



Université de Montréal

Le Programme Hors Normes en santé au travail :  
représentations d'infirmières du secteur public

par  
Sandra Moretti

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences  
en sciences infirmières  
Option expertise – conseil en soins infirmiers

Novembre 2008

© Sandra Moretti, 2008

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :  
Le Programme Hors Normes en santé au travail :  
représentations d'infirmières du secteur public

présenté par  
Sandra Moretti

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monsieur Carl-Ardy Dubois Ph.D.  
Président-rapporteur

Madame Chantal Caux Ph.D.  
Directrice de recherche

Madame Marie Alderson Ph.D.  
Codirectrice

Madame Gisèle Fontaine M.Sc. inf.  
Membre du jury

## RÉSUMÉ

Depuis 2006, le Programme Hors Normes (PHN) dicte une nouvelle marche à suivre que doivent privilégier les équipes de santé au travail (SAT) lorsque des travailleurs sont exposés à des concentrations environnementales de produits chimiques supérieures aux valeurs d'exposition admissibles, c'est-à-dire à des « hors normes ». Le PHN encadre les activités de signalements des hors normes aux instances concernées et demande des suivis plus rigoureux en établissements. Ce faisant, il redéfinit les rôles des infirmières et des membres des équipes SAT.

Dans le but de mieux comprendre l'implication des infirmières dans le cadre du PHN, sept entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés afin d'explorer et de décrire leurs représentations.

L'analyse qualitative de ces représentations, par catégorisation et comparaisons constantes des discours, révèle que les infirmières se représentent de diverses façons leur pratique dans le cadre du PHN. En effet, les résultats de l'étude montrent qu'afin de comprendre l'implication des infirmières dans ce programme d'intervention, il importe de considérer les quatre éléments suivants : l'organisation du travail, les aspects relationnels (dynamique de relations), les cibles d'intervention et l'utilité du travail des infirmières (sens donné au travail).

Afin de faciliter leur participation dans les programmes d'intervention et d'encourager la collaboration, tant intersectorielle qu'interprofessionnelle, il est suggéré en premier lieu de favoriser l'implication des infirmières dans les processus

d'élaboration et d'implantation de programmes d'intervention. En second lieu, il est proposé de mettre en place une formation continue interprofessionnelle permettant une meilleure harmonisation des pratiques professionnelles.

*Mots-clés : santé au travail, santé publique, programme d'intervention, infirmière, représentations, identité professionnelle, surveillance environnementale.*

## ABSTRACT

Since 2006, the *Programme Hors Normes* (PHN) (Standards Non-compliance Program) of the “*Direction de santé publique de Montréal*”, has set new guidelines for Occupational Health Teams with regard to workers who have been exposed to environmental concentrations of chemical agents that exceed permissible exposure levels, in other words, that are “standards non-compliant.” The PHN oversees the reporting of non-compliance to the relevant authorities and ensures that employers conduct rigorous follow-up. In doing so, the program has redefined the roles of occupational health team nurses.

This exploratory study aims to describe the representations of these nurses with regard to the PHN and to better understand how they represent their practice into the PHN. Individual semi-directed interviews were conducted among seven nurses.

Qualitative analysis of the data, through categorization and consistent comparison of narratives, reveals the various ways nurses represent their practice in the PHN. Their representations of their practice appear to derive from four elements: work organization, work relationships, intervention target, and work satisfaction.

To increase nurses’empowerment, to take into account the ways in which the PHN has prompted them to reflect on their practice, and to promote cross-sector and cross-professional cooperation, the study suggests that nurses should participate in the planning and implementation of intervention programs and that on-going training should be provided in order to further harmonize professional practice.

*Keywords: occupational health, public health, intervention programs, nurses, representations, professional identity, environmental monitoring.*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>V</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>VI</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>X</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>XI</b>
<b>DÉDICACE</b> .....	<b>XIII</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>XIV</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : OBJET D'ÉTUDE DANS SON CONTEXTE</b> .....	<b>3</b>
1.1 Question de recherche.....	13
1.2 But de l'étude.....	13
<b>CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	<b>14</b>
2.1 ÉCRITS THÉORIQUES .....	15
2.1.1. Pratique infirmière dans le secteur public de santé au travail .....	15
2.1.2. Cadres de référence .....	16
2.1.3. Conception des soins infirmiers en SAT .....	20
2.1.3.1. Modèle de soins de McGill .....	21
2.1.3.2. Modèle PRECEDE-PROCEED de Green & Kreuter (1999) .....	23
2.1.4. Reconnaissance de l'expertise de l'infirmière SAT.....	25
2.1.5. Mode de fonctionnement des équipes SAT du secteur public au Québec	27
2.1.6. Programme Hors Normes (PHN) .....	28
2.1.6.1. Application du PHN.....	30
2.1.6.2. Pratique infirmière dans le cadre du PHN .....	34
2.1.7. Changement organisationnel .....	34
2.2. ÉCRITS EMPIRIQUES .....	36
2.2.1. Pratique infirmière en santé au travail .....	36
2.2.2. Experts de santé au travail du secteur public .....	40
2.2.3. Perceptions d'infirmières quant à leurs rôles dans l'institution publique .	42
2.2.4. Travail en équipe interprofessionnelle et intersectorielle .....	44
2.3. SYNTHÈSE DES ÉCRITS THÉORIQUES ET EMPIRIQUES.....	48

2.4. APPROCHE CONCEPTUELLE DE L'ÉTUDE.....	53
2.4.1. Théorie des représentations sociales.....	53
<b>CHAPITRE 3 : MÉTHODE .....</b>	<b>56</b>
3.1. Devis et milieu de recherche .....	57
3.2. Participantes à l'étude .....	57
3.3. Déroulement de l'étude.....	58
3.3.1. Échantillonnage .....	58
3.3.2. Méthode de recrutement .....	59
3.3.3. Accompagnement des participantes à l'étude.....	60
3.3.4. Collecte de données .....	61
3.3.5. Traitement et le classement des données .....	62
3.3.6. Processus d'analyse des données .....	63
3.4. Considérations éthiques de l'étude .....	68
3.5. Critères de scientificité des données .....	69
<b>CHAPITRE 4 : RÉSULTATS.....</b>	<b>70</b>
4.1. Représentations des infirmières SAT quant au PHN et à leur pratique dans le cadre de ce dernier .....	71
4.1.1. Organisation du travail.....	72
4.1.1.1. Assignation de l'infirmière.....	72
4.1.1.2. Encadrement professionnel .....	73
4.1.1.3. Rôles et fonctions des infirmières .....	77
4.1.2. Utilité du travail.....	80
4.1.2.1. Cohérence.....	81
4.1.2.2. Pertinence.....	83
4.1.3. Cibles d'intervention privilégiées des infirmières SAT .....	84
4.1.3.1. Santé .....	84
4.1.3.2. Besoins des établissements.....	87
4.1.4. Aspects relationnels .....	88
4.1.4.1. Méconnaissance du rôle de l'infirmière SAT .....	88
4.1.4.2. Reconnaissance de l'expertise de l'infirmière SAT .....	90



4.1.4.3. Appartenance au groupe .....	93
4.2. Modèle descriptif des représentations d’infirmières SAT quant à leur pratique dans le cadre du PHN .....	96
4.2.1. Synthèse des résultats.....	97
<b>CHAPITRE 5 : DISCUSSION .....</b>	<b>100</b>
5.1. Représentations des infirmières quant à leur pratique dans le cadre du PHN en fonction de la problématique de départ et de la question de recherche .....	101
5.2. Comparaison des résultats de l’étude et la recension des écrits .....	101
5.3. Les résultats de l’étude et l’approche conceptuelle de la théorie des représentations sociales .....	108
5.4. Critères de scientificité .....	109
5.4.1. Crédibilité .....	109
5.4.2. Transférabilité .....	110
5.4.3. Fiabilité .....	111
5.4.4. Confirmabilité.....	112
5.5. Limites de l’étude.....	113
5.5.1. Contexte à l’étude .....	113
5.5.2. Entretiens semi-dirigés.....	113
5.5.3. Moment du recrutement .....	114
5.5.4. Biais de l’étudiante chercheuse .....	114
5.5.5. Généralisation des résultats à d’autres contextes de pratique .....	115
5.6. Recommandations pour la recherche.....	116
5.7. Recommandation pour les questionnaires, pour l’unité régionale SAT et pour les équipes SAT.....	117
5.8. Recommandations pour la profession infirmière .....	120
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>122</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>125</b>
<b>APPENDICES .....</b>	<b>133</b>
<b>APPENDICE A :</b>	
<b>CLASSIFICATION DES ENTREPRISES PAR SECTEURS D’ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES .....</b>	<b>134</b>

<b>APPENDICE B :</b>	
<b>CONCEPTS CENTRAUX DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE SELON LE MODÈLE CONCEPTUEL DE MCGILL ADAPTÉS À LA RÉALITÉ DE LA SANTÉ AU TRAVAIL .....</b>	<b>136</b>
<b>APPENDICE C :</b>	
<b>NORMES D'EXPOSITIONS AUX PRODUITS CHIMIQUES RETENUES DANS LE CADRE DU PHN..</b>	<b>138</b>
<b>APPENDICE D :</b>	
<b>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....</b>	<b>162</b>
<b>APPENDICE E :</b>	
<b>MODÈLE QUALITATIF D'ENTRETIEN DE RECHERCHE.....</b>	<b>168</b>
<b>APPENDICE F :</b>	
<b>CANEVAS D'ENTRETIEN.....</b>	<b>170</b>
<b>APPENDICE G :</b>	
<b>CERTIFICAT D'ÉTHIQUE .....</b>	<b>175</b>

## LISTE DES FIGURES

### Figure

<b>1</b>	PHN : algorithme d'encadrement professionnel .....	32
<b>2</b>	Carte mentale illustrant le processus de codage d'un segment de discours .....	67
<b>3</b>	Modèle descriptif des représentations d'infirmières SAT quant à leur pratique dans le cadre du PHN .....	96

## LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AAOHN :	<i>American Association of Occupational Health Nurses</i>
ACIIST :	Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé du travail
AIISTQ :	Association des infirmières et infirmiers en santé au travail du Québec
ASP :	Association sectorielle paritaire
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
CLSC :	Centre local de santé communautaire
CRSI-SAT :	Comité régional des soins infirmiers de santé au travail
CPSI-SAT :	Comité provincial des soins infirmiers de santé au travail
CSSS :	Centre local de santé et de services sociaux
CSST :	Commission de la santé et sécurité du travail
DSP :	Direction de santé publique
INSPQ :	Institut National de Santé Publique du Québec
IRSST :	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
LATMP :	Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles du Québec
LSP :	Loi sur la santé publique du Québec
LSST :	Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PHN :	Programme Hors Normes
PII :	Programme d'interventions intégrées

PMSD :	Programme de prévention «Pour une maternité sans danger»
PNSP:	Programme national de santé publique
PPPP :	Pratique de prévention et de promotion de la santé
PSSE :	Programme de santé spécifique à un établissement
SAT :	Santé au travail
SIM :	Seuil d'intervention médical
SISAT :	Système d'information en santé au travail

## DÉDICACE

*À Christian, Claudia, Valérie & Maman*

## REMERCIEMENTS

Je ne pourrais passer sous le silence tous ceux et celles qui m'ont accompagnée durant ce projet d'études. Ce fut une expérience extraordinaire... parsemée de nuits blanches, d'événements imprévus et d'efforts soutenus.

En premier lieu, j'aimerais remercier du fond du cœur ma directrice de recherche, Madame Chantal Caux, une femme d'exception. Elle s'est investie énormément tout en me témoignant sa confiance. Sans elle, je n'aurais pu initier et mener à terme ce projet.

En second lieu, je remercie Madame Marie Alderson, codirectrice de recherche et Monsieur Carl-Ardy Dubois, président-rapporteur du jury, pour leurs précieux conseils.

J'adresse un merci tout particulier à Gigi, mon amie et mentor. Sa générosité fut extraordinaire ... comme toujours!

J'exprime toute ma gratitude à mes professeurs pour le partage de savoirs.

Je remercie spécialement Madame Denise Soucy et l'équipe régionale de santé au travail de la Direction de santé publique de Montréal ainsi que les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) participants, pour leur appui.

Pour le soutien financier, je remercie la Fondation pour la recherche en sciences infirmières du Québec (fondation de l'OIIQ), la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (Sanofi-Pasteur), le Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et le Réseau de recherche en santé et sécurité du travail du Québec.

Pour son merveilleux travail de mise en page, sa disponibilité, son professionnalisme et sa gentillesse, je remercie Madame Francine Parent.

À Christian, Claudia et Valérie, la liste étant longue, je vous remercie simplement pour tout et surtout pour votre patience. Je vous adore! Merci à ma merveilleuse maman pour son écoute active, pour ses encouragements et pour les innombrables services rendus. Tous ensemble, nous avons réussi !

Enfin, je remercie les participantes à l'étude et je salue avec admiration, les infirmières de santé au travail. Que cette étude vous inspire.

## AVANT-PROPOS

La pratique professionnelle des infirmières œuvrant au sein d'équipes des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) mandataires du programme *Santé au travail* (SAT) a rarement fait l'objet d'étude. Aussi, bien que l'expertise de ces dernières est connue (Drouin, Simard, Fontaine & Huneault, 2004; Fontaine, 1998; OIIQ & AIISTQ, 1998), leur rôle est mal connu (Colin & Rocheleau, 2004). En effet, l'étudiante chercheuse a constaté, dans le cadre de sa pratique et de ses études, que cette pratique professionnelle demeure, à ce jour, méconnue de la majorité des acteurs de la profession infirmière.

Les rares études traitant de la pratique infirmière en SAT au Québec ont eu pour objets, les besoins de formation (Bélanger, 1986), les interventions dans la petite entreprise (Carpentier-Roy, Simard, Marchand & Ouellet, 2001) et les enjeux éthiques reliés à l'utilisation de bioindicateurs pour le dépistage de maladies professionnelles (Caux, Roy, Guilbert & Viau, 2007). Cette présente étude propose d'explorer la pratique infirmière dans le cadre d'un nouveau programme d'intervention, intitulé le Programme Hors Normes (PHN), ce dernier étant susceptible d'occasionner un changement dans la pratique des infirmières de l'équipe SAT.

Situés dans le courant de pensée du socioconstructivisme et découlant de la théorie des représentations sociales et à la théorisation ancrée, les résultats de cette étude permettent de mieux comprendre comment les infirmières des équipes SAT



interprètent ce nouveau programme et l'impact de ce dernier sur leur pratique professionnelle.

Parce que s'inscrivant dans un paradigme interprétatif, les résultats de l'étude ne prétendent pas être généralisables à l'ensemble des contextes et des situations de santé au travail. Toutefois, ils fournissent de précieuses pistes de réflexion et d'ancrage notamment pour la recherche, pour les gestionnaires, l'unité régionale SAT et les équipes SAT, et enfin, pour la profession infirmière.

Ce mémoire de maîtrise comporte cinq chapitres. Le premier chapitre circonscrit l'objet étudié dans son contexte, présente la question de recherche et précise le but de l'étude. Le deuxième chapitre décrit l'état des connaissances en lien avec la problématique. Le troisième chapitre énonce et décrit la méthode retenue pour l'étude. Le quatrième chapitre rapporte les résultats obtenus et enfin, le chapitre cinq présente la discussion des résultats et se termine par quelques recommandations pour la recherche, pour les gestionnaires de SAT du secteur public et pour la profession infirmière.

## **CHAPITRE 1 : OBJET D'ÉTUDE DANS SON CONTEXTE**

Ce premier chapitre circonscrit la pratique infirmière en Santé au travail (SAT), relevant du domaine d'intervention de santé publique, dans le cadre d'un nouveau programme d'intervention, le Programme Hors Normes (PHN). D'abord, il décrit la pratique et les conditions de travail des infirmières SAT. Ensuite, il introduit le PHN et rapporte les préoccupations manifestées par des infirmières et d'autres membres d'équipes SAT quant à son application dans les établissements ciblés par celui-ci. Enfin, il précise la question de recherche et le but de l'étude.

Les infirmières des équipes SAT intégrées dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) mandataires, interviennent dans les établissements<sup>1</sup> où des travailleurs s'exposent à des risques de diverses natures (chimique, physique, ergonomique, biologique et ceux liés à l'organisation du travail). Relevant du domaine d'intervention de la santé publique et encadrée par la Loi sur la santé et la sécurité du travail<sup>2</sup> (LSST), la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles<sup>3</sup> (LATMP) et la Loi de santé publique<sup>4</sup> (LSP) (ASSS de Montréal, 2008), la majorité des interventions des équipes SAT dans les établissements sont planifiées et réalisées dans le cadre de programmes de santé spécifique à un établissement (PSSE)<sup>5</sup> et de programmes d'intervention intégrée (PII) ciblant certains risques professionnels, d'envergure provinciale (par exemple: PII Amiante) ou régionale (par exemple : Programme Hors Normes) (Carpentier-Roy et al., 2003; Drouin et al., 2004; MSSS,

---

<sup>1</sup> Ces établissements sont ciblés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). La CSST, instance ministérielle, est le maître d'œuvre en matière de santé et de sécurité du travail au Québec. Elle finance le secteur public de santé au travail et est chargée de faire respecter les lois et règlements en matière de santé et sécurité au travail.

<sup>2</sup> L.R.Q. c. S-2.1. Loi sur la santé et la sécurité du travail

<sup>3</sup> L.R.Q., c. A-3.001. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

<sup>4</sup> L.R.Q., c. S-2.2. Loi sur la santé publique

<sup>5</sup> Le contenu du PSSE, défini à l'article 113 de la LSST (S-2.1), est basé sur une approche de gestion des risques à la santé (Drouin et al., 2004).

2003). Ces programmes identifient les cibles et les priorités d'actions vers lesquelles se dirigent les activités des infirmières et des membres de l'équipe SAT. Les diverses activités de cette équipe multidisciplinaire formée d'infirmières, de médecins, d'hygiénistes industriels et de techniciens en hygiène du travail, consistent à 1) identifier et évaluer les risques pour la santé présents dans l'établissement, 2) surveiller l'environnement et la santé des travailleurs, 3) informer et former des travailleurs et des employeurs concernant les risques professionnels, leurs effets sur la santé et les moyens pour les prévenir, les contrôler ou les éliminer et, 4) évaluer et soutenir les établissements en regard de l'organisation des premiers secours et des premiers soins (MSSS, 2003). Ces programmes ont pour but de soutenir les entreprises dans l'assainissement du milieu de travail (application de mesures préventives orientées d'abord vers l'élimination, la réduction ou le contrôle à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs dans le milieu de travail) afin de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies professionnelles. (DSP de Montréal, 2007).

On dénombre 31 infirmières au sein des équipes SAT dans la région à l'étude (Fontaine, 2007). Leurs actions sont guidées par le modèle de soins de McGill, adapté à la réalité de santé au travail par Fontaine (1998). Cette perspective amène les infirmières à promouvoir la santé et les comportements de santé des travailleurs et de l'employeur dans le milieu de travail (Fontaine, 1998). Le rôle principal des infirmières est de susciter la motivation des travailleurs et de l'employeur à s'engager dans un processus d'apprentissage pour maintenir ou améliorer la santé au travail et pour résoudre les problèmes (Fontaine, 1998). Les infirmières créent un climat favorable aux

apprentissages et guident les travailleurs et l'employeur dans le développement d'habilités nécessaires pour maîtriser une situation ou pour solutionner les problèmes (Fontaine, 1998). Elles mettent l'accent sur les forces et le potentiel des travailleurs et de l'employeur (Fontaine, 1998). Elles établissent une alliance, une relation de confiance, de collaboration et de partenariat, axée sur une démarche de résolution de problèmes (Fontaine, 1998). Étant des agentes de promotion de la santé et de changement, les infirmières interviennent de manière à amener les travailleurs et l'employeur vers une prise en charge, une responsabilisation (*empowerment*), à long terme en matière de santé au travail (Fontaine, 1998).

Un des défis des infirmières SAT (et de l'équipe SAT) est d'offrir des soins dans des contextes où souvent les profits et la productivité constituent la base de la motivation des établissements (Carpentier-Roy et al., 2001; Skillen, Anderson, Seglie & Gilbert, 2002). En effet, le contexte économique, la récession et la concurrence mondiale sont bien souvent les préoccupations premières des entreprises (Skillen, Anderson, Seglie & Gilbert, 2002).

Pour sa part, le secteur public de santé au travail fait aussi face à plusieurs enjeux dont un manque de ressources (médicales, soins infirmiers et hygiène industrielle), des compressions budgétaires importantes, des réformes successives occasionnant la nécessité de revoir les pratiques professionnelles de manière à mieux répondre aux besoins des milieux de travail (DSP de Montréal, 2007). Ces enjeux ont mené le secteur public de santé au travail à entreprendre une réflexion majeure quant à sa mission, ses valeurs, ses priorités d'actions et son mode de fonctionnement et ce, en

fonction des mandats légaux que lui confèrent les lois en la matière. Ce faisant, le Directeur national de santé publique et les Directeurs de santé publique des 18 régions du Québec ont redéfini, en 2006, l'offre de service du secteur public de santé au travail. Depuis, les équipes SAT des diverses régions du Québec recentrent leurs activités sur la réalisation et la mise en application du PSSE (LSST, art.113) dans les **établissements réglementés**<sup>6</sup> (groupes prioritaires I-II-III) (appendice A) et sur le traitement des demandes visant l'affectation ou le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, découlant de l'application du programme « *Pour une maternité sans danger* » (PMSD) (LSST, art.33-47).

Dans la région étudiée, le recentrage des activités de l'équipe SAT sur les mandats légaux et la révision des pratiques professionnelles ont occasionné plusieurs changements organisationnels et par conséquent, ont transformé les conditions de travail des infirmières. Parmi ces changements, on compte d'abord la centralisation du programme PMSD au sein d'une seule équipe SAT. Ce changement a entraîné d'une part, une restructuration des équipes SAT de la région, faisant passer leur nombre de cinq à quatre et d'autre part, a nécessité un nouveau partage du territoire et des établissements entre ces équipes. D'un côté, plusieurs infirmières ont vu leur champ d'activités se restreindre au traitement des demandes du programme PMSD, ce qui a rendu leur travail peu diversifié et routinier. De l'autre côté, des infirmières et d'autres membres (médecins, hygiénistes industriels et techniciens en hygiène du travail) se sont

---

<sup>6</sup> La CSST a réglementé et a classé les entreprises par secteurs d'activités économiques selon six grands groupes. Elle a donné la priorité aux groupes I à III pour recevoir des services de santé au travail dispensés par le réseau québécois de santé au travail. Les groupes IV à VI sont non-prioritaires et les services offerts doivent faire l'objet d'une évaluation locale et être en lien avec les priorités d'action établies par la CSST.

faits relocaliser dans d'autres équipes SAT. Par conséquent, ils ont changé d'employeur, de collègues de travail, de lieu de travail, de territoire et de charge de cas.

À ces changements organisationnels, s'est ajoutée la révision des pratiques professionnelles des membres des équipes SAT dont le but visait à améliorer la planification de leurs activités et à trouver des moyens permettant de rendre plus efficaces leurs interventions. Ainsi, plusieurs comités de travail régionaux se sont créés. Leurs travaux ont introduit un éventail de changements, entre autres, pour la pratique infirmière SAT et a nécessité de la formation et des ajustements dans les méthodes de travail de celles-ci. Par exemple, plusieurs nouveaux outils de travail ont fait leur apparition dont : des bases de données informatiques plus performantes permettant la saisie de données<sup>7</sup> et des outils de collectes de données plus détaillées et spécifiques à certains risques professionnels<sup>8</sup>. Un autre changement, ce dernier étant le contexte dans lequel la présente étude propose d'explorer la pratique infirmière SAT, est l'implantation d'un nouveau programme d'intervention régional, le Programme Hors Normes (PHN)<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> À titre d'exemple, les travaux d'un comité régional de travail a permis l'introduction d'un nouvel outil informatique, soit le Système d'information en santé au travail (SISAT). Ce dernier permet de saisir des données au sujet des entreprises et des travailleurs et, étant branché sur un réseau sécurisé, il facilite le partage d'information entre les partenaires (équipe SAT, unité régionale SAT, etc.).

<sup>8</sup> Le comité régional des soins infirmiers de santé au travail (CRSI-SAT) de la région (à l'étude) a entrepris une démarche d'évaluation des aspects de conformité (nombre de secouristes, le système de communication et d'affichage, le nombre et le contenu des trousse, etc., décrits dans le règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins) liés à l'organisation des premiers secours et des premiers soins (PSPS) dans les établissements. Cette démarche a introduit de nouveaux outils de collecte de données et de nouvelles responsabilités, notamment, pour le suivi, la compilation et pour dresser un profil des entreprises de la région en matière de PSPS. Ainsi, des outils de collectes de données spécifiques à l'organisation générale des PSPS et en présence de cyanures (CN) ou d'acide fluorhydrique (HF) ont fait leur apparition. Depuis, les infirmières sont invitées à les utiliser, à les valider et à les bonifier, ce qui a aussi occasionné des changements dans leur pratique et une augmentation de leur charge de travail.

<sup>9</sup> Le PHN est détaillé dans le chapitre 2, à partir de la page 28

Le PHN oblige les équipes SAT, d'une part, à signaler à la CSST et au Directeur de santé publique, le nom des entreprises au sein desquelles des travailleurs s'exposent à des concentrations de produits chimiques supérieures aux valeurs d'exposition admissibles (normes)<sup>10</sup>, c'est-à-dire des « hors normes ». D'autre part, le PHN structure les interventions des équipes SAT, afin d'assurer un suivi adéquat des activités de contrôle mises en place en vue de pallier les situations à l'origine de la surexposition des travailleurs aux contaminants chimiques (DSP de Montréal, 2006). Avant l'implantation du PHN, les équipes SAT signalaient et assuraient le suivi des situations hors normes en entreprise. Toutefois, l'unité régionale SAT a observé que, quelquefois, les équipes SAT n'ont pas réussi à obtenir la collaboration de la CSST et les résultats voulus dans les entreprises. Ce fait s'explique entre autres, parce que le pouvoir d'obliger un employeur à apporter des correctifs se trouve entre les mains de l'inspecteur de la CSST (DSP de Montréal, 2007). Subséquemment, certaines situations ont fait l'objet d'une gestion moins rigoureuse des surexpositions des travailleurs aux contaminants chimiques (DSP de Montréal, 2006a). Le PHN initie donc un **virage « Tolérance Zéro »** pour toute situation hors normes de nature chimique. Il **formalise** et **clarifie** les rôles et les responsabilités des acteurs concernés (membres de l'équipe SAT, inspecteur de la CSST, Directeur de santé publique, travailleurs et employeurs) devant le constat d'une situation hors normes dans un milieu de travail. Il définit un **objectif commun** à toutes les personnes concernées, soit de **ne plus tolérer**, d'**agir rapidement** et de **régler dans des délais fixés** ces situations qui mettent en danger la santé des travailleurs. En quelque sorte, le PHN représente les « soins intensifs » de santé au travail du secteur public.

---

<sup>10</sup> Règlement sur la santé et la sécurité du travail. Annexe I.



Ainsi, le PHN engendre de nouvelles façons d'interagir et d'intervenir avec la CSST et dans les milieux de travail pour les membres des équipes SAT, puisque ce programme est basé sur une approche sociosanitaire présentant des aspects de vigie et de protection (signalement et suivi) conférés par la LSP (DSP de Montréal, 2006, novembre). En remettant à l'inspecteur de la CSST la responsabilité d'assurer la gestion de la situation hors normes - responsabilité qui lui revient (LSST. art. 177) - les équipes SAT occupent dans le cadre du PHN, un rôle de soutien à l'employeur. Les membres des équipes SAT ont manifesté des préoccupations quant à leurs mandats, rôles, fonctions et responsabilités dans le cadre du PHN (DSP de Montréal, 2007). L'expression de ces préoccupations s'est faite lors de rencontres de consultations, organisées par l'unité régionale SAT, soit l'une à l'hiver 2006 et l'autre, un an plus tard en 2007. Regroupées sous six thèmes, voici un résumé des préoccupations manifestées par les infirmières et les membres des équipes SAT :

- Nature des risques couverts par le PHN :

Des membres se sont questionnés à l'effet de restreindre la nature des risques couverts par le PHN aux risques chimiques. Certains membres de l'équipe SAT sont préoccupés par le fait qu'ils doivent donner la priorité aux risques chimiques sachant bien que des travailleurs sont exposés à d'autres risques importants dans leur milieu de travail.

Également, certains disent rencontrer des travailleurs symptomatiques lorsque les valeurs d'exposition permises légalement sont respectées dans l'environnement de travail. Pour ceux-ci, ces situations auraient dû être prises en considération par le

PHN, puisqu'elles représentent un grand défi pour l'intervention et pour assurer la protection de la santé des travailleurs car légalement, elles limitent le pouvoir de l'inspecteur de la CSST.

- Lien de confiance avec l'entreprise :

Plusieurs se préoccupent de l'obligation de signaler à la CSST le nom des établissements présentant une situation hors normes dès leur constat, craignant ainsi de fragiliser ou même de mettre en péril le lien de confiance établi avec les employeurs et les travailleurs des entreprises concernées. Pour certains membres de l'équipe SAT, briser ce lien de confiance compromettrait l'efficacité de leurs interventions ultérieures dans l'établissement.

- Rôle de l'équipe SAT dans le cadre du PHN :

Certains craignent que la visite d'un inspecteur de la CSST en établissement, suivant un signalement par l'équipe SAT, amène les établissements à considérer les membres de l'équipe SAT comme étant des « *dénonciateurs à la solde* » de la CSST, plutôt que des agents de changement misant sur des activités préventives et de promotion de la santé dans les milieux de travail.

- Prise en charge à long terme de l'entreprise :

Certains membres de l'équipe SAT appréhendent que l'application rigoureuse des délais fixés dans le cadre du PHN, notamment, pour la mise en place des correctifs dans de courts délais, bousculent les établissements et ne favorisent pas le développement d'une prise en charge à long terme en matière de prévention.

- Crédibilité de l'équipe SAT :

Quelques membres ont manifesté des inquiétudes quant à la réaction des établissements face au virage « tolérance zéro » de l'équipe SAT. Autrement dit, il y a des situations hors normes, dans certains milieux de travail, qui ont fait l'objet d'une certaine tolérance de la part du réseau public SAT et de la CSST, bien qu'un danger pour la santé des travailleurs était imminent. Ce changement, dans les façons de faire des membres de l'équipe SAT, amène certains à croire qu'il pourrait affecter leur crédibilité auprès des milieux de travail et même favoriser l'intention de poursuites judiciaires.

- Arrimage des interventions de l'équipe SAT avec celles des inspecteurs de la CSST :

Enfin, plusieurs membres de l'équipe SAT ont manifesté des inquiétudes au sujet des ententes liées aux communications avec les inspecteurs de la CSST. Dans le passé, notamment, il semble que certains messages de l'équipe SAT et de la CSST aient été contradictoires auprès des établissements.

Comme en témoignent ces préoccupations, l'application du PHN requiert que les infirmières et les membres des équipes SAT s'ajustent à de nouvelles méthodes de travail (DSP de Montréal, 2007).

On reconnaît aux infirmières SAT du secteur public leur contribution dans des activités de prévention des maladies professionnelles et de promotion de la santé (Drouin et al., 2004; Fontaine, 1998; OIIQ & AIISTQ, 1998). Depuis l'implantation du

PHN, elles sont sollicitées sur des **aspects de vigie et de protection** (signalements et suivis) (DSP de Montréal, 2006). Il y a donc lieu de penser que le PHN pourrait susciter des changements dans la pratique de ces infirmières, tant au niveau de leurs façons de faire que d'être. Puisque le PHN intègre plusieurs facettes de la pratique infirmière en santé publique (protection, surveillance, prévention et promotion de la santé), cette étude s'attardera à investiguer la pratique infirmière dans le cadre de ce dernier. Particulièrement, la compréhension et l'interprétation de la pratique des infirmières dans le cadre du PHN seront explorées par la présente étude.

#### 1.1 Question de recherche

Comment les infirmières se représentent-elles leur pratique dans le cadre du PHN?

#### 1.2 But de l'étude

Cette étude a pour but d'explorer et de décrire les représentations de la pratique infirmière SAT dans le cadre du PHN.

## **CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS**

Ce chapitre est divisé en quatre parties. Afin de bien circonscrire la pratique infirmière SAT, la première partie se consacre d'abord aux écrits théoriques reliés à divers aspects de celle-ci soient : les cadres de références utilisés, la conception des soins et la reconnaissance de l'expertise infirmière SAT. Ensuite, elle présente le mode de fonctionnement des équipes SAT, le PHN, la pratique infirmière dans le cadre du PHN et quelques notions liées au changement organisationnel. La deuxième partie rapporte les écrits empiriques traitant de la pratique infirmière et d'autres professionnels dans divers domaines d'intervention de santé publique. La troisième partie expose une synthèse des connaissances en lien avec la problématique. Enfin, la dernière partie révèle l'approche conceptuelle choisie pour l'étude.

## 2.1 ÉCRITS THÉORIQUES

### *2.1.1. Pratique infirmière dans le secteur public de santé au travail*

Au Québec, plusieurs réformes sociales du système de santé (la réforme québécoise du réseau de la santé (virage ambulatoire), en parallèle, la politique de santé et de bien-être du MSSS en 1992 ont grandement influencées la pratique infirmière dans le domaine de la santé au travail (Fontaine, 1998; OIIQ & AIISTQ, 1998). En effet, plaçant le citoyen au centre des actions à entreprendre pour assurer sa santé et son bien-être et misant sur sa responsabilisation, son *empowerment*<sup>11</sup>, les interventions des infirmières SAT visent à influencer la clientèle à devenir active et proactive en matière de santé dans leur milieu de travail (Fontaine, 1998; OIIQ & AIISTQ, 1998). Travaillant en collaboration et en partenariat avec les milieux de travail

---

<sup>11</sup> Empowerment : « *Processus qui permet à la personne de renforcer son potentiel, de prendre conscience de sa vie, de se transformer et ce, dans une perspective de croissance* » (Kéroac et al., 2003, p.185)

(Moretti & Fontaine, 2008; Fontaine, 1998; Fontaine & Moretti, 2000; OIIQ & AIISTQ, 1998), les infirmières SAT assument les rôles de clinicienne (identification et surveillance de l'environnement de travail et de l'état de santé des travailleurs), de gestionnaire (coordination des activités découlant du PSSE, de programmes d'intervention ou encore de plans d'actions infirmiers ou interdisciplinaires), d'éducatrice (formation et information dans les milieux de travail) et de chercheuse (OIIQ & AIISTQ, 1998).

### *2.1.2. Cadres de référence*

Axée sur la prévention primaire et l'assainissement des milieux de travail et encadrée, entre autres, par la Loi sur la santé publique (LSP) (L.R.Q., S-2.2), l'approche du réseau public de santé au travail se veut populationnelle (MSSS, 2008; Plante & Bhérier, 2006). Plus explicitement, cette approche proactive vise à maintenir et à améliorer la santé de populations de travailleurs du territoire et ce, en assurant un continuum de services allant de la promotion de la santé jusqu'à la réadaptation de travailleurs. Amenant avec elle une responsabilité populationnelle, cette approche favorise l'accès, aux populations de travailleurs, à des services de qualité partagés entre plusieurs experts du réseau public de santé et de sécurité du travail (ASSS de Montréal, 2004). Ainsi, les membres de l'unité régionale SAT, les équipes SAT dans les CSSS mandataires et les inspecteurs de la CSST en tant qu'acteurs stratégiques, mènent leurs interventions auprès de populations de travailleurs exposées à des risques pour leur santé dans les milieux de travail du territoire (Harrisson & Legendre, 2002; MSSS, 2004, 2008; Plante & Bhérier, 2006). Le PHN repose sur une approche populationnelle, puisqu'il permet de clarifier les rôles et les responsabilités des partenaires concernés

par les situations qui menacent la santé des travailleurs. Ce faisant, les partenaires peuvent assurer le continuum des services allant de la protection de la santé des travailleurs, en passant par la promotion de la santé au travail jusqu'à la réadaptation des travailleurs atteints de maladies professionnelles.

Au Québec, l'infirmière SAT bénéficie de cadres de référence pour exercer ses rôles et fonctions. Les principaux cadres de référence de l'infirmière SAT du secteur public sont le Programme National de Santé Publique 2003-2012 (PNSP) (MSSS, 2003) et « *Les défis de l'avenir en santé et sécurité du travail* », rédigé en 1998 par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Association des infirmières et infirmiers en santé et sécurité du travail du Québec (AIISTQ).

Le PNSP 2003-2012 (MSSS, 2003) définit les activités qui visent à modifier les déterminants de la santé et du bien-être<sup>12</sup>, à améliorer l'état de santé ou du bien-être, à réduire des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes. Ces activités se rapportent aux rôles ou aux tâches définis dans la Loi sur la santé publique (S-2.2). Ces rôles délimitent le champ et la nature des activités de la santé publique. Les rôles essentiels de cette dernière sont la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et la protection de la santé. D'autres rôles, ceux liés à la réglementation, à la législation, aux politiques publiques, à la recherche, à l'innovation et au développement et au maintien des

---

<sup>12</sup> Les déterminants de la santé et du bien-être sont : les prédispositions biologiques et génétiques; les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé; les conditions de vie et les milieux de vie; l'environnement physique et l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources. (MSSS, 2003, p.15)



compétences, permettent d'agir sur la santé et le bien-être de la population. Concernant le domaine d'intervention de santé au travail, le PNSP (MSSS, 2003) précise des objectifs à atteindre d'ici 2012 et les activités à prévoir pour les réaliser. Donc, en se référant au PNSP, l'infirmière peut non seulement comprendre la nature et le champ de ses activités, mais également, envisager les priorités d'action et identifier des stratégies pour atteindre les objectifs visés. C'est pourquoi que, d'ici 2012, les priorités d'action visent, entre autres, à réduire l'exposition des travailleurs à des risques chimiques occasionnant des maladies professionnelles, telles que la béryllose (béryllium), la silicose (silice), l'amiantose (amiante), l'asthme professionnel (isocyanates, farine, protéines de crustacés) (MSSS, 2003). Les stratégies proposées sont; 1) de favoriser le potentiel des personnes, 2) de soutenir le développement des communautés, 3) de soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être, 4) de soutenir les groupes vulnérables et, 5) de promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives. Par ses objectifs, ses cibles, ses activités et ses stratégies d'actions, le PHN s'inscrit dans l'exercice de la responsabilité populationnelle et dans l'échiquier du PNSP 2003-2012.

