry, 2003

24. Berthelette, D. (2010). *Les interventions visant à accroître la rétention des salariés séniors : un bilan des connaissances,* Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, vol. 71, nº 3, juin 2010, p. 351-355

25. Manion Jo. (2009*). Gestion de la main-d'œuvre infirmière multigénérationnelle*, Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers, Conseil international des infirmières et Fondation internationale Florence Nightingale, 52 p.

26. Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (2008). *La diversité : une valeur ajoutée, Plan d'action gouvernemental pour favoriser la participation de tous à l'essor du Québec*, 62 p.

27. Conseil canadien sur l'apprentissage. (2008). *Carnet du savoir, Plus de formation moins d'emploi : les immigrants et le marché du travail*, 30 octobre 2008, 9 p.

28. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2007). *L'intégration professionnelle des infirmières immigrantes*, mémoire présenté dans le cadre de la consultation publique sur la planification de l'immigration au Québec pour la période 2008-2010, septembre 2007.

29. Guyon S. (2003). *Les femmes immigrantes au Québec : Une population défavorisée sur le marché de l'emploi,* Actes du colloque Femmes des communautés culturelles et nouvelles réalités de l'emploi.

Chapitre 5

FAIRE DES CHOIX VERTS INTÉGRANT LES PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE

Messages clés 184

1 **Introduction** 184
2 **Définitions** 186
3 **La gestion des matières résiduelles** 187
4 **La consommation d'eau** 189
5 **Les activités de construction et de rénovation** 190
6 **Les approvisionnements écoresponsables** 192
7 **Le transport durable** 194
8 **L'efficacité énergétique** 196
9 **Les certifications et les reconnaissances** 197

Pour en savoir plus 200
Références bibliographiques 201

Messages clés

- Adopter une politique de développement durable et communiquer aux employés et aux partenaires les objectifs de l'organisation en matière de développement durable.
- Doter chaque bâtiment d'un système fonctionnel de gestion des matières résiduelles.
- Réduire la consommation d'eau dans les bâtiments.
- Intégrer les principes du développement durable dès les premières étapes des projets de construction ou de rénovation de bâtiments.
- Adopter une politique d'approvisionnements écoresponsables.
- Favoriser les transports durables (covoiturage, transport en commun, transport actif) pour les déplacements professionnels et domicile-bureau des employés.
- Réaliser un audit (vérification) de la consommation énergétique des bâtiments.

« Les fondements de la santé humaine dépendent d'écosystèmes sains et stables »

– Pierce, Jameton, (2004).[1]

1 Introduction

Au cours des dernières décennies, les pressions exercées par l'espèce humaine sur les écosystèmes mondiaux se sont fait ressentir partout sur la planète. Selon de nombreux organismes scientifiques de renom, les prochaines années seront cruciales si nous désirons ralentir l'apparition de changements climatiques catastrophiques et le déclin de la santé de la population relié à la dégradation de notre environnement.

Des changements profonds sont donc nécessaires chez l'ensemble des acteurs sociaux. En effet, puisque le système de santé canadien représente environ 10 % de l'économie du pays, il contribue à la morbidité et à la mortalité causées par la dégradation de l'environnement.[2]

Étant l'un des principaux employeurs au Québec (plus de 350 000 employés au Québec, en 2008[3] ; une personne sur dix en Europe[4]) et du fait que son fonctionnement requiert des investissements financiers importants (40 % du budget de l'état québécois en 2008-2009[5], le réseau de la santé et des services sociaux a un rôle à jouer afin de réduire les impacts négatifs sur l'environnement. Par ailleurs, étant garants de la santé de la population, les établissements se doivent de montrer l'exemple à la population et d'informer celle-ci sur les effets potentiels de leurs actions sur leur propre santé et sur celle de leurs proches. « Montrer l'exemple » est d'ailleurs l'une des dix mesures essentielles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande aux professionnels de la santé pour protéger la santé contre les effets du changement climatique[6].

Selon l'OMS, les établissements de santé peuvent jouer un rôle de leader dans la réduction des effets des changements climatiques[7]. Dès lors, le Réseau des hôpitaux et des services de santé promoteurs de santé a décidé, lors de son assemblée annuelle 2010, de mettre sur pied un groupe de travail sur l'environnement. Le but de cette nouvelle entité est, premièrement, d'identifier des critères qui permettront de déterminer quel établissement ou quel service de santé est écologique ; deuxièmement, de développer des politiques et des programmes d'intervention fondés sur des données probantes ; enfin, de suivre le développement de la promotion de la santé dans le cadre d'interventions écologiques.

À la suite de l'adoption de la *Loi sur le développement durable* (Loi 118)[8], le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré son plan d'action de développement durable 2009-2013. Il énumère les actions que le Ministère compte mettre en œuvre afin de réduire son empreinte écologique. Ce document très inspirant constitue un bel exemple en la matière pour les établissements de santé et de services sociaux qui souhaitent emboîter le pas au Ministère.

La Ville de Montréal a, quant à elle, développé son plan de développement durable 2010-2015. Ce plan repose sur cinq orientations :

- Améliorer la qualité de l'air et réduire les émissions de gaz à effet de serre ;
- Assurer la qualité des milieux de vie résidentiels ;
- Pratiquer une gestion responsable des ressources ;
- Adopter de bonnes pratiques de développement durable dans les industries, commerces et institutions ;
- Améliorer la protection de la biodiversité, des milieux naturels et des espaces verts.

En date du 1er novembre 2010, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et quatre établissements de santé et de services sociaux montréalais (Centre universitaire de santé McGill, CSSS Jeanne-Mance, CSSS Lucille-Teasdale, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal) adhéraient officiellement à ce Plan et étaient partenaires de la Ville dans sa mise en œuvre.

Enfin, depuis plusieurs années, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal encourage les établissements de son réseau à mettre en œuvre les principes du développement durable. Sur le terrain, cela se traduit par la mise en place de comités d'étude, par l'élaboration de politiques et de plans d'action de développement durable et par la mise en œuvre de nombreuses actions concrètes visant la réduction de leur empreinte écologique. Dans la foulée, l'appellation CSSS *Vert et en santé* a vu le jour. Un CSSS *Vert et en santé* est une organisation qui élabore une politique interne visant à mettre en œuvre ou à bonifier des mesures de promotion du développement durable et de la santé. Cette politique encourage autant l'organisation que son personnel à adopter des pratiques de consommation diminuant le gaspillage des ressources et des habitudes de vie favorables à la santé[9].

2 Définitions

Développement durable : développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs. Le développement durable s'appuie sur une vision à long terme qui tient compte du caractère indissociable des dimensions environnementale, sociale et économique des activités de développement[8].

Matière résiduelle : tout résidu solide ou liquide d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation ou tout matériau, substance ou produit abandonné ou que le détenteur destine à l'abandon[10].

Déchet ultime : matière ou objet périmé, rebuté ou autrement rejeté, dont le potentiel de récupération et de mise en valeur est nul compte tenu de la disponibilité et de la viabilité économique des technologies de traitement actuelles[10].

Compostage : méthode de traitement biochimique utilisant l'action de micro-organismes aérobies pour décomposer de façon accélérée les matières compostables afin d'obtenir un amendement organique appelé compost[10].

Matière compostable : matière organique ou non pouvant être décomposée par compostage, comme les matières putrescibles, les papiers[10].

Matière putrescible : matière organique susceptible de pourrir[10].

Matière recyclable : matière secondaire pouvant être utilisée dans un procédé manufacturier en remplacement d'une matière vierge[10].

Déchets biomédicaux : sont considérés comme tel, au sens du Règlement sur les déchets biomédicaux[11] :

> tout déchet anatomique humain constitué d'une partie du corps ou d'un de ses organes, à l'exception des phanères, du sang et des liquides biologiques ;
> tout déchet anatomique animal constitué d'un corps, d'une partie du corps ou d'un des organes, à l'exception des phanères, du sang et des liquides biologiques ;
> tout déchet non anatomique constitué d'un des éléments suivants :
  - un objet piquant, tranchant ou cassable mis en contact avec du sang, un liquide ou un tissu biologique, provenant de soins médicaux, dentaires ou vétérinaires ou d'un laboratoire de biologie médicale ou vétérinaire, ou de l'exercice de la thanatopraxie ;
  - un tissu biologique, une culture cellulaire, une culture de micro-organismes ou le matériel en contact avec ce tissu ou cette culture, provenant d'un laboratoire de biologie médicale ou vétérinaire ;
  - un vaccin de souche vivante ;
  - un contenant de sang ou du matériel imbibé de sang, provenant de soins médicaux, d'un laboratoire de biologie médicale ou de l'exercice de la thanatopraxie.

Énergie renouvelable : énergie renouvelée ou régénérée naturellement, dont la quantité disponible est très importante par rapport aux besoins de l'humanité. Le rayonnement solaire, l'énergie hydraulique, la géothermie, le vent sont des exemples d'énergies renouvelables.

Il est à noter que même si une énergie est renouvelable, elle ne peut pas être exploitée à un rythme aussi élevé qu'on le voudrait si ce rythme dépasse les quantités reçues ou générées[12].

Énergie géothermique : énergie thermique contenue dans l'eau ou la vapeur d'eau et provenant de roches souterraines en fusion[12]. Dans un système de géothermie, un fluide circule dans un tuyau souterrain où il extrait la chaleur du sol environnant. Plus le parcours du fluide est long, plus il peut extraire de chaleur. Lorsque le fluide réchauffé retourne au compresseur, la chaleur est extraite et transférée à la pompe à chaleur. La pompe réchauffe l'air qui sera ensuite diffusé dans le bâtiment. En été, le compresseur transfère la chaleur du bâtiment au fluide de la boucle. Le fluide dissipe la chaleur dans le sol et, une fois rafraîchi, retourne au bâtiment[13].

La gestion des matières résiduelles

3

Les matières résiduelles représentent la plus grosse part de la pollution potentielle engendrée par le secteur de la santé[14]. Dans une étude datant de 1998, Health Care Without Harm estimait que la production de matières résiduelles dans un hôpital s'élevait à sept kilogrammes par lit et par jour. Selon l'organisme, quatre raisons permettent d'expliquer cette situation : l'utilisation excessive de matières plastiques à usage unique, l'utilisation non adéquate des boîtes de déchets biomédicaux, la gestion non optimale des matières résiduelles et le manque important d'espace d'entreposage[2].

Les établissements de santé et de services sociaux génèrent environ 1 % des matières résiduelles produites annuellement au Canada, tout secteur confondu[2], ce qui, au Québec, représente 98 000 tonnes métriques[15]. Des études ont estimé qu'aux États-Unis les déchets biomédicaux représentaient entre 10 et 15 % des matières résiduelles générées par les institutions de santé[14].

Saviez-vous que ?

Le système de santé en chiffres

- un hôpital produit sept kilogrammes de déchets par lit par jour[2]
- 20 à 30 % des matières résiduelles d'un hôpital proviennent du bloc opératoire[16]
- l'empreinte écologique de l'hôpital Lions Gate (Vancouver) a été estimée à 719 fois la superficie occupée par ses bâtiments[17]

Les notions de recyclage sont maintenant largement intégrées au mode de vie de nombreuses personnes partout dans le monde. Dès lors, pourquoi la mise en place de système de récupération fonctionnel est-elle si ardue ? Une saine gestion des matières résiduelles inclut l'ensemble des déchets générés par un établissement : déchets biomédicaux, matières recyclables ou compostables, produits chimiques, etc. ; elle nécessite autant l'implication de l'organisation que celle de chaque employé. Pour ce faire, il importe de développer un système de communication adapté. Le système de santé utilise en grande quantité des produits nocifs pour la santé qui doivent donc être gérés de façon sécuritaire lorsqu'ils deviennent des déchets.

Une gestion non optimale ou une gestion incomplète des matières résiduelles peut entraîner des accidents parmi les employés (ex. : piqure par une aiguille), mais également des problèmes d'hygiène (ex. : contenants mal rincés attirant de la vermine).

Le Québec est en train d'actualiser sa politique de gestion des matières résiduelles. L'objectif principal de cette nouvelle mouture est que seuls les déchets ultimes soient éliminés. En d'autres termes, il faut que toutes les matières résiduelles qui peuvent être valorisées, notamment par le recyclage ou le compostage, le soient. Afin d'atteindre cet objectif, la politique vise à répondre aux trois enjeux majeurs de la gestion des matières résiduelles : mettre un terme au gaspillage des ressources, contribuer aux objectifs du plan d'action québécois sur les changements climatiques et responsabiliser l'ensemble des acteurs concernés par la gestion des matières résiduelles, notamment les établissements de santé et de services sociaux.

Il n'existe pas d'uniformité lorsque l'on compare les systèmes de gestion des matières résiduelles des établissements de santé et de services sociaux. Selon leur localisation, les coûts des services varient, tout comme l'espace disponible pour entreposer les matières résiduelles en attendant leur collecte.

Voici les éléments de base que devrait comporter le système de gestion des matières résiduelles d'un établissement, quelle que soit sa localisation :

1. Collecte des déchets biomédicaux
2. Collecte des déchets ultimes
3. Récupération du papier, du carton, du plastique, du verre et du métal
4. Récupération des matières compostables (résidus alimentaires, papiers essuie-mains)
5. Récupération des batteries et des piles usagées
6. Récupération des cartouches d'imprimante
7. Récupération des produits dangereux (ex. : ampoules fluocompactes qui contiennent du mercure)

3

Saviez-vous que ?

Certaines compagnies proposent un service adapté qui permet de réaliser des économies tout en réduisant les problèmes de confidentialité liés au recyclage du papier.

PASSER À L'ACTION

1. Faire participer les employés responsables de la gestion des matières résiduelles, ce sont les experts !
2. Réaliser un bilan des matières résiduelles générées par l'établissement, estimer les quantités de matières valorisables et documenter le tout grâce au portail *ICI On Recycle !* (Voir *Pour en savoir plus* p. 198).
3. Mettre en place un système de gestion des matières résiduelles intégré en identifiant clairement, sous forme de dessins, les matières acceptées dans chaque bac.
4. Se donner des objectifs chiffrés (ex. : taux de recyclage à atteindre).
5. Ne pas oublier de communiquer annuellement les résultats obtenus aux employés.

Projets

Projet du réseau montréalais

***Gestion des matières résiduelles* – CSSS de la Montagne**

En 2003, le CSSS de la Montagne – site du CLSC Côte-des-Neiges a réalisé une caractérisation de ses matières résiduelles. L'objectif était d'estimer les quantités de matières résiduelles générées annuellement, d'estimer les taux de récupération en vigueur dans l'établissement et d'identifier des pistes d'amélioration dans le but d'atteindre les objectifs de valorisation de la politique québécoise de gestion des matières résiduelles 1998-2008. En 2006, grâce à l'appui des membres de son équipe verte, l'établissement a atteint un taux de valorisation de ses déchets de 64 %. Ce taux, bien qu'il soit en deçà de l'objectif actuel de 80 % fixé par la Politique, est encourageant. Par ailleurs, il constitue l'une des seules données de ce type qui soit connue pour les établissements de santé et de services sociaux québécois.

(Voir fiche nº 31).

Projet d'ailleurs

***Gestion des matières résiduelles* – Centre cardiaque des Philippines, Centre médical pour enfants des Philippines, Hôpital San Lazaro – Manille, Philippines**

Depuis l'interdiction de l'incinération en 1999, les établissements de santé philippins ont dû apprendre à gérer autrement leurs matières résiduelles. Trois hôpitaux de la région de Manille ont fait l'objet d'une étude réalisée par Health Care Without Harm en 2007. La mise en place d'un système de récupération et de compostage s'est traduite dans chacun de ces établissements par des économies financières. Par ailleurs, l'amélioration de la gestion des déchets biomédicaux a conduit à la réduction des quantités de déchets infectieux produits.

(Voir fiche nº 32).

La consommation d'eau

4

Les établissements de santé et de services sociaux sont de grands consommateurs d'eau, et ce, pour différentes raisons : l'hygiène, la lutte contre les maladies nosocomiales, la restauration et la stérilisation[4].

Saviez-vous que ?

Alors qu'une personne type utilise 150 à 200 litres d'eau par jour, aux États-Unis, le patient moyen nécessite de 300 à 550 litres d'eau par jour, tandis qu'en Allemagne, il utilise 300 à 611 litres d'eau par jour[4].

Outre les incitatifs financiers qui poussent de nombreux établissements à réduire leur consommation d'eau, il ne faut pas négliger la pression de plus en plus forte exercée par des employés soucieux de la bonne gestion de l'eau. Les changements opérés dans le cadre d'un programme d'économie d'eau se traduisent également par une amélioration de la qualité de vie des employés à moyen et à plus long terme (ex. : amélioration de la qualité de l'air lorsque des changements sont effectués sur les systèmes de ventilation, efficacité accrue lorsque des changements sont apportés dans les cuisines ou dans les buanderies).

PASSER À L'ACTION

> Les éléments de base

- Éduquer le personnel, les patients et les visiteurs à utiliser l'eau à bon escient
- Identifier et réparer aussitôt les fuites ;

> La réduction des usages domestiques

- Installer des toilettes et des urinoirs à faible débit ou à double débit (vérifier l'efficacité de tels systèmes auprès d'établissements en utilisant déjà)
- Installer des réducteurs de flux et des aérateurs sur les robinets ;

> Les équipements d'exploitation

- Remplacer les équipements désuets par des modèles économes en eau
- Récupérer la condensation produite par les réfrigérateurs et les congélateurs ;

> L'alimentation en eau

- Rediriger la vapeur condensée vers les chaudières pour la réutiliser
- Minimiser l'utilisation d'eau pour irriguer (installer des systèmes de fermeture en cas de temps humide et des contrôleurs d'humidité des sols)
- Reprogrammer les machines à laver pour éliminer les cycles de rinçage additionnels.

4 Projet

Projets d'ailleurs

***Économies d'eau* – CSSS de Chicoutimi – Hôpital de Chicoutimi – Chicoutimi**

Le CSSS de Chicoutimi a décidé de moderniser les équipements de production de la buanderie de l'hôpital de Chicoutimi et de remplacer les refroidisseurs des systèmes de ventilation du bloc opératoire. Les changements ont été mis en œuvre en mettant à contribution les employés concernés par les choix opérés. Ces travaux se traduisent par des économies d'eau et d'argent, mais également par une amélioration des conditions de travail des employés à court, à moyen et à long terme.

(Voir fiche nº 33).

***Économies d'eau* – Hôpital Milton – Massachusetts, États-Unis**

L'exemple présenté illustre bien comment de petits gestes peuvent avoir des impacts importants. Le changement d'un robinet dans la cuisine de l'hôpital Milton a permis de réduire de façon appréciable la consommation d'eau liée au lavage de la vaisselle, tout en améliorant les conditions de travail et l'efficacité des employés chargés de cette tâche.

(Voir fiche nº 34).

***Économies d'eau* – Hôpital Carney – Massachusetts, États-Unis**

L'hôpital Carney a décidé de réduire sa consommation d'eau en agissant à deux niveaux : d'une part, les unités de refroidissement et d'air conditionné et d'autre part, les robinets des salles d'examen et des chambres des patients.

(Voir fiche nº 35).

5 Les activités de construction et de rénovation

« Les bâtiments sont nos lieux de vie. La façon dont nous les concevons, les construisons et les exploitons a un profond impact sur notre santé et sur celle de l'environnement. Pendant de trop nombreuses années, cet impact a été négatif [...]. Souvent, l'air à l'intérieur de nos bâtiments est plus pollué que l'air extérieur ; des liens ont d'ailleurs été faits entre sa qualité et le développement de maladies telles que l'asthme ou certains cancers »[18].

Comparativement aux autres types de bâtiments, les établissements de santé et de services sociaux ont un énorme impact sur l'environnement[18]. Aux États-Unis, le secteur de la construction des établissements de santé représente une industrie de 41 milliards de dollars US[18]. La construction et l'utilisation des bâtiments nécessitent des milliards de tonnes de matières premières, produisent des quantités importantes de déchets, consomment beaucoup d'énergie sans oublier qu'elles émettent des polluants toxiques dans l'air[2].

Sachant cela, il existe de nombreuses opportunités d'améliorer la qualité de l'environnement et la santé des personnes grâce à la planification, à la conception et à la construction écoresponsables des établissements de santé et de services sociaux.

Un bâtiment écoresponsable utilise les ressources telles que l'énergie, l'eau, les matières premières et le sol de façon plus efficace que les bâtiments qui sont construits en suivant uniquement le code de construction. Un tel bâtiment génère également moins de déchets et émet moins de gaz à effet de serre. Sachant que nous passons 90 % de notre temps à l'intérieur et que la concentration des polluants de l'air intérieur peut être cinq fois supérieure à celle de l'air extérieur, il est raisonnable de penser que les bâtiments écoresponsables ont un impact positif sur la santé et la productivité des gens qui y vivent, y travaillent ou s'y font soigner[18].

Bien entendu, les avantages d'un bâtiment écoresponsable seront moindres si sa gestion quotidienne n'est pas, elle aussi, respectueuse de l'environnement. Il convient donc, dès les premières étapes de tout projet de construction/rénovation, de prévoir l'opération du bâtiment, notamment :

> la planification du futur système de gestion des matières résiduelles ;
> l'utilisation de produits d'entretien ménager respectueux de l'environnement ;
> la formation du personnel d'entretien ménager.

Sans une communication ciblée et des séances de formation appropriées, on ne peut pas espérer que les employés changeront leurs habitudes aussitôt qu'ils auront déménagé dans un nouveau bâtiment, que ce dernier soit ou non écoresponsable.

PASSER À L'ACTION

> Favoriser la lumière naturelle dans les chambres et les bureaux ;
> Prévoir des emplacements en nombre et de dimensions suffisantes pour accueillir le système de gestion des matières résiduelles ;
> Localiser les nouveaux projets à moins d'un kilomètre d'une station de métro ou d'une gare et à moins de 500 mètres d'un ou plusieurs arrêts d'autobus ;
> Fournir des supports à vélo en nombre suffisant (norme de Vélo Québec : une place par dix à 40 employés) ;
> Planter de la végétation sur le site et empêcher les travaux qui perturberaient la végétation dans un périmètre de 12 mètres autour du bâtiment et de trois mètres autour des voies d'accès ;
> Procurer aux patients et aux employés des locaux de repos à l'extérieur ainsi qu'à l'intérieur avec vue directe sur la nature ;
> Utiliser des peintures et des adhésifs sans composés organiques volatils ;
> Éliminer totalement le mercure.

