



ÉVALUER LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DES RPS-TMS

*Guide à l'usage
des intervenants*



LE RÉSEAU

PROLOGUE

Depuis 2011, l'INRS et l'Anact conduisent en partenariat des travaux approfondis sur l'évaluation des démarches de prévention des risques psychosociaux (RPS) et des troubles musculosquelettiques (TMS). Ces travaux, largement pluridisciplinaires, avaient l'ambition non seulement de documenter les enjeux de l'évaluation, les multiples théories et concepts, les différentes méthodes et pratiques mais également d'élaborer une démarche d'évaluation adaptée aux caractéristiques de ces interventions de prévention.

Ce projet a mobilisé une cinquantaine d'experts et d'universitaires, français et étrangers, issus de nombreuses disciplines impliquées dans l'évaluation et d'une cinquantaine d'intervenants en prévention.

Arrivés à maturité, ces travaux ont permis la préparation d'un ouvrage théorique¹ qui, après la présentation des concepts et méthodes de l'évaluation pour chacune des disciplines académiques impliquées dans les interventions en santé au travail et des illustrations d'évaluation en situation, propose une synthèse des différents courants disciplinaires et des pratiques. Il est destiné à un public d'intervenants spécialisés, de chercheurs et d'étudiants en cours de formation dans le domaine des risques professionnels.

En s'appuyant sur ces travaux de synthèse et en tenant compte des besoins et attentes des praticiens, une démarche d'évaluation a été élaborée et expérimentée au cours de l'année 2015 par une cinquantaine d'intervenants issus de différentes structures (Aract, CARSAT, SIST, cabinets de consultants, MSA, OPPBTP), ce qui a permis d'en tester sa pertinence et sa faisabilité.

Ce guide intègre les apports théoriques pluridisciplinaires sur l'évaluation issus de l'ouvrage, l'analyse des besoins et attentes de praticiens de terrain vis-à-vis de l'évaluation des interventions et les résultats d'une expérimentation en situation.

Il s'adresse aux intervenants qui conduisent des interventions de prévention des RPS et TMS à la demande d'entreprises, d'administrations ou d'associations et qui souhaitent les évaluer pour améliorer leurs pratiques.

1. INRS-Anact. *Évaluation des interventions de prévention des TMS et RPS*, Octarès, Toulouse. A paraître en 2017.

CETTE DÉMARCHE A PU ÊTRE ÉLABORÉE, EXPÉRIMENTÉE ET PUBLIÉE GRÂCE :

➤ A l'implication d'experts de l'Anact et de l'INRS : Jean-Jacques Atain-Kouadio, Anne-Marie Gallet, Marie-Anne Gautier, Valérie Langevin et Anne Montagnez ;

➤ A la précieuse collaboration d'intervenants, consultants et préventeurs institutionnels :

- Olivier AUDIBERT, *Samsi 31*
- Aurélie BEDDOCK, *SMTI 82*
- Dominique BELLEZZA, *GIMS 13*
- Anne BENEDETTO, *AST25*
- Patrick BENGUIGUI, *Carsat Nord-Picardie*
- Aurélie CLERFEUILLE, *AIST 39*
- Cathya CYPOLI, *GIMS 13*
- Christophe COSTES, *SAMSI 31*
- Sylvie DE-JESUS, *Aract Franche-Comté*
- Arnaud DESARMENIEN, *ST72*
- Elisabeth DEWANCKEL, *Aract Bretagne*
- Aline DRONNE, *Aract Lorraine*
- Carol DUBOIS, *Diagnose-TIC*
- Michel FORESTIER, *GESTE*
- Fabien FRANCOU, *Essor Consultants*
- Béatrice GAGNE, *Essor Consultants*
- Didier GARROS, *ARAVIS*
- Francine HARMANDON, *MSA Midi-Pyrénées Nord*
- Elie HUMBEY, *Ressources et Changement*
- Saloua KARRAY, *SIST VO*
- Sandrine KOENIG, *Carsat Midi-Pyrénées*
- Antoine Koubemba, *Aract Limousin*
- Virginie JULLIN, *AST74*
- Nathalie LACHAMBRE, *ASMIS*
- Béatrice LANGER, *SMIA*
- Damien LEDUC, *Solutions Productives*
- Cyril LEFAUCHEUX, *Aract Centre*
- Ornella LEPOUTRE, *Carsat Nord Picardie*
- Carol MARCONNET, *ASTL 46*
- Isabelle MARY-CHERAY, *SMIA*
- Philippe MESCHINE, *ASTL 46*
- Philippe MILLET, *MSA Midi Pyrénées Nord*
- Pierre MONFAYOU, *Carsat Nord-Picardie*
- Marie MURCIA, *APST Centre*
- Sandrine NAHON, *Solutions Productives*
- Michel NIEZBORALA, *Astia*
- Emilie NIVERT, *SSTNFC*
- Joëlle PACCHIARINI, *Carsat Languedoc-Rousillon*
- Matthieu PAVAGEAU, *DS&O*
- David PESME, *Preventicom*
- Pierre PISANI, *MSA Midi-Pyrénées Nord*
- Caroline RAGAZZI, *Midact*
- Magali ROGER, *Carsat Nord-Picardie*
- Cécile SAC, *Samsi 31*
- Laurence SAMAIN, *MT02*
- Brigitte TUAL, *Klesia*
- Claude VADEBOIN, *Carsat Rhône-Alpes*
- Vanessa VIDAL
- Laurence WEIBEL, *Carsat Alsace-Moselle*
- Frédéric ZANTE, *Aract Champagne-Ardenne*

Charles Parmentier (Anact) et Dominique Chouanière (INRS), les auteurs, remercient vivement l'ensemble de ces participants pour leur implication et la richesse de leurs contributions.

SOMMAIRE

INTRODUCTION P4

Une démarche d'évaluation adaptée aux caractéristiques des interventions RPS et TMS

POURQUOI ÉVALUER ? P6

- Améliorer les pratiques d'intervention P7
- Echanger entre professionnels sur les pratiques d'intervention P7
- Améliorer la dynamique de prévention P8

QUELLES INTERVENTIONS ÉVALUER ? P10

- Pourquoi les interventions de prévention des RPS et TMS P11 sont-elles difficiles à évaluer ?
- Quand recourir à la démarche d'évaluation Evalia ? P14

COMMENT ÉVALUER ? LA DÉMARCHE EVALIA EN 4 ÉTAPES P16

ÉTAPE 1

Avant l'intervention : préparer l'évaluation P18

ÉTAPE 2

Au démarrage de l'intervention : déterminer les effets attendus et définir les critères d'évaluation P24

ÉTAPE 3

Recueillir les données P30

ÉTAPE 4

Après l'intervention : analyser les résultats et en tirer les enseignements P34

ANNEXE : Grille d'évaluation EVALIA P42

GLOSSAIRE P54

RÉFÉRENCES P55

A group of diverse people, including a woman in the foreground and several men behind her, are smiling and looking at a laptop screen. They appear to be in a collaborative meeting or workshop. The background shows a brick wall and some office equipment.

INTRODUCTION

**Une démarche
d'évaluation
adaptée aux
caractéristiques
des interventions
RPS et TMS**



L'évaluation des actions conduites dans les domaines de la santé et de l'action sociale est devenue incontournable. Dans le domaine de la santé au travail, les interventions de prévention des risques psychosociaux (RPS) et des troubles musculosquelettiques (TMS) n'échappent pas à cet impératif.

En effet, l'émergence des RPS au cours des années 2000 et l'augmentation des TMS, reconnus en tant que maladies professionnelles, ont accru de façon significative le nombre des interventions de prévention sur ces thèmes. Face à la variété des structures bénéficiaires des interventions TMS ou RPS et aux défis que représente leur prévention, des démarches multiples se sont mises en place. Celles-ci se réfèrent à des disciplines académiques, elles aussi, très diverses : ergonomie, psychologie, sociologie, sciences de gestion, épidémiologie. Devant ce foisonnement de méthodes et la diversité des contextes d'intervention, l'évaluation est devenue essentielle pour objectiver les effets des interventions menées et en tirer des enseignements pour les interventions futures. Cependant, si l'évaluation formelle est une nécessité et une opportunité de progrès, force est de constater que les méthodes d'évaluation existantes ne sont pas adaptées aux interventions complexes de prévention des TMS ou des RPS.

La démarche d'évaluation proposée ici permet d'analyser, à la fois, les modes d'actions mis en œuvre et les effets de l'intervention, au regard de la singularité des contextes rencontrés. En complément des méthodes d'évaluation traditionnelles qui s'attachent à mesurer les résultats d'une action indépendamment du contexte ou à évaluer la conformité d'une démarche par rapport à un référentiel, cette démarche est donc destinée à mettre en valeur toute la richesse, la diversité et la complexité des actions de prévention.

Elle s'adresse aux intervenants qui souhaitent évaluer les interventions qu'ils conduisent. Il s'agit d'une évaluation à vocation formative (cf. question/réponse ci-contre) qui vise l'amélioration de la pratique professionnelle.

Si la décision d'évaluer est à la main de l'intervenant, la mise en œuvre de l'évaluation nécessite d'y associer les acteurs de la structure bénéficiaire de l'intervention. Leur participation permet d'accéder à des données nécessaires à l'évaluation, de documenter de façon plus complète les effets d'une intervention et de favoriser dans la structure une dynamique de prévention pérenne, l'évaluation permettant de repérer les avancées mais également les points restant à traiter.

Cette démarche à visée formative tient compte de la multiplicité des pratiques professionnelles en matière de méthodes d'intervention, de la diversité et de la complexité des contextes des interventions et de l'ensemble des effets qu'une intervention est susceptible de produire.

Comment définit-on l'évaluation ?

L'évaluation ne repose ni sur un cadre conceptuel unique, ni sur un vocabulaire standardisé. En effet, chaque discipline produit ses propres références et la pratique de l'évaluation conduit les intervenants à adapter les théories à leur contexte. Ainsi, l'évaluation fait l'objet d'un nombre considérable de définitions, qui associent souvent trois dimensions :

- ⊕ une collecte systématique d'informations diversifiées ;
- ⊕ une appréciation critique en rapport avec des critères ou des normes prédéfinis ;
- ⊕ des recommandations en vue d'une décision.

L'évaluation est également définie selon ses buts : formatif ou sommatif. Cette distinction est héritée des sciences de l'éducation qui ont différencié la visée pédagogique (évaluation formative) de la visée certificative des examens ou concours (évaluation sommative). Dans le domaine de la prévention des risques, la distinction entre ces deux objectifs repose sur les aspects suivants :

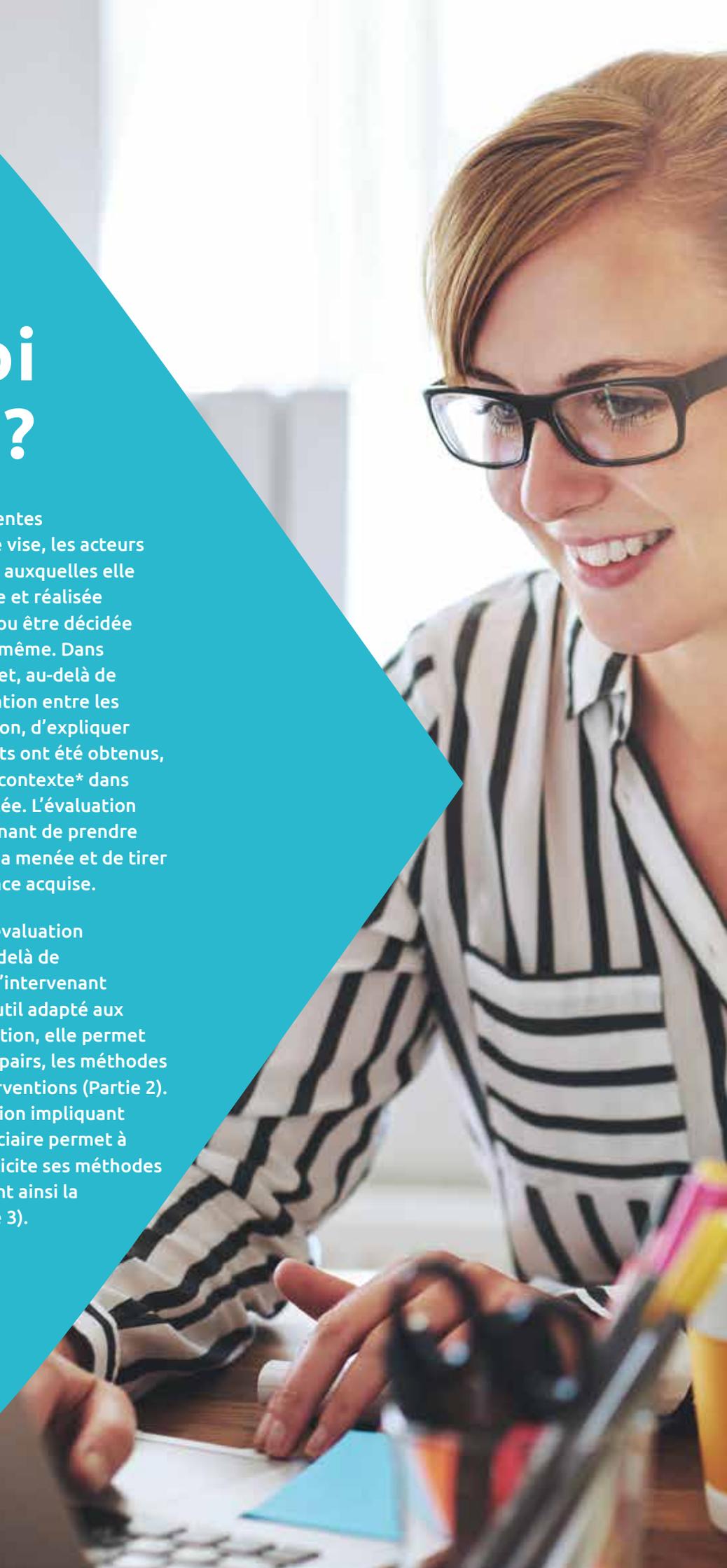
- ⊕ l'évaluation formative fournit des informations qui permettent d'améliorer les pratiques d'intervention. Il s'agit d'un apprentissage par l'action ;
- ⊕ l'évaluation sommative vérifie si les objectifs de l'intervention, fixés au départ, sont atteints ou non, et si ces résultats sont liés à l'intervention.