L'autre cadre de référence, propre à la pratique infirmière spécialisée dans le domaine SAT, provient de l'OIIQ et de l'AIISTQ. Ce cadre de référence rappelle les assises de la pratique infirmière, notamment les concepts-clés (personne, santé, environnement et soin) et l'importance de guider la pratique à partir d'un modèle conceptuel de soins infirmiers. À la lecture de ce cadre de référence, le but de la pratique infirmière SAT au Québec se définit ainsi :

*« L'infirmière en santé et en sécurité du travail applique les principes de la profession, afin de promouvoir, maintenir et améliorer la santé, la sécurité, le bien-être et la qualité de vie du travailleur par une approche biopsychosociale ». (AIISTQ & OIIQ, 1998, p.31)*

L'exercice infirmier est décrit à partir d'énoncés descriptifs (standards) de la profession, soit le partenariat, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le processus thérapeutique, la réadaptation fonctionnelle, la qualité de vie et l'engagement professionnel. Ce cadre de référence oriente le développement de l'exercice de la profession sous une perspective d'amélioration continue de la pratique infirmière. Ce faisant, il émet des principes directeurs pour la pratique clinique et propose des indicateurs permettant d'évaluer la qualité des soins infirmiers offerts aux milieux de travail à partir des différents rôles et responsabilités de l'infirmière SAT découlant de la clinique, de la gestion, de l'enseignement et de la recherche. Au Canada, l'Association Canadienne des infirmières et infirmiers en santé au travail (ACIIST) propose également aux infirmières un cadre de référence qui, par ailleurs, est presque identique à celui de *l'American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN)* aux États-Unis. Leur contenu (de ces cadres de références) est semblable à celui du Québec (OIIQ & AIISTQ, 1998), notamment, au sujet des assises de la profession (santé – personne – environnement - soin), du contexte de la pratique (milieux de travail, cadre légal, multidisciplinarité) et des soins offerts dans les milieux de travail (soins de santé primaires, secondaires, tertiaires). Certains aspects de ces cadres de références concernent davantage le secteur privé (prévention tertiaire : réadaptation fonctionnelle d'un travailleur, gestion de la présence au travail, gestion et enquête d'accidents du travail dans les entreprises) car dans le secteur public, les infirmières font rarement des

activités de prévention tertiaire (OIIQ & AIISTQ, 1998). Aussi, les cadres de références de l'ACIIST et de l'AAOHN démontrent une différence quant aux responsabilités assumées par les infirmières. À titre d'exemple, aux États-Unis, la responsabilité de l'élaboration, de la mise en application et de l'évaluation des programmes de surveillance de la santé, des programmes d'éducation à la santé ou encore, des programmes de promotion de la santé, revient aux infirmières SAT spécialistes. Ces infirmières sont au cœur de la gestion de la santé au travail dans les établissements, alors que dans le secteur public SAT du Québec, ce sont les médecins qui sont nommés légalement responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des PSSE (LSST, art. 113).

Au Québec, au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni, la pratique infirmière SAT repose sur une approche globale composée 1) d'une dimension sociosanitaire et politique, 2) d'une reconnaissance des enjeux présents dans les milieux de travail, 3) d'une assimilation des différents rôles et responsabilités de l'infirmière, 4) d'un arrimage des interventions entre les partenaires concernés, 5) d'une conception systémique du milieu de travail et 6) d'une démarche d'amélioration et de perfectionnement des soins offerts par les infirmières SAT (AAOHN, 2007; AIIC, 2003; Deith, 1995; Harrison, Harriss & Maw, 2005; OIIQ & AIISTQ, 1998; Rodgers & Livsey, 2000).

### *2.1.3. Conception des soins infirmiers en SAT*

L'utilisation d'un modèle de soins infirmiers pour guider la pratique infirmière SAT représente un grand défi (McBain, 2006). En effet, la plupart des modèles ne reflètent

pas la pratique infirmière SAT, ne définissent pas clairement le rôle des infirmières SAT et n'ont pas fait l'objet d'une validation dans le cadre de la pratique SAT (McBain, 2006; Chang, 1994). Néanmoins, des modèles théoriques sont adaptés à la réalité SAT et sont appliqués par des infirmières SAT (McBain, 2006; Chang, 1994; OIIQ & AIISTQ, 1998).

Dans la région à l'étude, les infirmières des équipes SAT appliquent le modèle de soins de McGill, qu'elles ont adapté à la santé au travail (Fontaine, 1998). Il est donc nécessaire de rapporter dans cette étude la conception des soins des participantes puisqu'elle guidera la collecte de données, l'analyse et l'interprétation des discours des participantes. D'autres modèles inspirent la pratique des infirmières de santé publique. Pour les fins de la présente étude, outre le modèle de soins de McGill, le modèle écologique *PRECEDE-PROCEED* élaboré par Green et Kreuter (1999) retient l'attention de l'étudiante chercheuse car il a inspiré un projet d'intervention en promotion de la santé développé en lien avec le PHN. Voici brièvement, une présentation de ces modèles.

#### *2.1.3.1. Modèle de soins de McGill*

L'infirmière reconnaît que le travailleur et l'employeur détiennent des connaissances, des savoir-faire et qu'ils aspirent à une meilleure santé et bien-être au travail (Fontaine, 1998; Fontaine & Moretti, 2000). **La personne** est définie comme étant un système travailleur / entreprise, au même titre qu'une personne / famille, telle que défini par le modèle conceptuel de McGill (Fontaine, 1998). Le concept de « personne » comprend des travailleurs, de l'employeur, du comité de santé et de sécurité, du représentant à la prévention et des secouristes dans une entreprise comportant des

structures et un mode de fonctionnement particuliers (Fontaine, 1998; Fontaine & Moretti, 2000). **L'environnement** est le contexte dans lequel le système travailleur / entreprise vit des expériences de santé et par conséquent, le lieu d'apprentissages de ces derniers en matière de santé (Fontaine, 1998; Fontaine & Moretti, 2000). **Les soins** offerts par les infirmières se traduisent par des activités de sensibilisation, de négociation, de facilitation, de collaboration, de médiation, de renforcement, de promotion de la santé et de prévention de la maladie auprès du système travailleur / entreprise. L'objectif visé est d'amener ce dernier à participer activement à la recherche de solutions et à devenir un agent de changement dans le milieu de travail (Fontaine, 1998; Fontaine & Moretti, 2000). **La santé** est un concept élargit qui ne se limite pas à la présence ou à l'absence d'une maladie. La santé est définie par les habiletés du système travailleur / entreprise à faire face aux diverses situations de santé rencontrées dans le milieu de travail. L'engagement dans le processus de négociation, la capacité à résoudre les problèmes rencontrés et le développement de ces habiletés traduisent l'état de santé du système travailleur / entreprise en termes d'efficacité personnelle et organisationnelle (Fontaine, 1998; Fontaine & Moretti, 2000). À titre d'exemple, l'appendice B présente une illustration des concepts centraux de la pratique infirmière adaptés à la santé au travail et ce, dans un contexte de soutien à l'organisation des premiers secours et premiers soins. Les valeurs qui sous-tendent ce modèle conceptuel impliquent que les infirmières travaillent en partenariat avec les acteurs (travailleurs / entreprise) du milieu de travail, afin qu'ils prennent en charge leur santé au travail (Fontaine, 1998; Fontaine & Moretti, 2000).

### 2.1.3.2. Modèle *PRECEDE-PROCEED* de Green & Kreuter (1999)

Ce modèle est généralement utilisé pour élaborer des programmes de promotion de la santé dans divers domaines d'intervention de santé publique (Carroll, 2006). Depuis quelques années, ce modèle s'applique dans divers types de programmes de santé et d'intervention dans les milieux de travail (Bailey et al., 1994; Dille, 1999; Willkens, 2003).

Dans la région à l'étude, un projet d'intervention en promotion de la santé « *Agir en faveur de la santé des milieux de travail* » superposé au PHN, a été initié en 2006 par l'infirmière conseil de l'unité régionale SAT et une hygiéniste industriel (Fontaine, 2006). Tout comme le modèle de soins de McGill, il propose un cadre théorique basé sur le modèle écologique de Green et Kreuter (1999). Le modèle proposé vise à aider les infirmières SAT dans l'élaboration d'un programme de promotion de la santé dans un établissement hors normes. Il présente les principaux facteurs influençant les risques professionnels hors normes. Reposant sur une approche systémique, il identifie les cibles soient le groupe de travailleurs, le milieu de travail et l'environnement global, il définit les principaux facteurs influençant les risques professionnels hors normes et il propose des activités à inscrire pour chacune des stratégies d'intervention énumérées visant à promouvoir la santé des travailleurs.

Aux points de vue théorique et pratique, Le modèle *PRECEDE-PROCEED* repose sur les prémisses suivantes : 1) la santé est l'affaire d'une communauté et non pas d'un seul individu, 2) la santé fait partie intégrante d'un contexte plus large défini comme étant la qualité de vie, 3) la santé représente plus que le bien-être physique des

individus ou l'absence de maladies ou de lésions et enfin, 4) il existe un lien entre la qualité de vie des individus et les besoins de santé (Green & Kreuter, 1999).

Ce modèle se compose de deux phases soient l'évaluation (*PRECEDE*) et l'intervention (*PROCEED*). La première phase, l'évaluation, vise à recueillir les informations préliminaires nécessaires à la planification de l'intervention. Cette cueillette d'informations préliminaires comporte cinq étapes. La première étape consiste à réaliser une évaluation sociale, c'est-à-dire, à recueillir les faits objectifs de la situation (dimension objective) et les perceptions des personnes en regard de la situation (dimension subjective). La deuxième étape vise à identifier le besoin de santé (par exemple : le risque professionnel) le plus important et la population concernée (par exemple : les travailleurs exposés au risque professionnel identifié), c'est l'évaluation épidémiologique de la situation. Suivant ces premières étapes, il est possible d'identifier, de décrire et de documenter les problèmes de santé d'une population et d'établir des priorités d'action. Ensuite, la troisième étape de l'évaluation consiste à circonscrire les facteurs comportementaux et environnementaux qui agissent directement ou indirectement sur les problèmes de santé identifiés et à apprécier le potentiel de changement de la situation. Cette étape est suivie par l'évaluation éducationnelle et organisationnelle qui identifie les facteurs prédisposants (croyances, attitudes et connaissances en regard de la situation), les facteurs facilitants (habiletés, disponibilité de ressources) ou limitatifs et les facteurs de renforcement (soutien, encouragements, valorisation) qui servent à supporter le changement de la situation. C'est à cette étape que les stratégies d'intervention sont choisies. La dernière étape du *PRECEDE* consiste à faire l'évaluation administrative des ressources et l'appui administratif et politique

nécessaires à supporter les stratégies d'intervention choisies. Autrement dit, cette dernière étape permet d'identifier les politiques et les dispositions législatives qui favorisent ou limitent l'implantation de l'intervention et du changement visé. La deuxième phase, celle-ci étant l'intervention, *PROCEED*, consiste à planifier et à mettre en œuvre les interventions d'une part, et d'autre part, à évaluer le processus (déroulement des interventions), les impacts (changement de comportements et dans l'environnement) et les résultats (meilleure qualité de vie). L'application de ce modèle, par les infirmières SAT, a permis des interventions efficaces et efficientes dans les milieux de travail (Connon & Salazar, 2004).

#### 2.1.4. Reconnaissance de l'expertise de l'infirmière SAT

Les infirmières SAT du Canada et des États-Unis, excluant le Québec, ont la possibilité d'obtenir une certification, émise par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIC) ou par l'*American Board for Occupational Health Nurses (ABOHN)*, leur **reconnaissant leur expertise et leur titre**. Même s'ils ne sont pas obligatoires pour pratiquer dans le domaine SAT, le gouvernement, les associations d'infirmières ou encore, la plupart des employeurs, les reconnaissent (AAOHN, 2007; AIC, 2003; Deith, 1995; Harrison, Harriss & Maw, 2005; Rodgers & Livsey, 2000). Au Canada et aux États-Unis, il existe deux types de certification de base, soient la certification d'infirmière SAT (*Certified Occupational Health Nurse « COHN »*) et la certification d'infirmière SAT spécialiste (*Certified Occupational Health Nurse Spécialist « COHN-S »*). Cette dernière certification n'est offerte qu'aux infirmières qui détiennent minimalement un baccalauréat et outre le rôle de cliniciennes expertes, elle certifie l'expertise des infirmières spécialistes SAT quant aux rôles de gestionnaires, d'éducatrices et de consultantes. Aux



États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, entre autres, plusieurs universités offrent un programme d'études post-graduées visant à former des infirmières praticiennes SAT (AAOHN, 2007; Deith, 1995; Harrison, Harriss & Maw, 2005; Rodgers & Livsey, 2000). Au Royaume-Uni, Harrison, Harriss et Maw (2005) et Deith (1995) rapportent, entre autres, que des publications du Département de Santé du gouvernement londonien expliquent le rôle et le champ d'activités des infirmières praticiennes SAT et précisent comment elles permettent l'ancrage de bonnes pratiques en matière de services de santé au travail<sup>13</sup> notamment, par des activités liées, entre autres, à la consultation de spécialiste, tels que des médecins, des hygiénistes industriels, lorsque nécessaire. Ces publications identifient les infirmières SAT comme étant au cœur de la santé dans les milieux de travail et ce, par leur expertise, leur approche et leur contact privilégié avec les travailleurs, les employeurs et les divers comités paritaires présents dans l'établissement. Ceci constitue une différence avec la situation des infirmières SAT du Québec. En effet, comme le rapportent l'OIIQ et l'AIISTQ (1998), la contribution particulière de l'infirmière SAT fait l'objet de discussions. Ceci représente une difficulté majeure pour les infirmières SAT, car leur expertise est sous utilisée, ce qui ne leur permet pas d'assumer pleinement leurs rôles. En 1995, l'OIIQ effectuait un important sondage auprès des infirmières SAT, des secteurs public et privé, au sujet de leurs activités. En résumé, ce sondage révèle que les infirmières SAT sont en quête d'une reconnaissance légale et professionnelle notamment, au sujet de l'élaboration des PSSE et des responsabilités à l'égard des activités qui en découlent. En effet, près de

---

<sup>13</sup> Leurs activités sont liées 1) à l'identification des risques pour la santé, 2) au développement de moyens de contrôle des risques, 3) à la surveillance de l'état de santé des travailleurs, et aux activités de dépistage de maladies professionnelles, 4) aux activités d'information et de formation dans les milieux de travail, 5) à la consultation en matière d'éducation pour la santé et de réadaptation, 6) à la supervision des services de premiers secours et de premiers soins et enfin, 7) à la consultation de spécialiste, tels que des médecins, des hygiénistes industriels, lorsque nécessaire (Deith, 1995; Harrison, Harriss & Maw, 2005).

70% des infirmières SAT qui ont répondu au sondage de l'OIIQ en 1995, tous secteurs confondus, affirment qu'elles élaborent seules les PSSE par manque d'effectifs médicaux (absence de médecin ou encore, ils travaillent de façon occasionnelle). Ainsi, plusieurs infirmières SAT souhaitent que la LSST soit refondue afin qu'elles puissent, d'une part, assumer cette responsabilité de manière officielle et d'autre part, qu'elles puissent organiser leur travail de manière plus efficace (réduction des délais pour l'élaboration et la mise en application des PSSE).

#### *2.1.5. Mode de fonctionnement des équipes SAT du secteur public au Québec*

Au Québec, la LSST (S-2.1), la LATMP (A-3.001) et la LSP (S-2.2) identifient clairement le médecin comme étant responsable des activités de l'équipe locale SAT dans le secteur public québécois (Drouin et al., 2004; MSSS, 2004; Plante & Bhérier, 2006). En pratique, le médecin compte sur le soutien d'experts spécialisés en santé au travail pour accomplir les activités qui découlent des mandats qui lui sont conférés par ces diverses lois (MSSS, 2003; Plante & Bhérier, 2006;). Les activités liées à l'environnement de travail (évaluation, documentation des procédés industriels, etc.) relèvent de l'hygiéniste industriel ou encore des techniciens en hygiène du travail. Les activités réservées et exercées par les infirmières sont nombreuses et variées (Drouin et al. 2004; OIIQ & AIISTQ, 1998). Exercées sans condition (autonomie professionnelle), l'infirmière procède, s'il y a lieu, à l'évaluation de l'état de santé physique et mental d'une personne symptomatique ou non (Drouin et al. 2004; OIIQ & AIISTQ, 1998). Également, l'infirmière organise et réalise des activités de dépistage de maladies professionnelles (Drouin et al., 2004). L'infirmière est responsable d'offrir du soutien aux milieux de travail concernant l'organisation des premiers secours premiers soins. Aussi,

elle développe, organise, planifie et réalise des activités d'information et de formation visant à sensibiliser les milieux de travail et à développer une culture préventive de santé au travail (Drouin et al. 2004; Fontaine, 1998; OIIQ & AIISTQ, 1998). L'infirmière partage aussi avec les membres de l'équipe SAT, les activités liées à l'ergonomie (Drouin et al., 2004; OIIQ & AIISTQ, 1998). Enfin, elles offrent leur soutien aux établissements dans la recherche de solutions à divers problèmes (Drouin et al., 2004; MSSS, 2008; OIIQ & AIISTQ, 1998). Ailleurs aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, les pratiques infirmières sont similaires, à la différence près, tel que précisé plutôt, qu'elles s'engagent davantage dans des activités de soins de santé tertiaires et dans le développement de programmes de promotion de la santé (AAOHN, 2007; Deith, 1995; Harrison, Harriss & Maw, 2005; Rodgers & Livsey, 2000).

#### *2.1.6. Programme Hors Normes (PHN)*

Les activités des membres de l'équipes SAT dans le cadre du PHN sont les mêmes mais elles sont encadrées de manière rigoureuse. D'abord, le PHN circonscrit une marche à suivre à l'équipe SAT, par un algorithme d'encadrement professionnel, pour assurer le traitement équitable de tous les établissements présentant une situation hors normes. Il prescrit des délais à respecter pour remédier aux situations hors normes et il requiert l'utilisation d'outils de communication standardisés (lettres pour faire le signalement, formulaire de suivi des interventions, etc.). Il prévoit des mécanismes pour assurer la vigie et la protection des travailleurs, dont le recours aux pouvoirs légaux du Directeur de santé public (LSP, S-2.2, art. 93, art.98), lequel peut intervenir auprès des instances concernées, tels que d'autres ministères ou organismes publics lorsque la santé de la population est menacée (Colin, 2004; DSP de Montréal, 2006; MSSS, 2004

Plante & Bhérier, 2006). Ainsi, le PHN repose sur une approche légaliste qui dictent certaines obligations (par exemple : le signalement) et modes de fonctionnement (par exemple : instances à aviser) lors de situations à risque qui se présentent en milieu de travail. Prenant assise sur ces obligations légales, le PHN fut développé par plusieurs hygiénistes du travail, agents de recherche, coordonnateur et enfin, médecin de l'unité régionale SAT (DSP de Montréal, 2006). Aucune infirmière n'a participé à son développement et aucun écrit n'en spécifie la raison.

Présentement, le PHN s'applique aux hors normes chimiques correspondant à l'annexe 1 du Règlement sur la santé et la sécurité du travail (RSST) (L.R.Q., S-2.1, r.19.01) et aux valeurs de références proposées dans le cadre de PII et retenues par la DSP et la CSST (appendice C). On considère les valeurs d'exposition moyennes pondérées<sup>14</sup> (VEMP), les valeurs d'exposition de courte durée<sup>15</sup> (VECD), les LIMITES D'EXCURSION<sup>16</sup> et la somme des fractions du mélange (RM) (L.R.Q., S-2.1, r.19.01, art. 98) (DSP de Montréal, 2006). Les techniciens en hygiène et les hygiénistes du travail des équipes locales SAT sont essentiellement sollicités et impliqués dans la phase d'identification d'un contaminant chimique hors norme dans les entreprises, puisque ces activités relèvent de leur champ d'exercice (DSP de Montréal, 2007).

---

<sup>14</sup> VALEUR D'EXPOSITION MOYENNE PONDÉRÉE : la concentration moyenne, pondérée pour une période de 8 h par jour, en fonction d'une semaine de 40 h, d'une substance chimique (sous forme de gaz, poussières, fumées, vapeurs ou brouillards) présente dans l'air au niveau de la zone respiratoire du travailleur. (L.R.Q., S-2.1, r.19.01)

<sup>15</sup> VALEUR D'EXPOSITION DE COURTE DURÉE : la concentration moyenne, pondérée sur 15 minutes, pour une exposition à une substance chimique (sous forme de gaz, poussières, fumées, vapeurs ou brouillards) présente dans l'air au niveau de la zone respiratoire du travailleur, qui ne doit pas être dépassée durant la journée de travail, même si la valeur d'exposition moyenne pondérée est respectée. (L.R.Q., S-2.1, r.19.01)

<sup>16</sup> LIMITES D'EXCURSION : les limites d'excursion s'appliquent pour les substances n'ayant pas de valeur d'exposition de courte durée. À condition que la valeur d'exposition moyenne pondérée soit respectée, des excursions peuvent excéder 3 fois cette valeur pour une période cumulée ne dépassant pas 30 minutes par jour. Toutefois, aucune de ces excursions ne peut dépasser 5 fois la valeur d'exposition moyenne pondérée pour quelque durée que ce soit. (L.R.Q., S-2.1, r.19.01).

Au départ, le PHN devait identifier les entreprises présentant des situations hors normes (DSP de Montréal, 2006; 2007). Pour ce faire, l'unité régionale SAT a constitué à partir de ses bases de données depuis l'an 2003, une liste d'entreprises pressenties hors normes<sup>17</sup> (DSP de Montréal, 2006). La liste d'entreprises ainsi créée, a été diffusée aux équipes SAT. Ensuite, ces dernières devaient assurer un suivi auprès de ces entreprises afin de voir si une situation hors norme prévalait dans celles-ci (DSP de Montréal, 2006). Dans tous les cas présentant une situation hors normes, l'équipe SAT devait appliquer le PHN (DSP de Montréal, 2006).

#### *2.1.6.1. Application du PHN*

En pratique, lorsqu'une situation hors normes est constatée dans une entreprise par les équipes SAT, ces dernières se doivent de la signaler à diverses instances, et ce, conformément aux dispositions législatives (LSST, art. 123). Selon le cas, le signalement doit être transmis à la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), à l'employeur, aux travailleurs, à l'association accréditée, au comité de santé et de sécurité et bien sûr, au Directeur de santé publique, ce dernier ayant l'obligation légale de protéger la santé des travailleurs et de prévenir les maladies professionnelles. Tout signalement respecte le caractère confidentiel du dossier médical des travailleurs et des procédés industriels de l'entreprise connus des équipes SAT. Il décrit également les lacunes au niveau des conditions de santé, de sécurité ou de

---

<sup>17</sup> Ces entreprises étaient divisées en deux catégories. La première catégorie correspondait aux « vieux hors normes », c'est-à-dire les entreprises qui avaient présenté des situations hors normes antérieurement (avant l'implantation du PHN). La deuxième catégorie rassemblait quant à elle, les « nouveaux hors normes ». Dans les deux cas, l'identification des situations hors normes dans les entreprises résultait d'activités de surveillance environnementale (DSP de Montréal, 2006).

salubrité susceptibles de nécessiter une mesure de prévention (DSP de Montréal, 2006). Puisque les équipes SAT n'ont aucun pouvoir coercitif, l'inspecteur de la CSST se charge d'amener l'employeur à corriger dans un délai déterminé, la situation hors normes (DSP de Montréal, 2006, novembre) et le Directeur de santé public pour exercer ses pouvoirs pour presser un inspecteur (de la CSST) d'intervenir. Ainsi et suivant le signalement, les équipes SAT apportent leur soutien à l'entreprise, notamment, dans le cadre d'activités de surveillance environnementale et d'information et de formation des travailleurs exposés au contaminant hors normes (DSP de Montréal, 2007). Lorsque les valeurs admissibles d'exposition sont respectées et si l'entreprise fait partie d'un groupe prioritaire (réglementé) (appendice A), des activités de suivi seront assurées dans le cadre d'un programme de santé spécifique (PSSE) élaboré par l'équipe SAT (LSST, art. 113). Autrement, dans le cas d'un groupe non-prioritaire, l'équipe SAT visitera l'entreprise un an après l'implantation des correctifs afin de s'assurer que ces derniers soient maintenus (DSP de Montréal, 2006).

La figure 1 illustre, aux pages suivantes, l'algorithme d'encadrement professionnel du PHN (DSP de Montréal, 2006).

# Modèle d'intervention hors norme et signalement

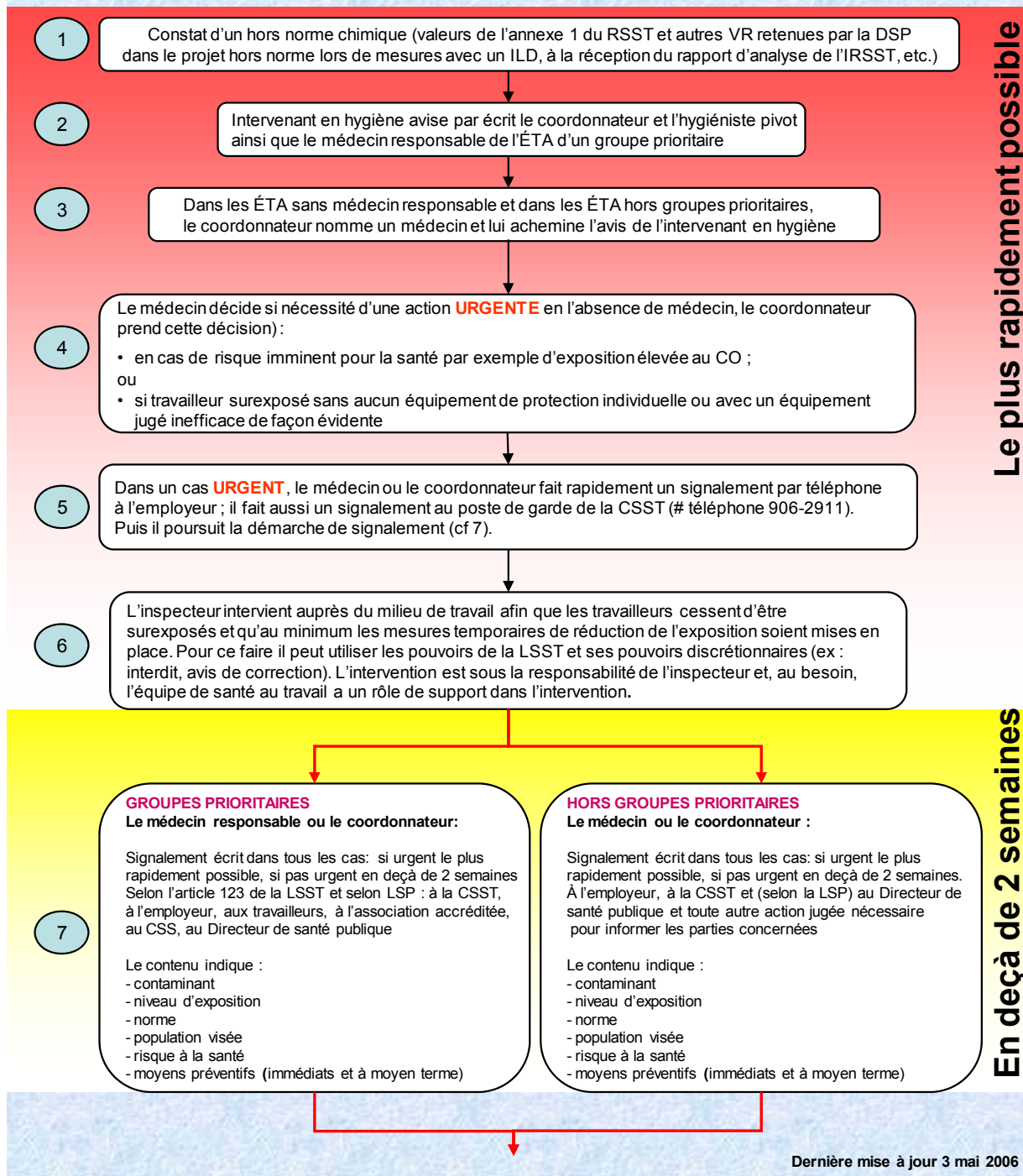


Figure 1 : PHN : algorithme d'encadrement professionnel (DSP de Montréal, 2006)

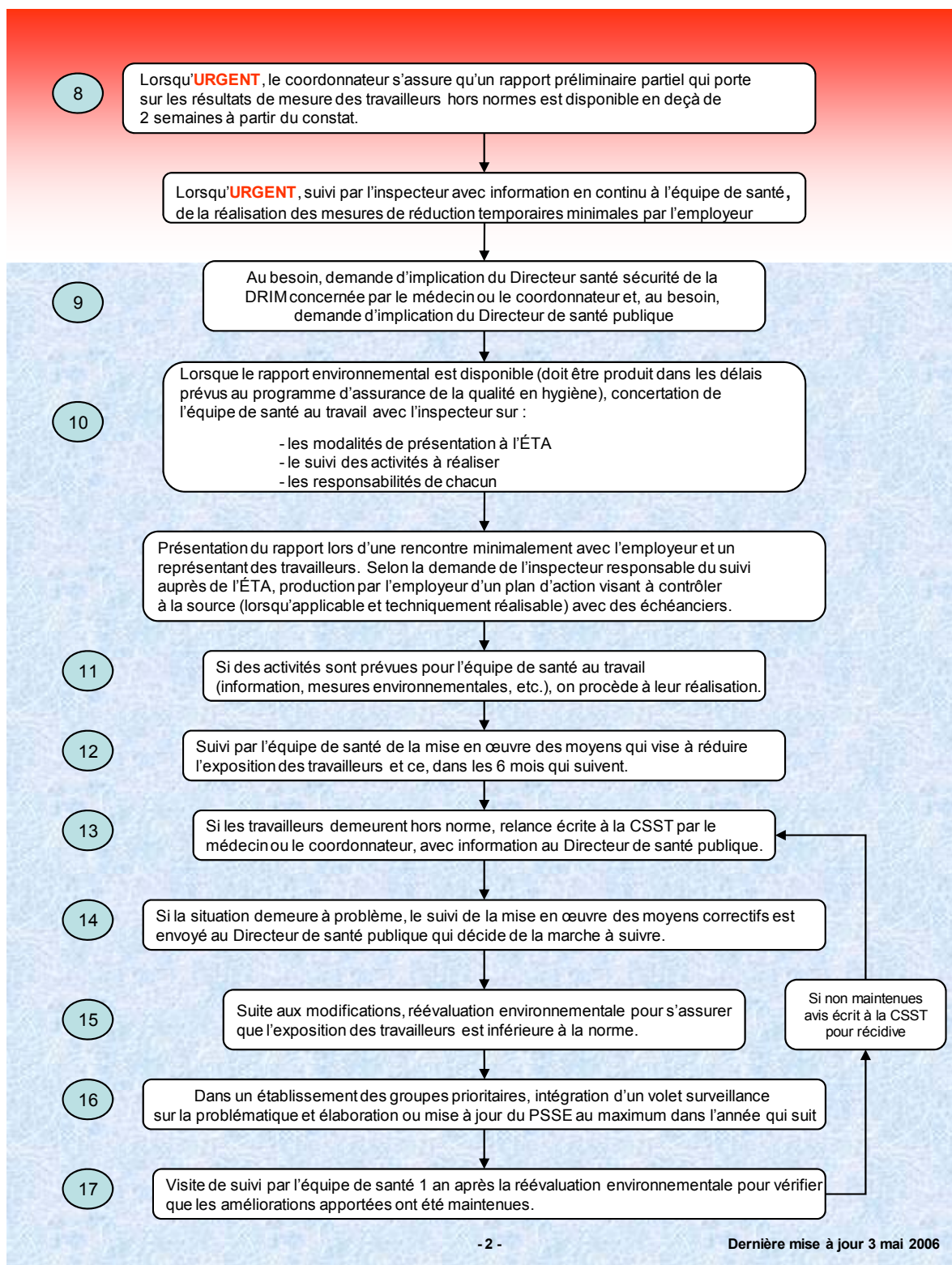


Figure 1 : PHN : algorithme d'encadrement professionnel (DSP de Montréal, 2006)



### *2.1.6.2. Pratique infirmière dans le cadre du PHN*

Étant guidée par le modèle de soins de McGill, l'approche des infirmières SAT favorise une prise en compte de plusieurs facteurs influençant le risque professionnel hors normes dans l'entreprise (approche systémique : le groupe de travailleurs, le milieu de travail et l'environnement global). Les activités des infirmières, dans le PHN, visent donc à accroître le potentiel du travailleur / entreprise dans sa démarche de résolution de problèmes et dans sa responsabilisation en matière de santé au travail.

Tel qu'il peut en être attendu des infirmières par les rôles et les fonctions au sein de l'équipe SAT, elles sont appelées à soutenir le travailleur / entreprise, entre autres, dans le cadre d'activités telles que l'information et la formation et les activités de surveillance de la santé des travailleurs concernés par la situation hors normes. Puisqu'il est possible qu'un certain temps s'écoule avant que l'infirmière intervienne dans l'entreprise, le PHN suscite des interrogations quant à l'implication de l'infirmière dans ce programme d'intervention.

### *2.1.7. Changement organisationnel*

Toute modification relativement durable et observable par les membres d'une organisation ou les personnes qui sont en relation avec celle-ci constitue un changement organisationnel (Collerette, Delisle & Perron, 2006). Ces auteurs suggèrent que pour comprendre le changement organisationnel, il faut nécessairement l'examiner à travers l'expérience des personnes qui le vivent. En effet, face au changement organisationnel, les personnes sont susceptibles de passer à travers un état de

déséquilibre avec l'espoir d'atteindre à nouveau un état plus satisfaisant (Collerette et al., 2006). Durant cette période de transition, la réaction des personnes face au changement est légitime et vise à préserver un confort relatif. Les manifestations des résistances au changement sont multiples et parfois à peine perceptibles (Collerette et al., 2006). Ces auteurs (Collerette et al., 2006) rapportent les exemples les plus fréquemment rencontrés chez les personnes face au changement. En voici quelques uns :

- *remettre en question le projet de changement;*
- *douter de la nécessité des changements envisagés;*
- *être indifférent au projet de changement;*
- *discréditer les initiateurs du changement;*
- *se démobiliser face au changement;*
- *profiter de toutes les occasions pour relancer le débat sur le changement proposé;*
- *adopter une attitude légaliste ou dépendante, où on ne fait que ce qui est strictement indiqué et de la manière prescrite, sans nuance. (Collerette et al., 2006, p.95)*

Peu importe vers qui (par exemple : initiateur du changement) ou vers quoi (par exemple : objet du changement) ces manifestations sont dirigées, elles peuvent mettre en péril les chances de succès du changement (Collerette et al., 2006). Ainsi, l'expression de résistance au changement est normale et désirable puisqu'elle fournit des indices et peut, à la limite, constituer un levier de changement. En effet, la résistance au changement démontre avant tout l'importance que les personnes accordent au changement ciblé. Aussi, la résistance au changement peut révéler des erreurs aux initiateurs du changement car nul n'est à l'abri de l'erreur! Peu importe la signification des résistances au changement, les sources peuvent être regroupées en trois catégories : 1) les résistances liées à la personnalité (les habitudes, la peur de l'inconnu, la répétition du succès, la préférence pour la stabilité, la satisfaction des

besoin, l'identification à la situation existante), 2) les résistances reliées au système social (la conformité aux normes, la cohérence du système, les intérêts et les droits acquis, le caractère sacré de certaines choses, le rejet de ce qui est étranger) et 3) les résistances reliées au mode d'introduction du changement (le respect des personnes et des compétences, le temps et les moyens fournis pour s'adapter au changement, la crédibilité de l'agent de changement) (Collerette et al., 2006). Ces auteurs soulignent qu'il existe plusieurs façons de diminuer ou d'éliminer les résistances au changement (écoute, faire participer les personnes au changement, réduire l'inconnu, inspirer confiance, faire preuve d'ouverture et de transparence, etc.), mais ils rappellent que le plus important est que l'initiateur du changement doit s'attendre à ce que les manifestations de résistances au changement soient omniprésentes tant qu'il sera porteur de changement!

## 2.2. ÉCRITS EMPIRIQUES

### *2.2.1. Pratique infirmière en santé au travail*

Plusieurs études réalisées dans divers pays dont le Canada, les États-Unis, la Finlande, le Japon, le Portugal, le Royaume-Uni et l'Australie, traitent de la pratique infirmière SAT. Toutefois, la majorité d'entre-elles concernent la pratique SAT dans le secteur privé. Néanmoins, plusieurs études (Hart, Olson, Fredrickson & McGovern, 2006; Ishihara, Yoshimine, Horikawa, Majima, Kawamoto & Salazar, 2004; Neumanen-Tuomela, 2001; OIIQ, 1995; Rodgers & Livsey, 2000; Salazar, Kemerer, Amann & Fabrey, 2002; Strasser, Maher, Knuth & Fabrey, 2006; White & Williamson, 1999) visant à identifier et à décrire la formation, les compétences et les activités réalisées par les

infirmières SAT dans les entreprises, ont permis de constater que ces aspects de la pratique infirmière SAT sont similaires à celles des infirmières SAT du secteur public du Québec. Toutefois, il semble que les infirmières qui détiennent une certification (COHN ou COHN-S) dans le domaine SAT ou une formation post-graduée spécialisée en SAT (infirmière praticienne SAT) bénéficient d'une reconnaissance de leur expertise leur permettant d'organiser efficacement leurs activités, d'utiliser de façon optimale leurs compétences et d'assumer pleinement leurs rôles et leurs fonctions dans les milieux de travail (AAOHN, 2007; Deith, 1995; Harrison, Harriss & Maw, 2005; Rodgers & Livsey, 2000). En parallèle à ces études, d'autres visant à évaluer l'efficacité des interventions des infirmières (Morris & Smith, 2001; Silpasuwan, Viwatwongkasem, Phalee & Kalampakornm, 2006) ou encore à évaluer la pratique des infirmières en matière de promotion de la santé en établissement (Eakin, Cava & Smith, 2001; Gunnarstottir & Bjornsdottir, 2003; Mellor & St John, 2009) démontrent que l'expertise des infirmières SAT, en la matière, a besoin d'être approfondie et que les milieux de travail, bien qu'ils appuient notamment les activités de promotion de la santé, ils ne les favorisent pas ou ils ne sont pas organisés pour les soutenir. En effet, ces études rapportent que les infirmières, travaillant souvent seules et étant surchargées par leur travail, assument la plupart du temps un rôle de clinicienne et les employeurs et les travailleurs s'attendent à ce qu'elles assument des rôles traditionnels (prendre soin, surveiller l'état de santé des travailleurs, etc.). Au Québec, le comité provincial des soins infirmiers en santé au travail (CPSI-SAT), formé des infirmières conseils des unités régionales SAT de chacune des régions du Québec, a produit en 2006 un rapport synthèse rapportant l'évolution de la pratique infirmière SAT du secteur public en promotion de la santé au travail depuis une décennie. Ces auteurs rapportent que la pratique infirmière de prévention et de

promotion de la santé au travail tarde aussi à s'implanter et ce, notamment à cause de l'absence d'une orientation claire du secteur public SAT, d'un soutien professionnel et d'outils d'intervention en la matière (CPSI-SAT, 2006). Le CPSI-SAT recommande aux gestionnaires nationaux et régionaux : « 1) *de s'engager dans le développement des compétences des infirmières conseils de manière à favoriser l'ancrage et l'intégration des rôles et des stratégies de santé publique, 2) de contribuer à la réflexion pour une nouvelle offre de service en santé au travail, 3) d'appuyer la mobilisation interdisciplinaire et intersectorielle à cette nouvelle offre de service et, 4) d'assurer que les universités ou l'institut national de santé publique offrent une formation continue pour des programmes de base adaptés aux besoins spécifiques de la santé au travail.* » (CPSI-SAT, 2006). Toujours au Québec, les résultats d'une étude, portant sur les pratiques de promotion de la santé et de prévention en CSSS-mission CLSC selon une approche populationnelle (PPPP), confirment que ces pratiques tardent aussi à s'implanter (Beaudet et al., 2007). L'étude menée par Beaudet et al. (2007), auprès de gestionnaires et d'infirmières œuvrant dans divers services de santé intégrés dans des CSSS (enfance/famille/jeunesse, personnes âgées/perte d'autonomie, services généraux et services spécifiques), permet d'une part, d'observer des écarts entre la pratique actuelle et celle souhaitée et d'autre part, d'identifier les contraintes et les leviers qui influencent le développement de la PPPP.