Saviez-vous que ?

Les ampoules fluocompactes contiennent de faibles quantités de mercure et constituent ainsi une nouvelle voie d'entrée du mercure dans les établissements de santé et de services sociaux.

5

Projet

Projet du réseau montréalais

***Construction écoresponsable* – CSSS Lucille-Teasdale – site du CLSC de Rosemont – Montréal**

Profitant de la construction du bâtiment qui allait accueillir le CLSC Rosemont, le CSSS Lucille-Teasdale et le Technopole Angus (le propriétaire du bâtiment) ont tout mis en œuvre pour obtenir la certification LEED-NC (nouvelle construction) niveau argent (Voir *Les certifications*, p. 197). Ce nouvel immeuble qui a ouvert ses portes à l'été 2010 possède une empreinte écologique moindre qu'un autre bâtiment du même type. Il est également plus sain pour les employés et les patients (ex.: meilleure qualité de l'air).

(Voir fiche nº 36).

Projets d'ailleurs

***Construction écoresponsable* – Centre médical Newberg de Providence – Oregon, États-Unis**

Dès qu'il a été décidé de construire l'hôpital Newberg, la volonté d'obtenir la certification LEED était présente chez les personnes responsables du projet. Pour la direction de l'établissement, il ne faisait en effet aucun doute qu'il existe un lien entre l'environnement et la santé. Dès lors, il a été décidé que le bâtiment qu'occuperait l'hôpital serait le plus écoresponsable possible.

(Voir fiche nº 37).

***Construction écoresponsable* – Hôpital d'Alès – France**

L'hôpital d'Alès s'est doté d'un nouveau bâtiment en 2010. Dès les premières étapes du projet, l'administration de l'hôpital a montré une volonté de construire un bâtiment écoresponsable, intégré à son environnement et plus sain pour les employés et les patients. Leur pari est gagné puisque l'hôpital d'Alès est le premier établissement de santé français à avoir obtenu la certification Haute Qualité Environnementale (HQE).

(Voir fiche nº 38).

6

Les approvisionnements écoresponsables

« Les produits écoresponsables ont la réputation de coûter plus cher [...]. Si on prend en compte la notion de coût global, les données s'inversent. Si l'investissement initial est plus important, les économies à venir le sont aussi »

– Comité pour le développement durable en santé, 2010[4].

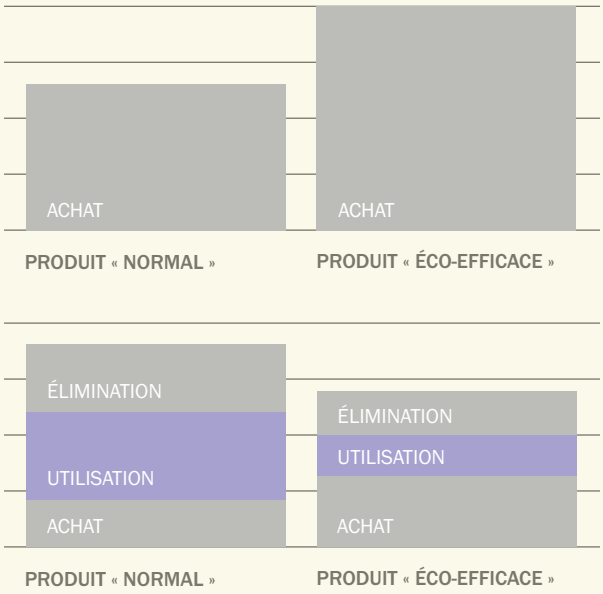
Les établissements de santé et de services sociaux achètent des milliers de produits différents pour des dizaines de départements. En Europe, les achats des établissements de santé représentent annuellement 15 milliards d'euros[4]. Souvent sans le savoir, les approvisionneurs achètent des produits toxiques pour les travailleurs, les patients ou l'environnement.

Pratiquer des achats écoresponsables consiste à respecter certains critères, notamment identifier les produits toxiques pour la santé ou l'environnement, rechercher des substituts écoresponsables aux produits utilisés ou éliminer le suremballage. Nos décisions à titre d'acheteurs peuvent avoir des impacts majeurs sur la qualité des soins de santé que nous prodiguons.

PASSER À L'ACTION

1. Opter pour des produits :
   - moins toxiques
   - qui polluent le moins possible
   - qui sont plus efficaces en énergie (produits Energy Star)
   - qui possèdent un plus grand contenu recyclé
   - qui sont moins emballés
   - qui ne sont pas parfumés
   - qui sont identifiés écoresponsables (obtenir une preuve du fabricant) ;
2. Impliquer les utilisateurs dans le choix des produits ;
3. Former les utilisateurs pour qu'ils emploient ces produits selon les recommandations du fabricant ;
4. Aviser l'ensemble des employés du changement opéré.

Comparaison des coûts cachés de deux produits au cours de leur cycle de vie.[20]



Projet

Projets d'ailleurs

Approvisionnements écoresponsables

***Projet pilote : négociation des produits laitiers* – Centre régional des achats en groupe des établissements de santé (CRAG) au Saguenay – Lac-Saint-Jean – Chicoutimi**

En 2005, les gestionnaires se sont questionnés sur la responsabilité sociale du réseau par rapport au développement durable de la collectivité. Dans un cadre de gestion spécifique, le CRAG a été mandaté pour piloter un projet concernant l'application des principes de développement durable dans un appel d'offres de lait.

(Voir fiche nº 39).

Approvisionnements éco-responsables

***Halte au PVC!* – Hôpital Lucile Packard pour enfants – Palo Alto, Californie, États-Unis**

En 2001, l'hôpital Lucile Packard pour enfants a décidé d'éliminer le Polychlorure de vinyle (PVC) de ses systèmes d'intraveineuse (plastique nº 3). Pourquoi s'attaquer au PVC? Parce qu'il contient du DEHP, un phtalate qui le rend flexible (20 à 30 % de son poids, 80 % dans le cas des tubulures), mais qui peut migrer à la surface du produit et avoir un impact négatif sur la santé humaine. La toxicité du DEHP est actuellement évaluée par des organismes de réglementation un peu partout dans le monde, notamment l'Agence de protection de l'environnement (EPA) aux États-Unis.

(Voir fiche nº 40).

7 Le transport durable

Les établissements de santé et de services sociaux génèrent de grandes quantités de déplacements ; pensons notamment aux allées et venues du personnel et des patients, à la livraison des produits ou à la collecte des matières résiduelles.

Ces déplacements ont un impact important sur l'environnement et sur la santé puisqu'ils produisent des gaz à effet de serre et toute une série de polluants atmosphériques (oxydes d'azote, composés organiques volatils, matière particulaire).

Part du transport dans la pollution atmosphérique au Québec[21]

Oxydes d'azote	85 % (année 2000)
Composés organiques volatils	39 % (année 2000)
Matière particulaire	17 % (année 2000)
Gaz à effet de serre	37 % (année 2003)

Une étude menée en France, en Suisse et en Autriche (population totale de 77 millions de personnes) en 2006, a montré que la pollution de l'air due au transport serait responsable chaque année de[4] :

- 3 % de la mortalité totale dans ces trois pays, soit 20 000 décès ;
- 25 000 nouveaux cas de bronchite chronique chez les adultes ;
- plus de 290 000 épisodes de bronchite chez les enfants ;
- plus de 500 000 crises d'asthme ;
- plus de 16 millions de jours-personnes d'activité restreinte.

L'étalement urbain auquel nous assistons dans de nombreux pays et la motorisation subséquente des déplacements ont des conséquences sur l'obésité, sur les accidents de la route et sur les maladies cardio-respiratoires[21].

PASSER À L'ACTION

> Inciter les employés à faire du covoiturage en :
- utilisant un site Internet de jumelage
- leur réservant les meilleures places de stationnement
- leur offrant des « retours garantis en cas d'urgence » sous forme de billets de taxi ;

> Inciter les employés à venir travailler à vélo ou à pied en :
- leur offrant des douches et des casiers
- mettant en place des supports à vélo en nombre suffisant (norme de Vélo Québec : une place par dix à 40 employés)
- leur offrant des « retours garantis en cas d'urgence » sous forme de billets de taxi
- leur offrant une allocation annuelle « vélo » ou « marche » sous forme de matériel de réparation de vélo ou de chaussures de marche ;

> Inciter les employés à utiliser le transport en commun en :
- leur permettant de souscrire à un abonnement annuel avec retenue sur salaire
- leur offrant des cartes mensuelles gratuites (concours).[a]

Saviez-vous que ?

Au Québec, les centres de gestion des déplacements peuvent vous aider à optimiser vos transports, notamment en dressant le profil d'accessibilité de vos bâtiments et en réalisant un sondage sur les habitudes de déplacement de vos employés. www.acgdq.com

a Ces solutions font partie du programme Allégo en vigueur au Québec.

Projet

Projets du réseau montréalais

Programme « Accèsvélo » – CSSS de la Montagne

En 2006, le CSSS cherchait un moyen d'améliorer la santé de ses employés, de réduire son empreinte écologique et de montrer l'exemple. Il est rapidement apparu qu'agir sur le transport des employés permettrait d'atteindre ce triple objectif. L'étendue du territoire de l'établissement se prêtait particulièrement bien à l'utilisation de vélos pour effectuer des déplacements professionnels (ex. : visites à domicile, déplacements inter-sites).

(Voir fiche nº 41).

Programme « Ménagez vos transports » – Hôpital Maisonneuve-Rosemont

En 2002, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont a décidé de mettre en place le programme « Ménagez vos transports ». Précurseur d'Allégo, ce programme a permis à l'établissement de se distinguer en visant spécifiquement la qualité de vie au travail et l'attraction/rétention du personnel. Les avantages pour le personnel sont nombreux : réduction du stress lié à la congestion routière, réduction du risque d'accident de la route, économie de temps grâce aux voies réservées pour les autobus et les covoitureurs, économie d'argent, amélioration de la forme physique, concentration au travail et contribution à la protection de l'environnement.

(Voir fiche nº 42).

Projet d'ailleurs

***Transport partagé de patients* – Centre de rééducation fonctionnelle des Feuillades, Centre de convalescence de Sibourg et Polyclinique du Parc Rambot – Aix-en-Provence, France**

En 2008, trois établissements de la région d'Aix-en-Provence ont mené un projet pilote visant le partage du transport des patients recevant des soins réguliers dans leurs bâtiments respectifs.

Cette mesure présente des avantages à deux niveaux :

> Sur le plan environnemental : en conduisant trois patients au lieu d'un, les transporteurs épargnent deux trajets aller-retour et donc de nombreuses émissions de CO_2 ;

> Sur le plan social : de l'avis même des patients volontaires, cette mesure favorise les rencontres et permet d'évacuer l'angoisse liée aux soins.

(Voir fiche nº 43).

8 L'efficacité énergétique

En raison de leur mode de fonctionnement, les établissements de santé et de services sociaux et plus particulièrement les hôpitaux qui fonctionnent 24 h/24 consomment de grandes quantités d'énergie. Au Brésil, la consommation énergétique des établissements de santé représente 11 % des besoins du pays[22].

Dans une optique multiple de diminuer les coûts, de réduire la dépendance aux énergies fossiles et/ou d'éviter la libération de gaz à effet de serre, les ministères de la Santé de nombreux gouvernements ont mis en place des programmes ambitieux d'efficacité énergétique. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) visait une réduction de 14 % de la consommation énergétique des établissements de santé et de services sociaux québécois au 31 mars 2009, en prenant pour année de référence 2002[23].

Sachant que la consommation énergétique du réseau de santé québécois en 2002-2003 équivalait à 181 millions de dollars et que les économies d'énergie cumulatives générées entre cette période et le 31 mars 2010 équivalaient à 30 millions de dollars, on peut conclure que la cible atteinte se situait à 16 %.

Afin de réduire la consommation énergétique du réseau de la santé et des services sociaux, le MSSS a débloqué une enveloppe de 10 millions de dollars par année sur une période de dix ans (2006-2016) dans le but de subventionner des projets d'économie d'énergie.

Saviez-vous que ?

L'efficacité énergétique dans le réseau de la santé québécois en chiffres :

- Nombre total de projets autorisés depuis 2006 : 148 (en mode autofinancement) ;
- Montants totaux investis dans ces projets : 192 millions de dollars ;
- Nombre de projets autorisés en 2009-2010 : 26
- Montants investis dans ces projets : 53 millions de dollars ;
- Économies annuelles récurrentes : 9 millions de dollars ;
- Nombre de projets favorisant les énergies renouvelables : 20 ;
- Montants investis dans ces projets : 13 millions de dollars.

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ces projets d'envergure conduisent souvent à des améliorations de la qualité de vie au travail en améliorant indirectement la qualité de l'air ou le confort thermique pour ne citer que ces deux exemples. Un rapide coup d'œil aux plans d'action de nombreux comités verts laisse apparaître l'importance accordée aux notions d'efficacité énergétique bien que cela soit à une échelle plus locale que les grands travaux mentionnés plus haut : campagnes de sensibilisation « j'éteins en quittant mon bureau », mise en place d'autocollants « j'éteins mon ordinateur le soir », les exemples sont nombreux.

PASSER À L'ACTION

- **Éteindre toutes les lumières du bureau lorsque l'on quitte le travail, le soir ;**
- **Faire configurer son ordinateur pour que l'écran se mette en veille après 10 minutes d'inactivité ;**
- **Éteindre son ordinateur lorsque l'on quitte le bureau, le soir (vérifier avec le service informatique s'il existe une contre-indication à éteindre son ordinateur le soir) ;**
- **En été, lorsque la climatisation fonctionne, porter un chandail plutôt que de faire fonctionner le chauffage ;**
- **Rapporter aux services techniques tout fonctionnement anormal de la climatisation ou du chauffage.**

Projet

Projet du réseau montréalais

***Efficacité énergétique* – CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent – CLSC et CHSLD Saint-Laurent**

Des problèmes de vétusté ont poussé l'administration du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent à réaliser un projet de remise aux normes, notamment en matière de qualité de l'air, au CLSC et au CHSLD Saint-Laurent. Profitant de cette opportunité, l'établissement a mis en place des mesures simples et peu coûteuses lui permettant de réaliser des d'économies d'énergie.

(Voir fiche nº 44).

Projets d'ailleurs

***Efficacité énergétique – géothermie* – CSSS de Saint-Jérôme – Hôpital de Saint-Jérôme – Saint-Jérôme**

Le CSSS de Saint-Jérôme a décidé de réduire la consommation d'énergie de l'hôpital. Pour ce faire, il s'est doté d'un système de géothermie. À la suite des travaux réalisés, l'hôpital est devenu l'un des plus gros parcs de géothermie au Québec.

(Voir fiche nº 45).

***Efficacité énergétique* – CSSS Richelieu-Yamaska – Hôpital Honoré-Mercier – Saint-Hyacinthe**

Dans le cadre d'une rénovation majeure à l'Hôpital Honoré-Mercier, l'établissement se devait de procéder à la réhabilitation de l'enveloppe complète du bâtiment. Le CSSS a donc saisi l'opportunité de réaliser un projet devant permettre d'importantes économies d'énergie.

(Voir fiche nº 46).

Les certifications et les reconnaissances

Il existe de nombreuses certifications et reconnaissances environnementales. Notre but n'est pas de les nommer toutes, mais de présenter celles qui touchent plusieurs des orientations abordées dans ce chapitre. Outre le fait de « démontrer » que l'établissement la détenant a un impact réduit sur l'environnement, chacune des certifications citées a l'avantage de pousser l'établissement à documenter ses actions de façon précise et à se placer dans une optique d'amélioration environnementale continue.

Boma BESt

Le programme BOMA BESt (Building Environmental Standards) est un programme de normes environnementales applicables à des immeubles commerciaux existants. BESt constitue la nouvelle génération du programme Visez vert de BOMA Canada ; il comporte dorénavant quatre niveaux de certification qui permettent d'améliorer la performance environnementale des bâtiments.

9

- Niveau 1 : signifie qu'un immeuble est conforme aux exigences des meilleures pratiques du programme Visez vert, à savoir la réalisation d'un audit pour l'énergie et l'eau, un contrôle continu de la consommation énergétique et un programme d'entretien préventif.

  Nombre d'établissements québécois certifiés au 1er novembre 2010 : 7.
- Niveau 2 : certifie qu'un immeuble satisfait non seulement à toutes les exigences du niveau 1, mais qu'il a obtenu la note de 70 à 79 % suite à l'évaluation Visez vert plus, ce qui signifie que l'immeuble est sur la voie de l'excellence en termes de performances énergétiques et environnementales.

  Nombre d'établissements québécois certifiés au 1er novembre 2010 : 3.
- Niveau 3 : décerné aux immeubles qui satisfont à toutes les exigences du niveau 1 et qui ont obtenu la note de 80 à 89 % suite à l'évaluation Visez vert plus, ce qui signifie qu'ils sont gérés depuis plusieurs années en tenant compte des performances énergétiques et environnementales.

  Nombre d'établissements québécois certifiés au 1er novembre 2010 : 3.
- Niveau 4 : certifie qu'un immeuble satisfait à toutes les exigences du niveau 1 en plus d'obtenir un pointage de plus de 90 % à l'évaluation de Visez vert plus.

  Au 1er novembre 2010, aucun établissement de santé canadien n'avait atteint le niveau 4.

Source : www.bomabest.com/fr/index_f.html

LEED

Le Leadership in Energy and Environmental Design (LEED) est un système nord-américain de standardisation de bâtiments à haute qualité environnementale. LEED est aujourd'hui le système d'évaluation environnementale des bâtiments neufs ou existants le plus utilisé au monde, et le modèle sur lequel se basent la plupart des nouveaux systèmes. En plus de viser la diminution des ressources utilisées par le secteur de la construction, il a comme objectif de sensibiliser les communautés relativement à la protection de l'environnement.

LEED est un programme de certification qui fait la promotion d'une approche globale en reconnaissant la performance dans cinq domaines importants de la santé humaine et environnementale :

- aménagement écologique des sites ;
- gestion efficace de l'eau ;
- énergie et atmosphère ;
- matériaux et ressources ;
- qualité des environnements intérieurs.

Une certification LEED spécialisée pour les établissements de santé est en élaboration aux États-Unis. Ce nouveau standard est le fruit d'une collaboration étroite entre le US Green Building Council et le Green Guide for Healthcare. Il a été développé avec la participation active de plus de 100 institutions de santé nord-américaines.

Au 10 novembre 2010, bien que plusieurs projets soient en attente de certification, aucun établissement de santé québécois n'avait reçu la certification LEED pour l'un de ses bâtiments.

Sources : www.cagbc.org – www.usgbc.org

ICI On Recycle !

Ce programme du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs est administré par Recyc-Québec. Il reconnait les efforts des industries, commerces et institutions (ICI) en matière de bonne gestion des matières résiduelles et comporte trois niveaux :

- Engagement : reconnaissant qu'un établissement connaît l'existence de la politique de gestion des matières résiduelles et qu'il s'est engagé dans une démarche de gestion des matières résiduelles qu'il génère.

  Nombre d'établissements de santé québécois ayant atteint ce niveau (au 30 décembre 2010) : 9
- Mise en œuvre : reconnaissant qu'un établissement a mis en place des mesures de réduction à la source, de réemploi, de recyclage et de valorisation. Par ailleurs, il doit avoir effectué des activités d'information et de sensibilisation sur la gestion des matières résiduelles auprès de ses employés.

  Nombre d'établissements de santé québécois ayant atteint ce niveau (au 30 décembre 2010) : 3

> Performance : reconnaissant qu'un établissement a atteint un haut niveau de performance en matière de gestion des matières résiduelles, c'est-à-dire valoriser 80 % des matières valorisables qu'il génère.

  Au 30 décembre 2010, aucun établissement de santé ne possédait le niveau Performance.

Depuis l'été 2010, les informations relatives à cette reconnaissance sont regroupées sur le portail *ICI On Recycle !* Cet outil propose une série d'actions à mettre en œuvre dans toute organisation qui désire valoriser 80 % des matières résiduelles qu'elle produit. Le site propose également plusieurs méthodes permettant de calculer les taux de valorisation en vigueur dans un bâtiment donné.

Source : www.recyc-quebec.gouv.qc.ca/client/fr/accueil.asp – https://icionrecycle.recyc-quebec.gouv.qc.ca

ISO 26000

Publiée le 1er novembre 2010, la norme ISO 26000 est une norme ISO relative à la responsabilité sociétale des organisations, c'est-à-dire l'application des principes du développement durable aux organisations.

Cette norme définit la responsabilité sociétale comme la responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et de ses activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement transparent et éthique qui :

> contribue au développement durable y compris à la santé des personnes et au bien-être de la société ;
> prend en compte les attentes des parties prenantes ;
> respecte les lois en vigueur et est compatible avec les normes internationales ;
> est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations.

Source : www.iso.org/iso/fr

CSSS *Vert et en santé*

Un CSSS *Vert et en santé* est une organisation qui met en place une politique interne visant à mettre en œuvre ou à bonifier des mesures de promotion du développement durable et de la santé. Cette politique encourage autant l'organisation que son personnel à adopter des pratiques de consommation diminuant le gaspillage des ressources et des habitudes de vie favorables à la santé[9].

Projets

Projets du réseau montréalais

***CSSS Vert et en santé* – CSSS Cavendish**

Ce projet vise à amener le CSSS Cavendish à devenir un établissement ***Vert et en santé*** par la promotion et l'adoption de saines habitudes de vie et par l'implantation d'aménagements favorables à la santé. Ce projet combine un certain nombre d'actions visant le maintien et le développement de plusieurs habitudes de vie et l'adoption de pratiques écologiques en milieu de travail pour réduire l'empreinte écologique (ex. : l'harmonisation de la gestion des matières résiduelles dans les différents sites).

(Voir fiche nº 22).

