



Texte original.*

Les pratiques de collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé au travail du Québec

Daniel Prud'homme, Marie Bellemare et Sandrine Caroly

1025, av. des Sciences-Humaines, Pavillon J.-A. DeSève, 3e étage, Québec (Québec) G1V 0A6,
daniel.prudhomme.1@ulaval.ca

Les programmes de santé spécifique à un établissement (PSSE) sont l'un des quatre grands mécanismes de prévention prévus dans la *Loi sur la santé et sécurité au travail du Québec*. Si la Loi ne nomme qu'un médecin responsable, ce sont en réalité des équipes de santé au travail (ÉSAT) qui élaborent ces PSSE. Dans cette communication, à l'aide du modèle de la situation de travail et du schéma des pratiques de collaboration interprofessionnelles, nous étudions les pratiques de collaboration interprofessionnelle (CIP) dans les ÉSAT. Les pratiques observées varient entre les pratiques indépendantes, en parallèle, de consultation, de concertation et en services partagés. La formalisation des équipes, la coordination des moyens de communication, le leadership, le respect et les identités professionnelles influencent particulièrement les pratiques de CIP.

Mots-clés : Collaboration interprofessionnelle, Santé et sécurité au travail, Prévention, Programmes de santé spécifique à un établissement.

Interprofessional Collaboration Practices in Occupational Health Teams in Quebec

The specific health programs (SHP) are one of the four mechanisms of prevention planned by the Health and Safety at work Law in the province of Quebec. If the Law appoints only a responsible doctor, it is in reality Health at work teams (HWT) that develop these SHP. In this communication, based on the model of the working situation and the diagram of inter professional practices of collaboration, we study the practices of inter professional collaboration (CIP) in the HWT. The observed practices vary between independent practices, in parallel, of consultation, of dialogue and in shared services. Formalization of the teams, coordination of communication, leadership, respect and professional identities influence particularly the practices of CIP.

Key words: Inter professional Collaboration, Health and Safety at Work, Prevention, Specific Health Programs.

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à La Rochelle du 1^{er} au 3 octobre 2014. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Prud'homme, D., Bellemare, M. & Caroly, S. (2014). La collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé au travail du Québec. Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

INTRODUCTION

Depuis 1979, les milieux de travail québécois sont encadrés en matière de santé et sécurité au travail (SST) par la *Loi sur la Santé et la Sécurité du travail* (LSST). Cette loi met en avant le principe de l'élimination à la source des dangers, et opérationnalise ce principe général par divers moyens de prévention. L'un de ces moyens est le Programme de prévention spécifique à un établissement (PSSE) dont la responsabilité échoit à un médecin responsable, selon l'article 112 de la LSST.

Concrètement, ce sont plutôt des équipes locales en santé au travail (ÉSAT) qui reçoivent le mandat d'élaborer ces PSSE. Les ÉSAT sont composées d'un noyau incluant le médecin responsable, une infirmière du travail et un technicien en hygiène du travail. D'autres intervenants viennent également en appui à cette première ligne, notamment des ergonomes, des hygiénistes du travail, des agentes administratives et des professionnels de recherche.

À l'image du Document unique en France, le PSSE au Québec identifie les principaux risques pour la santé des travailleurs d'un établissement et préconise certains moyens de prévention afin de les réduire, voire les éliminer si possible. Ce document est reçu et approuvé par le Comité santé et sécurité de l'établissement en question, si un tel comité existe. Selon la région administrative, le PSSE sera renouvelé à tous les cinq à sept ans. Il est à noter que ce ne sont pas tous les risques pour la santé qui font partie des PSSE. Ainsi, un certain nombre de risques sont priorisés pour des raisons souvent historiques. Des équipes régionales, notamment, s'assurent de garder les intervenants locaux à jour sur les risques émergents.