En ce qui concerne les écarts observés par Beaudet et al. (2007), la pratique actuelle des infirmières est davantage axée sur des facteurs de risque individuels, sur des activités d'éducation à la santé et sur une approche réactive et fragmentée. Alors que dans une approche PPPP, l'infirmière applique une approche intégrée et une

intervention de type populationnelle (planifier, gérer et évaluer des projets ou des programmes). Aussi, actuellement, l'infirmière agit à titre d'intervenante centrale de soutien alors que dans la PPPP, elle intervient plutôt en tant qu'acteur stratégique. Enfin, les liens entretenus par les infirmières avec les acteurs réseaux (autres professionnels de la santé, les organismes publics ou communautaires, etc.) sont de type « Référence » (réfère la clientèle à d'autres acteurs du réseau) plutôt que de type collaborateur tel que privilégié par l'approche PPPP.

Selon Beudet et al. (2007), plusieurs contraintes organisationnelles (réformes successives du système de santé, ressources limitées, culture axée sur les services cliniques) et le manque d'accompagnement et de formation des infirmières expliquent, en parties, ces écarts. Devant ces contraintes (organisationnelles et le manque de soutien professionnel), les infirmières à l'étude témoignent des tensions (sentiments d'impuissance, d'incompréhension et de crainte) face aux nouveaux rôles qu'elles sont invitées à actualiser dans le cadre de la PPPP. L'analyse et l'interprétation des résultats ont conduit ces chercheurs à identifier cinq composantes essentielles et interreliées dans le développement de la PPPP. Ces composantes sont : la formation, les activités privilégiées, l'identité professionnelle, l'organisation du travail et les liens entre acteurs. Afin de permettre une meilleure transition de la pratique infirmière actuelle (rôle de clinicienne) vers celle souhaitée (rôle d'acteur stratégique), soit la PPPP, les chercheurs proposent les recommandations suivantes :

- 1) *un positionnement organisationnel fort en faveur de la promotion/prévention;*
- 2) *des formations axées sur l'approche populationnelle et la promotion de la santé;*
- 3) *des activités infirmières qui s'inscrivent dans l'intervention populationnelle comportant la planification, la gestion de projets et l'évaluation;*
- 4) *des infirmières qui s'affirment comme des acteurs stratégiques;*
- 5) *une approche intégrée de l'organisation du travail qui tient compte de la diversité du continuum d'interventions;*
- 6) *des acteurs qui collaborent et se donnent des temps de réflexion. (Beaudet et al., 2008, p.10-11)*

### *2.2.2. Experts de santé au travail du secteur public*

Au Québec, rares sont les études qui ont exploré la perception et les représentations des infirmières SAT, à partir d'elles-mêmes, quant à leur pratique. En effet, la recherche en sciences infirmières dans ce domaine de spécialité est peu développée au Québec (Beauchemin, 1995; OIIQ & AIISTQ, 1998). Également, les études portant spécifiquement sur les expériences vécues par les membres de la santé et de la sécurité du travail du secteur public québécois sont rarissimes (Berthelette, 2002; Carpentier-Roy et al., 2001). Néanmoins, deux études spécifiques à ce domaine, soient l'étude de Caux et al. (2007) et l'étude de Carpentier-Roy et al. (2001), ont traité de la pratique des membres des équipes locales SAT des CSSS mandataires.

Ces études qualitatives ont permis de mettre à jour les enjeux auxquels font face les membres des équipes locales SAT, notamment, au sujet des aspects éthiques liés à l'utilisation de bioindicateurs pour le dépistage d'une maladie professionnelle chez des travailleurs (Caux et al., 2007) et au sujet des perceptions des interventions en santé et sécurité du travail dans la petite entreprise (moins de 50 travailleurs) au Québec (Carpentier-Roy et al., 2001).

Explorant à partir du point de vue de divers groupes concernés par la santé et sécurité du travail, entre autres, travailleurs, employeurs, inspecteurs de la CSST et membres des équipes locales SAT, ces études dévoilent les similitudes (convergences) et les différences (divergences) quant aux interprétations (représentations ou perceptions) de ces groupes à l'égard des interventions en santé et sécurité du travail et des objectifs visés par ces dernières. Plus spécifiquement, de ces deux études émergent les dimensions subjectives et sociales qui influencent la réceptivité et l'efficacité des interventions en santé et sécurité du travail. Plus particulièrement, Carpentier-Roy et al. (2001) décrivent que les divergences entre les perceptions des groupes concernés sont suffisamment importantes pour affecter l'efficacité des interventions en santé et sécurité du travail. En effet, leur étude révèle que les membres de l'équipe SAT croient en l'utilité de leurs interventions dans les milieux de travail même si ces dernières (interventions) ne sont bien souvent pas mesurables, limitées ou encore mal reçues par les milieux de travail. Entre autres, ceci conduit les membres de l'équipe locale SAT à remettre en question leur mode d'intervention. En effet, il semble que bien qu'ils travaillent en équipe, la collaboration entre les membres de l'équipe locale SAT reste souvent informelle et influencée par les rapports personnels entre ces derniers. Cette faiblesse entraîne des pratiques trop souvent individualisées, ce qui ne permet pas l'existence de savoir-faire collectif (protocole précis d'intervention, harmonisation des pratiques professionnelles, etc.). En Australie, une étude menée par Mellor et St John (2009) auprès d'infirmières praticiennes SAT a obtenu des résultats similaires au sujet des pratiques fragmentées et le manque de collaboration entre les experts de la santé et de la sécurité du travail. Plus intéressant encore, cette étude a



mis en évidence la compétition qui règne entre les infirmières SAT et les autres professionnels (kinésologues, etc.) dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. En effet, plusieurs rôles liés à la promotion de la santé, à la prévention des accidents, au management et à la recherche dans le domaine SAT sont partagés entre ces professionnels et ils (rôles) sont appelés à devenir de plus en plus importants dans le futur. D'où l'importance, selon Mellor et St John (2009), de la formation en pratique avancée pour les infirmières SAT afin qu'elles puissent s'engager dans ces nouveaux rôles (promotion de la santé, prévention des accidents, management et recherche) en SAT et un leadership infirmier en la matière.

### *2.2.3. Perceptions d'infirmières quant à leurs rôles dans l'institution publique*

Plusieurs études ont exploré les perceptions des infirmières quant à leurs rôles dans l'institution publique (Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006; Takase et al., 2005). Ayant réalisé des entretiens semi-dirigés individuels ou de groupes auprès d'infirmières (Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006) ou encore un sondage auprès d'elles (Takase et al., 2005), l'analyse et l'interprétation des données ont permis aux chercheurs d'identifier plusieurs enjeux liés au contexte institutionnel dans lequel elles œuvrent.

D'abord, les infirmières soulignent leurs conditions de travail difficiles dans l'institution publique (charge de travail élevée, tâches routinières et peu stimulantes, pénurie d'infirmières, manque de soutien de la direction des soins infirmiers) (Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006).

Aussi, les résultats de l'étude menée par Takase et al. (2005) démontrent que parfois, les besoins professionnels des infirmières ne sont pas comblés dans le cadre de leur pratique. En effet, il existerait un écart entre les rôles qu'elles souhaiteraient accomplir et ceux qu'elles accomplissent. Cet écart se traduirait chez ces infirmières par de l'insatisfaction au travail et par un sentiment de non-reconnaissance des gestionnaires en regard des besoins professionnels des infirmières.

Les entreprises et les établissements de santé cherchent à réduire les coûts liés aux soins de santé et à améliorer les services. Plusieurs professionnels de la santé, dont des infirmières, sont invités à quitter leur fonction de clinicien pour entreprendre une fonction de gestionnaire de cas (*Case Manager*). Schmitt (2006) s'est justement intéressée à l'expérience d'infirmières traversant une période de transition entre le rôle d'infirmière soignante vers celui de gestionnaire de cas. Les résultats de son étude démontrent que ces infirmières rencontrent un écart entre ce qu'elles s'attendent de faire et ce qu'exige le nouveau rôle. Autrement dit, les infirmières traversent une période de transition où elles se confrontent à diverses sources de difficultés leur occasionnant des tensions. Les principales sources de difficultés liées au nouveau rôle concernent le temps alloué pour assurer le suivi des dossiers (*task-time*), les interactions et les relations avec la clientèle et les collègues de travail, la culture d'affaires et les objectifs financiers de l'institution et enfin, l'identité professionnelle et l'image de soi. Dans cette optique, bien que les infirmières éprouvent des tensions à différents degrés, les résultats démontrent que ces tensions, combinées aux sources de difficultés liées à un nouveau rôle, ont le potentiel d'un côté, d'accroître la motivation et le développement professionnel des infirmières ou de l'autre côté, d'éroder leur confiance, diminuer leur

efficacité à résoudre les problèmes et enfin, d'occasionner de l'insatisfaction au travail. Toutefois, il semble que malgré les enjeux rencontrés dans le cadre de leur pratique, plusieurs infirmières identifient des sources de satisfaction au travail dont une plus grande autonomie professionnelle, une possibilité de favoriser le processus de guérison et d'améliorer l'état de santé des patients, une opportunité d'approfondir leurs connaissances, leurs habiletés et de rehausser leur développement professionnel et leur confiance et enfin, le témoignage de respect et de reconnaissance des collègues de travail et de la clientèle. Les infirmières affirment que le sentiment d'accomplissement qui émerge de ces sources de satisfaction au travail compense pour les aspects négatifs liés à leurs conditions de travail (Schmitt, 2006).

Enfin, Schmitt (2006) rappelle l'importance de préparer, d'encadrer et de former adéquatement les infirmières avant et durant une période de transition de rôle. Ceci leur offre la possibilité de mieux cerner leurs besoins d'apprentissages, de saisir l'opportunité pour se développer professionnellement et d'apprécier leurs acquisitions et leurs nouvelles compétences. Également, il semble avantageux de favoriser les échanges entre celles qui sont plus expérimentées en regard des nouveaux rôles et celles qui le sont moins, afin que ces dernières soient mieux guidées dans leurs nouvelles fonctions.

#### *2.2.4. Travail en équipe interprofessionnelle et intersectorielle*

Outre les études de Caux et al. (2007) et Carpentier-Roy et al. (2001), plusieurs chercheurs s'intéressent à la pratique des professionnels de la santé et des services sociaux du secteur public au sein d'équipes interprofessionnelles et / ou intersectorielles (Boarder, 2002; Frost, Robinson & Anning, 2005; Keable, 2004; White & Featherstone,

2005). Ces chercheurs ont exploré plusieurs facettes du travail réalisé en équipe interprofessionnelle et intersectorielle, soient :

- les rôles et la pratique des infirmières dans des équipes multidisciplinaires en santé communautaire (Boarder, 2002);
- l'expérience professionnelle des travailleurs sociaux quant à une réforme sociale visant à promouvoir le travail en équipe interprofessionnelle et intersectorielle (Frost et al., 2005);
- la communication interprofessionnelle et les relations sociales entretenues entre les professionnels de la santé et les services sociaux (White & Featherstone, 2005);
- les représentations sociales des travailleurs sociaux au sujet d'une nouvelle approche pour l'intervention (Keable, 2004).

Recueillies par le biais de sources documentaires, d'entrevues semi-structurées et d'entrevues de groupe, l'analyse et l'interprétation des données de ces études conduisent à l'émergence de principaux enjeux liés :

- aux rôles et activités;
- à la reconnaissance;
- au besoin de clarification du rôle;
- au développement des rôles et des intérêts professionnels;
- à la santé comme cible principale des interventions;
- aux attitudes des collègues de travail;
- aux relations entretenues avec les partenaires.

Boarder (2002) suggère que la grande diversité des activités accomplies par les équipes interprofessionnelles et intersectorielles conduit les infirmières à ne pas avoir de spécificité. Autrement dit, les rôles et les activités professionnelles spécifiquement liées au champ d'exercice de ces dernières semblent se noyer au profit de celles de l'équipe. Ce chercheur a pu mettre en évidence d'une part, le besoin d'affirmer et de développer une identité professionnelle plus forte chez des infirmières et d'autre part, le besoin de recentrer les activités des infirmières sur l'identification de besoins de santé de la clientèle et sur leur développement professionnel à ce sujet.

Boarder (2002), Frost et al. (2005), Keable (2004), White & Featherstone (2005) démontrent que le travail en équipe interprofessionnelle et intersectorielle est complexe et contesté. En effet, les chercheurs remarquent qu'il existe autant de modèles de pratique que de professions au sein de l'équipe (Frost et al., 2005). En conséquence, dans un contexte de réforme sociale (Frost et al., 2005), l'implantation d'une nouvelle approche semble occasionner plus de problèmes que la nouvelle approche elle-même (Boarder, 2002; Frost et al., 2005; Keable, 2004; White & Featherstone, 2005), notamment, au sujet de l'objectif poursuivi par l'approche préconisée pour l'intervention et au sujet du rôle assumé par le professionnel au sein de l'équipe interprofessionnelle et intersectorielle.

En effet, puisque les différentes approches pour l'intervention des professionnels se traduisent par des visions différentes des problématiques au sein de l'équipe, ceci contribue à générer des tensions non seulement entre les professionnels de l'équipe mais également avec les partenaires (Boarder, 2002; Carpentier-Roy et al., 2001; Caux

et al., 2007; Frost et al., 2005; Keable, 2004; White & Featherstone, 2005). À titre d'exemple, des discussions et des luttes émergent afin de maintenir certains pouvoirs ou pratiques. Ainsi, les reproches (blâmes et jugements moraux) que divers professionnels d'une organisation ou d'un service font à l'endroit des autres sont mis au jour (White & Featherstone, 2005). Les identités professionnelles des membres des diverses équipes se fragilisent et ces derniers luttent pour les préserver. Il appert que les jugements cliniques des professionnels et les objectifs visés par les diverses organisations ou les divers services sont différents, ce qui occasionnent des tensions à cause des mésententes entre les professionnels des diverses équipes (Carpentier-Roy et al., 2001; White & Featherstone, 2005).

Malgré l'émergence de tels conflits, il ressort de certaines études que si l'objectif visé par tous les professionnels et les partenaires demeure commun et clair, il favorise l'engagement de ces derniers dans l'application d'une approche pour l'intervention (Boarder, 2002; Frost et al., 2005; Keable, 2004; White & Featherstone, 2005). Également, les relations interprofessionnelles empreintes de respect influencent les professionnels non seulement à s'engager à travailler en équipe, mais aussi à favoriser le développement d'une nouvelle façon de travailler. Ainsi, l'engagement de ces derniers, envers l'équipe, résulte en un sentiment de fierté partagé par les professionnels et les partenaires et occasionne un travail efficient et efficace et l'atteinte de résultats auprès de la clientèle.

Selon White et Featherstone (2005), le défi à relever pour encourager le travail d'équipe, est de favoriser des relations sociales efficaces en créant des conditions où

les pratiques professionnelles quotidiennes sont ouvertes au changement et où les professionnels, sans se sentir piégés, entament une réflexion quant à leur identité.

Des professionnels des services sociaux faisant face à une nouvelle approche pour l'intervention (l'approche milieu), dans un contexte de restructuration et de coupures budgétaires, ont fait l'objet d'une étude de leurs représentations d'une approche pour l'intervention (Keable, 2004). La majorité des participants de cette étude s'est représentée ce virage comme étant une réforme administrative visant à justifier les coupures dans les services. Néanmoins, les résultats de cette étude laissent entrevoir que les intervenants déjà familiers avec les principes à la base de la nouvelle approche détiennent plus de connaissances et par conséquent, semblent plus favorables avec la nouvelle approche proposée par l'organisation. Autrement dit, ces derniers manifestaient moins de résistance au changement que les autres.

### 2.3. SYNTHÈSE DES ÉCRITS THÉORIQUES ET EMPIRIQUES

Au point de vue théorique, le contexte et les activités du réseau public québécois de la santé du travail sont bien circonscrits (ASSS de Montréal, 2008; Carpentier-Roy et al., 2001; Caux et al., 2007; CSST, 2007; Drouin et al., 2004; Fontaine, 1998; MSSS, 2008; OIIQ et AIISTQ, 1998; Plante & Bhérer, 2006). Toutefois, peu d'études ont exploré à ce jour le point de vue des experts qui y œuvrent (Berthelette, 2002; Carpentier et al., 2001). Également, la recherche en sciences infirmières, dans ce domaine de pratique, est peu développée (Beauchemin, 1995; OIIQ et AIISTQ, 1998). Ces écueils conduisent l'étudiante chercheuse à explorer la pratique des infirmières d'équipes SAT des CSSS

mandataires afin de mieux la comprendre, la décrire et de participer à combler ce manque dans la littérature scientifique.

La littérature scientifique laisse entrevoir que l'étude d'une ou plusieurs facettes de la pratique de professionnels, entre autres des infirmières, à partir du point de vue des professionnels eux-mêmes, permet de mettre au jour les tensions que subissent ces professionnels de la santé dans le cadre de leur travail (Beaudet et al., 2007; Carpentier et al., 2001; Caux et al., 2007; Collette et al., 2006; Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006; White & Featherstone, 2005). En effet, ces tensions semblent liées à plusieurs enjeux auxquels ils se confrontent dans l'exercice de leur profession au sein de l'institution publique. À ce chapitre, les infirmières affirment vivre des tensions liées entre autres à leurs conditions de travail (Beaudet et al., 2007; Carpentier-Roy et al., 2001; Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006), à leurs relations interpersonnelles (Beaudet et al., 2007; Carpentier-Roy et al., 2001; Mellor & St John, 2009; Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006; Takase, 2005; White & Featherstone, 2005), à l'encadrement professionnel (Beaudet et al., 2007; Carpentier-Roy et al., 2001; Caux et al., 2007; Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006; Takase, 2005), aux rôles et fonctions qu'elles assument (Beaudet et al., 2007; Carpentier-Roy et al., 2001; Caux et al., 2007; Mellor & St John, 2006; Takase, 2005).

Les infirmières des équipes SAT, de la région à l'étude, sont confrontées à une restructuration occasionnant de grands changements organisationnels (DSP de Montréal; 2007). Avec le PHN, elles et les membres des équipes SAT sont contraints à appliquer une nouvelle approche pour l'intervention qui les presse à changer leurs



façons de faire et d'être. Certaines études démontrent que la restructuration des services, l'implantation d'une nouvelle approche pour l'intervention (Beaudet et al., 2007; Boarder, 2002; Frost et al., 2005; Keable, 2004; White & Featherstone, 2005) ou encore le processus de transition vers de nouveaux rôles professionnels (Beaudet et al., 2007; Keable, 2004; Schmitt, 2006) occasionnent des écarts entre ce que les professionnels souhaitent faire et ce qu'ils doivent faire. Ces écarts se traduisent par des insatisfactions au travail et peuvent parfois être perçus comme des besoins administratifs plutôt que des changements visant à améliorer et à développer la pratique des professionnels concernés. Par ailleurs, selon Keable (2004) et Schmitt (2006), les professionnels de la santé qui détiennent des connaissances et de l'expérience dans les nouveaux rôles et les nouvelles fonctions qu'ils doivent assumer semblent plus en faveur des changements pour l'intervention que ceux qui en détiennent moins. Colletterte et al. (2006) précisent que face à un changement organisationnel, les personnes sont susceptibles de manifester sous diverses façons, de la résistance au changement et ce, tant que le changement n'est pas intégré dans la pratique clinique de ceux qui s'y confrontent.

Les équipes SAT et les inspecteurs de la CSST sont appelés à travailler conjointement dans le cadre du PHN. Plusieurs études révèlent que le travail en équipe interprofessionnelle et avec divers partenaires engendre des difficultés notamment au niveau de la communication et de l'arrimage des objectifs et des interventions poursuivis par les divers professionnels et les organisations qu'ils représentent (Beaudet et al., 2007; Boarder, 2002; Carpentier-Roy et al., 2001; Frost et al., 2005; Mellor & St John, 2009; Schmitt, 2006; White & Featherstone, 2005). Aussi, il semble que l'identité

respective des divers professionnels confrontés à des changements organisationnels se fragilisent (Beaudet et al., 2007; Boarder, 2002; Frost et al., 2005; Keable, 2004; Schmitt, 2006; White & Featherstone, 2005).

Contrairement à la situation des infirmières SAT du Québec, la formation en pratique avancée des infirmières SAT et les divers types de certification (COHN et COHN-S) reconnus dans les autres provinces canadiennes et entre autres, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, permettent aux infirmières SAT de faire reconnaître leur titre, renforcent leur leadership et l'importance de leur rôle en SAT (AAOHN, 2007; AIIIC, 2003; Deith, 1995; Harrison, Harriss & Maw, 2005; Melor & St John, 2009; OIIQ & AIIISTQ, 1998; Rodgers & Livsey, 2000). Certaines études réalisées auprès d'infirmières SAT (Eakin, Cava & Smith, 2001; Gunnarstottir & Bjornsdottir, 2003; Mellor & St John, 2009), d'infirmière du secteur public (Beaudet et al., 2007) et le rapport synthèse du CPSI-SAT (2006), rapportent que les pratiques de prévention et de promotion de la santé tardent à s'implanter dans la pratique des infirmières. Ce retard serait tributaire aux conditions de travail difficiles des infirmières, à l'orientation des services offerts vers la clinique, au manque de soutien professionnel et de formation des infirmières et des gestionnaires en la matière.

Les études qualitatives semblent privilégiées pour mettre à jour les difficultés liées aux conditions de travail des professionnels de la santé. En effet, elles permettent de faire ressortir les enjeux et les spécificités associés à la pratique et ce, tels que vécus par les professionnels (Carpentier-Roy et al., 2001; Caux et al., 2007, Collerette et al., 2006; Keable, 2004; Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006).

L'étudiante chercheuse est d'avis que l'approche conceptuelle choisie par les études de Caux et al. (2007) et de Keable (2004), soit la théorie des représentations sociales, permet non seulement d'explorer et de décrire la pratique des professionnels, mais également de la comprendre et d'expliquer comment elle s'ajuste dans des contextes présentant des enjeux importants et des changements organisationnels.

## 2.4. APPROCHE CONCEPTUELLE DE L'ÉTUDE

Cette étude s'inscrit dans le paradigme interprétatif puisqu'il offre la possibilité d'interpréter les actions des infirmières SAT dans un contexte réel de leur pratique, soit le PHN. L'étudiante chercheuse adhère à l'idée que les infirmières se construisent leur réalité, leur pratique dans le cadre du PHN et ce, à travers les interactions sociales qu'elles vivent au travail. Ce courant de pensée rejoint la perspective socioconstructiviste à laquelle adhère l'étudiante chercheuse.

En effet, l'objet à l'étude, le PHN, serait défini et interprété constamment d'une situation à l'autre et les actions des infirmières seraient le résultat de ces interprétations. Ainsi, puisque les représentations sociales d'un objet servent de guide à l'action (Abric, 2003), la théorie des représentations sociales, telle qu'explicitée par Abric (2003) et Jodelet (1989) a été choisie à titre de cadre théorique afin d'explorer, de décrire et de comprendre les représentations du PHN d'infirmières de santé au travail du secteur public.

### *2.4.1. Théorie des représentations sociales*

Élaborée par Moscovici (1961), le concept de représentation sociale permet une voie d'accès au sens commun mis en action dans l'expérience quotidienne des personnes. Abric (2003) et Jodelet (1989) définissent les représentations sociales comme étant :

*« [...] des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensées (Jodelet, 2003, p. 53) ».*

*« Une représentation sociale est un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné. Socialement produite, elle est fortement marquée par des valeurs correspondant au système socio-idéologique et à l'histoire du groupe qui la véhicule pour lequel elle constitue un élément essentiel de sa vision du monde (Abric, 2003, p.19) ».*

Ainsi, une représentation est une forme de savoir pratique composée d'un contenu et d'une structure (Abric, 2003). Autrement dit, une représentation est formée de plusieurs éléments de contenu (informations, opinions, croyances, valeurs, attitudes, préjugés, etc.). Ces éléments de contenu n'ont pas tous la même importance ni la même signification (Abric, 2003). Or, les relations que ces éléments entretiennent entre eux, c'est-à-dire leur structure, permettent de connaître et de comprendre le sens donné à une représentation (Abric, 2003).

Appliqué à cette étude, la représentation que l'infirmière se construit de sa pratique dans le cadre du PHN renvoie inévitablement aux particularités et distinctions qu'elle y assigne, ainsi qu'aux expériences personnelles et à son bagage social et culturel. Le PHN n'existe que dans le sens que l'infirmière lui donne. Cet objet est une reconstruction du monde réel et il n'est accessible qu'à travers l'interprétation de la personne qui y est confrontée. Ainsi, le PHN, exprimé par le sujet à l'étude, est une interprétation, une représentation, voire une reconstruction de la réalité. Tel que rapporté par Jodelet (2003), une représentation est une manière socialement construite de voir le monde.

Donc, les représentations occupent plusieurs fonctions. D'abord, elles ont pour fonction le savoir permettant d'expliquer et de comprendre la réalité des personnes. Aussi, elles possèdent une fonction identitaire permettant l'intégrité et la spécificité des

groupes de personnes et une fonction d'orientation qui guide les actions (comportements) et les pratiques de ces dernières. Enfin, elles renferment une fonction justificatrice permettant d'expliquer les positions et les actions des personnes (Abric, 2003). La meilleure façon pour comprendre comment les personnes réagissent face au changement est de l'explorer à partir de leur expérience. C'est pourquoi, le choix de l'approche conceptuelle de l'étude s'est arrêté sur l'exploration des représentations de la pratique des infirmières, par ces dernières, dans le cadre du PHN.

*« [...] le constructivisme, incarné entre autres dans la théorie des représentations sociales, fournirait un cadre théorique très utile pour l'étude des processus d'adaptation des acteurs à leur réalité, à partir de leur expérience subjective, mais ancrée dans des systèmes d'interaction avec l'entourage. Il permettrait d'aborder la question de changement sous un angle différent et plus large qui éclaire mieux les dynamiques face aux changements. » (Collerette et al., 2006, p.24)*

## **CHAPITRE 3 : MÉTHODE**

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques de l'étude. Successivement sont décrits le devis et le milieu de recherche, les participantes, le déroulement, le processus d'analyse et d'interprétation des données et les considérations éthiques de l'étude. Ce chapitre se termine par l'application des critères de scientificité de Guba et Lincoln (1989) sous-jacents à la présente étude.

### 3.1. Devis et milieu de recherche

Cette étude privilégie un devis qualitatif de type descriptif / exploratoire. La collecte de données s'est effectuée au moyen d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès d'infirmières SAT du secteur public, d'une région du Québec, au Canada, durant la période de janvier 2008 à février 2008.

### 3.2. Participantes à l'étude

Les infirmières participantes œuvraient au sein des équipes SAT d'une région au Québec. L'ensemble des participantes, toutes des femmes, possédait en moyenne de 14 années d'expérience en santé au travail dans le secteur public, et cinq années dans le secteur privé. L'âge moyen des participantes était de 50 ans et variait entre 30 et 65 ans. Plusieurs d'entre elles avaient vécu au cours de leur carrière en santé au travail, plus d'un changement organisationnel. Passant du secteur privé au secteur public ou d'une organisation à une autre, leurs expériences professionnelles enrichissaient les données, entre autres, parce qu'elles permettaient de mettre en relief l'évolution de la pratique infirmière en SAT. Également, ces informations amenaient



l'étudiante chercheuse à mieux décrire et à mieux comprendre l'historique des infirmières SAT du secteur public, telle que vécue par les participantes. Ces dernières possédaient un certificat de premier cycle universitaire en santé et sécurité du travail. Également, elles détenaient ou étaient en voie d'obtenir un diplôme de premier cycle universitaire en sciences infirmières. Elles étaient assignées aux entreprises et certaines d'entre elles s'afféraient à diverses activités dont l'application d'un PSSE et de divers programmes d'intervention intégrée (PII) d'envergure provinciale ou régionale. D'autres occupaient des fonctions administratives en plus d'être assignées à des entreprises. Toutes les participantes parlaient couramment le français.

### 3.3. Déroulement de l'étude

#### *3.3.1. Échantillonnage*

Sept infirmières, travaillant au sein d'équipes SAT de quatre CSSS de la région où le PHN était implanté ont été recrutées. Celles-ci devaient être assignées à des entreprises. Puisqu'au moment de l'étude, l'implantation du PHN était récente, toutes les infirmières désireuses de participer à l'étude étaient retenues. Qu'elles soient sollicitées ou impliquées à diverses étapes du PHN (par exemple : signalement de la situation hors normes, activités de formation / information, surveillance de la santé de travailleurs, visite de suivi ou de contrôle), ces dernières pouvaient décrire les particularités de la démarche infirmière dans le cadre du PHN et identifier les habiletés et les compétences requises pour l'opérationnaliser.

Les infirmières SAT assignées uniquement au programme « *Pour une maternité sans danger* », suite à la centralisation de ce programme dans la région, étaient exclues car elles n'intervenaienat pas dans des entreprises et, par conséquent, n'appliquaient pas le PHN (DSP de Montréal, 2007).

### 3.3.2. *Méthode de recrutement*

Dans un premier temps, le coordonnateur de l'unité régionale SAT s'est impliqué, afin qu'il confirme son appui à l'étude auprès des chefs d'administration des équipes SAT où travaillent les infirmières. Dans un second temps, une entente entre ces derniers a permis d'harmoniser les modalités entourant le recrutement et la participation éventuelle des infirmières à l'étude. L'entente offrait à toutes les participantes éventuelles, l'opportunité d'être rencontrées par l'étudiante chercheuse durant leur temps de travail. Dans un troisième temps, le devis de recherche a fait l'objet d'une présentation au comité régional des soins infirmiers SAT (CRSI-SAT) de la région, où siégeaient l'infirmière conseil de l'unité régionale SAT et les représentantes infirmières des équipes SAT des CSSS mandataires. Cette rencontre visait à clarifier les objectifs et les retombées de l'étude et à susciter l'implication des membres du CRSI-SAT pour la diffusion d'informations auprès des infirmières de leur équipe au sujet de l'étude.

Avec l'appui de l'infirmière conseil de l'unité régionale SAT, la liste et les coordonnées (adresse électronique et numéro de téléphone professionnel) des infirmières œuvrant au sein des équipes SAT ont été mises à jour. On comptait 27 infirmières assignées aux entreprises dans la région au moment du recrutement.

Le recrutement s'est réalisé de janvier 2008 à février 2008 et a nécessité l'envoi par courriel, de deux lettres d'invitation à participer à l'étude à deux semaines d'intervalle, car deux infirmières avaient répondu à la première lettre d'invitation. Afin de favoriser le recrutement, l'étudiante chercheuse a communiqué directement avec les chefs d'administration des équipes locales SAT pour leur demander de rappeler aux infirmières l'importance de participer à l'étude. Ces deux moyens ont permis de recruter les sept participantes.

Ces participantes ont été contactées ensuite, par téléphone, par l'étudiante chercheuse et ont été invitées d'une part, à discuter du projet de recherche et du formulaire de consentement (Appendice D) et d'autre part, à poser des questions. Un moment pour l'entretien a été convenu avec chacune des infirmières intéressées à participer à l'étude.

### *3.3.3. Accompagnement des participantes à l'étude*

Les infirmières pouvaient communiquer avec les chercheurs avant, durant ou après l'étude pour obtenir des réponses à leurs questions. Les coordonnées de ces dernières étaient indiquées sur le formulaire de consentement.

### 3.3.4. Collecte de données

La collecte de données s'est réalisée dans le cadre d'entretiens semi-dirigés, car ceux-ci permettaient à l'étudiante chercheuse d'aborder des thèmes préalablement choisis et d'ajuster l'ordre dans lequel ces derniers étaient abordés ou encore d'en soustraire certains afin d'adapter l'entretien en fonction de la situation spécifique de chaque participante. Cette technique d'entretien laissait une marge de manœuvre à l'étudiante chercheuse pour la conduite de l'entretien et permettait à la participante de s'exprimer dans un contexte favorable. Ce processus d'entretien visait à faire ressortir les aspects sensibles des réponses partagées et à faire préciser par l'interviewée la signification attribuée au thème (Boutin, 2006).

Le modèle de communication explicité par Boutin (2006) a servi de guide à l'étudiante chercheuse pour orienter son interaction avec les participantes. Ce modèle, illustré à l'appendice E, rappelait à l'étudiante chercheuse l'importance de l'écoute, de la reformulation des parties importantes du discours, et de la validation, à la fin de l'entretien, de l'interprétation générale de ce dernier auprès des participantes. Également, par souci d'apprentissage, le premier entretien réalisé par l'étudiante chercheuse a été écouté par la directrice de recherche. Ainsi, cette dernière a pu identifier et discuter avec l'étudiante chercheuse, des forces et des faiblesses observées au niveau du savoir-faire (par exemple : supprimer les sous-questions tendancieuses) et du savoir-être (par exemple : respecter les silences de la participante). Cette activité a permis à l'étudiante chercheuse de prendre conscience de ses biais et de déployer les moyens requis pour intégrer ces ajustements lors du déroulement des entretiens subséquents.

Le canevas d'entretien, présenté à l'appendice F, comportait six questions ouvertes associées à une liste de sous-questions et d'éléments-clés qu'il convenait d'explorer s'ils étaient évoqués par la participante parce qu'ils étaient en lien étroit avec la question et les objectifs de recherche. Les questions suivantes figuraient au canevas d'entretien :

- *Que pensez-vous du PHN?*
- *Raconte-moi vos expériences avec le PHN.*
- *Quel est votre rôle dans le PHN?*
- *Dans un monde idéal, quel serait le rôle des infirmières dans le PHN?*
- *Que pensez-vous de la santé au travail au Québec et dans votre milieu?*
- *Voulez-vous discuter d'autres choses? Si oui, desquelles?*

### *3.3.5. Traitement et le classement des données*

Afin d'éviter toute perte malencontreuses de données, les entretiens étaient enregistrés sur deux enregistreurs numériques. Immédiatement après l'entretien, les données brutes de ces enregistreurs étaient téléchargées dans un ordinateur portable muni d'un mot de passe. Les fichiers téléchargés étaient nommés par le code de la participante attribué préalablement par l'étudiante chercheuse et circonscrit dans une liste de concordance, c'est-à-dire une liste associant le nom de la participante à un code. Une fois téléchargés, les fichiers des enregistreurs numériques étaient détruits.

### 3.3.6. Processus d'analyse des données

Au point de vue théorique, l'étudiante chercheuse a appliqué la méthode d'analyse issue de la théorisation ancrée proposée par Strauss et Corbin (1998). Cette méthode repose sur la construction d'une théorie à partir de faits vécus. Selon Strauss et Corbin (1998), la comparaison constante des données du discours des sujets à l'étude constitue la pierre angulaire de l'analyse en théorisation ancrée. Elle a pour but d'identifier les différences et les similitudes entre les discours des sujets. Elle permet aussi de caractériser les données et d'en circonscrire leurs relations et les déterminants de leur variation (Laperrière dans Poupart et al., 2001). L'application de cette méthode d'analyse par l'étudiante chercheuse a permis l'émergence d'un modèle descriptif des représentations de la pratique des infirmières SAT dans le cadre du PHN, présenté au chapitre 4. Au point de vue pratique, voici l'application du processus d'analyse par l'étudiante chercheuse.

Dans un premier temps, les discours étaient transcrits intégralement. Ensuite, ils étaient épurés afin d'en délimiter les segments et d'en réduire à l'essentiel la quantité de texte à coder. Pour ce faire, l'étudiante chercheuse a intégré des mots-clés ou des précisions entre accolades en prenant soin d'utiliser ceux rapportés par l'interviewée. Par exemple :

*« T'sais, c'est comme un hasard le hors normes T'sais, ce n'est pas. Ce n'est pas comme. On le retrouve au hasard bien souvent ».*

devenait;

*« On le [hors normes] retrouve au hasard bien souvent ».*

Une fois l'épuration des discours terminée, l'étudiante chercheuse a procédé à l'encodage des données. La méthode proposée par Strauss et Corbin (1998) repose sur trois types d'encodage soient **ouvert**, **axial** et **sélectif**. L'encodage ouvert vise à décomposer les données et à les comparer avec d'autres. Ceci permet d'en extraire les points communs et les différences. Concrètement, il s'agit de créer des catégories et d'en déterminer leurs propriétés. Ensuite, l'encodage axial permet de créer des sous-catégories liées à une catégorie, d'où vient le terme « axial ». Ce faisant, l'encodage axial permet de préciser les propriétés et les dimensions de l'axe sur lequel repose la catégorie et les sous-catégories. Enfin, l'encodage sélectif consiste à choisir une catégorie centrale qui rallie toutes les catégories et qui correspond à l'idée directrice de la recherche. Tel que recommandé par Strauss et Corbin (1998), l'étudiante chercheuse a rédigé des scénarios (conclusions préliminaires), des notes terrains et a utilisé des diagrammes, et ce, afin de faciliter son analyse. À titre d'exemple, l'étudiante chercheuse a eu recours aux cartes mentales (l'étudiante chercheuse a utilisé une publication de Deladrière, Le Bihan, Mongin, Rebaud & Kilian (2007) pour structurer sa méthode d'élaboration de cartes mentales). Celles-ci lui permettaient de schématiser et d'ordonner les données recueillies de manière à faciliter l'encodage.

Voici une démonstration du processus d'analyse (encodage et carte mentale) réalisée par l'étudiante chercheuse à partir d'un segment de discours. Cette démonstration se termine par la figure 2, présentée à la page 67, qui illustre sous forme de carte mentale, le processus d'analyse.