***Mise en place d'un CSSS vert par l'intégration d'un système de gestion de l'environnement* – CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent**

Afin de réduire l'empreinte écologique de l'établissement, le CSSS a entrepris des démarches dans le but de se doter d'un système de gestion de l'environnement. Ce système comprend l'élaboration d'une politique environnementale, l'élaboration d'un plan d'action environnemental, la mise en place d'un comité vert ainsi que la mise en place d'équipes vertes dans chaque site du CSSS.

(Voir fiche nº 47).

POUR EN SAVOIR PLUS

Opération développement durable
Section du site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay – Lac-Saint-Jean exclusivement consacrée au développement durable dans le réseau régional de la santé et des services sociaux. On y trouve une grande quantité d'informations pertinentes, des outils pratiques et, surtout, un répertoire d'expériences à succès réalisées dans les établissements du Saguenay – Lac-Saint-Jean.
Lien :
www.d4m.com/soluss/developpement_durable

Health Care Without Harm
Coalition internationale regroupant des hôpitaux et des systèmes de santé, des professionnels de la santé, des groupes communautaires, des syndicats et des organisations environnementales. La mission de l'organisme est de transformer le système de la santé à l'échelle de la planète pour le rendre durable d'un point de vue écologique sans pour autant compromettre la santé des patients ou la qualité des soins prodigués. Le site Internet de l'organisme dispose d'une base de données importante.
Lien : www.noharm.org

Practice Greenhealth
Organisme à but non lucratif basé aux États-Unis qui offre à ses membres des outils, des ressources, des forums, de l'assistance technique et des opportunités de réseautage.
Lien : www.practicegreenhealth.org

Comité pour le développement durable en santé (C2DS)
Organisme français né sous le haut patronage du ministère de la Santé et du ministère du Développement durable et qui regroupe au sein d'un premier cercle plus de 200 professionnels de santé et, au sein d'un deuxième cercle, l'ensemble des parties prenantes du monde hospitalier.
Les quatre grandes missions du C2DS sont de faire du lobbying après des instances politiques, d'animer un réseau d'adhérents, de sensibiliser, de former et d'accompagner les établissements et, enfin, de lancer des alertes sur les problématiques émergentes.
Lien : www.c2ds.com

Références bibliographiques

1. Pierce, J., Jameton, A. (2004). *The Ethics of Environmentally Responsible Health Care*, New York : Oxford University Press.
2. Hancock, T. (2001). *Doing Less Harm : Assessing and Reducing the Environmental and Health Impact of Canada's Health Care System,* Coalition canadienne pour un système de santé vert, 71 p., www.c2p2online.com
3. Statistique Canada. (2010). *Emploi, soins de santé et assistance sociale, par province et territoire*. www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/health22-fra.htm (dernière mise à jour : 31 mars 2010).
4. Comité pour le Développement Durable en Santé. (2010). *Guide des pratiques vertueuses*, www.c2ds.com
5. Radio-Canada. (2008). *Budget Québec 2008-2009 : les faits saillants en santé*, www.radio-canada.ca/nouvelles/budget/qc2008/apres/sante.shtml
6. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2010). *Protéger la santé des effets du changement climatique – Dix mesures essentielles à prendre par les professionnels de la santé,* consulté en 10/2010, www.who.int/globalchange/publications/10_actions_final_fr.pdf
7. Health promoting Hospitals and Health services Network. (2010). *New international HPH Task Force on environment*. HPH newsletter, nº 44, 6 p. www.hph-hc.cc/Downloads/Newsletters/hph_newsletter_44.pdf
8. Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs. (2006). *Loi sur le développement durable*, www.mddep.gouv.qc.ca
9. CSSS Cavendish. (2010). *Le plan vert du CSSS Cavendish : des gestes qui font la différence*, Consulté en 12/2010. www.cssscavendish.qc.ca
10. NI Environnement. (2004). *Caractérisation des matières résiduelles au CLSC de Côte-des-Neiges*. Rapport disponible sur demande.
11. Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs. (1992). *Règlement sur les déchets biomédicaux*, www.mddep.gouv.qc.ca
12. Office québécois de la langue française. (2009). *Énergie renouvelable*, Consulté en 01/2011. www.granddictionnaire.com
13. Coalition canadienne de l'énergie géothermique. *Géothermie*, Consulté en 01/2011. www.geo-exchange.ca
14. Reller, A. *Greener Hospitals : improving Environmental Performance*, Bristol-Myers Squibb, consulté en 10/2010, www.ec.gc.ca/cppic/Fr/refView.cfm?refId=1538 (dernière mise à jour : 19 avril 2005)
15. NI Environnement et Recyc-Québec. (2009). *Portrait de la gestion des matières résiduelles dans le sous-secteur institutionnel au Québec 2004-2009*. www.recyc-quebec.gouv.qc.ca/Upload/Publications/MICI/Rendez-vous2009/Portrait-gmr-in04-09.pdf
16. Deloach Lynn, C. (2010). *Greening reaches the operation room*. Healthcare Design, Vol. 10, nº 7, p. 10-12. www.healthcaredesignmagazine.com
17. Germain, S. (2002). *The ecological footprint of Lions Gate Hospital*, Hospital Quarterly, Vol. 5, nº 2, p. 61-66.
18. Guenther, R., et Vittori, G. (2008). *Sustainable Healthcare Architecture*. Wiley.
19. Green Guide for Health Care version 2.2. (2007). Consulté en 10/2010, www.gghc.org
20. Health Care Without Harm. (2010). *Green Purchasing*, consulté en 10/2010, www.noharm.org
21. Drouin, L., Morency, P. et King, N. (2006). *Le transport urbain, une question de santé,* Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
22. Organisation mondiale de la santé et Healthcare without harm. (2009). *Healthy Hospitals, Healthy Planet, Healthy People*, Organisation mondiale de la santé.
23. Agence de l'efficacité énergétique. (2001). *Bilan énergétique du réseau de la santé et des services sociaux*. Consulté en 12/2010. www.aee.gouv.qc.ca/clientele-affaires/institutions/bilan-energetique-du-rsss/

Les fiches de projets

4

Fiche nº 1 – **Chantier Ressources humaines** 206
Fiche nº 2 – **Programme santé mieux-être** 207
Fiche nº 3 – **Institut promoteur de la santé** 208
Fiche nº 4 – **Programme Kailo** 210
Fiche nº 5 – **Projet intégré d'amélioration continue** 212
Fiche nº 6 – **Prix d'excellence** 213
Fiche nº 7 – **Programme de reconnaissance** 214
Fiche nº 8 – **Stabiliser les équipes** 216
Fiche nº 9 – **Modèle de gestion de la charge de travail psychologique** 217
Fiche nº 10 – **De l'autre côté** 218
Fiche nº 11 – **La définition d'un nouveau rôle professionnel** 219
Fiche nº 12 – **Améliorer les pratiques en matière d'attraction et de rétention du personnel** 220
Fiche nº 13 – **Groupe d'entraide** 221
Fiche nº 14 – **Comité d'intervention clinico-légale** 222
Fiche nº 15 – **Favoriser un milieu de travail respectueux et prévenir la violence** 223
Fiche nº 16 – **Adaptation du modèle des hôpitaux magnétiques** 225
Fiche nº 17 – **Approche individuelle des facteurs de risque des employés** 226
Fiche nº 18 – **Prévention des troubles musculosquelettiques** 228
Fiche nº 19 – **Gestion des médicaments dangereux** 229
Fiche nº 20 – **Programme concerté et organisé pour un retour au travail adapté** 230
Fiche nº 21 – **Ma santé, je m'en occupe** 232
Fiche nº 22 – **CSSS Vert et en santé** 233
Fiche nº 23 – **Améliorer la santé du personnel du service d'hygiène-salubrité** 234
Fiche nº 24 – **Un environnement alimentaire revu et amélioré** 235

Fiche nº 25 – **Capsules Santé en ligne** 237
Fiche nº 26 – **Défi six semaines sans tabac** 238
Fiche nº 27 – **Co-développement des gestionnaires** 239
Fiche nº 28 – **Bien-être de l'organisation et conciliation travail-famille** 240
Fiche nº 29 – **Créativité dans le recrutement des nouveaux préposés aux bénéficiaires** 241
Fiche nº 30 – **Milieu de travail en santé sans barrières** 243
Fiche nº 31 – **Gestion des matières résiduelles au CSSS de la Montagne** 244
Fiche nº 32 – **Gestion des matières résiduelles au Centre cardiaque des Philippines** 245
Fiche nº 33 – **Économies d'eau au CSSS de Chicoutimi** 246
Fiche nº 34 – **Économies d'eau à l'Hôpital Milton** 247
Fiche nº 35 – **Économies d'eau à l'Hôpital Carney** 248
Fiche nº 36 – **Construction écoresponsable au CSSS Lucille-Teasdale** 249
Fiche nº 37 – **Construction écoresponsable à l'Hôpital Newberg** 250
Fiche nº 38 – **Construction écoresponsable à l'Hôpital d'Alès** 251
Fiche nº 39 – **Négociation des produits laitiers** 252
Fiche nº 40 – **Halte au PVC** 254
Fiche nº 41 – **Programme Accèsvélo** 255
Fiche nº 42 – **Ménagez vos transports** 256
Fiche nº 43 – **Transport partagé de patients** 257
Fiche nº 44 – **Efficacité énergétique au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent** 258
Fiche nº 45 – **Efficacité énergétique et géothermie** 259
Fiche nº 46 – **Efficacité énergétique au CSSS Richelieu-Yamaska** 260
Fiche nº 47 – **Mise en place d'un CSSS vert** 261

Projet

Fiche nº 1

Améliorer les pratiques en matière d'attraction et de rétention du personnel

Projet	Chantier Ressources humaines
Établissement	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (Montréal)

Le contexte

Conscient de l'importance de la transformation qui affecte le réseau de la santé et des services sociaux et de l'effet de cette transformation sur les personnes qui y travaillent, alerté par les données démographiques démontrant un vieillissement accéléré de la population et une pénurie de main-d'œuvre à court terme, mais décidé à développer une offre de service complète et de qualité qui réponde aux besoins de sa population, le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent a entrepris un processus de développement de l'organisation l'amenant à être reconnu tant à l'interne qu'à l'externe.

Les objectifs

Mobiliser le personnel afin :

- D'attirer et de retenir les talents par des actions adaptées aux besoins d'aujourd'hui ;
- D'offrir un milieu de travail enrichissant et stimulant pour l'ensemble de l'organisation ;
- De focaliser l'énergie créatrice des employés vers le service-client ;
- De traverser la transformation du réseau de santé et services sociaux de façon positive et constructive.

La mise en œuvre

Le CSSS a mis en place une vaste consultation visant à identifier les principales actions lui permettant d'atteindre d'ici deux à trois ans le titre d'« Employeur de choix ». Quatre axes ont été retenus :

1. Attraction et rétention
2. Conditions de travail
3. Développement des compétences
4. Reconnaissance

Des tables de consultation ont été organisées et animées par un coordonnateur du chantier Ressources humaines. Ces tables de consultation étaient composées d'un cadre de la Direction des ressources humaines, de trois autres cadres, de trois délégués des comités professionnels et de quatre délégués des syndicats.

De plus, une table de réflexion pour les gestionnaires a été mise sur pied, afin de répondre aux besoins spécifiques exprimés par les gestionnaires. Onze cadres ont participé à cette table.

Les objectifs suivants ont découlé de cette consultation auprès des cadres :

1. Soutenir les cadres dans l'exercice de leur rôle et favoriser l'équilibre travail/vie personnelle ;
2. Soutenir les cadres pour plus d'efficacité en fonction des défis de l'intégration des services, de la qualité et de la performance ;
3. Dégager une marge de manœuvre afin de soutenir les cadres dans l'exercice de leur rôle.

Les stratégies employées

- Toutes les personnes désireuses de participer à cette consultation ont pu le faire, puisque des incitatifs ont été mis en place afin de favoriser les échanges ;
- Le CSSS s'est engagé à libérer l'ensemble des personnes désireuses de participer aux tables de consultation ;
- Des rencontres d'information ont aussi été faites auprès des équipes de travail et lors des comités des usagers/résidents.

L'évaluation et les résultats

L'évaluation a été réalisée par groupes de discussion et entretiens.

Le personnel a grandement apprécié la vaste consultation et la gestion participative de ce projet.

Les indicateurs qui serviront à mesurer la réussite du projet seront analysés par la suite :

- Taux d'absentéisme
- Taux de rétention
- Étude du climat de travail
- Plaintes pour harcèlement psychologique
- Ouverture de postes

Source : CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 2

Programme santé mieux-être

Projet	Programme santé mieux-être au travail
Établissement	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major (Montréal)

Le contexte

Programme développé en lien avec le plan d'action ministériel (MSSS) en gestion de la présence au travail (programme de subvention offert).

Les objectifs

> Promouvoir un milieu de travail sain en favorisant une approche globale, intégrée et préventive qui repose sur la santé et le mieux-être dans le but d'instaurer chez le personnel de saines habitudes de vie axées sur la santé physique et psychologique des individus ;
> Favoriser l'éducation, la sensibilisation, l'acquisition d'habiletés et l'amélioration du cadre de travail du personnel en lien avec la santé et le mieux-être au travail. Informer le personnel sur les meilleures pratiques et supporter leur démarche vers la santé et le mieux-être au travail ;
> Accroître la motivation et la satisfaction au travail des employés, tout en les mobilisant et en générant un dynamisme positif pour le climat organisationnel en lien avec ses valeurs ;
> Contribuer à prévenir ou à diminuer l'absentéisme ;
> Mettre en œuvre des éléments propices à l'attraction et à la rétention du personnel ;
> Générer un effet positif sur les indicateurs reliés au milieu de travail sain.

La mise en œuvre

Mise en place d'un comité et définition de son mandat, de ses structures et de ses règles de fonctionnement.

Composition du comité « PRISME » : représentatif des employés (différents secteurs d'activité de l'établissement) et personnes réellement intéressées à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Sondage mesurant les habitudes de vie réalisé auprès du personnel (participation de 60 % du personnel). Les résultats de ce sondage ont guidé les activités mises en place.

Les stratégies employées

Rendre les plages horaires et les lieux des activités accessibles à l'ensemble du personnel ;

Offrir des activités variés en lien avec l'alimentation, l'activité physique et le stress ;

Participation financière de l'employeur.

Communication :

> Chronique bimensuelle dans le journal interne de l'établissement ;
> Diffusion d'un calendrier des activités 2 fois par an ;
> Capsules d'information, chroniques sur le site Intranet ;
> Communication des informations lors des rencontres annuelles du personnel ;
> Affiches, mémo, courriels à l'ensemble du personnel.

L'évaluation et les résultats

Évaluation quantitative par sondages :

> Sondage d'appréciation pour chaque activité (de 85 % à 100 % de côte maximale pour chaque activité) ;
> Sondage sur l'impact du programme (78 % mentionnent que le programme a eu un impact sur leur santé et mieux-être. De ces 78 %, 45 % ont indiqué qu'il s'agit d'un impact de sensibilisation et 55 % ont indiqué qu'il s'agit d'un impact direct).

Évaluation qualitative : par entretiens auprès des équipes de travail.

Les facteurs de réussite

> Tenir compte du contexte de l'organisation et de la société en général dans l'élaboration du planning annuel d'activités ;
> S'assurer de l'engagement de la direction en l'informant de l'évolution du programme et du succès des activités ;
> Proposer un ensemble d'activités variées afin de susciter l'intérêt d'un plus grand nombre d'individus ;
> Demeurer à l'écoute des besoins des membres du personnel, valoriser et encourager l'expression de ceux-ci.

Source : CRDI Gabrielle-Major, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 3

Institut promoteur de la santé

Projet	L'Institut promoteur de la santé (volet présenté : uniquement pour le personnel)
Établissement	Institut universitaire en santé mentale de Québec (Québec)

Le contexte

Les éléments déclencheurs de la démarche :

En 2006, de nouvelles dispositions de la Loi sur le tabac ont entrainé la mise sur pied d'un comité de travail avec pour mandat d'évaluer la faisabilité de devenir un établissement sans fumée. Après analyse, l'approche de cessation tabagique est considérée coercitive. Un nouvel angle a été recherché pour aborder le sujet.

Contexte organisationnel :

> Incidents médiatisés qui affectent la réputation de l'établissement et le moral des employés ;
> Actions timides suite au sondage sur le climat de travail en 2005, aucune initiative à l'échelle de l'établissement ;
> Peu d'impact des initiatives visant à réduire le taux d'assurance-salaire.

Les objectifs

> Offrir aux employés des outils et de l'accompagnement afin de favoriser la prise en charge de leur santé physique et psychologique ;
> Développer des activités de promotion de la santé tant physique que psychologique ;
> Poursuivre la démarche d'amélioration du climat de travail amorcée suite au sondage réalisé en 2005 et qui a été consolidée avec le sondage effectué en 2008 ;
> Poursuivre les efforts visant, entre autres, la réduction et la prévention des accidents de travail ;
> Soutenir l'abandon tabagique.

La mise en œuvre

Mise en place d'un groupe de pilotage composé par : un coordonnateur, le directeur des finances, des gestionnaires représentant les différentes directions, un représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les présidents des syndicats, un représentant du comité des usagers, deux médecins-conseils de la direction régionale de la santé publique, des professionnels, un agent d'information pour les communications, un agent administratif, personnes pertinentes en fonction des thématiques développées.

Une rencontre par mois, échanges favorisés entre les membres du groupe de pilotage.

Mise en place de groupes de travail pour les différents thèmes traités. Un chef d'équipe pour chaque groupe qui fait le lien entre le groupe de travail et le comité de pilotage.

Les stratégies employées

> Offrir le parcours « Ma santé, je m'en occupe ! » d'ACTI-MENU ;
> Réaliser des activités de promotion et de sensibilisation à la santé psychologique en lien avec le sondage sur le climat de travail ;
> Organiser des activités visant à mobiliser les employés relativement à leur condition physique, faire les liens avec les campagnes externes ;
> Se doter d'une philosophie nutritionnelle et promouvoir la saine alimentation.

L'évaluation et les résultats

> Création de conditions favorables pour introduire des changements ;
> Signes observés de l'apparition et du développement d'une culture de santé ;
> Permet synchronisme et synergie dans l'intervention auprès des usagers, du personnel et des professionnels de la santé ;
> Témoignage des employés concernant les bénéfices du parcours « Ma santé, je m'en occupe ! » sur la prise en charge de leur santé et la motivation à passer à l'action ;

Projet

Fiche nº 3 (suite)

Institut promoteur de la santé

- La « pression » exercée pour que l'offre alimentaire à la cafétéria soit améliorée ;
- Implication maintenue des partenaires syndicaux lors des négociations locales ;
- Les suggestions formulées par les employés pour démarrer de nouvelles activités ;
- Impact positif sur le recrutement ;
- A amené nos collaborateurs et partenaires externes à questionner leur façon de faire ;
- Tendance à la baisse du taux d'assurance-salaire.

Les facteurs de réussite

- Choix d'une approche globale de promotion de la santé ;
- Mise sur pied d'un groupe de pilotage composé de membres clés (directeur des finances, agente de communication et syndicats notamment) ;
- Temps pour placer le concept dans l'organisation : présentation auprès des différents acteurs, groupes clés de l'organisation et des partenaires du réseau ;
- Démarche considérée comme priorité organisationnelle, appui du CA et de la haute direction ;
- Allocation de ressources financières ;
- Leadership participatif et mobilisateur ;
- Transparence ;
- Ouverture à modifier les façons de faire.

Source : Institut universitaire en santé mentale de Québec (2010). *Institut promoteur de la santé,* Présentation faite le 22 septembre 2010 à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Projet

Fiche nº 4
Programme Kailo

Projet	Programme Kailo de bien-être au travail
Établissement	Halton Healthcare Services (Ontario)

Le contexte

Au printemps 2004, le Halton Healthcare Services (HHS) a réalisé un sondage auprès de l'ensemble de son personnel pour évaluer leur taux de satisfaction envers leur organisation ainsi qu'à propos de leur santé personnelle.

5 objectifs ont été identifiés suite à ce sondage : **1.** Les employés travaillent dans des services/programmes qui sont engagés dans l'amélioration de la qualité de vie au travail ; **2.** Les employés savent plus clairement ce qui est attendu d'eux ; **3.** Le personnel cadre sait plus clairement ce qui est attendu de lui ; **4.** Les employés sentent que les échanges et la communication sont encouragés et que la transmission de l'information est efficace ; **5.** Les employés se sentent soutenus et encouragés à faire des choix santé.

En juin 2005, le HHS a reçu une subvention de Santé Canada pour implanter un programme novateur de bien être au travail, le programme Kailo, à titre de projet de démonstration. Ce programme, initialement développé aux États-Unis, propose une approche holistique qui prend en compte l'ensemble des besoins identifiés par et pour les employés du système de santé, à laquelle s'ajoute une philosophie du corps et de l'esprit.

Le programme Kailo a été choisi pour répondre aux objectifs 1,4 et 5.

Les objectifs

> Développer l'implication des employés dans l'amélioration de la qualité de vie au travail ;
> Encourager les échanges et la communication et s'assurer d'une transmission efficace de l'information ;
> Accompagner et encourager les employés à faire des choix santé.

La mise en œuvre

Réalisée par le personnel de Kailo, en collaboration avec les gestionnaires de HHS.

Les stratégies employées

Les activités proposées par le programme Kailo sont les suivantes :

> Massage sur chaise (activité la plus populaire) ;
> Activité de conseil visant le soutien psychologique (*Kailo for one*) ;
> Ateliers :
  – favorisant l'esprit d'équipe, l'amélioration de la productivité et de la performance, la réduction des conflits, l'amélioration de la communication ;
  – portant sur des thèmes de santé et de bien-être ;
  – de loisirs créatifs.
> *Wellness college* : conférences tous les mois sur des thèmes de la santé ou du bien-être ;
> Évènements à thème 3 à 4 fois par an ;
> Infolettre ;
> Calendrier mensuel des activités.

L'évaluation et les résultats

Évaluation quantitative par sondage (60 % de répondants) :

> 70 % des répondants considèrent que ce programme permet de distinguer HHS des autres employeurs, que ce programme devrait être offert dans d'autres hôpitaux et que la participation aux activités de ce programme encourage l'investissement des employés ;
> 58 % considèrent que ce programme les aide à fournir un excellent service aux patients ;
> 60 % ont trouvé que l'activité de conseil (*Kailo for one*) leur a été utile.

