

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

Évaluation de l'implantation d'un programme de
prévention des maux de dos chez le personnel
soignant des centres hospitaliers du Québec

par

Hafida Taakkait

Département d'administration de la santé
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention
du grade de maîtrise en administration des services de santé

Mars , 2008

© Hafida Taakkait, 2008



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Évaluation de l'implantation d'un programme de prévention des maux de dos chez le
personnel soignant des centres hospitaliers du Québec

présenté par

Hafida Taakkait

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Marc Brodeur
Président-rapporteur

Nicole Leduc
Directrice de recherche

Diane Berthelette
Membre du jury

Mémoire accepté le : _____

RÉSUMÉ

Le programme régulier Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) est une intervention complexe composée de programmes de formation PDSB, de formation d'agents de suivi et d'activités de prévention. Cette intervention a été développée par l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) pour réduire l'incidence des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec.

Le but de cette étude est d'examiner l'influence des caractéristiques individuelles et du contexte organisationnel sur le degré de la mise en œuvre du PDSB dans les établissements de santé du Québec.

La population à l'étude est constituée de 187 formateurs œuvrant dans des centres hospitaliers du Québec. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Une stratégie de recherche synthétique de type comparative est utilisée. Les variations dans les pratiques des formateurs, autrement dit le degré de la mise en œuvre du PDSB dans les centres hospitaliers, ont été mises en relation avec les caractéristiques des formateurs et celles du contexte organisationnel afin de déterminer les variables qui expliquent le mieux le degré d'implantation du PDSB dans les établissements de santé du Québec.

Les résultats indiquent que le type de formation des formateurs, le nombre d'heures de travail par semaine ainsi que le niveau de facilité perçu pour réaliser les activités du PDSB sont des facteurs facilitateurs de l'implantation du programme dans les établissements de santé. Il est également ressorti des résultats que le programme PDSB est plus facile à implanter dans les établissements de santé des grands centres urbains du Québec.

Mots-clés : programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, évaluation de l'implantation, maux de dos.

ABSTRACT

The Safe Patient Transfer Training program (SPTT) is a complex intervention composed of the SPTT training program, training of monitors and prevention activities. This intervention was developed by the Association for Health and Safety in the workplace, social affairs sector (ASSTSAS), in order to reduce the incidence of back pain among health care workers in Quebec's hospitals

The aim of our study is to determine the influence of the individual characteristics and the organisational environment on the level of the SPTT implementation in Quebec's health institutions.

The studied population was composed of 187 trainers working in Quebec hospitals. Data were collected through a self-administered questionnaire. A synthetic comparative research strategy was used. Variations in the trainers' practices, or, simply speaking, the SPTT implementation level in health institutions, will be compared with the trainers' and the organisational environment's characteristics in order to identify the variables that best explain the SPTT implementation level in Quebec's health institutions.

Our results showed that the kind of training delivered to the trainers, their number of work hours per week and the degree of support received to carry out the SPTT activities are factors explaining the degree of SPTT implementation in Quebec hospitals. The results also showed that the SPTT program is easier to implement in Quebec's health care institutions located in urban areas.

Keywords: Safe Patient Transfer Training program, implementation evaluation. Back pain.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Résumé	iii
Abstract.....	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux	vii
Liste des abréviations	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	1
CHAPITRE 2 OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE.....	4
CHAPITRE 3 RECENSION DES ÉCRITS	6
3.1 Importance du mal de dos chez le personnel soignant	7
3.2 Programmes de prévention du mal de dos.....	9
3.3 Recherche évaluative et analyse d'implantation.....	22
3.3.1 <i>La recherche évaluative</i>	22
3.3.2 <i>L'analyse d'implantation</i>	23
3.3.3 <i>L'innovation</i>	27
CHAPITRE 4 DESCRIPTION DU PDSB	33
4.1 Objectifs du programme	34
4.1.1 <i>Les objectifs intermédiaires visés par la formation dispensée par les maîtres –formateurs aux futurs instructeurs</i>	34
4.1.2 <i>Les objectifs intermédiaires de la formation dispensée au personnel soignant</i>	34
4.2 Structure.....	35
4.3 Processus.....	36
CHAPITRE 5 MODÈLE THÉORIQUE.....	40
5.1 Hypothèses de recherche	44
CHAPITRE 6 MÉTHODE DE RECHERCHE.....	46
6.1 Stratégie de recherche.....	47
6.2 Définition de la population à l'étude	47
6.3 Instruments de mesure et collecte de données	48
6.4 Définition des variables	50
6.4.1 <i>Variables indépendantes</i>	50
6.4.2 <i>Variables dépendantes</i>	52

6.5	Analyse des données.....	54
6.5.1	<i>Régression multiple linéaire</i>	55
6.5.2	<i>La régression logistique</i>	56
CHAPITRE 7 RÉSULTATS.....		57
7.1	Résultats descriptifs.....	58
7.1.1	<i>Les caractéristiques individuelles des formateurs</i>	58
7.1.2	<i>Caractéristiques du contexte organisationnel</i>	60
7.1.3	<i>Degré d'implantation du PDSB</i>	63
7.2	Résultats des analyses bivariées.....	65
7.2.1	<i>Nombre de sessions de formation en fonction des caractéristiques individuelles et organisationnelles</i>	65
7.2.2	<i>Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec l'intégrité de la formation PDSB</i>	65
7.2.3	<i>Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec la réalisation des activités de prévention PDSB</i>	69
7.2.4	<i>Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec l'étendue des activités PDSB</i>	70
7.3	Résultats des analyses multivariées.....	75
7.3.1	<i>Nombre de sessions de formation PDSB dispensées par chaque formateur</i> ..	75
7.3.2	<i>Intégrité de la formation PDSB</i>	75
7.3.3	<i>Activités de prévention effectuées</i>	76
7.3.4	<i>Étendue des activités du programme PDSB</i>	77
CHAPITRE 8 DISCUSSION.....		78
CHAPITRE 9 CONCLUSION.....		87
Références.....		90
ANNEXE 1	QUESTIONNAIRE.....	XCVI
ANNEXE 2	TABLEAUX DES RÉSULTATS DES ANALYSES DE FIABILITÉ.....	CXXIX
ANNEXE 3	CXXXI

LISTE DES TABLEAUX

		Page
Tableau 1	Caractéristiques individuelles des formateurs (n=187)	59
Tableau 2	Caractéristiques du contexte organisationnel (n=187)	62
Tableau 3	Degré d'implantation du PDSB	64
Tableau 4	Nombre de sessions de formation en fonction des caractéristiques individuelles et organisationnelles.....	66
Tableau 5	Intégrité de la formation PDSB	68
Tableau 6	Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec la réalisation des activités de prévention PDSB	71
Tableau 7	Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du Contexte organisationnel avec l'étendue des activités de PDSB	73
Tableau 8	Modèle de régression logistique du degré d'intégrité de la formation PDSB (n=115)	75
Tableau 9	Modèle de régression logistique de la réalisation d'activités de prévention du PDSB par les formateurs. (n=172)	76
Tableau 10	Modèle de régression logistique de l'étendue des activités réalisées par les formateurs (n=187)	77

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASSTSAS	Association pour la santé et la sécurité du travail dans le secteur affaires sociales
CHSGS	Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
PDSB	Principes de déplacement sécuritaires des bénéficiaires
TMS	Troubles musculosquelettiques

INTRODUCTION

Le PDSB, ou Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires, vise la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des établissements de santé et des services sociaux du Québec. Il a été conçu par l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS), l'une des treize associations paritaires créées dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

Le programme PDSB est complexe et se compose de trois types d'intervention : un programme de formation PDSB, la formation d'agents de suivi et des activités de prévention. Il est dispensé au personnel soignant des établissements de santé et des services sociaux par des formateurs recrutés par un représentant des employeurs parmi les employés de l'établissement, et ayant reçu une formation de la part des maîtres formateurs de l'ASSTSAS.

Notre étude consiste en une analyse de l'implantation de type 1-a (Champagne et Brousselle, 2005) du PDSB dans les établissements de santé du Québec. Nous tenterons par cette étude d'examiner l'influence des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel sur le degré de mise en œuvre du PDSB dans les établissements de santé. En effet, ce programme a été l'objet d'une étude évaluative (Berthelette, Leduc et al, 2005) qui a permis de décrire la théorie sous-jacente du PDSB et de documenter son degré d'implantation dans les établissements de santé. Les résultats ont permis de constater l'existence d'un écart substantiel entre les caractéristiques des interventions du programme prescrit et celles effectivement implantées dans les établissements de santé. Notre étude visera donc à déterminer quelles sont les caractéristiques individuelles ou organisationnelles qui expliquent cet écart.

Chapitre 1
PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les troubles musculosquelettiques constituent la principale cause de lésions professionnelles, le dos étant le plus affecté par ces lésions, suivi des épaules, des membres supérieurs et du cou. Les coûts associés aux maux de dos comme lésion professionnelle sont particulièrement importants et concernent la majorité des secteurs d'activités économiques (Bédard, CSST 2004). Pour tenter de faire face à ce problème universel et y remédier, des programmes de prévention primaire des maux de dos sont mis sur pied tant dans les pays industrialisés que ceux en voie de développement. Ainsi, depuis 1985, l'ASSTSAS a développé et implanté dans les établissements de santé au Québec, un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant. Il s'agit du programme : Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). L'ASSTSAS est la première association sectorielle paritaire créée dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail en 1979. Sa mission est « de promouvoir la prévention en santé et en sécurité du travail et de soutenir, dans un cadre paritaire, le personnel et les établissements du secteur de la santé et des services sociaux, par des services conseils et des activités d'information, de formation, de recherche et de développement, dans la mise en œuvre d'actions de prévention » (ASSTSAS, 2000, page 2).

L'ASSTSAS a créé deux types de programmes PDSB : un régulier et l'autre pour les soins à domicile. Même si ces derniers se distinguent par leur contenu et leur champ d'intervention, ils poursuivent le même objectif, soit la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des établissements de santé et de services sociaux du Québec. Notre étude évaluative portera sur le programme PDSB régulier.

Avec le programme PDSB, l'ASSTSAS, poursuit deux objectifs principaux. En premier lieu, elle vise l'amélioration des compétences du personnel soignant, particulièrement les infirmiers, infirmières et préposé(e)s aux bénéficiaires, à exécuter de façon sécuritaire les manœuvres de transfert et

de positionnement des patients. En deuxième lieu, la formation reçue par le personnel doit lui permettre d'accroître ses compétences à identifier les situations dangereuses et les mesures pour y remédier et à communiquer ces informations aux personnes responsables dans son organisation.

L'objectif ultime de ce programme est de prévenir l'incidence du mal de dos chez le personnel soignant des établissements de santé et des services sociaux (ASSTSAS, 2003).

Le programme PDSB régulier dispensé au personnel soignant œuvrant au sein des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et des centres de soins prolongés du Québec a été l'objet d'une étude évaluative (Berthelette et al., 2005) qui a permis, entre autres, d'analyser la théorie sous-jacente du PDSB et de décrire son degré d'implantation. Cette étude a révélé l'existence d'un écart substantiel entre la nature des interventions du programme prescrit et celles effectivement implantées dans les établissements de santé au Québec. Il nous est donc apparu pertinent de mener une analyse d'implantation afin d'expliquer les variations dans l'implantation de cette intervention. Selon Contandriopoulos et al. (2000), « l'analyse d'implantation est particulièrement importante lorsque l'intervention analysée est complexe, et composée d'éléments séquentiels sur lesquels le contexte peut interagir de différentes façons» (p. 535).

Chapitre 2
OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE

Nous visons donc par cette étude évaluative à examiner l'influence des caractéristiques individuelles et contextuelles sur le degré de la mise en oeuvre du PDSB dans les établissements de santé du Québec. Plus spécifiquement, nos objectifs sont :

- 1) d'expliquer dans quelle mesure certaines caractéristiques des intervenants influencent le degré de la mise en oeuvre du programme, c'est-à-dire expliquer les variations des pratiques des formateurs dans les établissements de santé au Québec.

- 2) d'expliquer dans quelle mesure le contexte organisationnel influence le degré de l'implantation du PDSB dans les établissements de santé du Québec.

Chapitre 3
RECENSION DES ÉCRITS

3.1 IMPORTANCE DU MAL DE DOS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT

Les troubles musculosquelettiques représentent le principal type de lésion professionnelle. Ainsi, à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec (CSST), ils occupent la première place et constituent le tiers des dossiers d'indemnisation ouverts entre 2001 et 2004 (CSST, 2005).

Les troubles musculosquelettiques représentent un problème majeur de la santé et des services sociaux ainsi que d'autres secteurs d'activité économique dans les pays industrialisés, tant en Amérique du nord qu'en Europe (Cooper, Robert et Yassi, 1996), et tout particulièrement le mal de dos, dit «mal du siècle». Il a été démontré par plusieurs études que 60 à 80 % de la population générale souffre d'un mal de dos dans les sociétés modernes durant l'un ou plusieurs moments de la vie adulte (Daltory et al., 1993; Frank et al., 1996; Lauren et al., 1997; Limm et al., 2005).

Aux États-Unis, le personnel soignant représente la catégorie des travailleurs les plus touchés par ce problème de santé : une personne sur dix rapporte un problème au dos avec une prévalence de 56 à 90 % (Maul et al., 2006; Nancy, Scarlett et Michael, 2006; Feldstein et al., 1993).

Les coûts associés au mal de dos sont particulièrement considérables mais varient d'un pays à l'autre. Aux États-Unis, ils sont estimés à plus de 15 milliards de dollars par an. Si on ajoute les coûts indirects, la facture s'élève 54 milliards (Deborah et al., 2005). En Allemagne, ces coûts sont estimés à 15 milliards d'euros par an; cependant, il est important de noter que 90 % de ces coûts totaux sont indirects, liés essentiellement à l'absentéisme professionnel, aux longues périodes d'invalidité et aux handicaps qu'engendre le mal de dos (Limm et al., 2005).

Le Québec ne fait pas exception. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2003 indique que les maux de dos sont les problèmes de santé les plus importants pour 17 % des Québécois. Un travailleur sur quatre rapporte des douleurs au bas du dos (Institut de la statistique du Québec, 2003).

Les dernières statistiques publiées sur les lésions professionnelles dans le secteur des services de santé et services sociaux révèlent qu'en moyenne 35 359 lésions font l'objet d'une indemnisation chaque année par la CSST et qu'elles occasionnent 1,7 millions de jours d'absence, soit une moyenne de 46,6 jours d'absence par lésion (Berthelette et al., 2005). Le site le plus fréquent de lésion demeure le dos (44,2 %) et occasionne en moyenne 50,4 jours d'absence par lésion par année. Les données des fichiers des lésions professionnelles de la CSST montrent l'importance de la problématique des troubles musculosquelettiques, et ce, même si les données d'indemnisation sous-estiment la prévalence totale (Stock et al., 2003). En 2004, cet organisme a versé 1,5 milliard de dollars pour les lésions professionnelles, chez environ 135 000 travailleurs. Les affections vertébrales comptaient pour environ 40 % des lésions indemnisées.

Plusieurs études ont démontré que les TMS liés au travail, et particulièrement les maux de dos, sont d'origine multifactorielle (William et al., 2006) : des facteurs physiques, des facteurs reliés à l'organisation du travail et des facteurs psychosociaux en milieu de travail, de même que des facteurs personnels et psychosociaux hors du travail peuvent contribuer à l'augmentation des TMS. Chez le personnel soignant, plusieurs études ont démontré que les facteurs de risques ergonomiques, environnementaux ou mécaniques sont les plus associés aux maux de dos : essentiellement les tâches de transfert, le positionnement, le soulèvement ou le levage des patients

(Langerstrome et Hagberg, 1997; Kraus et al., 2004; William et al., 2006, Deborah et al., 2005; Hignett, 2003; Venning, Walter et Lawrence, 1987).

Dans l'étude de William et al. (2006), le levage manuel et le transfert des patients représentent les facteurs de risques les plus importants des maux de dos chez le personnel soignant. Ces tâches génèrent 76 % de risque de mal de dos et sont les plus ciblées par le programme PDSB.

3.2 PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU MAL DE DOS

Le mal de dos est défini par Venning, Walter et Lawrence (1987, page 821) comme « any work-related injury or complaint of discomfort identifying the back as site of injury ». Ce phénomène douloureux d'origine multifactorielle constitue l'un des problèmes universels de santé observés au sein de la population générale, tant dans les pays industrialisés que ceux en voie de développement (Volinn, 1999). Il a des conséquences au niveau individuel et organisationnel. Au niveau individuel, ce dernier a des répercussions non seulement économiques mais aussi sociales, telles que de longues périodes de limitations, d'incapacité ou d'handicap qui affectent le travail et la vie familiale de la personne atteinte, une perte de revenu, de qualité de vie, du stress, etc. Pour les organisations ou les entreprises, le mal de dos occasionne des coûts particulièrement considérables, liés aux assurances maladies et au temps de travail perdu. (Nancy, Scarlett et Michael, 2006).

Vu l'ampleur du problème, plusieurs interventions et programmes de prévention ont été mis sur pied partout dans les pays industrialisés depuis les deux dernières décennies afin de réduire l'incidence du mal de dos. Depuis, des études ont été publiées sur ces interventions, qu'il s'agisse d'interventions de prévention primaire ou secondaire. Ces études ont cherché à évaluer leur effet à réduire et prévenir les maux de dos. Dans le cas de la prévention primaire, les interventions visent à prévenir l'incidence de

maux de dos et sont basées sur la formation et l'éducation des travailleurs sur les comportements sécuritaires à adopter au travail, les analyses ergonomiques sur les conditions du travail et les nouveaux équipements d'aide au déplacement et transfert des bénéficiaires (Deborah et al., 2005; Hignett, 2003). Les interventions de prévention secondaire intervenant chez des sujets ayant un passé de lombalgie visent à diminuer la durée des symptômes et de l'incapacité fonctionnelle occasionnée par la douleur, permettre au sujet de retrouver ses capacités totales à son poste de travail et à prévenir l'apparition de rechutes (Frymoyer, 1992). Ces interventions sont basées sur l'exercice physique, les ceintures dorsales, la prestation des soins et les programmes psychologiques et multidisciplinaires (Limm et al., 2005).

Les études retenues et présentées dans ce chapitre portent sur des interventions visant la prévention primaire des maux de dos en milieu du travail et qui sont composées en tout ou en partie de programmes de formation puisque le PDSB, basé surtout sur la formation, poursuit des objectifs de prévention primaire du mal de dos en milieu de travail. Nous nous baserons sur la taxonomie des objectifs pédagogiques de Bloom et al. (1969) afin d'analyser les études retenues. Cette taxonomie comporte les catégories suivantes : l'acquisition de connaissance, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation (Berthelette et al., 2005)

Maher (2000) a réalisé une revue systématique des études portant sur l'effet des interventions en milieu de travail publiées entre 1989 et 1998 sur la réduction, la prévalence et la gravité des lésions au dos, l'absence au travail liée au mal de dos ainsi que les coûts directs et indirects du mal de dos. Parmi les 13 études randomisées retenues, 6 ont été réalisées en milieu hospitalier. Les interventions recensées étaient l'éducation (6 études), l'exercice (5 études), les ceintures dorsales (4 études) ainsi que l'éducation combinée à des modifications du poste de travail (2 études). Le chercheur a constaté que l'exercice a été efficace à produire des résultats modérés sur la

réduction de la gravité et l'absence au travail liée au mal de dos. Cependant l'éducation n'a produit que des résultats modérés sur la réduction, la prévalence, la gravité et l'absence au travail résultant des lésions au dos. Cette dernière visait deux objectifs pédagogiques selon la taxonomie de Bloom et al. (1969) : l'acquisition de connaissances par des séances de lecture sur le dos et la mécanique corporelle et l'application par des exercices en milieu de travail. Les autres interventions, soient l'éducation combinée à des modifications du poste de travail et le port d'une ceinture dorsale, seraient inefficaces.

Cette conclusion est similaire à celle de Vann Poppel, (1997) dans une revue systématique des écrits concernant la prévention primaire des maux de dos en milieu de travail. Ce dernier a publié une mise à jour de cette revue systématique en 2004. Les types d'interventions recensées étaient l'exercice, les ceintures dorsales et la formation. Le chercheur a évalué l'effet de ces interventions sur l'incidence, la prévalence et l'absence au travail liée au mal de dos. Le type et l'intensité des séances de formation variaient d'une étude à l'autre. L'information était basée surtout sur l'enseignement des notions de la mécanique corporelle, des techniques de transfert des bénéficiaires et des séances d'observation des comportements en situation de travail. Cette information visait l'acquisition de connaissances, l'application et l'analyse. Cependant l'auteur ne rapporte pas les méthodes pédagogiques utilisées dans ces études. Parmi les études recensées, aucun résultat positif n'a été attribué à la formation et au port d'une ceinture dorsale. L'auteur et ses collègues ont conclu que seul l'exercice a été susceptible de réduire l'incidence et l'absence au travail liée aux maux de dos. Van Poppel, Houfman et Koes (2004) concluent donc à ce sujet que, bien que beaucoup de professionnels de la santé affirment obtenir du succès à diminuer les maux de dos en éduquant les travailleurs à adopter des postures et de bonnes méthodes de soulèvement, l'absence de données décisives à propos de l'effet de telles interventions vient en contradiction avec ces affirmations. Par contre, les auteurs attribuent cette absence de données au possible manque de flexibilité des interventions par

rapport aux différences individuelles, à la difficulté de modifier des comportements ancrés depuis longtemps chez le personnel soignant et à la courte durée des interventions analysées (Lagacé, 2005).