Les membres de l'équipe travaillent ensemble avec chacun leur professionnelle, ce qui donne lieu à des collaborations pouvant prendre diverses formes. Pourtant, peu d'études se sont intéressées à la collaboration interprofessionnelle (CIP) entre ces acteurs, qui sont pourtant un maillon central de la prévention au Québec. Les études qui se sont penchées sur cette question l'ont fait à propos de la collaboration entre médecins et infirmières dans un contexte clinique.

D'Amour définit la CI comme étant «la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance» (D'Amour, 1997 : 40). Pour les chercheurs s'intéressant à la CIP, il est donc possible de «faire seul», de «négocier» en fonction d'une cible commune, ou encore de «faire ensemble» (Fortier, 2004 : 11). Un parallèle peut être établi entre ce modèle et celui des formes du travail collectif de De la Garza et Weill-Fassina (2000). Ainsi, les acteurs font seuls lorsqu'ils sont dans la co-activité et la co-action, ils négocient pour être en mesure de coopérer, et ils font ensemble lorsqu'ils collaborent et qu'ils s'entre-aident.

Ce modèle a été précisé ensuite pour donner naissance au *Schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux* (Careau, Houle et Dumont, 2011 : 6). Ce schéma distingue cinq types de pratiques interprofessionnelles : la pratique indépendante, en parallèle, par consultation, de concertation et en services partagés. Ce qui est particulièrement intéressant avec ce schéma est qu'il s'intéresse très spécifiquement à la collaboration entre des médecins et des infirmières.

Cette communication, réalisée dans le cadre de la recherche PLURIPREV, explore le concept de CIP au sein des ÉSAT. Plus spécifiquement, nous nous sommes posés la question suivante : *comment la collaboration interprofessionnelle est-elle organisée et vécue dans les équipes de santé au travail du Québec?*

Pour répondre à cette question, nous allons d'abord expliquer notre méthodologie pour ensuite donner quelques faits saillants de nos résultats. Nous discuterons ensuite de ces résultats plus en profondeur avant de conclure.

MÉTHODOLOGIE

Les ÉSAT font partie du réseau public en santé au travail (RPSAT). Ce réseau est divisé en 18 régions administratives. Au total, environ 700 personnes travaillent à l'intérieur du RPSAT.

À l'aide d'un échantillon non-probabiliste de volontaires, nous avons recruté 65 participants dans six régions administratives différentes, principalement des médecins, infirmières et techniciens du travail mais également des ergonomes, agentes administratives, coordonnateurs, hygiénistes et professionnels de recherche. Chacun de ces volontaires a participé à une entrevue d'une durée d'environ une heure. Ces entrevues individuelles étaient semi-dirigées et évoluaient en fonction des échanges entre le chercheur et le participant.

Nous avons également fait de l'observation participante (Bastien, 2007) dans l'une des régions. De fait, nous avons observé et participé à des réunions d'un groupe de travail portant sur «l'optimisation des pratiques de collaboration interprofessionnelle». Ce groupe de travail réunissait différents intervenants de la région représentant plusieurs groupes professionnels impliqués en santé au travail.

Les données recueillies ont été analysées principalement à l'aide du modèle de la situation de travail de Vézina (2001) et du schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux (Careau, Houle et Dumont, 2011). Plutôt que s'intéresser à l'ensemble de l'activité des intervenants, nous nous pencherons plus spécifiquement sur les pratiques de collaboration que sont les pratiques indépendantes, en parallèle, par consultation, de concertation et en services partagés. Les conditions d'exercice du travail, de la même manière, ont été analysées en fonction des déterminants interactionnels et organisationnels de la CIP. Le concept d'identité

professionnelle de Dubar (2000) sera également mis à contribution à l'intérieur des déterminants interactionnels.

Enfin, nous avons validé nos interprétations auprès de plusieurs intervenants du RPSAT, non seulement auprès des acteurs ayant participé à la recherche à proprement parler mais auprès des acteurs des ÉSAT en général. Cette phase de validation est d'ailleurs toujours en cours.