Évaluation qualitative par groupes de discussion.

Projet

Fiche nº 4 (suite)

Programme Kailo

Les facteurs de réussite

- Soutien de la haute direction ;
- Fort investissement du personnel de Kailo auprès des employés ;
- Grande variété des activités offertes, permettant de répondre aux besoins de tous les employés ;
- Amélioration continue des activités proposées, notamment en réponse aux suggestions des employés ;
- Plan de communication et de marketing développé.

Pour en savoir plus

Hospital news, Canada's Health-care Newspaper. (2006). *Kailo : an award-winning approach to workplace wellness*, vol. 19, nº 1, Janvier 2006.

www.hospitalnews.com

Source : Halton Healthcare Services, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 5

Projet intégré d'amélioration continue

Projet	Milieu de travail sain – Projet intégré d'amélioration continue
Établissement	Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Montréal)

Le contexte

L'analyse d'un sondage réalisé en 2005 a incité l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) à prendre des mesures additionnelles visant à améliorer le climat de travail. L'exercice de planification stratégique 2008-2011 est venu préciser l'enjeu organisationnel du recrutement et de la rétention du personnel. Étant « Hôpital promoteur de la santé » et adhérant aux objectifs de la norme BNQ « Entreprise en santé », la mise en œuvre d'un projet structuré visant un milieu de travail sain semblait être le meilleur moyen pour atteindre les objectifs.

Les objectifs

> Créer des conditions favorables à la rétention et à l'attraction du personnel et des médecins ;
> Adapter les politiques de gestion aux nouvelles valeurs, dont la conciliation « travail-vie personnelle » ;
> Supporter activement le personnel dans la prise en charge de sa santé globale ;
> Impacts positifs sur les différents indicateurs reliés au milieu de travail sain.

La mise en œuvre

Que ce soit dans l'identification des besoins, la planification stratégique, l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre, la participation aux différents sondages, la mise en place des activités, la participation aux comités, la participation aux activités, l'ensemble des intervenants de l'IUGM sont concernés.

Au départ, les intervenants sont sondés afin de produire un portrait de la situation et des besoins, ensuite l'organisation fait connaître ses engagements (politique et programme cadre). Des interventions sont alors effectuées dans les sphères d'activités suivantes : Pratiques de gestion, Équilibre travail-vie personnelle, Environnement du travail, Habitudes de vie. Une évaluation et des améliorations sont apportées si nécessaire. Les résultats sont validés avec des données probantes et le tout est inscrit dans une démarche d'amélioration continue.

Les stratégies employées

Certaines stratégies ont été mises en place afin de favoriser la participation :

> Horaires aménagés ;
> Prix concurrentiels – Salle d'exercice, massages sur chaises ;
> Contribution financière de l'employeur ;
> Projet sur le lieu de travail ou à proximité ;
> Prix de participation ;
> Reconnaissance.

L'évaluation et les résultats

L'évaluation de ce projet s'est effectuée par groupes de discussion, sondages, entretiens et questionnaires validés.

> Ratio de l'assurance salaire de 3,99 pour 2008-2010 alors que le résultat demandé aux établissements comparables par le MSSS est de 5,2.
> Taux de cotisation CSST moyen pour 2009 de 1.21. L'IUGM possède le meilleur taux de cotisation de tous les établissements de santé de mission comparable.
> Ratio d'investissement en formation de 2,55 % de la masse salariale en 2007.
> 100 % des répondants d'un sondage réutiliseraient le PAE au besoin.

Les facteurs de réussite

> Engagement ferme de la direction ;
> Engagement qui se traduit par des moyens concrets pour la mise en œuvre ;
> Mise en œuvre d'activités qui répondent aux besoins (préalablement validés) plutôt que l'imposition d'un programme « pré-formaté » ;
> Équipe de collaborateurs qui croient à l'importance du projet ;
> Leadership et dynamisme du porteur de dossier ;
> Un « work in progress » constant et permanent.

Source : Institut universitaire de gériatrie de Montréal, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 6

Prix d'excellence

Projet	Prix d'excellence
Établissement	CSSS de la Pointe-de-l'Île (Montréal)

Le contexte

Ce projet a vu le jour dans le cadre d'un comité de reconnaissance composé de directeurs et de la conseillère cadre en développement organisationnel et à la formation. Il s'agit d'une activité annuelle visant à reconnaître les individus pour leur initiative, leur contribution à l'amélioration de la qualité des services et leur engagement auprès de la clientèle.

Les objectifs

- Favoriser la reconnaissance ;
- Développer un sentiment d'appartenance à l'organisation ;
- Améliorer le climat ;
- Encourager la reconnaissance entre employés.

La mise en œuvre

- Chaque employé est invité à participer à la mise en candidature et ensuite à la période de vote.
- Les personnels d'encadrement assurent la promotion de l'activité. En lien avec le plan de communication, le personnel de la direction des communications contribue grandement à la réussite de l'événement.

Les stratégies employées

- Aménagement d'horaire pour la participation à l'activité de remise de prix qui se déroule lors de la Fête de la rentrée ;
- Extension des heures du dîner ;
- Budget alloué ;
- Cadeaux et certificats personnalisés remis aux récipiendaires.

L'évaluation et les résultats

L'évaluation de ce projet s'effectue par le calcul du nombre de bulletins de candidature et de vote. De plus, un retour est fait avec chacun des collaborateurs et le comité de reconnaissance effectue un suivi et formule des recommandations. Les résultats sont à venir.

Les facteurs de réussite

- Participation volontaire ;
- Reconnaissance entre les pairs ;
- Projet fait pour et par l'employé ;
- Présence d'un comité assurant la neutralité du processus ;
- Remise de prix ;
- Reconnaissance officielle ;
- Reconnaissance d'initiative, de l'engagement et de l'amélioration de la qualité des services.

Source : CSSS de la Pointe-de-l'Île, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 7

Programme de reconnaissance

Projet	Programme organisationnel de reconnaissance pour la population œuvrant au CHUM
Établissement	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (Montréal)

Le contexte

Le projet consiste en la mise en place d'un programme organisationnel de reconnaissance destiné à toute la communauté du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), soit près de 16 000 personnes (employés, gestionnaires, bénévoles, stagiaires, médecins). Le projet a vu le jour dans le contexte de pénurie de main d'œuvre et d'une volonté organisationnelle d'améliorer la qualité de vie au travail, la rétention et la mobilisation du personnel par la création d'un sentiment d'appartenance à l'organisation. Il s'inscrivait dans la volonté du CHUM d'améliorer de façon continue ses pratiques de gestion des ressources humaines, et visait la définition de la reconnaissance au CHUM, sa gestion et sa pratique.

Les objectifs

> Créer une culture de reconnaissance par l'adoption de comportements nouveaux ;
> Favoriser la mobilisation de la communauté du CHUM ;
> Créer un environnement de travail salutogène.

La mise en œuvre

Le contenu du programme de reconnaissance s'est bâti à partir :

> Des données probantes de la littérature ;
> Des portraits des activités de reconnaissance organisationnelles et directionnelles existantes ;
> Des résultats d'enquêtes *feedback* réalisées dans trois services cliniques et auprès de stagiaires, portant sur l'attraction et la rétention ;
> Des résultats d'un sondage Léger et Léger réalisé chez les infirmiers(ères) ayant quitté le CHUM.

En ce qui concerne la mise en œuvre, tous les niveaux hiérarchiques du CHUM ont été impliqués de la conception à la réalisation. Différents mécanismes de communication et de coordination ont été mis sur pied pour favoriser une démarche participative.

Les stratégies employées

Trois leviers d'actions ont été ciblés :

Au niveau individuel

1. Changer la culture par des comportements individuels (supporter et instrumenter).
2. Mettre en valeur nos modèles de rôles (informer, communiquer et inspirer).

Au niveau organisationnel

3. Créer un milieu de travail qui favorise l'épanouissement (promoteur de santé).
   - 3.1 Accompagner les équipes dans la prise en charge de leur bien-être au travail (santé physique et psychologique).
   - 3.2 Développer et/ou consolider les activités corporatives directement en lien avec la reconnaissance.
   - 3.3 Consolider les activités corporatives permettant la création de réseaux.

Concrètement, voici des exemples d'activités qui sont en lien avec les leviers d'actions identifiés et qui ont été implantées :

> Une politique de reconnaissance entérinée par la Direction générale ;
> Une programmation d'activités annuelles de « Reconnaissance » incluant une remise de prix reconnaissance pour les gestionnaires ;
> Des projets pilotes pour adresser le bien être au travail (santé physique et psychologique) avec des équipes « terrains » ;
> Des activités de formation destinées aux gestionnaires et employés ;
> Des outils promotionnels favorisant, supportant et suscitant des activités de reconnaissance dans les équipes. Par exemple, la carte coup de cœur, la zone reconnaissance dans certaines unités de soins, la campagne de « défis reconnaissance » ;
> Un guide sur l'art de communiquer sa reconnaissance et un autodiagnostic sur les pratiques de reconnaissance ;

Projet

Fiche nº 7 (suite)

Programme de reconnaissance

- Intégration du concept de reconnaissance lors de l'accueil et de l'intégration des nouveaux gestionnaires ;
- Une parution trimestrielle d'un article dans le journal interne présentant un employé ayant de bonnes pratiques de reconnaissance ;
- Redéfinition du processus annuel de reconnaissance des années de service.

L'évaluation et les résultats

L'évaluation globale de ce programme s'effectue par le suivi régulier du taux de roulement et de rétention du personnel et par le sondage Pulse inclut dans la démarche d'amélioration continue d'Agrément Canada.

De façon spécifique, chacune des activités mise en place est évaluée : appréciation de l'activité, nombre de participants, comportements de reconnaissance pré-projet et post-projet.

Les facteurs de réussite

- Engagement de tous les paliers hiérarchiques ;
- Constance et cohérence des discours organisationnels ;
- Partenariats internes et externes développés ;
- Arrimage et cohérence des interventions RH supportant le message de reconnaissance ;
- Ressource dédiée pour assurer la coordination de l'ensemble du programme ;
- Miser sur les relations horizontales et verticales dans la reconnaissance ;
- Actions basées selon des critères de qualité de la reconnaissance (ex. : proximité hiérarchique, authenticité, personnalisation, etc.).

Source : CHUM, Direction des ressources humaines, programme de reconnaissance 2010.

Projet

Fiche nº 8

Stabiliser les équipes

Projet	Stabiliser les équipes de soins et maîtriser les systèmes opérationnels
Établissement	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Montréal)

Le contexte

Le projet est né d'un partenariat avec le Centre de recherche en intervention en santé des organisations (CRISO) et d'une subvention de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).

Sous forme de recherche-action, ce projet vise à améliorer l'environnement de travail de manière à accroître les capacités d'attraction et de maintien en poste de l'effectif et de maîtriser les systèmes opérationnels pour mieux soutenir les unités de soins.

Ce programme favorise la promotion de la santé, la satisfaction au travail, le mieux-être, la responsabilisation qu'exige une telle démarche ainsi que les préoccupations liées à la qualité de vie des employés exprimées dans la culture organisationnelle et les valeurs des gestionnaires.

Les objectifs

Le projet porte sur deux grands objectifs : améliorer l'environnement de travail et maîtriser les systèmes opérationnels.

Quatre sous-objectifs ont été identifiés :

1. Développer les capacités managériales des gestionnaires ;
2. Travailler sur l'environnement psycho-social des unités ;
3. Stabiliser les équipes ;
4. Augmenter le niveau de sécurité et de satisfaction.

La mise en œuvre

Ce projet concerne plus de 1 500 personnes et il est exportable auprès des autres services de l'hôpital.

La création du comité CINCRO, formé des directeurs et des directeurs adjoints s'assure de la diffusion de l'information et de l'harmonisation des différentes activités. Les directeurs et les directeurs adjoints font ensuite le suivi auprès de leurs équipes.

L'évaluation et les résultats

L'évaluation a été effectuée par focus group, sondage, entretien et questionnaire validé

Suites au projet

Les organisateurs du projet visent un ancrage de celui-ci dans les pratiques courantes de l'organisation. Il s'agit d'ailleurs de la base de la nouvelle planification stratégique de l'organisation.

Les facteurs de réussite

Engagement et disponibilité des gestionnaires.

Source : Hôpital Sacré-Cœur de Montréal, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 9

Modèle de gestion de la charge de travail psychologique

Projet	Modèle de gestion de la charge de travail psychologique
Établissement	Hôpital de district Etelä-Savo (Finlande)

Le contexte

L'expérience pratique et les données de recherche montrent que la charge de travail doit être adéquate pour que les employés soient motivés. La Loi sur la santé et la sécurité au travail oblige les employeurs à assurer la sécurité de leurs employés au travail. La même obligation s'applique, que la charge de travail soit physique ou psychologique. La même obligation s'applique, que la charge de travail soit physique ou psychologique.

Étant donné que plusieurs signes indiquent que la charge de travail psychologique a augmenté dans les départements de l'hôpital, un groupe de travail a été formé pour créer un modèle de gestion de la charge de travail psychologique.

Description

La gestion du travail signifie la capacité d'influer sur le travail et le milieu de travail. Elle sert à influencer les opérations, ainsi que les conditions dans lesquelles l'employé œuvre afin d'atteindre un objectif professionnel.

Par conséquent, un groupe de travail a été chargé d'élaborer un modèle de gestion afin de trouver différentes façons de déterminer la charge de travail psychologique nuisible et de la réduire. Ce modèle de gestion est actif, interactif et pratique, et se base sur les façons d'exercer le leadership et d'influencer le climat de travail. L'objectif principal de ce projet est de soutenir le bien-être du personnel.

Les méthodes de gestion et les indicateurs décrits dans le modèle sont basés sur une analyse documentaire et sur les divers systèmes utilisés dans l'hôpital.

L'évaluation et les résultats

> Les absences à court terme, les congés de maladie et les blessures liées au travail ont légèrement diminué comparé à l'année 2007;
> Un sondage portant sur le climat de travail indique que les conditions se sont améliorées en 2008 par rapport à l'année 2007.

Facteurs de réussite

Le modèle est devenu une pratique établie et a été intégré aux actions de l'hôpital du district d'Etelä-Savo.

Source : Hôpital Etelä-Savo, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 10
De l'autre côté

Projet	De l'autre côté
Établissement	Hôpital de Santa Maria Nuova d'Émilie-Romagne (Italie)

Le contexte

Le principal objectif du projet est d'améliorer la relation entre les intervenants et les patients, et de réduire au minimum l'épuisement professionnel des premiers.

Description

Les techniciens et le personnel administratif du département des mammographies manifestent le besoin d'être soutenus afin d'une part d'améliorer leurs relations avec les patients, et d'autre part de réduire l'épuisement professionnel des opérateurs causé par l'augmentation des activités de travail (en prévision de l'élargissement du groupe d'âge qui subira un examen de dépistage). L'objectif est de porter attention à la relation entre les femmes qui utilisent les services de dépistage pour les maladies du sein, et les professionnels qui sont en rapport avec elles. L'amélioration de la qualité du travail des professionnels permet d'offrir un meilleur service. C'est la raison pour laquelle les professionnels ont besoin d'être soutenus afin d'acquérir des compétences et améliorer celles qu'ils possèdent déjà, surtout lorsque les pressions psychologiques et émotionnelles sont nombreuses.

Les stratégies employées

Tous les 15 jours, un psychologue anime une réunion interactive avec les techniciens et le personnel administratif. Les sujets abordés sont :

- La maladie en tant que métaphore de toutes les douleurs ;
- La recherche de la maladie, l'opérateur porteur de la douleur ;
- L'empathie et l'exposition continuelle au risque d'épuisement professionnel ;
- Etc.

L'évaluation et les résultats

Le projet comprend des entrevues et un questionnaire validé portant sur la satisfaction du participant.

Source : Hôpital de Santa Maria Nuova d'Émilie-Romagne, Italie, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 11

La définition d'un nouveau rôle professionnel

Projet	Les professionnels de la santé aujourd'hui : la définition d'un nouveau rôle professionnel
Établissement	Unité sanitaire locale de Bologne (Italie)

Le contexte

L'intervention concernant l'équilibre des compétences des différents groupes de professionnels (intervenants sociaux et de la santé, infirmières, médecins, sage-femmes) découle des résultats d'une évaluation des risques psychologiques et sociaux indiquant que l'ambiguïté des rôles semble être un risque particulier chez ces professionnels. L'analyse révèle que les professionnels ne disposent pas d'une information suffisamment claire sur leurs champs d'action et leurs responsabilités, ni sur les attentes de leurs collègues quant à leur tâche. Cela entraîne une faible satisfaction au travail, un sentiment élevé d'inutilité et une diminution importante de l'estime de soi.

Description

L'orientation des professionnels est nécessaire pour renforcer la perception de leur propre identité professionnelle. C'est pourquoi ce projet analyse les facteurs qui contribuent à la définition du rôle professionnel du personnel de la santé, grâce à l'équilibre des compétences.

Les stratégies employées

Ce projet a été divisé en deux phases :

1. Pendant la première phase, des groupes de discussion sur les rôles professionnels ont été formés et se sont concentrés sur les aspects liés à l'identité. Les données recueillies ont été analysées par grappes à l'aide du logiciel TLAB.
2. Au cours de la deuxième phase, les professionnels ont pris conscience de leurs propres compétences et de celles exigées par l'établissement grâce à la méthodologie narrative.

L'évaluation et les résultats

Les unités ayant bénéficié de l'intervention enregistrent moins d'absences et une participation plus élevée à la réunion professionnelle mensuelle.

> Taux d'absentéisme : diminution de 50 % ;
> Présence aux réunions : augmentation de 30 %.

Facteurs de réussite

La réussite du projet est attribuable non seulement aux changements individuels, mais surtout à la possibilité de recourir aux procédures de gestion du travail. Le professionnel prend conscience de ses tâches et de ses devoirs, et peut donc établir une relation positive avec les autres collègues parce qu'il n'a pas à se battre pour construire son propre espace professionnel.

Source : Unité sanitaire locale de Bologne, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 12

Améliorer les pratiques en matière d'attraction et de rétention du personnel

Projet	Amélioration des pratiques en matière d'attraction, de mobilisation et de rétention du personnel au CRME
Établissement	Centre de réadaptation Marie Enfant – CHU Sainte-Justine (Montréal)

Le contexte

Compte-tenu de la pénurie de main d'œuvre au niveau du réseau de la santé, le comité de main d'œuvre (CMO) du Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME) s'est mobilisé pour mettre en place des actions au niveau de l'attraction, de la mobilisation et la rétention du personnel au CRME. Ce projet est né de la difficulté de recruter du personnel. De plus, les nombreux changements nécessaires dans l'organisation du travail ont affecté la motivation du personnel autant chez les professionnels, les gestionnaires et le personnel de soutien.

Les objectifs

> Devenir un employeur de choix ;
> Identifier ce que le personnel considère important et attrayant dans leur milieu de travail ;
> Améliorer les pratiques en matière d'attraction, de mobilisation et de rétention du personnel.

La mise en œuvre

Approche par étape, avec la formation de comités de travail selon les étapes : attraction, mobilisation et rétention

> Collecte d'information (*focus group*, entrevues de départ, etc.) ;
> Analyse des données et recommandations.

L'évaluation et les résultats

Il y a eu un grand enthousiasme de la part des participants face au projet et une bonne participation à la mise en place des comités et à la planification des activités.

Les facteurs de réussite

> Participation du personnel aux rencontres ;
> Soutien de l'institution dans la démarche ;
> Possibilité de réaliser les scénarios retenus.

Source : CRME, CHU Sainte-Justine, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 13
Groupe d'entraide

Projet	Groupe d'entraide
Établissement	Résidence Yvon Brunet (CSSS du Sud-Ouest-Verdun) (Montréal)

Le contexte

La résidence accusait un taux d'absentéisme plutôt élevé causé, entre autres, par des problèmes personnels vécus par les employés. Un soutien sur ce plan semblait approprié. Ce projet existe depuis plus de huit ans et quatre cohortes de formation différentes ont eu lieu.

Projet de prévention en matière de santé psychologique où des employés, choisi par leurs pairs et suite à une formation sur l'entraide et l'écoute, agissent dans le milieu comme agents de supports à leurs collègues, de façon informelle et confidentielle. La participation est volontaire et une journée-ressourcement sur différents thèmes est offerte une fois par an.

Les objectifs

Offrir une ressource non officielle à l'interne (très différente du PAE) pour aider les employés à faire face aux difficultés personnelles. Ceci vise du même coup à réduire les coûts en assurance-salaire à long terme.

La mise en œuvre

Le projet rassemble dans le groupe d'entraide et pendant les formations des personnes venant de tous les différents titres d'emploi, autant du personnel clinique, clérical, des services techniques que des gestionnaires.

Le projet avait été présenté au syndicat, à la direction, de même qu'à tous les employés afin d'obtenir leur aval.

Les stratégies employées

La résidence offre deux jours de formation payée aux personnes ayant été sélectionnées et s'avise de les remplacer lorsqu'ils s'investissent dans des projets pour le profit de l'ensemble des collègues.

Il y a régulièrement des actions collectives de différents types : reconnaissance par remise de petites attentions à tous les employés, lave-auto, etc.

Une bonne collaboration est établie avec leschefs d'unité afin de permettre quelques aménagements d'horaire.

L'évaluation et les résultats

Les résultats de ce type de projet sont difficiles à quantifier. Cependant, l'aide, l'écoute, le support et les activités dans le milieu ont un impact positif certain.

Les facteurs de réussite

- L'implication de la direction ;
- La présence d'un(e) responsable de projet le plus régulièrement possible ;
- Avoir des projets de rassemblements pour le groupe ;
- Maintenir des communications régulières ;
- S'assurer que toutes les actions proviennent de la base, sont initiées et réalisées par les membres eux-mêmes.