D'autres études se sont intéressées aux interventions visant la réduction des facteurs de risque liés au transfert et à la manutention des bénéficiaires. En 2003, Hignett a réalisé une recension systématique de 63 études publiées entre 1960 et 2001 évaluant l'efficacité des interventions en milieu du travail à réduire les facteurs de risque ergonomiques, environnementaux et mécaniques associés au déplacement et à la manutention des patients. Les conclusions des 63 études recensées ont été regroupées selon trois catégories : 1) les interventions multiples, 2) les interventions simples basées sur les équipes de déplacement et 3) les interventions basées sur l'acquisition de techniques de déplacement. Les interventions multiples incluent l'évaluation des risques encourus, l'approvisionnement en équipements, l'évaluation et la maintenance des équipements, la formation, la réorganisation de l'environnement de travail et l'exercice physique. Ces interventions ont été regroupées en deux sous-groupes selon qu'elles incluent ou non des programmes d'évaluation de risque. Les interventions simples basées sur les équipements sont divisées en deux sous-groupes, soient la provision en équipements et les approches de déplacement. En ce qui concerne les interventions basées sur l'acquisition de techniques de déplacement, cette catégorie a été divisée en trois sous-groupes mais l'auteur n'a pas décrit en quoi consistaient ces interventions d'acquisition de techniques de déplacement. La durée de l'ensemble de ces interventions varie d'un minimum de 6 mois à un maximum de 3 à 5 ans. Selon l'auteur, les interventions multifactorielles ou multiples, incluant deux interventions ou plus (équipement, formation et éducation, changement des pratiques et réorganisation du milieu de travail) étaient les plus susceptibles de produire des effets positifs, c'est-à-dire la réduction et la prévention des lésions musculosquelettiques. Par contre, les interventions simples basées sur les équipements et l'acquisition de techniques

de déplacement n'ont produit qu'une légère diminution du nombre de lésions musculosquelettiques associées à quelques modifications des méthodes de travail. La plupart des études recensées reposent sur des comparaisons avant-après avec groupes de contrôle formés par randomisation, ceci présente un moindre risque de biais. Cependant, la taille des échantillons étant relativement faible et la mesure des effets variant d'une étude à l'autre, il devient difficile de conclure sur les effets de telles interventions. L'auteur a recommandé à la lumière des résultats obtenus que les politiques de santé concernant le déplacement des patients soient revues en profondeur et modifiées et que d'autres interventions alternatives basées surtout sur une réelle évaluation des risques encourus soient mises en place afin de réduire les lésions musculosquelettiques liées au travail.

Dans une revue systématique, Frank et al. (1996) ont évalué l'efficacité des interventions de prévention primaire en milieu de travail à réduire les lésions musculosquelettiques. Selon ces auteurs, les interventions de prévention primaire visent essentiellement à changer le travailleur ainsi que son environnement de travail. Les principales interventions évaluées étaient essentiellement la formation sur les techniques de déplacement et les comportements sécuritaires à adopter envers les situations à risque. Les auteurs affirment que les interventions de prévention primaire semblent avoir un potentiel considérable à réduire les lésions vertébrales, mais les données probantes sont trop rares pour pouvoir conclure à l'efficacité de telles interventions. Par contre, les interventions ergonomiques axées sur la modification de l'environnement de travail et des équipements semblent produire des résultats positifs. En effet, dans une étude recensée par Frank et al. (1996), l'intervention ergonomique dans une maison de retraite a permis une réduction de 40 % des affections vertébrales chez le personnel soignant même si le groupe de travailleurs était relativement petit ($n=47$) et que l'évaluation a eu lieu quatre mois après l'implantation de l'intervention. Deux autres études ont rapporté une légère diminution des lésions et une modification des

comportements en situation de travail. Ces études étaient basées sur des comparaisons avant-après, sans groupes de contrôle et se sont étalées sur de longues périodes d'observation, ce qui implique que d'autres facteurs pouvaient affecter les résultats obtenus. L'auteur a conclu aussi que l'éducation comme intervention primaire qui vise l'acquisition de connaissances et l'application était inefficace à réduire l'incidence des maux de dos.

Des conclusions similaires sont rapportées dans d'autres études (Limm et al., 2005; Lahad et al., 1994; Tveito et al., 2004; Karas et Conrad, 1996). Dans sa revue systématique de 49 études, Limm et al. (2005) ont évalué l'effet des programmes de prévention primaire des maux de dos. Seules les interventions au niveau individuel ont été rapportées, les interventions à l'échelle organisationnelle n'ayant pas été évaluées. Les différentes interventions primaires étaient : l'exercice physique, l'éducation, les programmes d'ergonomie et de modification en milieu du travail. Comme Hignett (2003), l'auteur a conclu que les approches multidisciplinaires incluant deux interventions ou plus ont produit des résultats positifs, à savoir la réduction du mal de dos chez le personnel soignant, alors que l'éducation à elle seule comme intervention préventive n'a que des effets «modestes». Elle doit être combinée à d'autres interventions afin de prévenir les maux de dos et la modification du milieu de travail. Enfin, l'exercice physique a permis une réduction modérée de l'incidence des maux de dos chez le personnel soignant. Selon l'auteur, la grande variation de la population à l'étude et la variation du contenu des interventions ainsi que l'absence de groupe de contrôle dans la plupart des études recensées ne permettent pas de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité des interventions en milieu de travail à réduire les lésions au dos. De plus, les échantillons étaient de faible taille et la période des études était trop courte pour pouvoir détecter les effets positifs des interventions. L'auteur a reconnu que d'autres recherches étaient nécessaires pour déterminer quelle approche multidisciplinaire incluant l'exercice physique pourrait prévenir les maux de dos chez le personnel soignant.

Enfin, Lahad et al. (1994) ont évalué l'efficacité de quatre types de stratégies de prévention primaire des lombalgies : 1) la réalisation d'exercice; 2) l'éducation; 3) le port d'une ceinture dorsale ; et 4) la modification des facteurs de risque. Selon les auteurs, l'éducation peut prévenir le mal de dos par l'intermédiaire de trois actions : 1) élargir les connaissances concernant les activités et les postures à risque peut diminuer le nombre de lésions dorsales; 2) favoriser la compliance par rapport à la pratique des exercices; et 3) faire savoir que les douleurs dorsales sont «self-limited» obligeant ainsi le personnel à apprivoiser la douleur («to cope with»). Selon les auteurs, peu d'études ont permis de montrer l'efficacité de la formation sur la prévention des lésions au dos. Un seul essai clinique randomisé portant sur la formation combinée à l'exercice physique rapporte une diminution statistiquement significative des lésions au dos. Dans d'autres études, soit les lésions n'ont pas diminué d'une manière significative entre les groupes expérimentaux et les groupes de contrôle, soit il n'y avait pas de groupes de contrôle. Il était donc difficile de conclure à l'efficacité de séances d'éducation à prévenir les lésions au dos. Dans le cas de l'exercice physique, il y a une faible évidence que ce dernier permet une diminution de l'incidence et des épisodes de mal de dos. Aucun effet n'a été attribué au port de la ceinture dorsale et à la modification des facteurs de risque.

Les recensions systématiques des écrits portant spécifiquement sur les effets des interventions de prévention primaire, incluant la formation, à réduire les lésions au dos chez le personnel soignant sont nombreuses. Cependant, ces études présentent des difficultés associées au choix de critères d'évaluation des résultats de telles interventions; en effet, les unes se basent sur la mesure des effets intermédiaires tels que des réductions des facteurs de risque et le changement des comportements liés à la santé, alors que d'autres se basent sur l'évolution de la maladie, la gravité des lésions ou le taux d'absentéisme. Toutefois, nous pouvons retenir par ces revues systématiques

que la formation à elle seule comme intervention préventive ne semble pas produire d'effets positifs et qu'elle doit être combinée à d'autres interventions soit au niveau individuel, soit au niveau organisationnel, afin de prévenir les lésions vertébrales chez les travailleurs de la santé.

D'autres études basées soit sur des devis prétest/posttest avec groupe de contrôle aléatoire, soit sur des devis avant-après, ont cherché à faire le point aussi sur l'efficacité des interventions primaires incluant la formation à prévenir les maux de dos chez le personnel soignant. Dans le cas des études randomisées, Alexander et al. (2001), Daltory et al. (1997), Lone Donbek et al. (2006), Yassi et al. (2001), Fanello et al. (2002) et Nancy, Scarlett et Michael (2006) ont conclu à une réduction significative de la fréquence et de la sévérité des lésions au dos, ainsi qu'à une diminution de jours d'absence au travail liée au mal de dos. En effet, dans une étude randomisée, Alexander et al. (2001) ont comparé un groupe témoin de 29 infirmières à un groupe expérimental de 27 infirmières qui travaillent soit en unité de soins intensifs, soit en chirurgie, dans les urgences, ou dans les services de consultation externe. Les infirmières du groupe expérimental ont reçu une intervention basée sur la formation à l'égard des notions de la mécanique corporelle, des notions générales sur le dos et les principes de transfert et de manutention des patients. Cette formation basée sur des représentations (photographies) visait l'acquisition des connaissances, l'application et l'analyse ainsi que le développement d'un sens critique et la rétroaction du personnel formé. L'auteur a observé une réduction significative de la fréquence et de l'intensité de la douleur au niveau de la région lombaire chez le groupe expérimental après deux mois. La même conclusion a été rapportée dans l'étude de Fanello et al. (2002), dont l'objectif était de mesurer l'impact d'un programme de formation visant la prévention des lombalgies chez des infirmières employées dans une institution hospitalière du Mans (France). L'auteur a comparé deux groupes témoin et expérimental constitué chacun de 136 infirmières. La formation visait essentiellement l'acquisition de connaissances par les infirmières grâce à des cours théoriques. Une diminution

de l'utilisation des postures à risque chez les deux groupes, ainsi qu'une réduction des maux de dos de 17 % chez le groupe de contrôle versus 36 % chez le groupe expérimental ont été constatées. Cette étude a conclu de même que d'autres (Nancy, Scarlett et Michael, 2006; Lone Donbek et al., 2006; Yassi et al., 2001) que, pour qu'ils soient efficaces, les programmes de formation associés à d'autres interventions en milieu hospitalier doivent être adaptés en fonction 1) des conditions individuelles du personnel à savoir : ses propres capacités, les types ainsi que les besoins de leurs patients et 2) selon des conditions organisationnelles du milieu de travail : les ressources et le matériel mis à la disposition du personnel, le type du service hospitalier et les autres limites et opportunités de l'environnement de travail.

Les autres études expérimentales (Adriane et al., 1993; Engels, Brandsma et Vander Gulden, 1997; Smedley, 2003; Best, 1997; Hartvigsen et al., 2005) ont constaté que les programmes d'éducation du personnel des centres hospitaliers étaient inefficaces et n'avaient pas d'effets à long terme sur la réduction des lésions au dos chez les travailleurs. Ces interventions avaient des périodes d'études relativement grandes et une variabilité dans la mesure des effets, ce qui influence la validité interne de ces études par la présence de biais essentiellement, d'histoire, de maturation et de mesure des effets.

Les autres études axées sur des observations avant-après ont évalué l'efficacité des interventions d'ergonomie participative et de formation du personnel soignant à réduire les affections vertébrales (Evanoff et al., 1999; Langerstrôme et Hagberg, 1997; Langerstrôme et al., 1998; Lynch et Freud, 2000; Deborah et al., 2005; Scholey, 1983; Loisel et al., 2001; William et al., 2006). Evanoff, Bohr et Laurie (1999) ont évalué l'impact de l'implantation d'un programme d'ergonomie participative dans un hôpital durant une période de deux ans. En premier lieu une équipe formée de trois aides-soignants et d'un superviseur a reçu une formation initiale de huit heures sur les techniques de transfert et de manutention des patients. En deuxième lieu, cette équipe,

formait les autres aides-soignants afin de leur permettre d'acquérir des habilités et des compétences d'analyse de situations de travail, pour identifier les situations à risque leur permettant ainsi de mettre en place des mesures de prévention primaire adaptées. La formation avait comme objectifs selon la taxonomie de Bloom: l'acquisition de connaissances; la synthèse et l'évaluation. Cependant, les méthodes pédagogiques utilisées n'ont pas été décrites. Dans cette étude, une diminution du nombre d'accidents et d'arrêt de travail a été constaté. L'auteur a observé aussi une amélioration statistiquement significative de la satisfaction au travail chez les aides-soignants. Cependant l'auteur affirme qu'il est difficile de préciser quels éléments déterminants ou quels aspects d'intervention étaient responsables des résultats obtenus. Ces derniers pouvaient être influencés par la motivation des aides-soignants à atteindre leur objectifs, ou par les changements de l'environnement du travail mis en place. Ceci est dû à l'absence d'un groupe contrôle. La validité externe de cette étude est donc influencée par le biais de plaire à l'évaluateur et l'interaction entre les différentes composantes de l'intervention.

La plupart des études d'intervention en milieu hospitalier ont été conçues comme des études d'intervention avant/après avec ou sans groupe contrôle, ce qui peut influencer la validité interne de ces études. Les résultats ainsi obtenus peuvent être expliqués par la présence de biais d'histoire, de sélection, de maturation ou de mesure des effets. Peu d'études expérimentales avaient un groupe témoin formé par randomisation, alors que la randomisation dans les essais cliniques au niveau individuel ou collectif présente un moindre risque de biais. Cependant, la randomisation au niveau individuel est souvent difficile voire impossible (Evanoff, 2006). Le premier problème en est un d'éthique, puisqu'il est impossible de proposer de nouveaux équipements ou de nouvelles pratiques à certains membres du personnel seulement et non à l'ensemble des travailleurs. Le deuxième problème est la contamination puisque le groupe témoin peut utiliser des équipements ou des interventions destinés aux groupes expérimentaux, et le troisième problème est la faisabilité

de la randomisation au niveau individuel. La randomisation au niveau collectif rend par ailleurs les études plus coûteuses et complexes puisqu'il est difficile d'assurer la mise en œuvre d'une intervention ergonomique standardisée sur plusieurs sites, cette dernière doit être adaptée aux spécificités du milieu de travail. En plus des problèmes de validité interne des interventions en milieu hospitalier, d'autres problèmes de validité externe se présentent avec ces études d'interventions, vu les différences des populations à l'étude, des pratiques professionnelles dans un même service hospitalier, des équipements et de l'organisation du travail. Cela influence la validité externe de telles études, il est donc difficile de savoir si les résultats d'une intervention dans un environnement seront les mêmes dans un autre.

Nous avons retenu d'autres études portant sur la formation par les pairs, étant donné que le PDSB repose en partie sur l'éducation par les pairs pour atteindre ses objectifs. Ces études ont évalué l'efficacité de telles approches à réduire les lombalgies chez les travailleurs soit en milieu hospitalier (Feldstein, 1993; Sobaszek, 2001; Fanello, 1999) soit dans un autre milieu industriel (Van Poppel, 1998; Daltory et al., 1997; Lahad et al., 1994). L'éducation par les pairs selon Milburn (2000) est « un enseignement ou un partage d'informations concernant d'une part, la santé et d'autre part, des valeurs et des croyances/représentations partagées par des membres d'un groupe d'âge ou d'un statut social similaire ». L'efficacité de l'éducation par les pairs peut être expliquée par six modèles théoriques :

- 1) la théorie de l'apprentissage social «social learning theory» (Bandura, 1977);
- 2) la théorie de l'inoculation sociale «social inoculation theory» (Durya, 1991; Mc Guire, 1968, 1974);
- 3) la théorie du rôle «role theory» (Sarbin et Allen, 1968)
- 4) la théorie de l'association différentielle «differential association theory» (Sutherland et Cressy, 1960);

- 5) la théorie des sous-groupes culturels «subculture theory» (Cohen 1955; Miller, 1958);
- 6) la théorie de la communication sur les innovations « diffusion of innovations theory» (Rogers et Shoemaker, 1971).

Cependant même si ces théories existantes peuvent expliquer en quoi l'éducation par les pairs peut être efficace, il n'existe pas de modèle explicatif unique et il existe peu de preuves empiriques de l'efficacité de ces méthodes en promotion de la santé (Doumont et Libion, 2001). Parmi les études retenues portant sur l'éducation par les pairs, Feldstein (1993) a décrit un programme de formation à la prévention des lombalgies destiné aux infirmières, aux aides-soignants et aux techniciennes de surface travaillant dans deux unités médico-chirurgicales dans l'Oregon (États-Unis). La formation a été dispensée par un médecin en collaboration avec d'autres représentants du service de médecine de travail, du service de kinésithérapie et d'éducation pour la santé. La participation à ce programme était volontaire pour le personnel cible. Sobaszek et al. (2001) ont décrit eux aussi un programme de formation dispensé par un médecin au personnel soignant d'un hôpital universitaire de Lille. La formation portait sur des notions générales sur le dos, les techniques de transfert des patients. Ces études ont constaté, à l'instar d'autres études, que les interventions évaluées ont permis une réduction significative des lésions vertébrales ainsi que des changements de comportements du personnel soignant en milieu de travail à la suite de la formation reçue par leurs pairs. Cependant ces études étaient basées sur des observations avant/après ce qui peut entraîner des biais de sélection, de maturation et d'histoire.

En conclusion, le nombre de publications et de revues systématiques des écrits sur les programmes de prévention primaire des maux de dos axés sur la formation et les interventions ergonomiques en milieu du travail est particulièrement important depuis plusieurs années ce qui indique que plusieurs secteurs du travail, y compris le secteur de santé et services

sociaux, ont pour objectif de réduire et de prévenir les affections vertébrales liées au travail en développant et implantant ces interventions. Cependant, de nombreuses études évaluatives ont démontré l'inefficacité de telles interventions. En effet les interventions basées spécifiquement sur la formation seule comme approche préventive des maux de dos ne semblent pas produire des effets positifs à long terme. Toutefois, les objectifs pédagogiques et les méthodes d'enseignement rapportées dans quelques études recensées étaient différentes d'une étude à l'autre. Cela peut expliquer l'inefficacité de telles interventions, et la divergence des résultats d'une étude à l'autre. La combinaison de la formation à d'autres approches ergonomiques pourrait modifier les comportements du personnel soignant et diminuer ainsi l'incidence des troubles musculosquelettiques liés au travail.

La plupart des études ont rapporté les effets des interventions évaluées soit en termes d'effets ultimes (la diminution de l'incidence ou de la gravité des lésions aux dos liées au travail), soit en termes d'effets intermédiaires (la réduction des facteurs de risques, le changement des comportements des travailleurs, ou la satisfaction au travail). Par ailleurs, aucune étude évaluative n'a cherché à expliquer les effets des interventions évaluées. En effet, les programmes évalués étaient conceptualisés comme des boîtes noires, les chercheurs n'ont pas vérifié quelle composante du programme étudié était responsable de son succès ou de son échec. De plus, les évaluateurs, n'ont pas mesuré le degré d'intégrité entre le programme implanté et le programme prescrit, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas vérifié si les programmes implantés correspondaient effectivement à ceux prescrits ou élaborés par leur concepteurs. Or, plusieurs études évaluatives ont permis d'observer qu'il pouvait exister un écart important entre les caractéristiques des programmes prescrits et celles des programmes auxquels les participants sont exposés (Contandriopoulos et al., 2000; Denis et Champagne, 1990; Patton, 1991). Ce phénomène peut être lié à la modification du programme par les intervenants qui le dispensent, ou encore, à la variation de l'observance des participants

(Berthelette et al., 2005). Ceci peut entraîner un écart entre le programme conceptualisé et celui effectivement implanté, ce qui peut influencer la validité de construit de la cause (la validité de construit de la cause est plus souvent accrue en démontrant qu'un traitement a modifié ce qu'il devait supposément modifier mais rien d'autres) (Cook, 1982). De plus dans les études évaluatives, l'absence de vérification du degré d'implantation d'une intervention avant d'en évaluer ses effets, peut entraver l'interprétation des résultats de telles interventions et peut occasionner la présence d'erreur de type III qui consiste à conclure d'une façon erronée qu'un programme est inefficace sans avoir vérifié en premier lieu son degré d'implantation.

Selon Schreirer (1981), le niveau d'implantation d'un programme peut être influencé par plusieurs éléments regroupés en six catégories : le programme lui-même, l'apport des clients au programme, les caractéristiques du personnel devant appliquer le programme, les aspects opérationnels des unités de travail, la structure organisationnelle et les pressions de l'environnement. Il est donc utile de produire des connaissances permettant d'identifier les facteurs explicatifs du succès ou de l'échec des interventions, c'est ce que nous permet l'analyse de l'implantation.

3.3 RECHERCHE ÉVALUATIVE ET ANALYSE D'IMPLANTATION

3.3.1 La recherche évaluative

«La recherche évaluative s'intéresse aux relations qui existent entre les différentes composantes d'une intervention. Elle repose sur une démarche scientifique permettant d'analyser et de comprendre les relations de causalité existantes entre les différentes composantes de l'intervention. Elle vise non seulement à mesurer ce qui a été produit par l'intervention mais aussi à comprendre comment et pourquoi.» (Contandriopoulos et al., 2000, page 521).