Pourquoi évaluer ?

L'évaluation peut prendre différentes formes selon les objectifs qu'elle vise, les acteurs qu'elle implique et les méthodes auxquelles elle a recours. Elle peut être prescrite et réalisée par un commanditaire extérieur ou être décidée et conduite par l'intervenant lui-même. Dans ce dernier cas, l'évaluation permet, au-delà de la simple vérification de l'adéquation entre les objectifs et les résultats de l'action, d'expliquer comment et pourquoi les résultats ont été obtenus, compte tenu de la spécificité du contexte* dans lequel l'intervention s'est déroulée. L'évaluation ainsi conduite permet à l'intervenant de prendre du recul vis-à-vis de l'action qu'il a menée et de tirer des enseignements de l'expérience acquise.

Les bénéfices de la démarche d'évaluation proposée dans ce guide vont au-delà de l'amélioration de la pratique de l'intervenant (Partie 1). Grâce à l'usage d'un outil adapté aux différentes méthodes d'intervention, elle permet également de partager avec des pairs, les méthodes et les résultats de ce type d'interventions (Partie 2). De plus, une démarche d'évaluation impliquant précocement la structure bénéficiaire permet à l'intervenant de rendre plus explicite ses méthodes et les résultats obtenus favorisant ainsi la dynamique de prévention (Partie 3).

** Le contexte d'intervention désigne tous les éléments qui ont un impact sur l'intervention : les caractéristiques de la structure bénéficiaire (par exemple l'effectif, l'histoire, le statut juridique, les caractéristiques des salariés, le secteur d'activité), le contexte territorial, les évolutions juridiques, etc.*



1

AMÉLIORER LES PRATIQUES D'INTERVENTION

En comparant les effets observés avec ceux qui étaient attendus, en analysant l'adéquation entre la méthode d'intervention et le problème posé au départ, en repérant les facteurs facilitateurs de changement, l'intervenant tire profit de l'expérience menée.

En associant les acteurs des structures bénéficiaires et des pairs impliqués ou non dans l'intervention, l'intervenant bénéficie aussi de points de vue complémentaires sur les effets de l'intervention et enrichit les enseignements qu'il peut en tirer.

Enfin, en pratiquant régulièrement l'évaluation, l'intervenant se dote ainsi d'une démarche d'amélioration continue de ses méthodes d'intervention.

CAS PRATIQUE

Dans le cadre d'une démarche de prévention des RPS dans un hôpital de 600 salariés, un cabinet de consultants décide d'expérimenter, à la place de leur questionnaire habituel, un nouveau dispositif de recueil d'informations, basé sur des espaces de discussion. Pour le tester, les intervenants impliqués comparent les éléments recueillis dans les groupes de discussion avec les résultats d'un questionnaire utilisé dans un autre hôpital dans lequel ils sont intervenus précédemment. Bien qu'ayant impliqué un nombre plus limité de personnes, les espaces de discussion permettent non seulement de repérer un grand nombre de dysfonctionnements, plus précis que ceux récoltés par questionnaire, mais également d'échanger avec les participants sur des pistes d'amélioration pour y remédier. En outre, les participants à ces groupes ont fait un retour positif et, d'après les intervenants, la mise en place des changements en a été facilitée.

2

ECHANGER ENTRE PROFESSIONNELS SUR LES PRATIQUES D'INTERVENTION

La mise en place d'une évaluation formalisée et partagée avec des pairs favorise les échanges sur les pratiques professionnelles. Grâce à un support commun, il est possible d'explicitier les méthodes utilisées, de commenter les résultats obtenus en fonction des contextes d'intervention, de mettre en discussion les interrogations, de comparer avec nuance des interventions singulières par nature. Facilités par l'usage d'un même outil d'évaluation, ces échanges de pratiques permettent aux intervenants de construire des repères méthodologiques qui améliorent l'efficacité des interventions et harmonisent les pratiques entre professionnels.

CAS PRATIQUE

Pour harmoniser leurs pratiques, les intervenants d'un service de santé au travail (4 ergonomes, 2 psychologues, 6 médecins du travail) décident de mener en binôme des évaluations de leurs interventions. Une fois par an, chaque intervenant évalue une de ses interventions, avec un collègue qui n'y a pas participé. Les résultats de l'évaluation sont ensuite rapportés et discutés au sein d'un atelier qui réunit les 12 intervenants du service. La première année, le groupe a mis en évidence que les objectifs assignés à une même intervention étaient très différents selon le métier : pour un médecin du travail, l'intervention a pour but principal de diminuer des pathologies observées dans la structure bénéficiaire alors que pour l'ergonome, l'objectif principal est de créer ou recréer, pour les opérateurs, les marges de manœuvre suffisantes pour qu'ils puissent faire face aux différentes contraintes temporelles par exemple. Ces constats ont permis de mieux comprendre les pratiques et les attentes respectives vis-à-vis de l'intervention et, par la suite, de s'accorder sur des objectifs partagés avant le démarrage des interventions.

3

AMÉLIORER LA DYNAMIQUE DE PRÉVENTION

L'évaluation peut mettre en exergue le chemin parcouru par la structure bénéficiaire depuis le début de l'intervention. En effet, à la fin d'une intervention,

les acteurs de la structure n'ont pas toujours en mémoire la situation initiale dans laquelle celle-ci a démarré : la nature des problèmes qui ont motivé l'intervention, la qualité des relations entre acteurs, le niveau de prise en compte de la prévention, etc. Au cours de l'intervention et dans ses suites, de nombreux aspects peuvent avoir évolué sans que l'ensemble des acteurs n'en ait conscience ou puisse les rapporter à l'intervention.

Décrire les effets de l'intervention et les situer dans le temps permet de retracer le chemin parcouru et de qualifier les progrès et les difficultés. La mise en lumière des transformations peut remotiver les bénéficiaires et relancer un processus de changement.

Les résultats d'une évaluation apportent aussi des éléments pour envisager la poursuite de l'action ou enclencher un nouveau projet.

CAS PRATIQUE

Une ergonome qui est intervenue pendant 9 mois dans une entreprise industrielle pour prévenir les TMS, revient 18 mois après la fin de l'intervention. Elle conduit une évaluation avec le comité d'évaluation qui a mené l'intervention. Reprenant les documents qui décrivaient la situation initiale (sinistralité, processus industriels, modes de décision et d'organisation du travail des opérateurs), le comité découvre des effets de l'intervention non repérés jusque-là. En effet, des opérateurs interviewés révèlent que les chefs d'équipe ont, suite à l'intervention, modifié les modes d'organisation de leur travail, les incluant maintenant dans les réunions de planification.

Les contraintes temporelles étant mieux prises en compte, les plaintes liées aux TMS ont diminué mais restent toujours fréquentes pour quelques postes de travail. Ces constatations relancent une campagne d'actions pour aménager les derniers postes de travail qui posent encore problème.

PLANNING



En conclusion, ces différents bénéfices de l'évaluation sont complémentaires et souvent séquentiels.

Ainsi, un intervenant peut, en première intention, choisir d'évaluer l'impact d'une intervention qu'il a menée dans une structure où le climat social était très tendu afin d'en retirer des enseignements pour d'autres interventions en situation dégradée. Il peut ensuite proposer à des collègues, dans le cadre de réunions d'échanges de pratiques, de présenter les résultats de cette évaluation et de mettre en débat les enseignements qu'il en a retirés. Enfin, ayant renoué le dialogue avec des acteurs de la structure bénéficiaire à l'occasion de la mise en œuvre de l'évaluation, il peut y relancer les transformations prévues en cours d'intervention et non encore mises en œuvre.



QUESTION > RÉPONSE

Peut-on évaluer une intervention avant qu'elle soit terminée ?

Pour s'adapter à l'évolution des contextes des structures dans lesquelles ils interviennent, les intervenants modifient, au fil de l'intervention, le plus souvent de manière informelle, leurs méthodes d'intervention initiales ou leurs stratégies d'intervention. L'évaluation en cours d'intervention permet de mettre en visibilité les divers ajustements initiés et d'en garder les causes en mémoire.

Pour un usage en cours d'intervention, la démarche présentée ici doit être adaptée. Il convient de considérer plus particulièrement le déroulement de l'intervention et ses effets précoces (voir « chronologie des effets d'une intervention de prévention des RPS » p. 27).

La mise en lumière de ces premiers effets présente l'avantage pour l'intervenant de convaincre la structure bénéficiaire de la pertinence de sa stratégie et de ses méthodes.

Elle permet aussi à la structure bénéficiaire de mieux préparer la suite de l'intervention.



QUESTION > RÉPONSE

Est-il envisageable d'évaluer seul ses propres interventions ?

La démarche d'évaluation présentée ici s'adresse aux intervenants qui souhaitent évaluer les interventions qu'ils ont conduites.

En ce sens, il s'agit d'une évaluation formative, dont le but est de retirer des enseignements et d'améliorer les futures interventions.

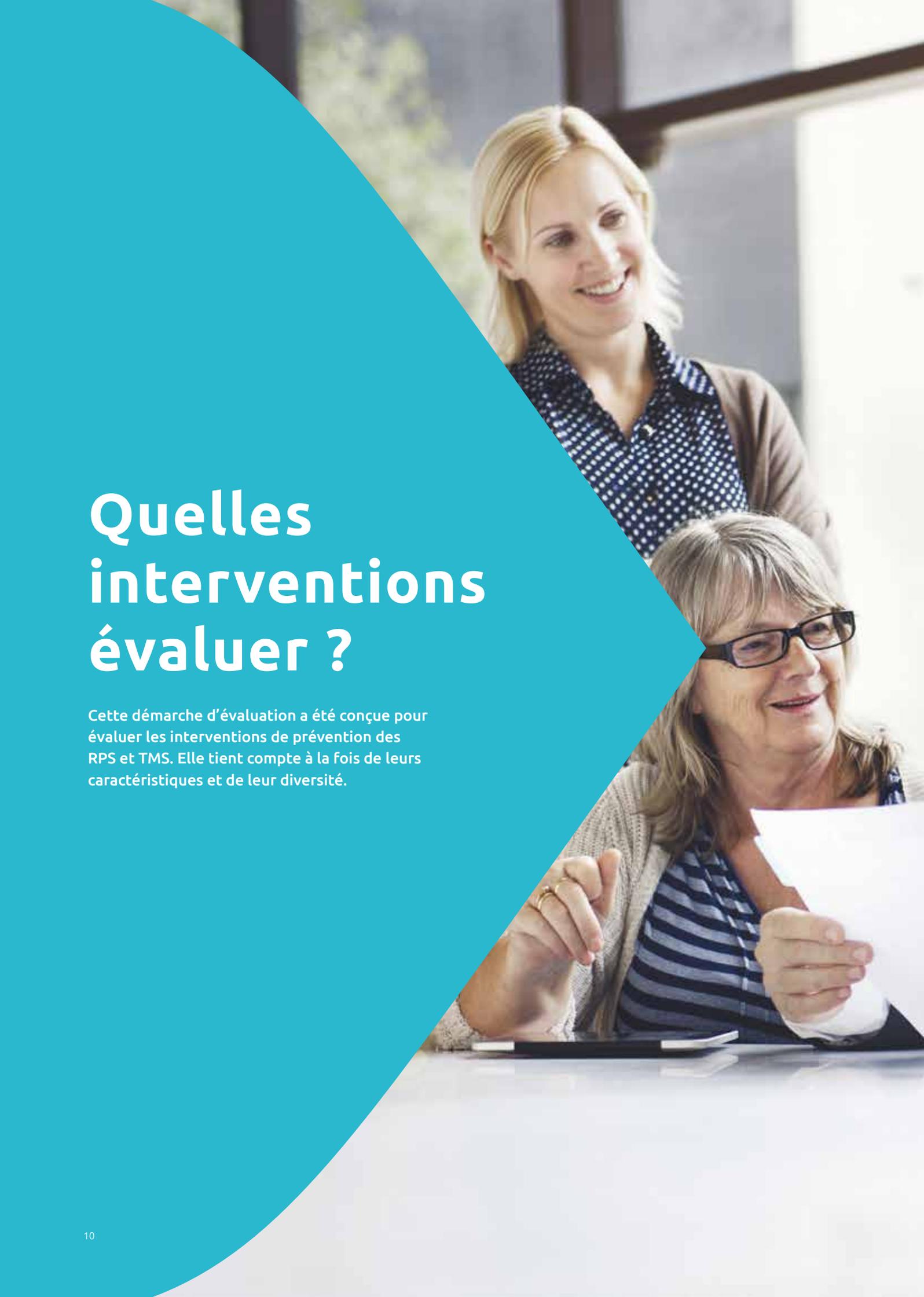
Elle se distingue d'une évaluation normative qui viserait à contrôler par un tiers l'atteinte ou non des objectifs fixés au départ. Cependant, être commanditaire de l'évaluation n'implique pas, pour autant, de la réaliser par soi-même et uniquement pour soi.