Source : Résidence Yvon Brunet (CSSS du Sud-Ouest-Verdun), inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 14

Comité d'intervention clinico-légale

Projet	Le comité d'intervention clinico-légale
Établissement	Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, Centre de réadaptation Lisette-Dupras et Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major (Montréal)

Le contexte

En 2005, le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal créa un projet pilote visant la mise en place d'un comité d'intervention de nature tant clinique que légale. Par ce comité, le centre de réadaptation souhaitait s'attarder à des problématiques cliniques lourdes ayant des incidences légales probables. Ces problématiques interpellaient l'établissement en entier. Suivant le succès de ce projet pilote, le Comité d'intervention clinico-légal (CICL) fut implanté auprès de deux autres centres de réadaptation, soit le Centre de réadaptation Lisette-Dupras (2006) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major (2007).

Les objectifs

> Guider les équipes cliniques et les gestionnaires relativement à des usagers qui présentent des risques élevés pour eux-mêmes, pour autrui et pour l'établissement ou présentant un potentiel de dangerosité important ;
> Offrir aux équipes cliniques un appui organisationnel dans la gestion de situations difficiles ;
> Jouer un rôle de forum et d'arbitre.

La mise en œuvre

L'intervention du CICL s'inscrit à l'intérieur du continuum de gestion des risques et de l'amélioration des pratiques cliniques des établissements.

Le CICL travaille en complémentarité avec les équipes cliniques et les gestionnaires et n'intervient qu'à leur demande ou lorsque la Direction des Services Professionnels et de Qualité des établissements détermine qu'il y a un risque élevé de préjudice pour l'usager, autrui ou les établissements.

Les stratégies employées

Les équipes cliniques, les gestionnaires et les décideurs peuvent faire appel au CICL dans les domaines de l'évaluation, de la consultation et de l'intervention auprès des usagers.

Le comité peut recourir à une expertise externe lorsqu'il l'estime nécessaire, auprès d'instances telles que le bureau du curateur public, un curateur privé, un conseil de famille, un centre jeunesse, un chercheur, etc.

L'évaluation et les résultats

> Diminution de 50 % des cas de types similaires référés au CICL ;
> Diminution de 80 % des retours de cas devant le CICL ;
> Taux de satisfaction de 80 % des employés ayant fait appel au CICL ;
> Diminution de 50 % des actes d'agressivité auprès des usagers dans l'année suivant la consultation au CICL ;
> Diminution de 50 % des appels placés auprès de la police dans l'année suivant la consultation au CICL.

Les facteurs de réussite

> Le CICL se veut un exemple d'intégration en centre de réadaptation des aspects cliniques, organisationnels et légaux de l'intervention auprès des personnes présentant un DI/TED ;
> Il devient une réponse à un besoin de conciliation de ces concepts dans une optique de pratique clinique ;
> Il constitue une tentative de concilier les droits fondamentaux de l'usager, ses besoins cliniques, ses attentes personnelles, les diverses caractéristiques du milieu, de même que les valeurs qui sont en jeu.

Source : Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, Centre de réadaptation Lisette-Dupras et Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 15

Favoriser un milieu de travail respectueux et prévenir la violence

Projet	Favoriser un milieu de travail respectueux et prévenir la violence
Établissement	Chatham-Kent Health Alliance (Ontario)

Le contexte

Chatham-Kent Health Alliance (CKHA) a participé au groupe de sécurité de l'Association de l'hôpital Ontario/Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Les groupes de sécurité visent à reconnaître les organisations qui font de la prévention une habitude quotidienne en intégrant des éléments prévention dans leur système de gestion. CKHA croit foncièrement en la prévention des accidents et des maladies en milieu de travail. En 2006, CKHA a élaboré un programme de prévention de la violence en milieu de travail. Une équipe soutenue par la haute direction, et composée en partie d'experts cliniques, a commencé à évaluer la nécessité d'un tel programme. Ce programme a évolué au cours des trois dernières années avec l'ajout de différents programmes de prévention en milieu de travail visant à améliorer et à favoriser un milieu sain et sécuritaire.

Lors d'une séance du groupe de discussion sur le thème «si seulement vous me l'aviez demandé», les employés de CKHA ont déclaré que leur préoccupation principale était l'intimidation.

Les objectifs

> Prévenir tout cas d'intimidation, de violence, de harcèlement et de discrimination;
> Fournir à tout le personnel, à la direction et aux médecins, la formation et les outils permettant de détecter, de rapporter ou de gérer tout cas possible ou réel de violence en milieu de travail.

Description

Un comité de direction sur la prévention de la violence en milieu de travail a été formé pour prévenir et gérer ce problème. Voici les travaux effectués par le comité:

> La politique relative au code de conduite a été révisée en se basant sur une analyse documentaire, sur la rétroaction d'un conseiller juridique et sur les commentaires du personnel. Le comité directeur, le comité médical consultatif, le comité de la mission et de la qualité ainsi que le conseil d'administration ont examiné et approuvé la politique;
> La politique a été communiquée au personnel par l'entremise de séances de formation sur le code de conduite. Les autres politiques connexes qui ont été élaborées ou révisées depuis sont: la politique anti-harcèlement et discrimination; le code de conduite; la politique concernant les patients, les familles des visiteurs; la gestion de la violence en milieu de travail; la politique sur la violence familiale; la politique sur les salles sécuritaires;
> Des ateliers de trois jours relatifs aux enquêtes menées sur les incidents en matière d'intimidation ont été organisés à l'intention des gestionnaires;
> Des ateliers d'une journée sur la lutte contre l'intimidation ont été organisés pour le personnel et les médecins;
> Des ateliers d'une demi-journée sur la gestion des conflits par l'entremise d'interactions respectueuses ont été organisés pour le personnel et la direction;
> Le VOCERA, un outil de communication sans fil, a été mis en œuvre pour augmenter la sécurité du personnel dans les unités à risque élevé: unité psychiatrique des patients hospitalisés, programmes de santé des femmes et des enfants et unités chirurgicales des patients hospitalisés;
> Un atelier sur la reconnaissance et la gestion des comportements perturbateurs des médecins au CKHA a été offert aux médecins et a été animé par le chef du personnel et VP/DPRH. L'atelier était basé

Projet

Fiche nº 15 (suite)

Favoriser un milieu de travail respectueux et prévenir la violence

sur la récente publication du *Guidebook for Managing Disruptive Physician Behaviour* par l'Ordre des médecins et des physiciens de l'Ontario ;

> Une politique et une campagne de sensibilisation contre la violence familiale ont été élaborées afin de fournir des orientations à la direction et au personnel qui s'occupent de ces problèmes en milieu de travail ;

> Une politique sur la sécurité dans les salles et l'équipement de certaines salles sécuritaires pour le personnel a été élaborée.

L'évaluation et les résultats

La SST a connu une augmentation des incidents déclarés, phénomène auquel CKHA s'attendait et qui montre la réussite du programme. Le personnel se sent désormais à l'aise de déclarer les incidents en sachant qu'un suivi sera effectué. CKHA s'attend ensuite à une diminution de l'intimidation et des comportements irrespectueux, puisque le personnel, la direction et les médecins comprennent que les violations du code de conduite sont inacceptables et qu'elles ne seront pas tolérées.

Les facteurs de réussite

> CKHA est déterminé à procurer à ses employés un milieu de travail sans violence. Cet engagement inconditionnel à garder le cap explique le succès de ces programmes ;

> Les travailleurs de la santé sont plus conscients de leurs droits et de leurs responsabilités en ce qui concerne les programmes de prévention de la violence en milieu de travail. Ces programmes ont donné confiance aux employés qui se sentent désormais à l'aise de déclarer tout problème de violence en milieu de travail, en sachant qu'il sera traité équitablement et de façon cohérente ;

> L'ampleur de la formation de la direction et des travailleurs de la santé ainsi que l'élaboration des divers programmes de prévention de la violence en milieu de travail démontrent l'engagement pris par CKHA ;

> La mise en œuvre proactive de multiples programmes de prévention de la violence démontre au personnel que l'administration fait preuve d'une réflexion avant-gardiste.

Source : Chatham-Kent Health Alliance, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 16

Adaptation du modèle des hôpitaux magnétiques

Projet	En route vers l'excellence : adaptation du modèle des hôpitaux magnétiques
Établissement	Hôpital Shriners pour enfants (Montréal)

Le contexte

Afin de permettre le développement et la durabilité d'un environnement sain, l'hôpital crée des programmes répondants aux objectifs en lien avec ses valeurs fondamentales.

L'hôpital a créé un environnement dans lequel s'inscrivent les initiatives suivantes : des programmes de communication, de reconnaissance, de développement professionnel, de gestion participative et de santé et bien-être des employés.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services et le programme interdisciplinaire de recherche clinique contribuent à la création d'un milieu de travail sain.

Les objectifs

> Réduction de l'absentéisme
> Attraction
> Rétention
> Qualité de vie au travail
> Équilibre travail-vie personnelle

La mise en œuvre

Les moyens utilisés afin d'atteindre les objectifs représentent des actions proactives effectuées dans le but de créer un environnement de travail idéal.

L'ensemble des employés et gestionnaires est impliqué quotidiennement dans ces pratiques et les soutiennent.

Les stratégies employées

Le projet a amené l'hôpital Shriners pour enfants à développer et implanter plusieurs programmes et pratiques cliniques, éducatives et de gestion, contribuant à un environnement de travail sain conformément aux attributs d'un hôpital magnétique.

L'évaluation et les résultats

L'évaluation de ce projet s'est effectuée par groupe de discussion, sondage, entretien et questionnaire validé.

> Taux d'absentéisme de moins de 5 % ;
> Taux de roulement externe de 1 % ;
> Satisfaction à 85 % lors de l'enquête de satisfaction.

Les facteurs de réussite

> Participation de tous (engagement) ;
> Implication et soutien de la direction et du conseil d'administration ;
> Suivi constant.

Source : Hôpital Shriners pour enfants, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 17

Approche individuelle des facteurs de risque des employés

Projet	Approche individuelle des facteurs de risque des employés
Établissement	Hôpital central de Tallinn Est (HCTE) (Estonie)

Le contexte

L'idée de ce projet découle directement de la pratique. Un employé inconscient des facteurs de risque présents dans le milieu de travail ou ignorant des exigences en matière de sécurité représente un risque pour sa santé, celle de ses collègues ainsi que celle des patients.

Les objectifs

> Décrire un système d'évaluation du risque et procéder à la mise en œuvre de mesures de prévention dans tout l'hôpital, afin de mettre en place une approche individuelle des employés pour les informer et obtenir leur coopération ;
> Introduction de la carte des facteurs de risques individuels de l'employé.

La mise en œuvre

Le groupe de travail est composé du directeur du service de l'environnement de travail, du chef du département de l'éducation et de la formation et d'un médecin du travail (membre de l'Association estonienne des médecins du travail).

Les stratégies employées

> L'employé commence à travailler, reçoit les instructions nécessaires, les conseils individuels, suit la formation et subit un examen de santé. Tous les documents sont classés, y compris la carte des facteurs de risques ;
> Au moment où a lieu l'examen de santé, le médecin du travail reçoit la carte des facteurs de risques de l'employé ainsi que l'analyse des risques du département ou de la sous-unité du service de l'environnement de travail ;
> Le médecin du travail transmet lui-même les résultats de l'examen de santé à l'employé ;
> Les recommandations du médecin fournissent des informations sur les problèmes qui nécessitent une plus grande attention ;
> Les résultats de l'examen de santé fournissent des informations importantes sur les effets des facteurs de risques sur la santé de l'employé concerné ;
> Les recommandations et les suggestions de changement des procédures de travail ou des conditions de travail sont utilisées pour réévaluer les risques de l'employé et sont indiquées sur la carte des facteurs de risques ;
> Le superviseur direct de l'employé est responsable de la mise en œuvre et du suivi des recommandations ;
> La nécessité d'adapter les milieux travail a considérablement diminué au fur et à mesure que les conditions de travail sont actualisées.

L'évaluation et les résultats

Le nombre de déclarations de cas a augmenté après la mise en œuvre du programme en 2005 :

Année	2005	2006	2007
Nombre total de cas déclarés	24	33	36

Ceci montre l'augmentation de la sensibilisation des 1 600 employés. Ils n'ont pas essayé de dissimuler les cas, ils les ont au contraire déclarés conformément à la procédure établie.

Grâce à des entrevues et à un sondage, le groupe de travail a déterminé les éléments suivants :

> Un employé bien informé sait comment protéger sa santé et prévenir les problèmes de santé ;
> Les cas sont maîtrisés, les statistiques sont réunies et les résultats sont analysés ;
> L'information sert à mettre à jour les plans d'action pour la prévention et la réduction des risques à l'hôpital ;

Projet

Fiche nº 17 (suite)

Approche individuelle des facteurs de risque des employés

> L'information est utilisée pour aviser les employés, leur donner des orientations, des instructions et de la formation ;
> L'approche individuelle apporte de la sécurité à l'employé ;
> Les employés dévoués améliorent la compétitivité de l'hôpital.

Les facteurs de réussite

La détermination et l'évaluation des risques individuels fournissent des informations cohérentes et une occasion de procéder à des changements dynamiques et à des ajouts au programme de formation des employés et de tenir compte de la nécessité d'améliorer les conditions et l'environnement de travail.

Les possibilités fournies à un employé :

> L'employé est conscient des risques, la procédure d'orientation permet de s'en assurer ;
> L'employé sait comment prévenir les risques puisqu'il a l'obligation de réussir les cours et la formation nécessaire ;
> L'employé sait quoi faire si le risque se concrétise car une procédure a été établie.

Source : Hôpital central de Tallinn Est, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 18

Prévention des troubles musculosquelettiques

Projet	Prévention des troubles musculosquelettiques chez le personnel infirmier et soignant
Établissement	Hôpital central de Tallinn Est (HCTE) (Estonie)

Le contexte

L'idée de ce projet découle directement de la pratique. Une des principales tâches des infirmières et des soignants de l'hôpital est d'aider les patients à effectuer leurs activités quotidiennes. Le personnel infirmier et les soignants doivent repositionner les patients, les soutenir ou faire en sorte qu'ils restent dans la position requise. Environ les deux tiers de tout le personnel hospitalier effectuent ce type de travail. Tous les facteurs de risques hospitaliers touchent la santé des infirmières et des soignants, causant des lombalgies et des problèmes de santé au cou, aux bras et au dos. Ces problèmes peuvent entraîner une incapacité de travailler à long terme.

L'établissement a décidé de cartographier les principaux problèmes rencontrés en milieu de travail et de créer un système de contrôle et de formation.

Les objectifs

> Faire en sorte que le personnel qui déplace manuellement les patients et qui aide à les déplacer emploie les techniques de travail adéquates ;
> Procurer un milieu de travail sécuritaire pour prévenir les troubles musculo-squelettiques.

Description

Le HCTE applique une approche intégrée de la prévention des troubles musculo-squelettiques qui porte principalement sur l'efficacité de l'échange d'information entre les départements et les services et sur l'augmentation de la sensibilisation des employés à la santé et à la sécurité. En coopération avec les unités structurelles, le service de l'environnement de travail, le département de la santé au travail et celui chargé de la formation ont uni leurs forces pour atteindre cet objectif.

> Évaluation des risques, y compris les principaux dangers et les problèmes des employés qui ont à déplacer manuellement les patients (repositionnement ou transfert) ;
> Les responsables des unités structurelles évaluent les besoins de tous les employés à la lumière des résultats de l'évaluation des risques, des recommandations du médecin du travail, des conditions de travail existantes et de l'application des connaissances acquises lors de formations antérieures ;
> Le centre de formation crée des programmes de formation sur le déplacement manuel de charges basés sur l'information reçue et note le nom des participants. La formation est offerte à différentes étapes par un physiothérapeute.

L'évaluation et les résultats

L'évaluation de la formation requise a permis de créer des programmes de formation correspondant aux besoins propres à un département où un groupe d'employés particulier. Les centres de formation ont transféré l'organisation des ateliers aux départements. Les employés connaissent leurs droits, leurs responsabilités et les occasions d'autoperfectionnement ; ils savent vers qui se tourner pour le problème auquel ils sont confrontés et participent activement à la recherche de solutions.

Tout ceci contribue à créer un milieu où les bonnes conditions de travail et la sensibilisation des employés réduisent le nombre d'accidents du travail et les troubles musculo-squelettiques.

Les facteurs de réussite

> Bonne coopération entre les sous-divisions structurelles ;
> Accessibilité de l'information ;
> Continuité des activités.

Source : Hôpital central de Tallinn Est, inventaire de projet 2009-2010.

Projet

Fiche nº 19

Gestion des médicaments dangereux

Projet	La gestion des médicaments dangereux au CHUS – Pourquoi et comment
Établissement	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Sherbrooke)

Le contexte

Le décalage existant entre la réalité scientifique (Alerte NIOSH 2005 : il est possible d'être exposé tout au long du circuit du médicament dans l'hôpital), le niveau des mesures de protection en place ainsi que la compréhension du sujet par les employés du CHUS (seuls les employés travaillant au centre de chimiothérapie et à la pharmacie d'oncologie se sentent concernés).

Les objectifs

> Assurer la santé et la sécurité des professionnels de la santé, des médecins et du personnel non clinique ;
> Rehausser les mesures et les niveaux de protection lors de manipulation, préparation et administration de médicaments dangereux ;
> Prévenir la contamination de l'environnement et des personnes dans un processus complexe touchant une multitude de personnes et de services ;
> Modifier les procédures de travail et s'assurer du changement des comportements de façon durable.

Description

Une prise en charge de la démarche par le chef de santé et sécurité au travail, qui met en place un comité d'implantation, et embauche d'un chargé de projet.

Le comité procède à l'évaluation de la situation, à l'élaboration de politiques et de procédures, et à la conception d'un plan de formation et d'implantation des nouvelles normes de sécurité.

Le comité décide des procédures sécuritaires nécessaires en tenant compte des réalités du milieu de travail et du respect possible des normes.

Activités : publication d'un manuel des politiques et procédures pour la manipulation sécuritaire des médicaments dangereux, formation de tout le personnel à risque, intervention sur demande (rencontres sur le terrain), soutien aux équipes de travail, création d'outils facilitant l'application des normes, évaluation des besoins en équipements de protection individuelle, surveillance environnementale.

Les employés travaillant dans les secteurs à risque sont ciblés au début de la démarche, par la suite, les mesures s'étendent progressivement aux employés de tous les secteurs.

L'évaluation et les résultats

Formation d'un comité de vigie permanent chargé :

> Des procédures de certification ;
> Du programme de formation continue ;
> Du programme de surveillance environnementale ;
> De la mise à jour des politiques et procédures, et de la liste des médicaments dangereux ;
> Du programme d'entretien sanitaire et d'entretien préventif des infrastructures.

Les facteurs de réussite

> Embauche d'un chargé de projet possédant une expertise dans les médicaments dangereux ;
> Mise en place d'un comité d'experts interdisciplinaire ;
> Appui de la direction ;
> Suivi sur les unités ;
> Mise en place d'outils concrets pour aider le personnel des unités.

Source : Colloque 2010 de l'ASSTSAS, *La prévention, comme la magie, ça s'apprend !*

Projet

Fiche nº 20

Programme concerté et organisé pour un retour au travail adapté

Projet	Programme concerté et organisé pour un retour au travail adapté (PRATA)
Établissement	Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, CRDITED du Bas-Saint-Laurent, CSSS de Témiscouata, CSSS de Kamouraska (Région du Bas-Saint-Laurent)

Le contexte

Une étude exploratoire des dossiers TMS qui se sont produits entre 2006 et 2008 démontre l'ampleur humaine et économique des TMS dans les établissements de santé et de services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent. On note une difficulté dans la prise en charge des dossiers les plus complexes et de l'intégration de ces travailleurs, en plus d'une possibilité d'améliorer la situation financière en assurance salaire et en CSST.

Un projet autofinancé visant l'ajout d'un professionnel affecté à la réinsertion des travailleurs vivant avec des limitations fonctionnelles voit le jour. Ce programme spécifique (PRATA) vient s'ajouter aux services déjà offerts en promotion et prévention de la santé des travailleurs auprès des établissements de santé et de services sociaux de la région par l'équipe du Service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs (SRPPST) de l'Agence.

Les objectifs

- Favoriser la présence et le maintien au travail des personnes affectées, compte-tenu des conséquences de la blessure ;
- Améliorer, avec les partenaires, les conditions de retour et de maintien au travail des travailleurs avec problèmes de TMS ;
- Améliorer la prévention chez les travailleurs à risque de blessure ;
- Développer et partager les compétences professionnelles et l'information pertinente entre les intervenants des services SST et les partenaires (syndicat, médecin traitant, clinique privée, etc.).

Bénéfices attendus

- Minimiser les rechutes, récidives ou aggravations des blessures ;
- Rendre disponible des ressources humaines qui auparavant étaient absentes ;
- Réduire la durée et les coûts moyens des lésions TMS ;
- Autofinancement du programme et réinvestissement en prévention.

Description

Un comité PRATA est mis en place pour chaque travailleur dont le dossier est retenu. Ce comité de travail et de soutien au travailleur est constitué du travailleur, du représentant syndical de son gestionnaire, de l'intervenant du service SST et du conseiller réadaptation/prévention SST. Le comité fonctionne selon un processus de résolution des problèmes de retour au travail, dans un mode interdisciplinaire, et élabore un plan de retour au travail adapté.

La démarche prévoit la rédaction de comptes-rendus des rencontres et des interventions préventives faites. L'ensemble de la documentation produite est validé, puis diffusé à tous les collaborateurs impliqués, incluant le médecin et les professionnels traitants, afin d'optimiser et de concerter les efforts de tous. Une copie est également acheminée aux instances impliquées telles que la CSST, la SAAQ ou les compagnies d'assurances collectives.

Grande diffusion du programme : élaboration d'un plan de communication local et régional.

L'évaluation et les résultats

Après 24 mois :

- Estimé d'économies de 400 000 $ en 2008-2009 ;
- Diminution de plus de 500 000 $ des coûts d'absence globale dans les 9 établissements participant au programme en 2009-2010 ;

Projet

Fiche nº 20 (suite)

Programme concerté et organisé pour un retour au travail adapté

> Diminution de la durée d'absence de 37 % entre 2006 et 2009 ;
> Diminution du coût moyen d'absence de 24 % entre 2006 et 2009 ;
> 72 travailleurs soutenus avec PRATA depuis octobre 2008 et 90 travailleurs depuis 2006 ;
> 90 % des PRATA durent moins de 4 mois, à raison d'une rencontre par mois ;
> Création d'une nouvelle dynamique dans les organisations.