*« Il y a des situations où cela était prévu de toute façon, que les techniciens en hygiène aillent faire des mesures environnementales. Cela n'a pas changé beaucoup ce que j'aurais fait dans l'établissement. Si les résultats avaient été*

*au-dessus de la norme, j'aurais eu le même suivi à faire que celui que nous avons actuellement » (12).*

Au début de l'encodage, l'étudiante chercheuse se posait la question suivante : « *De quoi est-il question dans ce segment de discours?* ». Y répondant, elle lui attribuait la catégorie « PHN » associée à la question et au thème exploré. Cette catégorie était déterminée *a priori*. Poursuivant son analyse, l'étudiante chercheuse se posait la question « *Qu'est-ce qu'elle décrit?* ». La participante décrivait l'impact du PHN dans sa pratique. En somme, cette dernière affirmait que le PHN avait eu peu de conséquence sur sa pratique. Alors, une catégorie, soit « *Conséquence du PHN* » était définie et créée *a posteriori*. Subséquemment, l'étudiante chercheuse cherchait à savoir « *Quelles conséquences?* » le PHN avait eu sur la pratique de la participante. Suivant cet objectif, l'étudiante chercheuse attribuait une sous-catégorie à « *Conséquence du PHN* » soit « *Peu de changement* ». Souhaitant être davantage spécifique, l'étudiante chercheuse se posait la question « *Pour quelle raison?* ». Une sous-catégorie soit « *Rôles et fonctions habituels* » était définie et créée. Continuant sa réflexion, l'étudiante chercheuse se posait la question « *Pourquoi est-ce habituel?* ». Pour la participante, puisqu'elle était déjà assignée à cette entreprise et que ses rôles et fonctions étaient associés aux activités déjà prévues dans le cadre du PSSE, le PHN a eu peu d'impact sur sa pratique. Finalement, c'est de « l'organisation du travail » de la participante dont il était question dans ce segment de discours (encodage sélectif).

Ainsi, le codage se concrétisait en alternant entre les divers types d'encodage, soient ouvert et axial, pour terminer au niveau le plus abstrait, soit sélectif (catégorie centrale). Pour ainsi dire, l'étudiante chercheuse attribuait la sous-catégorie



« Assignment », pour signifier que la participante était assignée à l'entreprise pour intervenir. Également, la sous-catégorie « Rôles et fonctions » était aussi attribuée au segment, car l'infirmière assumait des rôles et des fonctions habituels dont la surveillance de la santé des travailleurs exposés à certains contaminants. Toujours dans cette optique, la catégorie « Encadrement professionnel » qui référait au PSSE était assignée. Enfin, une catégorie centrale, soit « Organisation du travail » était finalement attribuée à ce segment de discours car elle englobait toutes les sous-catégories assignées jusqu'à maintenant. Appliquant ce processus et comparant ainsi les discours des participantes, il était légitime de croire que l'assignation, les rôles et fonctions des infirmières et l'encadrement professionnel qui découlent de l'organisation du travail, ont une influence sur les représentations que les infirmières se font de leur pratique dans le cadre du PHN.

La figure 2, présentée à la page suivante, illustre sous forme de carte mentale le processus de l'étudiante chercheuse dans l'analyse et l'interprétation des données.

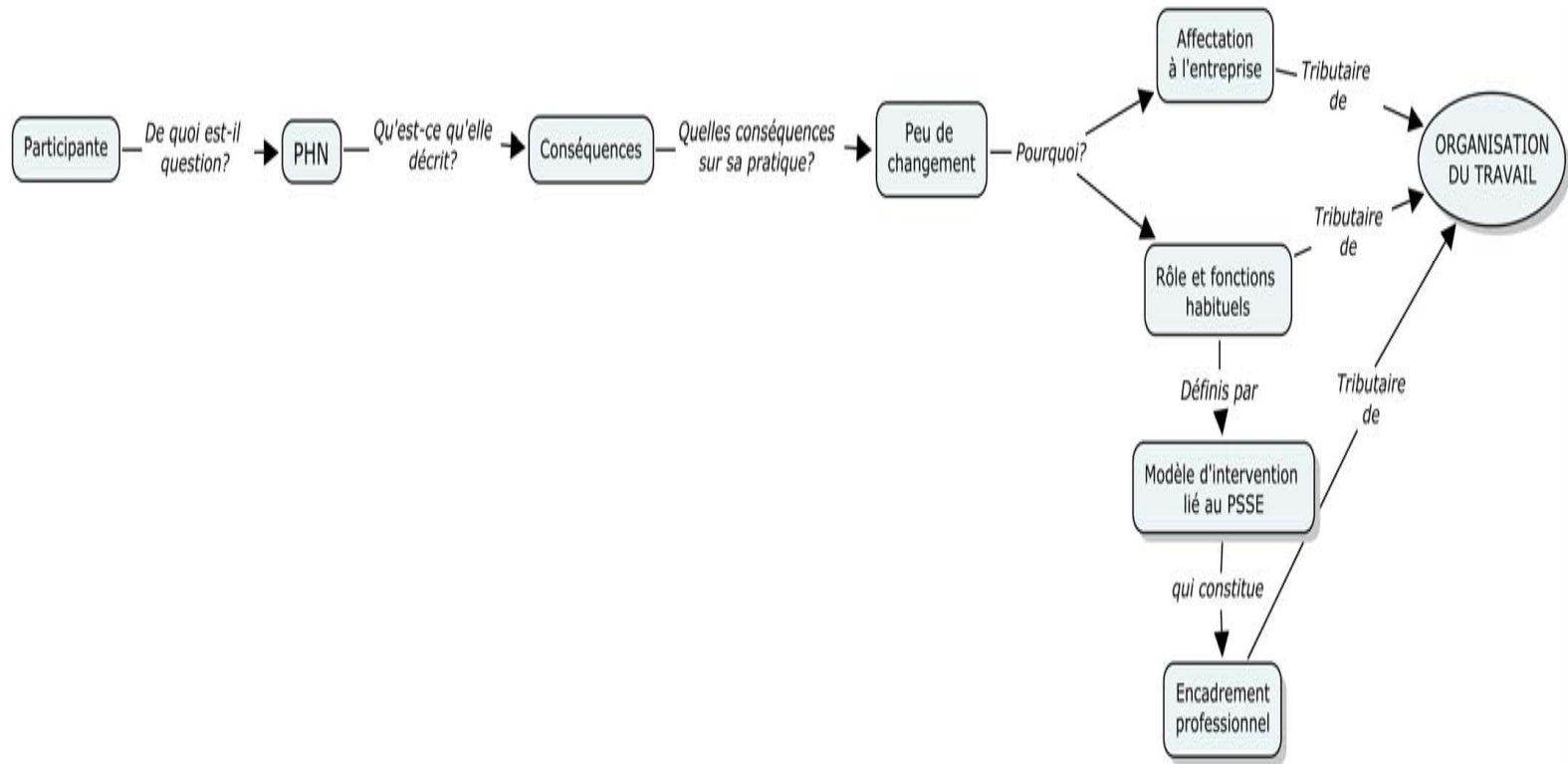


Figure 2. Carte mentale illustrant un exemple du processus d'analyse et d'interprétation des données.

### 3.4. Considérations éthiques de l'étude

La collecte de donnée s'est réalisée après l'obtention du certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal (Appendice G) et des certificats éthiques des comités d'éthiques des CSSS participants ou en l'absence de telles instances, de l'autorisation écrite de participation à l'étude du responsable dans l'institution.

La participation des infirmières à l'étude était volontaire. Le formulaire de consentement, était envoyé par courriel aux infirmières intéressées à collaborer à l'étude. Les infirmières avaient la possibilité de poser des questions avant de signer le consentement et de débiter l'entretien. Elles avaient également l'opportunité de se retirer ou de refuser de répondre aux questions en tout temps durant l'entretien et ce, sans aucune conséquence au niveau de la qualité de la relation avec l'étudiante chercheuse ou avec les collègues et supérieurs de leur institution. Les enregistrements numériques (audio) étaient tous autorisés préalablement par les participantes. Les fichiers étaient gravés sur un disque compact (CD). Tous les documents de travail étaient conservés dans l'interface WebDépôtPrivé de l'Université de Montréal et seuls les chercheurs avaient accès à ces données brutes.

L'anonymat des informations, autant dans la transcription des données que dans la conservation des données et la diffusion des résultats étaient assurées par les chercheurs. Afin de préserver l'anonymat des participantes, l'étudiante chercheuse entrait directement en contact avec la participante par téléphone et pouvait, si ce besoin

était manifesté par cette dernière, réserver un local adapté pour effectuer des entretiens à la Direction de santé publique de la région. Bien qu'aucune ne l'avait demandé, une participante qui aurait désiré discuter durant ou après l'étude aurait eu la possibilité de communiquer avec les chercheurs.

### 3.5. Critères de scientificité des données

Les critères de scientificité des données, définis par Guba et Lincoln (1989), soient la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité des données, ont été utilisés afin d'assurer la qualité des processus de collecte, d'analyse et d'interprétation des données. La triangulation des données (discours, données statistiques de la DSP) et des chercheurs lors du contre-codage (pour réaliser des activités de contre-codage) ont permis l'adéquation entre la réalité et les données de recherche (crédibilité et confirmabilité). La tenue rigoureuse d'un journal de bord, d'un recueil post-entretien et de notes terrain a contribué à décrire exhaustivement le contexte dans lequel la collecte, l'analyse et l'interprétation des données se sont réalisées (transférabilité, confirmabilité, fiabilité). Enfin, durant et à la fin de chaque entretien, l'étudiante chercheuse a vérifié sa compréhension et son interprétation des données auprès de la participante à l'étude (confirmabilité, fiabilité).

## **CHAPITRE 4 : RÉSULTATS**

Ce chapitre est divisé en deux parties. La première présente les représentations des infirmières SAT quant au PHN et à leur pratique des infirmières SAT dans le cadre du PHN. La seconde partie présente le modèle descriptif des représentations de la pratique infirmière SAT dans le cadre du PHN ainsi qu'une synthèse des résultats.

#### 4.1. Représentations des infirmières SAT quant au PHN et à leur pratique dans le cadre de ce dernier

Les résultats représentent la diversité des expériences vécues par les participantes depuis l'implantation du PHN en 2006. Au moment de l'étude, les expériences des participantes dans le cadre du PHN variaient beaucoup de l'une à l'autre. À titre d'exemple, deux participantes n'avaient pas encore eu l'occasion d'appliquer le PHN car aucun établissement dans leur charge de cas ne présentait une situation hors normes. En ce qui concerne les cinq autres participantes, certaines d'entre-elles appliquaient le PHN pour la première fois alors que d'autres l'appliquaient dans plusieurs établissements. Le seul point commun à toutes les participantes était qu'aucune d'entre-elles n'avait complété toutes les étapes prévues par le PHN, c'est-à-dire la visite d'un an après la mise en place de correctifs (voir étape 17 dans l'algorithme du PHN présenté à la figure 1, page 33).

Les résultats de l'analyse et de l'interprétation des discours des participantes indiquent que les infirmières ont des représentations parfois différentes du PHN et de leur pratique dans le cadre de ce dernier. Il appert que leurs représentations sont liées à quatre aspects de leur pratique soient : 1) l'organisation du travail, 2) l'utilité du travail, 3) les cibles d'intervention privilégiées et 4) les aspects relationnels. Cette première partie

présente successivement à travers chacune de ces aspects, les représentations des infirmières quant au PHN et à leur pratique qui en découlent.

#### *4.1.1. Organisation du travail*

Les infirmières se représentent le PHN et leur pratique dans le cadre de ce dernier par l'organisation du travail. Celle-ci est constituée de plusieurs éléments faisant référence à l'**assignation**, c'est-à-dire aux entreprises et aux programmes d'intervention qui sont attribués aux infirmières, à l'**encadrement professionnel** que procure le PHN ou les cadres de référence utilisés par les infirmières et enfin, aux **rôles et fonctions** des membres de l'équipe SAT.

##### *4.1.1.1. Assignation de l'infirmière*

**Le PHN représente, pour les participantes, une assignation à des établissements et à la mise en œuvre d'un programme d'intervention.** En effet, pour intervenir dans le cadre du PHN, les infirmières doivent être assignées à des établissements présentant à la fois un risque d'origine chimique et une situation hors normes. Selon Jodelet (1993), les représentations d'un sujet à l'égard d'un objet sont entre autres reliées à leur pratique. Ainsi, les représentations des infirmières quant à leur pratique dans le cadre du PHN sont liées à leurs expériences. Leurs assignations sont donc importantes, car elles ont un impact direct sur l'interprétation qu'elles font de leur pratique dans le cadre du PHN et de leur implication dans ce programme.

Outre l'assignation, pour bien comprendre comment les représentations des infirmières à l'égard du PHN et de leur pratique se construisent, il faut tenir compte du contexte dans lequel les expériences des infirmières, dans le cadre du PHN, tiennent lieu.

#### 4.1.1.2. Encadrement professionnel

Les représentations des infirmières à l'égard du PHN et de sa mise en oeuvre sont fortement influencées par la présence ou non d'un PSSE dans l'entreprise déclarée hors normes. Si l'entreprise possède un tel programme (PSSE), cela signifie qu'un médecin de l'équipe SAT est responsable de l'entreprise et que les activités de l'équipe SAT sont prévues dans cette dernière. Pour plusieurs participantes, l'encadrement professionnel que procure **le PSSE a une influence importante sur la représentation qu'elles ont du PHN et de leurs rôles**. Ainsi, certaines rapportent que le PHN occasionne peu d'impact sur leur pratique, puisqu'elles intervenaient déjà dans l'entreprise et ce, dans le cadre d'un PSSE :

*« Il y a des situations où cela était prévu de toute façon que les techniciens [en hygiène du travail] aillent effectuer des mesures [environnementales]. Cela [le PHN] n'a pas changé beaucoup ce que j'aurais fait dans l'entreprise. Si elles [les mesures environnementales] avaient été au-dessus de la norme, on aurait eu le même suivi [médical] que l'on a actuellement ». A2166*

*« En général, les sessions d'information [traitant des effets d'un contaminant chimique sur la santé des travailleurs] avaient déjà été données [avant la découverte d'une situation hors normes] ». D2274*

*« Moi, au point de vue [de ma] pratique, [le PHN] ne l'a pas changée. C'est la même sensibilisation [auprès des travailleurs et de l'employeur] que je faisais. La même formation ». D2249*



Pour la majorité des participantes, le PHN amène peu de changements dans leur pratique. En effet, le PSSE témoigne que les risques pour la santé des travailleurs sont déjà identifiés, évalués, priorisés et que des activités sont déjà prévues, voire même réalisées, par les membres de l'équipe SAT dans l'entreprise, en regard de ces risques. Or, l'identification d'une situation hors normes, dans le cadre d'activités déjà prévues ou réalisées, occasionne peu d'impact sur les activités de l'infirmière dans l'entreprise. En effet, ses activités découlent, entre autres, de la mise en application de protocoles de surveillance de l'état de santé reposant sur un seuil d'intervention médical (SIM). Concrètement, pour certains contaminants chimiques, par exemple la silice, sa présence dans l'environnement de travail est suffisante pour mettre en place des activités telles que le dépistage de la silicose et des activités d'information et de formation auprès des travailleurs exposés à ce contaminant. En ce sens, pour plusieurs participantes, savoir si un contaminant respecte ou ne respecte pas les normes légales est certes important, mais le seuil d'intervention médicale (SIM) l'est encore plus, puisque de là découlent leurs activités de surveillance de l'état de santé des travailleurs. Donc, **le PHN** pour la majorité des participantes **occasionne peu d'impacts sur leur pratique**, sauf peut-être l'élaboration ou la mise à jour prochaine d'un PSSE ou encore, l'application d'un protocole de surveillance de l'état de santé des travailleurs lié à l'exposition de ces derniers au contaminant chimique hors normes.

À l'opposé, lorsque les infirmières interviennent dans une entreprise sans PSSE, les représentations de leur pratique dans le cadre du PHN varient davantage de l'une à l'autre car les infirmières ont des représentations différentes du meilleur moment pour intervenir dans le cadre du PHN.

Certaines infirmières veulent intervenir rapidement, notamment, pour vérifier l'état de santé des travailleurs surexposés. Ceci témoigne de l'importance accordée au rôle de clinicienne pour certaines participantes. Alors que d'autres affirment qu'une situation hors normes chimique relève davantage de l'inspecteur de la CSST (pouvoir coercitif) et des techniciens en hygiène du travail (évaluation environnementale de l'exposition des travailleurs). Plusieurs infirmières rapportent par exemple, qu'en présence d'un employeur réticent, lequel tarde à apporter les correctifs nécessaires dans son entreprise pour assurer la protection de la santé des travailleurs, il fera davantage l'objet de suivis rigoureux de la part de l'inspecteur de la CSST, notamment, par l'application de mesures coercitives (émission d'avis de dérogation, arrêt du procédé générant une situation hors normes, etc.). Aussi, les spécialistes en hygiène industrielle de l'équipe SAT (hygiénistes et techniciens), par leur formation, leurs connaissances et leur expertise dans la réduction à la source des risques chimiques (substitution, ventilation à la source, etc.) sont mieux disposés pour offrir leur soutien à l'employeur dans ce contexte (risque chimique). Pour certaines, il est nécessaire d'intervenir rapidement dès la découverte d'une situation hors normes en entreprise, parce qu'il n'y a pas de PSSE et parce que s'il y a dépassement de normes environnementales, il y a nécessairement dépassement du seuil d'intervention médicale (SIM) :

*« J'essayais de faire valoir qu'il aurait fallu qu'on ajoute un petit carré [dans l'algorithme du PHN] qui dise, si on a une déclaration hors normes, il faut faire la surveillance médicale en même temps [que les activités visant à corriger le hors normes au niveau environnemental]. Cela [la surveillance médicale] aurait dû se retrouver tout de suite après ça [la surveillance environnementale]. Pourquoi? Pour aller sensibiliser les travailleurs, faire des sessions d'info et de la surveillance médicale **tout de suite** ». B172*

Alors que pour d'autres, leurs représentations du PHN les amène à penser que le PHN propose presque exclusivement des activités réservées aux médecins, aux techniciens en hygiène ou encore aux inspecteurs de la CSST :

*« Quand la DSP a implanté le PHN, cela [le PHN] a toujours visé plus le chimique [les activités de surveillance et de contrôle environnementaux]. Cela a toujours visé les techniciens en hygiène du travail. C'est toujours comme ça. C'est chimique, c'est technicien ». B1164*

*« Je trouve que ce projet [le PHN], c'est le travail de l'inspecteur [de la CSST] ». B232*

*« Je trouve que [le PHN] c'est une affaire de techniciens, de mesures [environnementales] de ci et de ça. Ils [les concepteurs du PHN] n'ont pas défini quel était le rôle de l'infirmière. Ils [les concepteurs du PHN] ont défini que lorsqu'il y a un hors normes, la première chose [à faire] est d'envoyer une lettre. La deuxième chose, que l'on [l'équipe SAT] doit faire c'est telle affaire. Il n'y a rien dans ce programme qui parle du médical, de l'infirmière ». D2457*

*« Nous ne nous sommes pas impliquées car les activités du PHN avaient rapport aux [contaminants] chimiques ». C1149*

*« C'est un projet qui a débuté en hygiène, qui est mis sur pieds par l'hygiène et pour l'hygiène dans le fond. Le nom de l'infirmière n'apparaît pas dans l'arbre décisionnel, dans la démarche ». A2733*

Ces propos démontrent la résistance que certaines infirmières manifestent face au PHN. Jusqu'ici, l'affectation et l'encadrement professionnel des infirmières influencent leurs représentations du PHN et sa mise en oeuvre. L'analyse des représentations des infirmières, quant au PHN et à leur pratique dans ce dernier, laisse entrevoir que le partage des rôles et des fonctions au sein des équipes SAT, découlant de l'organisation du travail est déterminant dans l'interprétation qu'elles font de leur pratique dans le cadre du PHN.

#### 4.1.1.3. Rôles et fonctions des infirmières

Les représentations des rôles et des fonctions de l'infirmière dans le cadre du PHN varient car l'application de ce dernier est différente, à titre d'exemple, d'un médecin à l'autre, d'un technicien en hygiène à l'autre, d'un hygiéniste à l'autre et même d'une infirmière à l'autre :

*« On avait la fameuse tendance que lorsque la déclaration [signalement] était faite, on attendait la rédaction du PSSE officiel avant d'appliquer la surveillance médicale. Moi, j'ai fait valoir mon point que lorsqu'on est dans une démarche hors normes, si c'est assez urgent, le niveau chimique mesuré pour faire des interventions [des correctifs au niveau environnemental] demandant à l'employeur de rectifier dans l'immédiat ou sous peu, je trouve que c'est aussi dans cette période de 6 mois, qu'il faut que la surveillance médicale soit faite ». B150*

Mais, en présence d'un PSSE dans une entreprise, les représentations des infirmières quant à leurs rôles et fonctions concernent leurs rôles traditionnels :

*« Je suis allée pour [faire] des questionnaires [de dépistage] pour [les travailleurs exposés] aux poussières de bois ». A2519*

*« [Une] rencontre individuelle, [la] surveillance [médicale] avec les protocoles médicaux, [des] rencontres [avec les travailleurs et l'employeur], [la] remise des résultats [du dépistage médical à des travailleurs], [la] relance médicale [pour le dépistage de maladies professionnelles auprès de travailleurs exposés], [une] session d'information ». B1700*

Mais pour plusieurs, **le PHN fait surgir les problèmes de communication entre les membres de l'équipe SAT**. Selon certaines participantes, le PHN ne prévoit pas à l'étape 2 (de l'algorithme d'encadrement professionnel du PHN), d'informer les infirmières de la présence d'une situation hors normes dans une entreprise. Ainsi, certaines ont été mise au courant d'une telle situation, plusieurs jours, voire même

plusieurs semaines après le signalement. À titre d'exemple, une participante qui n'avait pas été informée de la situation, l'a apprise en discutant avec les travailleurs et l'employeur de l'entreprise concernée.

Pour plusieurs participantes, **le PHN représente un contexte de travail où la collaboration interprofessionnelle occasionne des tensions.** Toutes les participantes rapportent que le travail d'équipe est essentiel en santé au travail. Elles y croient et le jugent important. Toutefois, certaines remettent en question la façon dont il est accompli présentement :

*« L'employeur associe beaucoup plus le technicien, l'hygiéniste et le médecin au PHN, parce que, ce sont eux qui voient en premier. Puis après ça, on y va toute seule ». A2242*

*« Le travail est parcellaire, il est plutôt individuel qu'en équipe ». A2396*

Les représentations des infirmières, quant aux rôles et fonctions des experts en hygiène (techniciens et hygiénistes) par exemple, les amènent à constater que ces derniers ont des objectifs et des intérêts différents des leurs. Autrement dit, pour certaines infirmières, le PHN est davantage axé sur l'assainissement du milieu de travail (élimination, réduction ou contrôle du risque chimique dans l'environnement) et puisque ce volet est assuré par les experts en hygiène industrielle, les infirmières ne retrouvent pas leur place dans le PHN. D'ailleurs, pour la majorité des infirmières, **le PHN ne reflète pas les objectifs poursuivis par les infirmières, ni leurs cibles d'intervention.**

L'ensemble des infirmières SAT participantes disent souhaiter une meilleure collaboration interprofessionnelle, aussi avec les médecins au sujet des activités de surveillance de l'état de santé des travailleurs. En effet, plusieurs expliquent qu'elles détiennent suffisamment d'expérience et de connaissances au niveau de certains risques pour prendre la décision d'initier des activités de dépistage dans les établissements. Les infirmières ont d'ailleurs souligné que, non seulement leur contribution professionnelle serait valorisée, mais également qu'elles pourraient intervenir plus rapidement auprès de la clientèle. Ainsi, dans le contexte actuel de rareté d'effectifs médicaux dans les équipes SAT, elles pourraient contribuer à améliorer le service à la clientèle en réduisant les délais pour la mise en place d'activités de surveillance de l'état de santé des travailleurs visant à dépister des maladies professionnelles. Par conséquent, **le PHN représente pour certaines, une opportunité de développement pour accroître les responsabilités de l'infirmière** en matière de surveillance de l'état de santé des travailleurs. En effet, le PHN représente un contexte où s'intégrerait bien la collaboration interprofessionnelle, puisque les travailleurs sont exposés à des concentrations de produits chimiques au-delà des valeurs permises réglementées (RSST, annexe I) et, par conséquent, au-delà du seuil d'intervention pour initier des activités de surveillance médicale (SIM).

Les représentations du PHN des participantes sont fortement liées à l'application de normes légales (règlements). Ceci peut expliquer que **la plupart des infirmières à l'étude associe le PHN à une nouvelle démarche de non-conformité pour le volet des premiers secours et des premiers soins (PSPS)** reliés à la présence de cyanures ou d'acide fluorhydrique dans les entreprises. Cette démarche, développée en parallèle

au PHN, s'inspire de ce dernier en invoquant l'action de signaler à la CSST le nom des entreprises qui ne respectent pas le Règlement sur les **normes** minimales de premiers secours et de premiers soins (A-3, r.8.2) avec lequel elles sont familières :

*« Nous les infirmières, nous essayons de suivre dans la foulée du PHN. Nous développons les premiers secours et premiers soins ». A2106*

D'abord, plusieurs d'entre elles se sont exprimées au sujet du développement d'un algorithme d'encadrement professionnel inspiré de celui figurant dans le PHN, pour les interventions des infirmières visant à obliger les employeurs à se conformer aux dispositions du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins (A-3, r.8.2). Ainsi, les représentations de cette démarche (PSPS) sont semblables à l'approche privilégiée par le PHN. Mais pour certaines, elles ont moins leur place dans le **PHN**, car il **représente l'application de normes environnementales** :

*« Ils partent d'un résultat environnemental de dépassement de normes. Nous, en soins infirmiers, à part le règlement sur le PSPS, nous n'avons pas d'autres normes à appliquer. Il va y avoir les maladies professionnelles, mais tout est fait par le biais du médecin. Pour les PSPS, les suivis on va les faire. Il n'a pas besoin de nous le dire. C'est la responsabilité de l'infirmière, c'est son rôle ». D116*

#### 4.1.2. Utilité du travail

Outre l'organisation du travail, l'utilité du travail de l'infirmière influence les représentations qu'elles ont de leur pratique dans le cadre du PHN. Cette catégorie, soit l'utilité du travail, est composée de deux éléments importants soient la cohérence et la pertinence au regard du travail accompli ou à accomplir dans le cadre du PHN. Autrement dit, les représentations des infirmières quant à leur pratique dans le cadre du

PHN, sont directement reliées à l'utilité du travail qu'elles accomplissent (pertinence) et aux interventions qui les mène vers des résultats qu'elles valorisent (cohérence).

Toutes les participantes sont en accord avec le contenu et la structure proposés par le PHN :

*« Je trouve que c'est un beau programme les hors normes parce que ça cible vraiment où il y a un problème ». D133*

*« On sait où on s'en va. Puis moi, j'aime ça. Je n'aime pas être dans le néant. Moi, je suis parfaitement en accord avec le PHN ». A186*

Toutefois, pour certaines infirmières, **le PHN propose des moyens** (le signalement et l'intervention rapide de l'inspecteur de la CSST) **qui occasionnent des tensions dans leur pratique** (savoirs, savoir-faire et savoir-être). Pour les expliquer, les analyses effectuées ont repéré un premier élément important, soit la cohérence, c'est-à-dire, que le PHN présente une certaine logique entre les rôles et les fonctions qu'elles assument (rôle prescrit) et les habiletés (savoirs, savoir-faire et savoir-être) dont elles disposent pour les accomplir dans le cadre du PHN. Autrement dit, l'intervention des infirmières SAT, dans le cadre du PHN, les mène à des résultats spécifiques qu'elles souhaitent atteindre.

#### *4.1.2.1. Cohérence*

Les infirmières pour lesquelles le PHN semble cohérent avec leurs rôles et fonctions sont plus ouvertes à s'engager et à s'impliquer dans celui-ci. **Devant une représentation cohérente du PHN, certaines affirment l'importance de leurs rôles**



**et leurs fonctions**, afin de mieux protéger la santé des travailleurs dans les entreprises présentant une situation hors normes :

*« Devant un seuil d'intervention médical dépassé, c'était logique que l'on [les infirmières et les techniciens en hygiène du travail], aille faire les sessions d'information ». B197*

*« Le technicien [en hygiène du travail] a quitté son emploi mais la démarche hors normes n'est pas tombée. Parce que je me suis appropriée un rôle dans cette démarche là, qu'on ne m'a pas donné ». B1859*

*« Tout le monde est responsable, on est des professionnels. Ce n'est pas parce qu'un système de ventilation ne fonctionne plus que je me ferme les yeux puis que je ne vois plus rien parce que ça ne me regarde pas. Nous sommes responsables de ce que nous voyons. Bien si tout le monde se sent responsable de ce qu'il constate, de ce qu'ils voient, dans le cadre de la démarche hors normes, on va les serrer plus nos entreprises puis on va s'assurer que les correctifs soient maintenus ». B1892*

À l'opposé, **les infirmières pour lesquelles le PHN semblent manquer de cohérence questionnent les moyens utilisés par ce dernier** pour assurer la protection et la préservation de la l'état de santé des travailleurs par le biais l'assainissement des milieux de travail :

*« Il y a des entreprises, par exemple avec du plomb, qu'on sait que les valeurs d'exposition ne descendront jamais en bas de la norme. L'employeur est proactif, les travailleurs sont suivis régulièrement, les sessions d'information sont données régulièrement, quand même qu'il y aurait une déclaration hors normes, on sait que ça ne peut pas baisser plus bas que cela ». A2190*

*« Si tu es pâtissière puis que tu es allergique à la farine, il n'y a pas grand chose que je puisse faire! » D227*

*« Quand le nombre d'employés est petit, une petite usine, un hors normes ça les ramasse. L'impact financier arrive facilement, surtout avec l'inspecteur de la CSST qui a débarqué et qui a mis un scellé sur la machine ». B1585*

Les infirmières, bien qu'elles se représentent leur pratique dans le cadre du PHN en termes d'atteinte de résultats importants à leur avis (cohérence), l'analyse des représentations de leur pratique est aussi associée à l'effet que le travail qu'on leur demande de faire dans le cadre du PHN doit servir à quelque chose, c'est-à-dire, il doit faire preuve de pertinence.

#### 4.1.2.2. Pertinence

Un autre élément important, soit la pertinence, influence les représentations que les infirmières se font de leur pratique dans le cadre du PHN. La pertinence est définie par l'évaluation que font les infirmières quant à l'utilité du travail qu'elles accomplissent dans le cadre du PHN. Plus spécifiquement, les infirmières questionnent l'apport distinct de leurs habiletés au chapitre de la protection, du maintien et de l'amélioration de l'état de santé des travailleurs. Les représentations liées à la pertinence du travail de l'infirmière se sont exprimées ainsi par ces dernières :

*« Nous les infirmières, on est impliquées à la dernière minute et pourtant, souvent il y a des symptômes ». B294*

*« Si la CSST n'oblige pas plus les employeurs que nous [à respecter les normes], fait que tout ça [le PHN], c'est pourquoi? » D232*

*« Pourquoi on exigerait à un employeur que ça descende en bas de la norme sans aller vérifier si l'intégrité des travailleurs est menacée? C'est quoi l'argument? » D1104*

La pertinence et la cohérence permettent aux infirmières d'évaluer l'utilité de leur travail en termes d'atteinte de résultats souhaités et de satisfaction découlant de leurs interventions dans le cadre du PHN. En conséquence, les analyses laissent présumer

que cette combinaison (pertinence, cohérence) peut expliquer, en parties, la diversité des représentations des infirmières de la pratique des infirmières dans le cadre du PHN.

Outre l'organisation et l'utilité du travail des infirmières dans le cadre du PHN, un autre élément très influent dans le cadre de leur pratique concerne leurs intérêts professionnels, lesquels inspirent et illuminent leurs activités professionnelles.

#### *4.1.3. Cibles d'intervention privilégiées des infirmières SAT*

Bien que l'organisation et l'utilité du travail expliquent, en parties, les représentations que les infirmières ont du PHN et de sa mise en œuvre, leurs cibles d'intervention exercent une influence importante sur ces représentations. Les cibles d'intervention privilégiées des infirmières concernent la santé des travailleurs et les besoins de l'entreprise. En effet, ces cibles constituent des référents importants sur lesquels elles s'appuient pour justifier leur travail, pour faire valoir leur place dans l'équipe SAT et pour influencer le mode de fonctionnement de ces dernières.

##### *4.1.3.1. Santé*

Toutes les participantes sont d'avis que la santé est l'intérêt le plus important de leur pratique en santé au travail. Pour plusieurs participantes, le PHN n'est pas assez orienté vers des activités d'éducation à la santé. En effet, **le PHN représente des activités visant davantage l'assainissement de l'environnement de travail** (réduction à la source des dangers) alors que l'infirmière vise d'abord à rendre les travailleurs plus responsables en regard de leurs comportements de santé. Certaines

voient un écart entre leurs cibles d'intervention privilégiées et celles visées par le PHN. Ce faisant, pour ces dernières, **le PHN occasionne des tensions dans l'exécution de leur travail :**

*« Je trouve qu'il y a beaucoup de place pour l'hygiène dans l'équipe et moins au niveau de la santé ». B2194*

*« L'infirmière se sent peut-être un peu mal à l'aise dans la façon de travailler dans le PHN ». D22, B234*

Autrement dit, les infirmières semblent privilégier des activités visant à sensibiliser les acteurs du milieu de travail (travailleurs, employeur) aux risques à la santé et à favoriser leur participation dans la recherche de solutions pour assurer la protection de leur santé. **Les infirmières associent la protection de la santé à un processus d'apprentissage de la santé et à un développement des comportements de santé :**

*« Le grand but de la santé au travail, c'est la santé. Moi, c'est mon but. C'est la santé des travailleurs. Ce n'est pas l'assainissement des milieux! » B2372*

Cette association découle de l'interprétation qu'elles font de la philosophie du modèle conceptuel de McGill. Les représentations des infirmières à l'égard des moyens proposés par le PHN, notamment par l'obligation de se conformer à la réglementation au niveau de l'environnement, interfèrent avec les moyens qu'elles utilisent pour amener un travailleur ou une entreprise à se responsabiliser en matière de santé au travail. **Elles ne retrouvent pas dans le PHN, la représentation qu'elles se font de la philosophie du modèle conceptuel de McGill :**

*« On [l'infirmière] n'a pas la même vision que les techniciens [en hygiène du travail]. On a des visions tout à fait différentes » B2216*

Les infirmières ayant comme cible la santé des travailleurs dans les établissements, se sont exprimées sur l'importance du lien de confiance à établir avec la clientèle. Pour elles, c'est sur ce lien que reposent leurs interventions visant à accompagner les travailleurs et les employeurs vers une responsabilisation en matière de santé :

*«Tu établis ton lien avec l'employeur, puis il te fait confiance. Je pense que c'est ça l'important.»A1256*

Le PHN, obligeant les équipes SAT à signaler à la CSST le nom des établissements présentant une situation hors normes, les préoccupe, surtout dans un contexte où l'infirmière prête une importance primordiale au lien de confiance.

Puisque le PHN fait appel à des moyens légaux impliquant l'inspecteur de la CSST, ce dernier ayant le pouvoir d'obliger les établissements à respecter les normes d'exposition légalement permises, **les infirmières ressentent que le PHN fragilise les relations qu'elles entretiennent avec l'établissement.** Force est de constater, que les interventions des infirmières en partenariat avec la CSST peuvent être vécues comme étant conflictuelles et périlleuses par plusieurs. En effet, certaines ont rapporté les différences au niveau des intérêts véhiculés par les deux institutions (la CSST et le réseau public SAT). Subséquemment, les infirmières souhaitent soutenir les milieux de travail dans la recherche de solutions pour contrer les situations hors normes mais davantage répondre à leurs besoins. Ces faits laissent entrevoir, que lorsqu'elles jugeaient ne pas répondre aux besoins des milieux de travail, elles questionnent la pertinence et la cohérence du travail qu'elles accomplissent. Ceci a pour conséquence

d'influencer les représentations qu'elles ont de leur pratique dans le cadre du PHN et leur implication dans ce dernier :

*« Ce n'est pas avec cette démarche là que tu établis un climat de confiance avec l'employeur ». B2381*

#### 4.1.3.2. Besoins des établissements

L'analyse des données révèle toute l'importance accordée, par les infirmières, à la nécessité de répondre aux besoins de santé des établissements. Cette nécessité de répondre aux besoins, s'est traduite comme étant un puissant médium catalysant l'engagement professionnel des infirmières dans le cadre de leur pratique en général :

*« C'est sûr qu'il faut savoir comment est notre entreprise. Savoir si ce n'est pas conforme aux niveaux des PSPS. Mais, est-ce vraiment l'importance? Est-ce vraiment l'importance de la santé au travail? Qu'il n'y ait pas de trousse [de premiers secours et de premiers soins]? Est-ce vraiment cela? Bien moi, je ne peux pas croire [que la santé au travail se résume aux PSPS] ». C12*

*« Les travailleurs, quels sont leurs besoins? Puis, il faut répondre à leurs besoins! Pas juste de les évaluer! [Il faut] être capable d'avoir la marge de manœuvres pour répondre à leurs besoins!» C18*

*« On parle de santé mentale au travail. On n'arrête pas d'en parler partout. Bien nous autres [les équipes de santé au travail], on nous dit que ce n'est pas dans notre mandat [légal]. Bien moi, j'ai un peu de difficulté à le croire ». C110*

Toutes ces représentations au sujet des activités professionnelles actuelles et celles souhaitées, de leurs intérêts professionnels et de l'utilité de leur travail, les ont amenées à s'exprimer au sujet des relations qu'elles entretiennent, de près ou de loin,

avec les autres membres de l'équipe SAT, avec les partenaires (CSST et DSP) et avec les établissements dans le cadre de leur travail.

#### *4.1.4. Aspects relationnels*

Les relations qu'entretiennent les infirmières entre elles, avec les membres de l'équipe SAT, avec les professionnels de l'unité régionale SAT de la DSP, avec la CSST ou encore avec les établissements, sont importantes dans la mesure où elles constituent le moyen privilégié pour, entre autres, clarifier les principes de l'organisation de leur travail et en apprécier l'utilité. Elles servent également de support pour exprimer leurs cibles professionnelles, pour justifier et faciliter leur travail et pour en retirer de la satisfaction dans le travail qu'elles accomplissent. Les principales représentations des infirmières SAT à l'égard des aspects relationnels dans le cadre de leur pratique concernent la méconnaissance du rôle, la reconnaissance de l'infirmière SAT et l'appartenance au groupe.

##### *4.1.4.1. Méconnaissance du rôle de l'infirmière SAT*

Selon les infirmières interviewées, les représentations de la méconnaissance de leurs rôles et de leurs fonctions semblent se manifester auprès de plusieurs instances. D'abord, les milieux de travail ont peu de connaissances au sujet de leur présence et de leurs activités en SAT. Par conséquent, les participantes déplorent qu'elles doivent maintes et maintes fois, décrire ce qu'elles font, pourquoi elles le font et quels impacts résultent de leurs activités :

*« On [infirmière] n'est pas connue, puis cela, je le déplore. Je ne comprends pas que l'on ne soit pas plus connue que cela ». A11029*

**Le PHN illustre pour plusieurs participantes la méconnaissance de leur rôle d'infirmière en SAT.** En effet, des participantes ont rapporté que cette méconnaissance se manifeste par l'équipe SAT, l'unité régionale SAT et la CSST, qui sont en fait, leurs étroits collaborateurs.