Cette posture d'intervenant-évaluateur placerait celui-ci en position de « juge et partie » et limiterait la validité et la pertinence de l'évaluation. Dans la démarche d'évaluation proposée, c'est la complémentarité des points de vue sur les objectifs, le processus, les avancées et les échecs de l'intervention qui vont conférer à celle-ci toute sa valeur.

Il est donc vivement recommandé de solliciter différents acteurs au sein d'un comité d'évaluation (voir « participants potentiels au comité d'évaluation » p. 20).

Par ailleurs, pour cerner l'ensemble des conséquences d'une intervention, il faut recueillir des données auprès des services et acteurs qui les détiennent (Services RH ou HSE, Services de Santé au Travail, etc.) et les discuter ensuite au sein du comité d'évaluation.

L'évaluation exige une participation de nombreux acteurs pour la collecte et l'analyse des données, gage d'une évaluation nuancée, circonstanciée et différenciée selon les acteurs. C'est à cette condition que l'évaluation sera perçue comme pertinente et pourra favoriser une dynamique d'amélioration continue tant pour les structures bénéficiaires que pour les intervenants.

A photograph of two women in an office environment. One woman with blonde hair is standing in the background, smiling. The other woman with grey hair and glasses is sitting at a desk in the foreground, also smiling and looking at a document. A large teal triangle is overlaid on the left side of the image, containing the title and a short paragraph.

Quelles interventions évaluer ?

Cette démarche d'évaluation a été conçue pour évaluer les interventions de prévention des RPS et TMS. Elle tient compte à la fois de leurs caractéristiques et de leur diversité.

1

POURQUOI LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DES RPS ET TMS SONT-ELLES DIFFICILES À ÉVALUER ?

Les interventions de prévention des RPS et TMS sont difficiles à évaluer car :

- ⊕ les structures bénéficiaires sont complexes et changeantes ;
- ⊕ les champs de l'intervention sont multiples ;
- ⊕ différentes catégories d'acteurs sont mobilisées.

Des interventions se déroulant dans des structures bénéficiaires complexes et changeantes

Les interventions se déroulent dans des systèmes complexes du fait du nombre de processus en jeu dans une organisation (production, RH, sécurité, etc.) et des acteurs qui interagissent pour les mettre en œuvre.

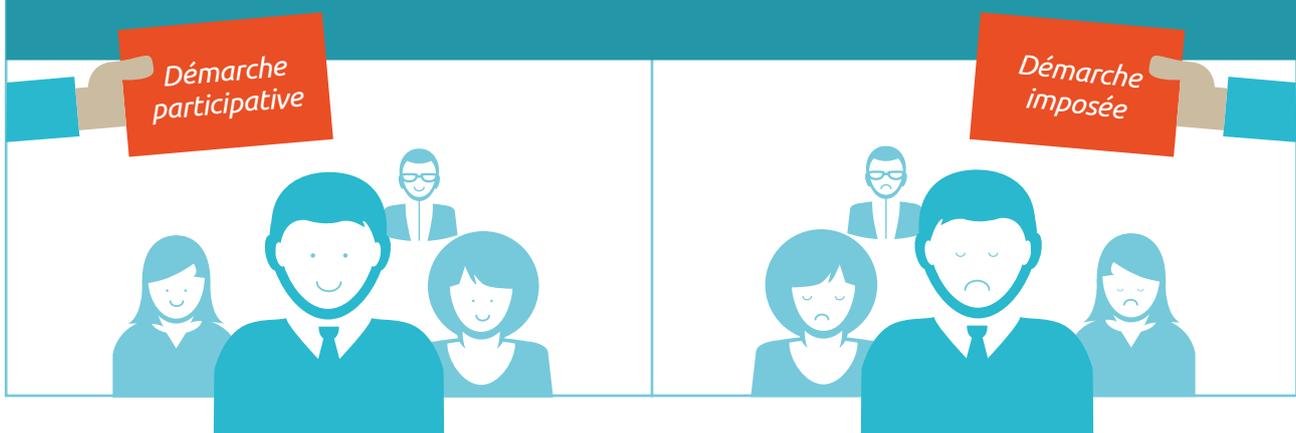
Ces systèmes sont par ailleurs instables, du fait des changements multiples qui les traversent : restructurations, mobilité des managers, évolution des produits ou des processus de production, turn-over des personnels, etc.

Dans ces contextes en mutation permanente, l'intervention induit ses propres changements vis-à-vis des processus et auprès des acteurs. L'un des enjeux importants de l'évaluation est d'établir des liens entre l'intervention et les changements survenus pendant ou après celle-ci.

De façon plus précise, l'évaluation permet de déterminer quels sont les processus du système impactés par les changements. Où, pourquoi, comment, avec quels bénéfices ou inconvénients et quels moyens, une intervention a pu produire ces changements ? Un autre enjeu de l'évaluation est de préciser comment, dans un contexte donné et avec les moyens mis en œuvre, les résultats ont été obtenus.

CAS PRATIQUE

Un intervenant décide de restituer, de façon identique, les résultats d'une enquête dans deux services distincts d'une même unité. Dans le premier, la restitution est très constructive et permet de dégager des pistes d'action alors que dans le second, les résultats et le mode de passation du questionnaire sont contestés. L'évaluation a permis ici de révéler une perception différenciée de l'action entre les deux groupes et de l'expliquer. En effet, dans le second groupe, le responsable du service avait présenté le questionnaire comme étant obligatoire en dépit des consignes données par l'intervenant.



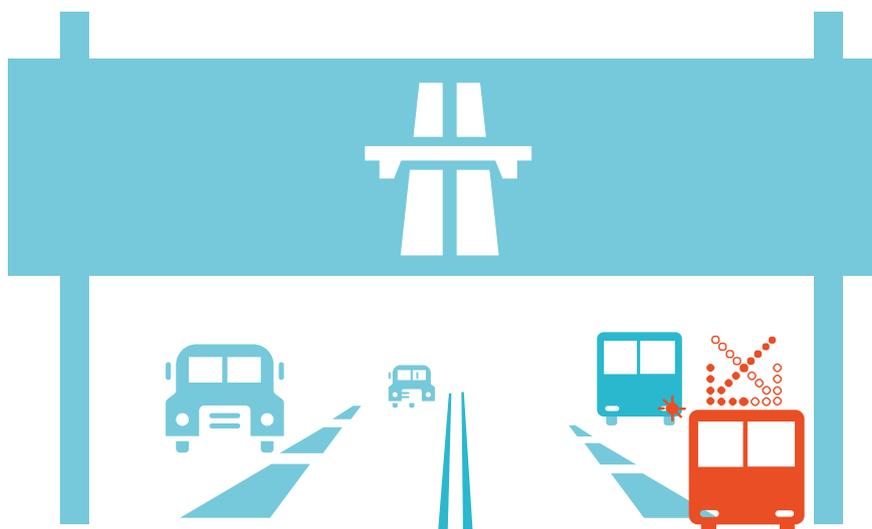
En situation complexe, les effets d'une intervention affectent rarement de façon identique les différentes catégories de personnel de la structure bénéficiaire. Les bénéfices pour les uns peuvent être perçus comme des inconvénients par les autres. Les effets peuvent concerner des personnels non ciblés au départ.

L'évaluation cherche à apprécier quels sont les acteurs complètement ou partiellement impactés par les changements.

CAS PRATIQUE

Dans une société d'autoroute, afin d'éviter aux équipes d'entretien de traverser les voies avec des charges lourdes, il a été décidé de remplacer les panneaux provisoires matérialisant les travaux par des panneaux automatiques commandés à distance. L'évaluation, conduite par l'intervenant quelques mois après l'intervention, a montré que cette transformation a déplacé le problème sur une autre catégorie de salariés.

En effet, si elle a réduit la charge physique et amélioré la sécurité des agents d'entretien, elle détériore en revanche la sécurité des agents de maintenance qui doivent, à leur tour, traverser les voies en cas de panne des panneaux automatiques.



Des interventions impliquant des actions multiples

La plupart des problématiques liées à la santé au travail ou traitant de conditions de travail ont une origine multifactorielle. Les connaissances scientifiques et empiriques en attestent. Pour être efficaces, les changements doivent concerner différents facteurs comme le montre le cas pratique.

De plus, les différentes actions préconisées au cours de l'intervention interfèrent entre elles (par exemple, une formation des managers à la prévention des TMS sera d'autant plus efficace qu'elle s'accompagne d'un aménagement de postes de travail). L'évaluation donne l'opportunité d'apprécier l'efficacité respective des actions mises en place, leur complémentarité, la chronologie optimale de mise en œuvre, etc.

CAS PRATIQUE

Dans un abattoir, suite à de nombreuses plaintes liées aux TMS et de déclarations en maladies professionnelles, une intervention conduit à un plan d'action à plusieurs niveaux : diminution des contraintes posturales par l'aménagement des postes de travail à risque, modification de la charge et du rythme de travail en remplaçant systématiquement les salariés absents, reconnaissance des efforts fournis en cas de surcharge de travail par un système de récupération en jours de congés, augmentation des marges de manœuvre des opérateurs par une autodétermination des pauses dans le respect des limites de 10 mn toutes les 2 heures.

Compte tenu de la gravité de la situation, il est décidé d'implanter toutes ces mesures en même temps. L'intervenant revient dans l'abattoir 6 mois après la fin de l'intervention et réunit, pour une évaluation à distance, le comité d'évaluation de l'intervention.

Selon le médecin du travail, la situation s'est considérablement améliorée sur le plan des plaintes de TMS. Représentants du personnel et direction hiérarchisent les raisons de l'amélioration et s'accordent pour l'attribuer aux remplacements systématiques des absents et aux aménagements de postes ; les récupérations en jours de congés et l'autonomie dans la prise des pauses sont perçues comme peu contributives à la diminution des TMS mais, en revanche, déterminantes dans l'amélioration du climat social.

Des interventions mobilisant différentes catégories d'acteurs

L'organisation et le pilotage d'une intervention mobilisent, dans les structures bénéficiaires, différentes catégories d'acteurs : représentants du personnel, directions, encadrement, médecins du travail, IPRP, etc. Ils apportent, lors de la phase évaluative, des points de vue particuliers, voire contradictoires, sur les actions conduites et leurs effets. Sur la base des données recueillies, l'évaluation devra intégrer, dans un échange constructif, ces différences de représentation.

CAS PRATIQUE

Suite aux préconisations d'une intervention, un manager a mis en place, dans un établissement industriel, un « référent technique » pour aider les opérateurs en cas de panne d'une machine. Les pannes étant peu fréquentes, la direction, après un certain délai, a élargi les missions du référent au recensement des dysfonctionnements et de leurs causes, en particulier celles liées au non-respect des règles d'usage de ces machines. Lors de l'évaluation, un an après, les représentants du personnel rapportent que la nouvelle mission du « référent » est mal vécue par les opérateurs : il est perçu comme un « contrôleur ». Un débat s'engage ensuite sur la pertinence et le sens de cette évolution.



2

QUAND RECOURIR À LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION EVALIA ?

Les interventions de prévention des TMS et RPS sont singulières par les contextes dans lesquels elles sont conduites, les disciplines qu'elles mobilisent et les méthodes auxquelles elles recourent. Prenant en compte cette diversité, **la démarche d'évaluation EVALIA, proposée dans ce guide, peut être utilisée :**

- ⊙ **par tous les professionnels intervenant sur les TMS et RPS**, qu'ils soient préventeurs institutionnels, personnels d'un service de santé au travail, consultants dans un cabinet ou indépendants ;
- ⊙ **pour tous les types de structures bénéficiaires**, quels que soient leurs secteurs d'activité, leur effectif, leur mode d'organisation ou leur expérience en matière de prévention des risques ;
- ⊙ **quelles que soient les méthodes d'intervention mises en œuvre :** les pratiques des intervenants sont très diverses et mélangent souvent des méthodes issues de plusieurs disciplines (ergonomie, psychologie, sociologie, sciences de gestion, épidémiologie, etc.). La démarche d'évaluation proposée n'est pas dépendante de la méthode d'intervention déployée par l'intervenant ;
- ⊙ **quels que soient les objectifs des interventions.** Les interventions se déroulant dans des systèmes complexes, toujours singuliers, leurs objectifs sont propres à ces situations particulières et donc, divers et souvent multiples : réduire les facteurs de risques, améliorer le dialogue social, modifier les postes de travail, repenser les horaires de travail, améliorer la prise en compte de la prévention dans la stratégie et dans les projets de conception. La démarche d'évaluation intègre l'ensemble des objectifs qu'une intervention de prévention des RPS et TMS peut viser. Les interventions peuvent cibler l'ensemble des salariés ou, à l'inverse, des groupes particuliers (salariés d'un service, salariés exposés à des contraintes). Quel que soit le périmètre de l'intervention, il est possible d'utiliser cette démarche d'évaluation en sachant que l'évaluation intégrera tous les effets induits par l'intervention y compris vis-à-vis des salariés non ciblés *a priori*.



QUESTION > RÉPONSE

Faut-il évaluer toutes les interventions ?

La démarche d'évaluation peut s'envisager pour toutes les interventions et est conçue comme un processus d'amélioration continue des pratiques. La démarche vise donc, en priorité, des interventions pour lesquelles le processus d'évaluation va permettre de produire des connaissances utiles pour la pratique ultérieure de l'intervenant.