Le programme est jugé de façon très positive par l'ensemble des acteurs impliqués (travailleurs, gestionnaires, intervenants syndicaux et intervenants SST), selon les résultats du sondage de satisfaction effectué auprès des participants (taux de réponse supérieur à 60 %).

Les facteurs de réussite

> Instauration d'un climat de confiance ;
> Prise de décision dans un mode consensuel ;
> Partage de l'information tout au long du processus ;
> Répartition des tâches et respect des rôles et des responsabilités.

Source : Colloque 2010 de l'ASSTSAS, *La prévention, comme la magie, ça s'apprend !*

Projet

Fiche nº 21

Ma santé je m'en occupe

Projet	Ma santé, je m'en occupe – ACTI-MENU
Établissement	CSSS du Cœur-de l'Île – CSSS de la Pointe-de-l'Île (Montréal)

Le contexte

Considérant que les habitudes de vie sont un déterminant majeur pour la santé, les organisations ont tout intérêt à se préoccuper de la santé de leur personnel. Plus les employés d'une organisation ont de saines habitudes de vie, meilleure sera leur santé et plus bas seront les coûts reliés à l'absentéisme pour des raisons de santé.

Par ailleurs, le vieillissement de la main-d'œuvre et la pénurie de ressources constituent des réalités auxquelles sont et seront de plus en plus confrontées les organisations québécoises. Il devient donc d'autant plus important que les organisations puissent être en mesure de développer leur pouvoir d'attraction, de fidéliser les employés actuels et de les aider à se maintenir en santé pour favoriser une meilleure présence au travail pour une organisation plus performante.

Les objectifs

> Augmenter la proportion des participants ayant un haut score santé de 75 % et plus après 3 ans ;
> Maintenir un taux de participation de 50 % tout au long du programme ;
> Améliorer le climat et la mobilisation.

Description

Ce programme est géré en 6 étapes thématiques : introduction et santé globale ; gestion du stress ; santé du cœur ; alimentation ; activité physique ; santé globale comparatif. Chaque thème est présenté en 4 temps : conférence, questionnaire, profil santé personnalisé, relance téléphonique.

Les conférences ont lieu dans les locaux, des moyens de communication interne sont utilisés.

Les professionnels de la santé de la relance téléphonique individuelle d'ACTI-MENU, impliqués dans le déploiement, connaissent les programmes, les activités santé et les services offerts par l'organisation cliente (par exemple les PAE, abonnements annuels dans des centres de conditionnement physique, sessions d'activités physiques, services offerts pour réaménager le temps de travail, formation en gestion, activités spécifiques offertes dans le cadre d'autres volets, etc.). Ils dirigent les employés vers ces programmes/activités selon leurs besoins au moment de la relance téléphonique. Les ressources internes à l'organisation sont utilisées de façon optimale.

Les stratégies employées

Le programme est offert gratuitement aux participants dans chacun des sites à différentes périodes horaires afin de donner accès au programme à tous. Lors des approches terrains, les participants se font rencontrer directement sur leurs lieux de travail. De plus, certains établissements offrent des incitatifs à la participation, tels une rémunération pour la participation, des boîtes à lunch et d'autres des incitatifs tels que des prix de participation ou des tirages.

L'évaluation et les résultats

La participation et la satisfaction sont évaluées à travers le questionnaire santé personnel, lors des conférences et lors des relances téléphoniques. Un sondage est également utilisé pour mesurer la satisfaction des établissements en cours de programme.

Les facteurs de réussite
(selon les deux CSSS et ACTI-MENU)

> L'approche positive, axée sur les forces de chacun et respectant le rythme des participants ;
> La diversité des thèmes qui s'allient aux intérêts identifiés chez les participants ;
> L'engagement de la direction à favoriser l'accessibilité au programme ;
> La participation volontaire et les conditions facilitant la participation.

Source : CSSS du Cœur-de-l'Île, CSSS de la Pointe-de-l'Île et ACTI-MENU, inventaire de projets 2009-2010.

Pour plus d'information : www.actimenu.ca

Projet

Fiche nº 22

CSSS Vert et en santé

Projet	CSSS Vert et en santé
Établissement	CSSS Cavendish (Montréal)

Le contexte

L'idée est née d'une préoccupation de maintenir et promouvoir la santé des employés en visant les facteurs de risque les plus souvent rencontrés en contexte urbain : sédentarité, obésité, tabagisme, régime alimentaire inadéquat, déplacements en auto solo. Par ailleurs, un souci a aussi été exprimé par l'établissement de diminuer l'empreinte sur l'environnement en adoptant des pratiques écologiques en milieu de travail, dont une meilleure gestion des matières résiduelles.

Les objectifs

> Augmenter la motivation aux changements d'habitudes de vie ;
> Augmenter le nombre d'employés qui participent à l'activité physique régulièrement ;
> Offrir un environnement physique favorisant les déplacements actifs ;
> Sensibiliser le personnel aux enjeux liés au développement durable.

La mise en œuvre

Des employés réguliers participent aux comités de travail pour la mise en œuvre des différentes activités et à la promotion des campagnes annuelles. Des employés organisent des activités physiques sur l'heure du midi (yoga, groupe de marche, danse). Les gestionnaires sont impliqués dans le comité stratégique et sont responsables pour la mise en œuvre des activités du Plan Vert annuel. Ils soutiennent la philosophie auprès des employés et dans le comité de direction de l'établissement.

Le projet est le fruit d'une collaboration interne, mais certains volets ont été réalisés avec des partenaires externes.

Les stratégies employées

Certaines stratégies ont été mises en place afin de favoriser la participation, telles que :

> Prix de participation et prix de présence lors du lancement du CSSS vert et en santé ;
> Rabais corporatifs avec certains centres sportifs ;
> Accès sur les heures de travail au *counselling* sur les habitudes de vie au CES et au CAT ;
> Accès à six vélos pour des déplacements dans le cadre du projet Allego ;
> Changement du contenu de certaines machines distributrices.

L'évaluation et les résultats

L'évaluation de ce projet s'est effectuée par sondage, par la quantification des inscriptions au programme vélo libre service, aux titres de transport à l'essai et au Défi climat.

> Augmentation de l'activité physique et sensibilisation au vélo comme mode de transport pour 5 % du personnel ;
> Environ 10 % du personnel se déplacera par un mode de transport actif autre que l'automobile en solo à moyen terme ;
> Taux de 70 % de participation aux activités sur l'heure du midi.

Les facteurs de réussite

> La volonté de la direction générale ;
> L'implication des directions de l'établissement ;
> L'existence d'une politique de promotion de la santé ;
> La capacité organisationnelle pour actualiser la politique.

Source : CSSS Cavendish, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 23

Améliorer la santé du personnel du service d'hygiène-salubrité

Projet	Démarche participative collective visant à améliorer la santé globale du personnel du service d'hygiène-salubrité
Établissement	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (Montréal)

Le contexte

Malgré la programmation annuelle diversifiée d'activités et les services d'accompagnement offerts par les équipes des directions de la promotion de la santé et des ressources humaines, un faible taux de participation du personnel CHUM est observé.

Ce groupe a été choisi car de part ses fonctions, le personnel doit effectuer des tâches physiques exigeantes, ardues et répétitives, et d'autre part il est contraint de répondre à des exigences de performance (niveau de stress), entre autres dans le cadre de la gestion de la prévention des infections et de la gestion des départs et des admissions des patients. Dans ce contexte, l'organisation a considéré que les membres de ce groupe présentent un fort potentiel d'amélioration de leurs habitudes de vie (vie active, alimentation saine, abandon du tabagisme et gestion du stress).

Les objectifs

En implantant une démarche participative collective, l'intention est de créer un effet d'entraînement où le personnel choisira et se mobilisera autour d'une activité en partageant un but commun : celui d'améliorer son bien-être.

Dans un futur rapproché, il est visé d'étendre cette démarche participative collective auprès de diverses équipes de soutien et/ou cliniques au CHUM.

Également, un lien de collaboration a été développé avec la direction de la santé publique afin que ce projet puisse être implanté dans divers secteurs du réseau de la santé advenant une expérience concluante.

Description

Implanter une démarche participative collective d'amélioration de la santé globale du personnel d'hygiène-salubrité en évaluant dans un premier temps sa santé sous diverses facettes (alimentation, activités physiques, tabagisme, poids santé et niveau de stress), et en lui offrant dans un second temps la possibilité *de choisir et de s'engager collectivement* dans une activité qui favorisera une amélioration au niveau de sa santé.

L'évaluation et les résultats

Administration de l'outil de mesure élaboré par la conseillère en gestion de la qualité du CHUM : évaluation de la santé (alimentation, activités physiques, tabagisme, poids santé et niveau de stress).

Dépendamment de l'activité choisie, une mesure pré et post intervention est effectuée afin d'évaluer l'efficacité et les bénéfices de celle-ci sur la santé du personnel d'hygiène-salubrité.

Source : Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 24

Un environnement alimentaire revu et amélioré

Projet	**Environnement alimentaire revu et amélioré** Des machines distributrices au contenu santé – Volet service traiteur lors de conférences, etc.
Établissement	CHU Sainte-Justine (Montréal)

Le contexte

La direction générale du CHU Sainte-Justine (CHUSJ), la direction de la promotion de la santé (DPS) et le centre d'excellence en promotion de la santé (CEPS) de concert avec les chefs du service de nutrition clinique et du service de diététique ont convenu du besoin de revoir la nature des services alimentaires offerts au CHUSJ pour en faire un environnement revu et amélioré.

Suite à l'observation quant aux types d'aliments et de boissons offerts dans les machines distributrices du site CHUSJ, et à la constatation que la plupart des aliments étaient reconnus comme de la malbouffe, un projet a été amorcé en ce sens.

Le volet service traiteur a constitué une autre initiative, permettant l'amélioration des habitudes alimentaires.

À long terme, il est souhaité qu'un environnement alimentaire amélioré au CHUSJ puisse servir d'exemple pour les familles, travailleurs et visiteurs, et suscite un engouement communicatif pour la saine alimentation.

Les objectifs

> Développer une offre alimentaire dans les machines distributrices qui soit cohérente avec les recommandations nutritionnelles en vigueur de façon à faciliter l'accès à une saine alimentation et à servir de modèle aux enfants, aux parents, aux employés et à tous les visiteurs ;
> Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments et repas servis dans le contexte d'activités menées par le CHUSJ de type conférences, colloques, ateliers, réunions et autres activités, lorsque des services « traiteur » sont requis de l'interne ou de l'externe.

Description

Les étapes du projet concernant les machines distributrices :

> Revue de littérature et étude d'observation des aliments et boissons contenus dans les machines distributrices ;
> Développement d'un premier concept de machines distributrices ;
> Consultation auprès des adultes, des adolescents et des enfants ;
> Campagne de communication et d'éducation ;
> Logistique et installation ;
> Évaluation du projet.

Volet service traiteur :

Un guide de 16 pages pour aider les requérants à faire des choix alimentaires sains et savoureux a été développé. Il est intitulé *Santé et plaisir dans nos assiettes au travail*. Ce guide a été conçu pour aider les requérants, personnes qui commandent auprès de services de traiteur, à faire des choix sains et savoureux. Que ce soit lors de réunions, de colloques, de conférences, de formations, de réceptions officielles, de fêtes entre collègues, les repas pris au travail font partie de notre quotidien. C'est pourquoi cet outil donne des trucs concrets et des exemples pratiques pour guider le requérant dans son choix d'aliments dans de tels contextes.

L'évaluation et les résultats

Un volet évaluation et suivi est prévu au projet des machines distributrices. Ce volet prévoit l'évaluation en continu des ventes et ajustements nécessaires ; des activités de surveillance pour l'approvisionnement constant et le bon fonctionnement des machines.

De plus, un projet d'évaluation est mené par le Centre de recherche du CHU Sainte-Justine pré et post intervention. Ce projet vise à mesurer l'impact des nouvelles machines sur les habitudes de vie. Cette étude a déjà démontré

Projet

Fiche nº 24 (suite)

Un environnement alimentaire revu et amélioré

que les utilisateurs sont satisfaits des machines offrant des aliments conformes aux critères nutritionnels et qu'ils reconnaissent que cette initiative facilite l'adoption de saines habitudes alimentaires.

Les facteurs de réussite

Pour les machines distributrices

> Leadership et appui ;
> Disponibilité de ressources financières et humaines ;
> Partenariat avec le concessionnaire ;
> Validation auprès des consommateurs.

Pour le volet service traiteur

> Démarche structurée et scientifique ;
> Participation de collaborateurs internes et externes ;
> Financement externe ;
> Soutien de la direction générale.

Source : CHU Sainte-Justine, inventaire de projets 2009-2010.

Le guide d'implantation des machines distributrices ainsi que le guide *Santé et plaisir dans nos assiettes au travail* est disponible en ligne sur le site Internet www.chu-sainte-justine.org

Projet

Fiche nº 25

Capsules Santé en ligne

Projet	Capsules Santé en ligne
Établissement	Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (Montréal)

Description

Rendre disponible en ligne des capsules de pause-exercices aux employés du centre hospitalier. Deux athlètes olympiques ont été retenus afin d'animer les pauses-exercices et les rendre attrayantes. Les athlètes choisis sont Annie Pelletier, plongeuse olympique et Jean-Luc Brassard, skieur de bosses olympique.

Chaque capsule a une durée de 8 à 12 minutes. Un total de 10 capsules sont mises à la disposition des employés. Chaque capsule comporte 9 exercices. Le concept développé visait une variété d'exercices hebdomadaires. L'employé aurait donc ainsi la possibilité de choisir des exercices différents chaque jour. La moitié des capsules a été animée par Annie Pelletier et les autres par Jean-Luc Brassard.

Les capsules ont été mises en ligne via le site intranet du centre hospitalier.

Les objectifs

> Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie, dont l'activité physique plus précisément ;
> Faire en sorte que le centre hospitalier soit un milieu favorable à la pratique de l'activité physique ;
> Réduire les tensions musculaires dues à un travail de bureau prolongé ;
> Réduire les maux de dos et blessures reliés à des positions statiques prolongées ;
> Sensibiliser et permettre aux employés de reprendre contact avec leur corps et les rendre conscients du bien-être que procure l'activité physique sur leur qualité de vie.

La mise en œuvre

Un plan de communication a été élaboré avec la direction des communications. Les actions entreprises ont été celles-ci :

> Campagne d'affichage sous forme de posters (60 babillards au centre hospitalier) ;
> Article dans le journal du centre hospitalier ;
> Visioconférence le midi « Coup d'envoi d'une année en santé : Entre passion et équilibre ! » animée par Annie Pelletier et témoignage vidéo de Jean-Luc Brassard (30 janvier 2009) ;
> Capsule promotionnelle à la réunion des cadres du centre hospitalier – Envoi d'un communiqué interne à tous les services et départements ;
> Annonces dans l'intranet du centre hospitalier.

L'évaluation et les résultats

> Plus de 4 800 visites du site ;
> Les commentaires des employés sont positifs ;
> Les directions impliquées sont très satisfaites de l'engouement des employés pour ce projet.

Source : CHUM, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 26

Défi six semaines sans tabac

Projet	Défi six semaines sans tabac
Établissement	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Montréal)

Le contexte

L'idée est née suite à l'adoption par le gouvernement des modifications de la *Loi sur la protection de la santé des non fumeurs,* entre autres le respect du 9 mètres de toutes portes donnant accès à l'établissement, suite à l'interdiction pour le personnel d'utiliser le fumoir et finalement la fermeture complète du fumoir. Comme certains des employés avaient de la difficulté à respecter ces règles, et que l'employeur a dû avoir recours à des mesures disciplinaires (suspension sans solde), il a été pensé qu'il serait bénéfique de soutenir les employés dans la cessation tabagique. L'établissement s'étant inscrit dans un programme de la santé publique pour dépister les usagers fumeurs et leur proposer des alternatives pour les aider à cesser de fumer, il a été jugé bon de proposer au personnel fumeur un programme de cessation tabagique.

Les objectifs

- Soutenir les employés fumeurs désirant cesser de fumer ;
- Réduire le nombre de fumeurs ;
- Augmenter la qualité de vie et le mieux-être des employés.

Description

Ce projet est biannuel. Il a débuté en mai 2007 et se poursuit à un rythme de deux défis par année. Pour chaque défi, une phase de communication consiste à informer le personnel du programme, des objectifs et des dates du prochain défi. Par la suite, une période d'inscription se tient quelques semaines avant le début du défi, où chaque participant communique avec l'agente administrative à la Direction des ressources humaines pour s'inscrire. Environ une semaine avant le début du défi, une rencontre d'information, en collaboration avec la Direction des ressources humaines et l'équipe d'intervention en cessation tabagique, est offerte aux participants.

Cette équipe est composée d'un pneumologue, d'un inhalothérapeute spécialisé en cessation tabagique, d'une psychologue et d'une infirmière. Lors de cette rencontre, les intervenants, à tour de rôle, parlent des effets de la cigarette, du recours à des alternatives lors du processus de sevrage de la nicotine et d'éléments motivateurs qui se présentent à eux pour les aider à réussir le défi. De plus, lors de cette première rencontre, le pneumologue peut procéder à certaines prescriptions, parler des effets secondaires des thérapies de remplacement nicotinique et offrir du soutien aux participants.

Lors de la deuxième rencontre, les participants parlent de leur réalité, de leurs difficultés et de leurs réussites. À l'occasion, certains membres du personnel ayant déjà participé au défi viennent partager leur vécu avec les participants. À la fin du défi, une troisième et dernière rencontre a lieu. Pour récompenser les efforts réalisés, des tirages de prix de participation sont réalisés. Pour ceux qui n'ont pas réussi le défi, ils sont invités à poursuivre leur démarche et à revenir s'inscrire au prochain défi. Ils doivent aussi comprendre que pour certains, plusieurs tentatives sont parfois nécessaires avant de cesser de fumer.

L'évaluation et les résultats

Le taux de réussite est de 36,6 % après 5 défis.

Les facteurs de réussite

La création d'un groupe et le suivi assuré par les intervenants tout au long des six semaines.

Source : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 27

Co-développement des gestionnaires

Projet	Co développement des gestionnaires
Établissement	Centre de réadaptation Lisette-Dupras (Montréal)

Le contexte

Ce projet est né d'une recommandation formulée à l'équipe de direction, suite à un programme de formation réalisé en 2003-2004.

Ce programme rappelait quelques notions et modèles théoriques, mais était surtout centré sur des études de cas adaptées à la réalité du CRDITED ainsi que sur des ateliers de réflexion et de partage permettant de développer une culture de gestion.

Les gestionnaires manifestent alors le besoin d'avoir des occasions de partager avec leurs pairs pour mieux comprendre leur rôle et de développer des compétences en gestion.

Les objectifs

> Favoriser l'intégration des apprentissages et le développement des habiletés des gestionnaires suite au programme de formation ;
> Fournir aux gestionnaires un lieu de partage de leur expérience en gestion et du soutien dans l'exercice de leur rôle ;
> Développer des liens entre la relève et les gestionnaires d'expérience ;
> Aider chaque gestionnaire à se mettre en mouvement dans son développement professionnel ;
> Favoriser le développement de liens de collaboration et d'entraide entre les gestionnaires.

La mise en œuvre

Un groupe de codéveloppement est un groupe de référence et d'apprentissage dans l'action, composé de gestionnaires ayant des préoccupations communes concernant leurs pratiques de gestion.

Six rencontres par année sont planifiées et la participation est volontaire. Les animateurs choisis parmi les gestionnaires reçoivent une formation pour les aider à s'approprier leur rôle. Ils constituent alors un groupe de codéveloppement.

Les facteurs de réussite

> Cohérence dans les messages reliés au développement personnel, au travail d'équipe, à l'entraide entre les gestionnaires ;
> Valorisation des gestionnaires engagés dans la démarche ;
> Capacité de se remettre en question, d'aider et d'être aidé, d'établir des relations authentiques.

Source : Centre de réadaptation Lisette Dupras, inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 28

Bien-être de l'organisation et conciliation travail-famille

Projet	Bien-être de l'organisation et conciliation travail-famille
Établissement	Azienda Provinciale per I Servizi Sanitari (APSS) (Trente, Italie)

Le contexte

L'APSS est une organisation de personnes qui offre des services à d'autres personnes. L'amélioration du milieu de travail entraîne celle du service rendu et du rendement. L'établissement fait attention aux personnes en tenant compte de leur vie personnelle, pas seulement de leur vie professionnelle.

> Le personnel féminin représente 69,5 % du total des employés ;
> Les services sont offerts 24 heures par jour, 365 jours par année ;
> En Italie, les femmes sont principalement responsables de la gestion de la famille ;
> La conciliation travail-famille : droits équivalents pour les hommes et pour les femmes.

Description

Garderie de jour

> Projet pédagogique centré sur les besoins des enfants, des parents et des employés ;
> Localisation près du plus grand hôpital de la province ;
> Heures d'ouverture : de 6 h 30 à 21 h 30 du lundi au dimanche, toute l'année, pas de fermeture pendant l'été ;
> Les enfants vont à la garderie pendant le quart de travail de leurs parents.

Projet *PerLa* (personnalisation des heures de travail et télétravail)

> Recours aux ententes individuelles signées par l'employé et par le supérieur immédiat ;
> Partage des heures de travail personnalisées avec les collègues et recherche d'un équilibre entre les besoins du service et les besoins personnels ;
> Assurance concernant l'accessibilité aux services et leur qualité ;
> Télétravail : appliqué uniquement aux activités qui peuvent réellement être effectuées en télétravail.

L'évaluation et les résultats

> Amélioration du milieu de travail et du bien-être de l'organisation ;
> Amélioration de la qualité de vie des travailleurs grâce à la conciliation travail et vie privée et au sentiment d'épanouissement professionnel ;
> Amélioration du rendement et de la qualité des services offerts.