RÉSULTATS

Tel qu'annoncé par notre question de recherche, dans cette section, nous nous intéresserons aux pratiques de collaboration interprofessionnelle.

Les pratiques de collaboration interprofessionnelle

Nous avons mentionné plus haut les cinq grands types de pratiques de collaboration que sont les pratiques indépendantes, en parallèle, en consultation, de concertation et en services partagés. Nous verrons comment ces différentes pratiques sont mises en œuvre par les ÉSAT au quotidien.

Les pratiques indépendantes

En ce qui concerne les pratiques indépendantes, l'intervenant fait seul et ses interactions avec les autres membres du collectif sont limitées au fonctionnement général de l'organisation (Faverge, 1970, cité par De la Garza et Weill-Fassina, 2000 : 227). En soi, nous ne sommes pas dans la collaboration interprofessionnelle à proprement parler.

Si on s'intéresse spécifiquement à l'élaboration du PSSE par les ÉSAT, nous ne sommes pas alors dans les pratiques indépendantes, même lorsque l'intervenant fait seul. Même lorsqu'un intervenant œuvre sur un mandat plus spécifique, il y a un minimum d'interactions avec les autres professionnels. Une exception concerne les demandes de services qui sont parfois complétées par un technicien sans intervention des autres, sinon le coordonnateur de l'équipe de santé. Lorsque certains acteurs participent à des comités provinciaux, également, ils travaillent alors seul par rapport à leur collectif d'origine, mais collaborent tout de même avec des professionnels d'autres régions administratives.

Les pratiques en parallèle

Ici, il y a alors relation entre différents professionnels autour d'un objet commun. Essentiellement, un des professionnels s'informe de l'action de l'autre sur cet objet commun avant d'agir lui-même. Contrairement à la co-action de De la Garza et Weill-Fassina (2000), l'objet est donc le même. Cette prise d'information peut se faire «en personne», lors d'une interaction, ou encore au moyen d'outils informatiques (Careau et coll., 2014 : 13). En

somme, les acteurs font encore seuls puisqu'il n'y a pas encore de négociation entre eux.

En lien avec les ÉSAT, les notes évolutives du système d'information en santé et sécurité du travail (SISAT) sont utilisées abondamment par les intervenants de certaines régions avant de contacter le milieu de travail pour connaître ce qui a été fait par les autres intervenants. Nous sommes ici réellement dans la pratique en parallèle puisqu'il n'y a pas nécessairement une interaction «en vrai» entre les acteurs. Dans certaines régions, principalement dans les points de service avec peu d'intervenants, les intervenants se font un devoir de se déplacer pour parler à l'autre intervenant que les notes évolutives soient à jour ou non.

Les pratiques en parallèle sont particulièrement utilisées entre la visite initiale, c'est-à-dire lors de la première rencontre avec l'établissement, et la présentation du PSSE au milieu de travail. Il y a alors échanges d'information entre les intervenants mais chacun réalise son mandat indépendamment de ce que font les autres : le technicien s'occupe de ses échantillonnages, l'infirmière de ses Premiers secours, premiers soins (PSPS), notamment.

Les pratiques en consultation

Viennent ensuite les pratiques en consultation. L'information est alors partagée entre les acteurs. Également, un intervenant peut demander la contribution d'un autre pour venir compléter l'intervention (Careau et coll., 2014 : 14). Nous sommes cette fois dans la coopération de De la Garza et Weill-Fassina, alors qu'il y a «partage du travail en fonction des connaissances et compétences» (2000 : 228) de chacun. Nous entrons ici dans la négociation entre les acteurs, selon Fortier (2004).

Dans les ÉSAT, avec l'arrivée régulière de nouveaux risques pour la santé, et de nouveaux mandats (les vibrations, par exemple, ont été ajoutées récemment, ou encore les risques psychosociaux dans une région), il y a effectivement des négociations entre les acteurs pour assigner ces nouveaux mandats aux intervenants qui ont les compétences pour y parvenir, ou tout simplement le temps de s'en occuper.