Par ailleurs, la démarche exige des ressources et du temps qui en limitent son usage. Il est souhaitable que l'intervenant priorise les interventions à évaluer en définissant des critères *a priori*, par exemple :

- ⊙ l'importance de l'intervention en durée ;
- ⊙ les difficultés rencontrées du fait d'une situation initiale très dégradée ou d'éléments perturbants pendant l'intervention (démission du RH et arrêt provisoire de l'intervention par son remplaçant, etc.) ;
- ⊙ le déploiement d'une nouvelle méthode (binômes d'intervenants issus de deux structures différentes par exemple) ;
- ⊙ un doute sur les bénéfices à long terme de l'intervention.



QUESTION > RÉPONSE

Peut-on évaluer avec cette démarche les interventions portant sur d'autres thématiques que les RPS ou les TMS ?

Conçue initialement pour évaluer des interventions portant sur les RPS ou les TMS, la démarche proposée a été testée pour 32 interventions. Ces dernières étaient majoritairement consacrées à ces deux thématiques mais certaines en ont abordé d'autres telles que la QVT, l'usure professionnelle ou encore l'accompagnement au changement.

Les expérimentateurs n'ont pas rencontré de difficultés pour les évaluer. Un usage étendu à d'autres thématiques est envisageable du fait de la souplesse d'utilisation de la démarche et de l'étendue des objets évalués (contexte, processus, effets). De nouveaux retours d'expérience permettront de confirmer la possibilité de cet usage élargi.



QUESTION > RÉPONSE

Peut-on évaluer les interventions qui se sont déroulées dans des TPE ?

Pour tester la démarche d'évaluation, les expérimentateurs ont choisi majoritairement des interventions qui s'étaient déroulées dans des structures de plus de 20 salariés.

Cependant, certaines concernaient des TPE. Dans ces cas, les intervenants ont recueilli des données plutôt de nature qualitative mais également des données quantitatives (nombre de pannes d'une machine par exemple). La possibilité d'asseoir l'évaluation sur des données à la fois quantitatives et qualitatives permet ainsi d'évaluer les interventions conduites quelle que soit la taille de la structure bénéficiaire.

CE QU'IL FAUT RETENIR

La démarche d'évaluation proposée ici s'adresse :

- à toutes les interventions concernant les TMS ou les RPS voire des thématiques plus larges : QVT, usure professionnelle, accompagnement au changement, quelles que soient les stratégies et méthodes déployées par l'intervenant ;
- à toutes les structures bénéficiaires quelles que soient leur activité ou leur taille ;
- à tous les intervenants quels que soient leur formation d'origine, leur exercice professionnel ou leurs pratiques d'intervention.

Dans la mesure où l'évaluation exige des ressources et du temps, il faut la réserver à certaines interventions. La démarche proposée vise ainsi, en priorité, les interventions pour lesquelles l'évaluation va permettre de produire des connaissances utiles pour la pratique de l'intervenant.

Si l'intervenant envisage d'évaluer l'une de ses interventions, il peut mettre en œuvre la démarche EVALIA en 4 étapes proposée dans les pages suivantes.

COMMENT ÉVALUER ? La démarche EVALIA en 4 étapes

Pour mettre en œuvre la démarche EVALIA,
vous pouvez utiliser le document téléchargeable
« Document d'évaluation de mon intervention ».

ÉTAPE 1

AVANT L'INTERVENTION

PRÉPARER L'ÉVALUATION

ÉTAPE 2

AU DÉMARRAGE DE L'INTERVENTION

**DÉTERMINER LES EFFETS ATTENDUS
ET DÉFINIR LES CRITÈRES D'ÉVALUATION**

ÉTAPE 3

RECUEILLIR LES DONNÉES

ÉTAPE 4

APRÈS L'INTERVENTION

**ANALYSER LES RÉSULTATS
ET EN TIRER LES ENSEIGNEMENTS**



ÉTAPE 1

Avant l'intervention : préparer l'évaluation

Cette étape est dédiée à la préparation du projet d'évaluation. Elle est à la charge de l'intervenant.

1

S'ASSURER QUE LES CONDITIONS SONT RÉUNIES

Avant d'engager une démarche d'évaluation de l'intervention, l'intervenant doit vérifier que certaines conditions sont réunies :

- ⊙ en premier lieu, il doit s'assurer que la démarche évaluative est *a priori* justifiée, en d'autres termes, qu'elle va lui permettre d'améliorer sa pratique ;
- ⊙ il doit ensuite en vérifier la faisabilité. La démarche EVALIA s'appuie sur la participation des acteurs bénéficiaires de l'intervention et exige de recueillir, dans la structure, des données spécifiques. La disponibilité de ces acteurs d'une part et l'accessibilité des données d'autre part, sont des préalables incontournables.

Mais l'évaluation n'est pas seulement une démarche technique. Elle interroge, entre autres, les stratégies des différents acteurs et peut être source de crainte si ses objectifs ne sont pas clairs. Pour que l'évaluation devienne une opportunité de progrès, l'intervenant doit s'assurer qu'il existe :

- ⊙ un climat de confiance et de transparence entre les différents acteurs qui seront conviés à cet exercice (voir p. 20 les acteurs du dispositif d'évaluation) ;
- ⊙ des marges de manœuvre pour qu'ils puissent utiliser les résultats de l'évaluation dans leurs futures actions.

2

METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF D'ÉVALUATION

L'évaluation d'une intervention est un projet à part entière qui doit être formalisé. L'intervenant élabore avec des pairs ou avec des acteurs de la structure bénéficiaire un dispositif d'évaluation. Celui-ci se prévoit, si possible, avant le démarrage de l'intervention. Il est recommandé de le formaliser dans un document contractuel (voir le document d'évaluation EVALIA proposé en téléchargement).

Ce document doit préciser :

- les objectifs de l'évaluation ;
- les acteurs impliqués dans la démarche d'évaluation et leurs missions ;
- les moyens à allouer ;
- le calendrier prévisionnel des différentes étapes et activités ;
- le périmètre de diffusion et le mode de communication du projet d'évaluation et de ses résultats ;
- les précautions éthiques afférentes à une démarche d'évaluation.

Les objectifs de l'évaluation

Les objectifs de l'évaluation sont définis par l'intervenant avec la structure bénéficiaire (voir p. 23) et figurent dans le document contractuel.

Si l'intervenant poursuit des objectifs spécifiques à sa pratique (par exemple, évaluer une nouvelle méthode) il peut les partager ou non avec la structure et, le cas échéant, les inscrire également dans le document contractuel. La nature des objectifs de l'évaluation détermine notamment les acteurs à impliquer, les moyens à allouer, le calendrier et la valorisation de l'évaluation.

Les acteurs et missions du comité d'évaluation

Comme pour tout projet, la démarche EVALIA s'appuie sur un groupe de travail, dénommé ici « comité d'évaluation ». L'intervenant est le commanditaire de l'évaluation. Il peut, à ce titre, être responsable du comité d'évaluation ou en déléguer la responsabilité à un autre membre du comité.

Le comité d'évaluation peut réunir diverses catégories d'acteurs, impliqués ou non dans l'intervention (voir tableau ci-dessous).

L'évaluation sera d'autant plus riche et pertinente que les acteurs mobilisés dans la démarche d'évaluation sont diversement impliqués dans l'intervention. Il est possible d'inclure des acteurs qui n'ont pas participé à l'intervention et qui pourront, grâce à un regard plus distancié, repérer d'autres effets ou proposer des interprétations alternatives de ses différentes conséquences.

Grâce à la multiplicité des regards et à la complémentarité des points de vue, l'évaluation pourra témoigner le plus précisément et exhaustivement possible des effets d'une intervention.

Les missions du comité d'évaluation concernent non seulement la gestion du projet d'évaluation dans son ensemble mais également des tâches plus spécifiques telles que la définition des données à recueillir, leur analyse et leur mise en forme (rédaction d'un compte-rendu d'évaluation, diaporama, etc.).

Ⓢ PARTICIPANTS POTENTIELS AU COMITÉ D'ÉVALUATION

CATÉGORIES D'ACTEURS POUVANT PARTICIPER AU COMITÉ D'ÉVALUATION	EXEMPLES
Intervenants / pairs	<i>Collègue, co-intervenant, intervenant d'une autre structure</i>
Acteurs de la structure bénéficiaire	<i>Direction, responsable HSE, DRH, managers, IRP, salariés</i>
Acteurs externes à la structure / partenaires	<i>Médecin du travail, préventeur CARSAT, chargé de mission Anact-Aract, IPRP SST, consultant</i>



Les moyens à allouer à la démarche d'évaluation

Avant d'engager une démarche d'évaluation, il faut se doter des moyens nécessaires pour la réaliser. Il s'agit d'estimer les besoins pour :

- ⊙ les activités du comité d'évaluation ;
- ⊙ la collecte des données sur laquelle l'évaluation s'appuiera et qui mobilisera d'autres acteurs que ceux du comité d'évaluation. Au stade de la préparation, il convient de s'accorder, en fonction des objectifs de l'évaluation, sur le type de données à recueillir :
 - des données qui sont directement accessibles et qui ne nécessitent qu'un travail d'analyse documentaire de la part du comité d'évaluation : PV des CHSCT, rapports du médecin du travail, etc.,
 - des données qui doivent être « traitées » avant l'analyse car certaines informations sont collectées par les structures bénéficiaires au niveau individuel mais ne font pas l'objet de traitement global systématique : consultations de la cellule d'aide RPS, retours pour défaut de qualité, etc. Dans ce cas, il faut prévoir le temps de gestion des données par le personnel compétent,
 - des données créées spécifiquement pour l'évaluation, recueillies par questionnaire ou entretiens. Ce type de données suppose un travail additionnel conséquent en termes de conception (du questionnaire ou de la grille d'entretien), d'information des destinataires, le cas échéant, de passation et de saisie informatique, d'analyse des données, de restitution des résultats aux répondants, etc. Des moyens adéquats devront être déployés si ce type de recueil est retenu.

La définition précise des données à recueillir et de leur mode de recueil font partie de l'étape 2.

Quand la structure bénéficiaire doit-elle être intégrée dans le dispositif d'évaluation ?

Il est recommandé d'envisager la démarche d'évaluation avec la structure bénéficiaire dès la préparation de l'intervention.

Cependant, si avant l'intervention les conditions ne sont pas favorables à la préparation d'une évaluation, elles peuvent le devenir en cours d'intervention ou après celle-ci. L'intervenant qui a préparé seul dès le début de l'intervention son projet d'évaluation peut alors le partager avec la structure. Il est toujours temps de l'inclure dans le projet évaluatif tout en sachant que plus la décision d'évaluer est tardive plus l'évaluation risque d'être limitée. Une évaluation menée par l'intervenant sans la structure bénéficiaire n'est pas souhaitable car elle le met en position de juge et partie, travers difficilement corrigible même s'il s'adjoit, pour l'évaluation, l'expertise d'un pair extérieur à l'intervention. De plus, évaluer sans la structure bénéficiaire empêche d'accéder à toutes les dimensions de l'intervention (contexte, effets inattendus, etc.).



QUESTION > RÉPONSE

Le calendrier des activités

Le calendrier précise, selon l'usage habituel, les dates ou périodes des réunions clés, de la collecte des données, de leur analyse, etc.

Dans le contexte d'une évaluation, la planification de la collecte des données est primordiale.

Il est possible pour un dispositif d'évaluation qui viserait à apprécier l'écart avant/après d'envisager plusieurs « mesures » successives : avant, pendant, à la fin ou à distance de l'intervention ou de le limiter à deux mesures (avant/après) (voir Etape 3 « Recueillir les données »).

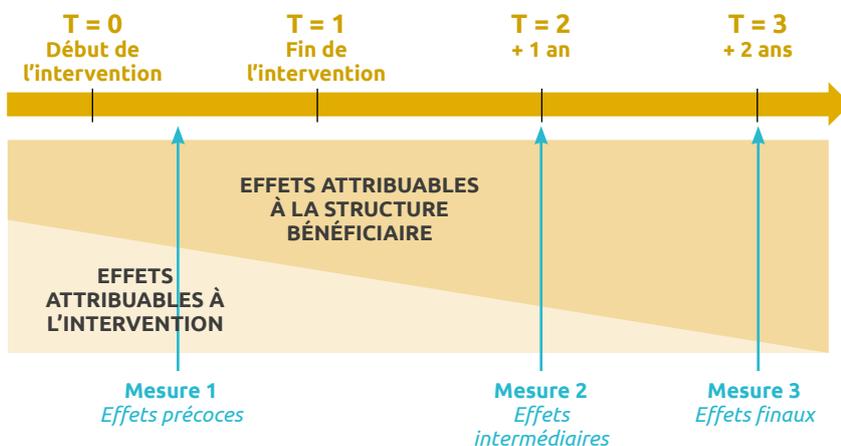
Trois écueils sont néanmoins à éviter :

⊙ un décalage entre le démarrage de l'intervention et la mise en place de l'évaluation car il rend difficiles, faute de données de départ, les comparaisons avant/après et limite le champ de l'évaluation, certains changements ne pouvant plus être repérés ;

⊙ un calendrier inadapté à la réalité des changements induits par l'intervention car les effets d'une intervention ne surviennent pas tous en même temps et apparaissent successivement dans le temps. Pour les mesurer de façon adéquate, le calendrier doit tenir compte de ce délai d'apparition différencié. Ce point, primordial pour la qualité d'une évaluation, est abordé en détail dans l'étape 2 ;

⊙ un délai trop long entre la fin de l'intervention et l'évaluation car il compromet la faisabilité de l'évaluation du fait du turn-over des acteurs, de leur moindre mobilisation, etc. et en altère la pertinence, les changements tardifs étant de moins en moins liés à l'intervention et de plus en plus dépendants du seul fonctionnement de la structure. En effet, plus on s'éloigne de la fin de l'intervention, moins les changements observés lui sont attribuables et plus ils dépendent de la capacité et des possibilités de la structure bénéficiaire à les mettre en œuvre (voir schéma).