Source : Présentation donnée lors de la 18e conférence internationale sur les hôpitaux promoteurs de santé (HPS) à Manchester en avril 2010 : « Organisational well-being and Instruments for reconciling work and famly ».

www.hphconferences.org

Projet

Fiche nº 29

Créativité dans le recrutement des nouveaux préposés aux bénéficiaires

Projet	Créativité dans le recrutement des nouveaux préposés aux bénéficiaires
Établissement	CHSLD Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. (Montréal)

Le contexte

Dans le contexte de la pénurie de personnel soignant, tel que les préposé(e)s aux bénéficiaires (P.A.B), les établissements doivent faire appel aux agences privées afin d'assurer une présence suffisante du personnel. Toutefois, l'appel aux agences privées constitue une solution coûteuse. Cet établissement faisait face à un obstacle supplémentaire étant donné que leurs résidents sont d'origine polonaise ou ukrainienne. Il était donc important que le personnel soignant puisse comprendre la langue des résidents. Le recrutement des P.A.B. est une tâche difficile mais, lorsque l'on rajoute le critère de la langue, ce processus devient encore plus ardu.

La direction était au courant que de nouveaux immigrants d'origine slave étaient sans emploi, et qu'ils n'avaient pas les moyens financiers de suivre des formations. La direction a donc décidé d'offrir gratuitement à ces personnes une formation de P.A.B.

Les objectifs

1. Recruter des nouveaux P.A.B. afin de bonifier la liste de rappel ;
2. Assurer un nombre suffisant de P.A.B. durant les congés annuels ;
3. Éviter de faire appel aux agences privées car leur service est très coûteux ;
4. Recruter des P.A.B. qui connaissent la culture slave.

La mise en œuvre

La direction a fait appel à une infirmière bachelière qui détenait le certificat de formateur des P.A.B., et avait déjà offert des formations aux nouveaux P.A.B. La direction lui a donné la responsabilité de la formation théorique, et a pris une entente avec une école privée de formation pour collaborer à la formation pratique. Cette école a accepté de partager cette responsabilité et d'émettre les certificats pour ceux qui auraient complété avec succès la formation. Cette responsabilité partagée a permis de réduire le coût de formation exigé par l'école de plus de la moitié.

Les stratégies employées

Pour le personnel en place :

1. Horaire aménagé pour l'infirmière qui offrait la formation ;
2. Valorisation des P.A.B. réguliers qui ont participé au jumelage avec les nouveaux participants.

Pour les futurs employés :

1. Gratuité de la formation ;
2. Formation offerte directement à l'établissement (sur place) ;
3. Possibilité d'emploi suite à la formation ;
4. Le soutien aux employés, l'une des valeurs de l'Institut, a été démontré dès le début aux nouveaux employés, ce qui a créé plus d'engagement de la part des employés envers l'établissement.

L'évaluation et les résultats

> 12 nouveaux P.A.B. sont disponibles/inscrits sur la liste de rappel ;
> Aucun manque de P.A.B. durant les congés annuels lors de l'été 2008 et de l'été 2009 ;

Projet

Fiche nº 29 (suite)

Créativité dans le recrutement des nouveaux préposés aux bénéficiaires

> Aucun appel aux services des agences privées, permettant ainsi de respecter le budget de l'établissement ;
> Tous les P.A.B. recrutés connaissent la culture polonaise ou slave.

Les facteurs de réussite

> La capacité d'identifier les difficultés auxquelles font face les nouveaux immigrants ;
> La capacité de reconnaître les talents et les connaissances des nouveaux immigrants ;
> La gratuité de la formation ;
> La collaboration et l'implication de plusieurs partenaires ;
> La disponibilité des ressources financières pour permettre d'offrir la formation gratuitement ;
> La disponibilité d'une infirmière autorisée à offrir des formations ;
> Les lieux de la formation (sur place) ;
> La possibilité d'emploi suite à la formation.

Source : CHSLD Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc., inventaire de projets 2009-2010.

Projet

Fiche nº 30

Milieu de travail en santé sans barrières

Projet	Milieu de travail en santé sans barrières
Établissement	Women Health Center FEM Sud (Autriche)

Le contexte

Il s'agit du premier projet de promotion de la santé en milieu de travail en Autriche, centré sur les besoins particuliers des femmes ainsi que sur les aspects culturels et relatifs à l'immigration.

Le groupe cible est le personnel de nettoyage des hôpitaux, un groupe multiculturel souvent peu scolarisé et socialement défavorisé.

Depuis mai 2006, le projet a été implanté dans 6 hôpitaux viennois.

Les objectifs

> Augmentation de la sensibilisation des femmes à la santé et aux problèmes de santé ;
> Amélioration de la satisfaction au travail ;
> Prise en charge personnelle du groupe cible ;
> Amélioration de la santé physique, mentale et sociale.

Les stratégies employées

> Questionnaire concernant le mode de vie et les conditions de travail en quatre langues ;
> Cercles de santé multilingues qui tiennent compte du sexe et qui sont adaptés au groupe cible ;
> Conseil consultatif afin d'assurer la durabilité à l'échelle de la direction ;
> Promotion de la santé individuelle grâce à des cours spéciaux destinés au groupe cible ;
> Changements structurels dans les méthodes de travail ;
> Désignation d'une personne responsable de la santé par établissement.

Description

Cours visant l'amélioration de la santé :

> Entraînement physique comme la gymnastique pour la colonne vertébrale, Pilates, marche nordique ;
> Gestion du stress, gestion des conflits, nutrition ;
> Conseils d'ordre social.

Changements structurels comme :

> L'optimisation des méthodes de travail ;
> La mise en place de réunions de femmes de ménage ;
> L'optimisation de la circulation de l'information ;
> L'optimisation de la planification des vacances.

L'évaluation et les résultats

> La méthode axée sur la participation aux cercles de santé dans la langue maternelle a été très bien acceptée ;
> Les problèmes de santé habituels (c'est-à-dire la consommation de tabac, la nutrition, etc.) ne se sont pas avérés être les problèmes principaux du groupe cible ;
> Les problèmes psychosociaux semblent être les problèmes les plus importants ;
> La promotion de la santé est un enjeu qui a trait à la gestion.

Source : Présentation donnée lors de la 18e conférence internationale sur les hôpitaux promoteurs de santé (HPS) à Manchester en avril 2010 : « Healthy work without barriers ».

www.hphconferences.org

Projet

Fiche nº 31

Gestion des matières résiduelles au CSSS de la Montagne

Projet	Gestion des matières résiduelles
Établissement	CSSS de la Montagne (Site de Côte-des-Neiges) (Montréal)

Le contexte

En 2003, le CLSC de Côte-des-Neiges a réalisé une caractérisation de ses matières résiduelles. Cette étude a permis à l'établissement de savoir où il se situait par rapport aux objectifs de valorisation de la politique québécoise de gestion des matières résiduelles 1998-2008 (PQGMR). En 2006, grâce à l'appui des membres de son équipe verte, l'établissement a atteint un taux de valorisation de ses déchets de 64 %. Bien qu'il soit inférieur à l'objectif actuel de 80 % de la PQGMR, ce résultat n'est pas moins encourageant, notamment parce que peu d'établissements de santé et de services sociaux québécois disposent de ce type d'informations.

Les objectifs

> Valoriser annuellement 80 % des matières résiduelles valorisables produites par l'établissement ;
> Atteindre les taux de récupération suivants :
  – 70 % pour le plastique, les fibres (papiers et cartons) et le bois ;
  – 95 % pour les métaux et le verre ;
  – 60 % pour les matières putrescibles.

Les stratégies employées

> Conversion des poubelles de bureau en bacs de récupération pour le papier ;
> Remplacement des poubelles de bureau par des petits modèles de quatre litres ;
> Négociation d'un contrat de collecte mixte papier-carton avec la compagnie Cascades ;
> Augmentation du nombre de bacs de 360 litres destinés à la récupération du papier à chaque étage du CLSC (inclus dans le contrat signé avec Cascades Récupération) ;
> Obtention de deux bacs de 360 litres de la ville de Montréal pour la collecte du plastique, verre et métal ;
> Achat d'une dizaine de mini-poubelles pour collecter les piles usagées ;
> Activités de communication :
  – Articles dans le journal interne ;
  – Kiosques d'information ;
  – Affiches imagées sur les bacs et les poubelles ;
> Réalisation d'audits annuels en 2005 et en 2006.

L'évaluation et les résultats

> À l'été 2006 :
  – 64 % des matières valorisables étaient valorisées ;
  – Les taux de récupération s'élevaient à :
    – 93 % pour le papier ;
    – 99 % pour le carton ;
    – 48 % pour le plastique, le verre et le métal.

Les facteurs de réussite

> Soutien de la haute direction ;
> Présence d'un responsable environnement ;
> Implication des membres de l'équipe verte pour identifier les problèmes, pour proposer des solutions, pour diffuser l'information auprès des employés du CLSC.

Source : Étude de cas : mise en place d'un système de gestion des matières résiduelles au CLSC Côte-des-Neiges (2005).

www.recyc-quebec.gouv.qc.ca

Projet

Fiche nº 32

Gestion des matières résiduelles au Centre cardiaque des Philippines

Projet	Gestion des matières résiduelles
Établissement	Centre cardiaque des Philippines, Centre médical pour enfants des Philippines, Hôpital San Lazaro (Manille, Philippines)

Le contexte

Au cours des dernières années, la gestion des déchets hospitaliers aux Philippines a soulevé de nombreuses questions de la part de la population, notamment en ce qui a trait au devenir des déchets depuis l'interdiction de l'incinération dans ce pays. Il est estimé que les hôpitaux philippins génèrent annuellement 10 290 tonnes de déchets. Avant que l'incinération ne soit interdite, la pratique courante consistait à incinérer toutes ces matières résiduelles.

L'objectif

Améliorer la gestion des matières résiduelles de l'hôpital.

Les stratégies employées

> Mise en place de boîtes jaunes uniquement là où des déchets infectieux sont produits ;
> Identification précise des différents contenants de déchets biomédicaux ;
> Mise en place de bacs et de poubelles de couleurs différentes pour les différents types de déchets ;
> Affectation d'espaces de taille suffisante pour entreposer les matières recyclables ;
> Rinçage des contenants en plastique et en métal avant de les déposer dans les espaces d'entreposage dédiés ;
> Compostage des résidus alimentaires.

L'évaluation et les résultats

> Réduction des quantités de déchets infectieux et des coûts associés à leur traitement : production mensuelle de 490 kg en janvier 2004 ; production mensuelle de 95 kg en décembre de la même année ;
> En 2003, pour l'un des hôpitaux, la vente des déchets recyclables non biodégradables représentait 7 165 $ US ;
> Vente de la totalité ou d'une partie des résidus alimentaires à des porcheries.

Les facteurs de réussite

> Soutien de la haute direction ;
> Soutien de Health Care Without Harm ;
> Implication des membres du personnel.

Source : Practices in Health Care Waste Management : Examples form Four Philippine Hospitals (2007). Health Care Without Harm Asia. www.noharm.org

Projet

Fiche nº 33

Économies d'eau au CSSS de Chicoutimi

Projet	Économies d'eau
Établissement	CSSS de Chicoutimi (Hôpital de Chicoutimi) (Chicoutimi)

Le contexte

L'hôpital de Chicoutimi devait moderniser les équipements de production de sa buanderie et remplacer les refroidisseurs par des systèmes de ventilation au bloc opératoire.

L'objectif

Profiter des travaux de rénovation pour mettre en place des structures plus économes en eau.

Les stratégies employées

> Modernisation des équipements de production à la buanderie, remplacement des laveuses conventionnelles par un tunnel de lavage ;
> Remplacement des refroidisseurs avec condensateur à eau par une tour de refroidissement pour les systèmes de ventilation du bloc opératoire.

L'évaluation et les résultats

> Retour sur investissement de cinq ans à même les économies réalisées et estimées à 232 000 $/par an pour l'ensemble du projet de buanderie, dont 36 000 $/an en économie d'énergie ;
> Économie de huit litres d'eau pour chaque kilo de linge lavé ;
> Au terme des deux projets, des économies annuelles de 100 000 m^3 d'eau sont prévues.

Les facteurs de réussite

> Soutien de la haute direction ;
> Excellente collaboration de l'Agence régionale ;
> Implication des employés de la buanderie dans le choix des changements opérés.

Source : Site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

www.d4m.com/soluss/developpement_durable

Projet

Fiche nº 34

Économies d'eau à l'Hôpital Milton

Projet	Économies d'eau
Établissement	Hôpital Milton (Massachusetts, États-Unis)

Le contexte

L'exemple présenté illustre bien comment de petits gestes peuvent avoir des impacts importants. Le changement d'un robinet dans la cuisine de l'hôpital Milton a permis de réduire de façon appréciable la consommation d'eau liée au lavage de la vaisselle, tout en améliorant le travail des employés chargés de cette tâche.

L'objectif

Réaliser des économies d'eau.

Les stratégies employées

> Mise en place d'un système de jet d'eau opéré par une pédale sur l'évier destiné au rinçage des plats dans la cuisine ;
> Investissement de 240 $ US.

L'évaluation et les résultats

> Retour sur investissement de moins d'un mois à même les économies réalisées ;
> Économies annuelles de 3 300 $ US (coûts d'eau et d'égout) ;
> Économies annuelles de 370 000 gallons d'eau ;
> Amélioration du processus de rinçage.

Les facteurs de réussite

> Soutien de la haute direction ;
> Très faible investissement financier ;
> Implication des membres du personnel.

Source : Water Conservation Checklist : Hospitals/Medical Facilities, North Carolina Department of Environmental and Natural Ressources, Août 2002.

www.p2pays.org

Projet

Fiche nº 35

Économies d'eau à l'Hôpital Carney

Projet	Économies d'eau
Établissement	Hôpital Carney (Massachusetts, États-Unis)

Le contexte

L'hôpital Carney a décidé de réduire sa consommation d'eau en agissant à deux niveaux : d'une part, les unités de refroidissement et d'air conditionné, et d'autre part, les robinets des salles d'examen et des chambres des patients.

L'objectif

Réaliser des économies d'eau.

Les stratégies employées

> Mise en place d'un circuit fermé sur les unités de refroidissement et d'air conditionné ;
> Installation de régulateurs de débit sur les robinets des salles d'examen et des chambres des patients ;
> Investissement de 29 000 $ US pour les unités d'air conditionné et de refroidissement, et de 12 $ US par robinet dans les salles d'examen et les chambres des patients.

L'évaluation et les résultats

Unités de refroidissement :

> Retour sur investissement de 18 mois à même les économies réalisées ;
> Économies annuelles de 20 000 $ US (coûts d'eau et d'égout) ;
> Économies annuelles de trois millions de gallons d'eau.

Robinets :

> Retour sur investissement de moins d'un mois à même les économies réalisées ;
> Économies annuelles de 280 $ US (eau et énergie) par robinet ;
> Économies annuelles de 32 000 gallons d'eau chaude.

Les facteurs de réussite

> Soutien de la haute direction ;
> Implication des employés de la buanderie dans le choix des changements opérés.

Source : Water Conservation Checklist : Hospitals/Medical Facilities, North Carolina Department of Environmental and Natural Ressources, Août 2002.

www.p2pays.org

Projet

Fiche nº 36

Construction écoresponsable au CSSS Lucille-Teasdale

Projet	Construction écoresponsable
Établissement	CSSS Lucille-Teasdale (CLSC de Rosemont) (Montréal)

Le contexte

Pour des raisons de mauvaise qualité de l'air, la direction du CSSS Lucille-Teasdale a décidé de quitter l'immeuble occupé par le CLSC de Rosemont et de déménager dans un tout nouveau bâtiment situé au Technopole Angus. Profitant de cette opportunité, l'équipe impliquée dans la construction a tout mis en œuvre pour obtenir la certification LEED-NC (nouvelle construction) niveau argent (en attente lors de la rédaction de ce texte).

Les objectifs

> Certification LEED-NC, niveau argent ;
> Réduction de la consommation énergétique du bâtiment ;
> Amélioration de la qualité de vie des utilisateurs de l'immeuble.

Les stratégies employées

> Stationnement « vert » qui intègre gazon et toit blanc afin de diminuer les effets d'îlot de chaleur urbain ;
> Système de ventilation à haute efficacité qui permettra de générer des économies d'énergies de plus de 30 % ;
> Sanitaires et plomberie à faible débit se traduisant par des économies d'eau de près de 50 % ;
> Plus de 50 % des produits ou matériaux à base de bois certifié FSC ;
> Moins de 5 % des déchets de construction ont été acheminés vers les sites d'enfouissement.

L'évaluation et les résultats

> Premier CLSC à obtenir la certification LEED-NC, niveau Argent (à venir) ;
> Économies d'énergie de plus de 30 % (prévision) ;
> Économies d'eau de près de 50 % (prévision).

Les facteurs de réussite

> Soutien de la haute direction ;
> Volonté affichée d'obtenir la certification LEED dès les premières étapes du projet ;
> Coopération étroite avec l'équipe de construction.

Source : Premier CLSC certifié LEED-NC Argent au Québec, Novae, juillet 2010.

www.novae.ca

Projet

Fiche nº 37

Construction écoresponsable à l'Hôpital Newberg

Projet	Construction écoresponsable
Établissement	Hôpital Newberg (Oregon, États-Unis)

Le contexte

Dès que la décision a été prise de construire l'hôpital Newberg, les responsables du projet avaient dans l'idée d'obtenir la certification LEED. En effet, pour la direction de l'établissement il ne fait aucun doute qu'il existe un lien entre l'environnement et la santé. Dès lors, il était inconcevable que le bâtiment qu'occuperait l'hôpital ne soit pas le plus écoresponsable possible.

Les objectifs

> Certification LEED, niveau or ;
> Réduction de la consommation énergétique du bâtiment ;
> Amélioration de la qualité de vie des utilisateurs de l'immeuble.

Les stratégies employées

> 100 % de l'électricité provient d'énergies propres (50 % éolien, 25 % géothermie, 25 % hydroélectrique) ;
> Détecteurs de présence et autres systèmes de contrôle qui éteignent les lumières dans les salles inoccupées ;
> Tous les espaces publics et les salles d'attente disposent de lumière naturelle.

L'évaluation et les résultats

Premier hôpital à obtenir la certification LEED Or aux États-Unis.

Les facteurs de réussite

> Dossier porté par la haute direction ;
> Volonté affichée d'obtenir la certification LEED dès les premières étapes du projet ;
> Coopération étroite avec l'équipe de construction.

Source : Providence Newberg gets green – and gold !, new medical center is « greenest » hospital in the nation. Communiqué de presse de l'hôpital, 8 août 2006.

www.providence.org

Projet

Fiche nº 38

Construction écoresponsable à l'Hôpital d'Alès

Projet	Construction écoresponsable
Établissement	Hôpital d'Alès (France)

Le contexte

L'hôpital d'Alès s'est doté d'un nouveau bâtiment en 2010. Dès les premières étapes du projet, l'administration de l'hôpital a montré une volonté de construire un bâtiment écoresponsable, intégré à son environnement et plus sain pour les employés et les patients. Leur pari est gagné puisque l'hôpital est le premier établissement de santé français à avoir obtenu la certification Haute Qualité Environnementale (HQE).

Les objectifs

> Certification Haute Qualité Environnementale (HQE);
> Réduction de la consommation énergétique du bâtiment;
> Réduction de la consommation d'eau;
> Amélioration de la qualité de vie des utilisateurs de l'immeuble.

Les stratégies employées

> Optimisation de l'éclairage naturel dans les chambres et les bureaux;
> Chaque chambre dispose d'une vue vers l'extérieur;
> Respect des courbes naturelles du terrain afin de limiter les mouvements de terre;
> Préservation de la végétation du site, notamment dans le stationnement automobile;
> Chauffage au bois (gaz et fioul en secours);
> Protections solaires extérieures orientables;
> Équipements économes en eau;
> Toitures végétalisées.

L'évaluation et les résultats

Premier établissement français à être entièrement certifié HQE en 2010.

Les facteurs de réussite

> Soutien de la haute direction;
> Volonté affichée d'obtenir la certification HQE dès les premières étapes du projet;
> Coopération étroite avec l'équipe de construction.

Source: Un exemple de démarche volontaire de développement durable: construction du nouvel hôpital d'Alès.

www.ch-ales.fr

Projet

Fiche nº 39

Négociation des produits laitiers

Projet	Approvisionnements écoresponsables – Projet pilote – négociation des produits laitiers
Établissement	Centre régional des achats en groupe (CRAG) des établissements de santé et de services sociaux du Saguenay Lac-St-Jean (Chicoutimi)

Le contexte

En 2005, les gestionnaires se sont questionnés sur la responsabilité sociale du réseau relativement au développement durable de la collectivité. Dans un cadre de gestion spécifique, le CRAG a été mandaté pour piloter un projet concernant l'application des principes de développement durable dans un appel d'offres de lait.

Les objectifs

Ce projet pilote avait pour objectif d'évaluer comment les principes du développement durable pouvaient être appliqués au processus d'achat, plus particulièrement à l'approvisionnement en produits laitiers par les établissements de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

La mise en œuvre du projet

> Implication de nombreux représentants du réseau ;
> Implication de consultants externes.

Les stratégies employées

> Marge préférentielle maximale de 10 % pour les fournisseurs en accord avec les principes du développement durable ;
> Prise en compte de plusieurs critères dans l'attribution du contrat :
- Reconnaissance ou certification relative au développement durable pour le fournisseur (1 %) ;
- Origine du produit fini (4 %) :
  - Même région que les établissements desservis (4 %) ;
  - Région limitrophe d'un ou des établissements desservis (3 %) ;
  - Même province que les établissements desservis (2 %) ;
  - Province ou état limitrophe au Québec (1 %) ;
  - Autres ou aucune réponse (0 %) ;
- Lieu d'entreposage (4 %) :
  - Prise en compte de la situation économique du territoire d'accueil de l'entreprise ;
  - Taux de chômage désaisonnalisé ;
  - Localisation du dernier lieu d'entreposage des produits finis ;
- Normes environnementales (1 %) : quelle que soit sa taille, l'entreprise devra fournir un document prouvant sa participation à l'un des programmes suivants :
  - Liste de quelques programmes reconnus pour les PME ;
  - Programmes financés par Environnement Canada (ex. : Enviroclubs) ;
  - Programmes fédéraux destinés aux distributeurs : Éco marchandise et éco énergie
  - Programmes financés par le Conseil national de recherches Canada ;
  - Programmes financés par Hydro-Québec (ex. : programme produits efficaces) ;
  - Programmes financés par Recyc-Québec (ex. : Phénix de l'environnement) ;
  - Programmes financés par le gouvernement provincial ;
  - Norme ISO 14 000 ;
- Infractions environnementales (-2 %) : ce critère vise à soustraire deux points à toute entreprise, peu importe sa taille, ayant obtenu une contravention de plus de 2000 $ pour une infraction à la *Loi canadienne sur la protection de l'environnement* (LCPE, 1999) dans les deux dernières années.