Sinon, en cours d'intervention, la consultation va également se faire auprès des médecins et des autres professionnels lorsque les risques pour la santé excèdent le sentiment de compétence des intervenants. Pour les TMS par exemple, des ergonomes seront mis à contribution par les infirmières et les techniciens pour jeter un second regard sur l'évaluation des risques, ou encore pour trouver des pistes de prévention. Les hygiénistes vont aussi être consultés par les techniciens lorsque ceux-ci ne sont pas certains de la stratégie d'échantillonnage à adopter. Le médecin, enfin, est consulté sur les risques émergents pour la santé, ou lorsque ce sont des risques dits traditionnels mais que ceux-ci ne font pas partie de la pratique habituelle des autres intervenants.

Dans une région en particulier, comme nous l'avons mentionné précédemment, certains critères entraînent la consultation automatique du médecin du travail.

Les pratiques de concertation

Dans les pratiques de concertation, les acteurs se coordonnent ensemble. L'objet de l'intervention est souvent alors plus complexe et il y a un besoin d'organisation plus grand pour être en mesure de rendre le service (Careau et coll., 2014 : 15). Il y a donc complémentarité entre les intervenants qui agissent en multidisciplinarité. S'ils font de plus en plus ensemble, ils sont toujours dans la négociation.

À l'intérieur des ÉSAT, ces pratiques de concertation se font principalement au début et à la fin de l'élaboration du PSSE et lors des séances d'informations aux travailleurs. De fait, lorsque l'équipe de santé rencontre les acteurs d'un établissement pour la première fois, les membres de l'équipe se coordonnent ensemble afin d'obtenir un portrait complet du milieu de travail. Le technicien va alors être particulièrement impliqué pour documenter tout ce qui concerne les risques chimiques, alors que l'infirmière va poser des questions sur les travailleurs et l'organisation en général. Si un médecin est présent, on constate que c'est principalement vers lui que seront dirigées les réponses aux questions, même si ce sont les autres professionnels qui les ont posées.

Par la suite, lors de la présentation du PSSE au milieu de travail, il y a aussi coordination entre les intervenants pour la présentation du diagnostic. Pour tous les intervenants, la remise du PSSE à l'établissement n'est pas une fin en soi mais plutôt un moment pour faire et, surtout, «vendre» la prévention. L'articulation entre les intervenants de l'ÉSAT est donc particulièrement cruciale à cette étape, tout comme lors des séances d'information aux travailleurs qui sont réalisées par le technicien et l'infirmière dans la grande majorité des régions.

Nous insistons ici sur le fait que le «service» rendu aux établissements n'est pas réellement le PSSE en tant que tel mais plus largement la santé au travail. Les intervenants doivent être en mesure de démontrer qu'ils ont compris les risques pour la santé présents dans l'établissement et qu'ils sont en mesure de participer, avec le milieu, à les contrer. Ils doivent ainsi s'adapter en fonction des risques priorités et selon la façon dont l'intervention s'est déroulée jusqu'alors.

Dans les régions où les distances à parcourir sont très grandes, les acteurs SAT vont aussi plus souvent se concerter pour réaliser l'ensemble de leurs interventions en même temps pour une question de sécurité routière, en plus de sauver des frais de déplacement. Le technicien va ainsi s'assurer de la disponibilité de l'infirmière pour aller échantillonner dans un milieu. Cette dernière va alors réaliser son inventaire des PSPS à ce moment.

Les pratiques en services partagés

Enfin, les dernières pratiques de collaboration interprofessionnelle sont les pratiques en services partagés. Les décisions se prennent en concertation, et les compétences des différentes professions doivent être mises à contribution pour en arriver à gérer la situation. Nous sommes donc ici dans l'interdisciplinarité. Les acteurs font réellement ensemble.