Cette recherche évaluative selon les mêmes auteurs peut se décomposer en six types d'analyse qui font appel à des stratégies de recherche différentes. L'analyse stratégique permet d'apprécier la pertinence de l'intervention; l'analyse logique, la cohérence de l'intervention; l'analyse de la productivité; l'analyse du rendement; l'analyse des effets et l'analyse d'implantation qui permet l'appréciation des interactions entre le processus de l'intervention et le contexte d'implantation dans la production des effets.

3.3.2 L'analyse d'implantation

«L'analyse de l'implantation s'intéresse aux relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte au regard de la production des effets» (Contandriopoulos et al., 2000, page 521). Elle cherche à identifier les raisons de l'écart existant entre le programme élaboré et celui qui est véritablement implanté.

Cette analyse d'implantation selon d'autres auteurs, peut se faire pour spécifier l'ensemble des facteurs influençant les résultats obtenus suite à l'introduction d'une intervention. Elle vise à minimiser les risques de commettre une erreur de troisième type en évaluant les effets d'une intervention dont l'implantation est insuffisante (Denis et Champagne, 1990).

Selon Chen (2005), l'analyse d'implantation peut avoir deux étapes : une implantation récente et l'implantation mature. Les buts et les méthodes utilisées dans ce cas sont différents. En effet, l'auteur parle de «trouble shooting strategy» et de «bi-empowerment» pour une implantation récente. L'évaluation dans ce cas se fait dans un but formatif, son objectif est de donner rapidement des informations sur les problèmes identifiés, alors que l'analyse d'implantation à la phase mature d'un programme poursuit deux objectifs : le premier consiste en l'identification de problèmes d'implantation. Ce type d'analyse est appelé «development-oriented process evaluation». Le

deuxième objectif est d'évaluer comment un programme a été implanté, ce type d'évaluation est appelé «assessment-oriented process evaluation». Ce dernier type consiste à mesurer le degré d'intégrité entre le programme prescrit et le programme effectivement adopté.

En effet, l'analyse d'implantation consiste justement à identifier l'ensemble des facteurs pouvant influencer les résultats obtenus suite à l'introduction d'une intervention. Elle s'intéresse à trois questions :

- 1) quelle est l'influence du milieu d'implantation sur le degré de la mise en œuvre d'une intervention? (analyse des déterminants contextuels de la mise en œuvre. (composante 1) (Contandriopoulos et al., 2000).
- 2) en quoi les variations dans la mise en œuvre de l'intervention influencent-elles les effets observés? (quelle est la contribution de chacune des composantes du programme dans la production des effets? (composante 2).
- 3) quelle est l'influence de l'interaction entre le milieu d'implantation et l'intervention sur les effets observés? (analyse de l'interaction entre le contexte et l'intervention dans la production des effets. (composante 3).

L'analyse d'implantation vise à comprendre donc, les conditions de mise en œuvre des interventions et les processus de production des effets. D'autres classifications ont été rapportées dans la littérature. Selon Patton (2003), il existe cinq types d'analyse d'implantation :

- a) l'évaluation de l'effort;
- b) le monitoring de programme;
- c) l'analyse des processus;
- d) l'analyse des composantes;
- e) la spécification du traitement.

Les types d'analyse d'implantation peuvent être schématisés comme suit (Brousselle et Champagne, 2005) :

Limites du modèle De «la boîte noire»	Composantes de l'analyse d'implantation
1-évaluation/transformation de l'intervention	----- coaction du contexte ----- type 1-a dans la détermination de la forme de l'intervention
2-variation dans l'intégrité de l'intervention	----- explication----- type 1-b ----- impact -----type 2
3-variations contextuelles	----- coaction dans la -----type 3. Production des effets

Vus les objectifs que nous tentons d'atteindre par cette présente étude, à savoir l'explication de l'écart entre le programme prescrit et le programme effectivement adopté par les établissements de santé, elle s'inscrit donc dans une analyse d'implantation de type 1b selon la classification de Brousselle et Champagne (2005).

Selon les théoriciens de l'organisation, la mise en œuvre d'une intervention nécessite des changements au niveau organisationnel. La littérature sur le changement et l'innovation dans les organisations peut servir de guide à l'analyse d'implantation d'une intervention (Denis et Champagne, 1990). Plusieurs modèles conceptuels ont été élaborés afin de déterminer les variables explicatives de l'implantation d'une intervention. Dans notre travail, nous nous contenterons de définir le modèle d'apprentissage organisationnel qui va nous servir comme cadre d'analyse de l'implantation du PDSB.

Le modèle de l'apprentissage organisationnel repose sur le principe que le changement est inévitable, et qu'il est un événement quotidien. Le succès de l'implantation dépendra de la réussite à mettre de l'avant un processus d'apprentissage collectif basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur.

Plusieurs définitions de l'apprentissage organisationnel sont décrites dans la littérature (Argyris, 2003) : création et modification de routine, acquisition de connaissances utiles à l'organisation, amélioration de la capacité à entreprendre des actions efficaces, capacité à donner du sens et interpréter, détection et correction des erreurs. Ce même auteur, a identifié trois types d'apprentissage organisationnel : 1) apprentissage en boucle simple (apprentissage comportemental); 2) apprentissage en double boucle (apprentissage cognitif); 3) apprentissage en boucle triple (apprentissage transcendant).

L'apprentissage en boucle simple est une manière de maintenir le statu quo tout en s'ajustant aux modifications de l'environnement, les décisions sont uniquement basées sur des observations et les résultats qui en découlent consistent seulement en correction des erreurs. L'apprentissage en double boucle est un apprentissage générateur, ou un apprentissage conceptuel, ou encore un développement cognitif. Enfin l'apprentissage en boucle triple exige de modifier les façons de faire des organisations et force l'individu à défier le savoir, les normes et les routines actuelles.

En milieu hospitalier l'apprentissage se fait en simple boucle selon les études de Vassalou (2001) et Moumtzoglou (2003) (rapportées dans Lagacé, 2005). Selon ces deux études, il serait difficile d'implanter des mécanismes d'apprentissage organisationnel dans un milieu hospitalier étant donné que ce type d'organisation est très hiérarchique. Selon Mintzberg (1998), l'hôpital a été classé parmi les bureaucraties professionnelles. Ces dernières

sont caractérisées par une structure bureaucratique qui, bien que décentralisée, est dépendante de la formation de standards de qualification de bon nombre de ces opérateurs professionnels. En effet certains problèmes semblent inhérents à la structure même de ces organisations. Nous citons le problème de conflit qui peut exister entre les professionnels et les administrateurs, et qui peut être dans certains cas une source de résistance ou de rejet de changement dans ces organisations. L'autre problème est celui de l'innovation. En effet, les bureaucraties professionnelles changent peu ou difficilement. Or selon une étude de Fiol et Lyles (1985) (rapportée dans Lagacé, 2005), quatre facteurs contextuels favorisent l'apprentissage organisationnel : 1) une structure qui permet l'innovation et la perspicacité; 2) une culture organisationnelle d'ouverture; 3) une stratégie qui permet la flexibilité; et 4) un environnement suffisamment stable mais non stagnant. Selon Champagne (2002), le changement peut être conçu comme une innovation ou l'introduction d'une idée ou d'un comportement nouveau pour l'organisation. Il peut s'agir d'un produit, d'un service, d'une technologie, d'un programme, d'une politique ou d'un processus. Donc, La mise en œuvre d'une politique ou d'une intervention implique nécessairement un processus d'innovation dans l'organisation.

3.3.3 L'innovation

Selon Rogers (2003,page 11) :« l'innovation est toute idée, pratique ou objet perçu comme nouveau à un individu ou à une unité d'adoption. »

Plusieurs auteurs sont d'accord sur le fait que la mise en œuvre d'une politique ou d'une intervention, implique nécessairement un processus d'innovation dans l'organisation, c'est-à-dire que l'innovation est considérée comme un processus visant l'intégration de l'intervention innovante dans un contexte organisationnel donné (Rogers, 2003; Champagne, 2002).

En effet l'introduction du programme PDSB dans les établissements de santé au Québec peut être considérée comme une innovation du fait qu'il apporte de nouvelles manières de faire en matière du transfert et de manutention des patients par le personnel soignant dans le but de prévenir les maux de dos chez ces travailleurs.

Selon Rogers (2003), le processus d'adoption d'une innovation par un individu, une unité ou une organisation passe par cinq étapes : 1) la connaissance, qui correspond à l'étape de réflexion, où les individus interagissent pour concevoir l'idée innovante et les procédures de sa mise en œuvre; 2) la persuasion, s'est l'étape où l'individu ou autre unité d'adoption prend une attitude favorable ou non favorable envers l'innovation; 3) la décision, où l'individu s'engage dans des activités qui vont lui permettre de faire le choix entre adopter ou rejeter l'innovation; 4) l'implantation, c'est l'utilisation de l'innovation ou l'opérationnalisation des différentes composantes de l'intervention et 5) la confirmation ou l'ex-novation, l'abandon ou la disparition de l'intervention ou l'une de ces composantes du milieu d'implantation après un degré de mise en œuvre donné. Le même auteur a identifié cinq catégories d'adoption d'une innovation : 1) les innovateurs; 2) l'adoption précoce (early adopters); 3) la majorité précoce (early majority); 4) la majorité tardive (late majority); 5) l'adoption tardive (laggards). Ces cinq catégories représentent une classification des membres d'un système social qui est défini par Rogers (2003, page 11) comme étant un « état d'interrelations entre des unités engagées à résoudre des problèmes afin d'atteindre des objectifs et des buts communs. Ce système social peut être constitué par des individus, des groupes informels, des organisations et/ou des sous groupes »

Le degré de l'implantation et de la mise en œuvre d'une intervention par ce système social dépend selon Rogers (2003) 1) des caractéristiques socioéconomiques de ses membres (âge; niveau d'éducation; culture; statut social; taille des unités); 2) de la personnalité de ses membres

(empathie; dogmatisme; rationalité; intelligence; attitude envers le changement et la prise de risque); 3) du comportement de communication (participation sociale; relations interpersonnelles; connaissance sur l'innovation). Selon Rogers (2003) les adopteurs précoces (« early adopters ») ne diffèrent pas des adopteurs tardifs (« late adopters ») en ce qui concerne l'âge. Par contre, les personnes qui adoptent de façon précoce une innovation ont en général un niveau socioéconomique plus élevé que les personnes qui adoptent tardivement l'innovation. Ces deux catégories se différencient aussi en ce qui concerne les personnalités et le comportement de communication. Selon Ruud et Schillewareert (2002), le degré d'adoption d'une innovation par une organisation dépend des caractéristiques individuelles (démographiques; l'expérience; les valeurs; l'attitude envers l'innovation) et des caractéristiques organisationnelles (taille; structure et stratégie) et d'autres facteurs externes (influence de l'environnement externe).

La structure du système social peut faciliter ou entraver la diffusion et l'implantation d'une innovation (Rogers 2003). Selon Scheirer (1981), l'implantation d'une intervention dépendra de l'interrelation entre les trois niveaux d'une organisation ou d'un système social : le premier est le niveau macro, incluant les échanges entre l'organisation et son environnement, vient ensuite le niveau intermédiaire comportant les départements et les unités de l'organisation avec le processus adopté pour régler leurs activités quotidiennes de travail, puis le niveau micro correspondant aux individus ou membres de l'organisation avec leurs comportements, leurs motivations et leurs caractéristiques.

Selon Scheirer (1981), le degré d'implantation d'une innovation peut être influencé par le contexte organisationnel où les responsables de l'implantation travaillent. Cette influence du contexte organisationnel peut être soit de niveau macro, intermédiaire, ou micro. En effet, le degré d'implantation d'une intervention est mieux expliqué par les deux variables : le contexte

organisationnel et les caractéristiques des individus, et ni le contexte organisationnel seul, ni les caractéristiques individuelles seules ne permettent une explication adéquate du degré d'implantation d'une intervention.

Au niveau macro, l'analyse s'intéresse à l'organisation ou au système d'implantation considéré en entier. L'implantation sera facilitée selon Schreier si :

- les personnes qui prennent la décision sont orientées vers la résolution des problèmes plutôt que vers leurs intérêts ou ceux de l'organisation;
- les décideurs ont des positions plus élevées que ceux qui vont implanter le programme;
- les responsables de l'implantation d'une intervention peuvent participer au processus de prise de décision concernant son adoption;
- les administrateurs centraux soutiennent activement et fortement le programme;
- les ressources financières et en personnel sont des composantes essentielles pour effectuer et implanter un programme et plus ces ressources sont obtenues en dehors de l'organisation, plus il y aura des difficultés à long terme dans l'implantation;
- le contexte opérationnel des bénéficiaires, des supporteurs de services et des régulateurs peut favoriser ou entraver l'implantation de l'intervention (la relation avec l'environnement).

Au niveau intermédiaire : l'analyse se concentre sur les sous-unités des organisations :

- En ce qui concerne les attentes des superviseurs, l'implantation peut être facilitée si a) les caractéristiques des superviseurs et leurs croyances sont conformes avec l'intervention. b) les attentes des superviseurs favorisant l'innovation sont couramment perçus par les sous-groupes. c) les superviseurs reçoivent un entraînement adéquat pour comprendre la philosophie et le comportement spécifique à l'innovation.
- En ce qui a trait à la communication, c'est-à-dire la façon dont les informations circulent au niveau vertical (entre les superviseurs et les sous-groupes) et au niveau horizontal (entre les sous-groupes). L'implantation peut être facilitée si a) il existe un haut niveau de communication entre les différentes parties de l'organisation. B) il existe une source directe de communication «un pont» avec la source de l'innovation.

- Pour ce qui est des normes de groupes de travail, l'implantation peut être facilitée s'il y a un groupe de travail cohérent avec une coordination entre les différents groupes de l'organisation qui contribuent au programme.

Au niveau micro :

- En ce qui concerne les qualifications comportementales, le degré de l'implantation d'une intervention par un individu est positivement relié à : a) un haut niveau d'éducation en général, b) l'éducation reliée spécifiquement au contenu du programme ou intervention introduite, c/ une longue expérience, et un entraînement intensif pour l'utilisation de l'intervention.
- En ce qui a trait aux incitations, c'est-à-dire reconnaître celles valables au changement du comportement pour l'implantation de l'intervention. Scheirer (1981) avance l'hypothèse que : a) une orientation professionnelle envers un seul travail augmente la tendance à implanter un nouveau programme, b) l'implantation d'une intervention par un individu est positivement reliée à sa satisfaction au travail, c) le nombre et l'intensité des problèmes associés à une intervention peuvent être négativement reliés à l'implantation individuelle.
- Pour ce qui est de l'appui cognitif: a) l'implantation individuelle est positivement reliée à l'aspect cognitif et à son attitude envers le programme, b) les membres qui ont participé au processus de prise de décision sur l'adoption du programme seront plus favorables à celui-ci et à son implantation.

Nous n'avons trouvé aucune étude qui ait évalué l'influence des caractéristiques individuelles et organisationnelles sur l'implantation de programmes de prévention des maux de dos dans les établissements de santé. Une seule étude (Scheirer, 1981) a évalué l'influence des caractéristiques individuelles et organisationnelles sur le degré de la mise en œuvre d'un programme de santé mentale dans une institution. Au niveau intermédiaire, les variables qui contribuent à expliquer le degré de la mise en œuvre du programme sont les attentes actuelles et perçues des superviseurs, la présence de routines organisationnelles, l'ancienneté du personnel dans l'unité et la fréquence des échanges entre les intervenants. Au niveau micro (individuel), les variables liées aux qualifications comportementales ne semblent pas influencer

le degré de mise en œuvre du programme. Par contre, la satisfaction au travail, la perception d'une opportunité professionnelle et l'intérêt porté à l'intervention sont des facteurs explicatifs du degré de mise en œuvre du programme. L'âge de l'intervenant agit aussi sur le degré de la mise en œuvre du programme.

Suite à cette revue de la littérature, nous pouvons considérer que le PDSB est une innovation, nous allons expliquer son degré d'implantation au niveau des établissements de santé au Québec par une analyse d'implantation de type 1b, et en se basant sur la classification de Scheirer, nous allons expliquer le degré d'implantation du PDSB par l'influence des trois niveaux : le niveau micro (individu), le niveau intermédiaire (organisation) et le niveau macro. Selon Leithwood et Montgomery (1980), une méthodologie de l'évaluation de l'implantation d'un programme consiste en un processus de quatre étapes : a) identifier les dimensions descriptives de l'intervention; b) spécifier les pratiques implicites de l'intervention; c) décrire les pratiques actuelles; et d) comparer les pratiques actuelles avec celles prévues par l'intervention. Une description de notre intervention PDSB est donc nécessaire avant de mener une analyse d'implantation afin de déterminer les facteurs individuels et organisationnels qui peuvent expliquer le degré de la mise en œuvre du PDSB dans les établissements de santé au Québec.

Chapitre 4
DESCRIPTION DU PDSB

Dans les sections qui suivent, nous décrivons les objectifs, la structure, et le processus du PDSB.

4.1 OBJECTIFS DU PROGRAMME

L'objectif ultime du PDSB est de réduire l'incidence des maux de dos chez le personnel soignant. En premier lieu, l'ASSTSAS compte sur l'enseignement des maîtres formateurs pour former les futurs instructeurs. En deuxième lieu, ces instructeurs diffusent et enseignent les principes de base de déplacement sécuritaire des bénéficiaires auprès du personnel soignant.

4.1.1 Les objectifs intermédiaires visés par la formation dispensée par les maîtres –formateurs aux futurs instructeurs

La formation dispensée par les maîtres formateurs de l'ASSTSAS auprès des futurs instructeurs permettra à ces derniers d'être aptes à :

- Adapter et enseigner le cours PDSB aux travailleurs de son établissement.
- Agir à titre conseil sur les questions de sécurité et de tâches d'assistance aux déplacements de personnes en perte d'autonomie motrice (Leduc, Berthelette et al., 2005)

4.1.2 Les objectifs intermédiaires de la formation dispensée au personnel soignant

Ces objectifs visent à les habiliter à :

- analyser les composantes des différentes situations de déplacement des bénéficiaires;
- identifier des correctifs sur des aspects déficients ou non sécuritaires;
- choisir des méthodes sécuritaires et efficaces en fonction des possibilités et des limites de la situation du travail;

- fournir des consignes claires et adaptées aux partenaires pour optimiser leur contribution au déplacement;
- réaliser les tâches de déplacement de façon sécuritaire;
- partager les informations pertinentes à la sécurité avec les membres de l'équipe de soin (Berthelette, Leduc ,2006)

Le programme PDSB s'adresse particulièrement aux établissements de santé et de services sociaux. Il s'agit essentiellement des établissements suivants :

- centres hospitaliers de courte durée
- centres hospitaliers de soins prolongés
- centres d'accueil d'hébergement
- centres d'accueil de réadaptation
- centres locaux de services communautaires
- centres psychiatriques.

4.2 STRUCTURE

Le programme PDSB est dispensé par un maître formateur à des formateurs, ces derniers sont des personnes déléguées par des établissements de santé pour diffuser la formation PDBS auprès de personnel soignant (infirmiers, personne auxiliaire, préposés aux bénéficiaires, etc.). Ces formateurs sont recrutés en fonction des critères suivants : a) intérêt potentiel pour l'animation; b) un certain leadership; c) des aptitudes pédagogiques; d) des connaissances pratiques des tâches de déplacement de patients; e) une bonne condition physique et des connaissances de base des principes biomécaniques.

Le nombre de personnes formées et les coûts reliés à la formation ont fait l'objet d'estimations (Berthelette, Leduc et al., 2005) : entre

1995 et 1999, 989 intervenants du domaine de la santé ont reçu la formation PDSB. Parmi ces 989, 491 individus ont reçu la formation de nouveau formateur et 498 formateurs ont reçu la formation leur permettant d'être accrédités à nouveau par l'ASSTSAS. Cet organisme estime que le coût de la formation d'un nouveau formateur pour un établissement de santé est d'environ 2 390 \$ et il est de 624 \$ pour renouveler son accréditation, alors que le coût unitaire de la formation du personnel soignant est de 485 \$.

4.3 PROCESSUS

La formation du formateur PDSB – agent de prévention est une étape qui s'étale sur une période d'environ 15 à 18 semaines pour un total de 42 heures réparties en six jours. Le formateur qui réussit sa formation reçoit une accréditation à renouveler aux deux ans. Ce suivi des formateurs leur permet de maintenir leur accréditation (ASSTSAS, 2000). Cette formation est dispensée en groupes de 6 à 8 formateurs. Les ressources mises à la disposition des maîtres-formateurs sont constituées d'un local avec des chaises et tables pour accueillir les participants, du matériel pédagogique traditionnel et des équipements avec lesquels le personnel soignant travaille quotidiennement. Cette formation est composée : a) de cours de formation sur les principes et notions de sécurité et d'analyse de la situation du travail; b) des travaux pratiques; c) des jeux de rôles et des simulations; d) d'application en milieu réel de travail; e) des examens écrits et pratiques.