⊙ ATTRIBUTION DES EFFETS DE L'INTERVENTION AU COURS DU TEMPS



Peut-on mener une évaluation sans l'avoir préparée avant le début de l'intervention ?

Pour que l'évaluation soit pertinente et précise, il convient de l'anticiper et de la préparer avant le démarrage de l'intervention. Cela permet, entre autres, de collecter des données avant intervention pour disposer d'informations sur l'état initial de la structure bénéficiaire.

Néanmoins, il reste possible de décider *a posteriori* (à la fin de l'intervention ou plus tard) d'évaluer une intervention. L'exercice est cependant peu recommandé car :

⊙ pour apprécier le chemin parcouru, il faut se replacer dans les conditions du démarrage de l'intervention. Le recours à la documentation de la structure peut aider mais, pour certains aspects, les documents n'existent pas et demandent de la part des acteurs une appréciation rétrospective qui peut être entachée de multiples biais liés à la mémoire sélective ou la moindre motivation des acteurs, aux changements de personnels, etc. ;

⊙ il est nécessaire de déterminer les effets attendus de l'intervention en faisant abstraction des effets observés. Or, le risque de faire coïncider les effets observés avec les effets attendus est majeur.

Préparer l'évaluation avant le début de l'intervention est l'une des garanties de la qualité de l'évaluation.

La communication et diffusion du projet d'évaluation

Dans le document contractuel d'évaluation, il convient de préciser qui sera informé du projet d'évaluation, de ses résultats et avec quel(s) support(s) de présentation sa communication sera réalisée : compte-rendu, diaporama, retour oral en réunion plénière, etc.

Les précautions éthiques

Comme il a été évoqué plus haut, l'évaluation est une activité qui peut remettre en cause les acteurs des structures bénéficiaires et susciter de la crainte. Néanmoins, pour qu'elle soit de qualité, il faut qu'elle soit menée dans un climat de confiance et de

transparence. Pour obtenir l'adhésion des participants à la démarche d'évaluation, il faut que certaines règles déontologiques soient explicitement inscrites dans le document contractuel (voir document d'évaluation ÉVALIA téléchargeable) et respectées :

- tous les acteurs de la structure bénéficiaire devront avoir reçu une information claire et explicite sur les objectifs, la méthode d'évaluation incluant le mode de recueil (questionnaire, entretien, etc.) qui leur seront proposés ;
- en cas de recueil par questionnaires ou entretiens, les opérateurs seront invités à y participer de façon libre et éclairée ; ils devront avoir la certitude que les

informations les concernant seront anonymisées, resteront confidentielles et qu'ils pourront les retirer, en partie ou totalement, à n'importe quel moment du processus ; l'évaluateur doit garantir aux participants que les résultats communiqués ne permettront pas de les identifier ;

- les participants au comité d'évaluation devront être informés du caractère volontaire de leur participation, de la possibilité de libre expression dans le cadre du respect d'autrui, des secrets industriels, etc. et de la possibilité de retrait sans condition.

Deux illustrations de dispositifs d'évaluation sont résumées dans le tableau suivant.

ILLUSTRATIONS DE DISPOSITIFS D'ÉVALUATION

	OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	ACTEURS DU COMITÉ D'ÉVALUATION	MOYENS ALLOUÉS	CALENDRIER	COMMUNICATION
EXEMPLE 1	Favoriser l'échange de pratiques entre intervenants d'un SST (médecins du travail, IPRP, etc.) à travers la présentation de l'évaluation d'une intervention conduite dans une industrie.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenant en charge de l'intervention (IPRP) - Médecin du Travail de la structure bénéficiaire - Ergonome du SST - Responsable qualité de la structure bénéficiaire 	<p>Deux réunions du comité d'évaluation</p> <p>Types de données à recueillir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens avec des salariés - PV de CHSCT - Evolution des défauts qualité 	<p>Réunions du comité d'évaluation : au début et 6 mois après la fin de l'intervention (1/2 journée par réunion)</p> <p>Recueil des données : Au démarrage de l'intervention : PV de CHSCT + Nombre de défauts qualité</p> <p>Fin de l'intervention : mêmes données + entretiens avec des salariés</p>	<p>Présentation et discussion des résultats de l'évaluation aux intervenants du SST</p> <p>Envoi d'un compte-rendu à la structure bénéficiaire</p>
EXEMPLE 2	Faire prendre conscience aux acteurs de la structure bénéficiaire du chemin parcouru pour maintenir l'implication des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Consultant en charge de l'intervention - Acteurs de la structure bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"> • DRH • Responsable HSE • Membres CHSCT 	<p>Une réunion du comité d'évaluation</p> <p>Type de données à recueillir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aménagements des postes de travail - Evolution de la polyvalence - Evolution des accidents bénins et des presque-accidents 	<p>Réunion du comité d'évaluation : 6 mois après le début de l'intervention</p> <p>Recueil de données : au moins 2 fois pendant les 6 premiers mois de l'intervention</p>	<p>Présentation des résultats de l'évaluation en CHSCT</p>

ÉTAPE 2

Au démarrage de l'intervention : déterminer les effets attendus et définir les critères d'évaluation

Cette étape vise à répondre aux questions :
« comment déterminer les effets attendus d'une intervention dans une perspective d'évaluation ? »
et « sur quelles bases pourra-t-on déterminer que les effets attendus se sont produits ? ».
Elle est réalisée par le comité d'évaluation.

1

DÉTERMINER LES EFFETS ATTENDUS DE L'INTERVENTION

La caractérisation des effets attendus de l'intervention inclut trois activités successives :

- recenser l'ensemble des objectifs de l'intervention, les objectifs formels et ceux propres aux différents types d'acteurs ;
- à partir des objectifs, identifier collectivement les effets attendus de l'intervention à l'aide de la grille EVALIA (voir annexe page 44) ;
- envisager la chronologie des effets attendus de l'intervention.

Recenser les objectifs de l'intervention

A son démarrage, une intervention poursuit des objectifs formels, consignés le plus souvent dans un document contractuel (convention, cahier des charges, protocole d'accord, etc.).

A ces objectifs formels, s'ajoutent les divers objectifs que chacun des acteurs impliqués assigne plus ou moins explicitement à l'intervention. Le comité d'évaluation est ainsi invité à recenser les objectifs que les différents acteurs portent sur l'intervention.

Par ailleurs, les objectifs pouvant évoluer en cours d'intervention, il est possible d'en intégrer de nouveaux, au fur et à mesure du déroulement de l'intervention. Pour prévoir les effets attendus d'une intervention, trois types d'objectifs peuvent donc être pris en compte : les objectifs formels, les objectifs propres aux différents acteurs et les nouveaux objectifs qui pourraient apparaître au cours de l'intervention.

☑ EXEMPLES D'OBJECTIFS D'UNE INTERVENTION

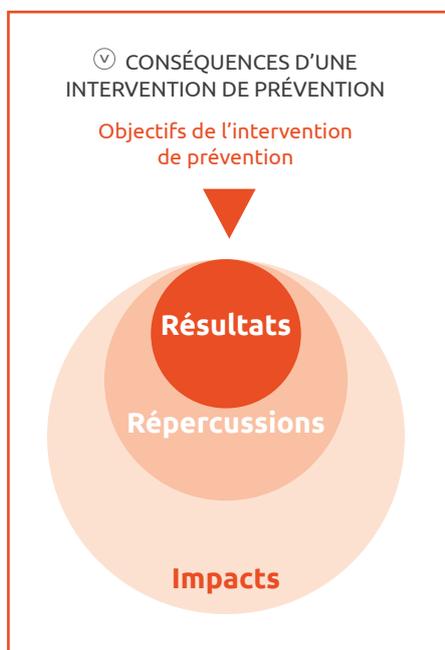
OBJECTIFS D'UNE INTERVENTION	EXEMPLES
Objectifs formels	Inscrire les RPS dans le document unique Favoriser la prise en compte des RPS par les managers
Objectifs propres à certains acteurs	Pour les membres du CHSCT : mettre en évidence la surcharge de travail sur certains postes de production Pour le commanditaire (direction de la structure bénéficiaire) : vérifier l'intérêt et l'engagement des managers pour la prévention des RPS
Evolution des objectifs pendant l'intervention	Modifier le processus de production dans un service pour diminuer l'ensemble des risques professionnels

Identifier les effets attendus de l'intervention

Les structures bénéficiaires étant des systèmes complexes (avec des interactions multiples entre les différents processus et entre les différents acteurs) et les interventions étant également complexes par nature (du fait du nombre d'actions mises en place et d'acteurs mobilisés), les conséquences des interventions de prévention peuvent dépasser les objectifs et avoir des retombées diverses. Pouvoir qualifier et mesurer l'ensemble des retombées d'une intervention, c'est toute l'ambition de la démarche d'évaluation proposée ici. Ainsi, la démarche EVALIA invite, à ce stade, le comité d'évaluation à lister, à partir des objectifs recensés, l'ensemble des retombées ou conséquences possibles d'une intervention. Elles seront dénommées ici les « effets attendus » et regroupent trois types de retombées (voir schéma ci-contre) :

- ⊗ les résultats, en lien direct avec les objectifs formels de l'intervention ;
- ⊗ les répercussions, conséquences plus lointaines dans le temps et dans l'espace ;
- ⊗ les impacts encore plus éloignés que les répercussions mais représentant des changements significatifs, durables, pour lesquels un lien de causalité direct ou indirect avec l'intervention peut être établi.

Ainsi, envisager les effets attendus d'une intervention suppose de ne pas se limiter dans la réflexion à ses conséquences directes et immédiates mais de considérer les possibles effets en cascade : améliorer la connaissance des RPS chez les managers pourrait induire une prise de conscience de la surcharge de travail particulièrement notable chez les opérateurs d'un atelier de production et entraîner une réorganisation de celui-ci.



Pour aider le comité d'évaluation à qualifier, *a priori*, les effets possibles d'une intervention de prévention des RPS ou des TMS, la grille EVALIA propose une liste de 37 types d'effets regroupés autour de 5 thèmes :

- ⊗ évolution des acteurs et systèmes d'acteurs ;
- ⊗ transformation des organisations et situations de travail ;
- ⊗ réduction des facteurs de risque et augmentation des ressources ;
- ⊗ évolution de la santé des salariés ;
- ⊗ évolution de la performance de la structure bénéficiaire.

Sans être exhaustive, cette liste dresse un large panorama des conséquences habituellement observées lors des interventions de prévention. Son balayage systématique permet de sélectionner les rubriques les plus pertinentes vis-à-vis des objectifs de l'intervention à évaluer. Elle peut être enrichie d'autres effets propres à un contexte de travail particulier.

Envisager la chronologie des effets attendus de l'intervention

Les effets d'une intervention ne sont pas simultanés mais, au contraire, soumis à une logique chronologique, certains ne se produisant qu'après l'installation préalable des premiers changements.

Ainsi, par exemple, si tous les acteurs d'une structure sont convaincus, dès le début d'une intervention, de la nécessité d'aménager des postes de travail ou de modifier les horaires de travail de nuit, le comité d'évaluation peut s'attendre à ce que les effets précoces de l'intervention concernent les mises en œuvre concrètes d'aménagement de postes ou de changement d'horaires. En revanche, si les acteurs ne partagent pas cette conviction, les premiers effets de l'intervention concerneront l'évolution de leurs représentations sur les facteurs de risque pour la santé (en élargissant le champ de ces facteurs au-delà de la fragilité individuelle, par exemple) ou la prise de conscience de la nécessité de l'aménagement des postes.

Pour que l'évaluation soit pertinente, il faut donc mesurer aux « bons » moments les effets attendus. Cela suppose de mettre en adéquation le calendrier des mesures avec

l'apparition présumée des effets (cf. encadré ci-dessous « Chronologie des effets d'une intervention de prévention des RPS »). Le comité d'évaluation est encouragé, après

avoir défini les effets attendus d'une intervention, à formaliser une frise chronologique sur le modèle de celle qui figure dans l'encadré.

Ⓢ CHRONOLOGIE DES EFFETS D'UNE INTERVENTION DE PRÉVENTION DES RPS

Pour illustrer l'aspect chronologique des effets d'une intervention, les conséquences possibles d'une intervention portant sur la prévention des RPS sont schématisées ci-dessous.

Les premiers effets d'une telle intervention pourront porter sur l'évolution des connaissances en matière de prévention des RPS et sur l'amélioration du climat social. S'il est prévu d'évaluer en cours d'intervention (Mesure 1 dans le schéma), l'évaluateur s'intéressera donc à ces deux effets.