Ce partage de services se produit principalement lors de la discussion sur la priorisation des risques. De fait, dans toutes les régions et dans toutes les équipes, une fois que la visite initiale a été effectuée et que les intervenants ont une certaine idée des risques pour la santé présents dans le milieu de travail, ils doivent «choisir» parmi les risques lesquels seront prioritaires dans le PSSE. Si de nombreux risques seront effectivement identifiés, les acteurs des équipes de santé sont conscients que les établissements ne peuvent pas régler l'ensemble des risques d'un coup. De plus, nous l'avons mentionné, l'objectif réel à travers le PSSE des ÉSAT est de faire la promotion de la prévention dans les milieux de travail. La priorisation doit donc tenir compte non seulement de la gravité du risque en question mais également des capacités d'agir tant du milieu de travail que de l'ÉSAT elle-même. En somme, les intervenants vont considérer la possibilité d'obtenir un succès rapidement afin de permettre de développer des liens de confiance avec l'établissement et ainsi favoriser leur coopération à long terme.

Ce type de discussions aura également lieu avec les ergonomes et les hygiénistes sur certains risques spécifiques. Quand les intervenants ne sont pas certains de l'importance d'un risque versus les autres déjà identifiés dans le PSSE, ils vont ainsi demander aux autres professionnels de participer à la discussion sur la priorisation des risques.

DISCUSSION

Dans cette section, nous allons revenir sur quelques-unes des pratiques de collaboration interprofessionnelle exposées plus haut afin d'en identifier, principalement, les déterminants organisationnels et interactionnels.

Déterminants organisationnels

Les déterminants organisationnels font référence à une partie des conditions de réalisation du travail selon le modèle de l'ergonomie de l'activité. Ceux-ci sont «à l'origine de la façon dont la personne pourra réaliser son activité» (St-Vincent et coll., 2011 : 43), dans notre cas : de ses pratiques de collaboration.

Litvak et coll. (2010 : 8) ont identifié, notamment, la formalisation, c'est-à-dire l'explicitation du prescrit, comme particulièrement significative dans la CIP.

De fait, nous constatons d'emblée que la formalisation même des ÉSAT a une influence sur les pratiques de collaboration. Ainsi, selon les régions, deux grandes tendances ont été observées : 1) la stabilisation des intervenants en duos (infirmières et

techniciens) ou trios (incluant le médecin); 2) la rotation des équipes en fonction des dossiers. Dans la grande majorité des régions, c'est la deuxième option qui est privilégiée. Là où les ÉSAT sont stables, on constate des pratiques différenciées d'une équipe à l'autre. Par contre, même lorsque la rotation est la norme, chacun des intervenants conserve son individualité. Il y a une certaine homogénéisation mais celle-ci n'est pas complète.

En ce qui concerne l'élaboration du PSSE en lui-même, sauf exception, le processus n'est pas formalisé. Les intervenants ont la latitude d'adapter leurs interventions en fonction des circonstances. La majorité des acteurs font le choix d'effectuer la visite initiale en duo, soit infirmière et technicien. La suite de l'intervention sera ensuite très variable et principalement en silo. Chacun des intervenants est responsable d'avancer ce qui relève de son champ de compétences : pour les techniciens, on parle de l'identification des agresseurs chimiques et la rédaction du *Rapport environnemental*, pour les infirmières, le programme PSPS et la rédaction de la version finale du PSSE. La présentation du PSSE et les séances d'information sont principalement données en duo.

Comme nous le disions, les médecins, dans la grande majorité des régions, ne sont impliqués que dans des cas spécifiques : lorsque le milieu de travail est bien structuré au niveau de la SST, lorsque le type d'activité économique est mal connu des autres intervenants, lorsqu'il s'agit d'une très grande entreprise. Ces critères sont formalisés dans une seule région, mais ils sont essentiellement les mêmes, de façon informelle, dans les autres régions. De plus, ils participent systématiquement à la priorisation des risques.