Quant à la formation des travailleurs des établissements de santé, il s'agit de l'enseignement du PDSB d'une durée minimale prescrite de 16 heures réparties sur 15 à 18 semaines. Les agents de suivi, quant à eux, doivent suivre une formation de 16 heures, dispensée par un formateur de leur établissement (ASSTSAS, 2000).

Le contenu de la formation PDSB comporte les notions suivantes (Berthelette, Leduc et al., 2005) :

- a) statistiques relatives aux lésions professionnelles
- b) sources de dangers
- c) éléments de la situation de travail, leurs interrelations et les solutions possibles
- d) anatomie et fonctionnement de la colonne vertébrale
- e) conséquences des lésions professionnelles
- f) capacité d'agir en prévention
- g) principes de préparation
- h) besoins et niveaux d'assistance
- i) communication avec le patient
- j) principes de positionnement de prise de mouvement
- k) principes d'utilisation des équipements
- l) obstacles à l'application des principes
- m) processus de résolution de problèmes.

Au fur et à mesure de l'implantation du PDSB, l'ASSTSAS développe des outils de soutien pour les formateurs, afin d'assurer un suivi adéquat de la formation : 1) le cahier du participant lors de la formation donnée par les maîtres- formateurs de l'ASSTSAS; 2) la publication des fiches PDSB; 3) et la publication de la rubrique info-PDSB dans la revue *Objectif Prévention*, en plus du renouvellement de l'accréditation des formateurs.

Enfin, en plus du rôle de formateur, celui-ci doit également devenir un agent de prévention dans son établissement en contribuant, avec le personnel qu'il a formé, à l'identification des facteurs de risque de lésions professionnelles et à la mise en place de mesures de prévention primaire appropriées. Cependant aucun document ne décrit les caractéristiques des services qu'il doit dispenser à ce titre. (Leduc, Berthelette et al, 2006) .

Le programme de formation PDSB a été l'objet d'une étude évaluative qui a permis de décrire la théorie sous-jacente du PDSB et de documenter son degré d'implantation dans les établissements de santé au Québec. L'analyse de la théorie sous-jacente du PDSB s'est faite à partir de quatre cadres conceptuels (Leduc, Berthelette et al., 2006) : 1) la taxonomie des objectifs pédagogiques de Bloom et al (1969); 2) le cadre conceptuel de Weston et Craton (1986); 3) le modèle écologique de promotion de la santé (1986); et 4/ la théorie sociale cognitive de Bandura (1986). Cette étude a conclu que, pour la plupart des objectifs visés par la formation dispensée par les formateurs au personnel soignant, les objectifs pédagogiques de la taxonomie de Bloom et al. (1969) sont couverts, et pour tous les contenus notionnels, on passe des objectifs de connaissance à ceux d'évaluation. Les méthodes pédagogiques utilisées selon le cadre de Weston et Craton (1986) sont progressives passant de méthodes centrées sur le formateur avec cours magistraux, aux méthodes expérientielles avec jeux de rôle et expérimentation en milieu de travail. Cependant pour les objectifs d'identification des correctifs et de partage d'information relative à la sécurité, seuls les objectifs de la connaissance et de la compréhension sont couverts. Pour les méthodes pédagogiques utilisées, il n'y avait pas d'application en classe ou en milieu de travail, de même que pour les activités d'agents de prévention et la formation d'agents de suivi, les méthodes pédagogiques étaient centrées sur le formateur et il n'y avait pas d'application en classe ou en milieu de travail.

L'évaluation du degré d'implantation du PDSB dans les établissements de santé au Québec (Berthelette, Leduc et al., 2006 B) a révélé que près des trois quarts (72,7 %) des formateurs ont mené des activités de prévention alors que 61 % ont offert des sessions de formation. Seuls 10,7 % réalisent des activités de formation d'agents de suivi. Environ 5 % des formateurs rapportent avoir dispensé l'ensemble des activités PDSB, et 13,4 % n'ont accompli aucune des activités PDSB. Les chercheurs ont constaté qu'il

existe une importante diversité des profils de pratiques des formateurs. Il existe donc un écart substantiel entre les caractéristiques des interventions du programme PDSB prescrit et celles effectivement implantées par les formateurs dans les établissements de santé. Selon ces deux études, le PDSB est un programme solide et pertinent. La théorie sous-jacente est plausible. Cependant, il existe une grande variation dans la mise en œuvre de ce programme dans les établissements de santé au Québec. Une étude évaluative est pertinente et nécessaire afin d'expliquer ces variations de la mise en œuvre du programme. Ceci est possible par une analyse d'implantation essentiellement, une analyse d'implantation de type 1-a selon la classification de Champagne et Brousselle (2005) qui cadre le mieux avec les objectifs de notre étude, puisque nous cherchons à identifier les facteurs explicatifs des écarts observés entre l'intervention planifiée et l'intervention implantée.

Dans le chapitre suivant nous décrirons le modèle théorique de notre étude.

Chapitre 5
MODÈLE THÉORIQUE

Au niveau macro les variables retenues sont le niveau de collaboration de la part du supérieur immédiat des formateurs pour réaliser les activités de formation et les activités de prévention.

Le degré d'implantation du PDSB correspond à la variable dépendante de notre modèle théorique. Selon Scheirer (1981), l'expression du degré d'implantation signifie l'étendue du changement survenu dans la direction d'une utilisation appropriée et maximale d'une innovation, à un certain moment donné dans le temps c'est-à-dire que le degré d'implantation fait référence au degré avec lequel le programme est administré tel qu'il a été planifié.

Dans notre étude, la variable dépendante correspondant au degré de la mise en œuvre du PDSB, sera déterminée par les variables suivantes : 1) les activités de formation PDSB (nombre de sessions de formation dispensées par chaque formateur et le degré d'intégrité de la formation PPDSB. Cette dernière variable sera déterminée par le nombre d'heures dispensées en classe au cours d'une session, l'utilisation des méthodes pédagogiques expérientielles et activités de suivi de la formation par le formateur); 2) la réalisation des activités de prévention liées au PDSB; 3) l'étendue des pratiques des formateurs. Les deux groupes de nos variables indépendantes sont constitués par les caractéristiques individuelles des formateurs et les caractéristiques du contexte organisationnel.

Notre modèle théorique sera schématisé comme suit :

Notre modèle théorique est composé des trois blocs de variables suivants :

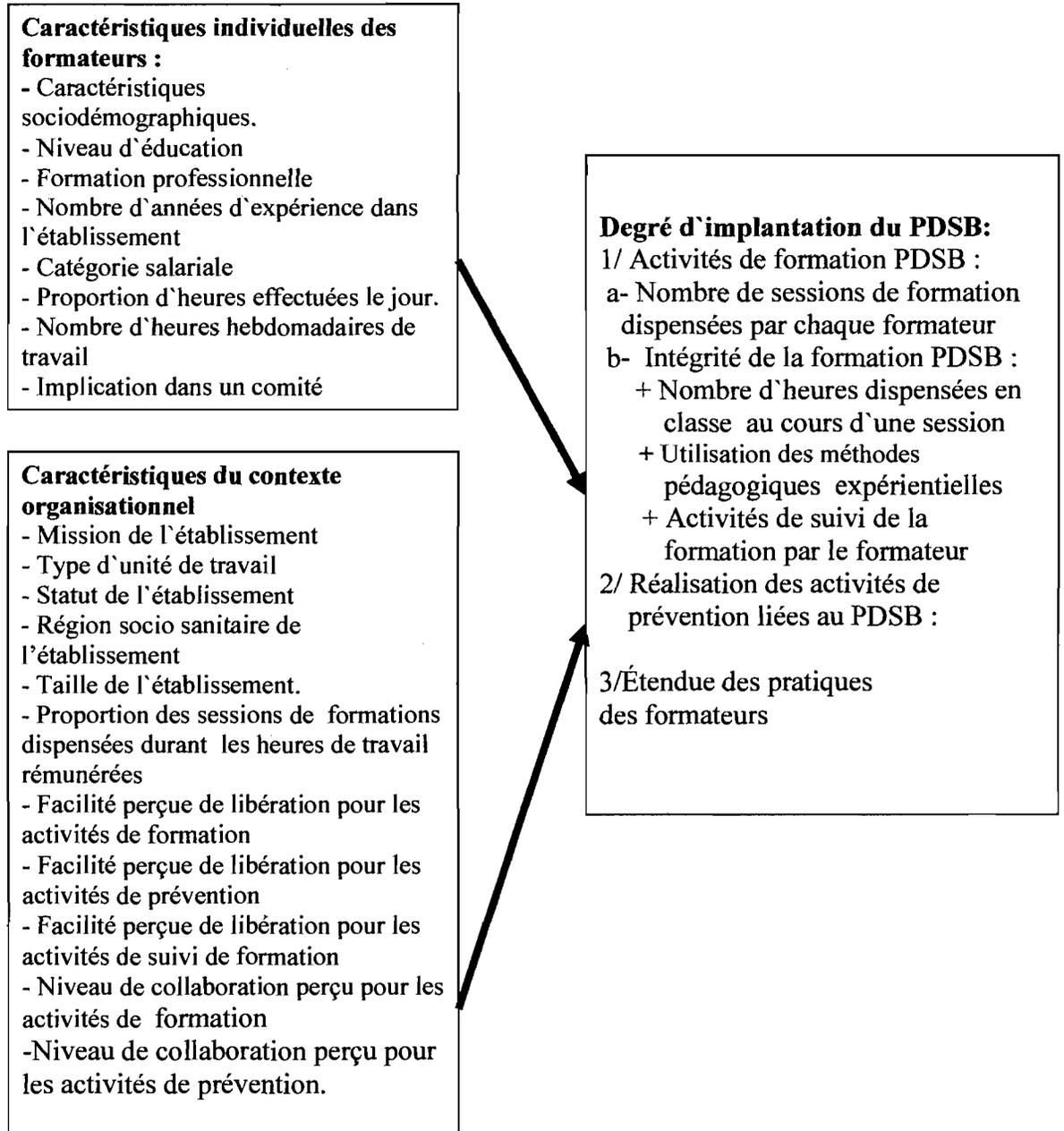
- le degré de l'implantation du PDSB;
- les caractéristiques individuelles des formateurs;
- les caractéristiques du contexte organisationnel.

Nous nous basons sur la classification de Scheirer (1981) portant sur les composantes des trois niveaux qui peuvent expliquer le degré de la mise en œuvre d'un programme pour déterminer nos variables explicatives du degré de la mise en œuvre du PDSB.

Au niveau micro : niveau individuel qui correspond aux caractéristiques des individus qui peuvent influencer le degré d'implantation d'un programme. Les variables retenues sont : les caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe) , le niveau d'éducation, la profession, le nombre d'années d'expérience, la catégorie salariale, la proportion d'heures de travail effectuées le jour, le nombre d'heures hebdomadaires de travail, l'implication dans un comité de santé et de sécurité de travail de l'établissement, la fonction au sein de ce comité.

Au niveau intermédiaire, les caractéristiques du contexte organisationnel peuvent influencer le degré de la mise en œuvre du programme. Les variables retenues sont en rapport avec les caractéristiques des établissements, les normes de groupes de travail, la communication. Il s'agit de la mission de l'établissement (CHSLD OU CHSGS), du type d'unité de travail, du statut de l'établissement (public ou privé), de la région socio-sanitaire de l'établissement, de la taille de l'établissement, de la proportion des sessions de formation dispensées durant les heures de travail rémunérées, de la facilité perçue pour obtenir des libérations pour des activités PDSB (activités de formation, activités de prévention et activités de suivi de la formation).

MODÈLE THÉORIQUE



5.1 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

À partir de notre modèle théorique, nous avons pu dégager les hypothèses suivantes que nous tenterons de vérifier :

Le degré de mise en œuvre du PDSB est positivement relié :

- Au haut niveau d'éducation des formateurs
- À la longue expérience des formateurs
- Au type de profession.
- À la catégorie salariale
- À la proportion d'heures de travail effectuées le jour
- À l'implication dans un comité de santé et sécurité de travail de l'établissement.
- Au nombre d'heures hebdomadaires de travail.

Le degré de la mise en œuvre du PDSB est associé :

- Au type d'unité de travail des formateurs
- À la mission de l'établissement des formateurs (CHSLD, CHSGS)
- Au statut de l'établissement (public, privé)
- À la région socio sanitaire de l'établissement
- À la taille de l'établissement.
- À la fréquence de la dispensation des sessions de formation durant les heures de travail rémunérées.
- À la facilité perçue pour obtenir des libérations pour des activités de formation
- PDSB.
- À la facilité perçue pour obtenir des libérations pour des activités de prévention PDSB
- À la facilité perçue pour obtenir des libérations pour des activités de Suivi de formation PDSB.

- Au niveau de collaboration perçu pour les activités de formation.
- Au niveau de collaboration perçu pour les activités de prévention.

Chacune de nos variables dépendantes seront testées avec les variables indépendantes appropriées.

Pour le nombre de sessions de formation PDSB dispensées par chaque formateur, les variables indépendantes qui seront introduite dans le modèle sont les caractéristiques individuelles des formateurs, la mission, le statut et la région de l'établissement, le type d'unité de travail du formateur, la proportion de sessions de formation dispensées durant les heures de travail rémunérées, la libération pour effectuer les activités de formation ainsi que le niveau de collaboration du supérieur immédiat du formateur pour réaliser la formation.

L'intégrité de la formation sera testée avec les variables des caractéristiques individuelles des formateurs, la mission, le statut et la région de l'établissement, le type d'unité de travail du formateur, la proportion de sessions de formation dispensées durant les heures de travail rémunérées, la libération pour effectuer le suivi de la formation.

Pour la réalisation des activités de prévention, nous utiliserons les variables indépendantes du modèle théorique qui correspondent aux caractéristiques individuelles des formateurs, la mission, le statut et la région de l'établissement, le type d'unité de travail du formateur, la libération et le niveau de collaboration pour effectuer les activités de prévention.

Pour l'étendue des pratiques des formateurs, nous introduirons les caractéristiques individuelles des formateurs et celles du contexte organisationnel dans le modèle.

Chapitre 6
MÉTHODE DE RECHERCHE

6.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE

Notre étude vise à expliquer la variation dans la mise en œuvre du PDSB dans les établissements de santé au Québec, elle consiste donc en une analyse d'implantation de type 1-a selon la classification de Champagne et Brousselle (2005). Les méthodes les plus appropriées pour l'analyse d'implantation sont : l'étude de cas, l'étude comparative et l'expérimentation (Denis et Champagne, 1990). Une stratégie de recherche synthétique comparative sera utilisée pour notre analyse d'implantation. Selon Denis et Champagne (1990), l'étude comparative s'intéresse aux variations concomitantes entre un ensemble de variables indépendantes et une ou des variable(s) dépendante(s). Les variations dans les pratiques des formateurs PDSB dans les établissements de santé, autrement dit, le degré de la mise en œuvre du PDSB (variable dépendante), seront mises en relation avec les caractéristiques des formateurs et celles du contexte organisationnel (variables indépendantes), ce qui nous permettra de déterminer quelles sont les variables qui expliquent le mieux le degré de l'implantation du PDSB dans les établissements de santé au Québec.

6.2 DÉFINITION DE LA POPULATION À L'ÉTUDE

La population à l'étude est constituée des formateurs PDSB régulier œuvrant soit dans les centres hospitaliers de soins médicaux généraux et spécialisés (CHSGS) soit dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec. Une liste de tous les formateurs PDSB régulier actifs, c'est-à-dire formés ou réaccrédités au cours des deux années précédant l'étude, a été transmise par l'ASSTSAS aux chercheurs. Une population de 433 formateurs a été constituée. Des 433 formateurs de la population à l'étude, 221 ont accepté de participer à l'étude. Le taux de réponse est de 51,04 %. Dix-huit de ceux ayant accepté n'ont pas rempli le questionnaire (annexe 1) en précisant que cela était inutile puisqu'ils n'avaient

exercé aucune activité de formation ou de prévention au cours des douze derniers mois. Les raisons qu'ils ont avancées pour justifier le fait qu'ils ne soient plus formateurs au sein de leur organisation peuvent se résumer essentiellement en trois points : manque de temps, absence au travail et changement d'emploi ou d'employeur. En définitive, 203 des 221 personnes qui ont accepté de participer à notre étude nous ont fait parvenir un questionnaire dûment rempli. De ces 203 formateurs, seuls 187 se sont avérés actifs. La collecte des données a été effectuée au cours des mois d'avril et mai 2005.

6.3 INSTRUMENTS DE MESURE ET COLLECTE DE DONNÉES

Un questionnaire auto-administré a été élaboré pour recueillir les données visant à documenter le degré d'implantation du PDSB. Pour valider le contenu de ce questionnaire, une première version a été soumise à un comité aviseur provenant de l'ASSTSAS. Après une première modification, ce questionnaire a été complété par 14 maîtres-formateurs de l'ASSTSAS, afin d'en évaluer la clarté, la convivialité, l'exhaustivité et le temps requis pour le compléter.

Le questionnaire ainsi validé comporte les sept catégories de variables suivantes :

- a) les caractéristiques des sujets
- b) l'expérience des sujets à titre de formateurs PDSB
- c) l'implication des sujets dans les structures organisationnelles et syndicales de santé et de sécurité du travail de leur établissement
- d) les caractéristiques des activités de formation dispensées au cours des douze derniers mois
- e) les caractéristiques des activités de prévention menées dans le cadre du PDSB au cours des douze derniers mois
- f) les caractéristiques des activités de formation d'agents de suivi PDSB

g) la description des éléments du contexte organisationnel

La majorité des questions sont fermées. Les questions référant à des dates ou des nombres sont ouvertes, une catégorie de réponse «autre» est prévue pour certaines questions.

La fiabilité du questionnaire a été évaluée par test-retest auprès des 60 premiers formateurs à avoir retourné le questionnaire complété. Chacun de ces formateurs a reçu un second questionnaire un mois après la date de retour du premier questionnaire; 33 formateurs ont complété ce second exemplaire. La fiabilité de l'instrument de mesure a été estimée à l'aide d'analyses de corrélation choisies en fonction de la nature des échelles de mesure de chaque variable. Pour les variables continues, nous avons utilisé le coefficient de corrélation de Pearson (r), alors que pour les variables nominales à plusieurs catégories, nous avons fait appel au coefficient Kappa de Cohen (k). Les résultats sont présentés sous forme de tableaux à l'annexe 2.

Pour les caractéristiques des formateurs, tous les coefficients de corrélation sont statistiquement significatifs et varient entre 0,954 et 1. Les coefficients de corrélation statistiquement significatifs concernant les activités du programme PDSB varient entre 0,462 et 0,707. Des résultats statistiquement significatifs ont été obtenus pour les éléments contextuels. Ils varient entre 0,258 et 0,836 et portent sur les libérations pour les activités de formation, de suivi de la formation et de prévention, ainsi que la collaboration du supérieur immédiat pour les activités de formation et de prévention.

Les coefficients de kappa, calculés pour la nature des contenus abordés et l'utilisation des méthodes pédagogiques expérientielles, sont statistiquement significatifs. Ils se situent entre 0,738 et 0,816 pour les contenus abordés, et oscillent entre 0,321 et 0,872 pour les méthodes pédagogiques

expérientielles. Dans l'ensemble, ces résultats montrent une fiabilité allant de bonne à excellente (Van Driel, 2004; Streiner et Norman, 2003).

Le contenu de chaque questionnaire a été vérifié et la saisie des données a été automatique, puis une transformation des données saisies en format SPSS a été réalisée.

6.4 DÉFINITION DES VARIABLES

6.4.1 Variables indépendantes

Les variables indépendantes sont regroupées en deux catégories : 1) les caractéristiques individuelles des formateurs et 2) les caractéristiques du contexte organisationnel.

La première catégorie comporte les variables suivantes :

- Les caractéristiques sociodémographiques : correspondent à l'âge des formateurs en années et au sexe des formateurs
- Le niveau d'éducation : il représente le dernier niveau de scolarité complété avec quatre catégories: diplôme d'études secondaires, diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires et, enfin, autres.
- La formation professionnelle : il s'agit du type de formation professionnelle des formateurs avec trois catégories : 1) thérapeute en réadaptation physique / physiothérapeute / ergothérapeute, 2) infirmière/ infirmière auxiliaire, 3) autres formations professionnelles.
- Le nombre d'années d'expérience dans l'établissement de travail au moment de l'étude.
- La catégorie salariale : avec deux catégories : 1) employé syndiqué et 2/ autre. Cette catégorie regroupe l'employé syndicable non syndiqué, le cadre intermédiaire et autre.
- Le nombre moyen d'heures hebdomadaires de travail effectuées au cours des 12 derniers mois.
- La proportion des heures de travail effectuées durant le quart de travail de jour au cours des 12 derniers mois.

- L'implication actuelle ou passée dans les structures organisationnelles et syndicales de SST de l'établissement avec trois catégories : 1) aucune implication, 2) membre régulier et 3) représentant à la prévention, président ou co-président.