Les représentations de la méconnaissance de leurs rôles par des membres de leur équipe SAT immédiate ou des autres équipes dans la région, demeurent la plus préoccupante et la plus déroutante pour la majorité d'entre-elles :

*« Le discours que notre chef de programme véhicule, c'est qu'il ne voit pas notre rôle comme infirmière en santé au travail ». A11176*

*« J'en ai parlé avec plusieurs chefs de programme. Ce n'est pas un point de vue qui est partagé par tous heureusement. Sauf que moi, je le vis. Ce n'est pas trop motivant de travailler avec quelqu'un qui se dit que l'infirmière est là pour faire des piqûres ». A11252*

*« C'est effrayant! Ils [les chefs de programme] ne savent pas ce que l'on [infirmière] fait comme travail. Ça fait dur!» B2514*

*« Ici, on [le chef de programme] nous a posé la question « Décrivez-moi sur papier ce qu'est votre rôle ». Mon Dieu! Après tant d'années, il ne le sait pas encore ce que l'on fait?» D210*

Les représentations qu'elles se font des relations qu'elles entretiennent dans le cadre de leur travail, peu importe leur contexte de pratique (par exemple : le PSSE, le PHN), leur permettent d'une part, de mettre en relief les conditions dans lesquelles elles œuvrent et, d'autre part, d'apprécier le travail qu'elles accomplissent seules ou en équipe multidisciplinaire aux niveaux local, régional et provincial. De ce fait, les



infirmières ont décrit et ont expliqué cette méconnaissance en relatant les différences entre elles quant aux méthodes de travail qu'elles utilisent :

*« Les infirmières de l'équipe viennent d'un peu partout [dans la région] depuis la restructuration des équipes [locales SAT]. Cela occasionne que nous avons toutes nos méthodes [de travail], nos façons de faire ». A2613*

Certaines attribuent ces différences au manque d'encadrement professionnel offert par leur institution :

*« Toutes les procédures [infirmières] à suivre pour faire les suivis [auprès des entreprises], nous n'avons jamais eu cela [par écrits] ici. Elles ont été transmises de bouche à oreilles quand une nouvelle infirmière arrivait dans l'équipe ». A2664*

*« Chaque infirmière travaille différemment. Puis, tu ne peux pas non plus imposer ta façon de faire aux autres ». A1566*

*« On ne travaille pas toutes de la même manière. Même si on a une orientation au départ, on n'a pas toutes les mêmes méthodes de travail ». A2617*

D'autres accusent les infirmières d'être responsables de cette méconnaissance par le fait de ne pas avoir eu l'initiative ou l'intérêt à faire valoir leur place, spécialement auprès des diverses instances et notamment, dans le PHN. Ainsi, les discussions sur ces sujets conduisent les participantes à s'exprimer en regard de la reconnaissance de l'infirmière en santé au travail.

#### *4.1.4.2. Reconnaissance de l'expertise de l'infirmière SAT*

Pour plusieurs participantes, **le PHN ne reconnaît pas l'expertise de l'infirmière SAT**. Les représentations des infirmières quant à la reconnaissance de leur

place en santé au travail proviennent en grande partie des milieux de travail. Leurs représentations de la reconnaissance de l'infirmière SAT les amènent à souligner l'importance qu'elles accordent à la relation qu'elles entretiennent avec les milieux de travail. Pour la majorité d'entre elles, ces relations leur permettent d'une part de constater l'utilité de leur travail et d'autre part, d'en retirer, plus souvent qu'autrement, de la satisfaction et du plaisir au travail. Particulièrement, certaines mentionnent que lorsqu'un bon contact est établi avec un établissement, elles constatent une reconnaissance de leur travail par ce dernier dans la majorité des cas. Cette reconnaissance, pour certaines, semble être très précieuse, valorisante et gratifiante et elle semble en faire leur raison d'être en santé au travail :

*« Moi, je connais les travailleurs par leur nom... Si tu demandes à une entreprise, c'est qui qu'il connaît dans [l'équipe locale de] la santé au travail, il va te parler de l'infirmière. Puis, c'est une chance qu'on a! »  
B1702*

*« Un impact humain. Un impact de service individualisé, personnalisé, prendre le temps. Quand tu t'assois en rencontre individuelle ou tu fais la surveillance médicale, tu vas chercher plein d'informations ». B1712*

*« C'est ça que je trouve formidable dans la santé au travail, c'est le contact avec le travailleur, même s'il n'est pas fréquent, il est toujours enrichissant ». D15*

Toutefois, pour plusieurs, elles se confrontent souvent à des situations difficiles dans des établissements, surtout lorsque les interventions de l'équipe SAT occasionnent des impacts financiers importants à ce dernier (par exemple : la modification, le remplacement ou l'ajout d'un système de ventilation), leurs représentations évoquent le malaise qu'elles vivent et l'impact de telles situations sur leur pratique :

*« On [l'équipe locale SAT] est moins bien vue quand on rentre la CSST avec nous [dans l'entreprise] ». D119*

*« Les petites entreprises qui ont beaucoup de problèmes ne veulent pas te voir. Elles te laissent sur place, planté là. Puis tu attends ». D23*

*« Les employeurs n'ont jamais le temps. Alors moi, je n'appelle même plus pour un rendez-vous. Je laisse mon technicien [en hygiène du travail] appeler ». D28*

Confrontées à des aspects relationnels difficiles, les infirmières recherchent des points d'ancrage professionnel, surtout lorsque ces difficultés se rencontrent à plusieurs instances :

*« Je me cherche encore. Ce n'est pas moi. Cela pourrait être bien [la santé au travail], mais il y a trop de choses à changer. Je pense que la santé publique devrait définir nos rôles aussi. Qu'est-ce qu'ils [les membres de l'équipe régionale de santé au travail de la DSP] veulent de nous? » D232*

*« Les nouveaux médecins ont créé une tension [dans l'équipe locale SAT]. Ça va amener des changements au niveau de nos façons de faire. Il y a plus de pouvoir du côté médical. Fait que nous [les infirmières et les techniciens en hygiène du travail], ça nous en enlève ». B2284*

*« On essaie de suivre les protocoles [de surveillance médicale], mais ces protocoles ne sont pas appliqués de la même façon d'un médecin à l'autre ». D121*

*« Le médecin va croire plus ce que l'hygiéniste ou le technicien disent. Mais nous autres, les infirmières, on a toujours de la misère à se faire vraiment comprendre ou à se faire vraiment valoir ». B2210*

*« Tant qu'il n'y a pas de rapport [environnemental], tu ne peux pas commencer quoi que ce soit [des activités]. Tu es complètement dépendante des techniciens en hygiène [du travail]. Complètement ». D211*

Notamment engendrées par la restructuration des équipes incitant à un nouveau partage d'établissements et un roulement de personnel, les relations interprofessionnelles vécues par les infirmières ont souvent été difficiles. À ces

changements organisationnels, l'ajout du PHN qui selon plusieurs infirmières rencontrées ne correspond pas à la vision de leur pratique, ont eu un impact important sur la place qu'elles occupent en SAT. Ce faisant, **le contexte organisationnel actuel amène plusieurs participantes à se questionner sur leur appartenance au secteur public SAT :**

*« On veut être au courant et on se fait dire « Vous êtes chialeuses » [par les membres de l'équipe SAT]. On se fait dire « Ah vous autres avec votre reconnaissance ». Mais se faire reconnaître, ce n'est pas être chialeuses! C'est faire partie d'une équipe ». B1491*

#### 4.1.4.3. Appartenance au groupe

Plusieurs ont en effet exprimé leurs inquiétudes au sujet de l'avenir de leur profession et de la place qu'elles occupent dans un tel contexte de pratique. Ceci les a conduites à se questionner sur leur appartenance au groupe :

*« Puis nous autres les infirmières, nous ne sommes pas impliquées. C'est comme ça dans bien des projets. Ce n'est pas juste avec le PHN! Il y a toujours eu une non reconnaissance au niveau des infirmières, nous ne sommes pas impliquées ou nous le sommes à la dernière minute. Cela part de nos dirigeants, cela part de bien du monde ». B223*

*« Les infirmières, je pense qu'on ne retrouve pas notre place dans cette démarche là [le PHN] ». B169*

*« C'est malheureux parce que tout, même les nouveaux projets sont teintés de cette non-reconnaissance des infirmières. Et ça continue dans la même lignée ». B1524*

Plus de la moitié des infirmières SAT participantes croient qu'elles n'ont pas leur place dans ce programme, entre autres, parce qu'aucune infirmière n'a participé à

l'élaboration du PHN. En effet, le PHN a été majoritairement élaboré par des experts en hygiène industrielle :

*« Le PHN est très hygiène au départ. Nous [les infirmières] sommes comme effacées. Le travail devrait être fait en équipe dès le départ. Mais le travail d'équipe est cloisonné ». B253*

*« C'est bien difficile, puis encore aujourd'hui, ce n'est pas instantané que l'infirmière est impliquée dans le PHN ». B1187*

*« Où est-ce qu'elle est la surveillance médicale en lien avec l'exposition chimique qui est HN? Pour moi, ça me semble tellement logique! » B1227*

*« Dans des modèles comme ça [le PHN], les infirmières n'ont pas leur place dès le départ. Elles l'ont peut-être vers la fin. Puis tu arrives un an plus tard dans l'entreprise. C'est spécial. Ce n'est pas rien qu'avec le PHN, c'est avec n'importe quel projet qui commence au régional. Il n'y a jamais d'infirmière au départ. Il faudrait qu'il le fasse tout le temps ». B2385*

*« Tout est teinté d'hygiène, mais vraiment juste teinté d'hygiène. Nous les infirmières, on doit toujours se battre, tout le temps, tout le temps, tout le temps pour avoir notre place ». B2103*

*« Dans beaucoup de projets, il n'y a pas de place pour l'infirmière. C'est difficile parce que l'infirmière qui nous représente ne disait pas nécessairement ce que l'on faisait dans les équipes ». B2439*

*« L'impression que l'on a, puisque c'est plus [des activités de surveillance] environnemental, l'infirmière a de moins en moins sa place ». C120*

Plusieurs données recueillies, au sujet du manque de motivation des infirmières, sont trop peu nombreuses pour présenter ce phénomène. Il n'en demeure pas moins qu'une participante a affirmé qu'elle se cherche encore. D'autres se sont dit fatiguées de se battre et de ne pas avoir d'autres choix que de baisser les bras et de cesser les batailles.

Collerette et al. (2006) rapportent que les résistances au changement peuvent se manifester de diverses manières et parfois elles sont à peine perceptibles. Entre autres, tel que rapporté au chapitre deux de ce mémoire, remettre en question le projet de changement; douter la nécessité des changements envisagés; discréditer les initiateurs du changement; se démobiliser face au changement; profiter de toutes les occasions pour relancer le débat sur le changement proposé; adopter une attitude légaliste ou dépendant, où la personne ne fait que ce qui est strictement indiqué et de la manière prescrite, sans nuance, sont des manifestations que plusieurs participantes démontraient au sujet du PHN et du contexte actuel de pratique.

#### 4.2. Modèle descriptif des représentations d'infirmières SAT quant à leur pratique dans le cadre du PHN

L'analyse et l'interprétation des données ont permis de faire ressortir quatre éléments interreliés, intimement liés aux représentations que les infirmières font du PHN et de sa mise en œuvre. La figure 3 illustre le modèle descriptif des représentations d'infirmières SAT quant à leur pratique dans le cadre du PHN.

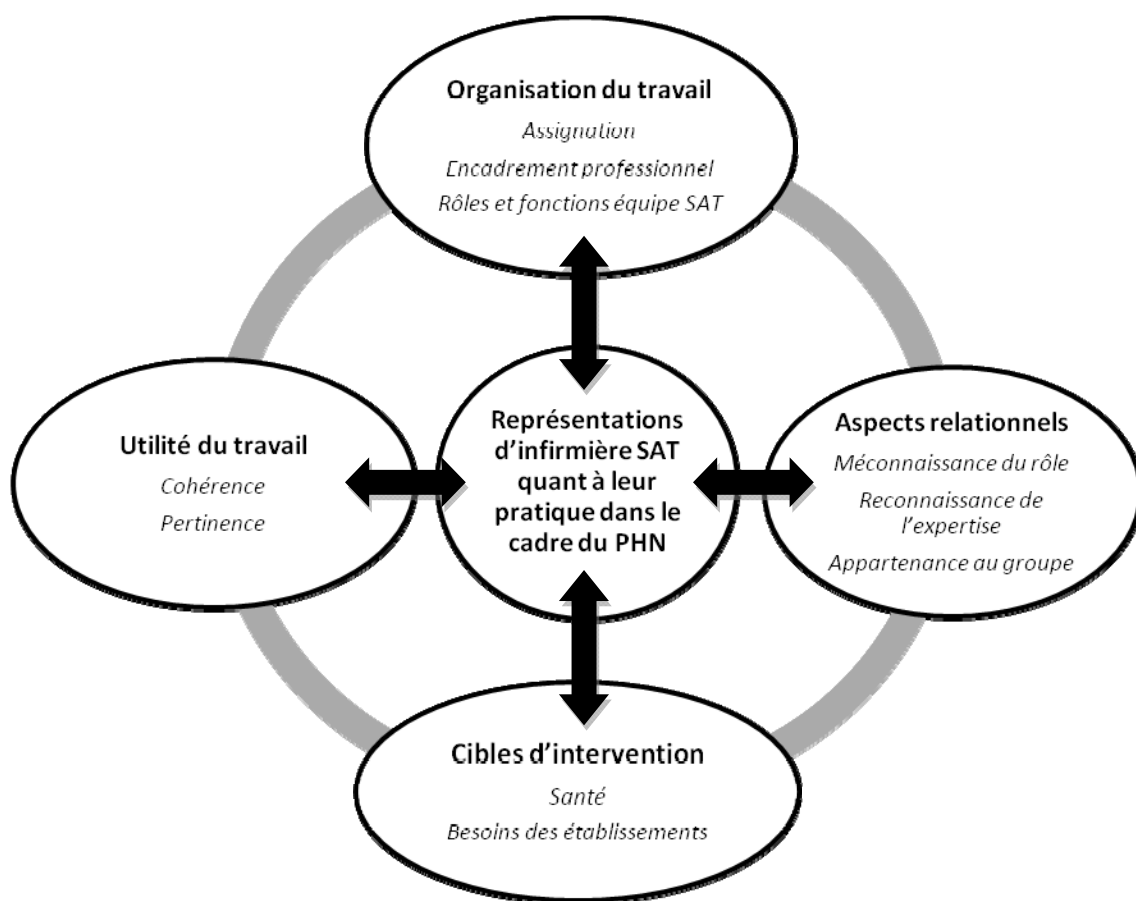


Figure 3 : modèle descriptif des représentations d'infirmières SAT quant à leur pratique dans le cadre du PHN.

#### *4.2.1. Synthèse des résultats*

L'organisation du travail des infirmières influence les représentations qu'elles ont de leur pratique dans le cadre du PHN. Le PHN représente pour les participantes, une assignation à des établissements et à la mise en application d'un programme d'intervention. Les résultats de l'étude démontrent que la présence d'un PSSE dans un établissement clarifie les rôles et les fonctions de l'infirmière SAT dans le cadre du PHN. En l'absence d'un tel encadrement, les rôles et les fonctions des infirmières sont tributaires des interprétations des infirmières et de l'équipe SAT à l'égard de l'algorithme d'encadrement professionnel du PHN. Pour plusieurs participantes, le PHN propose presque exclusivement des activités réservées aux médecins, aux experts en hygiène industrielle ou encore aux inspecteurs de la CSST. En effet, certaines participantes voient le PHN comme l'application de normes environnementales. Cette variation, dans l'interprétation et l'application du PHN, occasionne des tensions aux infirmières SAT notamment, en raison des problèmes liés aux rôles de l'infirmière (clinique et éducation à la santé), à la communication et à la collaboration entre les membres de l'équipe SAT.

Les représentations de la pratique des infirmières SAT dans le cadre du PHN sont étroitement liées aux représentations qu'elles se font quant à l'utilité du travail qu'elles accomplissent (pertinence) et aux interventions qui les mènent vers des résultats qu'elles valorisent (cohérence). Ainsi, le PHN peut sembler cohérent, pertinent et peut entraîner de la satisfaction quant au travail réalisé pour certaines ou l'inverse pour d'autres infirmières SAT. Devant une représentation cohérente et pertinente du PHN, certaines participantes affirment l'importance de leur rôle dans le PHN. À l'opposé, certaines participantes résistent et questionnent les moyens utilisés par le PHN



(signalement et intervention rapide de l'inspecteur de la CSST) car il occasionne des tensions dans leur pratique. Pour plusieurs participantes, le PHN ne représente pas l'apport distinct de leurs habiletés au chapitre de la protection, de la promotion, du maintien et de l'amélioration de la santé des travailleurs.

Les cibles d'intervention privilégiées des infirmières SAT les amènent à se représenter leur pratique dans le cadre du PHN comme étant un programme d'intervention qui occasionne des tensions. Pour certaines participantes, le PHN est axé sur l'assainissement de l'environnement de travail, plutôt que sur la santé et les besoins des entreprises en la matière. Les infirmières SAT associent la protection de la santé à un processus d'apprentissage de la santé et de développement de comportements de santé, tel que préconisé par le modèle conceptuel de McGill. Plusieurs infirmières ressentent que le PHN fragilise les relations qu'elles entretiennent avec l'établissement, ce qui occasionne des tensions dans leur pratique suivant le signalement et la visite d'un inspecteur de la CSST dans l'établissement.

Enfin, les représentations des infirmières SAT, quant à leur pratique dans le cadre du PHN et dans un contexte de pratique plus général, dévoilent divers aspects relationnels difficiles pour les infirmières SAT. En effet, les milieux de travail, les équipes SAT, la CSST et l'unité régionale SAT démontrent pour la majorité des participantes, une méconnaissance du rôle de l'infirmière SAT. Toutes les participantes sont d'avis que ces instances ne reconnaissent pas suffisamment leur expertise en SAT. Pour plusieurs participantes, puisqu'aucune infirmière n'a participé au développement du PHN, le PHN constitue un exemple concret de la méconnaissance du rôle et de la non

reconnaissance de l'expertise de l'infirmière SAT. Ce faisant, le PHN amène plusieurs participantes à se questionner sur la place qu'elles occupent dans l'équipe SAT et dans le réseau public SAT. Certaines, se disent démotivées et moins déterminées à défendre leur place au sein d'une l'équipe SAT et d'un secteur auxquels elles ne s'identifient plus.

## **CHAPITRE 5 : DISCUSSION**

Ce chapitre présente une discussion des principaux résultats de l'étude en faisant référence à la problématique et à la question de recherche, à la recension des écrits, à l'approche conceptuelle choisie, aux critères de scientificité et aux limites de l'étude. Ce chapitre se termine en émettant des recommandations au sujet de la recherche, de la gestion, et de la profession infirmière.

#### 5.1. Représentations des infirmières quant à leur pratique dans le cadre du PHN en fonction de la problématique de départ et de la question de recherche

L'exploration des représentations des infirmières SAT quant à leur pratique dans le cadre du PHN démontre que ce programme occasionne peu de changement, surtout en présence d'un PSSE. Toutefois, l'interprétation de ces représentations fait jaillir plusieurs difficultés dans leur pratique. En effet, l'interprétation de leurs représentations expose les préoccupations qu'elles ont face à leurs conditions de travail, à l'arrimage de leurs interventions avec les autres membres de l'équipe SAT et avec l'inspecteur de la CSST, aux relations interpersonnelles et à la mise en œuvre du PHN dans une entreprise hors normes (signalement, intervention de l'inspecteur de la CSST). Les résultats de l'étude coïncident avec les observations de plusieurs auteurs et chercheurs cités dans la recension des écrits. La section suivante présente la comparaison des résultats de l'étude et la recension des écrits.

#### 5.2. Comparaison des résultats de l'étude et la recension des écrits

L'exploration des représentations des infirmières SAT, a permis de mettre au jour les enjeux qu'elles rencontrent dans le cadre de leur pratique. Ces enjeux, liés aux

quatre éléments du modèle descriptif des représentations de la pratique des infirmières SAT dans le cadre du PHN, leur occasionnent des tensions. Les résultats de l'étude appuient ce que plusieurs chercheurs rapportaient au sujet des conditions de travail difficiles des professionnels de la santé du secteur public (Beaudet et al., 2007; Carpentier-Roy et al., 2001; Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006). En effet, comme pour d'autres professionnels œuvrant dans le secteur public, les infirmières SAT font face à des réformes successives, à un manque de ressources et à une surcharge de travail. Aussi, tel qu'observé par plusieurs chercheurs dans le cadre d'études effectuées auprès de professionnels du secteur public de la santé (Beaudet et al., 2007; Carpentier-Roy et al., 2001; Nikbakht Nasrabadi & Emami, 2006; Schmitt, 2006; Takase, 2005; White & Featherstone, 2005), les résultats de la présente étude démontrent que les infirmières SAT vivent des tensions liées aux relations interpersonnelles au travail et à l'organisation du travail.

Particulièrement, cette étude présente des résultats similaires à ceux obtenus par Beaudet et al. (2007). Tel que décrit au chapitre deux, la modélisation des résultats de Beaudet et al. (2007) met en évidence cinq composantes interreliées, lesquelles influencent le développement d'une pratique infirmière en prévention et promotion de la santé sous l'approche populationnelle (PPPP). De ces composantes, trois d'entre-elles sont semblables à celles obtenues par la présente étude. Ces composantes, du modèle de Beaudet et al. (2007), sont :

- **activités privilégiées** (versus les cibles d'intervention (Moretti, 2008))
- **organisation du travail** (versus organisation du travail (Moretti, 2008))
- **liens entre acteurs** (versus les aspects relationnels (Moretti, 2008))

D'abord, les résultats de la présente étude appuient ceux de Beudet et al. (2007) concernant les activités privilégiées par les infirmières et par les gestionnaires. En effet, les activités privilégiées sont celles liées au rôle traditionnel « clinique » d'une infirmière. Pour faire un parallèle avec la présente étude, les cibles d'intervention privilégiées par les infirmières SAT visent à surveiller l'état de santé et à répondre aux besoins de personnes en les conseillant et en les sensibilisant face aux risques pour leur santé. Alors, qu'en promotion de la santé, il est suggéré d'agir sur plusieurs déterminants de la santé. En s'inspirant des résultats de l'étude de Beudet et al. (2007), du rapport synthèse présenté par le CPSI-SAT (2006) et de la présente étude, les infirmières SAT ne semblent pas suffisamment préparées pour appliquer dans leur pratique à la fois les notions de prévention et de promotion de la santé sous une approche populationnelle.

D'autres ressemblances résident au niveau des composantes « organisation du travail » et « liens entre les acteurs ». D'abord, comme le rapportent Beudet et al. (2007), plusieurs contraintes organisationnelles ralentissent les développements d'une nouvelle approche pour l'intervention et des liens entre les acteurs stratégiques. Dans la présente étude, les infirmières SAT arborent des pratiques individualisées, fragmentaires et réactives dans le cadre du PHN. Il semble que la structure organisationnelle ne facilite pas le développement de la pratique infirmière dans le cadre du PHN. En effet, bien que l'unité régionale SAT privilégie une approche populationnelle, elle n'a impliqué que tardivement l'infirmière conseil de son unité dans le processus de développement et d'implantation du PHN. Selon une approche populationnelle, l'infirmière devrait être impliquée durant tout le processus soit de la

planification, en passant par la gestion et jusqu'à l'évaluation de programmes (Beaudet et al., 2007). Ce qui n'a pas été le cas avec le PHN. Ainsi, le mode de gestion n'a pas favorisé la participation des infirmières SAT dans ce programme. Selon les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude, ces contraintes organisationnelles occasionnent chez les participantes des tensions, suscite la résistance de certaines face à ce changement dans leur pratique et enfreint le développement de leur pratique (préventive et de promotion de la santé) dans le cadre du PHN. Pour certaines participantes, le PHN ne correspond pas à la vision qu'elles se font de leur travail et ni au sens qu'elles lui donnent.

Les résultats d'une étude menée par Morin (2008), au sujet du sens du travail de la santé mentale et de l'engagement organisationnel, démontrent aussi plusieurs ressemblances avec les résultats de la présente étude. Ces ressemblances concernent principalement deux éléments du modèle descriptif des représentations des infirmières SAT dans le cadre du PHN, soient « Utilité du travail » et « Aspects relationnels », ainsi que des liens étroits qui les unissent. En effet, Morin (2008) a identifié les facteurs influençant le sens du travail et l'impact de ces derniers (facteurs) sur la santé mentale et l'engagement organisationnel. Ce chercheur définit le sens du travail, tel quel, de trois façons :

- *La **signification** du travail, la valeur du travail aux yeux du sujet et la définition ou la représentation qu'il en a.*
- *L'**orientation** du sujet dans son travail, ce qu'il recherche dans le travail et les desseins qui guident ses actions.*

- *L'effet de **cohérence** entre le sujet et le travail qu'il accomplit, entre ses attentes, ses valeurs et les gestes qu'il pose quotidiennement dans le milieu de travail. (Morin, 2008, p.4)*

La définition de l'utilité du travail proposée par la présente étude, en termes de cohérence et de pertinence, rejoint, en parties, celle de Morin (2008). Ce chercheur rapporte que plusieurs caractéristiques du travail, dont l'utilité du travail, la reconnaissance et la qualité des relations, sont positivement corrélées entre elles et avec le sens donné au travail par une personne. Autrement dit, les différentes représentations de l'utilité du travail, de la reconnaissance et de la qualité des relations s'influencent mutuellement. Elles sont donc toutes importantes et elles affectent le sens du travail que se construit la personne. Le sens du travail est aussi directement relié au bien-être psychologique et à l'engagement d'une personne dans une organisation (Morin, 2008). Ces éclaircissements peuvent expliquer, en parties, que les représentations de certaines infirmières au sujet de l'utilité de leur travail et des aspects relationnels au travail dans le cadre du PHN, influençaient leur motivation et leur engagement dans le PHN.

Outre les résultats de Beudet et al. (2007) et de Morin (2008), l'interprétation des représentations de l'expérience des infirmières SAT à l'étude, au sujet du travail en équipe interprofessionnelle et intersectorielle, coïncident avec ce que plusieurs chercheurs ont observé lors d'études dans secteur public (Boarder, 2002; Carpentier-Roy et al., 2001; Frost et al., 2005; Keable, 2004; Payne, 2005; Schmitt, 2006; White & Featherstone, 2005). Premièrement, ils réaffirment ce que Carpentier-Roy et al.,



2001) ont constaté à l'effet que bien que les membres des équipes SAT travaillent en équipe multidisciplinaire et avec l'inspecteur de la CSST, la collaboration entre ceux-ci est souvent informelle et reste dépendante des relations interpersonnelles entre ces derniers, et ce, même en présence d'un algorithme d'encadrement professionnel, en l'occurrence, celui du PHN. Comme le ramène Carpentier-Roy et al. (2001), le mode de fonctionnement des équipes SAT entraîne des pratiques souvent individualisées, ce qui ne permet pas l'existence de savoir-faire collectifs. Autrement dit, la pratique des infirmières SAT, dans le cadre du PHN, n'est pas harmonisée. En effet, pour réaliser une intervention conjointe, certaines participantes à l'étude ont indiqué qu'elles devaient chercher l'appui et même parfois convaincre leur coordonnateur, les médecins, les techniciens et les hygiénistes du travail et même les autres infirmières de l'équipe SAT de l'importance de leur rôle lorsqu'une situation hors normes se déclare dans un établissement. En quelques sortes, l'implication de l'infirmière SAT dans les situations hors normes, fait l'objet de discussion, surtout lorsqu'un l'établissement ne possède pas de PSSE. Ceci vient confirmer les résultats d'un sondage réalisé par l'OIIQ (1995) à l'effet que la pratique des infirmières fait l'objet de discussion. Cela constitue un problème majeur car l'expertise de l'infirmière est sous utilisée. Autrement dit, les infirmières n'assument pas pleinement leurs rôles dans le cadre du PHN.

Deuxièmement, les résultats de la présente étude rapportent la présence de problèmes de communication interpersonnelle et d'arrimage entre les objectifs poursuivis et les interventions menées par les membres de l'équipe SAT et les inspecteurs de la CSST, et ce, malgré l'existence d'une entente sectorielle de services au niveau du PHN. Des constatations similaires ont été faites par des études

antérieures auprès de professionnels œuvrant dans l'institution publique (Boarder, 2002; Carpentier-Roy et al., 2001; Frost et al., 2005; Keable, 2004; Payne, 2005; Schmitt, 2006; White & Featherstone, 2005).

Troisièmement, certaines infirmières, confrontées à des changements organisationnels, se sont questionnées quant à la place qu'elles occupent dans l'équipe SAT et dans le réseau public, tel qu'observé par divers chercheurs lors d'études réalisées dans différents domaines d'intervention de santé publique (Boarder, 2002; Frost et al., 2005; Schmitt, 2006; White & Featherstone, 2005). Appliqués à la présente étude, ces questionnements découlent de l'effet des changements dans l'organisation du travail des équipes SAT et des relations interpersonnelles entre ses membres, les inspecteurs de la CSST et les milieux de travail. Également, devant des changements organisationnels, Collerette et al. (2006) rapportent que les individus sont susceptibles de présenter de la résistance au changement. Plusieurs participantes à l'étude ont manifesté des résistances au changement. Peu importe la signification de ces résistances, les sources de ces dernières, pour les participantes à l'étude, semblent relever majoritairement du mode d'introduction du changement. Selon Collerette et al. (2006), ces manifestations auraient pu être atténuées et voire même éliminées si les initiateurs du changement avaient, entre autres, respecté les infirmières notamment en écoutant leurs préoccupations, en les faisant participer au changement, en réduisant les zones grises liées aux diverses activités dans le cadre du PHN et en faisant preuve de transparence dans le processus d'élaboration et de développement du PHN. Les infirmières à l'étude reconnaissent le bien fondé du PHN, toutefois, elles se sentent encore aujourd'hui, soit deux ans après l'implantation du PHN, mises à l'écart, dans ce

programme d'intervention, par certains membres de l'équipe SAT et par l'unité régionale SAT. Elles questionnent leur appartenance au groupe.

### 5.3. Les résultats de l'étude et l'approche conceptuelle de la théorie des représentations sociales

Les résultats de cette étude concordent avec l'approche conceptuelle découlant de la théorie des représentations sociales. Cela paraît très évident lorsque les résultats sont comparés aux fonctions des représentations sociales. Les représentations sociales jouent un rôle essentiel dans la dynamique des relations interpersonnelles et dans les pratiques professionnelles (Abric, 1994). Les représentations des infirmières dans le cadre du PHN ont permis de comprendre et d'expliquer la réalité qu'elles vivent dans le cadre de leur pratique. Les représentations de la pratique et du rôle des infirmières dans le cadre du PHN ont démontré les efforts déployés par les participantes pour donner un sens à leur pratique dans le cadre de ce dernier (fonction de savoir). Aussi, certains résultats illustrent où se situent les infirmières par rapport au PHN, par rapport aux autres membres de l'équipe SAT et par rapport au réseau SAT, notamment aux niveaux des rôles des membres de l'équipe SAT dans le cadre du PHN. Les participantes ont fait une comparaison sociale de leur identité par rapport au groupe d'appartenance SAT (fonction identitaire). Les représentations des infirmières SAT leurs ont servi de guide à l'action (fonction d'orientation). Entre autres, les représentations de l'organisation du travail et des aspects relationnels sont intervenues pour guider la pratique des participantes dans le cadre du PHN. Elles ont filtré les informations et les interprétations de manière à rendre le PHN conforme à leurs

représentations. En effet, les infirmières qui jugeaient leurs interventions importantes dans le cadre du PHN, intervenaient et essayaient d'influencer les membres de l'équipe SAT de l'importance de leur implication et de l'apport de leur expertise. À l'opposé, d'autres infirmières ne s'impliquaient pas car selon leurs représentations, le PHN concernait la pratique des experts en hygiène du travail et de l'inspecteur de la CSST. Ce dernier exemple peut aussi expliquer la dernière fonction des représentations sociales, la fonction justificatrice, car elles ont permis de justifier leur prise de position et leurs comportements face au PHN.

#### 5.4. Critères de scientificité

Parce qu'ils permettent une réflexion sur la conduite de notre étude, c'est sous l'angle des critères de scientificité de Guba et Lincoln (1989), soient : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité que la section suivante discute de la qualité scientifique de l'étude réalisée.

##### *5.4.1. Crédibilité*

La crédibilité permet de vérifier la plausibilité des résultats. Plusieurs moyens ont été utilisés par l'étudiante chercheuse pour valider la convergence de ses interprétations des représentations du PHN des infirmières SAT avec celles des autres personnes concernées par ce dernier.

D'abord, faisant partie d'une équipe SAT de la région, l'étudiante chercheuse connaît déjà très bien la culture de l'institution pour y avoir travaillé plus d'une dizaine

d'années. Ceci lui permet de bien cerner les particularités de la pratique infirmière relatées par les participantes (par exemple : mode de fonctionnement des équipes, vocabulaire utilisé et PHN). Également, tout au long de l'étude, l'étudiante chercheuse a consulté des concepteurs du PHN et collaborateurs à l'unité régionale SAT, afin de valider ses interprétations, d'obtenir des précisions (buts, objectifs, algorithme d'encadrement professionnel, etc.) et de suivre l'évolution du PHN depuis son implantation. D'ailleurs, ce lien privilégié avec l'unité régionale SAT lui a permis d'avoir accès à plusieurs sources documentaires (bulletins d'information, bilans, données statistiques) traitant de la pratique des membres de l'équipe SAT dans le cadre du PHN et des situations hors normes (entreprises, secteurs d'activités, contaminants en cause, etc.). Enfin, l'étudiante chercheuse a pu comparer ces diverses sources d'information aux données qu'elle a recueillies auprès des participantes à l'étude dans le but d'en évaluer la concordance lorsque les données le permettaient.

Également, l'étudiante chercheuse a maintenu un journal de bord et une pratique réflexive portant sur la conduite de l'étude. Elle a discuté régulièrement avec ses directrice et codirectrice de recherche au sujet de ses interrogations, ses interventions, ses perceptions, ses représentations du PHN et ses apprentissages. Ces consultations ont permis d'apporter des éclairages aux innombrables questions soulevées par l'étude.

#### *5.4.2. Transférabilité*

L'étudiante chercheuse a minutieusement détaillé le contexte et les conditions de recrutement des participantes, de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des

données. Encore ici, la tenue rigoureuse d'un journal de bord lui a permis de rendre ses perceptions plus représentatives du moment et du contexte de l'étude, dans le but d'identifier les biais possibles dans l'interprétation des données. À ce sujet, au cours des entretiens, l'étudiante chercheuse a vérifié l'interprétation qu'elle faisait des données avec la participante durant l'entretien, permettant à celle-ci de corriger ou de préciser les informations. Après chaque entretien, l'étudiante chercheuse rédigeait une note terrain post-entretien, précisant les points saillants de l'entrevue, de ses interprétations et de ses perceptions quant à la conduite de l'entrevue (questions tendancieuses). Ensuite, l'étudiante chercheuse, apportait des ajustements au canevas d'entrevue dans le but d'améliorer la conduite de l'entretien et rapportait son expérience à la directrice de recherche. À titre d'exemple, la directrice de recherche a pu, suivant l'écoute de l'enregistrement du premier entretien, corriger des lacunes de l'étudiante chercheuse (technique de formulation de questions, respect des silences de l'interviewée), afin retirer des questions tendancieuses (et réponses) du corpus de données à analyser et lui porter conseil en prévision des entretiens ultérieurs.

Les résultats sommaires de l'étude ont été transmis aux participantes. Les participantes pouvaient, si elles le voulaient, faire part de leurs commentaires à l'étudiante chercheuse. D'ailleurs, certaines participantes ont rapporté que les résultats traduisaient bien leur réalité.

#### *5.4.3. Fiabilité*

D'entrée de jeu, puisque l'étudiante chercheuse adhère au paradigme du socioconstructivisme, elle concevait qu'il serait impossible de reproduire les données

obtenues suite à un entretien. Ainsi, l'étudiante chercheuse s'est assurée d'avoir accès aux données brutes et aux documents de travail, et ce, en tout temps durant l'étude (enregistrement, traitement et conservation des données). Aussi, le processus de codification des données a été révisé par la directrice de recherche et discuté avec l'étudiante chercheuse (triangulation des données). Les commentaires de la directrice et de la codirectrice de recherche ont été conservés dans une section du journal de bord pour référence. Les décisions de l'étudiante chercheuse durant l'étude ont soigneusement été décrites et conservées dans le journal de bord. Ainsi, au gré des analyses, de l'interprétation des données et de la rédaction du mémoire, l'étudiante chercheuse a prêté une attention particulière aux changements qu'elle a apportés au processus d'analyse et d'interprétation des résultats de l'étude.

#### *5.4.4. Confirmabilité*

La consultation régulière du journal de bord et des documents de travail, de la description détaillée des perceptions et des décisions prises par l'étudiante chercheuse et, les discussions régulières (triangulation des données) avec les directrice et codirectrice de recherche au sujet de l'analyse et de l'interprétation des données, ont permis à l'étudiante chercheuse de réfléchir sur la conduite de l'étude, d'identifier ses biais et de prendre des décisions éclairées pour valider la convergence des données entre les divers documents produits durant l'étude.

## 5.5. Limites de l'étude

### 5.5.1. Contexte à l'étude

Le PHN s'applique dans un contexte très spécifique soit, dans un établissement où il y a présence de risques chimiques et où l'exposition des travailleurs à ces risques dépassent les valeurs admissibles. Étant nouvellement implanté, l'implication et l'expérience des infirmières dans le cadre de ce dernier étaient très différentes de l'une à l'autre. L'étudiante chercheuse, pour faciliter le recrutement, a assoupli les critères d'inclusion de manière à permettre à celles qui n'avaient pas encore appliqué le PHN, mais qui le connaissaient, de participer à l'étude. Ce faisant, l'analyse de ces variations a permis d'apporter des éclairages sur l'application prochaine du PHN par les infirmières SAT de la région et éventuellement, celles des autres régions du Québec.

### 5.5.2. Entretiens semi-dirigés

Cette technique peut comporter certains biais, et ce, autant chez les interviewées que chez l'étudiante chercheuse. En effet, puisqu'elle travaille depuis longtemps dans la région, il est possible que la relation déjà existante entre les participantes et l'étudiante chercheuse, ait mené les participantes à projeter une image favorable d'elle-même. L'étudiante chercheuse a rappelé aux participantes qu'elles étaient libres de répondre ou non aux questions d'abord qu'elles rapportent leurs expériences telles que vécues. Aussi, l'étudiante chercheuse a rappelé aux participantes que l'étude ne visait pas à évaluer leur pratique mais plutôt à l'explorer. Il est possible que l'interprétation des objectifs de l'étude (par les participantes), le lieu où



s'est réalisé l'entretien et l'image que projette l'étudiante chercheuse, auprès des participantes, aient influencé leur discours. À ce sujet, il est difficile de distinguer ce qui relève du contexte de l'entretien de ce qui provient de la représentation (Abric, 2003). C'est pourquoi, l'étudiante chercheuse a soigneusement rédigé des mémos post-entretiens détaillés, après chaque entretien et relu ces derniers plusieurs fois durant l'analyse et l'interprétation des résultats.