Les mécanismes de coordination des communications sont un autre déterminant organisationnel identifié dans la littérature (Wacheux et Kosremelli Asmar, 2007 : 6).

À cet égard, les intervenants travaillent avec le SISAT, en plus d'avoir accès à un Intranet dans chacune des régions. Ce SISAT permet notamment de partager des notes évolutives avec les autres intervenants, en plus d'avoir accès à une importante banque de données sur le dossier SST des entreprises. Nous constatons par contre que les notes évolutives ne sont pas toujours rédigées en cours d'intervention. Elles le sont parfois après les interventions, lors notamment de séances collectives de rédaction de notes dans le SISAT. En ce qui concerne l'Intranet, un calendrier des activités permet en théorie à l'ensemble de l'équipe de connaître les disponibilités des autres intervenants. Encore une fois, nous constatons que son utilisation est très variable d'une région à l'autre, et d'un intervenant à l'autre dans certaines régions.

Ainsi, l'utilisation de ces outils dirige parfois les intervenants vers les pratiques en parallèles et les pratiques en consultation. De fait, les échanges «en personne» permettent non seulement d'échanger de

l'information mais aussi de coordonner les futures interventions, les futures actions à poser. En se contentant d'aller puiser l'information dans les systèmes informatiques, les acteurs peuvent aussi choisir de faire seul pour diverses raisons.

Déterminants interactionnels

Une interaction est une action réciproque «modifiant le comportement ou la nature des éléments, corps, objets, phénomènes en présence ou en influence» (Morin, 1977 : 51). Les déterminants interactionnels font donc référence aux individus et à leurs prédispositions face à la CIP avec les autres acteurs d'un milieu de travail, prédispositions qui vont ensuite influencer la trajectoire de l'action. Les écrits sur la CIP en identifient quelques-unes qui seraient particulièrement influentes sur la collaboration interprofessionnelle : la volonté de collaborer, la confiance mutuelle, le respect et le leadership (Litvak et coll., 2010; Robidoux, 2007; Wacheux et Kosremelli Asmar, 2007 : 5). Nous aborderons également la question de l'identité professionnelle, selon le concept de Dubar (2000) dans les déterminants interactionnels puisqu'il s'agit, selon nous, d'une réalité incontournable qui affecte la collaboration entre les différents acteurs dans les ÉSAT.

D'emblée, en lien avec le leadership, ce sont souvent les médecins qui assument le rôle de leader dans les équipes quand ils sont suffisamment présents. Nous entendons par là que le Québec manque de médecins du travail actuellement et que plusieurs régions sont en sous-effectifs. Dans cette situation, d'autres intervenants vont alors prendre la relève : coordonnateurs et infirmières principalement mais pas uniquement. Ainsi, dans une région en particulier, le médecin est le «propriétaire» de l'établissement. Il gère alors le calendrier des activités. Dans d'autres régions, tel que mentionné précédemment, le médecin ne peut pas assumer ce rôle par manque de temps et devient alors un intervenant de deuxième ligne. Il conserve malgré tout son statut particulier de médecin «responsable» selon la CSST, et tous les médecins ont une conscience aigüe de cette responsabilité. Ils se conservent ainsi le droit et le privilège d'avoir le dernier mot sur le PSSE avant que ce dernier soit soumis à l'établissement.

Dans le même ordre d'idées, l'arrivée d'un nouveau médecin dans une région traditionnellement en sous-effectifs modifient autant les pratiques de collaboration que le départ d'un médecin, en particulier s'ils ont déjà fait de la santé au travail dans une autre région. Ils arrivent alors avec des façons de faire différentes qui ne sont pas acceptées d'emblée par les autres intervenants. Un travail d'harmonisation des pratiques doit alors être effectué par les travailleurs.