La seconde catégorie, soit les caractéristiques du contexte organisationnel, comporte les variables suivantes :

- La mission de l'établissement où le formateur travaille : CHSLD, CHSGS ou les deux à la fois.
- Le type d'unité de travail du formateur avec deux catégories : 1) soins aux patients, 2) autres unités de travail.
- Le statut de l'établissement : répartition des formateurs selon le statut de leur établissement – public ou privé.
- La taille de l'établissement : capacité en termes de nombre de lits au permis.
- La région socio-sanitaire de l'établissement : répartition des formateurs selon la région socio-sanitaire de leur établissement : deux catégories : 1) grande région ou grand centre urbain incluant : Montréal, Montérégie, Québec, Laval; et 2) autres régions : Chaudière-Appalaches, Laurentides, Bas Saint-Laurent, Outaouais, Estrie, Abitibi-Témiscaminque, Mauricie-Bois-Franc, Saguenay Lac Saint-Jean, Côte-Nord, Gaspésie - Îles-de la-Madeleine, Lanaudière.
- La proportion des sessions de formations dispensées durant les heures de travail rémunérées au cours des 12 derniers mois: 1) 100 % de sessions de formation ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré, 2) 75 %, 50 %, 25 % ou aucune 0 % des sessions de formation ont été dispensées durant les heures de travail rémunérées.
- La libération pour les activités de formation PDSB : le degré de facilité perçue pour obtenir des libérations pour les activités de formation de PDSB, (0= n'a pas été libéré à 10= très facile). Cette variable est mesurée par les deux questions suivantes : 1) «Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour donner la formation PDSB?» (Q62) et 2) «Si vous n'avez formé aucun groupe de travailleurs au cours des 12 derniers mois, veuillez nous indiquer la ou les raison(s) parmi les raisons suivantes» (Q26b). Un total de 119 formateurs ont répondu à la première question. Parmi ceux ayant répondu à la deuxième question, 50 répondants ont indiqué avoir été difficilement libérés pour réaliser les activités de formation. Nous obtenons donc un total de 169 formateurs pour cette variable.

- La libération pour les activités de prévention du PDSB : le degré de facilité perçue pour obtenir des libérations pour les activités de prévention du PDSB (0= n'a pas été libéré à 10= très facile). Cette variable est mesurée par les questions no 64 et 45b du questionnaire : « comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour vous consacrer aux activités à titre d'agent de prévention PDSB»; «veuillez indiquer les raisons d'absence des activités de prévention». Cent trente-six formateurs ont répondu à la question 64, et 36 autres à la question 45b donnant un total de 172 individus.
- La libération pour les activités de suivi de formation PDSB : le degré de facilité perçue pour obtenir des libérations pour les activités de suivi de formation de PDSB (0= n'a pas été libéré à 10= très facile). Cette variable est mesurée par la question no 63 : «comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour réaliser les activités de suivi de la formation». Cent dix-neuf formateurs ont répondu à cette question.
- La collaboration de la part du supérieur immédiat pour les activités de formation PDSB : le niveau de collaboration reçu de la part du supérieur immédiat du formateur PDSB pour la réalisation des activités de formation (0=nul à 10= très élevé).
- La collaboration de la part du supérieur immédiat pour les activités de prévention PDSB : niveau de collaboration reçue de la part du supérieur immédiat du formateur du PDSB pour la réalisation des activités de prévention (0=nul à 10= très élevé).

6.4.2 Variables dépendantes

Nos variables dépendantes correspondent au degré d'implantation du PDSB dans les établissements de santé, elles incluent les trois variables suivantes :

1-Activités de formation PDSB, incluant les deux variables suivantes : 1) Nombre de sessions de formation dispensées par chaque formateur au cours des 12 derniers mois et 2) intégrité des activités de formation PDSB en regard des activités prescrites, calculée à partir des trois variables suivantes : le nombre moyen d'heures dispensées en classe au cours d'une session par chaque formateur, l'utilisation de méthodes pédagogiques expérientielles et les activités de suivi de la formation. Cette variable comporte

deux catégories : intégrité élevée soit le suivi de la formation, l'utilisation des méthodes expérientielles dans plus de 50 % des contenus abordés qui nécessitent le recours aux méthodes expérientielles et la dispensation de plus de 10 heures de formation en classe en moyenne au cours d'une session. L'autre catégorie (intégrité faible) est l'implantation inadéquate des activités de formation PDSB par les formateurs incluant le non suivi de la formation, l'utilisation des méthodes expérientielles dans moins de 50 % des notions abordées qui requièrent l'utilisation de méthodes pédagogiques expérientielles et la dispensation de moins de 10 heures de formation en classe.

Pour ces deux variables, la population à l'étude s'est réduite à 115 individus, soit ceux ayant effectué des activités de formation au cours des 12 mois précédant l'étude.

2- Activités de prévention liées au PDSB : réalisation des activités de prévention par chaque formateur : oui/ non. Parmi les 187 formateurs, 15 n'ont pas effectué d'activités de prévention au cours des 12 mois précédant l'étude. Les principales causes d'absence de ces activités invoquées par ces formateurs sont des demandes insuffisantes, des raisons d'ordre personnel ou d'autres motifs non précisés. La population à l'étude pour cette variable s'est réduite à 172 formateurs.

3- Étendue des activités PDSB: représente la diversité des pratiques des formateurs à l'égard des différentes activités prescrites du programme PDSB, avec deux catégories : 1) avoir réalisé au moins des activités de formation et de prévention au cours des 12 derniers mois et 2) tous les autres profils d'activités.

Cette variable a été construite à partir des dix profils suivants :

1) aucune activité

- 2) formation PDSB
- 3) prévention
- 4) formation PDSB et prévention
- 5) formation PDSB et suivi
- 6) formation PDSB et formation d'agents de suivi
- 7) prévention et formation d'agents de suivi
- 8) formation PDSB, suivi et prévention
- 9) formation PDSB, prévention et formation d'agents de suivi
- 10) formation PDSB, prévention, suivi et formation d'agent de suivi.

Comme les activités de formation et de prévention constituent la pierre angulaire du programme PDSB, il nous apparaissait essentiel de connaître les principaux facteurs distinguant les formateurs qui les effectuent de ceux qui se consacrent à d'autres tâches moins centrales reliées aussi au PDSB.

6.5 ANALYSE DES DONNÉES

En premier lieu, nous avons fait des analyses statistiques descriptives pour chacune de nos variables dépendantes et indépendantes, puis des analyses bivariées entre nos variables dépendantes et indépendantes. L'association entre notre variable dépendante continue et les variables indépendantes a été mesurée à l'aide de la régression simple ou de l'analyse de variance à un facteur. Pour les variables dépendantes catégorielles, leurs associations avec les variables indépendantes ont été estimées à l'aide du ratio de cote et son intervalle de confiance à 95 % en utilisant la régression logistique. Des analyses de régressions linéaires multiples ont ensuite été effectuées afin de vérifier nos hypothèses de recherche portant sur les relations entre les caractéristiques individuelles des formateurs et celles du contexte organisationnel et le nombre de sessions de formation dispensées par chaque formateur. Les trois autres variables dépendantes (intégrité de la formation PDSB, activités de prévention et étendue des activités PDSB) étant

dichotomiques; elles ont été soumises à des analyses de régression logistique multiple.

6.5.1 Régression multiple linéaire

Pour les modèles de régression multiple, nous avons utilisé la méthode d'élimination successive (BACKWARD), et nous avons entré les variables des deux blocs suivants : les caractéristiques individuelles des formateurs et les caractéristiques du contexte organisationnel. Les variables du premier bloc, soit les caractéristiques individuelles, ont été introduites en premier lieu. Les variables significatives ont été conservées, puis les variables du deuxième bloc, soit les caractéristiques organisationnelles, ont été ajoutées et seules les variables significatives ont été retenues dans le modèle. Finalement, l'interaction entre les variables indépendantes a été testée afin d'éliminer la possibilité de multicolinéarité (voir annexe 2). Le seuil de signification d'inclusion des variables a été fixé à un alpha de 0,05 et le seuil de signification d'exclusion des variables à un alpha de 0,01). Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS (version 15,0).

Des diagrammes de dispersion ont été produits mettant en relation dans chaque cas les valeurs d'une variable dépendante et d'une variable indépendante pour vérifier si les relations entre les variables dépendantes et indépendantes étaient linéaires.

Une analyse des valeurs résiduelles pour chacun des modèles de régression linéaire a ensuite été faite pour vérifier si les postulats de base de la régression linéaire multiple étaient respectés, à savoir : la distribution normale de y , la relation linéaire entre les moyennes de y et une variance égale des y . Le croisement des résidus standardisés observés et attendus a permis d'observer sous forme graphique la présence d'une ligne droite, ce qui a confirmé la présence d'une distribution normale. De plus le croisement des résidus avec les

valeurs prédites, présenté sous forme graphique, a permis d'observer l'absence de relation entre les valeurs résiduelles et prédites, ce qui a confirmé que la prémisse de linéarité était respectée. Enfin le croisement des valeurs résiduelles avec chacune des variables indépendantes a permis de confirmer la constance des variances.

6.5.2 La régression logistique

Des analyses de régression logistique ont été faites pour les trois autres variables dépendantes dichotomiques afin d'expliquer l'occurrence de ces trois variables en fonction des caractéristiques individuelles des formateurs et des caractéristiques du contexte organisationnel. La méthode utilisée a été celle d'élimination successive (BACKWARD). Le seuil de signification d'inclusion des variables a été fixé à $\alpha=0,05$ et le seuil de signification d'exclusion des variables à $\alpha=0,01$.

Nous avons utilisé la statistique du khi-deux, c'est-à-dire la statistique du ratio des khi carrés des logarithmes de vraisemblance ($-2\log(\text{vraisemblance})$ ou $-2\log$) pour tester si les valeurs des coefficients étaient égales à zéro.

Pour tester la qualité de l'ajustement du modèle aux données observées, nous avons eu recours au test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow (Kinnear, 2005).

Pour le contrôle de la validité de nos résultats, nous avons créé une nouvelle variable où figuraient les résidus normalisés, afin d'identifier les cas où ces résidus se situent en dehors des bornes -2 et 2 « casewise listing of residuals », aucune valeur éloignée n'a été trouvée.

Chapitre 7
RÉSULTATS

Dans ce chapitre nous présentons en premier lieu les résultats des analyses descriptives de nos variables dépendantes et indépendantes, et en deuxième lieu nous présentons les résultats des analyses bivariées et des analyses de régressions linéaires multiples et logistiques.

7.1 RÉSULTATS DESCRIPTIFS

7.1.1 Les caractéristiques individuelles des formateurs

Les résultats sont décrits au tableau 1.

Les caractéristiques sociodémographiques : La moyenne d'âge des formateurs est de 43 ans ($\pm 6,88$). Parmi les 187 formateurs, 146 (78,1 %), sont des femmes et 41 (21,9 %) sont des hommes.

Le niveau d'éducation représente le dernier niveau de scolarité complété de chaque formateur. Le tableau 1 nous permet d'observer que 22,5 % de nos formateurs ont un diplôme d'études secondaires, 36,9 % ont un diplôme d'études collégiales, 34,2 % ont un diplôme d'études universitaires et 6,4 % ont d'autres diplômes.

La formation professionnelle de nos formateurs était très variable : 44,4 % étaient des thérapeutes en réadaptation, des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes, 28,3 % étaient des infirmières ou des infirmières auxiliaires, 27,3 % avaient d'autres formations professionnelles.

La moyenne d'années d'expérience dans l'établissement de travail des formateurs au moment de l'étude était de 16,58 ans ($\pm 8,21$).

Tableau 1
Caractéristiques individuelles des formateurs (n=187)

Variables	Effectif	%	Moyenne	Écart-type
Âge	187		43,91	6,88
Sexe				
Femme	146	78,1		
Homme	41	21,9		
Niveau d'éducation				
Diplôme d'études secondaires	42	22,5		
Diplôme d'études collégiales	69	36,9		
Diplôme d'études universitaires	64	34,2		
Autres diplômes	12	6,4		
Formation professionnelle				
Thérapeute en réadaptation physique-physiothérapeute-ergothérapeute	83	44,4		
Infirmière-infirmière auxiliaire	53	28,3		
Autres formations	51	27,3		
Nombre d'années d'expérience dans l'établissement	187		16,58	8,21
Catégorie salariale				
Employé syndiqué	168	89,8		
Employé syndicable non syndiqué ou cadre intermédiaire	19	10,2		
Proportion d'heures effectuées le jour	187		84,01	31,74
Nombre d'heures hebdomadaires de travail			33	5,60
Implication dans un comité de la SST				
Aucune implication	96	51,3		
Membre régulier	55	29,4		
Représentant à la prévention co-président ou président	36	19,3		

La catégorie salariale : La plupart des formateurs étaient des employés syndiqués (89,8 %). Les autres (10,2 %) étaient des employés syndicables non syndiqués, des cadres intermédiaires ou autres.

La moyenne de la proportion d'heures de travail effectuées le jour était de 84,01 ($\pm 31,74$).

Le nombre moyen d'heures de travail par semaine est de 33 heures ($\pm 5,60$).

Appartenance à un comité : Environ 48,7 % des formateurs ont été ou sont membres d'un comité impliqué dans le domaine de la santé et sécurité du travail. La moitié de ceux-ci étaient des membres réguliers, et presque un tiers ont assuré la fonction de représentant à la prévention, de président ou co-président.

7.1.2 Caractéristiques du contexte organisationnel

Le tableau 2 présente les résultats.

Mission et statut de l'établissement : 70,1 % des établissements des formateurs de notre étude ont à la fois une mission de soins généraux et spécialisés et de soins de longue durée. La grande majorité de ces établissements (86,6 %) appartient au secteur public.

Type d'unité de travail des formateurs : Près de 53,5 % des formateurs de notre étude proviennent d'unités prodiguant des soins aux patients, alors que 46,5 % travaillent dans d'autres unités.

Région socio-sanitaire de l'établissement : Plus de la moitié (56,7 %) des établissements se trouvent dans un grand centre urbain.

Taille de l'établissement : La capacité moyenne des établissements des formateurs de notre étude est de 190 lits au permis, avec une grande variabilité entre les établissements ($\pm 157,17$).

Proportion des sessions de formation dispensées durant les heures de travail rémunérées : La très grande majorité (91,3 %) des 115 formateurs ayant effectué de la formation au cours des 12 derniers mois l'ont fait durant leurs heures de travail rémunérées. Les autres ont dispensé 75 % ou moins de leurs sessions de formation pendant leurs heures de travail rémunérées.

Libération pour les activités de formation PDSB : La moyenne de libération pour les activités de formation PDSB est de 5,65 ($\pm 4,04$).

Libération pour les activités de suivi de la formation PDSB : La moyenne de libération pour effectuer les activités de suivi de la formation est de 7,13 ($\pm 3,35$).

Libération pour se consacrer à des activités de prévention : La variation du degré de facilité perçue par les formateurs pour réaliser des activités de prévention est très importante, 24 % des formateurs ont jugé leur libération très difficile, et 23 % l'ont jugée très facile, avec une moyenne qui se situe autour de 4,50 ($\pm 2,50$).

Niveau de collaboration reçue de la part du supérieur immédiat du formateur PDSB pour mener les activités de formation et de prévention varie d'une façon importante dans les deux cas, avec une moyenne de 7,87 ($\pm 2,88$) pour les activités de formation, et de 7,59 ($\pm 3,17$) pour les activités de prévention.

Tableau 2
Caractéristiques du contexte organisationnel (n=187)

Variables	Effectifs	%	Moyenne	Écart-type
Mission				
CHSGS	5	2,7		
CHSLD	51	27,3		
CHSGS+CHSLD	131	70,1		
Statut				
Public	162	86,6		
Privé	25	13,4		
Région				
Grand centre urbain	106	56,7		
Autres régions	81	43,3		
Type d'unité de travail				
Soins aux patients	100	53,5		
Autres	87	46,5		
Taille de l'établissement	187		190,72	157,17
Proportion des sessions de formation dispensées durant les heures de travail rémunérées	115			
100% des sessions	105	91,3		
75% 50% aucune des sessions	10	8,7		
Libération pour les activités de formation	169		5,65	4,04
Libération pour les activités de suivi de la formation	119		7,13	3,35
Libération pour les activités de prévention	172		4,50	4,11
Collaboration de la part du supérieur immédiat pour réaliser la formation	119		7,87	2,88
Collaboration de la part du supérieur immédiat pour réaliser les activités de prévention	136		7,59	3,17

7.1.3 Degré d'implantation du PDSB

Nombre de sessions de formations dispensées par chaque formateur : La moyenne du nombre de sessions dispensées par chaque formateur au cours des 12 derniers mois est de 5 sessions ($\pm 4,02$). On observe une variation importante.

Intégrité de la formation PDSB : Les résultats pour l'intégrité des activités de formation PDSB en regard des activités prescrites sont les suivants : 17 % des formateurs ont une intégrité élevée et 83 % une intégrité faible des activités de formation PDSB par rapport aux activités prescrites.

Nombre d'heures dispensées en classe au cours d'une session :
Le nombre total d'heures dispensées en classe au cours d'une session est très variable entre les formateurs, avec une moyenne de 10 heures ($\pm 4,59$). De plus, 48% de nos formateurs ont dispensé plus de 10 heures de formation PDSB en classe.

Utilisation des méthodes expérientielles interactives : On observe que plus de 70 % des formateurs utilisent des méthodes pédagogiques expérientielles dans plus de 50 % des cas lorsqu'ils abordent des contenus notionnels qui requièrent ces méthodes pédagogiques expérientielles.

Activités de suivi de la formation PDSB par les formateurs : Les activités de suivi de formation PDSB ont été réalisées par 33 % de nos formateurs.

Activités de prévention liées au PDSB : Les activités de prévention liées au PDSB constituent notre deuxième catégorie de variable dépendante. On observe que 79 % de nos formateurs ont mené ces activités de prévention et 21 % n'en ont effectué aucune. Les principales causes d'absence

de ces activités sont des demandes insuffisantes, des raisons d'ordre personnel ou d'autres motifs non précisés.

Étendue des activités PDSB : Le tableau 3 montre que 48 % de nos formateurs réalisent au moins les 2 activités de formation et de prévention du programme PDSB, alors que 52 % réalisent d'autres types d'activité ou encore aucune activité du programme PDSB.

Ce tableau montre la grande variation des pratiques des formateurs à l'égard des activités PDSB.

Tableau 3
Degré d'implantation du PDSB

Variables	Effectif	%	Moyenne	Écart-type
Nombre de sessions de formation PDSB	115		5,07	4,02
Intégrité de la formation PDSB	115			
Intégrité faible	96	83,5		
Intégrité élevée	19	16,5		
Nombre d'heures dispensées en classe	115		10,09	4,59
10 heures ou plus en classe	55	47,8		
Moins de 10 heures en classe	60	52,2		
Utilisation des méthodes expérientielles	115			
Dans au moins 50% des cas	81	70,4		
Dans moins de 50% des cas	34	29,6		
Suivi de la formation PDSB	115			
Oui	53	28,3		
Non	62	33,2		
Activités de prévention PDSB effectuées	172			
Oui	136	79,1		
Non	36	20,9		
Étendue des activités PDSB	187			
Formation et prévention au moins	89	47,6		
Autres	98	52,4		

7.2 RÉSULTATS DES ANALYSES BIVARIÉES

Les résultats des analyses bivariées (tableaux 4, 5, 6 et 7) sont présentés de la façon suivante : 1) le nombre de sessions de formation PDSB; 2) l'intégrité de la formation PDSB; 3) la réalisation des activités de prévention; et 4) l'étendue des activités PDSB en fonction des caractéristiques individuelles des formateurs et celles du contexte organisationnel.

7.2.1 Nombre de sessions de formation en fonction des caractéristiques individuelles et organisationnelles

Aucune de nos variables indépendantes n'est associée significativement à la variation dans le nombre de sessions de formation PDSB dispensées par chaque formateur (tableau 4).

7.2.2 Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec l'intégrité de la formation PDSB

Deux variables de notre modèle théorique sont associées significativement au niveau d'intégrité de la formation PDSB, il s'agit du nombre d'heures hebdomadaires de travail et de la proportion des sessions de formation dispensées durant les heures de travail rémunérées. En effet, lorsque le nombre d'heures hebdomadaires de travail augmente, les formateurs ont 0,90 fois moins de chance de respecter l'intégrité de la formation. Par ailleurs, ils ont 5,16 fois plus de chance d'avoir une intégrité élevée de la formation PDSB, quand ils dispensent moins de 100 % des sessions de formation durant les heures de travail rémunérées par rapport à ceux qui dispensent 100 % de leur sessions durant les heures de travail rémunérées (tableau 5).