### *5.5.3. Moment du recrutement*

Le contexte organisationnel dans lequel s'est réalisée l'étude faisait l'objet de préoccupations importantes par les infirmières. En effet, la restructuration des équipes locales SAT, la relocalisation de membres, le recentrage des activités des équipes locales SAT sur les mandats légaux, les compressions budgétaires, le manque de main-d'œuvre, l'abolissement de postes ou encore les postes vacants, l'introduction de nouveaux outils de travail, etc., n'ont probablement pas favorisé le recrutement d'infirmières pour l'étude. D'ailleurs, certaines participantes vivaient, à des degrés différents, une période d'adaptation et d'intégration dans une nouvelle équipe SAT. Il est possible que certaines participantes avaient le besoin de s'exprimer étant donné le contexte mouvant dans lequel elles travaillent présentement.

### *5.5.4. Biais de l'étudiante chercheuse*

L'étudiante chercheuse travaille depuis plusieurs années dans le domaine public de santé au travail. Son expérience professionnelle découlant de l'application de plusieurs programmes d'intervention, incluant le PHN, a pu biaiser de différentes façons cette étude. D'abord, ses expériences professionnelles antérieures ont pu influencer

son analyse des données et refléter ses propres représentations du rôle de l'infirmière SAT, du PHN et de la pratique infirmière SAT dans le cadre du PHN. Ensuite, l'étudiante-chercheuse a peut-être posé des questions aux participantes que seule une infirmière SAT œuvrant au sein d'une équipe SAT aurait pu poser. Cependant, l'expertise de l'étudiante chercheuse lui a probablement permis de cerner de façon très sensible et très près de la réalité, les informations que voulaient transmettre les participantes. Bien entendu, l'étudiante chercheuse a gardé à l'esprit que l'analyse des discours des participantes demeure un travail d'interprétation.

#### *5.5.5. Généralisation des résultats à d'autres contextes de pratique*

Cette étude s'est réalisée dans un contexte très précis. L'étudiante chercheuse est d'avis que les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des contextes de santé au travail ou même à d'autres contextes de pratique. Toutefois, cette étude a permis d'identifier des éléments qui influencent la pratique des infirmières SAT dans le cadre d'un programme d'intervention. L'étudiante chercheuse estime que la méthode utilisée et les résultats de l'étude peuvent constituer de bons points de départ pour la planification d'études ultérieures dans le secteur de santé au travail et des pistes de réflexion pour les gestionnaires et les membres de l'unité régionale et des équipes SAT et enfin, pour la profession infirmière. La section suivante adresse diverses recommandations à ces sujets.

## 5.6. Recommandations pour la recherche

La théorie des représentations sociales s'est avérée appropriée pour mieux comprendre comment les infirmières interprètent le PHN ainsi que leur pratique découlant de son application dans les milieux de travail. D'ailleurs, elle a permis de mettre au jour les éléments qui influencent la pratique infirmière dans la mise en application d'un programme d'intervention. Ainsi, ces éléments fournissent des pistes intéressantes pour la recherche.

L'étudiante chercheuse juge qu'il serait approprié de poursuivre d'autres recherches du même type auprès des autres membres de l'équipe SAT de la région et ailleurs au Québec. En effet, l'étudiante chercheuse est d'avis que l'exploration des représentations des pratiques professionnelles, à partir des professionnels, est essentielle non seulement pour comprendre l'intervention des professionnels mais également pour dresser un profil de la qualité des soins, des conditions de travail des experts en SAT et de la collaboration interprofessionnelle.

Cette étude a mis en évidence la méconnaissance du rôle de l'infirmière et le manque de reconnaissance de leur expertise dans le domaine de la SAT. L'étudiante chercheuse estime que la recherche constitue un excellent moyen pour faire connaître davantage le rôle de l'infirmière SAT et pour contribuer au développement des savoirs. L'héritage des savoirs, qui découlent de la recherche, peut certainement rehausser la contribution particulière de l'infirmière dans le domaine SAT. Puisque cette pratique est jeune dans le secteur public au Québec, la recherche est essentielle afin de rendre les

interventions plus efficaces, plus visibles et ce dans le but de mieux répondre aux mandats de santé publique soient, de protéger, de prévenir, de surveiller et de promouvoir la santé des travailleurs dans les milieux de travail.

Plusieurs facettes de leur pratique mériteraient d'être explorées. À titre d'exemple, et découlant des résultats de cette étude, la communication et la collaboration entre les membres SAT, les partenaires et les milieux de travail, sont des aspects importants en SAT et donc à approfondir. En effet, ces aspects représentent des enjeux notoires notamment pour assurer la qualité des services offerts et l'efficacité des interventions des experts SAT dans les milieux de travail. Aussi, il serait intéressant d'explorer la pratique des membres de l'équipe SAT, incluant les gestionnaires, quant à l'approche populationnelle et à la promotion de la santé et de comparer les résultats avec ceux obtenus par Beudet et al. (2007). En effet, aucune participante dans le cadre de l'étude a mentionné le développement d'un programme de promotion de la santé dans une entreprise hors normes alors qu'un projet à ce sujet existe. Puisque les membres de l'équipe SAT sont appelés à adopter cette approche, cette éventuelle étude pourrait viser à mieux comprendre comment soutenir la PPPP et à la favoriser aux niveaux local, régional et provincial.

#### 5.7. Recommandation pour les gestionnaires, pour l'unité régionale SAT et pour les équipes SAT

Cette étude a mis en évidence plusieurs difficultés que rencontrent les infirmières SAT dans le cadre de leur travail. Premièrement, le manque d'harmonisation des pratiques, entre autres, dans le cadre du PHN. Deuxièmement, la collaboration,

entre les membres de l'équipe SAT, n'est pas toujours de mise. Ce qui engendre des pratiques fragmentée et empêche le développement de savoirs-collectifs. Troisièmement, les relations interpersonnelles sont souvent la source de tensions. Il serait donc recommandé d'apporter davantage de soutien professionnel aux infirmières SAT et de renforcer la collaboration interprofessionnelle dans les équipes SAT.

Plusieurs pistes sont proposées par Morin (2008) et Beaudet et al. (2007) à ce sujet. Entre autres, il est important de maintenir des relations interprofessionnelles positives et empreintes de respect car ces dernières permettent de donner du sens au travail, d'exécuter un travail dans un contexte où les contacts sociaux sont intéressants (Morin, 2008). En effet, les relations positives et respectueuses au travail favorisent le développement de la complicité entre collègues de travail et «*l'empowerment*» de l'équipe (Morin, 2008).

Aussi, il serait opportun de créer des espaces d'échanges professionnels (Beaudet et al., 2007). À titre d'exemple, il est recommandé **d'organiser des activités de formation continue conjointes** basées sur une formule plus participative et réflexives afin de favoriser les discussions entre les professionnels, de soutenir l'intégration des savoirs et le suivi dans les changements de pratique. Les formations devraient porter sur la santé publique (Programme national de santé publique), sur la promotion de la santé (perspective écologique) et sur l'approche populationnelle. Également, pour favoriser la collaboration entre professionnels, il est recommandé de mettre en place des mécanismes qui assure la représentativité de toutes les disciplines sur les tables de concertation. Ceci démontrerait un positionnement fort de

l'organisation en faveur de la collaboration interprofessionnelle et permettrait aux professionnels de mieux se connaître et d'avoir une vision commune de la santé au travail. Cela favoriserait également les discussions entre les gestionnaires et les professionnels quant à la prise de décision et quant à la planification et la réalisation des interventions.

Pour faciliter le développement de la pratique infirmière et fournir du soutien aux infirmières SAT, il est recommandé de créer des postes d'infirmière clinicienne spécialiste dans chacune des équipes SAT. Ces infirmières, en raison de leur formation en pratique avancée, pourraient assurer l'intégration des nouvelles recrues, planifier la formation des infirmières SAT, évaluer la qualité des soins, mettre en place une démarche d'amélioration continue, susciter une pratique réflexive et favoriser la recherche en santé au travail et en sciences infirmières. Également, il serait pertinent que ces dernières, infirmières cliniciennes spécialistes, créent et siègent sur un comité régional et provincial de formation et de développement de la pratique infirmière SAT afin d'assurer une harmonisation de la pratique des infirmières SAT, renforcer l'identité professionnelle des infirmières SAT et développer le leadership infirmier à tous les niveaux (provincial, régional et local).

Finalement, afin d'encourager l'implication des infirmières dans les programmes d'intervention, il est recommandé de les intégrer dans le processus d'élaboration et d'implantation de ces programmes.

## 5.8. Recommandations pour la profession infirmière

La contribution de l'infirmière en santé au travail est connue mondialement. Toutefois, à l'inverse des autres provinces du Canada, des États-Unis et de plusieurs pays, il n'existe pas de formation universitaire spécifique pour l'infirmière de santé au travail au Québec. Il est donc impératif de renforcer *l'empowerment* et le leadership infirmier notamment par la création d'un programme de formation infirmière (post-graduée) pour la pratique avancée en SAT. Ce programme pourrait être chapeauté par la Faculté des sciences infirmières et développé conjointement avec la faculté de médecine préventive et sociale et l'école nationale de santé publique du Québec. Ce programme permettrait de former des infirmières cliniciennes spécialistes pour développer et appliquer la pratique infirmière SAT, pour faire de la recherche et pour enseigner la pratique SAT aux infirmières désireuses de se spécialiser en SAT.

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) aurait intérêt à soutenir davantage le développement de la pratique infirmière SAT dans le secteur public et à la rendre plus visible. Notamment, elle pourrait promouvoir et reconnaître leur formation de deuxième cycle universitaire en pratique avancée. Elle pourrait chercher à intégrer des activités de formation continue pour la pratique infirmière SAT notamment dans le cadre de congrès, comme elle le fait pour d'autres domaines de pratique infirmière. Aussi, dans la revue qu'elle publie, l'OIIQ pourrait créer une section dédiée à la santé au travail. La profession infirmière fait face à plusieurs enjeux, donc une section traitant de sujets relatifs à la santé des infirmières au travail, rédigés par des infirmières cliniciennes spécialisées SAT, pourrait rendre plus visible l'expertise de

l'infirmière SAT, répondre à des besoins des infirmières peu importe leur domaine de spécialité, créer un intérêt pour l'exercice de la profession en santé au travail, faire connaître ce champ d'exercice infirmier et faciliter le recrutement de nouvelles infirmières dans ce domaine de spécialité. Dans la région à l'étude, plus du tiers des infirmières œuvrant au sein des équipes SAT prendront leur retraite d'ici quelques années. Il est donc très urgent d'agir et de planifier le recrutement et la formation des éventuelles infirmières SAT.



## **CONCLUSION**

Cette étude a permis d'identifier quatre éléments qui influencent la pratique des infirmières SAT dans le cadre d'un programme d'intervention. Or, si l'organisation du travail, les aspects relationnels, l'utilité du travail et les cibles d'intervention influencent les représentations que les infirmières SAT ont de leur pratique et du programme dans lequel elles interviennent, ces éléments constituent des pistes de réflexion et d'ancrage pour la recherche et pour le développement et l'amélioration de leur pratique professionnelle et des programmes d'intervention. Alors, il est recommandé de favoriser l'implication des infirmières dans le processus d'élaboration et d'implantation des programmes d'intervention. Leur participation permettra la prise en compte de la vision qu'elles ont de leur travail, facilitera l'arrimage de leurs activités avec celles des autres membres de l'équipe SAT et réduira ou éliminera leurs résistances au changement. Aussi, afin de mieux soutenir la pratique infirmière, il est souhaitable de créer un poste d'infirmière clinicienne spécialiste dans chacune des équipes SAT, notamment pour assurer la formation continue des infirmières, le développement de la pratique en SAT, l'évaluation de la qualité des soins et la recherche. Enfin, pour favoriser l'harmonisation des pratiques professionnelles, il est recommandé de créer des espaces d'échanges et des formations conjointes entre les différents acteurs et professionnels SAT. Pour créer ces espaces et lieux d'échanges, il faut **absolument** un engagement fort et affirmé de tous les gestionnaires des différentes instances du secteur public de santé au travail. Aussi, il faut que les gestionnaires fassent preuve d'ouverture et qu'ils ajustent leur mode de gestion afin de faire participer les membres des équipes SAT aux décisions concernant les activités sur le terrain. Finalement, une modification des structures organisationnelles actuelles est nécessaire afin de mieux

soutenir le développement des pratiques professionnelles et la collaboration interprofessionnelle.

## RÉFÉRENCES

- Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Reilles, Paris : Presses Universitaires de France.
- Abric, J.C. (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville, Saint-Agne : Édition Érès.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2007, juillet). S'occuper des travailleurs. Récupéré en date du 08-05-30 du site internet : <http://www.santepub-mtl.gc.ca/Travail/index.html>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, (2007). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers du Canada*. Récupéré en date du 08-05-30 du site internet : [http://www.cna-nurses.ca/cna/default\\_f.aspx](http://www.cna-nurses.ca/cna/default_f.aspx)
- Bailey, P.H., Rikholm, E.E., Vanderlee, R. & Hyland, J. (1994). A heart health survey at the worksite: the first step to effective programming. *AAOHN Journal*, 42(1), 9-14.
- Beauchemin, J. (1995). *Ambiguïté et conflits de rôle chez les infirmières en santé et sécurité du travail en industrie*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Beaudet, N. et al. (2008). La pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention en CSSS, mission CLSC. De la volonté à la réalité. *Rapport synthèse*, 11(2), 1-12
- Bélanger, S. (1986). *Analyse des besoins de formation des infirmières en santé et sécurité du travail*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Berthelette, D. (2002). Les déterminants de l'implantation et des résultats des programmes de santé et de sécurité du travail. Dans Harrisson, D., & Legendre, C. *Santé, sécurité & transformation du travail*. (pp. 107- 128). Ste-Foy : Presses de l'université du Québec.
- Boarder, J.H. (2002). The perceptions of experienced community learning disability nurses of their roles and ways of working. An exploratory study. *Journal of learning disabilities*, 6 (3), 281-296.
- Boutin, G. (2006). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy : Presses de l'université du Québec. (Ouvrage original publié en 1997).
- Carpentier-Roy, M.C., Simard, M., Marchand, A., & Ouellet, F. (2001). Pour un modèle renouvelé d'intervention en santé au travail dans les petites entreprises. *Relations industrielles*, Vol. 56 (1), 165-194.
- Carroll, G. (2006). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal : Chenelière Éducation.

- Caux, C., et al. (2007). Anticipating ethical aspects of the use of biomarkers in the workplace : A tool for stakeholders. *Social Science & Medicine* 65 (2), 344-354.
- Chang, P.J. (1994). Factors influencing occupational health nursing practice. A two-part PhD thesis. Kings College London : University of London.
- Colin, C. (2004). La santé publique au Québec à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. *Santé publique*, 16 (2), 185-195.
- Colin, C., & Rocheleau, L. (2004). Les infirmières de santé publique au Québec : une contribution essentielle et... méconnue. *Santé publique*, 16(2), 263-272.
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (2006). Le changement organisationnel. Théorie et pratique. Québec : Presses de l'Université du Québec. (Ouvrage original publié en 1997).
- Comité provincial de soins infirmiers en santé au travail. (2006). Promotion de la santé au travail. Rapport synthèse. Montréal : ASSS de Montréal.
- Connon, C.L., & Salazar, M.K. (2004). Developing more effective workplace intervention: use of the precede-proceede model. *AAOHN journal*, 52(5), 188-190.
- CSST, CLSC, & ASSS de Montréal (2004). Électrodéposition et galvanisation. Guide de l'organisation des premiers secours et des premiers soins. Montréal : CSST.
- CSST. (2007). Cadre général de fonctionnement entre la CSST, le MSSS et le réseau de la santé au travail. CSST-Direction des relations avec les partenaires. Montréal.
- CSST. (2008). Déclaration de services. Document récupéré le 08-07-2008, du site internet : [www.csst.qc.ca](http://www.csst.qc.ca).
- Deladrière, J.L., Le Bihan, F., Mongin, P., Rebaud, D., & Kilian, C. (2007). Organisez vos idées avec le Mind Mapping. Paris : Dunod.
- Dile, J.H. (1999) Worksite influenza immunization. Successful program. *AAOHN Journal*, 47(7), 292-300.
- Drouin, L., Simard, R., Fontaine, G., & Huneault, C. (2004). L'élaboration et la mise en application des programmes de santé spécifiques aux établissements : l'approche québécoise. *Santé publique*, 16(2), 329-337.
- DSP de Montréal (2006). Les hors normes, tolérance zéro ! Montréal : ASSS de Montréal.

- DSP de Montréal (2006, novembre). Horizon spécial : hors normes. Qui a peur des hors normes? *Horizons Santé au travail*, 5, 1-7
- DSP de Montréal (2006, décembre). Entente de gestion, cahier des charges, ... ou surcharge? Dans DSP (Éd.) Édition spéciale de Noël : *Horizons santé au travail*, 6, 2-3.
- DSP de Montréal (2007, juillet). Édition spéciale Été : *Horizons santé au travail*, 7, 1-4.
- DSP de Montréal (2007). Ce que vous avez toujours voulu savoir sur les hors normes et que vous avez osé demander. Montréal : ASSS de Montréal.
- Eakin, J.M., Cava, M. & Smith, T. (2001). From theory to practice: a determinants approach to workplace health promotion in small businesses. *Health Promotion Practice*, 2(2), 172-181
- Éditeur officiel du Québec (2008, juin). Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., chapitre S-2.1). Document récupéré le 30 juin 2008 du site internet: [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html)
- Éditeur officiel du Québec (2008, juin). Loi sur la santé publique (L.R.Q., chapitre S-2.2). Document récupéré le 30 juin 2008 du site internet: [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html)
- Éditeur officiel du Québec (2008, juin). Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., chapitre A-3.001). Document récupéré le 30 juin 2008 du site internet : [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html)
- Éditeur officiel du Québec (2008, juin). Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). Document récupéré le 30 juin 2008 du site internet : [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html)
- Éditeur officiel du Québec (2008, juin). Règlement sur la santé et la sécurité du travail (S-2.1, r.19.01). Document récupéré le 30 juin 2008 du site internet : [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/accueil.fr.html)
- Fontaine, G. (1998). Premiers secours et premiers soins. Cahier 2 : Adaptation du modèle McGill et son application en milieu de travail. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Fontaine, G. (2007). Communication interpersonnelle pour la liste des coordonnées professionnelles des participantes éventuelles à l'étude. Montréal : ASSS de Montréal.
- Fontaine, G., & Moretti, S. (2000). L'Amputation traumatique. L'organisation des premiers secours et des premiers soins en milieu de travail. *L'infirmière du Québec*, 7(6). 15-16, 34-38.

- Frost, N., Robinson, M., & Anning A. (2005). Social workers in multidisciplinary teams : issues and dilemmas for professional practice. *Child ans Family Social Work*, 10, 187-196.
- Gottlieb, N., & Rowat, K. (1985). *The McGill model of nursing*. Montréal. School of Nursing of McGill University and Department of nursing of affiliated Hospitals.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). Health Promotion planning: an educational and ecological approach. Third Edition. New York: McGraw-Hill.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). Fourth Generation Evaluation. Newbury Park : Sage publications.
- Gunnarsdottir, S. & Bjornsdottir, K. (2003). Health promotion in the workplace: the perspective of unskilled workers in a hospital setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 66-73.
- Harrisson, D., & Legendre, C. (2002). Introduction. Dans Harrisson, D., & Legendre, C. *Santé, sécurité & transformation du travail*. (pp. 1-8) Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Hart, P.A., Olsen, D.K., Fredrickson, A.L. & McGovern, P. (2006). Competencies most valued by employers-implications for master's-prepared occupational health nurses. *AAOHN Journal*, 54(7), 327-335.
- Ishihara, I., Yoshimine, T., Horikawa, J., Majima, Y., Kawamoto, R. & Salazar, M.K. (2004). Defining the roles and functions of occupational health nurses in Japan: result of job analysis. *AAOHN Journal*, 52(6), 230-241.
- Jodelet, D. (2003). Les représentations sociales. 7<sup>e</sup> édition. Paris: Les Presses Universitaires de France.
- Keable, P. (2004). Représentation sociale de l'approche milieu au centre jeunesse de Montréal. Mémoire Udm.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). La pensée infirmière. 2<sup>e</sup> édition. Laval : Groupe Beauchemin, éditeur ltée.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires (Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur ltée.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). La recherche qualitative. Fondements et pratiques. 2<sup>e</sup> édition. Bruxelles : de Boeck & Larcier s.a.



- Loiselle, C.G., & Mcgrath, J. P. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approche quantitatives et qualitatives. Montréal : Éditions du renouveau pédagogiques Inc.
- McBain, M. (2006). The changing role of OH : This year model. *Occupational Health*, 58(3), 16-19.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1992). La politique de santé et du bien-être. Québec : Gouvernement du Québec, Ed.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2003). Programme national de santé publique 2003-2012 (version abrégée). Gouvernement du Québec. Document récupéré le 08-07-2008 du site Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-216-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2008). Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour 2008). Gouvernement du Québec. Document récupéré le 08-07-2008 du site Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
- Mellor, G. & St John, W. (2009). Managers' perceptions of the current and future role of occupational health nurses in Australia. *AAOHN Journal*, 57(2), 79-87.
- Morin, E. (2008). Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. Rapport R-543. Montréal : IRSST – Direction des communications.
- Morris, J.A. & Smith, P.S. (2001). Demonstrating the cost effectiveness of an occupational and environmental health nurse: Application of AAOHN'S success tools. *AAOHN Journal*, 49(12), 547-556
- Nikbakht Nasrabadi, A., & Emami, A. (2006). Perceptions of nursing practice in Iran. *Nursing Outlook*, 54, 320-327
- Neumanen-Tuomela, P. (2001). Occupational helth nurses's work and expertise in finland : occupational health nurses' perspective. *Public Health Nursing*, 18(2), 108-115.
- OIIQ (1995). Profil des infirmières en santé au travail des secteurs privé et public : rapport d'un sondage sur leurs activités. Montréal : Direction des communications OIIQ.
- OIIQ & AIISTQ. (1998). Les défis de l'avenir en santé et sécurité du travail. Montréal : Direction des communications OIIQ.
- Payne, M. (2006). Identity politics in multiprofessional teams. *Journal of social work*, 6 (2), 137-150







- Plante, R., & Bhérier, L. (2006). La médecine du travail au Québec : une pratique de santé publique. *Santé, Société et solidarité*, 2, p.15-21.
- Rasteiro, M. (2000). The essence of the occupation health nurse's role: a teaching experience in Portugal. *AAOHN Journal*, 48(4), 171-174.
- Risner, P.B. & Fowler, B.A. (1995). Health promotion services and evaluation in the workplace: pragmatic issues. *AAOHN Journal*, 43(1), 12-16.
- Rodgers, B. & Livsey, K. (2000). Occupational health surveillance, screening, and prevention activities in occupational health nursing practice. *AAOHN Journal*, 48(2), 92-99.
- Salazar, M.K., Kemerer, S., Amann, M.C. & Fabrey, L.J. (2002). Defining the roles and fonctions of occupational and environmental health nurses: results of a National Job Analysis. *AAOHN Journal*, 50(1), 16-25.
- Schmitt, N. (2006). Role transition from caregiver to case manager – Part II. *Lippincott's Case Management*, 11(1), 37-46.
- Silpasuwan, P., Viwatwongkasem, C., Phalee, P. & Kalampakorn, S. (2006). Evaluating occupational health nursing units in Bangkok textile factories : Exploring the world through occupational health programs. *AAOHN Journal*, 54(2), 69-74.
- Simard, R. (2004, mai). L'affectation ou le retrait préventif, pour une maternité sans danger. Bulletin Prévention en pratique médicale. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal.
- Skillen, L.D., Anderson, C., Seglie, J. & Gilbert, J. (2002). Toward a Model for Effectiveness: What Alberta Occupational Health Nurses Think. *AAOHN Journal*, 50(2), 75-82.
- Strasser, P.B., Maher, H.K., Khunt, G. & Fabrey, L.J. (2006). Occupational health nursing: 2004 practice analysis report. *AAOHN Journal*, 54(1), 14-23
- Strauss, A., & Corbin, J. (2004). Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc.
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2005). Comparaison between nurse's professional needs and their perceptions of their job. *Australian Journal of advanced nursing*, 23 (2), 29-33
- Van der Maren, J. M. (2004). Méthode de recherches pour l'éducation. 2<sup>e</sup> édition. Bruxelles : De Boeck & Larcier s.a. (Ouvrage original publié en 1996).
- Wilkens, P.M. (2003). Preventing work-related musculoskeletal disorders in VDT users: A comprehensive health promotion program. *Work*, 20(3), 171-178.

- White, S., & Featherstone, B. (2005). Communicating misunderstandings : multia-agency work as social practice. *Child and Family Social Work, 10*, 207-216
- White, K. & Williamson, G.C. (1999). Competencies in Occupation and environmental health nursing: Practive in the new millennium. *AAOHN Journal, 47(12)*, 552-568.

## **APPENDICES**

**APPENDICE A :**  
**CLASSIFICATION DES ENTREPRISES**  
**PAR SECTEURS D'ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES**

## SECTEURS D'ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES

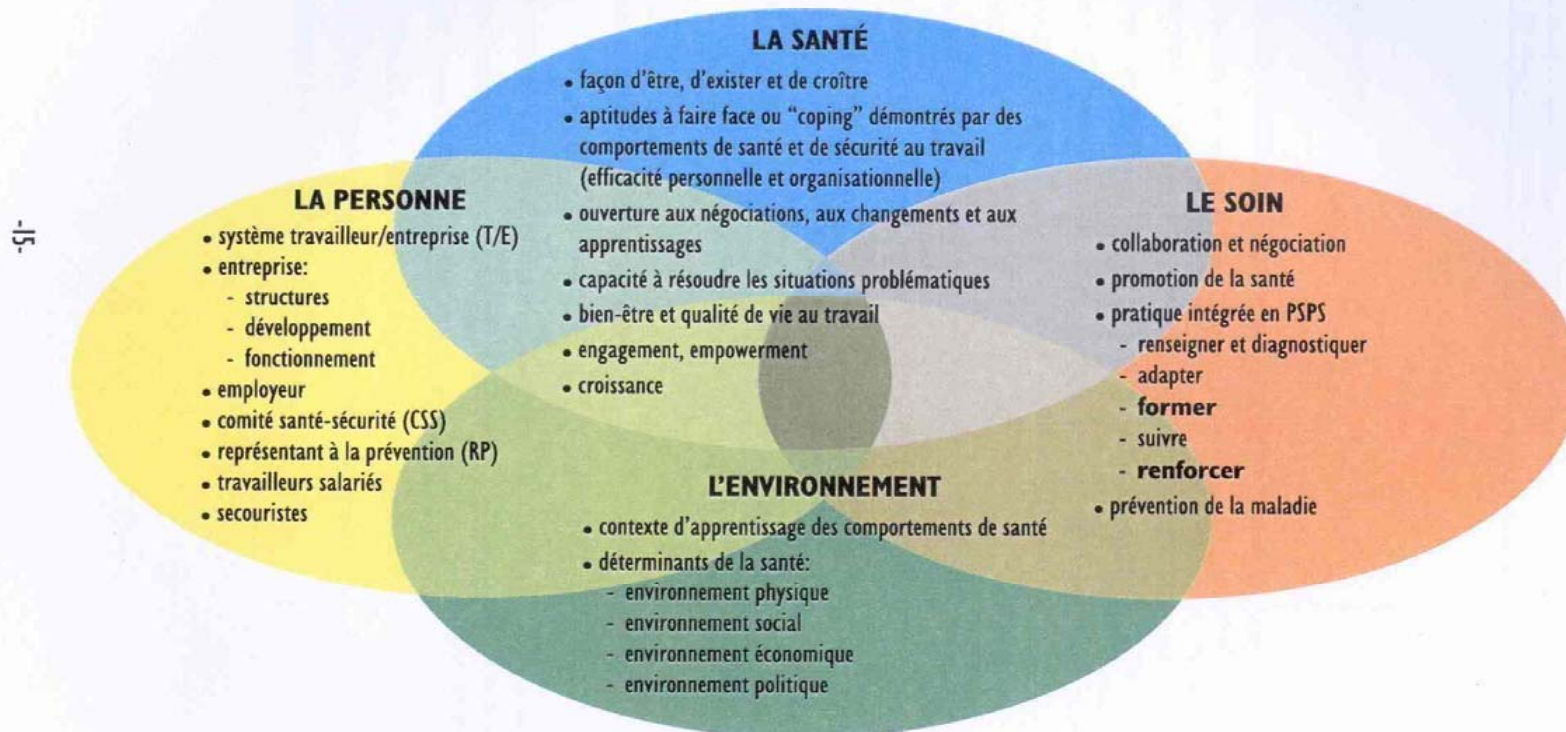
GROUPE 1		001 002 003 004 005	Bâtiments et travaux publics Industrie chimique Sylviculture et sciages Mines et carrières et puits de pétrole Fabrication de produits en métal
GROUPE 2		006 007 008 009 010	Industrie du bois Industrie du caoutchouc et produits en matière plastique Fabrication d'équipement de transport Première transformation des métaux Fabrication de produits minéraux non métalliques
GROUPE 3		011 012 013 014 015	Administration publique Industrie des aliments et boissons Industrie du meuble et articles d'ameublement Industrie du papier et activités connexes Transport et entreposage
GROUPE 4		016 017 018 019 020	Commerce Industrie du cuir Fabrication de machines sauf électrique Industrie du tabac Industrie textile
GROUPE 5		021 022 023 024 025	Autres services commerciaux & professionnels Communication, transport d'énergie & services publics Imprimerie, édition et activités connexes Fabrication de produits du pétrole et du charbon Fabrication de produits électriques
GROUPE 6		026 027 028 029 030 031 032	Agriculture Bonneterie et industrie de l'habillement Enseignement et services connexes Finances, assurances et affaires immobilières Services médicaux et sociaux Hébergement et restauration Industries manufacturières diverses

**APPENDICE B :**

**CONCEPTS CENTRAUX DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE  
SELON LE MODÈLE CONCEPTUEL DE MCGILL  
ADAPTÉS À LA RÉALITÉ DE LA SANTÉ AU TRAVAIL**

Figure 1

## Représentation du métaparadigme des sciences infirmières à partir de l'adaptation du modèle McGill en lien avec la réalité de santé au travail





**APPENDICE C :**  
**NORMES D'EXPOSITIONS AUX PRODUITS CHIMIQUES**  
**RETENUES DANS LE CADRE DU PHN**

Valeurs de référence du projet régional sur les hors normes et signalements

No	Contaminants et situations visés	Types de norme et VR retenues	Signalement par téléphone à faire	Signalement écrit à faire	Saisie des données sur WILLIAM à faire	Implication attendue de l'inspecteur
1	Annexe 1 du RSSI <ul style="list-style-type: none"> <li>si risque imminent pour la santé</li> <li>si hors norme sans aucun EPJ ou avec EPJ visiblement inadéquats</li> </ul>	<p>VEMP</p> <p>VFCU</p> <p>Limites d'excursion Km</p>	non	oui	oui	Suivi de hors norme
			oui	oui	oui	Suivi rapide de hors norme
			oui	oui	oui	Suivi rapide de hors norme
2	VR des PII et projets provinciaux	<p>PAC : Beryllium</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,1 µg/m<sup>3</sup> dans l'air</li> <li>&gt; 0,01 mg/m<sup>3</sup> dans l'air</li> <li>&gt; 0,2 µg/100 cm<sup>3</sup> frottis</li> <li>&gt; 10 ppm poussières</li> </ul> <p>PII Arsenite</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 1 f/ce</li> <li>&gt; 0,1 f/ce</li> </ul> <p>PII Pourtrage</p> <p>THIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,05 mg/m<sup>3</sup></li> </ul> <p>PNCA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 10 mg/m<sup>3</sup></li> <li>&gt; 5 mg/m<sup>3</sup></li> </ul> <p>TMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,04 P mg/m<sup>3</sup></li> <li>&gt; 0,02 P mg/m<sup>3</sup></li> </ul> <p>Chromate de plomb</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,012 mg/m<sup>3</sup></li> <li>&gt; 0,006 mg/m<sup>3</sup></li> </ul> <p>Noir de carbone</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 3,5 mg/m<sup>3</sup></li> <li>&gt; 1,75 mg/m<sup>3</sup></li> </ul>	Oui dans cas urgents	Oui	Oui	<p>Suivi de hors norme</p> <p>Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme</p> <p>Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme</p> <p>Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme</p> <p>Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme</p> <p>Suivi discrétionnaire</p>

Source : DSP de Montréal (2006). Les hors normes, tolérance zéro ! Montréal : ASSS de Montréal.

No	Contaminants et situations visés	Types de norme et VR retenus	Signalement par téléphone à faire	Signalement écrit à faire	Saisie des données sur WILJAM à faire	Implication attendue de l'inspecteur
2	VR des PII et projets provinciaux (suite)	<p><b>HDI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,034 <math>\mu\text{g}/\text{m}^3</math></li> <li>&gt; 0,020 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> </ul> <p><b>IFI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,045 <math>\mu\text{g}/\text{m}^3</math></li> <li>&gt; 0,027 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> </ul> <p><b>Formaldéhyde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 3 P <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> <li>&gt; 0,17 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> </ul> <p><b>Acétaldéhyde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 45 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> <li>&gt; 22,5 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> </ul> <p><b>Acrylonitrile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,23 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> <li>&gt; 0,12 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> </ul> <p><b>Benzène</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 7,9 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> <li>&gt; 4 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> </ul> <p><b>Valéraldéhyde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 176 <math>\mu\text{g}/\text{m}^3</math></li> <li>&gt; 88 <math>\mu\text{g}/\text{m}^3</math></li> </ul> <p><b>Quartz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,1 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> </ul> <p><b>Crystallite</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 0,05 <math>\text{mg}/\text{m}^3</math></li> </ul>	<p>Out dans cas urgents</p>	<p>Oui</p>	<p>Saisie des données sur WILJAM à faire</p>	<p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p> <p>Suivi de hors norme Suivi discrétionnaire</p>

No	Contaminants et situations visés	Types de norme et VR retenues	Signalement par téléphone à faire	Signalement écrit à faire	Séjour des données sur WILLIAM à faire	Implication attendue de l'inspecteur
3	Situations relatives aux articles 45, 68 et 69 du RST : L'PI soléqual, sous obligation de mise en place ou de mise en place immédiate de comble à la source	Dans les cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>où la technologie ne permet plus de respecter les normes de travaux d'entretien, d'inspection ou de réparation lors atelier</li> <li>de travail dans un endroit où les normes ne sont pas respectées</li> <li>où on attend de la mise en œuvre des mesures requises lorsque le travailleur porte notamment une cage à abduction d'air dans une salle ou un cabinet isolé et ventilé par extraction</li> </ul>	non	oui Avec référence aux articles du RST qui s'appliquent	oui	Vérification de la conformité aux articles et s'il y a lieu, des délais de mise en place des correctifs. Si non conforme, suivi.
4	Autres contaminants non réglementés au Québec mais avec recommandations de l'ACGIH (ou autres VR d'organismes reconnus)		Non sauf si niveau de contamination présente un risque imminent	À la discrétion du médecin	non	Suivi discrétionnaire
5	Autres risques réglementés au Québec (bruit, contraintes thermiques, risque à la sécurité, etc.)		Non sauf si présence un risque imminent	oui	Non dans l'attente d'une dérogation régionale	Suivi de hors norme

## Règlement sur la santé et la sécurité du travail : ANNEXE I

(a, 41, 42, 43, 66, 108 et 302)

### VALEURS D'EXPOSITION ADMISSIBLES DE GAZ, POUSSIÈRES, FUMÉES, VAPEURS OU BROUILLARDS DANS LE MILIEU DE TRAVAIL

#### Notes et définitions

La présente annexe doit être lue en tenant compte des définitions et des notations suivantes :

1) ASPHYXIANTE SIMPLE : un gaz physiologiquement inerte qui exerce son action par déplacement de l'oxygène de l'air et qui peut avoir comme conséquence d'abaisser le pourcentage d'oxygène en volume sous les 19,5 % prévus à l'article 40 et nécessaire pour maintenir une saturation du sang en oxygène.

2) CANCÉROGÈNES : les notations cancérigènes apparaissant dans la colonne Notations et remarques indiquent, selon le cas :

C1 : un effet cancérigène démontré chez l'humain

C2 : un effet cancérigène soupçonné chez l'humain

C3 : un effet cancérigène démontré chez l'animal. Pour ces substances, les résultats des études relatives à la cancérigénicité chez l'animal ne sont pas nécessairement transposables à l'humain.

3) CAS : le numéro attribué par le Chemical Abstracts Service, une division de l'American Chemical Society, afin d'identifier une substance (voir partie 4).

4) EM : une substance dont l'exposition doit être réduite au minimum conformément à l'article 42.

5) FIBRES RESPIRABLES (autres que fibres respirables d'amiante) : des objets, autres que fibres respirables d'amiante, ayant une longueur supérieure à 5 µm, un diamètre inférieur à 3 µm et dont le rapport longueur-diamètre est supérieur à 3 :1.

6) LIMITES D'EXCURSION : les limites d'excursion s'appliquent pour les substances n'ayant pas de valeur d'exposition de courte durée. À condition que la valeur d'exposition moyenne pondérée soit respectée, des excursions peuvent excéder 3 fois cette valeur pour une période cumulée ne dépassant pas 30 minutes par jour. Toutefois, aucune de ces excursions ne peut dépasser 5 fois la valeur d'exposition moyenne pondérée pour quelque durée que ce soit.

7) mg/m<sup>3</sup> : milligramme par mètre cube (milligramme de substance par mètre cube d'air).

8) P : PLAFOND : la notation " P " dans la colonne VECD/Plafond indique une valeur qui ne doit jamais être dépassée pour quelque durée que ce soit.

9) Pc : PEAU (percutanée) : la notation " Pc " dans la colonne Notations et remarques indique une contribution potentiellement significative par la voie cutanée à l'exposition globale. L'exposition se fait soit par contact avec les vapeurs, ou probablement de façon plus significative, par contact cutané direct avec la substance. La voie cutanée inclut les membranes muqueuses et les yeux.

10) ppm : partie par million (parties de gaz ou de vapeur par million de parties d'air contaminé par volume mesuré à 25 °C et 101,3 kilopascals).

11) Pr : la poussière respirable.

12) Pt : la poussière totale.

13) RP : une substance dont la recirculation est prohibée conformément à l'article 108.

14) S : SENSIBILISANT : la notation " S " dans la colonne Notations et remarques indique que l'exposition répétée à la substance peut provoquer une sensibilisation, c'est à dire une réaction de l'organisme, sous forme de réponse allergique (immunologique) de l'arbre respiratoire, des muqueuses, des conjonctives ou de la peau.

15) VECD : VALEUR D'EXPOSITION DE COURTE DURÉE : la concentration moyenne, pondérée sur 15 minutes, pour une exposition à une substance chimique (sous forme de gaz, poussières, fumées, vapeurs ou brouillards) présente dans l'air au niveau de la zone respiratoire du travailleur, qui ne doit pas être dépassée durant la journée de travail, même si la valeur d'exposition moyenne pondérée est respectée.