En lien avec le respect, nous avons constaté certaines pratiques étonnantes dans une région. De fait, dans une région en particulier, les médecins n'indiquaient pas à l'avance leurs journées de présence

aux autres intervenants alors pourtant qu'ils font partie de trios formalisés et qu'ils jouent le rôle de chef d'équipe. Cette situation est vécue difficilement par les autres membres du trio qui se voient ainsi privés d'une partie de leur contrôle sur leur propre tâche, en plus d'entamer la confiance mutuelle entre les membres de l'ÉSAT.

Les identités professionnelles

Enfin, en ce qui a trait à l'identité professionnelle, celle-ci peut être définie «comme un construit social ou un système d'action inscrit dans des rapports sociaux situés dans un temps et un espace individuel et social» (Le Capitaine, 2010 : 107). Cette identité n'est ainsi jamais donnée une fois pour toutes mais est plutôt en constante évolution, au fil des interactions vécues par l'acteur. Dans le cadre professionnel, cet acteur va chercher à faire reconnaître le sens qu'il donne à ses rapports sociaux avec les autres acteurs (Dubar, 1996, cité par Le Capitaine, *op.cit.*).

Nous l'avons constaté, autant les techniciens que les infirmières et les médecins sont porteurs d'une identité professionnelle forte.

Chez les techniciens, ils sont considérés, par eux-mêmes et par les autres acteurs, comme «les yeux et les oreilles» de l'équipe. En raison des échantillonnages qu'ils ont à faire, ce sont eux qui passent généralement le plus de temps dans les entreprises et qui côtoient le plus les travailleurs. De plus, ils sont les seuls à être formés spécifiquement pour le travail qu'ils effectuent au quotidien, tandis qu'il s'agit d'une spécialité pour les infirmières et les médecins. Ce sont par ailleurs les moins bien payés de l'équipe.

Dans plusieurs endroits, le collectif des techniciens émet des règles à l'endroit de ses membres qui ont des impacts sur les autres professionnels. Ainsi, dans une région, la règle était de ne pas rédiger le PSSE. Ils acceptent que les autres acteurs puissent des passages dans le *Rapport environnemental* mais ne veulent pas eux-mêmes s'en charger. Les techniciens qui ne suivent pas cette règle, et il y en a, se retrouvent alors en position précaire. Soit ils cachent certains comportements aux autres membres du collectif, soit ils vont à l'encontre des règles internes à leur trio interprofessionnel. Dans une autre région, les techniciens ont refusé de faire valider leurs rapports environnementaux par un hygiéniste industriel nouvellement embauché. Ils ont plutôt décidé de valider entre eux les rapports malgré le surplus de travail que ça leur occasionne.

Pour les infirmières, elles s'occupent principalement du programme *Premiers secours, premiers soins* et sont responsables des séances d'information aux travailleurs. Dans la majorité des régions, ce sont également elles qui s'occupent du programme *Pour une maternité sans danger* en plus d'être celles qui établissent les premiers contacts avec les établissements. Elles vont souvent rédiger concrètement le PSSE et «gérer» le calendrier de

l'équipe, c'est-à-dire répondre de l'avancement des dossiers.

Un élément important pour les infirmières est qu'elles sont formées à prendre soin, au *care*. Pour elles, puisque ce sont surtout des femmes, il est important d'être reconnues comme celles qui peuvent faciliter les contacts avec les milieux de travail.

En ce qui concerne les médecins, ce sont les seuls qui sont nommés par la LSST. Ce sont eux qui ont officiellement le mandat d'élaborer les PSSE, qui en assument la responsabilité légale. À ce titre, ils ont le dernier mot sur ces programmes de santé. Ce sont aussi les experts de la santé des travailleurs. Ils connaissent les maladies et les effets sur la santé que peuvent occasionner l'utilisation de produits chimiques, du bruit et autres risques pour la santé. Leur statut social peut agir également comme un déclencheur dans les milieux de travail lorsque ces derniers sont moins ouverts à effectuer des changements.

En somme, les médecins se voient comme ceux qui peuvent assurer la scientificité des interventions des ÉSAT.