Tableau 4
Nombre de sessions de formation en fonction des caractéristiques individuelles et organisationnelles

Caractéristiques individuelles et organisationnelles		Nombre de sessions de formation PDSB	
			P
Âge			0,28(a)
Sexe			0,11(b)
Femmes	n x±s	85 4,67 ± 3,88	
Hommes	n x ± s	30 6,20 ± 4,28	
Niveau d'éducation			0,36(b)
Secondaire	n x ± s	28 4,82 ± 3,63	
Collégiale	n x ± s	44 4,43 ± 3,78	
Universitaire	n x± s	34 6,00 ± 4,57	
Autres	n x± s	9 5,44 ± 4,09	
Formation			0,35(b)
Thérapeute	n x ±	43 5,16 ± 4,16	
Infirmière	n x ±	37 4,35 ± 3,60	
Autres	n x ± s	35 5,71 ± 4,27	
Catégorie salariale			0,61(b)
Employé syndiqué	n x ± s	104 5,21 ± 4,02	
Employé syndicable non syndiqué	n x ± s	11 3,73 ± 3,97	
Implication dans un comité			0,48(b)
Aucune	n x ± s	62 4,77 ± 3,85	
Membre régulier	n x ± s	32 5,56 ± 4,39	
President	n x ± s	21 5,19 ± 4,07	
Nombre d'années d'expérience			0,50(a)

Tableau 4
Nombre de sessions de formation en fonction des caractéristiques
individuelles et organisationnelles (suite)

Caractéristiques individuelles et organisationnelles		Nombre de sessions de formation PDSB		P
Nombre d'heures hebdomadaires de travail				0,20(a)
Proportion d'heures effectuées le jour				0,89(a)
Mission				0,53(b)
CHSGS	n	3		
	x±s	4,33 ±4,16		
CHSLD	n	26		
	x±s	4,35 ± 3,61		
CHSGS et CHSLD	n	86		
	x ± s	5,31 ±4,15		
Statut public	n	103		0,15(b)
	x±s	5,17 ±4,13		
privé	n	12		
	x ± s	4,17 ± 2,98		
Région				0,86(b)
Grand centre urbain	n	63		
	x ± s	5,32 ± 3,90		
Autres	n	52		
	x ± s	4,77 ± 4,19		
Type d'unité de travail				0,82(b)
Soins aux patients	n	68		
	x±s	5,00± 3,80		
Autres	n	47		
	x ± s	5,17 ± 4,37		
Taille de l'établissement				0,12(a)
Proportion de sessions rémunérées				0,37(b)
100 %	n	105		
	x ± s	4,98 ± 4,09		
Moins de 100 %	n	10		
	x ± s	6,00 ± 3,33		
Libération pour les activités de formation				0,63(a)
Collaboration du supérieur Immédiat				0,18(a)

(a) régression linéaire simple test de t.

(b) ANOVA a un facteur F.

Tableau 5
Intégrité de la formation PDSB

Caractéristiques individuelle et organisationnelles		Intégrité de la formation PDSB			
		Élevée	Faible	Ratio de cotes (IC 95%)	P
Âge		42,2±9,04	44,1±6,94	,96(0,89-1,04)	,360
Sexe					
Femme	n	15 (78,9)	70	1(référence)	
	%	78,9	72,9		
Hommes	n	4	26	,36(0,07-1,69)	,198
	%	21,1	27,1		
Niveau d'éducation					
Secondaire	n	3	25	1(référence)	
	%	15,8	26,0		
Collégial	n	9	35	2,88(0,56-14,73)	,202
	%	47,4	36,5		
Universitaire	n	6	28	2,24(0,40-12,55)	,359
	%	31,6	29,2		
Autre	n	1	8	1,62(.,13-20,53)	,707
	%	5,3	8,3		
Formation					
Thérapeute	n	10	33	1(référence)	
	%	52,6	34,4		
Infirmière	n	4	33	0,45(0,12-1,63)	,229
	%	21,1	34,4		
Autre	n	52	30	0,35(0,08-1,42)	,144
	%	6,3	31,3		
Catégorie salariale					
Employé syndiqué	n	18	86	1(référence)	
	%	94,7	89,6		
Employé syndicable non syndiqué	n	1	10	0,59(0,07-4,97)	,631
	%	5,3	10,4		
Implication dans un comité					
Aucune	n	10	52	1(référence)	
	%	52,6	54,2		
Membre régulier	n	4	28	0,60(0,15-2,42)	,482
	%	21,1	29,2		
Président	n	5	16	1,38(0,37-5,07)	,622
	%	26,3	16,7		
Nombre d'années d'expérience		17,2±7,81	17,3±8,60	1,00(0,93-1,06)	,988
Nombre d'heures hebdomadaire de travail		31,6±7,16	34,6±4,78	,90(0,82-0,99)	,038

Tableau 5
Intégrité de la formation PDSB (suite)

Caractéristiques individuelle et organisationnelles		Intégrité de la formation PDSB			
		Élevée	Faible	Ratio de cotes (IC 95%)	P
Proportion d'heures effectuées jour		78,1±35,1	84,2±30,2	,99(0,97-1,01)	,464
Région					
Autres	n	8	44	1(référence)	
	%	42,1	45,8		
Grand centre urbain	n	11	52	0,80(0,27-2,30)	,679
	%	57,9	54,2		
Type d'unité de travail					
Autres	n	9	38	1(référence)	
	%	47,4	39,6		
Soins aux patients	n	10	58	0,65(0,22-1,87)	,426
	%	52,6	60,4		
Taille de l'établissement		233,4±199,9	200,9±167,9	1,00(,99-1,04)	,497
Proportion de sessions rémunérées					
100 % des H	n	15	90	1(référence)	
	%	78,9	93,8		
< 100 %	n	4	6	5,16(1,27-20,96)	,022
	%	21,1	6,3		
Libération pour le suivi de la formation		7,2±3,41	7±3,40	1,01(0,86-1,19)	,853
Libération pour la formation		8,2±2,84	7,4±3,29	1,08(0,89-1,31)	,390
Collaboration du supérieur immédiat		8,2±2,19	7,8±3,01	1,04(0,85-1,27)	,656

7.2.3 Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec la réalisation des activités de prévention PDSB

Plusieurs variables individuelles et du contexte organisationnel sont associées significativement à la réalisation ou non des activités de prévention. Il s'agit de la formation professionnelle des formateurs, de leur type d'unité de travail, de la région de leur établissement et de la libération pour les activités de prévention. Les formateurs étant infirmiers (es) ou infirmiers (es) auxiliaires ont 0,20 fois moins de chance d'effectuer les activités de prévention.

De même, ceux qui ont d'autres formations ont 0,30 fois moins de chance de réaliser les activités de prévention par rapport aux thérapeutes en réadaptation physique, ergothérapeutes et physiothérapeutes. Les formateurs œuvrant dans les établissements situés dans un grand centre urbain ont 2,3 plus de chance de réaliser des activités de prévention par rapport à ceux qui sont dans d'autres régions. Les formateurs qui travaillent dans des unités prodiguant des soins aux patients ont 0,31 fois moins de chance par rapport à ceux qui travaillent dans d'autres unités de travail d'effectuer de la prévention. Lorsque la libération pour les activités de prévention est facile, les formateurs ont 1,6 fois plus de chance de réaliser ce type d'activités (tableau 6).

7.2.4 Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec l'étendue des activités PDSB

Les trois variables, i.e. le nombre d'heures hebdomadaire de travail, la libération pour réaliser les activités de formation et la libération pour effectuer les activités de prévention, sont associées significativement à la variation de l'étendue des activités du programme PDSB dispensées par les formateurs. En effet, à chaque augmentation d'une heure hebdomadaire de travail, la probabilité d'effectuer au moins des activités de formation et de prévention s'accroît de 1,06 fois. De la même façon, à chaque augmentation d'un point sur 10 de la facilité de libération perçue pour la formation, la probabilité de réaliser au moins de la formation et de la prévention s'accroît de 1,35 fois. Il en est de même pour la libération pour les activités de prévention : lorsque celle-ci est facile, les formateurs ont 1,12 fois plus de chance d'effectuer au moins des activités de formation et de prévention (tableau 7).

Tableau 6
Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec la réalisation des activités de prévention PDSB

Caractéristiques individuelle et organisationnelles		Activités de prévention effectuées			
		Oui	Non	Ratio de cotes (IC 95%)	P
Âge		43,5±6,81	45,5±6,75	0,95(0,90-1,01)	,128
Sexe					
Femme	n 108 % 79,4	27 75,0	1(référence)		
Hommes	n 28 % 20,6	9 25,0	0,77(0,32-1,84)	,567	
Niveau d'éducation					
Secondaire	n 28 % 20,6	10 27,8	1(référence)		
Collégial	n 54 % 39,7	12 33,5	1,60(0,61-4,17)	,330	
Universitaire	n 46 % 33,8	11 30,6	1,49(0,56-3,96)	,421	
Autre	n 8 % 5,9	3 8,3	0,95(0,21-4,31)	,950	
Formation					
Thérapeute	n 69 % 50,7	7 19,4	1(référence)		
Infirmière	n 34 % 25,0	18 50,0	0,19(0,07-0,50)	,001	
Autre	n 33 % 24,3	11 30,6	0,30(0,10-0,85)	,024	
Catégorie salariale					
Employé syndiqué	n 119 % 87,5	34 94,4	1(référence)		
Employé syndicable non syndiqué	n 17 % 12,5	2 5,6	2,42(0,53-11,03)	,251	
Implication dans un comité					
Aucune	n 63 % 46,3	23 63,9	1(référence)		
Membre régulier	n 44 μ ±s 32,4	7 19,4	2,29(0,90-5,81)	,080	
Président	n 29 μ ±s 21,3	6 16,7	1,76(0,64-4,79)	,266	

Tableau 6
Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec la réalisation des activités de prévention PDSB (suite)

Caractéristiques individuelle et organisationnelles		Activités de prévention effectuées			
		Oui	Non	Ratio de cotes (IC 95%)	P
Nombre d'années d'expérience		16±7,80	18,8±8,35	0,95(0,91-1,03)	,068
Nombre d'heures hebdomadaires de Travail		33,2±5,63	32,8±5,21	1,01(0,95-1,08)	,653
Proportion d'heures effectuées le jour		83,4±27,5	87±28,6	0,99(0,98-1,09)	,581
Statut					
Public	n	113	34	1(reference)	
	%	94,4	83,1		
Privé	n	23	2	0,28(0,65-1,28)	,104
	%	16,9	5,6		
Région					
Autres	n	52	21	1(référence)	
	%	38,2	58,3		
Grand centre urbain	n	84	15	2,26(1,07-4,77)	,032
	%	61,8	41,7		
Type d'unité de travail					
Autres	n	70	9	1(référence)	
	%	51,5	25,0		
Soins aux patients	n	66	27	0,31(0,13-0,71)	,006
	%	48,5	75,0		
Taille de l'établissement		178,3±151,2	216,6±178	0,99(0,99-1,01)	,223
Libération pour les activités de prévention		5,43±4,15	1±0,00	1,60(1,28-1,99)	<0,001

Tableau 7
Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du
Contexte organisationnel avec l'étendue des activités de PDSB

Caractéristiques individuelle et organisationnelles		Étendue des activités PDSB			
		Au moins 2 activités	Autres	Ratio de cotes (IC 95%)	p
Âge		43,6±7,45	44,1±6,38	0,99(0,94-1,03)	,654
Sexe					
Femme	n	69	77	1(référence)	
	%	77,5	78,6		
Hommes	n	20	21	1,06(0,53-2,12)	,863
	%	22,5	21,4		
Niveau d'éducation					
Secondaire	n	20	22	1(référence)	
	%	22,5	22,4		
Collégial	n	35	34	1,13(0,52-2,44)	,751
	%	39,3	34,7		
Universitaire	n	27	37	0,80(0,36-1,75)	,582
	%	30,3	37,8		
Autre	n	7	5	1,54(0,42-5,63)	,514
	%	7,9	5,1		
Formation					
Thérapeute	n	38	45	1(référence)	
	%	42,7	45,9		
Infirmière	n	28	25	1,32(0,66-2,64)	,423
	%	31,5	25,5		
Autre	n	23	28	0,97(0,48-1,96)	,938
	%	25,8	28,6		
Catégorie salariale					
Employé syndiqué	n	79	89	1(référence)	
	%	88,8	90,8		
Employé syndicable non syndiqué	n	10	9	1,25(0,48-3,23)	,643
	%	11,2	9,2		
Implication dans un comité					
Aucune	n	43	53	1(référence)	
	%	48,3	54,1		
Membre régulier	n	26	29	1,10(0,56-2,14)	,768
	%	29,2	29,6		
Président	n	20	16	1,54(0,71-3,33)	,272
	%	22,5	16,3		

Tableau 7
Association des caractéristiques individuelles des formateurs et du contexte organisationnel avec l'étendue des activités de PDSB (suite)

Caractéristiques individuelle et organisationnelles	Étendue des activités PDSB			
	Au moins 2 activités	Autres	Ratio de cotes (IC 95%)	p
Nombre d'années d'expérience	16,9±8,20	16,2±8,2	1,09(0,97-1,04)	,609
Nombre d'heures hebdomadaire de travail	34,1±5,32	32,3±5,71	1,06(1,00-1,12)	,025
Proportion d'heures effectuées le jour	82,3±31,4	85,5±32,1	0,99(0,98-1,06)	,483
Statut				
public	n 78 % 87,6	84 85,7	1(reference)	
privé	n 11 % 12,4	14 14,3	1,18(0,50-2,75)	,699
Région				
Autres	n 37 % 41,6	44 44,9	1(référence)	
Grand centre urbain	n 52 % 58,4	54 55,1	1,14(0,64-2,04)	,647
Type d'unité de travail				
Autres	n 40 % 44,9	47 48,0	1(référence)	
Soins aux patients	n 49 % 55,1	51 52,0	1,12(0,63-2,08)	,680
Taille de l'établissement	191±166,1	190±149,8	1,00(0,99-1,02)	,982
Libération pour les activités de formation	7,7±3,13	3,3±3,71	1,35(1,23-1,48)	<0,001
Libération pour le suivi de la formation	7,2±3,20	6,7±3,80	1,05(0,93-1,18)	,421
Libération pour les activités de prévention	5,3±3,88	3,6±4,17	1,12(1,03-1,19)	,006
Collaboration du supérieur immédiat pour la formation	8±2,76	7,4±3,24	1,06(0,92-1,22)	,372
Collaboration du supérieur immédiat pour la prévention	7,7±2,82	7,2±3,75	1,05(0,94-1,17)	,345

7.3 RÉSULTATS DES ANALYSES MULTIVARIÉES

Dans cette section, nous présentons les résultats des analyses de régression multiple linéaire et logistique de chacune de nos variables dépendantes.

7.3.1 Nombre de sessions de formation PDSB dispensées par chaque formateur

Aucune de nos variables individuelles ou du contexte organisationnel ne permet d'expliquer les variations des pratiques des formateurs concernant le nombre de sessions de formation du programme PDSB dispensées par les formateurs.

7.3.2 Intégrité de la formation PDSB

Une seule variable est associée significativement au degré d'intégrité de la formation PDSB, c'est le nombre d'heures hebdomadaires de travail. Les formateurs ont 0,90 fois moins de chance de respecter l'intégrité de la formation PDSB, quand leur nombre d'heures hebdomadaires de travail augmente (Tableau 8)

Tableau 8
Modèle de régression logistique du degré d'intégrité de la formation PDSB
(n=115)

Caractéristiques	Ratio de cotes	IC à 95%	p
Nombre d'heures hebdomadaire de travail	0,907	0,827- 0,995	,038
Paramètres statistiques			
Test de Hosmer et Lemeshow	Khi-deux=6,68	df=4	0,15
Valeur prédictive 86,1 %			

7.3.3 Activités de prévention effectuées

La variation dans la réalisation des activités de prévention du programme PDSB est expliquée par quatre variables de notre modèle : la proportion d'heures de travail effectuées le jour, la profession des formateurs, la région de leur établissement et la libération pour réaliser les activités de prévention. Les formateurs ont 0,98 fois moins de chance de réaliser les activités de prévention quand la proportion d'heures de formation effectuées le jour augmente. Les infirmiers et les autres professionnels ont respectivement 0,20 et 0,27 fois moins de chance d'effectuer les activités de prévention. Les formateurs ont aussi 2,61 fois plus de chance de réaliser ces activités quand ils travaillent dans des établissements situés dans un grand centre urbain, et ils ont 1,64 fois plus de chance de réaliser ces activités quand la libération pour les activités de prévention est plus facile (tableau 9).

Tableau 9
Modèle de régression logistique de la réalisation d'activités de prévention du PDSB par les formateurs. (n=172)

Caractéristiques	Ratio de cotes	IC à 95%	p
Proportion d'heures effectuées le jour	0,984	0,969-0,999	0,043
Thérapeute en réadaptation physiothérapeute-ergothérapeute	1 (référence)		
infirmières	0,204	0,065 - 0,642	0,007
Autre formation	0,271	0,082 - 0,895	0,032
Autres régions	1 (référence)		
Grand centre urbain	2,618	1,067 – 6,428	0,036
Libération pour la prévention	1,644	1,263 – 2,140	<0,001
Paramètres statistiques			
Test de Hosmer et Lemeshow	Khi-deux=7,20	Dl=8	0,515
Valeur prédictive 80,2 %			

7.3.4 Étendue des activités du programme PDSB

Le nombre d'heures de travail hebdomadaire est associé positivement à la variation des pratiques des formateurs. En effet, lorsque le nombre d'heures hebdomadaire de travail augmente, les formateurs ont 1,06 fois plus de chance de réaliser au moins les deux activités de formation et de prévention du programme PDSB (tableau 10).

Tableau 10
Modèle de régression logistique de l'étendue des activités réalisées
par les formateurs (n=187)

Caractéristiques	Ratio de cotes	IC à 95%	p
Nombre d'heures hebdomadaire de travail	1,065	1,008- 1,126	,025
Paramètres statistiques			
Test de Hosmer et Lemeshow	Khi-deux=4,16	DI=6	,654
Valeur prédictive 53,5%			

Chapitre 8
DISCUSSION

Notre étude d'analyse d'implantation du programme PDSB dans les établissements de santé au Québec nous a permis d'identifier les principales caractéristiques individuelles des formateurs et celles du contexte organisationnel qui peuvent expliquer le degré de la mise en œuvre du programme. Les variations constatées par nos analyses descriptives concernent les activités de formation PDSB et les activités de prévention. En effet, les principales caractéristiques individuelles qui ont permis d'expliquer la variation dans les pratiques des formateurs au niveau des établissements de santé du Québec sont en relation avec leurs qualifications. Il s'agit du type de formation professionnelle du formateur qui influence positivement le degré de la mise en œuvre du programme PDSB. En effet, les infirmiers et les autres professionnels ont respectivement 0,20 et 0,27 fois moins de chance d'effectuer les activités de prévention en rapport avec le PDSB. La proportion d'heures de travail effectuées le jour influence négativement la mise en œuvre du programme. En effet, plus le formateur effectue ses heures de travail le jour, moins sont implantées les activités du programme PDSB; ceci peut être expliqué par la présence d'une charge de travail le jour qui peut entraver la réalisation des activités du PDSB telles qu'elles sont prescrites. Par contre, ceux qui travaillent un plus grand nombre d'heures par semaine sont davantage enclins à réaliser les activités PDSB. Au niveau organisationnel, deux variables de notre modèle théorique sont des facteurs explicatifs des variations des pratiques des formateurs dans les établissements de santé au Québec, il s'agit de la région où est situé l'établissement où le formateur travaille et la facilité avec laquelle le formateur rapporte être libéré pour réaliser les activités de prévention. En effet, le formateur qui œuvre dans des établissements de santé des grands centres urbains implante plus adéquatement les activités PDSB, cela peut être dû à la disponibilité des ressources dans les établissements urbains plus que dans les centres de santé des régions périphériques. En plus des ressources, le formateur qui indique être libéré plus facilement pour effectuer les activités de prévention, a plus de chance de réaliser ces activités par rapport à ceux qui perçoivent ne pas être libérés facilement. Nos résultats sont en accord avec ceux de Scheirer

(1981) concernant les caractéristiques des intervenants et celles du contexte organisationnel qui peuvent influencer l'implantation d'un programme dans un système social. Ces caractéristiques peuvent être soit du niveau micro (individus), soit du niveau intermédiaire (sous-unités de l'organisation), soit du niveau macro (les décideurs et les personnes responsables de l'implantation).

Le PDSB peut être considéré comme une innovation, selon Rogers (2003, page 11) qui définit ainsi une innovation : « l'innovation est toute idée, pratique ou objet perçu comme nouveau à un individu ou à une unité d'adoption ». Le degré de la mise en œuvre et de l'adoption d'une innovation par un système social dépend des caractéristiques socioéconomiques des intervenants (âge, niveau d'éducation, culture...) et des caractéristiques des organisations (la taille, les relations interpersonnelles, la connaissance sur l'innovation, l'attitude envers le changement et la prise de risque...). Ceci est en conformité avec nos résultats puisque l'implantation adéquate des activités du PDSB par les formateurs dans les établissements de santé, dépend du type de formation du formateur, de ses conditions de travail, de la région de son établissement ainsi que de la libération de la part du supérieur immédiat pour réaliser les activités PDSB.

D'autres raisons peuvent expliquer ce manque de conformité dans l'implantation du PDSB dans les établissements de santé au Québec. Par exemple, l'implantation des activités de PDSB nécessite un changement dans les pratiques du personnel soignant, ainsi qu'un changement dans les organisations de santé. Cependant, selon Van Poppel et al. (2004), la résistance au changement dans les milieux hospitaliers peut être due en partie aux routines ancrées dans les méthodes de travail du personnel infirmier nuisant à l'acquisition et à l'application de nouveaux savoirs et de nouveaux principes. Ces routines peuvent être responsables de la lenteur de l'implantation des composantes d'une intervention. Selon Champagne (2002), le processus de changement dans les organisations de santé est analogue à un processus

d'apprentissage. Cet apprentissage en milieu hospitalier se fait en simple boucle selon les études de Vassalou (2001) et Moutzoglou (2003) (rapportées dans Lagacé, 2005), qui affirment aussi que l'apprentissage en milieu hospitalier est très difficile à implanter étant donné que ce type d'organisation est très hiérarchique. Ce sont des bureaucraties professionnelles dont la structure doit être plus flexible afin de faciliter l'implantation de programme ou d'intervention dans ces milieux.