L'exposition moyenne au cours d'une période de 15 minutes consécutives peut être comprise entre la VEMP et la VECD, en autant que de telles expositions ne se reproduisent pas plus de 4 fois par jour et qu'elles soient entrecoupées l'une de l'autre par des périodes d'au moins 60 minutes.

16) VEMP : VALEUR D'EXPOSITION MOYENNE PONDÉRÉE : la concentration moyenne, pondérée pour une période de 8 h par jour, en fonction d'une semaine de 40 h, d'une substance chimique (sous forme de gaz, poussières, fumées, vapeurs ou brouillards) présente dans l'air au niveau de la zone respiratoire du travailleur.

Pour toute période de travail d'une durée égale ou supérieure à 4 h mais inférieure à 8 h ou d'une durée supérieure à 8 h mais inférieure ou égale à 16 h, une valeur d'exposition moyenne ajustée (VEMA) doit être établie suivant le Guide d'ajustement des valeurs d'exposition admissibles pour les horaires de travail non-conventionnels, publié par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, tel qu'il se lit au moment où il s'applique. En aucun cas, la VEMA ne peut être supérieure à la VEMP.

#### SIGNIFICATION DES NOTES :

Note 1 : La norme correspond à la poussière ne contenant pas d'amiante et dont le pourcentage de silice cristalline est inférieur à 1 %.

Note 2a : Valeurs d'exposition admissibles d'amiante en nombre de fibres respirables par  $\text{cm}^3$ .

Note 2b : Concentration admissible de recirculation de poussières respirables d'amiante :  $0,1 \text{ mg/m}^3$ .

Note 3 : Dans les cas où l'utilisation de ces produits est permise.

Note 4 : Valeurs d'exposition admissibles en nombre de fibres respirables par  $\text{cm}^3$ .

## Partie 1

## VALEURS D'EXPOSITION ADMISSIBLES DES CONTAMINANTS DE L'AIR



Substance	VEMP	VECD/Plafond	Notations			remarques
	[#CAS]	ppm	mg/m3	ppm	mg/m3	
Abate	Voir Téméphos					
Acétaldéhyde	[75-07-0]				P25 P45	C3, RP
Acétate d'éthoxy-2 éthyle	Voir Acétate d'éthylglycol					
Acétate d'éthyle	[141-78-6]	400	1440			
Acétate d'éthylglycol	[111-15-9]		5	27		Pc
Acétate d'hexyle secondaire	[108-84-9]			50	295	
Acétate d'isobutyle	[110-19-0]		150	713		
Acétate d'isopropyle	[108-21-4]		250	1040	310	1290
Acétate de butyle normal	[123-86-4]		150	713	200	950
Acétate de butyle secondaire	[105-46-4]			200	950	
Acétate de butyle tertiaire	[540-88-5]			200	950	
Acétate de méthoxy-2 éthyle	Voir Acétate de méthylglycol					
Acétate de méthyle	[79-20-9]		200	606	250	757
Acétate de méthylglycol	[110-49-6]		5	24		Pc
Acétates de pentyle						
Acétate d'amyle normal	[628-63-7]		50	266	100	532
Acétate d'amyle secondaire	[626-38-0]			50	266	100 532
Acétate d'isoamyle	[123-92-2]		50	266	100	532
Acétate de tert-amyle	[625-16-1]		50	266	100	532
Acétate de méthyl-2 butyle	[624-41-9]			50	266	100 532
Acétate de pentyle-3	[620-11-1]		50	266	100	532
Acétate de propyle normal	[109-60-4]		200	835	250	1040
Acétate de vinyle	[108-05-4]		10	35	15	53 C3
Acétone	[67-64-1]	500	1190	1000	2380	
Acétonitrile	[75-05-8]		40	67	60	101
Acétophénone	[98-86-2]		10	49		
Acétylène	[74-86-2]		Asphyxiant simple			
Acide acétique	[64-19-7]		10	25	15	37
Acide acétylsalicylique (Aspirine)	[50-78-2]					5
Acide acrylique	[79-10-7]		2	5,9		Pc
Acide adipique	[124-04-9]			5		
Acide bromhydrique	Voir Bromure d'hydrogène					
Acide chlorhydrique	Voir Chlorure d'hydrogène					
Acide chloro-2 propionique	[598-78-7]			0,1	0,44	Pc
Acide cyanhydrique	Voir Cyanure d'hydrogène					
Acide dichloro-2,4 phénoxyacétique	Voir 2,4-D					
Acide dichloro-2,2 propanoïque	[75-99-0]			1	5,8	
Acide fluorhydrique	Voir Fluorure d'hydrogène					
Acide formique	[64-18-6]		5	9,4	10	19
Acide méthacrylique	[79-41-4]			20	70	
Acide nitrique	[7697-37-2]		2	5,2	4	10
Acide oxalique	[144-62-7]			1	2	
Acide phosphorique	[7664-38-2]				1	3
Acide picrique	[88-89-1]			0,1		
Acide propanoïque	[79-09-4]			10	30	
Acide sulfurique	[7664-93-9]			1	3	
Acide téréphtalique	[100-21-0]				10	
Acide thioglycolique	[68-11-1]		1	3,8		Pc
Acide trichloro-2,4,5 phénoxyacétique	Voir 2,4,5-T					
Acide trichloroacétique	[76-03-9]			1	6,7	
Acroléine	[107-02-8]		0,1	0,23	0,3	0,69
Acrylamide	[79-06-1]		0,03			Pc, C2, EM
Acrylate d'éthyle	[140-88-5]		5	20	15	61 C3, S
Acrylate d'hydroxy-2 propyle	[999-61-1]			0,5	2,8	
Acrylate de butyle normal	[141-32-2]		2	10		Pc

Acrylate de méthyle	[96-33-3]	2	7				Pc, S
Acrylonitrile	[107-13-1]	2	4,3				Pc, C2, RP, EM
Actinolite	Voir Amiante						
Adiponitrile	[111-69-3]	2	8,8				Pc
Alcool allylique	[107-18-6]	2	4,8	4	9,5		Pc
Alcool butylique normal	[71-36-3]				P50	P152	Pc, RP
Alcool butylique secondaire	[78-92-2]			100	303		
Alcool butylique tertiaire	[75-65-0]			100	303		
Alcool chloro-2 éthylique	[107-07-3]				P1	P3,3	Pc, RP
Alcool éthylique	[64-17-5]	1000	1880				
Alcool furfurylique	[98-00-0]	10	40	15	60		Pc
Alcool isoamylique	[123-51-3]	100	361	125	452		
Alcool isobutylique	[78-83-1]	50	152				
Alcool isooctylique	[26952-21-6]	50	266				Pc
Alcool isopropylique	[67-63-0]	400	983	500	1230		
Alcool méthylamylique	[108-11-2]	25	104	40	167		Pc
Alcool méthylique	[67-56-1]	200	262	250	328		Pc
Alcool propargylique	[107-19-7]	1	2,3				Pc
Alcool propylique normal	[71-23-8]	200	492	250	614		Pc
Aldéhyde chloroacétique	[107-20-0]				P1	P3,2	RP
Aldéhyde crotonique	[4170-30-3]	2	5,7				
Aldéhyde formique	Voir Formaldéhyde						
Aldéhyde furfurylique	Voir Furfural						
Aldéhyde glutarique	Voir Glutaraldéhyde						
Aldéhyde succinique	[638-37-9]	1	4				Pc
Aldéhyde valérique normal	[110-62-3]	50	176				
Aldrine	[309-00-2]	0,25				Pc	
Aluminium	[7429-90-5]						
(exprimée en Al)							
Alkyles		2					
Fumées de soudage			5				
Métal		10					
Poudre pyrotechnique			5				
Sels solubles		2					
Aluminium, oxyde d'	[1344-28-1]			10			Pt, note 1
(exprimée en Al)							
Amiante (note 2a) (note 2b)							
Actinolite	[12172-67-7]		1 fibre/cm3			5 fibres/cm3	C1, EM
Amosite (note 3)	[12172-73-5]		0,2 fibre/cm3			1 fibre/cm3	C1, EM
Anthophyllite	[17068-78-9]		1 fibre/cm3			5 fibres/cm3	C1, EM
Chrysotile	[12001-29-5]		1 fibre/cm3			5 fibres/cm3	C1, EM
Crocidolite (note 3)	[12001-28-4]			0,2 fibre/cm3		1 fibre/cm3	C1, EM
Trémolite	[14567-73-8]		1 fibre/cm3			5 fibres/cm3	C1, EM
Amidon	[9005-25-8]	10				Pt, note 1	
Amino-4 diphényle	[92-67-1]	Sans valeur d'exposition admissible applicable					Pc, C1, RP, EM
Amino-2 éthanol	[141-43-5]	3	7,5	6	15		
Amino-2 pyridine	[504-29-0]	0,5	1,9				
Amino-3 triazole-1,2,4	Voir Amitrole						
Amitrole	[61-82-5]	0,2				C3, RP	
Ammoniac	[7664-41-7]	25	35	24			
Ammonium, chlorure d' (fumées)	[12125-02-9]				10	20	
Ammonium, sulfamate d'	[7773-06-0]			10			
Amosite	Voir Amiante						
Anhydride acétique	[108-24-7]	5	21				
Anhydride maléique	[108-31-6]	0,25	1,0				
Anhydride phtalique	[85-44-9]	1	6,1				
Anhydride triméllitique	[552-30-7]					P0,04	S, RP
Aniline	[62-53-3]	2	7,6			Pc	
o-Anisidine	[90-04-0]	0,1	0,5			Pc, C3	
p-Anisidine	[104-94-9]	0,1	0,5			Pc	
Anthophyllite	Voir Amiante						
Antimoine [7440-36-0], métal et composés (exprimée en Sb)				0,5			
Antimoine, trioxyde d' (exprimée en Sb)	[1309-64-4]		0,5			C3	



Antimoine, trioxyde d' C2,RP,EM	Sans valeur admissible					
(production)	d'exposition applicable					
ANTU (a-Napthyl thiourée) [86-88-4]			0,3			
Argent [7440-22-4]						
Composés solubles (exprimée en Ag)			0,01			
Métal	0,1					
Argon [7440-37-1]	Asphyxiant simple					
Arsenic, élémentaire [7440-38-2]						
et composés inorganiques (sauf l'arsine), (exprimée en As)			0,1			
Arsenic, trioxyde d' (production) [1327-53-3]						Sans valeur d'exposition
	admissible applicable					
Arséniure d'hydrogène	Voir Arsine					
Arsine [7784-42-1]	0,05	0,16				
Asphalte, fumées d' (pétrole) [8052-42-4]				5		
Aspirine	Voir Acide acétylsalicylique					
Atrazine [1912-24-9]		5				
Attapulgite	Voir Fibres minérales naturelles					
Azinphos-méthyl [86-50-0]		0,2				Pc
Azodrin®	Voir Monocrotophos					
Azote [7727-37-9]	Asphyxiant simple					
Azote, dioxyde d' [10102-44-0]	3		5,6			
Azote, monoxyde d' [10102-43-9]	25		31			
Azote, protoxyde d' [10024-97-2]	50		90			
Azote, trifluorure d' [7783-54-2]	10		29			
Baryum [7440-39-3], composés solubles (exprimée en Ba)		0,5				
Baryum, sulfate de [7727-43-7]			10			Pt, note 1
	5					Pr, note 1
Baytex®	Voir Fenthion					
Benomyle [17804-35-2]	0,84	10				
Benz(a)anthracène [56-55-3]						C2,EM
	admissible applicable					
Benzène [71-43-2] 1	3	5	15,5			C1,RP,EM
Benzèthiol	Voir Phénylmercaptan					
Benzidine (production) [92-87-5]	Sans valeur d'exposition					
	Pc,C1,RP,EM					
	admissible applicable					
Benzo(a)pyrène [50-32-8]		0,005				C2,RP,EM
Benzo(b)fluoranthène [205-99-2]						C2,EM
	admissible applicable					
p-Benzoquinone [106-51-4]	0,1		0,44			
Béryllium [7440-41-7], métal et composés (exprimée en Be)						0,00015 C1,RP,EM,S
Bidrin®	Voir Dicrotophos					
Biphényle [92-52-4]	0,2		1,3			
Biphényles polychlorés (42 % Cl) [53469-21-9]			1			Pc,C2,EM
Biphényles polychlorés (54 % Cl) [11097-69-1]			0,5			Pc,C2,EM
Bismuth, tellure de (exprimée en Bi2Te3)						
Dopé en Se	5					
Non-dopé [1304-82-1]			10			
Bois de cèdre rouge western, poussières de			2,5			Pt, note 1
Bois dur et mou à l'exception du cèdre rouge (poussières de)			5			Pt, note 1
Borax	Voir Sodium, tétraborate de (décahydrate)					
Bore, oxyde de [1303-86-2]			10			
Bore, tribromure de [10294-33-4]				P1	P10	RP
Bore, trifluorure de [7637-07-2]				P1	P2,8	RP
Brai de goudron de houille volatile (fraction soluble dans le benzène) [65996-93-2]			0,2			C1,RP,EM

Bromacil [314-40-9]		10						
Brome [7726-95-6]	0,1	0,66	0,2	1,3				
Brome, pentafluorure de [7789-30-2]			0,1	0,72				
Bromo-2 chloro-2 trifluoro-1,1,1 éthane	Voir Halothane							
Bromochlorométhane	Voir Chlorobromométhane							
Bromoéthane [74-96-4]		50	223			Pc, C3		
Bromoforme [75-25-2]		0,5	5,2			Pc		
Bromométhane [74-83-9]		5	19			Pc		
Bromotrifluorométhane [75-63-8]			1000	6090				
Bromure d'éthylène	Voir Bromure de vinyle							
Bromure d'hydrogène [10035-10-6]					P3	P9,9	RP	
Bromure de vinyle [593-60-2]			5	22			C2, EM	
Butadiène-1,3 [106-99-0]		2	4,4			C2, EM		
Butane [106-97-8]	800	1900						
Butanethiol	Voir Butylmercaptan							
Butoxy-2 éthanol [111-76-2]		20	97					
Butyl mercaptan [109-79-5]		0,5	1,8					
Butylamine normal [109-73-9]					P5	P15	Pc, RP	
Butylcellosolve®	Voir Butoxy-2 éthanol							
o-sec-Butylphénol [89-72-5]			5	31			Pc	
p-tert-Butyltoluène [98-51-1]			1	6,1				
Cadmium	élémentaire et composés							
(exprimée en Cd) [7440-43-9]				0,025			C2, EM	
Calcium, carbonate de [471-34-1]				10			Pt	
Calcium, chromate de	Voir Chromate de calcium							
Calcium, cyanamide de [156-62-7]				0,5				
Calcium, hydroxyde de [1305-62-0]				5				
Calcium, oxyde de [1305-78-8]				2				
Calcium, silicate de (synthétique) [1344-95-2]					10		Pt,	
note 1								
Calcium, sulfate de [7778-18-9]				10			Pt, note 1	
5				Pr, note 1				
Camphène chloré [8001-35-2]			0,5	1		Pc, C3		
Camphre synthétique [76-22-2]			2	12	3	19		
Caprolactame [105-60-2]								
Poussières		1		3				
Vapeurs	5	23	10	46				
Captafol [2425-06-1]		0,1			Pc			
Captane [133-06-2]		5						
Carbaryl [63-25-2]		5						
Carbofurane [1563-66-2]			0,1					
Carbone noir	Voir Noir de carbone							
Carbone, dioxyde de [124-38-9]			5000	9000	30000	54000		
Carbone, disulfure de [75-15-0]			4	12	12	36	Pc	
Carbone, fibres	Voir Fibres synthétiques organiques							
Carbone, monoxyde de [630-08-0]			35	40	200	230		
Carbone, tétrabromure de [558-13-4]			0,1	1,4	0,3	4,1		
Carbone, tétrachlorure de [56-23-5]			5	31	10	63	Pc, C2, EM	
Catéchol [120-80-9]	5	23			Pc			
Cellosolve®, acétate de	Voir Acétate d'éthylglycol							
Cellulose (fibres de papier) [9004-34-6]					10		Pt,	
note 1								
Céramique, fibres	Voir Fibres réfractaires							
Césium, hydroxyde de [21351-79-1]				2				
Cétène [463-51-4]	0,5	0,86	1,5	2,6				
Chlordane [57-74-9]				0,5		Pc		
Chlore [7782-50-5]	0,5	1,5	1	2,9				
Chlore, dioxyde de [10049-04-4]			0,1	0,28	0,3	0,83		
Chlore, trifluorure de [7790-91-2]					P0,1	P0,38	RP	
Chloro-2 butadiène-1,3	Voir $\beta$ -Chloroprène							
Chloro-1 époxy-2,3 propane	Voir Épichlorohydrine							
Chloro-2 éthanol	Voir Alcool chloro-2 éthylique							
Chloro-1 nitro-1 propane [600-25-9]			2	10				
Chloro-2 phényl-1 éthanone	Voir $\alpha$ -Chloroacétophénone							

Chloro-3 propène [107-05-1]	1	3	2	6			
Chloro-2 trichlorométhyl-6 pyridine					Voir Nitrapyrine		
Chloroacétaldéhyde					Voir Aldéhyde chloroacétique		
Chloroacétone [78-95-5]				P1	P3,8	Pc,RP	
a-Chloroacétophénone [532-27-4]		0,05	0,32				
Chlorobenzène [108-90-7]	50	230					
o-Chlorobenzylidène malononitrile [2698-41-1]						P0,05	P0,39 Pc,RP
Chlorobromométhane [74-97-5]		200	1060				
Chlorodifluorométhane [75-45-6]		1000	3540				
Chlorodiphényles					Voir Biphényles polychlorés		
Chloroéthane [75-00-3]	1000	2640					
Chloroéthylène					Voir Chlorure de vinyle (monomère)		
Chloroforme [67-66-3]	5	24,4				C2,RP,EM	
Chlorométhane [74-87-3]	50	103	100	207		Pc	
a-Chlorométhylbenzène					Voir Chlorure de benzyle		
Chloropentafluoroéthane [76-15-3]		1000	6320				
Chloropicrine [76-06-2]	0,1	0,67					
β-Chloroprène [126-99-8]	10	36				Pc	
o-Chlorostyrène [2039-87-4]	50	283	75	425			
o-Chlorotoluène [95-49-8]	50	259					
Chlorpyrifos [2921-88-2]		0,2				Pc	
Chlorure d'allyle					Voir Chloro-3 propène		
Chlorure d'éthyle					Voir Chloroéthane		
Chlorure d'éthylène					Voir Dichloro-1,2 éthane		
Chlorure d'éthylidène					Voir Dichloro-1,1 éthane		
Chlorure d'hydrogène [7647-01-0]						P5	P7,5 RP
Chlorure de benzyle [100-44-7]	1	5,2					
Chlorure de carbonyle					Voir Phosgène		
Chlorure de chloroacétyle [79-04-9]		0,05	0,23	0,15	0,69	Pc	
Chlorure de chromyle [14977-61-8]		0,025	0,16				
Chlorure de cyanogène [506-77-4]					P0,3	P0,75	RP
Chlorure de diméthyl carbamoyle [79-44-7]					Sans valeur d'exposition		
					admissible applicable		
Chlorure de méthyle					Voir Chlorométhane		
Chlorure de méthylène [75-09-2]	50	174				C2,EM	
Chlorure de phénacyle					Voir a-Chloroacétophénone		
Chlorure de propylène					Voir Dichloro-1,2 propane		
Chlorure de thionyle [7719-09-7]						P1	P4,9 RP
Chlorure de vinyle (monomère) [75-01-4]		1	2,6				
						C1,RP,EM	
Chlorure de vinylidène					Voir Dichloro-1,1 éthylène		
Chromate (traitement de minerai de chromite) (exprimée en Cr)			0,05				C1,RP,EM
Chromate de butyle tertiaire (exprimée en CrO3) [1189-85-1]						P0,1	Pc,RP
Chromate de calcium (exprimée en Cr) [13765-19-0]		0,001					C2,RP,EM
Chromate de plomb (exprimée en Cr) [7758-97-6]		0,012					C2,RP,EM
Chromate de strontium (exprimée en Cr) [7789-06-2]		0,0005					C2,RP,EM
Chromates de zinc [13530-65-9; 11103-86-9; 37300-23-5]							
(exprimée en Cr)	0,01						C1,RP,EM,S
Chrome, métal [7440-47-3]		0,5					
Chrome VI, composés inorganiques hydro-insolubles (exprimée en Cr)			0,01				C1,RP,EM,S
Chrome VI, composés inorganiques hydro-solubles (exprimée en Cr)			0,05				C1,RP,EM,S
Chrysène [218-01-9]					Sans valeur d'exposition		C2,RP,EM
					admissible applicable		
Chrysotile					Voir Amiante		
Ciment Portland [65997-15-1]		10					Pt, note 1
	5						Pr, note 1
Clopidol [2971-90-6]		10					

Cobalt [7440-48-4] élémentaire et composés inorganiques (exprimée en Co)		0,02					C3
Cobalt, hydrocarbonyle de (exprimée en Co) [16842-03-8]		0,1					
Cobalt, tétracarbonyle de (exprimée en Co) [10210-68-1]		0,1					
Colophane, produit de décomposition thermique de baguettes de soudure à âme de, (exprimée en formaldéhyde)	[8050-09-7]		0,1				S
Corindon [1302-74-5]	10					Pt, note 1	
Coton, poussières de, opérations de recyclage de déchets de coton et garnettage.			1,0				
Coton, poussières de, fabrication de fil de coton et opérations de lavage.		0,2					
Coton, poussières de, opérations du département des rebuts d'une fabrique de textile ou dans la fabrication de fil de coton lavé de basse qualité.			0,5				
Coton, poussières de, opérations de tissage et d'encollage.	0,75						
Coyden® Voir Clopidol							
Crag® Voir Sésone							
Crésol, tous les isomères [1319-77-3]	5		22				Pc
Cristobalite Voir Silice							
Crocidolite Voir Amiante							
Crotonaldéhyde Voir Aldéhyde crotonique							
Crufomate® [299-86-5]	5						
Cuivre [7440-50-8], fumées de (exprimée en Cu)		0,2					
Cuivre [7440-50-8], poussières et brouillards de (exprimée en Cu)					1		
Cumène [98-82-8]	50	246					
Cyanamide [420-04-2]		2					
Cyano-2 acrylate de méthyle [137-05-3]			2	9,1	4	18	
Cyanogène [460-19-5]	10	21					
Cyanohydrine d'acétone (exprimée en CN) [75-86-5]			P4,7	P5		Pc,RP	
Cyanure d'hydrogène (exprimée en CN) [74-90-8]			P10	P11		Pc,RP	
Cyanure de vinyle Voir Acrylonitrile							
Cyanures (exprimée en CN)			P10	P11		Pc,RP	
Cyclohexane [110-82-7]	300	1030					
Cyclohexanol [108-93-0]	50	206				Pc	
Cyclohexanone [108-94-1]	25	100				Pc	
Cyclohexène [110-83-8]	300	1010					
Cyclohexylamine [108-91-8]	10	41					
Cyclonite [121-82-4]		1,5				Pc	
Cyclopentadiène [542-92-7]	75	203					
Cyclopentane [287-92-3]	600	1720					
Cyhexatin [13121-70-5]		5					
2,4-D [94-75-7]	10					C2,EM	
Dasanit® Voir Fensulfotion							
DDT (Dichlorodiphényltrichloroéthane) [50-29-3]					1		C3
Décaborane [17702-41-9]	0,05	0,25	0,15	0,75		Pc	
Delnav® Voir Dioxathion							
Demeton® [8065-48-3]	0,01	0,11				Pc	
Di-tert-butyl-2,6 para-crésol [128-37-0]					10		

Diacétone alcool [123-42-2]	50	238					
Diamino-4,4' diphénylméthane Pc, C2, EM	[101-77-9]		0,1	0,81			
Diamino-1,2 éthane [107-15-3]		10	25			Pc	
Diamino-1,6 hexane [124-09-4]		0,5	2,3				
Diazinon® [333-41-5]		0,1				Pc	
Diazométhane [334-88-3]		0,2	0,34				
Diborane [19287-45-7]		0,1	0,11				
Dibromo-1,2 éthane [106-93-4]		20	155			Pc, C2, RP, EM	
Dibromodifluorométhane	Voir Difluorodibromométhane						
Dibromure d'éthylène	Voir Dibromo-1,2 éthane						
Dibrom®	Voir Naled						
N,N-Dibutyl normal							
amino-2 éthanol [102-81-8]		2	14			Pc	
Dichloro-3,3' benzidine Pc, C2, RP, EM	[91-94-1]	Sans valeur d'exposition					
admissible applicable							
Dichloro-1,4 butène-2 [764-41-0]		0,005	0,025			Pc, C2, EM	
Dichloro-3,3' diamino-4,4' diphénylméthane [101-14-4]		0,02	0,22			Pc, C2, RP, EM	
Dichloro-1,3 diméthyl-5,5' hydantoïne [118-52-5]			0,2		0,4		
Dichloro-3,5 diméthyl-2,6 hydroxy-4 pyridine	Voir Clopidol						
Dichloro-1,1 éthane [75-34-3]		100	405				
Dichloro-1,2 éthane [107-06-2]		1	4	2	8	C2, EM	
Dichloro-1,1 éthylène [75-35-4]		1	4				
Dichloro-1,2 éthylène [540-59-0]		200	793				
Dichloro-1,1 nitro-1 éthane [594-72-9]			2	12			
Dichloro-1,2 propane [78-87-5]		75	347	110	508		
Dichloro-1,2 tétrafluoro-1,1,2,2 éthane [76-14-2]			1000	6990			
Dichloroacétylène [7572-29-4]				P0,1	P0,39	RP	
o-Dichlorobenzène [95-50-1]				P50	P301	RP	
p-Dichlorobenzène [106-46-7]		20	120			C3	
Dichlorodifluorométhane [75-71-8]		1000	4950				
Dichlorodiphényltrichloroéthane	Voir DDT						
Dichlorofluorométhane [75-43-4]		10	42				
Dichlorométhane	Voir Chlorure de méthylène						
Dichloropropène (isomères cis et trans) [542-75-6]		1	4,5			Pc, C3	
Dichlorvos [62-73-7]		0,1	0,9			Pc	
Dicrotophos [141-66-2]			0,25			Pc	
Dicyclopentadiène [77-73-6]		5	27				
Dicyclopentadiényle de fer [102-54-5]				10			
Dieldrine [60-57-1]		0,25				Pc	
Diéthanolamine [111-42-2]		3	13			Pc	
Diéthyl cétone [96-22-0]		200	705				
Diéthylamine [109-89-7]		5	15	15	45	Pc	
Diéthylamino-2 éthanol [100-37-8]			10	48		Pc	
Diéthylène triamine [111-40-0]		1	4,2			Pc	
Difluorodibromométhane [75-61-6]		100	858				
Difolatan®	Voir Captafol						
Dihydroxybenzène	Voir Hydroquinone						
Diisobutyl cétone [108-83-8]		25	145				
Diisocyanate d'hexaméthylène [822-06-0]			0,005	0,034			EM, S
Diisocyanate-1,6 d'hexane normal	Voir Diisocyanate d'hexaméthylène						
Diisocyanate d'isophorone [4098-71-9]		0,005	0,045			EM, S	
Diisocyanate-4,4' de dicyclohexylméthane [5124-30-1]		0,005	0,054			EM, S	
Diisocyanate-4,4' de diphénylméthane (MDI) [101-68-8]		0,005	0,051			EM, S	
Diisocyanate de toluène (TDI) (mélange d'isomères) [26471-62-5]		0,005	0,036	0,02	0,14	EM, S	
Diisocyanate méthyl-1							

benzène (mélange d'isomères)	Voir Diisocyanate de toluène (mélange d'isomères)						
Diisopropylamine [108-18-9]	5	21				Pc	
Diméthoxyméthane	Voir Méthylal						
Diméthyl-2,6 heptanone-4	Voir Diisobutyl cétone						
Diméthyl-1,1 hydrazine [57-14-7]		0,5	1,2				Pc, C2, RP, EM
N,N-Diméthylacétamide [127-19-5]		10	36				Pc
Diméthylamine [124-40-3]		5	9				
Diméthylaminobenzène	Voir Xylidine						
N,N-Diméthylaniline [121-69-7]		5	25	10	50		Pc
Diméthylbenzène	Voir Xylène						
N,N-Diméthylformamide [68-12-2]		10	30				Pc
Dinitolmide [148-01-6]		5					
Dinitrate d'éthylène glycol [628-96-6]						P0,2	P1,2 Pc, RP
Dinitrate de propylène glycol [6423-43-4]			0,05	0,34			Pc
Dinitro-3,5 ortho-toluamide	Voir Dinitolmide						
Dinitro-ortho-crésol [534-52-1]			0,2				Pc
Dinitrobenzène (tous les isomères)							
[528-29-0 ; 99-65-0 ; 100-25-4 ; 25154-54-4]		0,15	1				Pc
Dinitrotoluène [25321-14-6]			0,2				Pc, C3
Dioxane [123-91-1]		20	72				Pc, C3
Dioxathion [78-34-2]			0,2				Pc
Dioxyde d'azote	Voir Azote, dioxyde d'						
Dioxyde de carbone	Voir Carbone, dioxyde de						
Dioxyde de soufre	Voir Soufre, dioxyde de						
Dioxyde de vinylcyclohexène	Voir Vinylcyclohexène, dioxyde de						
Diphénylamine [122-39-4]			10				
Diquat [231-36-7]		0,5					Pt, note 1
		0,1					Pr, note 1
Disulfiram [97-77-8]			2				
Disulfoton [298-04-4]			0,1				
Disulfure d'allyle et de propyle [2179-59-1]				2	12	3	18
Disyston®	Voir Disulfoton						
Diuron [330-54-1]			10				
Divinylbenzène [1321-74-0]			10	53			
Dursban®	Voir Chlorpyrifos						
Dyfonate®	Voir Fonofos						
Émeri [12415-34-8]			10				Pt, note 1
Endosulfan [115-29-7]			0,1				Pc
Endrine [72-20-8]			0,1				Pc
Enflurane [13838-16-9]			75	566			
Enzymes protéolytiques	Voir Subtilisines						
Épichlorohydrine [106-89-8]			2	7,6			Pc, C2, RP, EM
EPN [2104-64-5]			0,1				Pc
Époxy-2,3 propanol-1	Voir Glycidol						
Époxyéthyl-1 époxy-3,4 cyclohexane	Voir Vinylcyclohexène, dioxyde de						
Érionite	Voir Fibres minérales naturelles						
Essence (Gazoline) [8006-61-9]			300	890	500	1480	C3
Essence de térébenthine	Voir Térébenthine						
Étain [7440-31-5]							
Composés organiques (exprimée en Sn)			0,1		0,2		Pc
Métal			2				
Oxyde et composés inorganiques (sauf SnH4) (exprimée en Sn)				2			
Éthane [74-84-0]	Asphyxiant simple						
Éthane dinitrile	Voir Cyanogène						
Éthanethiol	Voir Éthylmercaptan						
Éthanol	Voir Alcool éthylique						
Éthanolamine	Voir Amino-2 éthanol						
Éther d'allyle et de glycidyle [106-92-3]			5	23	10	47	
Éther d'isopropyle et de glycidyle [4016-14-2]				50	238	75	356
Éther de bis (chlorométhyle) [542-88-1]				0,001	0,0047		
							C1, RP, EM
Éther de butyle normal et de glycidyle [2426-08-6]			25	133			

Éther de chlorométhyle et de méthyle	[107-30-2]						Sans valeur d'exposition
	admissible applicable						
Éther de dichloroéthyle	[111-44-4]	5	29	10	58	Pc	
Éther de dipropylène glycol monométhylrique	[34590-94-8]	100	606	150	909	Pc	
Éther de méthyle et de butyle tertiaire	[1634-04-4]	40	144				
Éther de phényle et de glycidyle	[122-60-1]	0,1	0,61			Pc,S,C3	
Éther diéthylique	[60-29-7]		400	1210	500	1520	
Éther diglycidique	[2238-07-5]		0,1	0,53			
Éther diisopropylique	[108-20-3]		250	1040	310	1300	
Éther diphénylique (vapeur d')	[101-84-8]	1	7	2	14		
Éther monoéthylique de l'éthylène glycol	[110-80-5]		5	18		Pc	
Éther monométhylrique d'hydroquinone	[150-76-5]		5				
Éther monométhylrique de l'éthylène glycol	[109-86-4]		5	16		Pc	
Éther monométhylrique de propylène glycol	[107-98-2]	100	369	150	553		
Éthinone	Voir Cétène						
Éthion	[563-12-2]	0,4				Pc	
Éthoxy-2 éthanol	Voir Éther monoéthylique de l'éthylène glycol						
Éthyl amyl cétone	[541-85-5]		25	131			
Éthylamine	[75-04-7]	10	18				
Éthylbenzène	[100-41-4]	100	434	125	543		
Éthylbutylcétone	[106-35-4]	50	234				
Éthylène	[74-85-1]						Asphyxiant simple
Éthylène chlorhydrine	Voir Alcool chloro-2 éthylique						
Éthylène diamine	Voir Diamino-1,2 éthane						
Éthylène glycol (vapeur et brouillard)	[107-21-1]					P50	P127 RP
Éthylène imine	[151-56-4]	0,5	0,88				Pc
Éthylidène norbornène	[16219-75-3]					P5	P25 RP
Éthylmercaptan	[75-08-1]	0,5	1,3				
N-Éthylmorpholine	[100-74-3]		5	24			Pc
Fenamiphos	[22224-92-6]		0,1				Pc
Fensulfothion	[115-90-2]		0,1				
Fenthion	[55-38-9]	0,2					Pc
Fer, pentacarbonyle de (exprimée en Fe)	[13463-40-6]	0,1	0,23	0,2	0,45		
Fer, sels solubles (exprimée en Fe)		1,0					
Fer, trioxyde de, fumées et poussières (exprimée en Fe)	[1309-37-1]				5		
Ferbam	[14484-64-1]	10					
Ferrovanadium, poussières de	[12604-58-9]					1	3
Fibre de verre	Voir Fibre minérales vitreuses artificielles						
Fibres minérales naturelles							
Attapulgite (note 4)	[12174-11-7]		1 fibre/cm3				C1,EM
Érionite	[66733-21-9]		Usage prohibé				C1
Talc	Voir Talc (fibreuse)						
Wollastonite	[13983-17-0]		10				Pt, note 1
	5						Pr, note 1
Fibres minérales vitreuses artificielles							
Fibre de laine isolante, laine de laitier (note 4)			1 fibre/cm3				
Fibre de laine isolante, laine de roche (note 4)			1 fibre/cm3				
Fibre de laine isolante, laine de verre (note 4)			2 fibres/cm3				
Fibre de verre en filament continu		10					Pt, note 1

Fibres réfractaires (céramique ou autres) (note 4)			1 fibre/cm <sup>3</sup>				C3
Microfibres de verre (note 4)			1 fibre/cm <sup>3</sup>				
Fibres para-aramides	Voir Fibres synthétiques organiques						
Fibres polyoléfiniques	Voir Fibres synthétiques organiques						
Fibres synthétiques organiques							
Fibres de carbone et de graphite note 1				10			Pt,
	5				Pr, note 1		
Fibres para-aramides (Kevlar®, Twaron®)			1 fibre/cm <sup>3</sup>				
Fibres polyoléfiniques			10				Pt, note 1
Fluor [7782-41-4]	0,1	0,2					
Fluorotrîchlorométhane	Voir Trîchlorofluorométhane						
Fluorure d'hydrogène (exprimée en F) [7664-39-3]				P3	P2,6		RP
Fluorure de carbonyle [353-50-4]			2	5,4	5		13
Fluorures (exprimée en F)			2,5				
Fonofos [944-22-9]		0,1				Pc	
Formaldéhyde [50-00-0]				P2	P3		C2, EM, RP
Formamide [75-12-7]		10	18				Pc
Formate d'éthyle [109-94-4]		100	303				
Formate de méthyle [107-31-3]			100	246	150		368
Fréon® 11	Voir Trîchlorofluorométhane						
Fréon® 112	Voir Tétrachloro-1,1,2,2 difluoro-1,2 éthane						
Fréon® 113	Voir Trîchloro-1,1,2 trifluoro-1,2,2 éthane						
Fréon® 114	Voir Dichloro-1,2 tétrafluoro-1,1,2,2 éthane						
Fréon® 115	Voir Chloropentafluoroéthane						
Fréon® 12	Voir Dichlorodifluorométhane						
Fréon® 12 B2	Voir Difluorodibromométhane						
Fréon® 21	Voir Dichlorofluorométhane						
Fréon® 22	Voir Chlorodifluorométhane						
Fumées de soudage (non autrement classifiées)				5			
Furadan®	Voir Carbofurane						
Furfural [98-01-1]	2	7,9				Pc	
Germanium, tétrahydruure de [7782-65-2]				0,2	0,63		
Glutaraldéhyde [111-30-8]				P0,1	P0,41		RP, S
Glycérine (brouillards) [56-81-5]				10			
Glycidol [556-52-5]	25	76					
Graphite (fibres)	Voir Fibres synthétiques organiques						
Graphite (toutes formes sauf fibres) note 1				[7782-42-5]	2		Pr,
Guthion®	Voir Azinphos-méthyl						
Gypse [13397-24-5]		10				Pt, note 1	
	5					Pr, note 1	
Hafnium [7440-58-6]		0,5					
Halothane [151-67-7]		50	404				
Hélium [7440-59-7]	Asphyxiant simple						
Heptachlore [76-44-8]			0,05				Pc, C3
Heptachlore, époxyde d' [1024-57-3]				0,05			Pc, C3
Heptane normal [142-82-5]		400	1640	500	2050		
Heptanone-2	Voir Méthyl n-amyl cétone						
Heptanone-3	Voir Éthylbutylcétone						
Hexachlorobenzène [118-74-1]				0,025			Pc, C3
Hexachlorobutadiène [87-68-3]		0,02	0,21				Pc, C2, RP, EM
Hexachlorocyclopentadiène [77-47-4]		0,01	0,11				
Hexachloroéthane [67-72-1]		1	9,7			Pc, C3	
Hexachloronaphtalène [1335-87-1]				0,2			Pc
Hexafluoroacétone [684-16-2]		0,1	0,68				Pc
Hexaméthylphosphoramide [680-31-9]				Sans valeur d'exposition			Pc, C2, RP, E
	admissible applicable						
Hexane normal [110-54-3]		50	176				Pc
Hexane (autres isomères)		500	1760	1000	3500		
Hexanone-2	Voir Méthyl n-butyl cétone						
Hexone	Voir Méthyl isobutyl cétone						
Hexylène glycol [107-41-5]				P25	P121		RP