Projet

Fiche nº 39 (suite)

Négociation des produits laitiers

L'évaluation et les résultats

> La démarche est intéressante mais elle doit évoluer en fonction de la stratégie gouvernementale définitive en matière de développement durable ;
> L'application de cette démarche devra être adaptée selon le dossier de négociation ;
> Certaines déclarations de fournisseurs se font sur une base volontaire et il n'existe pas actuellement de mécanisme de validation officiellement reconnu.

Les facteurs de réussite

Implication des fournisseurs concernés.

Source : www.d4m.com/soluss/developpement_durable

Projet

Fiche nº 40

Halte au PVC

Projet	Approvisionnements écoresponsables – Halte au PVC !
Établissement	Hôpital Lucile Packard pour enfants (Palo Alto, Californie, États-Unis)

Le contexte

En 2001, l'hôpital Lucile Packard pour enfants a décidé d'éliminer le PVC de ses dispositifs d'intraveineuse.

Pourquoi s'attaquer au PVC ? Parce qu'il contient du DEHP, un phtalate qui le rend flexible (20 à 30 % de son poids, 80 % dans le cas des tubulures) qui peut s'échapper du produit et avoir un impact négatif sur la santé humaine. La toxicité du DEHP est actuellement évaluée par des organismes de réglementation un peu partout dans le monde, notamment l'EPA aux États-Unis.

L'objectif

Ce projet pilote avait pour objectif de réduire la présence de PVC dans l'établissement.

Les stratégies employées

> Profiter du renouvellement de contrat des produits pour dispositifs d'intraveineuse ;
> Travail conjoint avec tous les intervenants concernés par le changement ;
> Introduire des critères précis excluant le PVC ;
> Achat de produits pour dispositifs d'intraveineuse exempts de PVC.

L'évaluation et les résultats

> Économies annuelles de 200 000 $ US ;
> Effets bénéfiques sur la santé des enfants (non explicités).

Les facteurs de réussite

Implication du personnel concerné par le changement.

Source : Lucile Packard NICU Makes Major Strides to Remove DEHP and Saves $200,000 by Switching to Custom- made DEHP-free IV Product.

www.noharm.org

Projet

Fiche nº 41

Programme Accèsvélo

Projet	Transports durables – Programme « Accèsvélo »
Établissement	CSSS de la Montagne (Montréal)

Le contexte

En 2006, le CSSS cherchait un moyen d'améliorer la santé de ses employés, de réduire son empreinte écologique et de montrer l'exemple. Il est rapidement apparu qu'agir sur le transport des employés permettrait d'atteindre ce triple objectif. L'étendue du territoire de l'établissement se prêtait particulièrement bien à l'utilisation de vélos pour effectuer des déplacements professionnels (ex. visites à domicile, déplacements inter-sites).

L'objectif

Permettre aux employés d'utiliser gratuitement des vélos mis à leur disposition pour effectuer des déplacements professionnels ou personnels pendant les heures de travail.

Les stratégies employées

> Achat de 18 vélos mis à la disposition des employés pour leurs déplacements professionnels et personnels durant les heures de bureau ;
> Public cible : professionnels qui effectuent des visites à domicile.

L'évaluation et les résultats

> Nombre d'utilisateurs différents par saison : 41 en 2006, 27 en 2007, 39 en 2008, 44 en 2009 ;
> Nombre d'emprunts par saison : 168 en 2006, 328 en 2007, 338 en 2008, 424 en 2009 ;
> Prix entreprise vélosympathique 2008 décerné par Vélo Québec.

Les facteurs de réussite

> Soutien de la direction générale ;
> Expertise du centre de gestion des déplacements Mobiligo ;
> Implication de la personne responsable de la gestion de l'environnement ;
> Bonne réponse des employés.

Source : CSSS de la Montagne.

Projet

Fiche nº 42

Ménagez vos transports

Projet	Transports durables – Programme « Ménagez vos transports »
Établissement	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Montréal)

Le contexte

En 2002, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont a décidé de mettre en place le programme « Ménagez Vos Transports ». Précurseur d'allégo, ce programme a permis à l'établissement de se distinguer en visant spécifiquement la qualité de vie au travail et l'attraction/rétention du personnel.

Les objectifs

Améliorer la qualité de vie au travail, attirer et retenir le personnel.

Les stratégies employées

Incitatifs offerts aux employés pour qu'ils délaissent l'auto solo au profit du covoiturage, du transport en commun (TEC) ou du transport actif (vélo, marche) :

> Pour le TEC
  - Rabais pouvant aller jusqu'à 23,33 % du coût mensuel de la carte ;
  - Prélèvement sur salaire ;

> Pour les covoitureurs
  - Espace de stationnement privilégié avec vignette, plus près des entrées ;

> Pour les cyclistes
  - Accès aux vestiaires et aux douches ;
  - Nombreux espaces de stationnement disponibles gratuitement ;
  - Espace de stationnement intérieur dans un enclos verrouillé pour les vélos de grande valeur ;

> Pour tous les participants au programme
  - Pour les situations d'urgence, trois billets de taxi par année d'une valeur maximale de 20 $ chacun ;
  - Une ressource à temps plein disponible sur place pour répondre aux besoins des employés en matière de transport.

L'évaluation et les résultats

> Plus de 15 % du personnel participe au programme ;

> Bénéfices multiples pour les utilisateurs : réduction du stress lié à la congestion routière, réduction du risque d'accident de la route, économie de temps grâce aux voies réservées pour les autobus et les covoitureurs, économie d'argent, amélioration de la forme physique, concentration au travail ;

> Mention spéciale, concours Énergia 2007 de l'Association québécoise pour la maîtrise de l'énergie (AQME).

Les facteurs de réussite

> Soutien de la direction générale ;

> Coordonnateur transport ;

> Bonne réponse des employés.

Source : Association québécoise pour la maîtrise de l'énergie : www.aqme.org/Accueil.aspx

Visitez la section *Programme Avantages HMR* : www.maisonneuve-rosemont.org

Projet

Fiche nº 43

Transport partagé de patients

Projet	Transports durables – Transport partagé de patients
Établissement	Centre de rééducation fonctionnelle des Feuillades, Centre de convalescence de Sibourg, Polyclinique du Parc Rambot (Aix-en-Provence, France)

Le contexte

En 2008, trois établissements de la région d'Aix-en-Provence ont mené un projet pilote visant le partage du transport des patients recevant des soins réguliers dans leurs bâtiments respectifs.

Cette mesure présente des bénéfices à deux niveaux :

> Sur le plan environnemental : en conduisant trois patients au lieu d'un, les transporteurs épargnent deux trajets aller-retour et donc de nombreuses émissions de CO_2. Des économies de carburant qui se répercutent également sur le budget de l'Assurance maladie ;

> Sur le plan social : de l'avis même des patients volontaires, cette mesure favorise les rencontres créant ainsi du lien et permet d'évacuer l'angoisse liée aux soins.

Les objectifs

> Rationaliser les déplacements des patients ;

> Générer des économies pour l'assurance maladie sans que la prise en charge des patients n'en pâtisse.

Les stratégies employées

Transport partagé, avec leur accord, des patients qui se rendent dans la même structure de soin, à des horaires rapprochés.

L'évaluation et les résultats

> En 2008, taux de partage des transports :
  – 30 % pour le centre Sibourg ;
  – 55 % pour le centre des Feuillades ;
  – 40 % pour la Polyclinique du Parc Rambot ;

> Réduction de 40 % des coûts pour les transports partagés (12 euros par personne) ;

> Réduction des coûts d'assurance maladie (36 euros pour trois personnes voyageant ensemble au lieu de 60 euros pour trois personnes voyageant séparément) ;

> Si ce système était généralisé à toute la France, il permettrait d'économiser entre 30 et 40 millions d'euros par année.

Les facteurs de réussite

> Partenariat entre trois établissements de la région aixoise ;

> Bonne réponse des patients.

Source : Transports sanitaires en partage – Fondation Nicolas Hulot. www.fondation-nicolas-hulot.org

Vers un monde de la santé : des pratiques vertueuses au service de la santé (Comité pour le développement durable en santé) – DVD.

Projet

Fiche nº 44

Efficacité énergétique au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Projet	Efficacité énergétique
Établissement	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (CLSC et CHSLD Saint-Laurent) Montréal

Le contexte

Des problèmes de vétusté ont poussé l'administration du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent à réaliser un projet de remise aux normes, notamment en matière de qualité de l'air, au CLSC et au CHSLD Saint-Laurent. Profitant de cette opportunité, l'établissement a mis en place des mesures simples et peu coûteuses lui permettant de réaliser des d'économies d'énergie.

Les objectifs

> Réaliser des économies d'énergie ;
> Améliorer le confort des employés et des patients.

Les stratégies employées

> Conversion du réseau de chauffage à la vapeur (65 % d'efficacité) à un réseau d'eau chaude produite par des chaudières à condensation (90 % d'efficacité) ;
> Installation d'une nouvelle chaudière électrique (99 % d'efficacité) qui fonctionne en période hors pointe de la demande de puissance électrique ;
> Installation des réflecteurs de chaleur à l'arrière des calorifères pour diminuer les pertes thermiques par les murs et augmenter le transfert de chaleur dans la pièce ;
> Centralisation des contrôles des systèmes de traitement d'air et de la centrale thermique pour permettre l'implantation de stratégies de gestion de l'énergie.

L'évaluation et les résultats

> Autofinancement sur une période de 6,1 ans grâce à quatre subventions (Gaz Métro : 80 900 $; Office de l'efficacité énergétique : 75 210 $; Fonds en efficacité énergétique de Gaz Métro : 8 569 $; Hydro-Québec : 21 750 $) et à même les économies réalisées ;
> Économies financières estimées à 162 674 $/an ;
> Réduction de la consommation d'énergie de 31 % ;
> Réduction des émissions annuelles de CO_2 de 607 tonnes, l'équivalent de 113 véhicules en moins sur les routes ;
> Amélioration du confort thermique des patients et des employés ;
> Finaliste, concours Énergia 2007 de l'Association québécoise pour la maîtrise de l'énergie (AQME).

Les facteurs de réussite

> Implication de la direction des services techniques ;
> Obtention de subventions.

Source : Association québécoise pour la maîtrise de l'énergie. www.aqme.org/Accueil.aspx

Projet

Fiche nº 45

Efficacité énergétique et géothermie

Projet	Efficacité énergétique – géothermie
Établissement	CSSS de Saint-Jérôme (Hôpital de Saint-Jérôme) (Saint-Jérôme)

Le contexte

Soucieux d'assurer un milieu de vie sain et confortable à tous ses employés et usagers, et de contribuer à la protection de l'environnement, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Saint-Jérôme a réalisé un projet visant l'amélioration de l'efficacité énergétique dans ses établissements. Il s'agit d'un des projets les plus écoénergétiques dans la province et certainement le plus important de la région des Laurentides en vertu de son parc de géothermie.

Les objectifs

Le projet a permis le rehaussement des équipements de la centrale thermique qui dataient des années 1950, en plus d'économiser de l'énergie et surtout, de devenir un citoyen corporatif soucieux de protéger l'environnement.

Les stratégies employées

> Remplacement de deux chaudières et d'un refroidisseur par des équipements beaucoup plus performants ;
> Implantation d'un parc de géothermie comprenant 70 puits de 600 pieds de profondeur ;
> Conversion de l'éclairage traditionnel par de l'éclairage efficace (ballasts électroniques) ;
> Ajout de réflecteurs thermiques derrière les plinthes chauffantes à l'eau chaude.

L'évaluation et les résultats

> Autofinancement sur une période de sept ans grâce à une subvention gouvernementale de 2,1 millions de dollars et à même les économies réalisées ;
> Économies financières estimées à 500 000 $/an ;
> Réduction de la consommation d'énergie de 45 % ;
> Réduction des émissions annuelles de CO_2 de 2 785 tonnes, soit l'équivalent de 870 véhicules en moins sur les routes ;
> Ce projet est l'un des plus gros du genre au Québec et permet au CSSS de Saint-Jérôme de devenir l'un des plus gros parcs de géothermie de la province ;
> En avril 2010, le CSSS de Saint-Jérôme a reçu le prix Zénith du développement durable de la Chambre de commerce et d'industrie de Saint-Jérôme.

Les facteurs de réussite

> Implication de la direction des services techniques ;
> Obtention d'une subvention gouvernementale.

Source : L'Hôpital se tourne vert le développement durable, Le Mirabel, 5 juillet 2010.

http://lemirabel.canoe.ca/webapp/sitepages/

Un prix Zénith pour le CSSS de Saint-Jérôme, laquinzenord.com

Projet

Fiche nº 46

Efficacité énergétique au CSSS Richelieu-Yamaska

Projet	Efficacité énergétique
Établissement	CSSS Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier) (Saint-Hyacinthe, Québec)

Le contexte

Dans le cadre d'une rénovation majeure à l'hôpital Honoré-Mercier, l'établissement se devait de procéder à la réhabilitation de l'enveloppe complète du bâtiment. Le CSSS a donc saisi l'opportunité de réaliser un projet devant permettre d'importantes économies d'énergie.

L'objectif

Réduire la consommation énergétique du bâtiment.

Les stratégies employées

Évaluation complète des systèmes de chauffage, de climatisation, de contrôle d'éclairage efficace.

Installation des systèmes et appareils optimisant toutes les mesures d'économie d'énergie ciblées :

> Roues thermiques et récupérateurs sur l'air évacué ;
> Refroidisseurs de récupération ;
> Chaudières à haute efficacité ;
> Éclairage efficace ;
> Chauffage par récupération à basse température ;
> Nouveau système de régulation automatique centralisée.

L'évaluation et les résultats

> Autofinancement sur une période de 3,3 ans grâce aux économies annuelles réalisées ainsi qu'aux quatre subventions suivantes :
  – Gaz Métro : 97 771 $;
  – Programme IIE (Initiative des Innovateurs Énergétiques) de l'Office de l'efficacité énergétique : 243 787 $;
  – Programme PEBC (Programme d'encouragement pour les bâtiments commerciaux) de Ressources naturelles Canada : 60 000 $;
  – Hydro-Québec : 359 508 $.
> Économies financières estimées à 921 855 $/an par rapport à l'utilisation de systèmes CVCA conventionnels ;
> Réduction de la consommation d'énergie de 37,5 % ;
> Réduction des émissions annuelles de CO2 de 3 576 tonnes métriques, l'équivalent de 1 117 véhicules en moins sur les routes ;
> Prix et mentions obtenus pour ce projet :
  – « **Énergia 2007** », catégorie Bâtiments – Section institutionnel, décerné par l'Association québécoise pour la maîtrise de l'énergie (AQME), **mention spéciale** ;
  – « **Grands Prix du génie-conseil québécois 2007** », catégorie « Bâtiments – Mécanique/Électrique », décerné par l'Association des ingénieurs-conseils du Québec (AICQ) ;
  – « **Prix canadien du génie-conseil 2007** », catégorie « Bâtiments », décerné par l'Association des firmes d'ingénierie du Canada (AFIC) et le magazine « Canadian Consulting Engineer » ;
  – « **ASHRAE Technology Awards 2008** », catégorie « Health care facilities, existing buildings », décernée par l'American Society of Heating, Refrigerating and Air-conditioning Engineers (ASHRAE).

Les facteurs de réussite

> Engagement des dirigeants de l'établissement dans la stratégie d'économie d'énergie ;
> Implication de toute l'équipe de la Direction des services techniques et services d'hôtellerie ;
> Obtention de subventions.

Source : Association québécoise pour la maîtrise de l'énergie.

www.aqme.org/Accueil.aspx

www.canadianconsultingengineer.com/issues/story.aspx?aid=1000215426&type=Print%20Archives

bookstore.ashrae.biz/journal/download.php?file=nichols0308.pdf

Projet

Fiche nº 47

Mise en place d'un CSSS vert

Projet	Mise en place d'un CSSS vert par l'intégration d'un système de gestion de l'environnement
Établissement	CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (Montréal)

Le contexte

Responsable de la santé de sa population et conscient de l'impact qu'a le milieu de la santé sur l'environnement, le CSSS désire réduire l'empreinte écologique de ses activités.

Les objectifs

> Donner une formation sur l'application des principes du développement durable à la gestion quotidienne d'un établissement de santé à toutes les personnes œuvrant au sein de l'établissement ;
> Éliminer progressivement la vaisselle jetable ;
> Évaluer la possibilité de mettre en place les programmes Allégo et Accès Vélo ;
> Être en accord avec les objectifs de la politique québécoise de gestion des matières résiduelles 1998-2008.

Description

Le CSSS a entrepris des démarches dans le but de se doter d'un système de gestion de l'environnement. Celui-ci comporte les éléments suivants :

> Élaboration d'une politique environnementale ;
> Élaboration d'un plan d'action environnemental contenant les orientations suivantes : développer une culture d'entreprise « Feu vert pour la santé », favoriser le transport durable, améliorer le système de récupération, mettre en place des mesures qui évitent le gaspillage ;
> Mise en place d'un comité vert ;
> Mise en place d'équipes vertes dans chaque site du CSSS.

L'évaluation et les résultats

Ce projet fait désormais partie intégrante de la gestion courante de l'établissement.

Les facteurs de réussite

> L'engagement des membres du comité vert et des équipes vertes ;
> La représentativité des membres du comité et des équipes vertes ;
> Le soutien de Synergie Santé Environnement.

Source : CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, inventaire de projets 2009-2010.

Index des projets par établissement

QUÉBEC	Fiches
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, CRDITED du Bas-Saint-Laurent, CSSS de Témiscouata, CSSS de Kamouraska (Bas-Saint-Laurent)	20
Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (Montréal)	14
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major (Montréal)	2, 14
Centre de réadaptation Lisette-Dupras (Montréal)	14. 27
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Montréal)	7, 23, 25
Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine (Montréal)	12, 24
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Sherbrooke)	19
Centre régional des achats en groupe des établissements de santé et de services sociaux du Saguenay Lac-St-Jean (Chicoutimi)	39
CSSS Cavendish (Montréal)	22
CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent (Montréal)	1, 44, 47
CSSS de Chicoutimi (Chicoutimi)	33
CSSS de la Montagne (Montréal)	31, 41
CSSS de la Pointe-de-l'Île (Montréal)	6, 21
CSSS de Saint-Jérôme (Saint-Jérôme)	45
CSSS du Cœur-de-l'Île (Montréal)	21
CSSS du Sud-Ouest-Verdun (Montréal)	13
CSSS Lucille-Teasdale (Montréal)	36
CSSS Richelieu-Yamaska (Saint-Hyacinthe)	46
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Montréal)	8, 26
Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Montréal)	42
Hôpital Shriners pour enfants (Montréal)	16
Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. (Montréal)	29
Institut universitaire de gériatrie de Montréal (Montréal)	5
Institut universitaire en santé mentale de Québec (Québec)	3

HORS-QUÉBEC

	Fiches
Azienda Provinciale per I Servizi Sanitari (Italie)	28
Centre cardiaque des Philippines, Centre médical pour enfants des Philippines, Hôpital San Lazaro (Philippines)	32
Centre de rééducation fonctionnelle des Feuillades, Centre de convalescence de Sibourg, Polyclinique du Parc Rambot (France)	43
Chatham-Kent Health Alliance (Ontario)	15
Halton Healthcare Services (Ontario)	4
Hôpital Carney (Etats-Unis)	35
Hôpital central de Tallinn Est (Estonie)	17, 18
Hôpital d'Alès (France)	38
Hôpital de district Etelä-Savo (Finlande)	9
Hôpital de Santa Maria Nuova d'Émilie-Romagne (Italie)	10
Hôpital Lucile Packard pour enfants (Etats-Unis)	40
Hôpital Milton (Etats-Unis)	34
Hôpital Newberg (Etats-Unis)	37
Unité sanitaire locale de Bologne (Italie)	11
Women Health Center FEM Sud (Autriche)	30

Conclusion

« La qualité de vie au travail dans les organismes de santé a des répercussions sur la santé et le bien-être du personnel, la sécurité des patients, le rendement des organismes et la qualité des soins »

– (Agrément Canada, 2010).

Au-delà d'un outil pratique et utile, nous avons souhaité que ce guide fournisse des informations sur les dimensions fondamentales d'un programme de promotion de milieux de travail sains, à savoir une démarche participative avec une approche multistratégique intégrée, en cohérence avec es orientations de l'établissement. Ces éléments constituent la clé de voûte de cet ouvrage, autour desquels s'articulent les différents thèmes abordés.

La participation des employés et leur investissement dans les programmes de promotion de milieux de travail sains s'avèreront incontournables dans tout établissement. Nos milieux doivent devenir des environnements de travail agréables, propices à l'épanouissement professionnel et personnel, des univers favorisant et facilitant l'adoption de saines pratiques de santé. Cette démarche doit être menée en cohérence avec les valeurs de la société québécoise, que ce soit en matière de réduction des inégalités de santé en milieu de travail ou à l'égard des principes du développement durable.

Ainsi, en plus d'augmenter la productivité globale des employés, nous redeviendrons des milieux de travail attractifs pour les jeunes générations qui feront alors le choix, tout comme chacun d'entre nous avant eux, de se tourner vers le domaine de la santé et des services sociaux pour évoluer professionnellement.

Aujourd'hui, il est important pour nous tous de réaliser les impacts positifs que cette approche peut produire. Cette réévaluation de nos priorités organisationnelles s'avère essentielle et doit être menée pour le plus grand bénéfice de l'ensemble du personnel et des usagers.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

100%

Imprimé sur du **Lenza PC100**, contenant 100% de fibres postconsommation.