Nous n'avons recensé aucune étude qui a évalué l'influence des caractéristiques individuelles et organisationnelles sur l'implantation de programme de prévention des maux de dos chez le personnel soignant dans les établissements de santé. Une seule étude évaluative (scheirer) a étudié l'influence des caractéristiques individuelles et du contexte organisationnel sur le degré de la mise en œuvre d'un programme de santé mentale dans une institution. Cette étude a révélé que les principales variables qui contribuent à l'explication de la variation dans la mise en œuvre du programme sont représentées au niveau organisationnel, par ces attentes actuelles et perçues des superviseurs, la présence de routine organisationnelle, l'ancienneté du personnel dans l'unité de travail et la fréquence des échanges entre les intervenants. Ces variables influencent positivement le degré de la mise en œuvre du programme dans l'institution. Au niveau des caractéristiques individuelles, la satisfaction au travail, l'intérêt porté à l'intervention, la perception d'une opportunité professionnelle et l'âge sont des facteurs explicatifs du degré d'implantation du programme de santé mentale dans l'institution. Par contre les variables liées aux habiletés et aux compétences des intervenants (niveau d'éducation, nombre de cours en psychologie et nombre d'entraînements au nouveau programme) ne prédisent pas le degré de la mise en œuvre de l'intervention.

Les études que nous avons recensées portent sur l'évaluation de l'efficacité des interventions à réduire les maux de dos chez le personnel

soignant. Ces interventions étaient basées sur les programmes de formation et des interventions d'ergonomie participative. Elles ont conclu que la formation à elle seule comme intervention ne permet pas une réduction des maux de dos chez le personnel soignant et qu'elle doit être combinée à d'autres interventions d'ergonomie participative (exercice, réaménagement du milieu de travail....) pour produire des effets positifs sur la réduction de l'incidence des maux de dos chez le personnel soignant en milieu hospitalier. Ces études n'ont pas évalué le degré de la mise en œuvre des interventions avant d'en évaluer les effets. Or plusieurs études ont observé qu'il peut exister un écart important entre les caractéristiques des programmes prescrits et celles des programmes auxquels les participants sont exposés (Contandriopoulos et al, 2000). L'évaluation du degré d'implantation d'une intervention permet donc de comprendre les caractéristiques des intervenants et celles du milieu d'implantation favorisant l'atteinte des résultats attendus des interventions. Plusieurs études affirment aussi que les interventions qui favorisent l'engagement de la direction de l'entreprise, qui impliquent les employés dans le processus et qui concernent directement les facteurs de risques physiques et organisationnels sont plus efficaces à réduire les troubles musculosquelettiques en milieu du travail (Stock et al., 2005). L'évaluation du degré de la mise en œuvre du PDSB dans les établissements de santé au Québec nous a permis d'identifier certains facteurs pour lesquels les pratiques des formateurs varient, ce qui permet d'identifier les principales caractéristiques individuelles et organisationnelles sur lesquelles il est possible d'agir afin de favoriser une implantation adéquate du PDSB dans les centres hospitaliers du Québec et lui permettre ainsi d'atteindre son objectif ultime, soit la réduction de l'incidence des maux de dos chez le personnel soignant.

Notre étude s'est basée sur une approche quantitative afin de définir les déterminants individuels et du contexte organisationnel du degré de la mise en œuvre du programme de PDSB dans les établissements de santé du Québec. Or selon Scheirer (1981), une analyse d'implantation peut avoir

recours à deux types de recherche, soit quantitative et qualitative. Ces deux approches ne doivent pas être considérées mutuellement exclusives, la recherche qualitative permettant d'explorer en profondeur le processus de changement en cours d'implantation d'un programme, alors que la recherche quantitative permet de vérifier les hypothèses de recherche, la comparabilité des informations collectées et l'évaluation de l'objectivité par les observateurs. Pour évaluer un processus d'implantation les deux types d'approches peuvent être nécessaires.

Nous pensons donc qu'une approche qualitative combinée à notre approche quantitative serait d'un grand apport pour notre étude, puisque le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, elle essaie de définir un critère et d'en connaître les variations en fonction de différentes circonstances. Comme Contandriopoulos et al. (2000) postulent aussi que l'on ne peut dissocier une intervention de son milieu d'implantation, elle doit être située dans son contexte particulier pour une éventuelle évaluation.

L'approche qualitative pourrait donc nous permettre d'identifier les autres facteurs facilitateurs ou les barrières d'implantation du programme PDSB par les formateurs dans les établissements de santé.

La validité interne du devis de notre recherche dépend essentiellement de trois éléments (Denis et Champagne, 1990) : 1) la taille de l'échantillon, de manière à s'assurer que les variations observées ne sont pas aléatoires; 2) la qualité du modèle théorique utilisé; et 3) la qualité des stratégies de modélisation des données en vue de contrôler lors de l'analyse les sources rivales d'explication des variations observées dans la variable dépendante.

Selon Contandriopoulos et al. (1990), pour que la stratégie de recherche synthétique comparative soit utilisable, il faut que le nombre d'unités d'analyse soit beaucoup plus grand (au moins 10 fois plus) que le nombre d'attributs étudiés. La validité statistique de notre étude peut être donc limitée par la taille de notre population; en effet, notre modèle théorique regroupe 22 variables alors que notre population à l'étude est composée de 187 formateurs, parfois moins. Certaines relations non statistiquement significatives dans notre étude pourraient s'avérer l'être dans une population plus élevée. On pense qu'un effectif plus important nous aurait permis d'identifier davantage les caractéristiques des formateurs et les caractéristiques du contexte organisationnel qui influencent l'implantation complète et adéquate du programme PDSB dans les établissements de santé au Québec. Cependant, il importe de souligner ici que nous disposions de l'entière population québécoise de formateurs considérés actifs par l'ASSTSAS. En outre, deux rappels ont été effectués auprès des formateurs afin d'optimiser leur participation à l'étude; cette pratique est conforme aux recommandations (Dillman, 2007). Il nous était par conséquent difficile d'accroître nos effectifs.

D'autres raisons peuvent expliquer notre taux de réponse de 51,04 % qui est modeste mais satisfaisant puisqu'il s'applique à la l'ensemble de la population et non à un échantillon comme c'est le cas dans la majorité d'études de santé et sécurité au travail menées en milieu de travail. La longueur du questionnaire et le temps requis pour le compléter qui est de 60 à 90 minutes peuvent être un obstacle à l'obtention d'un taux de réponse supérieur. La pénurie de personnel soignant dans le système de santé et la surcharge au travail peut expliquer aussi notre taux de réponse puisque 86,7 % des formateurs sont soit des infirmiers soit des thérapeutes en réadaptation, des ergothérapeutes ou des physiothérapeutes. La majorité des formateurs qui n'avaient pas effectué des activités de formation durant les douze derniers mois, n'ont pas complété le questionnaire. Il nous est donc impossible de comparer les caractéristiques des

non répondants à ceux des participants à l'étude d'autant plus que la banque de données de l'ASSTSAS ne comporte pas de données sociodémographiques.

Nos résultats d'analyse de fiabilité montrent que celle-ci peut être considérée bonne et raisonnable selon (Van Driel 2004) pour la plupart de nos variables concernant les caractéristiques individuelles des formateurs. Cependant le Kappa généralement faible pour quelques éléments contextuels à savoir, la libération pour les activités de suivi de la formation et le niveau perçu de collaboration de la part du supérieur immédiat des formateurs pour réaliser les activités de prévention. Cette faible fiabilité peut entraîner une perte de puissance de notre recherche. Il est toutefois plausible de penser que ces perceptions peuvent changer dans l'espace d'un mois, soit entre le test et le retest, selon la survenue d'événements susceptibles de les modifier. Il se peut donc que le délai entre les deux mesures ait été trop long pour de telles variables, ce qui expliquerait ainsi les valeurs obtenues pour la fiabilité de ces mesures.

La qualité de notre modèle théorique peut accroître la validité interne de notre devis de recherche. Il est composé d'un ensemble de variables qui peuvent expliquer la variation dans l'implantation d'un programme, ces variables sont suggérées dans les études de Scheirer (1981) et Rogers (2003) portant sur les différents facteurs explicatifs du succès ou d'échec de l'implantation d'un programme dans une organisation.

Notre étude est aussi indispensable avant de pouvoir réaliser une analyse des effets de tels programmes sur la réduction des maux de dos chez le personnel soignant, elle a permis de documenter les sources de variations dans les pratiques des formateurs, et de prévenir la présence d'erreur de type III. Celle-ci consiste à conclure d'une façon erronée qu'un programme est inefficace sans avoir vérifié en premier lieu son degré d'implantation (Shadish, Cook et Campbell, 2002). Ceci permet aux autres organisations qui élaborent

des programmes de prévention similaire au PDSB de vérifier la présence de différences qui peuvent exister entre le programme prescrit et celui éventuellement implanté et ainsi d'élaborer des correctifs et de mettre en place des ressources nécessaires et des conditions adéquates pour une implantation complète des programmes de prévention afin d'atteindre leur objectif

L'évaluation de la mise en œuvre d'un programme de santé est une étape primordiale avant d'en évaluer les effets. Une évaluation du bien-fondé d'un programme et de son degré d'implantation représente les deux principales évaluations à effectuer avant d'en évaluer les effets. L'évaluation du bien-fondé du PDSB a permis de porter un jugement favorable sur celui-ci (Berthelette, al., 2005). Elle a permis aussi de documenter son degré d'implantation dans les établissements de santé. Notre étude va plus loin, en expliquant les variations des pratiques des formateurs. Ceci permettra de réaliser une éventuelle analyse des effets du programme PDSB en tenant compte des résultats de l'ensemble de ces études.

Chapitre 9
CONCLUSION

Le but de notre étude était de chercher les déterminants contextuels du degré de la mise en œuvre du programme PDSB dans les établissements de santé au Québec, spécifiquement, les caractéristiques individuelles des formateurs et les caractéristiques du contexte organisationnel des établissements de santé qui expliquent le mieux l'implantation adéquate du programme.

Le programme PDSB a été implanté plus adéquatement dans les établissements de santé des grands centres urbains, il a été également plus facilement implanté par des formateurs qui ont une formation de thérapeute en réadaptation, physiothérapeute ou ergothérapeute, de même que par ceux qui travaillent un plus grand nombre d'heures au cours de la semaine. Le niveau de facilité perçue pour la réalisation des activités de prévention PDSB a été aussi un facteur facilitateur de l'implantation du programme.

Nous pensons que, pour que le programme PDSB soit mieux implanté par les formateurs dans les établissements de santé du Québec tel qu'il est conçu par l'ASSTSAS, et pour lui permettre d'atteindre son objectif ultime soit la réduction des maux de dos chez le personnel soignant, d'autres conditions concernant les qualifications des formateurs et leurs conditions de travail au sein de l'établissement doivent être prises en considération pour que ces derniers puissent dispenser la formation PDSB au personnel soignant. En effet le type de la formation, le nombre d'heures de travail hebdomadaire et le quart de travail du formateur peuvent être des critères à prendre en compte lors du recrutement des futurs formateurs par les établissements de santé pour dispenser la formation PDSB.

Une adaptation de la formation PDSB en fonction de la région et des ressources mises à la disposition des formateurs PDSB dans les établissements et des facteurs facilitateurs existant dans ces derniers peut également favoriser une implantation plus adéquate du PDSB.

Les résultats de notre étude montrent l'importance d'évaluer le degré d'implantation du programme PDSB ou de tout autre programme de prévention au milieu de travail avant d'en évaluer ces effets. Cette évaluation des effets constituera une avenue de recherche importante et permettra d'élaborer des recommandations pour que le PDSB et tout autre programme de prévention similaire en milieu de travail soient adéquatement et complètement implantés, de façon à leur permettre d'atteindre leurs objectifs et de conclure ainsi à l'efficacité des interventions axées sur la formation et sur des intervention d'ergonomie participative à réduire l'incidence des troubles musculosquelettiques, et l'incidence du mal de dos en particulier, liés au travail.

RÉFÉRENCES

- Alexandre, NMC., Moraes MAA., Heleno RCF et Sylvia, AJ. «Evaluation of a program to reduce back pain in nursing personnel », *Rev Saude Publica*, 2001;4:356-361.
- Argyris C, *Savoir pour agir : surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*, 2003, Paris, InterÉdition.
- ASSTSAS. *Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement*, 2000.
- ASSTSAS (2003). Info PDSB, *Objectif prévention*, vol 26, no1.
- Backett-Milburn K, Wilson S. 2000. Understanding peer education: insights from a process evaluation. *Health Education Research*, 2000;15(1):85-96.
- Bedard S. TMS: quelques données. *Objectif Prévention* 2005;27(4):page 29.
- Berthelette D, Leduc N, Bilodeau H, Durand. MJ, Faye C, Loignon C, Lagacé MC. Analyse d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec. *Rapport-452*, IRSST, 2006A.
- Berthelette D, Leduc N, Bilodeau H, Faye C, Loignon C. *From underlying theory to program delivery : the Safe Patients' Transfer Training Program*. Actes du congrès, de l'International Ergonomics Association, Maastricht, juillet 2006B.
- Best, M (1997). « An evaluation of manutention training in preventing back strain and resultant injuries in nurses. *Safety science*, 25, 202-222.
- Bloom et al, (1969) « *taxonomie des objectifs pédagogiques, tome 1 : domaine cognitif*. Montréal : les entreprises éducation nouvelle Inc.
- Champagne F, Brousselle A. *Notes du cours de méthodologie d'évaluation ASA6178*, Université de Montréal, 2005
- Champagne F. La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé , <http://www.hc-sc.gc.ca/francias/pdf/romanow/39-champagne-F.pdf>. 2002,
- Chen HT. *Practical Program Evaluation : assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Alabama, sage publications, 2005.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2000;48:517-539.

Contandriopoulos AP, Champagne, F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal : les Presses de l'Université de Montréal, 1990, 197p.

Cook TD, Cook FL, Mark MM. Modèles expérimentaux et quasi expérimentaux en recherche évaluative: une introduction. Chapitre 6, dans *Introduction aux méthodes de recherche évaluatives* de Roland Lecomte et Leonard Rutman, Université de Carleton, Ottawa, 1982:105-14.

Cooper J, Tate RB, Yassi A, «Effect of an early intervention program on the relationship between subjective pain and disability measures in nurses with low back injury. *SPINE*, 1996;21:(20):2329-2336.

Daltory LH, Maura D, Iversen MG, Larson RL, Wright E, Ryan J, Zwerling C, Fossel A, Liang MH. A controlled trial of an educational program to prevent low-back pain injuries. *New England Journal of Medicine*, 1997;337;(5):322-328.

Daltory et al, 1993.« A controlled trial of an educational program to prevent low-back injuries» *New England Journal of Medecine*,vol.337. no5,p.322-348.

Denis JL, Champagne F. 1990. Analyse d'implantation. Université de Montréal :groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1990.

Denis JL, Champagne F. 1990. L'analyse de l'implantation : modèles et méthode. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 1990;5(2):47-67.

Dillman D. *Mail and Internet Surveys : The Tailored Design Method*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc. 2^e edition, 2007.

Doumont D, Libion F. *Prévention des lombalgies en milieu hospitalier et éducation par les pairs*. Unité RESO, Éducation pour la santé, Faculté de Médecine, Université catholique de Louvain, 2001

Engels JA, Brandsma B, Vander Gulden J. Evaluation of the effects of an ergonomic-educational programme. the assessment of ergonomic errors made during the performance of nursing tasks. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 1997;69:475-481.

Evanoff B, Bohr PC, Laurie D. Effects of a participatory ergonomics team among hospital orderlies. *American Journal of Medicine*, 1999;35:358-365.

Evanoff B. *Études d'intervention ergonomique chez les soignants*. INRS, médecin du travail. 2006;106:187-194.

Everett MR. Diffusion of innovation. New York. The Free Press. 5eme edition 2003.

Fanello SN, Jousset, Y Roquelaure,, Chotard-Frampas et Delbos il manque les initiales des auteurs. Evaluation of a training program for the prevention of low back pain among hospital employee. *Nursing and Health Sciences*, 2002;4:51-54.

Feldstein A, Valanis B, Vollmer W, Stevens N, Overton C : Assessing the effectiveness of back attack, an injury prevention program among nurses, aides, and orderlies. » *Journal of Occupational Medicine*, 1993;35(2):114-120.

Frank JW, Kerr MS, Brooker AS, Demaio SE, Maetzel A, Harry S., Shannon, TJ, Sullivan TJ, Norman RW, Wells R. Disability resulting from occupational low back pain. part 1 : what do we know about primary prevention ? A review of the scientific evidence on prevention before disability begins », *Spine*, 1996;21(24).

Frymoyer, JW, Predicting disability from back pain *Clin Orthop* 1992 Jun;(279):101-9

Gatty CM, Turner M, Buitendrop DJ, Batman H. The effectiveness of back pain and injury prevention program in the workplace. *Work*, 2003;20:257-266.

Grayson D, Dale AM, Bohr P, Wolf L, Evanoff E . Ergonomic evaluation : part of treatment protocol for musculoskeletal injuries ». *AAOHN Journal* 2005(53);10:450-457.

Hartvigsen J, Lauritzen S, Lings S, Lauritzen T. Intensive education combined with low tech ergonomic intervention does not prevent low back pain in nurses. *Occup Environ Medicine* 2006;62:13-17.

Hignett S. Intervention strategies to reduce musculoskeletal injuries associated with handling patients : a systematic review . *Occup Environ Medicine*, 2003;60.

Karas BE, Conrad KM. Back injury prevention intervention in the workplace an integrative review. *American Association of Occupational Health Nurses*, 1996;44(4):189-196.

Kinnear P. *SPSS facile appliqué à la psychologie et aux sciences sociales*, 2005. Deboeck University, psychology Press Ltd.

Kraus N, Rugulies R, David RR, Syme LS. Physical workload, ergonomic problems and incidence of low back injury : a 705 year prospective study of San Francisco transit operators. *American Journal of Industrial Medicine* , 2004;46:570-585.

Lagacé MC. *Théorie sous-jacente d'une formation comme intervention préventive des maux de dos : une analyse logique du PDSB*. Mémoire de maîtrise en administration des affaires. Université du Québec à Montréal, 2005

Lahad A, Mallter AD, Berg AO, Deyo RA. The effectiveness of four intervention for the prevention of low back pain. *Journal of American Medical Association*, 1994;272(16):1286-1291.

Langerstrôme MJ, Hagberg M. Evaluation of a 3-year education and training program for nursing personnel at a Swedish hospital. *AAOHN Journal*. 1997;45(2):83-92.

- Langerstrôme MJ, Pingel B, Tjernstrom G, Hagberg M. Evaluation of the implementation of an education and training programme for nursing personnel at a hospital in Sweden. *International Journal of Industrial Ergonomics* 1998;21:79- 90.
- Leduc N, Berthelette D, Bilodeau H, Loignon C, Faye C, Lagacé MC: Analysis of an ergonomic training program theory through four conceptual frameworks. Actes du congrès, Congrès de l'International Ergonomics Association, Maastricht, juillet 2006.
- Leithwood KA, Montgomery DJ. Evaluating program implementation. *Evaluation Review*, 1980;4(2):193-214.
- Limm H, Weel T, Rackwitz B, John J, Freumuth R, Von Garnier K, Stucking ET. Secondary prevention of back pain among nurses : a literature review on effectiveness of interventions and programs. *Phys Med Rehab Kuror* 2005;15:13-19.
- Loisel P., Gosselin L, Durand P, Lemaire J, Poitras S, Abenhaim L. Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from sub-acute back pain. *Applied Ergonomics*, 2001;32(1):p.53-60.
- Lone Donbaek J, Gange H, Jors E, Ryom P, Foldspang A, Christensen M, Esterdorf V, Bonde JP. Prevention of low back pain in female elder car workers : randomized controlled site trial. *Spine*, 2006;31(16):1761-1769.
- Lynch RM, Freud A. Short-term efficacy of back injury intervention project for patient care providers at one hospital. *AIHAJ*, 2000;61(2):290-304.
- Maher CG. A systematic review of workplace intervention to prevent low back pain. *Australian journal of Physiotherapy*, 2000;46(4):259-269.
- Maul I, Laubli T, Klipstein A, Krueger H. Course of low back pain among nurses : a longitudinal study across eight years. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003;60:497-503.
- Mintzberg, 1998 « le management voyage au centre des organisations». Paris : éditions d'organisations.
- Morken T, Moen B, Riise T, Hauge SHV, Langedrag A, Olson HO, Pederson S, Saue ILL, Slebo GM, Tohppil V. Effect of a training program to improve musculoskeletal health among industrial workers-effects of supervisors role in the intervention. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 2002;30:115-127.
- Nancy NM, Scarlett L, Michael ER. Intervention to reduce back pain in rehabilitation hospital nursing staff. *Rehabilitation Nursing* 2006;31(4): p.138-147.

Patton MQ. Implementation evaluation: what happened in the program. Chapter 9. In *Utilization-focused evaluation*. 3rd edition, Thousand Oaks: Sage Publication., 1991:195-214.