Huile minérale, brouillards d'	5	10		
Huile végétale, brouillards d' (sauf huile de ricin, huile de noix d'acajou et irritants semblables) [68956-68-3]	10			
Hydrazine [302-01-2]	0,1	0,13		Pc, C2, RP, EM
Hydrocarbures polycycliques aromatiques (fraction soluble dans le benzène) Voir Brai de goudron de houille volatile				
Hydrogène [1333-74-0]				Asphyxiant simple
Hydrogène antimonié				Voir Stibine
Hydrogène sélénié				Voir Séléniure d'hydrogène
Hydrogène sulfuré				Voir Sulfure d'hydrogène
Hydroquinone [123-31-9]		2		
Hydroxy-4 méthyl-4 pentanone-2				Voir Diacétone alcool
Hydroxytricyclohexylstannane				Voir Cyhexatin
Indène [95-13-6]	10	48		
Indium [7440-74-6] et ses composés (exprimée en In)	0,1			
Iode [7553-56-2]			P0,1	P1,0 RP
Iodoforme [75-47-8]	0,6	10		
Iodométhane				Voir Iodure de méthyle
Iodure de méthyle [74-88-4]		2	12	Pc, C2, EM
Isocyanate de méthyle [624-83-9]		0,02	0,047	Pc
Isocyanates				Voir Diisocyanate et/ou Oligomères d'isocyanate
Isocyanurate de triglycidyle (TGIC) (alpha-) [59653-73-5]		0,05		
Isocyanurate de triglycidyle (TGCI) (bêta-) [59653-74-6]		0,05		
Isocyanurate de triglycidyle (TGCI) (mélange d'isomères) [2451-62-9]			0,05	
Isophorone [78-59-1]			P5	P28 RP
Isophorone, diisocyanate d'				Voir Diisocyanate d'isophorone
Isopropoxyéthanol [109-59-1]		25	106	Pc
Isopropylamine [75-31-0]	5	12	10	24
N-Isopropylaniline [768-52-5]		2	11	Pc
Isopropylbenzène				Voir Cumène
Kaolin [1332-58-7]	5			Pr, note 1
Ketene				Voir Cétène
Lactate de butyle normal [138-22-7]		5	30	
Laine de laitier				Voir Fibres de laine isolante
Laine de roche				Voir Fibres de laine isolante
Laine de verre				Voir Fibres de laine isolante
Laine isolante, fibres de				Voir Fibres minérales vitreuses artificielles
Lannate®				Voir Méthomyl
Lindane [58-89-9]	0,5			Pc
Lithium, hydrure de [7580-67-8]			0,025	
Magnésite [546-93-0]		10		Pt, note 1
Magnésium, carbonate de				Voir Magnésite
Magnésium, oxyde de (fumées) (exprimée en Mg) [1309-48-4]		10		
Malathion [121-75-5]		10		Pc
Manganèse (exprimée en Mn) [7439-96-5]				
Fumées	1	3		
Poussières et composés		5		
Manganèse, cyclopentadiényle tricarbonyle de (exprimée en Mn) [12079-65-1]			0,1	Pc
Manganèse, méthylcyclopentadiényle tricarbonyle de (exprimée en Mn) [12108-13-3]			0,2	Pc
Manganèse, tétroxyde de [1317-35-7]			1	
Marbre				Voir Pierre à chaux
Mercure [7439-97-6], composés alkylés (exprimée en Hg)		0,01	0,03	Pc
Mercure [7439-97-6], composés arylés (exprimée en Hg)		0,1		Pc

Mercure [7439-97-6], composés inorganiques (exprimée en Hg)			0,025			Pc
Mercure [7439-97-6], vapeur de mercure (exprimée en Hg)			0,025			Pc
Méthacrylate de méthyle (monomère) [80-62-6]	50	205			S	
Méthane [74-82-8]	Asphyxiant simple					
Méthanethiol	Voir Méthyl mercaptan					
Méthanol	Voir Alcool méthylique					
Méthomyl [16752-77-5]	2,5					
Méthoxy-2 éthanol	Voir Éther monométhyle de l'éthylène glycol					
Méthoxy-4 phénol	Voir Éther monométhyle d'hydroquinone					
Méthoxy-1 propanol-2	Voir Éther monométhyle de propylène glycol					
Méthoxychlore [72-43-5]	10					
Méthyl n-amyl cétone [110-43-0]	50	233				
Méthyl n-butyl cétone [591-78-6]	5	20				Pc
Méthyl Cellosolve®	Voir Éther monométhyle de l'éthylène glycol					
Méthyl déméton [8022-00-2]	0,5					
Méthyl éthyl cétone [78-93-3]	50	150	100	300		
Méthyl-5 heptanone-3	Voir Éthylamylcétone secondaire					
Méthyl hydrazine [60-34-4]		P0,2	P0,38			Pc, C2, RP, EM
Méthyl isoamyl cétone [110-12-3]	50	234				
Méthyl isobutyl carbinol	Voir Alcool méthylamylique					
Méthyl isobutyl cétone [108-10-1]	50	205	75	307		
Méthyl isopropyl cétone [563-80-4]	200	705				
Méthyl mercaptan [74-93-1]	0,5					
Méthyl parathion [298-00-0]	0,2					
Méthyl propyl cétone [107-87-9]	150	530				Pc
N-Méthyl trinitro-2,4,6 phénylnitramine	Voir Tétryl					
Méthylacétylène [74-99-7]	1000	1640				
Méthylacétylène-Propadiène, mélange de (MAPP) [59355-75-8]	1000	1640	1250	2050		
Méthylacrylonitrile [126-98-7]	1	2,7				Pc
Méthylal [109-87-5]	1000	3110				
Méthylamine [74-89-5]	5	6,4				
N-Méthylaniline [100-61-8]	0,5					
Méthylchloroforme [71-55-6]	350	1910	450	2460		Pc
Méthylcyclohexane [108-87-2]	400	1610				
Méthylcyclohexanol [25639-42-3]	50	234				
o-Méthylcyclohexanone [583-60-8]	50	229	75	344		Pc
Méthylène bis (4-cyclohexyl isocyanate)	Voir Diisocyanate-4,4' de dicyclohexylméthane					
Méthylène-4,4' dianiline	Voir Diamino-4,4' diphénylméthane					
Méthylène bis (4-phényl isocyanate), (MDI)	Voir Diisocyanate-4,4' de diphénylméthane					
Méthylène-4,4' bis (chloro-2 aniline)	Voir Dichloro-3,3' diamino-4,4' diphénylméthane					
a-Méthylstyrène [98-83-9]	50	242	100	483		
Métribuzine [21087-64-9]	5					
Mévinphos®	Voir Phosdrin					
Mica [12001-26-2]	3					Pr, note 1
Molybdène (exprimée en Mo) [7439-98-7]	Composés insolubles					
	10					
	Composés solubles					
	5					
Monocrotophos [6923-22-4]	0,25					
Monoxyde de carbone	Voir Carbone, monoxyde de					
Morpholine [110-91-8]	20	71				Pc
Naled (Dibrom®) [300-76-5]	3					
Naphta VM & P [8032-32-4]	300	1370				
Naphtalène [91-20-3]	10	52	15	79		
β-Naphthylamine [91-59-8]	Sans valeur d'exposition					
	C1, RP, EM					
	admissible applicable					
a-Naphthylthiourée	Voir ANTU					
Némacur®	Voir Fenamiphos					

Néon	[7440-01-9]	Asphyxiant simple						
Nialate®	Voir Éthion							
Nickel	[7440-02-0]							
Métal		1						
Composés insolubles	(exprimée en Ni)		1					
Composés solubles	(exprimée en Ni)		0,1					
Nickel carbonyle	(exprimée en Ni) [13463-39-3]	0,001	0,007					
Nickel, sulfure de, grillé	(fumées et poussières)							
(exprimée en Ni)		1				C1,RP,EM		
Nicotine	[54-11-5]	0,5				Pc		
Nitrapyrine	[1929-82-4]		10			20		
Nitrate de propyle normal	[627-13-4]		25	107		40	172	
Nitro-4 diphényle	[92-93-3] Sans valeur d'exposition admissible applicable							Pc, C1,RP,EM
Nitro-1 propane	[108-03-2]	25	91					
Nitro-2 propane	[79-46-9]	10	36				C2,RP,EM	
p-Nitroaniline	[100-01-6]		3				Pc	
Nitrobenzène	[98-95-3]	1	5				Pc	
p-Nitrochlorobenzène	[100-00-5]		0,1	0,64				Pc
Nitroéthane	[79-24-3]	100	307					
Nitroglycérine	[55-63-0]			P0,2		P1,86	Pc,RP	
Nitrométhane	[75-52-5]	100	250					
N-Nitrosodiméthylamine	[62-75-9] Sans valeur d'exposition admissible applicable							
(Pc, C2,RP,EM)								
Nitrotoluène (tous les isomères)	[88-72-2 ; 99-08-1 ; 99-99-0 ; 1321-12-6]	2	11					Pc
Nitrotrichlorométhane	Voir Chloropicrine							
Noir de carbone	[1333-86-4]		3,5					
Nonane	[111-84-2]	200	1050					
Octachloronaphtalène	[2234-13-1]			0,1			0,3	Pc
Octane	[111-65-9]	300	1400	375	1750			
Oligomères d'isocyanate	Sans valeur d'exposition admissible applicable							S
Osmium, tétroxyde d'	(exprimée en Os) [20816-12-0]	0,0002	0,0016	0,0006	0,0047			
Oxyde d'éthylène	[75-21-8]	1	1,8				C2,RP,EM	
Oxyde de diphényle chloré	[55720-99-5]			0,5				
Oxyde de mésityle	[141-79-7]		10	40				
Oxyde de propylène	[75-56-9]		20	48			C2,RP,EM	
Oxyde nitreux	Voir Azote, protoxyde d'							
Oxygène, difluorure d'	[7783-41-7]					P0,05	P0,11	RP
Ozone	[10028-15-6]		P0,1	P0,2		RP		
Para-aramides, fibres	Voir Fibres synthétiques organiques							
Paraffine, cire de (fumées)	[8002-74-2]					2		
Paraquat (particules respirables)	[4685-14-7]					0,1		
Parathion	[56-38-2]		0,1				Pc	
Pentaborane	[19624-22-7]	0,005	0,013	0,015	0,039			
Pentachloronaphtalène	[1321-64-8]			0,5				Pc
Pentachloronitrobenzène	[82-68-8]			0,5				
Pentachlorophénol	[87-86-5]			0,5				Pc, C2,RP,EM
Pentaérythritol	[115-77-5]		10					
Pentane normal	[109-66-0]	120	350					
Pentanone-2	Voir Méthyl propyl cétone							
Perchloroéthylène	[127-18-4]		25	170	100	685		C3
Perchlorométhyl mercaptan	[594-42-3]		0,1	0,76				
Perchloryle, fluorure de	[7616-94-6]		3	13	6	25		
Perfluoroisobutylène	[382-21-8]				P0,01	P0,082	RP	
Perfluorooctanoate d'ammonium	[3825-26-1]				0,1			Pc
Perlite	[83969-76-0]		10			Pt, note 1		
		5						Pr, note 1

Peroxyde d'hydrogène	[7722-84-1]	1	1,4				
Peroxyde de benzoyle	[94-36-0]		5				
Peroxyde de méthyl éthyl cétone	[1338-23-4]				P0,2	P1,5	RP
Pétrole, bitumes de (fumées)	Voir Asphalte						
Pétrole, distillats de	Voir Essence, Solvant Stoddard, Naphta VM & P						
Pétrole, gaz liquifié de (L.P.G.)	[68476-85-7]		1000	1800			
Phénol	[108-95-2]	5	19		Pc		
Phénothiazine	[92-84-2]		5			Pc	
N-Phényl β-naphthylamine	[135-88-6]				Sans valeur d'exposition		C2, RP, EM
	admissible applicable						
Phényl-2 propène	Voir a-Méthylstyrène						
Phényl thiophosphate de o-éthyle							
et de o-(nitro-4 phényle)	Voir EPN						
Phénylènediamine (méta-)	[108-45-2]			0,1			
Phénylènediamine (ortho-)	[95-54-5]			0,1			C2, EM
Phénylènediamine (para-)	[106-50-3]			0,1			Pc, S
Phénylhydrazine	[100-63-0]	0,1	0,44				Pc, C2, RP, EM
Phénylmercaptan	[108-98-5]	0,5	2,3				
Phénylphosphine	[638-21-1]				P0,05	P0,23	RP
Phorate	[298-02-2]	0,05		0,2		Pc	
Phosdrin	[7786-34-7]	0,01	0,092	0,03	0,27	Pc	
Phosgène	[75-44-5]	0,1	0,40				
Phosphate de dibutyle	[107-66-4]		1	8,6	2	17	
Phosphate de dibutyle et de phényle	[2528-36-1]				0,3	3,5	
Phosphate de tri-o-crésyle	[78-30-8]				0,1		Pc
Phosphate de tributyle normal	[126-73-8]			0,2	2,2		
Phosphate de triphényle	[115-86-6]			3			
Phosphine	[7803-51-2]	0,3	0,42	1	1,4		
Phosphite de triméthyle	[121-45-9]		2	10			
Phosphore (jaune)	[7723-14-0]			0,1			
Phosphore, oxychlorure de	[10025-87-3]	0,1		0,63			
Phosphore, pentachlorure de	[10026-13-8]			0,1	0,85		
Phosphore, pentasulfure de	[1314-80-3]				1		3
Phosphore, trichlorure de	[7719-12-2]	0,2		1,1	0,5	2,8	
Phtalate de dibutyle	[84-74-2]			5			
Phtalate de diéthyle	[84-66-2]			5			
Phtalate de diméthyle	[131-11-3]			5			
Phtalate de dioctyle secondaire	[117-81-7]				5	10	C3
m-Phtalodinitrile	[626-17-5]			5			
Piclorame	[1918-02-1]		10				
Pierre à chaux	[1317-65-3]		10				Pt, note 1
Pierre à savon	Voir Stéatite						
Pindone	[83-26-1]	0,1					
Pipérazine, dichlorhydrate de	[142-64-3]				5		
Pival®	Voir Pindone						
Platine	[7440-06-4]						
Métal		1					
Sels solubles (exprimée en Pt)					0,002		
Plâtre de Paris	[26499-65-0]		10				Pt, note 1
		5					
					Pr, note 1		
Plictran®	Voir Cyhexatin						
Plomb [7439-92-1], et ses composés inorganiques (exprimée en Pb)				0,05			C3
Plomb, arséniate de (exprimée en Pb <sub>3</sub> (AsO <sub>4</sub> ) <sub>2</sub> )	[3687-31-8]			0,15			
Plomb, chromate de	Voir Chromate de plomb						
Plomb, tétraéthyle de (exprimée en Pb)	[78-00-2]		0,05				Pc
Plomb, tétraméthyle de (exprimée en Pb)	[75-74-1]		0,05				Pc
Polychlorobiphényles (PCB)	Voir Biphényles polychlorés						
Polyoléfines, fibres	Voir Fibres synthétiques organiques						
Polytétrafluoroéthylène	[9002-84-0]						Déterminer quantitativement les produits de décomposition dans l'air et exprimer les résultats en Fluorure (voir les normes applicables aux fluorures)

Potassium, hydroxyde de [1310-58-3]				P2	RP
Poussières charbonneuses (moins que 5 % de silice cristalline) [53570-85-7]	2			Pr	
Poussières charbonneuses (plus que 5 % de silice cristalline) quartz			0,1		Pr, de
Poussières de grain (avoine, blé, orge)	4			Pt, note 1	
Poussières non-classifiées autrement (PNCA)	10			Pt, note 1	
Poussières nuisibles Voir Poussières non-classifiées autrement					
Propane [74-98-6]	1000	1800			
Propane sultone [1120-71-4]				Sans valeur d'exposition C2,RP,EM	
				admissible applicable	
β-Propiolactone [57-57-8]	0,5	1,5		C2,RP,EM	
Propoxur [114-26-1]		0,5			
Propylène [115-07-1]		Asphyxiant simple			
Propylène imine [75-55-8]	2	4,7		Pc,C2,RP,EM	
Propylène, oxyde de Voir Oxyde de propylène					
Propyne Voir Méthylacétylène					
Propyne-Propadiène, mélange de Voir Méthylacétylène-Propadiène					
Pyrèthre [8003-34-7]		5			
Pyridine [110-86-1]	5	16			
Pyrocatéchol Voir Catéchol					
Pyrophosphate de tétrasodium [7722-88-5]			5		
Quartz Voir Silice cristalline					
Quinone Voir p-Benzoquinone					
RDX Voir Cyclonite					
Résorcinol [108-46-3]	10	45	20	90	
Rhodium [7440-16-6]					
Composés solubles (exprimée en Rh)				0,001	
Métal et composés insolubles (exprimée en Rh)				0,1	
Ronnel [299-84-3]	10				
Roténone [83-79-4]	5				
Rouge	10				Pt, note 1
Sélénium [7782-49-2] et ses composés (exprimée en Se)				0,2	
Sélénium, hexafluorure de (exprimée en Se) [7783-79-1]	0,05	0,16			
Séléniure d'hydrogène (exprimée en Se) [7783-07-5]	0,05	0,16			
Sencor® Voir Métribuzine					
N-Serve® Voir Nitrapyrine					
Sésone [136-78-7]	10				
Sevin® Voir Carbaryl					
Silane Voir Silicium, tétrahydure de					
Silicate d'éthyle [78-10-4]	10	85			
Silicate de méthyle [681-84-5]	1	6			
Silice amorphe, fondue [60676-86-0]			0,1		Pr, note 1
Silice amorphe, fumées de [69012-64-2]			2		Pr, note 1
Silice amorphe, gel [63231-67-4 (112926-00-8)]	6			Pr, note 1	
Silice amorphe, précipité [1343-98-2]			6		Pt, note 1
Silice amorphe, terre diatomée (non calcinée) [61790-53-2]	6			Pt, note 1	
Silice cristalline, cristobalite [14464-46-1]			0,05		Pr
Silice cristalline, quartz [14808-60-7]			0,1		
				Pr,C2,EM	
Silice cristalline, tridymite [15468-32-3]			0,05		Pr
Silice cristalline, tripoli [1317-95-9]			0,1		Pr
Silicium [7440-21-3]	10			Pt, note 1	

Silicium, carbure de (non fibreux) note 1	[409-21-2]			10			Pt,
Silicium, tétrahydrure de	[7803-62-5]	5	6,6				
Sodium, azoture de	[26628-22-8]			P0,11	P0,3		RP
Sodium, bisulfite de	[7631-90-5]		5				
Sodium, dichloro-2,4 phénoxyéthylsulfate de	Voir Sésone						
Sodium, fluoroacétate de	[62-74-8]		0,05		0,15		Pc
Sodium, hydroxyde de	[1310-73-2]				P2		RP
Sodium, métabisulfite de	[7681-57-4]		5				
Sodium, tétraborate de (anhydre)	[1330-43-4]			1			
Sodium, tétraborate de (décahydrate) ou Borax	[1303-96-4]		5				
Sodium, tétraborate de (pentahydrate)	[12045-88-4]	1					
Solvant de caoutchouc (distillats de pétrole)	[8030-30-6]	400	1590				
Solvant Stoddard	[8052-41-3]	100	525				
Soufre, dioxyde de	[7446-09-5]	2	5,2	5	13		
Soufre, hexafluorure de	[2551-62-4]	1000	5970				
Soufre, monochlorure de	[10025-67-9]			P1	P5,5		RP
Soufre, pentafluorure de	[5714-22-7]			P0,01	P0,1		RP
Soufre, tétrafluorure de	[7783-60-0]			P0,1	P0,44		RP
Stéatite	[14378-12-2]	6					Pt, note 1
	3						Pr, note 1
Stibine (exprimée en Sb)	[7803-52-3]	0,1	0,51				
Strontium, chromate de	Voir Chromate de strontium						
Strychnine	[57-24-9]		0,15				
Styrène (monomère)	[100-42-5]	50	213	100	426		Pc, C3
Subtilisines [1395-21-7 ; 9014-01-1] (enzymes protéolytiques exprimées en enzyme crystallin pur à 100 %)							P0,00006 RP
Sucrose	[57-50-1]	10					
Sulfate de diméthyle	[77-78-1]	0,1	0,52				Pc, C2, RP, EM
Sulfométuron de méthyle	[74222-97-2]		5				
Sulfotep	[3689-24-5]	0,2					Pc
Sulfure d'hydrogène	[7783-06-4]	10	14	15	21		
Sulfuryle, fluorure de	[2699-79-8]	5	21	10	42		
Sulprofos	[35400-43-2]	1					
Systox	Voir Demeton®						
2,4,5-T	[93-76-5]	10					C2, RP, EM
Talc (fibreux) (note 4)		1 fibre/cm3					C1, EM
Talc (non-fibreux)	[14807-96-6]		3				Pr
Tantale [7440-25-7], poussières de métal et poussières d'oxyde (exprimée en Ta)		5					
TEDP	Voir Sulfotep						
Téflon®	Voir Polytétrafluoroéthylène						
Tellure [13494-80-9] et composés (exprimée en Te)		0,1					
Tellure, hexafluorure de	[7783-80-4]						
(exprimée en Te)		0,02	0,10				
Téméphos	[3383-96-8]		10				
TEPP	[107-49-3]	0,004	0,047				Pc
Térébenthine	[8006-64-2]	100	556				
Terphényles	[26140-60-3]			P0,53			P5 RP
Terphényles hydrogénés	[61788-32-7]	0,5	4,9				
Tétrabromo-1,1,2,2 éthane (Tétrabromure d'acétylène)	[79-27-6]		1				14
Tétrabromométhane	Voir Carbone, tétrabromure de						
Tétrachloro-1,1,1,2 difluoro-2,2 éthane	[76-11-9]	500	4170				
Tétrachloro-1,1,2,2 difluoro-1,2 éthane	[76-12-0]	500	4170				

Tétrachloro-1,1,2,2 éthane (Tétrachlorure d'acétylène)	[79-34-5]	1	6,9				Pc
Tétrachloroéthylène	Voir Perchloroéthylène						
Tétrachlorométhane	Voir Carbone, tétrachlorure de						
Tétrachloronaphtalène	[1335-88-2]	2					
Tétrahydrofurane	[109-99-9]	100	300				
Tétraméthylsuccinonitrile	[3333-52-6]	0,5	2,8				Pc
Tétranitrométhane	[509-14-8]	0,005	0,04				C2, EM
Tétryl	[479-45-8]	1,5					
TGIC	Voir Isocyanurate de triglycidyle						
Thallium élémentaire	[7440-28-0], et composés solubles (exprimée en Tl)	0,1					Pc
Thimet®	Voir Phorate						
Thio-4,4' bis (tert-butyl-6 m-crésol)	[96-69-5]	10					
Thiodan®	Voir Endosulfan						
Thiram®	[137-26-8]	5					
Titane, dioxyde de	[13463-67-7]	10					Pt, note 1
o-Tolidine	[119-93-7]	Sans valeur d'exposition					
	Pc, C2, RP, EM						
	admissible applicable						
Toluène	[108-88-3]	50	188				Pc
o-Toluidine	[95-53-4]	2	8,8				Pc, C2, RP, EM
m-Toluidine	[108-44-1]	2	8,8				Pc
p-Toluidine	[106-49-0]	2	8,8				Pc, C2, EM
Toxaphène	Voir Camphène chloré						
Trémolite	Voir Amiante						
Tribromométhane	Voir Bromoforme						
Trichloro-1,2,4 benzène	[120-82-1]				P5	P37	RP
Trichloro-1,1,1 éthane	Voir Méthylchloroforme						
Trichloro-1,1,2 éthane	[79-00-5]	10	55				Pc
Trichloro-1,2,3 propane	[96-18-4]	10	60				Pc
Trichloro-1,1,2 trifluoro-1,2,2 éthane	[76-13-1]			1000	7670	1250	9590
Trichloroéthylène	[79-01-6]	50	269	200	1070		
Trichlorofluorométhane	[75-69-4]			P1000	P5620	RP	
Trichlorométhane	Voir Chloroforme						
Trichloronaphtalène	[1321-65-9]	5					Pc
Trichloronitrométhane	Voir Chloropicrine						
Tricyclohexylstannane, hydroxyde de	Voir Cyhexatin						
Tridymite	Voir Silice cristalline						
Triéthanolamine	[102-71-6]		5				S
Triéthylamine	[121-44-8]	5	20,5	15	61,5		Pc
Trifluorobromométhane	Voir Bromotrifluorométhane						
Triméthylamine	[75-50-3]	5	12	15	36		
Triméthylbenzène	[25551-13-7]	25	123				
Trinitro-2,4,6 phénol	Voir Acide picrique						
Trinitro-2,4,6 toluène (TNT)	[118-96-7]				0,5		Pc
Triphénylamine	[603-34-9]	5					
Tripoli	Voir Silice cristalline						
Tungstène (exprimée en W)	[7440-33-7]						
Composés insolubles		5			10		
Composés solubles		1			3		
Uranium naturel	[7440-61-1]						
Composés insolubles (exprimée en U)			0,2			0,6	
Composés solubles (exprimée en U)			0,05				
Vanadium, pentoxyde de, fumées et poussières respirables (exprimée en V205)	[1314-62-1]			0,05			
Verre, fibre de	Voir Fibres minérales vitreuses artificielles						
Verre, filament continu	Voir Fibres minérales vitreuses artificielles						
Verre, microfibrilles de	Voir Fibres minérales vitreuses artificielles						
Vinylbenzène	Voir Styrène						

Vinylcyclohexène, dioxyde de Pc, C2, RP, EM	[106-87-6]	10	57		
Vinyltoluène	[25013-15-4]	50	242	100	483
Warfarin [81-81-2]		0,1			
Wollastonite	Voir Fibres minérales naturelles				
Xylène (isomères o,m,p) [1330-20-7 ; 95-47-6 ; 108-38-3 ; 106-42-3]		100	434	150	651
m-Xylène a, a'-diamine	[1477-55-0]				P0,1 Pc,RP
Xylidine (mélange d'isomères) Pc, C2, EM	[1300-73-8]	0,5	2,5		
Yttrium [7440-65-5], métal et composés (exprimée en Y)			1		
Zinc, chlorure de (fumées)	[7646-85-7]			1	
Zinc, chromates de	Voir Chromates de zinc				
Zinc, oxyde de [1314-13-2] Fumées		5	10		
Poussières		10			Pt, note 1
Zinc, stéarate de	[557-05-1]			10	
Zirconium [7440-67-7] et ses composés (exprimée en Zr)				5	10
Zoalène®	Voir Dinitolmide				



**APPENDICE D :**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Informations sur le projet de recherche :  
Le Programme Hors Normes en santé au travail :  
Représentations d'infirmières du secteur public.

**Chercheurs:**

- Sandra Moretti, candidate à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal
- Chantal Caux, directrice de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- Marie Alderson, co-directrice de recherche, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

**Déclaration de responsabilité:**

Chantal Caux, chercheure principale, Marie Alderson et Sandra Moretti, chercheuses collaboratrices, sont responsables du déroulement de la présente étude et s'engagent à respecter les obligations qui y sont énoncées.

Signature de la chercheure : \_\_\_\_\_

**Description du projet de recherche**

Le PHN est un nouveau modèle d'intervention axé sur le signalement des entreprises où les travailleurs sont exposés à des concentrations de produits chimiques qui dépassent les normes. D'autre part, il détermine les suivis des activités de contrôle du risque liées à la surexposition des travailleurs. Les infirmières en santé au travail du secteur public étant sollicitées par ce nouveau programme, ce projet de recherche aura pour objectifs de :

- *Mettre au jour les représentations des infirmières du PHN.*
- *Identifier et analyser l'implication et les impacts du PHN dans un contexte de pratique infirmière en santé du travail.*

Pour ce faire, nous étudierons les représentations qu'ont les infirmières du Programme Hors Normes en réalisant une entrevue individuelle avec 5 à 10 infirmières qui sont intervenues dans le cadre du PHN.

## **Déroulement de l'étude**

Vous êtes invitée à participer à une entrevue individuelle portant sur votre expérience vécue dans le cadre du programme hors-normes. L'entrevue durera au maximum deux heures. Elle aura lieu au moment et à l'endroit qui vous conviendront.

Avant de débiter l'entrevue, nous prendrons un petit moment afin de s'assurer que vous posiez vos questions concernant ce projet et pour vous permettre de signer le formulaire de consentement si vous acceptez de participer.

Avec votre accord, nous enregistrerons (enregistrement sonore) l'entrevue afin de faciliter l'analyse de votre discours. Cette entrevue sera animée par Sandra Moretti, étudiante-chercheure.

## **Anonymat**

Toutes les informations recueillies durant cette étude seront traitées de façon anonyme et ne serviront qu'aux seules fins de cette recherche.

Des numéros de codes seront attribués à chacune des participantes aux entrevues. Seules Sandra Moretti et Chantal Caux connaîtront la correspondance entre les numéros de code et l'identité des participants. La liste de correspondance sera détruite un an après la fin de l'étude au moyen d'une déchiqueteuse.

Les données brutes (enregistrements et transcription des entrevues) ainsi que la liste de correspondance seront conservées sous clé au bureau de Chantal Caux, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. En aucun temps, dans les publications, des individus ou des industries ou les CSSS participants ou même la ville de Montréal ne seront mentionnés.

Nous retirerons également toutes les informations susceptibles de mener à l'identification de personnes ou d'établissements.

Les chercheurs réalisant ce projet ne publieront donc aucune information vous concernant de façon individuelle et ne mettront ces informations à la disposition de personne en dehors de l'étude. Les enregistrements des entrevues ainsi que les données informatiques seront détruits 7 ans après la fin de l'étude.

## **Liberté de participation et de retrait**

Votre participation est volontaire. Vous pourrez convenir de la date, du moment dans la journée et de l'endroit (à votre CSSS ou à la DSP de Montréal) pour l'entrevue. Vous pouvez décider de refuser de répondre à certaines questions ou encore de quitter au cours de l'entrevue et ce, sans avoir à justifier votre décision. Si cela s'avère le cas, les données recueillies seront détruites suivant votre départ. Vous pouvez également arrêter l'enregistrement à n'importe quel moment. L'arrêt de votre participation ne changera rien à vos relations ou suivi en milieu de travail.

## **Inconvénients**

Outre le temps passé à l'entrevue, il y a peu d'inconvénient à prendre part à ce projet. Il se peut que certaines questions vous rendent mal à l'aise ou encore que vous ayez envie de discuter plus en profondeur de votre situation après l'entrevue. Si tel est le cas, vous pourrez communiquer avec Sandra Moretti ou Chantal Caux qui seront en mesure d'assurer un suivi.

## **Bénéfices**

Vous n'obtiendrez aucun bénéfice ou avantage personnel à participer à l'étude. Néanmoins, votre participation permettra d'une part, de décrire les représentations d'infirmières en santé au travail du secteur public et d'autre part, d'alimenter la réflexion sur le PHN déjà implanté, sur son implantation ultérieure, de même que sur les avenues de recherche pertinentes pour les programmes de santé au travail.

## **Compensation**

Vous n'obtiendrez aucune indemnité compensatoire (dédommagement) pour votre participation à l'étude.

Pour poser des questions, pour avoir des informations supplémentaires, vous pouvez communiquer avec Sandra Moretti, Chantal Caux ou Marie Alderson:

Sandra Moretti, étudiante-chercheure

Chantal Caux, Directrice de recherche

Marie Alderson, co-Directrice de recherche

## **Éthique**

Pour tout problème éthique concernant le déroulement de votre participation à l'étude, vous êtes invitée à discuter dans un premier temps avec la chercheuse principale, Madame Chantal Caux. Si vos inquiétudes persistent, communiquez avec la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Mme Marie-France-Daniel. Si, suivant cette conversation, la réponse obtenue demeure insatisfaisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-José Rivest.

Le Programme Hors Normes en santé du travail:  
Représentations d'infirmières du secteur public.

CONSENTEMENT

Signatures

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire.

Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement.

J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de ce projet et on y a répondu à ma satisfaction.

Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision

Je, soussigné, accepte de participer à cette étude.

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

Je certifie a)avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b)avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; c)lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche; et d)que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

\_\_\_\_\_

Nom de l'étudiante-chercheure

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date

Fait à Montréal, le \_\_\_\_\_

**APPENDICE E :**  
**MODÈLE QUALITATIF D'ENTRETIEN DE RECHERCHE**

FIGURE 2.2  
**Le modèle qualitatif d'entretien de recherche**

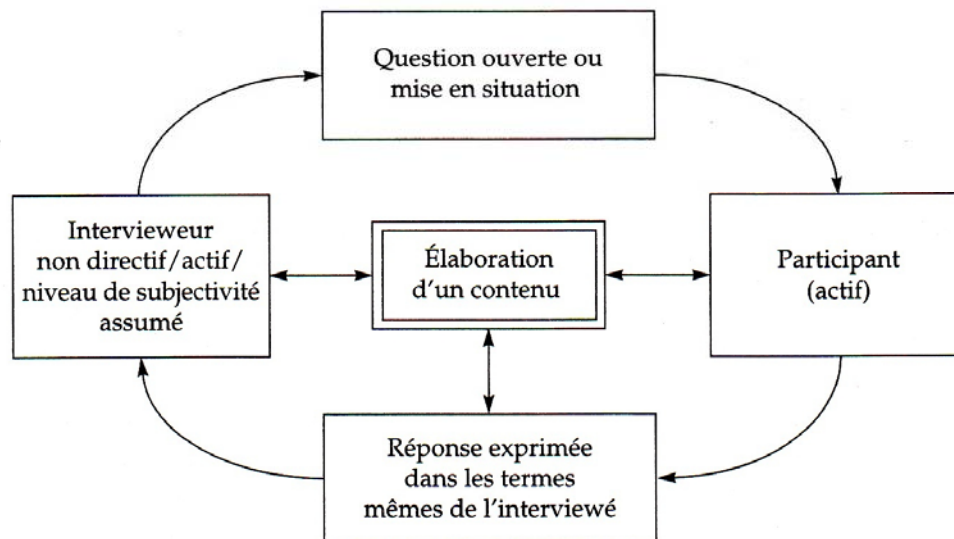


Figure 2.2 : Le modèle qualitatif d'entretien de recherche (Boutin, 2006; p.50)



**APPENDICE F :**  
**CANEVAS D'ENTRETIEN**

## CANEVAS D'ENTREVUE

- **Accueil**  
Travail ; dossier ; etc.
- **Question d'ordre général pour mieux vous connaître**

Âge

Formation

Expérience de travail  
Privé / Public (dans cette équipe SAT depuis quand ?) / En santé au travail

- **Que pensez-vous du PHN?**

Expliquez-moi, dans vos mots ce qu'est le PHN.

Qu'est-ce que vous en pensez ?

### Approfondir si mentionné :

*Signalement ou Suivi*

*Algorithme décisionnel? Comment le trouvez-vous ? Avantages, inconvénients, points à améliorer*

*Concerne l'hygiène ou l'inspecteur de la CSST. Expliquez-moi pourquoi ? Rôle de l'infirmière par rapport aux autres intervenants?*

*Est-ce que vous savez ce qu'en pensent vos collègues ? Qu'est-ce qu'ils vous ont dit ?*

*Employeur ; organisation du travail, charge de travail*

*Comparaison avec d'autres programmes d'intervention : différence ? expliquez-moi en quoi il est différent ou pareil?*

**Donc, en résumé, si j'ai bien compris ce que vous m'avez dit le PHN, pour vous, ...**

**Racontez – moi vos expériences avec le PHN?**

- Est-ce que c'était votre première expérience dans le PHN ?
- Quelle clientèle ? Secteur Prioritaire? Quel était le contexte d'intervention? Quand ?
- Était-ce un vieux hors norme (récurrent) provenant de la liste de la DSP?
- PSSE présent ou non?
- Racontez-moi comment ça s'est passé ? Étiez-vous seule ou en équipe? Pourquoi?
- Expliquez-moi ce que vous avez fait? À quel moment ? Pourquoi ? (signalement ou suivi)
- PSSE élaboré ou ajusté ensuite ? Suivi réalisé? Par qui ?
- Est-ce que la clientèle a réagit? Comment ? Expliquez-moi pourquoi ?
- En général, comment avez-vous trouvé cette expérience ? Pourquoi ?

**Donc, en résumé, si j'ai bien compris ce que vous m'avez dit, votre expérience dans le PHN est ... parce que...**

**Quel est votre rôle dans PHN ?**

Nous venons d'effleurer un peu le sujet mais selon vous quel est le rôle l'infirmière dans le PHN ; faire un lien avec ce qu'elle a dit juste avant : Comme vous venez de le mentionner, votre rôle consiste à ....

- Est-ce que c'était nouveau/différent pour vous? Pourquoi ?

**Approfondir si mentionné :**

- SI PARLE DU PASSÉ, Avant le PHN, qu'est-ce qui se passait avec les HN?
- Qu'est-ce que vos collègues disent ou pensent du rôle de l'infirmière dans le HN ? Votre employeur ?

**Donc, en résumé, si j'ai bien compris ce que vous m'avez dit, votre rôle dans le PHN est ... parce que...**

- **Dans un monde idéal, quel serait le rôle des infirmières dans PHN ?**

### Approfondir si mentionné :

- PSPS*
- Élargissement du rôle de l'infirmière ? Formation ? Autonomie ?*
- Expliquez-moi comment et pourquoi, selon vous, devrait-elle ... ?*
- Prise en charge*
- Prévention d'une nouvelle situation hors normes ? Des maladies professionnelles ?*
- Organisation du travail*
- Charge de travail*
- Pénurie de main d'œuvre*

***En résumé, dans un monde idéal, votre rôle dans le PHN serait... parce que...***

- ***Que pensez-vous de la santé au travail au Québec et dans votre milieu ?***

- Expliquez-moi c'est quoi pour vous la santé au travail au Québec et dans les équipes de santé au travail ?*
- Pourquoi?*
- Est-ce que vous aimez ce que vous faites ? Pourquoi ?*

### Approfondir si mentionné :

*Organisation du travail : équipes, territoire, horaire,  
Concertation avec partenaires  
Services  
Contexte légal  
Réorganisation  
Mandats*

*Conflits  
Difficulté  
Climat  
Relation avec clientèle  
Culture  
Ambiguïté*

- ***Voulez-vous discuter d'autres choses ?***
- ***Synthèse, si j'ai bien compris...***

**NOTES POST-ENTRETIEN :**

- *Déroulement de l'entretien : Difficultés / Événement particulier durant l'entretien /...*
- *Impressions :*
- *Élément le plus important, sur lequel la participante a incité:*
- *Biais:*
- *Questions-réponses tendancieuses :*
- *Interrogations :*

**APPENDICE G :**  
**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ  
(CÉRSS)**

**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

**Titre du projet :** Le Programme Hors Normes en santé au travail: Représentations  
d'infirmières du secteur public.

**Sous la direction de :** Madame Chantal Caux

**Codirection :** Madame Marie Alderson

**Nom de l'étudiante :** Madame Sandra Moretti

À la réunion du 17 septembre 2007, 7 membres du CÉRSS étaient présents : la présidente, la vice-présidente intérimaire et représentante de l'École d'optométrie, l'experte en éthique, l'experte en droit, la représentante des étudiants, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant du Département de kinésiologie.

Le Comité a jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

Le certificat est émis pour la période du 4 octobre 2007 au 3 octobre 2008.

Le 4 octobre 2007.

Présidente  
Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