Par ailleurs, entre les infirmières et les médecins, il y a une ambiguïté de rôle. Dans les régions où il manque de médecins, la distinction est plus claire : l'infirmière fait à la place du médecin, en plus de s'occuper de ce qui lui revient normalement. Lorsque plusieurs médecins sont en poste dans une région donnée, par contre, l'infirmière est parfois jugée comme n'étant pas essentielle à la bonne marche de l'intervention par les autres professionnels, ce qui entraîne des conflits à l'intérieur du collectif.

CONCLUSION

En somme, dans cette communication, nous avons vu que les pratiques de collaboration interprofessionnelle peuvent prendre diverses formes : indépendantes, en parallèles, de consultation, de concertation et en services partagés. Les équipes de santé au travail du Québec passent ainsi d'une situation où les intervenants font seuls, généralement lorsque les interventions sont simples, à une situation où les décisions sont prises en tenant compte des différentes expertises professionnelles, notamment pour la priorisation des risques pour la santé dans le PSSE.

Les principaux déterminants organisationnels identifiés structurant ces pratiques de collaboration sont : la formalisation des équipes de santé ainsi que les mécanismes de coordination des moyens de communications. Au niveau interactionnel, le leadership et le respect influencent les pratiques de collaboration, alors que les identités professionnelles leurs donnent une certaine couleur.

Dans l'optique de poursuivre les recherches sur la CIP, il serait intéressant de s'intéresser également aux conséquences des pratiques de collaboration, autant sur les intervenants eux-mêmes que sur la production des PSSE.

BIBLIOGRAPHIE

- Bastien, S. 2007. Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. Dans *Recherches qualitatives*, vol. 27, no. 1, pp. 127-140.
- Careau E., N. Brière, N. Houle, S. Dumont, J. Maziade, L. Paré, M. Desaulniers et A.-C. Museux. 2014. *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Québec : RCPI, 26p.
- Careau, E., N. Houle et S. Dumont. 2011. *Schéma des pratiques de collaboration en santé et services sociaux*. Québec : RCPI, 18p.
- D'Amour, D. 1997. «Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec». Montréal : Université de Montréal, Thèse de doctorat en santé publique, 434p.
- De La Garza, C. et A. Weill-Fassina. 2000. «Régulations horizontales et verticales du risque». Dans Hakim Benchekroum, T. et A. Weill-Fassina. *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse : Octarès Editions, pp. 217-234.
- Dubar, C. 2000. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : A. Colin. 255p.
- Fortier, L. 2004. «Des alliances... au quotidien. La base de la collaboration interprofessionnelle». Montréal : *Congrès annuel de l'AQIISM*, 20 mai.
- Le Capitaine, C. 2010. «L'impact des nouvelles identités professionnelles des femmes sur les identités syndicales : le cas du Mouvement Desjardins au Québec». Québec : Université Laval, Thèse de doctorat en relations industrielles, 271p.
- Litvak, É. (dir), Y. Adjaoud, A. Bougie, D. Burke, P.O. Dionne et F. Paquette. 2010. *Facteurs régissant la collaboration interprofessionnelle au sein de cliniques de grippe dans le contexte de la pandémie d'influenza A. H1N1*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté de médecine, 28p.
- Morin, E. 1977. *La méthode. La nature de la nature (TI)*. Paris : Éditions du Seuil.
- Robidoux, M. 2007. *Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, École en chantier, 25p.
- St-Vincent, M., N. Vézina, D. Imbeau, M. Bellemare, D. Denis et É. Ledoux. 2011. *L'intervention en ergonomie*. Québec : Éditions MultMondes, 360p.
- Wacheux, F. et M. Kosremelli Asmar. 2007. «Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire». Paris : Université Paris – Dauphine, *Journée internationale du management*, 19p.
- Vézina, N. 2001. «La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité.» Dans *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*, Compte-rendu du 36ème Congrès de la SELF et du 32ème Congrès de l'ACE, 3-5 octobre 2001, pp. 44-60.