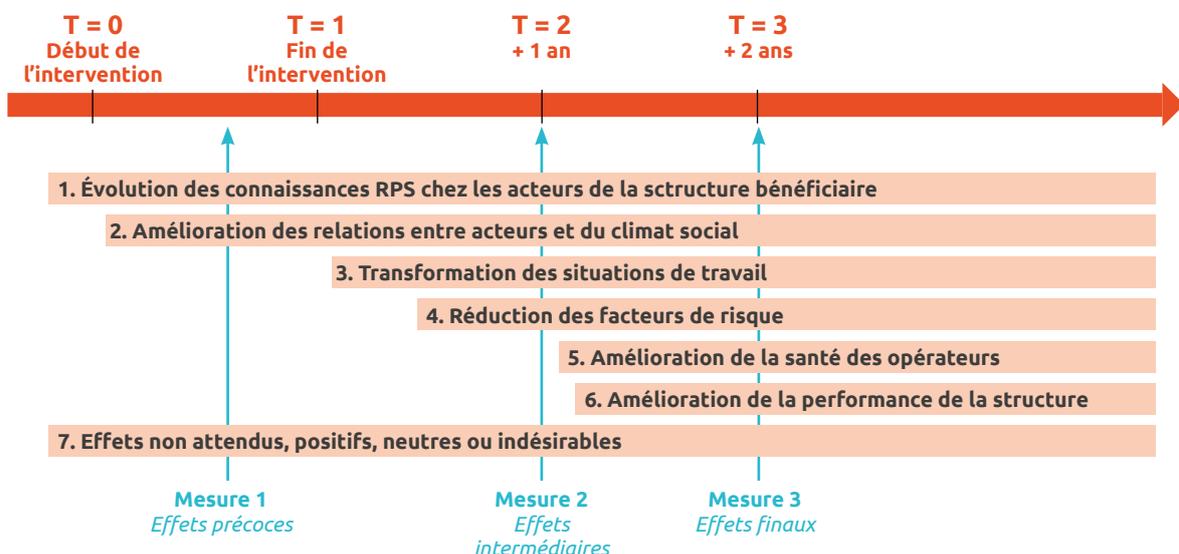
En revanche, s'il envisage d'évaluer un an après la fin de l'intervention (Mesure 2), il pourra observer, à condition que la structure ait poursuivi sa dynamique d'action, une transformation des situations de travail et une réduction de certains facteurs de risque.

S'il veut apprécier l'ensemble des transformations induites par l'intervention, il attendra un certain délai (Mesure 3) et ajoutera des données sur l'amélioration de la santé des opérateurs et de la performance de la structure.

A noter, cependant, comme mentionné plus haut (voir schéma p. 22 « Attribution des effets de l'intervention au cours du temps »), que les liens entre l'intervention et des changements sont, au fil du temps, de plus en plus ténus et indirects, certains aspects étant très dépendants de la dynamique de la structure bénéficiaire pour mettre en œuvre les préconisations découlant de l'intervention.

Par ailleurs, les aspects comme la santé ou la productivité, plus dépendants de contextes extérieurs à la structure bénéficiaire peuvent évoluer positivement ou négativement sans qu'il y ait de relation avec l'intervention (en cas d'actions de promotion de la santé publique significatives ou de crise financière par exemple).

Une septième catégorie regroupe des effets non prévus au moment de l'élaboration du projet, qu'ils soient positifs, neutres ou négatifs (ou indésirables). Ce point est détaillé dans l'étape 4.



2

DÉFINIR LES CRITÈRES D'ÉVALUATION

Le comité d'évaluation détermine les critères qui permettront de décider si les effets attendus de l'intervention se produisent.

- ⊗ Certains des effets attendus d'une intervention correspondent à des objectifs formalisés.

Par exemple, si l'un des objectifs formels d'une intervention est d'améliorer la prise en compte des RPS dans une entreprise, plusieurs critères sont disponibles pour juger de cette amélioration :

- l'inscription des RPS dans le DU ;
- et/ou la formation à la sensibilisation des RPS de tous les managers ;
- et/ou la formation à la sensibilisation des RPS de 80 % des managers de proximité ;
- et/ou la perception par 80 % des salariés que les RPS sont mieux pris en compte dans l'entreprise ;
- etc.

Les critères d'évaluation peuvent être de nature quantitative (100 % des managers formés ou 80 % d'opinions positives) ou qualitative (inscription des RPS dans le DU).

Pour juger de la réalité de l'effet, on peut s'en tenir à un seul critère ou en associer plusieurs.

Un critère d'évaluation doit être pertinent (décrire le plus exactement et complètement possible l'effet attendu) et réaliste (facile à obtenir).

- ⊗ Pour les effets attendus, relatifs aux objectifs non formalisés, la définition des critères d'évaluation peut être menée par le comité d'évaluation de la même façon que précédemment.

Ainsi, dans l'intervention envisagée ci-dessus sur l'amélioration de la prise en compte des RPS, le principal effet que le médecin du travail attend de l'intervention est la diminution des plaintes de mal-être dans l'ensemble de l'entreprise.

Le comité d'évaluation qui a retenu cet effet attendu en précise l'objectif : réduire le pourcentage d'opérateurs exprimant un mal-être lié au travail de 30 à 10 %. Il en définit un critère d'évaluation : le comité considérera que l'objectif est atteint si, dans l'année qui suit la fin de l'intervention, le pourcentage de demandes spontanées de consultations auprès du médecin du travail pour un mal-être au travail n'excède pas 10 % de la totalité des demandes spontanées de consultations.

Pour finaliser cette étape, le comité d'évaluation doit vérifier que les moyens alloués à l'évaluation sont proportionnés à la charge de travail que représente la collecte des données liées aux critères d'évaluation retenus. Car, comme on l'a vu précédemment, certaines données sont disponibles et directement accessibles dans la structure tandis que d'autres nécessitent d'être créées spécialement pour l'évaluation.

En reprenant l'exemple précédent :

- ⊗ le critère « inscription des RPS dans le DU » demande que l'entreprise mette à disposition du comité d'évaluation le document relatif au DU et à ses mises à jour avant, pendant et après l'intervention ;
- ⊗ le critère de « formation de 100 % des managers aux RPS » suppose que le service RH fournisse au comité d'évaluation les données qui permettront de vérifier ce résultat ;
- ⊗ le critère de « satisfaction de 80 % des salariés » nécessite la passation d'un questionnaire à tous les salariés présents avant, pendant et après l'intervention.



QUESTION > RÉPONSE

Objectifs de l'intervention et critères d'évaluation sont-ils équivalents ?

Il s'agit de deux notions habituellement distinguées dans une démarche évaluative. Un objectif fixe le but à atteindre pour une action particulière. Il peut être qualitatif ou quantitatif. Le critère d'évaluation permet de déterminer *a priori*, à quelles conditions on considérera que le but est atteint.

Si on se fixait comme objectif de réduire le pourcentage de salariés exprimant un mal-être lié au travail de 30 à 10 %, les critères d'évaluation possibles pour cet objectif pourraient être basés sur une comparaison avant et après l'intervention :

- ⊕ des résultats à un questionnaire spécifique du mal-être renseigné par le salarié ;
- ⊕ du pourcentage des diagnostics de mal-être au travail portés par le médecin du travail lors des visites systématiques ;
- ⊕ du nombre de demandes spontanées de consultations pour mal-être au travail.

Plus l'objectif est précis et opérationnel, plus il se confond avec le critère d'évaluation. Dans le présent exemple, si l'objectif retenu était de réduire le pourcentage d'opérateurs auto-déclarant un mal-être lié au travail de 30 à 10 %, alors celui-ci serait confondu avec le premier critère basé sur les résultats d'un questionnaire auto-administré spécifique du mal-être.



QUESTION > RÉPONSE

Est-il toujours possible de définir des critères d'évaluation ?

Oui, il est toujours possible de définir des critères d'évaluation adaptés aux effets attendus. *A priori*, il paraît compliqué de définir des critères pour les effets précoces (évolution des représentations des acteurs sur la prévention, par exemple). Pourtant, l'expérimentation a montré qu'il existe une grande diversité de critères qui permettent d'attester de changements, même minimes : participation systématique du DRH aux réunions du CHSCT, participation des managers aux groupes de travail mis en place pendant l'intervention, augmentation du report des presque-accidents par les salariés, etc.

CE QU'IL FAUT RETENIR

Lors de l'étape 2, il est important que les acteurs du comité d'évaluation s'accordent sur les effets attendus de l'intervention et les critères qui mettent en évidence ces effets.

Si les effets attendus de l'intervention font l'objet d'un consensus et que les critères sont perçus comme pertinents pour la structure, l'évaluation apparaîtra légitime et permettra d'enclencher ou de renforcer une démarche itérative vertueuse de prévention : évaluation/action/évaluation, etc.



ÉTAPE 3

Recueillir les données



La collecte de données spécifiques à l'évaluation est une activité à part entière d'un projet d'évaluation.

Le type de données est déterminé au démarrage de l'intervention (ou en tout début d'intervention) et inscrit dans le document d'évaluation (étape 1) ; il est ensuite précisé et affiné lors de l'étape 2. Les périodes de collecte des données sont prévues en tenant compte de la chronologie des effets auxquels elles se rapportent.

Si l'on souhaite repérer l'ensemble des effets d'une intervention, mesurer leur ampleur et vérifier leur stabilité et, si les moyens le permettent, il est possible de prévoir plusieurs temps de mesures : avant (pour disposer d'un état initial), pendant (pour les effets précoces), en fin (pour les effets intermédiaires) et à distance de l'intervention (pour les effets finaux). Ce dispositif doit, néanmoins, être adapté à la nature des effets attendus et peut être réduit, le cas échéant, à deux temps de mesure : avant et après, ou avant et pendant, ou avant et à distance, la mesure initiale étant, comme vu plus haut, particulièrement recommandée.

Comme on l'a vu précédemment, les données à collecter sont très diverses en nature (quantitatives ou qualitatives), en origine (issues de services SST, RH, etc.) et en accessibilité :

- ⊗ données directement accessibles : document unique, PV de CHSCT, processus de production, organigramme, baromètre social, données sociales, rapport du service de santé au travail, etc. ;
- ⊗ données mobilisables devant faire l'objet d'un traitement statistique simple : nombre de consultations de la cellule d'aide RPS, pourcentage de retours pour défaut de qualité dans un service, ratio de managers formés à la sensibilisation des RPS, etc. ;
- ⊗ données à créer spécifiquement pour l'évaluation : questionnaire à destination de l'ensemble du personnel ou entretiens auprès des acteurs de la structure bénéficiaire, etc. Le recueil de ces données doit être anticipé très en amont du projet d'évaluation et soutenu par des moyens particuliers (support méthodologique et opérationnel, etc.). Faute de moyens, il est vivement recommandé de ne pas se « lancer » dans de tels recueils de données qui, sans rigueur, conduisent à des résultats erronés.

En fonction de la nature des données, différents acteurs seront sollicités à cette étape. Ils devront être informés dès la préparation du projet d'évaluation des demandes de contribution qui leur seront adressées :

- ⊗ la contribution du médecin du travail est, par exemple, primordiale pour tracer l'évolution de la santé des opérateurs ;
- ⊗ un échange avec un pair ou un collègue non impliqué dans l'intervention sera utile pour juger de la pertinence de la méthode et de la qualité de la mise en œuvre de celle-ci ;
- ⊗ les opérateurs de la structure bénéficiaire seront incontournables pour apprécier la perception des bénéfices d'une intervention ;
- ⊗ le service RH sera en charge de transmettre des données d'absentéisme, de participation à des formations ciblées, de demande de mutation, etc. ;
- ⊗ les managers pourront apporter des informations sur le climat social, la performance de l'entreprise, etc. ;
- ⊗ les responsables de prévention permettront d'accéder à des données sur la prévention et la sinistralité ;
- ⊗ Les représentants du personnel pourront témoigner du climat social, des retours qualitatifs sur la perception de l'intervention.

Un tableau synthétisant ces informations peut être renseigné, comme ci-dessous

☑ DONNÉES À RECUEILLIR

<i>TYPE DE DONNÉES À RECUEILLIR</i>	<i>INDICATEURS RETENUS</i>	<i>ACTEURS (hors comité d'évaluation) À SOLLICITER</i>	<i>PÉRIODES DU RECUEIL</i>
Directement accessibles	Exemple : intégration des RPS dans le DU	Exemple : service HSE	Exemple : avant, 12 mois après la fin de l'intervention
À traiter	Exemple : nombre d'absences de courte durée (1-5 jours) pour raisons de santé	Exemple : service des RH	Exemple : avant, 6 mois après le début et 3 après la fin de l'intervention
À créer	Exemple : pourcentage de salariés satisfaits de leur poste de travail (recueil par questionnaire)	Exemple : CHSCT, service RH, service SST, intervenant	Exemple : avant et après l'intervention

Si l'intervenant utilise, dès le démarrage de son intervention, un carnet de bord, il veillera à y faire figurer (ou à défaut renseignera dans son document d'évaluation téléchargeable) les informations nécessaires à la réalisation de l'étape 4 : déroulement de l'intervention, difficultés rencontrées, évènements-clés, évolutions, éléments facilitateurs pour la démarche d'intervention, changements survenus dans la structure bénéficiaire au cours de l'intervention. Ces données capitales pour la qualité de l'évaluation seront analysées lors de cette étape.



QUESTION > RÉPONSE

Pour évaluer une intervention, les données quantitatives sont-elles plus adaptées que les données qualitatives ?

Les données quantitatives ont la réputation de l'objectivité et sont présentées comme « les juges de paix » dans les situations difficiles à évaluer. Pourtant, elles ne sont pas la panacée et doivent être discutées et mises en perspectives au même titre que les données qualitatives. L'évolution des plaintes TMS avant, pendant et après une intervention est un bon exemple. Six mois après le début d'une intervention de prévention des TMS, le nombre de plaintes relatives à ces troubles est, comparé à celui d'avant l'intervention, souvent augmenté.

En effet, l'attention portée à ces troubles peut avoir pour conséquence de libérer la parole des opérateurs et leur permettre de faire état de leurs douleurs.

Dix-huit mois plus tard, le nombre de plaintes peut, en revanche, avoir diminué par rapport à la situation antérieure, les aménagements de postes réalisés en début d'intervention, commençant alors à porter leurs fruits.