Ruud TF, Schillewareert N. Organizational innovation adoption a multi-level framework of determinants and opportunities for future research. *Journal of Business Research*, 2002;55:163-176.

Scheirer MA. *Program implementation: the organisational context*. Beverly Hills: Sage Publications, 1981.

Scholey M. Back stress: the effects of training nurses to lift patients in Clinical situation. *International Journal of Nurse Study* 1983;20(1):1-13.

Shadish WR, Cook TD, Campbell TD. *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, New York: Houghton Mifflin Company, 2002.

Smedley, J., Trevelyan, F., Inskip, H., Buckle, P., Cooper, C et Coggon, D (2003). Impact of an ergonomic intervention on back pain among nurses. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 29 (2), 117-123.

Snook SH. Work-related low back pain secondary intervention. *Journal of Electromyography and Kinesiology* 2004;14:153-160

Sobaszek A, Fantoni-Quinton S, Delval M, Rejou P, Mauppin JM, Lefranc D, Thevenon A, Frimat P, Edme JL. Long-term assessment of a sanitary education and lumbar rehabilitation program for health care workers with chronic low back pain at the University Hospital of Lille. *JOEM* 2001;42(3):289-294.

Stock S, Caron D, Gilbert L, Gosselin L, Tougas G, Turcot A. La prévention des troubles musculosquelettiques liés au travail réflexion sur le rôle du réseau de santé publique et orientations proposées pour la santé au travail. Institut National de Santé Publique. 2005.

St-Vincent M, Tellier C, Lortie M. Training in handling: an evaluative study. *Ergonomics* 1989;32(2):191-210.

Tveito TH, Hysing MH, Eriksen HR. Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occupational Medicine* 2004;54(1):3-13.

Van Driel, M (2004). *Glossaire des termes utilisés en evidence based medicine*. Gent: Minerva.

Vann Poppel M, Wendela NM, Hooftman E, Koes BW. Update of a systematic review of controlled clinical trials on the primary prevention of back pain at the workplace. *Occupational Medicine* 2004;54:345-352.

Vann Poppel M.N.M., Koes B.W., Van der ploeg T., Smid T., et Bouter L.M. 1998 Lumbar supports and education for the prevention of low back pain in industry. A randomized controlled trial. *Journal of the American medical association*, 279(22), 1789-1794.

Venning PJ, Walter SD, Lawrence WSH. Personal and job related factors as determinants of incidence of back injuries among nursing personnel. *Journal of Occupational Medicine* 1987;20(1):820-825.

Volinn E. Do workplace interventions prevent low back pain disorders ? if so why ? A methodological commentary. *Ergonomics* 1999;42(1):258-272.

Weston C et Craton, P.A.(1986). Selecting instructional strategies. *Journal of higher education*, 57, (30), 259-288.

William C, Beverly S, Mike L, Metz S. Zero lift programs in small rural hospitals in Washington state : reducing back injuries among health care workers. *AAOHN Journal* 2005;54(8):355-358.

Yassi A, Cooper JE, Tate RB, Gerlach S, Muir M, Trottier J, Masey K. Randomized controlled trial to prevent patient lift and transfer injuries of health care workers. *Spine* 2001;26(16):1739-1746.

ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE

Les activités PDSB dans les établissements de santé du Québec

Caractéristiques des formateurs

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

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

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

Exemples : pour (19)72		pour (20)03	
Année (décennie)	Année (unité)	Année (décennie)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○	○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	● ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

Oui ►
 Non
 ▼
Passez à la question 3

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

- Personnel soignant ou de réadaptation, dans le cadre de votre travail
 Agent de suivi, dans le cadre de votre travail
 Étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement
 Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q02a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

- une 1/2 journée
 1 journée
 2 journées
 plus de 2 journées
 Je ne me souviens plus

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

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



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

- Oui
 Non ► Passez à la question 6

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

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

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

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

6. Quelle est votre date de naissance?

<p>Jour</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 25</p> <p><input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 26</p> <p><input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 21 <input type="radio"/> 27</p> <p><input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/> 22 <input type="radio"/> 28</p> <p><input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 17 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> 29</p> <p><input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 24 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 31</p>	<p>Mois</p> <p><input type="radio"/> Jan <input type="radio"/> Mai <input type="radio"/> Sept</p> <p><input type="radio"/> Fév <input type="radio"/> Juin <input type="radio"/> Oct</p> <p><input type="radio"/> Mars <input type="radio"/> Juil <input type="radio"/> Nov</p> <p><input type="radio"/> Avr <input type="radio"/> Août <input type="radio"/> Déc</p>	<p>Année (dizaine)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Année (unité)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
---	--	---

7. Vous êtes : Une femme
 Un homme

8a) Êtes-vous né au Canada?

- Oui ► Veuillez passer à la question 8b)
 Non

Dans quel pays êtes-vous né? _____

Ne rien inscrire ici
Q08a_X1, X2

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

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

- Oui ► Veuillez passer à la question 9.
 Non

Dans quel pays est né(e) ...

a) Votre mère : _____

b) Votre père : _____

Ne rien inscrire ici
Q08b_X1, X2
Q08b2_X1, X2

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



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

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

Ne rien inscrire ici									
Q09_X1, X2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="radio"/>									
<input type="radio"/>									

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

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

Ne rien inscrire ici									
Q10_X1, X2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									

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

- Oui ► **Veillez passer à la question 12**
- Non

▼
Sinon, pour quelle raison? Veuillez indiquer **LA PRINCIPALE RAISON** parmi les suivantes.

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

Ne rien inscrire ici									
Q11a_X1, X2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="radio"/>									
<input type="radio"/>									

Arrêtez ici et merci d'avoir complété ce questionnaire!



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

Ne rien inscrire ici

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

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

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

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

Ne rien inscrire ici

--	--	--	--

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

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

Ne rien inscrire ici

Q15_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

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

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

- Oui ► Veuillez passer à la question 18
 - Non ► Si non, à quelle catégorie de salariés appartenez-vous?
Noircir une seule réponse
- Employé syndicable non syndiqué
 - Employé syndiqué
 - Cadre intermédiaire
 - Cadre supérieur
 - Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q17a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



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

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

Par exemple, pour indiquer 35 heures :

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

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

Quart de jour % de mes heures de travail _____

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

Quart de soir % de mes heures de travail _____

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

Quart de nuit % de mes heures de travail _____

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

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

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

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

Oui Non

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

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

Êtes-vous regroupés en comité?

Oui Non

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

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

Veillez passer à la question 22



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

Oui ►

Non

▼
Passez
à la
question
23

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

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

22b) Quelle fonction assumez-vous au sein de ce comité?
 Noter une seule réponse.

- Membre régulier seulement
 Représentant à la prévention
 Président ou co-président

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

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

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

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

Veuillez passer à la question 23

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

Oui

Non ► Veuillez passer à la question 26

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

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

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

- Membre régulier seulement
 Représentant à la prévention
 Président ou co-président



Caractéristiques des services de formation dispensés

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

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

Oui

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

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

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

Trop faible nombre de personnes à former

Mon établissement me demande de me consacrer uniquement au suivi

Autre, précisez: _____

► Passez maintenant à la question 44

Ne rien inscrire ici

Q26_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

Infirmière

Préposé aux bénéficiaires

Infirmière auxiliaire

Ergothérapeute

Physiothérapeute

Thérapeute en réadaptation physique

Educateur spécialisé

Auxiliaire familial

Autre, précisez: _____

Ne rien inscrire ici

Q27_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

Oui

Non

29. La question qui suit vise à connaître le degré d'homogénéité des groupes de travailleurs, formés lors d'une même session.

Veuillez noircir l'énoncé qui représente le mieux votre expérience, en moyenne.

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

étaient toujours

étaient le plus souvent

étaient souvent

étaient rarement

n'étaient jamais

... composés de travailleurs appartenant à la même catégorie professionnelle.



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

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

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

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

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

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

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

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

- J'ai préparé toutes mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé les ¾ de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé la moitié de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé le ¼ de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai n'ai préparé aucune de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré



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

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

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

Équipement	Oui	Non	Équipement non requis
01) Tableau et craies ou crayons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02) Chevalet de feuilles volantes (Flip chart)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03) Projecteur à acétates ou ordinateur et canon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04) Lit ajustable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05) L table compléte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06) Accessoires supplémentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07) Piculé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08) Tube de glissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09) Rouleau ou planche de transfert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Fauteuil roulant en bonne condition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Fauteuil gériatrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Fauteuil de positionnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Serviettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Bloc de poussée ou petit banc de lit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Lève-personne avec accessoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Civière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Civière-douche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Chaise d'aisance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Chaise de douche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Ceintures de transfert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Brancard ou lit pivotant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Somme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Marchette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Magnéscope et vidéo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Cahier du participant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) Local correspondant aux besoins de la formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



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

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

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

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



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

Q36e_X1, X2	Q36f_X1, X2	Q36g_X1, X2	Q36h_X1, X2
1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



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

Q36i_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



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

Q36j_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



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

Q36k_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>L1) Communication avec le patient (ou comment superviser le patient)</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Litière compacte <input type="checkbox"/> Piculé ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil géométrique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière Géomé <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant Autre matériel (précitez) : _____

Q36_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○



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

Q36m_X1. X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



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

Q36n_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>0) Principes de prise</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants</p> <p>2. Discussion en équipe</p> <p><input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants</p> <p><input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants</p> <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par ces participants seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants</p> <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe</p> <p>Lors des pratiques vous :</p> <p><input type="checkbox"/> jouez un rôle</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à ces participants de jouer un rôle</p>	<p><input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Chevalets de feuilles volantes (flip chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Sacs d'épicerie pleins</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ajustable</p> <p><input type="checkbox"/> Litière complète</p> <p><input type="checkbox"/> Piculé ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique</p> <p><input type="checkbox"/> Fautel roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Fautel générique</p> <p><input type="checkbox"/> Fautel de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires</p> <p><input type="checkbox"/> Civière</p> <p><input type="checkbox"/> Civière douce</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise d'aisance</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise de douche</p> <p><input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant</p> <p><input type="checkbox"/> Vancnette</p> <p><input type="checkbox"/> Cahier du participant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____</p>

Q360_X1, X2

: 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



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

Q36p_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○



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

Q36c_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>R) Principes de l'utilisation de l'équipement</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuillets velants (flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Litère complète <input type="checkbox"/> Piculé ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil générique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière ocuque <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36r_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



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

Q36s_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>T) Processus de résolution de problème</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à ces participants de jouer un rôle 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Et ajustable <input type="checkbox"/> Linaire composite <input type="checkbox"/> Piculé ou alaise de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil génératrice <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Léve-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière douce <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Varchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36t_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



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

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

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

- J'ai donné toutes mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai donné les 3/4 de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai donné la moitié de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai donné le 1/4 de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré
 Je n'ai donné aucune de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré

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

- Oui
 Non ► Passez à la question 44

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

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

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

- J'ai préparé tous mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé les 3/4 de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé la moitié de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé le 1/4 de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré
 Je n'ai préparé aucun de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré

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

- J'ai effectué toutes mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué les 3/4 de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué la moitié de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué le 1/4 de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré
 Je n'ai effectué aucune de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré



43. Quelle proportion de vos heures de suivi avez-vous effectuée durant les quarts de travail suivants?

Quart de jour % de mes heures de suivi _____

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

Quart de soir % de mes heures de suivi _____

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

Quart de nuit % de mes heures de suivi _____

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

44. Combien de sessions de formation PDSB prévoyez-vous donner au cours de la prochaine année?

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

Activités de prévention en rapport avec le PDSB

Les questions qui suivent visent à décrire les activités de prévention, en rapport avec le PDSB, que vous avez menées au cours de 12 DERNIERS MOIS.

45. Avez-vous effectué des activités de prévention en rapport avec le PDSB?

- Oui
- Non

► Veuillez indiquer la ou les raisons parmi les suivantes.
Cocher toutes les raisons qui s'appliquent.

- Raisons d'ordre personnel (maladies, problèmes familiaux, etc.)
- Ressources insuffisantes mises à votre disposition par l'établissement pour la prévention PDSB
- Mon établissement me demande de me consacrer uniquement à la formation.
- Demande insuffisante
- Autre, précisez : _____

► Passez maintenant à la question 51



Ne rien inscrire ici
 Q45a_X1, X2
 1 2 3 4 5 6 7 8 9



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

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

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

Travailleurs	<input type="text"/>	%		
Chefs d'unité ou de service	<input type="text"/>	%		
Représentant de la direction de l'établissement	<input type="text"/>	%		
Comité chargé de la santé et de la sécurité du travail	<input type="text"/>	%		
Autre, précisez : _____	<input type="text"/>	%		
TOTAL :	1	0	0	%

Ne rien inscrire ici
 Q47e_X1, X2
 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 ○○○○○○○○○○
 ○○○○○○○○○○



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

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

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

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

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

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



Formation d'agents de suivi PDSB

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- J'ai effectué toutes mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué les 3/4 de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué la moitié de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué le 1/4 de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré
 Je n'ai effectué aucune de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré



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

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

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

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

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

Oui Non

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

- Vous-même
- D'autres formateurs PDSB
- Votre établissement
- L'ASSTAS
- Autre, précisez : _____

Ne rien inscrire ici

Q58a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

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

Ne rien inscrire ici

Q59a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

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

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

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



Éléments contextuels

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

	N'a pas été libéré										Très facile 10
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
62. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour donner la formation PDSB?	<input type="radio"/>										
63. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour réaliser les activités de suivi de la formation?	<input type="radio"/>										
64. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour vous consacrer aux activités à titre d'agent de prévention PDSB?	<input type="radio"/>										
65. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle le personnel soignant est libéré afin de pouvoir suivre la formation PDSB?	<input type="radio"/>										

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

	Niveau de collaboration										Très élevé 10
	Nul 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
a) Votre supérieur immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Les supérieurs immédiats des personnes que vous deviez former	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Les personnes responsables de la formation du personnel au sein de votre établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Niveau de collaboration										Très élevé 10
	Nul 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
a) Votre supérieur immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Les supérieurs immédiats des personnes que vous deviez former	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Les membres du comité santé et sécurité au travail représentant les travailleurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Les membres du comité santé et sécurité au travail représentant l'employeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Les chefs des unités dans lesquelles vous intervenez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Les chefs des unités dans lesquelles vous souhaitez intervenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



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

	Jamais	Rarement	Souvent	Après chaque session de formation
a) Le personnel soignant que vous avez formé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) La personne qui vous a demandé de dispenser la formation au personnel soignant dans votre établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Pas du tout important								Très important	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>									

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

	Pas du tout important								Très important	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>									

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

	Pas du tout adéquatement								Très adéquatement	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Pas du tout adéquatement								Très adéquatement	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci de votre collaboration!



ANNEXE 2
TABLEAUX DES RÉSULTATS DES ANALYSES DE
FIABILITÉ

Variables	Coefficient de corrélation de Pearson	Signification
Nombre hebdomadaire d'heures travaillées	0,954	< 0,001
Proportion d'heures de formation effectuées le jour	0,994	<0,001
Libération pour les activités de formation	0,836	<0,001
Libération pour les activités de suivi de la formation	0,258	
Libération pour les activités de prévention	0,676	<0,01
Collaboration de la part du supérieur immédiat pour les activités de formation	0,799	<0,01
Collaboration de la part du supérieur immédiat pour les activités de prévention	0,395	
Implication des formateurs dans un comité de santé et de sécurité au travail	1	< 0,001
Proportion des sessions de formation dispensées durant les heures rémunérées	0,707	< 0,001
Accomplissement des activités de prévention par rapport au PDSB	0,462	0,004
-contenu abordé : principes de préparation	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,321-0,766	< 0,001
-contenu abordé : besoins et niveaux d'assistance	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,321-0,766	< 0,001
-contenu abordé : niveau d'assistance : supervision	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,512-0,841	< 0,001
-contenu abordé : communication avec le patient	0,752	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,330-0,841	< 0,001
-contenu abordé : assistance partielle	0,752	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,524-0,764	< 0,001
-contenu abordé : principes de positionnement	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,455-0,812	< 0,001
-contenu abordé : principes de préparation	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,321-0,766	< 0,001
-contenu abordé : principes de préparation	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,321-0,766	< 0,001
-contenu abordé : principes de prise	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,267-0,766	< 0,001
-contenu abordé : principes de mouvement	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,415-0,848	< 0,001
-contenu abordé : assistance totale	0,752	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,507-0,739	< 0,001
-contenu abordé : principes d'utilisation de l'équipement	0,816	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,476-0,926	< 0,001
-contenu abordé : obstacles à l'application des principes de solutions	0,739	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,343-0,841	< 0,001
-contenu abordé : processus de résolution de problème	0,738	< 0,001
-méthodes pédagogiques expérientielles	0,637-0,872	< 0,001

ANNEXE 3

Correlations** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

	Age	Genre	Ancienneté dans l'établissement	niveau d'éducation	profession	implication dans un comité	catégorie salariale	q18 un jour	q19a Quart de jour	statut	Mission	région	type d'unité de travail	heures de travail rémunéré	libération pour donner la formation PDS B	libération pour mener des activités de prévention	libération pour faire le suivi de la formation PDS B	collaboration De votre supérieur immédiat	collaboration De votre supérieur immédiat	Taille
Age	1	-,003	,552*	-,239**	,321**	,143	-,063	,195**	-,209**	,057	,049	-,057	,314**	,051	-,097	-,105	-,082	,012	-,055	,114
Genre	Pearson	1	,116	-,105	,390**	,102	-,093	,152*	,053	,094	,108	-,085	,209**	-,183*	,103	,050	-,114	-,099	,020	,223*
Ancienneté dans l'établissement	Pearson	,552**	1	-,178*	,230**	,023	-,110	,210**	-,198*	,136	-,177*	,309**	,026	-,001	-,049	-,088	,074	,020	,123	
niveau d'éducation	Pearson	-,239**	-,178*	1	-,296**	-,002	,108	,152*	,021	-,023	,110	-,253**	,134	-,040	-,034	-,045	,030	-,063	,063	
profession	Pearson	,321**	,390**	,230**	1	,031	-,080	,234**	,280**	,146*	,093	,015	,726**	,101	,126	-,148	-,009	-,004	-,064	,101
implication dans un comité	Pearson	,143	,102	,023	-,002	1	,185*	,022	,006	-,081	,045	-,042	-,109	,063	-,039	,055	-,028	-,145	,000	-,034
catégorie salariale	Pearson	-,063	-,093	-,110	,108	-,080	1	,013	,038	,232*	-,129	,044	,148*	,005	-,006	,043	,075	,024	-,056	-,054
q18 un jour	Pearson	,195**	,152*	,210*	-,121	,022	,013	1	-,017	,099	-,002	,093	,177*	-,142	,146	-,029	-,100	-,039	-,091	,196(**)
q19a Quart de jour	Pearson	-,209**	-,052	,152*	-,280*	,006	,038	1	-,017	-,059	-,044	,077	,422(*)	-,330(**)	-,072	,056	-,042	-,034	,208(*)	,109
statut	Pearson	,057	,198*	,021	,146*	-,081	-,232**	,099	-,059	1	,506(**)	-,153*	,201**	,004	,041	,014	,029	,084	,146	,156(*)

Mission	Pear s	,049	,108	,136	-,023	,093	,045	-,129	-,002	-,044	,506*	1	-,195(**)	,054	-,197*	,050	,044	,046	,062	,143	,020
région	Pear s	-,057	-,085	-,177*	,110	,015	-,042	,044	,093	,077	-,153*	,195*	1	-,015	-,030	,022	,053	,140	,002	-,088	,341*
Unité travail	Pear s	,314(**)	,209*	,309*	-,253**	,726	-,109	-,148*	,177*	-,422**	,201*	,054	-,015	1	,194(*)	,067	-,172*	-,045	,005	-,083	,085
heures de travail rémunéré	Pear s	,051	-,183*	,026	,134	,101	,063	,005	-,142	-,330**	,004	-,197*	-,030	,194*	1	,048	-,010	-,028	,012	-,017	-,163
libération formation PDSB	Pear s	-,097	,103	-,001	-,040	,126	-,039	,006	,146	-,072	,041	,050	,022	,067	,048	1	,234*	,833**	,527*	,247*	,135
libération activités de prévention	Pear s	-,105	,050	-,049	-,034	-,148	,055	,043	-,029	,056	,014	,044	,053	-,172*	-,010	,234**	1	,465**	,330*	,442*	-,002
libération suivi de la formation PDSB	Pear s	-,082	-,114	-,088	-,045	-,009	-,028	,075	-,100	-,042	,029	,046	,140	-,045	-,028	,833**	,465*	1	,567*	,455*	,026
Collaborati collaborati on	Pear s	,012	-,099	,074	,030	-,004	-,145	,024	-,039	-,034	,084	,062	,002	,005	,012	,52	,33**	,567**	1	,740*	-,023
taille	pear s	-,055	,020	,020	-,063	,064	,000	,056	-,091	,208*	,146	,143	,088	-,083	-,017	,247**	,442*	,455**	,740*	1	-,073
	pear s	,114	,223**	,123	,063	,101	-,034	,054	,196**	,109	,156(*)	,020	,341*	,085	-,163	,135	-,002	,026	-,023	-,073	1