ÉTAPE 4

Après l'intervention : analyser les résultats et en tirer les enseignements

Cette étape a pour but d'analyser les données recueillies et de dresser un bilan de l'intervention en tenant compte du contexte spécifique dans lequel elle s'est déroulée et des événements indépendants de l'intervention, positifs ou négatifs, qui ont pu survenir au cours de son déroulement.



Ainsi, l'étape 4 suppose de réaliser successivement 6 activités :

- 1. analyser les écarts entre les effets attendus et les effets observés ;**
- 2. identifier les effets non attendus ;**
- 3. apprécier l'impact du contexte sur le déroulement et les effets de l'intervention ;**
- 4. analyser l'impact du déroulement de l'intervention sur les effets observés ;**
- 5. dresser le bilan de l'intervention ;**
- 6. tirer les enseignements.**

Les cinq premières activités sont réalisées par le comité d'évaluation.

La sixième activité est à la main de l'intervenant qui, sur la base du bilan de l'intervention, peut en tirer des enseignements et identifier des pratiques à éviter, à maintenir ou à améliorer.

1

ANALYSER LES ÉCARTS ENTRE LES EFFETS ATTENDUS ET LES EFFETS OBSERVÉS

L'analyse des écarts entre les effets attendus et les effets observés permet de déterminer quatre situations, codées par couleur dans le tableau ci-dessous :

- ⊙ **atteinte des objectifs : les effets attendus sont observés et les critères d'évaluation retenus permettent de le démontrer ;**
- ⊙ **atteinte partielle des objectifs : les critères montrent que les effets attendus sont partiellement observés ;**
- ⊙ **non mise en évidence de l'atteinte des objectifs : les critères ne mettent pas encore en évidence les effets attendus ;**

- ⊙ **non atteinte des objectifs : les critères d'évaluation montrent que les effets attendus n'ont pas été observés.**

Le comité d'évaluation est invité à compléter son analyse en proposant, pour chacun des effets, des hypothèses explicatives des réussites et des échecs.

⊙ EXEMPLES D'ANALYSES D'ÉCARTS ENTRE EFFETS ATTENDUS ET EFFETS OBSERVÉS

<i>SI L'EFFET ATTENDU EST</i>	<i>ON CONSIDÉRERA QU'IL EST ATTEINT SI ...</i>	<i>POUR LE MONTRER, ON REGARDERA/MESURERA ...</i>	<i>EN CAS D'ÉCART, ON EN ANALYSERA LES RAISONS</i>
l'aménagement de postes de travail	au moins la moitié des postes avec fortes contraintes sont aménagés	le pourcentage de postes avec forte contraintes aménagés (recueil de données : nombre de postes avec fortes contraintes et nombre de postes aménagés)	Objectif atteint avec 60 % de postes aménagés. Le groupe de travail a réussi à convaincre le DAF, intégré au COPIL dès le départ de l'intervention, de l'intérêt de cet investissement.
	tous les salariés sont satisfaits de leur poste de travail	le pourcentage de salariés satisfaits de leur poste de travail (recueil de données par questionnaire)	Objectif non atteint : seulement 75 % de salariés sont satisfaits de leur poste de travail. On n'a pas assez pris en compte les besoins d'un service dans lequel les postes de travail ne présentent pas de fortes contraintes mais sont mal conçus, ce qui génère un mécontentement de la part des salariés.
l'adaptation des horaires de travail pour une meilleure conciliation vie professionnelle/ vie privée	on observe une baisse des départs volontaires et de l'absentéisme	le nombre d'entrées et de sorties dans l'année le nombre d'absences de courte durée (1-5 jours) pour raisons de santé	Objectif à étudier en différé : faute d'un temps d'observation suffisant, les critères d'évaluation retenus qui varient en fonction des mois de l'année n'ont pas permis de repérer des tendances.
l'amélioration des dispositifs de prévention des RPS	si les RPS sont inscrits dans le document unique	l'intégration ou non des RPS dans le DU	Objectif partiellement atteint : les RPS ont été inscrits dans le DU pour une partie seulement de l'effectif (2 unités de travail sur 5).

2

IDENTIFIER LES EFFETS NON ATTENDUS

Les interventions se déroulant dans des systèmes complexes et changeants, tous les effets qu'elles produisent ne peuvent être anticipés. Même non prévus, ces effets sont à prendre en considération.

Les effets non attendus peuvent être des conséquences directes ou indirectes de l'intervention.

Ils peuvent être positifs en améliorant la santé des opérateurs et les conditions de travail ou, au contraire, négatifs en dégradant la situation. On parlera alors d'effets indésirables. L'intervention peut également avoir des effets conjoncturels qui ont une utilité pour la structure mais qui sont *a priori* neutres vis-à-vis de la santé ou des conditions de travail, comme, par exemple, la réorganisation d'une activité de maintenance qui s'est révélée, lors de l'intervention, comme peu opérationnelle (voir exemples ci-contre).

L'appréciation des conséquences inattendues de l'intervention n'est pas forcément consensuelle au sein du comité d'évaluation. Elle est relative à la position des acteurs, ce qui apparaît comme positif pour les uns pourra être considéré comme neutre ou négatif pour les autres. Ces divergences doivent être confrontées au sein du comité d'évaluation et, si elles persistent, notées en tant que telles dans le bilan final de l'intervention (voir plus loin).

Les effets inattendus peuvent se poursuivre tout au long du processus d'intervention et dans ses suites (voir encadré « Chronologie des effets d'une intervention de prévention RPS » page 27). Ils peuvent rester imperceptibles pour l'intervenant pendant toute la durée de l'intervention et ne se révéler qu'en fin ou à distance de celle-ci, à l'occasion d'une réunion du comité d'évaluation, lors, par exemple, d'un balayage systématique des effets de l'intervention à partir de la grille EVALIA.

Ⓢ EXEMPLES D'EFFETS NON ATTENDUS D'UNE INTERVENTION

Positifs	Création d'un poste de responsable des relations sociales sur décision du directeur général, ce qui témoigne d'une meilleure prise en compte du dialogue social dans la politique de l'entreprise.
Neutres	Suspension de toutes les procédures d'achat dans l'attente des préconisations de l'intervention (décision prise par le responsable financier en accord avec le directeur général suite à une présentation de l'intervention en CE).
Indésirables	Fermeture d'un atelier dans lequel l'intervention avait révélé une forte sinistralité ; l'activité a été sous-traitée, ce qui témoigne d'une non prise en compte de la sécurité dans l'entreprise.

3

APPRÉCIER L'IMPACT DU CONTEXTE SUR LE DÉROULEMENT ET LES EFFETS DE L'INTERVENTION

Les structures bénéficiaires dans lesquelles les interventions prennent place, sont singulières sur le plan de leur histoire, de leurs caractéristiques structurelles, leur organisation. Pour optimiser leur efficacité, les interventions doivent s'adapter à ces contextes spécifiques, les intervenants gérant au mieux les contraintes qui s'imposent à eux et les ressources dont ils disposent.

Par ailleurs, les structures bénéficiaires sont fréquemment traversées par des changements majeurs ou mineurs, structurels ou fonctionnels, qui remettent en question le déroulement de l'intervention ou les avancées obtenues.

Il s'agit donc de cerner comment ce contexte, ou son évolution, a influencé le déroulement de l'intervention et permis d'obtenir ou non des résultats.

À partir de la liste proposée dans la grille EVALIA (voir en annexe liste 2 page 38), l'évaluateur relève les éléments de contexte ou de son évolution qui ont pu avoir un impact, positif ou négatif, tant sur le déroulement de l'intervention que sur ses effets.

Pour faciliter cette réflexion, le tableau suivant peut être renseigné.

EXEMPLES D'IMPACTS DU CONTEXTE ET DE SON ÉVOLUTION SUR LE DÉROULEMENT D'UNE INTERVENTION ET SUR SES EFFETS

PARTICULARITÉ DU CONTEXTE	IMPACTS SUR LE DÉROULEMENT OU SUR LES EFFETS DE L'INTERVENTION	ANALYSE ET COMMENTAIRES
Population essentiellement masculine (à 85 %), constituée de salariés anciens (qui ont passé toute leur carrière dans l'entreprise) et de jeunes techniciens.	Exemple d'impact sur les effets : L'intervention n'a pas permis de redéfinir la répartition des tâches et l'organisation de certains services, alors que c'était l'un des effets attendus.	La question des conflits intergénérationnels a mobilisé toute l'attention des acteurs de la structure bénéficiaire qui ne se sont pas impliqués dans l'élaboration d'une démarche de prévention des RPS.
ÉVOLUTION DU CONTEXTE	IMPACTS SUR LE DÉROULEMENT OU SUR LES EFFETS DE L'INTERVENTION	ANALYSE ET COMMENTAIRES
Changement de DRH en cours d'intervention.	Exemple d'impact sur le déroulement de l'intervention : L'arrivée d'un nouveau DRH a amélioré le climat social, ce qui a permis une meilleure implication des acteurs.	Les relations étaient tendues entre l'ancien DRH et les représentants du personnel. L'arrivée d'un nouveau DRH a facilité la mise en œuvre de l'intervention.

4

ANALYSER L'IMPACT DU DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION SUR LES EFFETS OBSERVÉS

Il s'agit d'identifier si des éléments relatifs au déroulement de l'intervention (préparation et mise en œuvre) ont pu avoir un impact sur les effets observés (voir en annexe liste 3 de la grille EVALIA page 39).

Le retour sur le processus d'intervention depuis son début peut s'appuyer sur la documentation propre à l'intervention (cahier des charges, documents produits, rapport intermédiaire, carnet de bord).

Il représente un exercice indispensable pour le comité d'évaluation dont tous les acteurs n'ont pas en mémoire l'ensemble des aléas et méandres de l'intervention.

Le tableau suivant peut être utilisé pour cette activité.

EXEMPLES DE FREINS ET DE FACTEURS FACILITANTS

ÉLÉMENTS RELATIFS À LA PRÉPARATION OU AU DÉROULEMENT	IMPACTS SUR LES EFFETS DE L'INTERVENTION	ANALYSE ET COMMENTAIRES
FREINS, OBSTACLES Pour préparer l'intervention, les intervenants n'ont rencontré que le directeur du site, le directeur des ressources humaines et les représentants des salariés au CHSCT	En cours d'intervention, les intervenants ont observé que l'une des organisations syndicales n'était pas représentée au CHSCT. Celle-ci a donc mis du temps avant de comprendre la démarche et la soutenir. L'intervention a pris beaucoup de retard et l'ensemble des actions prévues n'ont pas pu être mises en œuvre.	« Nous pensons que la rencontre des représentants des salariés au CHSCT serait suffisante pour recueillir le point de vue des salariés sur les évolutions en cours. Nous aurions dû rencontrer des représentants de chacune des OS représentatives avant le démarrage de notre intervention. »
FACTEURS FACILITANTS L'intervention s'est déroulée sur six mois car le commanditaire était pressé. Le rythme des réunions a été soutenu (plusieurs réunions du groupe de travail paritaire par mois).	La durée relativement courte de l'intervention a favorisé l'implication des acteurs et a permis de conserver une dynamique tout au long du processus.	« Alors que l'on pensait que la concentration des réunions dans un laps de temps limité serait défavorable, elle s'est révélée être un atout qui a permis de dépasser les objectifs. »

5

DRESSER LE BILAN DE L'INTERVENTION

Les résultats observés doivent être analysés au regard des éléments de contexte et du déroulement effectif de l'intervention, analysés précédemment.

Les divergences d'appréciation, qui persisteraient après discussion au sein du comité, peuvent figurer dans la colonne « analyse et commentaires » du tableau.

Pour réaliser ce bilan, il est proposé au comité d'évaluation de renseigner le tableau suivant.

Ⓧ BILAN GÉNÉRAL DE L'INTERVENTION

		<i>EFFETS DE L'INTERVENTION</i>	<i>ÉLÉMENTS DU CONTEXTE OU DU DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION AYANT UN IMPACT</i>	<i>ANALYSE ET COMMENTAIRES</i>
EFFETS ATTENDUS	Réalisés ou partiellement réalisés			
	Non réalisés			
	Pas encore mesurables			
EFFETS NON ATTENDUS	Positifs			
	Indésirables			
	Neutres			

6

TIRER LES ENSEIGNEMENTS

Pour être complète, l'évaluation doit déboucher sur une réflexion de ce qu'il convient, pour la pratique d'intervention, d'éviter, de conserver ou d'améliorer dans des contextes similaires.

La réflexion sur les enseignements à retirer de l'intervention concerne spécifiquement l'intervenant. Cependant, le comité d'évaluation peut la mener parallèlement, si la structure bénéficiaire souhaite améliorer ses propres pratiques de prévention.

Pour être la plus complète possible, l'analyse s'appliquera à toutes les étapes et activités des processus de l'intervention et de l'évaluation, comme le montre le tableau en page suivante que l'intervenant est invité à renseigner.

⊙ RÉSUMÉ DES ENSEIGNEMENTS À RETIRER D'UNE INTERVENTION

ENSEIGNEMENTS	COMMENTAIRES	PRATIQUES À CONSERVER AMELIORER EVITER
<p>SUR LES OBJECTIFS DE L'INTERVENTION Les objectifs initiaux ou définis en cours d'intervention étaient-ils pertinents, réalistes, adaptés au problème posé ? Leur évolution éventuelle a-t-elle été pertinente ? ...</p>		
<p>SUR LA PRÉPARATION/CONSTRUCTION DE L'INTERVENTION Les modalités de construction de l'intervention étaient-elles pertinentes/adaptées ? Les outils et méthodes sélectionnés étaient-ils pertinents/adaptés ? La prise d'information auprès des acteurs sur les évènements passés significatifs, sur le fonctionnement de la structure, les relations entre acteurs, etc. était-elle suffisante ? Tous les acteurs-clés ont-ils été contactés ? Les modalités de pilotage de l'intervention étaient-elles adaptées ? ...</p>		
<p>SUR LA CONDUITE ET LE DÉPLOIEMENT DE L'INTERVENTION Le pilotage a-t-il été bien mené ? Le calendrier et le rythme des allers-retours avec la structure étaient-ils adaptés ? Le périmètre de l'intervention était-il pertinent/adapté ? Les relations avec la structure ont-elles été de qualité ? Les acteurs en charge de l'intervention se sont-ils impliqués comme prévu ? Les aléas ont-ils été anticipés ? Ont-ils bien été gérés ? Les ajustements mis en œuvre en cours d'intervention étaient-ils adéquats ? Au regard des résultats observés, les moyens mis en œuvre étaient-ils pertinents/adaptés ? ...</p>		
<p>SUR L'ÉVALUATION La décision de l'évaluation et de sa mise en œuvre a-t-elle été suffisamment précoce par rapport à l'intervention ? Le dispositif d'évaluation était-il adapté ? Les objectifs de l'évaluation étaient-ils pertinents et réalistes ? Le comité d'évaluation était-il bien constitué ? A-t-il bien fonctionné ? Les moyens alloués à l'évaluation étaient-ils adaptés ? Suffisants ? Les précautions éthiques ont-elles été respectées ? Les effets attendus retenus étaient-ils pertinents et adaptés à l'intervention ? Tous les effets principaux de l'intervention ont-ils été pris en compte ? Les critères d'évaluation étaient-ils pertinents pour décrire les effets retenus ? Ont-ils été faciles à obtenir ? Les recueils des données ont-ils été planifiés en tenant compte de la chronologie d'apparition des différents effets ? Ont-ils été correctement réalisés ? Les acteurs concernés se sont-ils impliqués ? Le travail d'analyse des données (étape 4) s'est-il bien déroulé ? ...</p>		
<p>AUTRES ENSEIGNEMENTS Qu'est-ce que l'évaluation m'a apporté ? Qu'a-t-elle apporté aux acteurs de la structure bénéficiaire ? Aux pairs éventuellement impliqués ? A-t-elle eu des conséquences sur ma relation avec la structure bénéficiaire ? ...</p>		

ANNEXE

**Grille
d'évaluation
EVALIA**

Vous trouverez dans cette annexe trois listes qui contiennent les éléments à prendre en compte dans les étapes 2 et 4 de la démarche EVALIA. Ces listes donnent des repères aux évaluateurs mais ne sont pas exhaustives.

1

Liste des effets possibles d'une intervention pour « Déterminer les effets attendus de l'intervention » dans l'étape 2.1. (page 25)

2

Éléments de contexte pouvant avoir un impact sur les effets et la conduite de l'intervention pour « Apprécier l'impact du contexte sur le déroulement et les effets de l'intervention » dans l'étape 4.3. (page 38)

3

Éléments concernant la préparation et la conduite de l'intervention pouvant avoir un impact sur les effets pour « Analyser l'impact du déroulement sur les effets observés » dans l'étape 4.4. (page 39)

1

LISTE DES EFFETS POSSIBLES D'UNE INTERVENTION DE PRÉVENTION DES RPS ET TMS (Étape 2.1. : déterminer les effets attendus de l'intervention, page 25)

Les effets possibles d'une intervention de prévention des RPS et TMS sont regroupés en 5 thèmes :

- 1.1. Évolution des acteurs et systèmes d'acteurs ;
- 1.2. Transformation des organisations et situations de travail ;
- 1.3. Réduction des facteurs de risque et augmentation des ressources ;
- 1.4. Évolution de la santé des opérateurs ;
- 1.5. Évolution de la performance de la structure bénéficiaire.

Pour chaque thème, les effets sont répartis en rubriques avec des exemples d'effets attendus.

1.1. ÉVOLUTION DES ACTEURS ET DES SYSTÈMES D'ACTEURS

Exemples d'effets attendus

Évolution dans la façon de traiter ou de résoudre les problèmes rencontrés dans le travail	<ul style="list-style-type: none">⊗ Mise en place de réunions hebdomadaires intra-services, dédiées à la résolution des problèmes du quotidien⊗ Création de réunions interservices pour la gestion des dossiers difficiles ou complexes
Amélioration de la coopération entre opérateurs	<ul style="list-style-type: none">⊗ Information de l'ensemble des acteurs sur l'activité réelle et les problèmes spécifiques d'un service transverse (achat, maintenance, etc.) ou d'une catégorie d'opérateurs (brancardiers dans un hôpital)⊗ Développement des réunions inter-équipes⊗ Développement des coresponsabilités (a minima en binômes) lors de la mise en place de nouveaux projets
Évolution des modes de communication et d'échanges et d'information	<ul style="list-style-type: none">⊗ Création d'une lettre d'information interne⊗ Mise en visibilité des résultats des enquêtes de satisfaction des opérateurs
Évolution des relations sociales dans la structure	<ul style="list-style-type: none">⊗ Participation des représentants salariés du CHSCT aux commissions d'achat⊗ Prise en charge par le CE d'une mission « amélioration de la qualité de vie au travail »
Acquisition de connaissances et compétences en prévention	<ul style="list-style-type: none">⊗ Meilleure connaissance par les managers des facteurs collectifs de RPS ou de TMS⊗ Meilleur report par les membres du CHSCT des situations de RPS ou de TMS⊗ Meilleure évaluation de la charge physique des postes de travail par le département HSE

Amélioration de la gestion et de l'organisation de la prévention	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Actualisation régulière de l'évaluation des risques professionnels et définition annuelle d'un plan de prévention ⊗ Mise à jour systématique du document unique ⊗ Participation active des opérateurs à l'analyse des accidents de travail
Intégration de la prévention et de l'amélioration des conditions de travail dans la stratégie de la structure	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Prise en compte de la satisfaction au travail des opérateurs dans les indicateurs de fonctionnement de la structure ⊗ Présentation systématique des bilans annuels de santé au travail aux instances stratégiques
Evolution de la demande de la structure bénéficiaire vis-à-vis de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Nouvelle demande sur une autre thématique ou une autre catégorie de problèmes ⊗ Élargissement du champ de l'intervention à d'autres services ou à d'autres sites

1.2. TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS ET SITUATIONS DE TRAVAIL

Exemples d'effets attendus

SUR LE PLAN TECHNIQUE

Aménagement des postes de travail	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Aménagement des postes de travail à risques de TMS ou inadaptés à l'accueil d'une clientèle
Amélioration de l'environnement et de l'ambiance physique de travail	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Installation de moyens de chauffage dans les ateliers ⊗ Isolation phonique des bureaux recevant de la clientèle
Mise en place d'aides techniques	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Installation de lève-malades, de tapis roulant pour une caisse de supermarché, de bras articulé pour charger un camion, etc.
Amélioration du matériel et de l'outillage	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Mise aux normes du matériel vétuste ⊗ Installation de mobiliers de bureau ergonomiques ⊗ Renouvellement du parc automobile ⊗ Achat d'outils neufs
Évolution des processus de travail (production, services, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Regroupement des commandes des clients selon le gabarit des produits à fournir pour diminuer le temps de réglage des machines ⊗ Installation, au sein d'un service d'accueil, d'un guichet d'orientation des clients ⊗ Contrôle qualité au cours du processus de production en plus de celui sur le produit fini pour corriger précocement les défauts

SUR LE PLAN DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Évolution dans la répartition et l'attribution des tâches	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Alternance des opérateurs entre des postes « front » et back » office ⊗ Amélioration de la polyvalence sur différents postes d'un atelier ⊗ Meilleure répartition des patients « difficiles » entre plusieurs aides à domicile
Évolution du contenu du travail	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Ré-internalisation de certaines tâches sous-traitées ⊗ Enrichissement des postes à faible contenu ⊗ Diversification des tâches d'un poste de contrôle : ajouter à la vérification réglementaire une activité de conseil auprès des opérateurs concernés par le contrôle

1.2. TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS ET SITUATIONS DE TRAVAIL

Exemples d'effets attendus

SUR LE PLAN DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL	
Évolution des horaires	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Adaptation des plages horaires de travail à celles des établissements scolaires de la région ⊗ Extension de la plage horaire de prise de poste (7h30- 9h30 au lieu de 8h-9h) ⊗ Limitation du travail de nuit ⊗ Limitation par opérateur du temps de travail en ambiance extrême (chambre froide ou poste exposé aux hautes températures)
Évolution du temps de travail	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Annualisation du temps de travail ⊗ Implantation d'un système de badgeage pour prendre en compte les heures supplémentaires ⊗ Limitation des postes à temps partiels (< 20h/semaine)
Évolution des systèmes de management, des relations managériales et des modes de prescription	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Amélioration de l'autonomie des opérateurs vis-à-vis de l'organisation de leur activité (ordre de traitement des dossiers, organisation d'une tournée pour les aides à domicile) ⊗ Amélioration des marges de manœuvre des managers de proximité pour fixer les délais de production, les ressources, les besoins en formation. Augmentation des possibilités pour les managers de reconnaissance matérielle et immatérielle du travail fourni par les opérateurs
Évolution des systèmes de prise de décision	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Facilitation de la consultation directe des opérateurs par les instances décisionnelles ⊗ Participation des opérateurs aux commissions fonctionnelles (achat, investissement, etc.) ⊗ Participation des opérateurs aux réunions avec les clients pour la préparation des marchés
Conception d'indicateurs de productivité et de qualité adaptés à la réalité du travail	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Élaboration de nouveaux indicateurs de productivité : satisfaction client, taux de retour à 1 an, taux de renouvellement des prestations, temps de travail réel passé pour produire une pièce
SUR LE PLAN DU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES	
Développement de la formation professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Plan de formation favorisant la polyvalence ⊗ Amélioration de l'accès aux formations pour les opérateurs habituellement peu intéressés ⊗ Facilitation des mobilités internes à l'aide de formations promotionnelles ⊗ Offre de formations aux opérateurs ayant des restrictions d'aptitudes en vue de leur reclassement ⊗ Mise en place d'un tutorat entre les plus anciens et les nouveaux opérateurs ⊗ Proposition de sessions d'e-learning
Développement de la participation à des journées d'études, séminaires, colloques, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Création de manifestations internes autour de thématiques transverses à la structure bénéficiaire ⊗ Repérage des manifestations extérieures utiles pour la structure et information aux destinataires ⊗ Développement d'un plan de participation à ces manifestations

1.3. RÉDUCTION DES FACTEURS DE RISQUE ET AUGMENTATION DES RESSOURCES

Exemples d'effets attendus

<p>Développement de l'autonomie et des marges de manœuvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Diminution de la standardisation des échanges avec le client (téléopérateurs), des actes avec le patient (aide à domicile) ⊗ Souplesse des prescriptions : possibilité, pour les téléopérateurs, de prolonger la durée des appels pour résoudre les problèmes complexes des clients ⊗ Encouragement des opérateurs à faire remonter les difficultés quant au respect des prescriptions, des problèmes rencontrés et des solutions envisagées ⊗ Auto-détermination des pauses de travail (dans le respect de leur durée réglementaire)
<p>Amélioration des relations interpersonnelles dans le travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Développement des espaces de convivialité (salles de café, de restauration) ⊗ Amélioration des échanges sur le travail au sein des équipes (réunions hebdomadaires, réunions « solutions-problèmes », réunions inter-équipes si le travail l'exige, etc.)
<p>Prise en compte des exigences émotionnelles de certains postes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Repérage des postes difficiles sur le plan des exigences émotionnelles ⊗ Mise en place d'un système de rotation des opérateurs pour ces postes difficiles sur le plan émotionnel ⊗ Mise en place d'ateliers d'échanges de pratique ⊗ Débriefing systématique après des situations difficiles (violences d'un client, soins à des patients victimes d'attentat, etc.)
<p>Prise en compte des conflits de valeurs potentiels</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Repérage des situations qui mettent les opérateurs en conflit avec leurs valeurs vis-à-vis du travail ou avec leur éthique personnelle ⊗ Elaboration de modes opératoires qui permettent aux opérateurs d'afficher les valeurs de la structure sans mettre en avant les leurs ⊗ Promotion de procédures éthiquement responsables (étalement des remboursements pour un client en défaut de paiement, temps de réflexion adapté avant signature d'un contrat)
<p>Prise en compte de la charge de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Mise en place d'un outil de suivi de la charge de travail adapté à sa variabilité (dispositif mensuel, par exemple) ⊗ Adaptation des temps de pauses et des journées de récupération à la charge effective de travail ⊗ Adaptation quotidienne de l'effectif à la charge de travail
<p>Réduction des contraintes posturales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Repérage des postes à risque de contraintes posturales ⊗ Limitation des contraintes : réglage des postes de travail, limitation de la station debout, utilisation d'aides techniques, etc. ⊗ Rotation des opérateurs entre les postes les plus et les moins exposés
<p>Réduction du port de charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Repérage des postes à risque de surcharge physique ⊗ Limitation du port de charges : amélioration du matériel (installation de roulettes neuves sur les racks, etc.), recours à des aides techniques. Rotation des opérateurs entre les postes les plus et les moins exposés
<p>Réduction des gestes répétitifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Autogestion par l'équipe des opérateurs de la cadence des dispositifs en ligne (tapis roulant, chaîne) ⊗ Variations des types de pièces à produire lors d'un cycle de production ⊗ Automatisation de certaines opérations
<p>Mise en place de formations en santé et sécurité en particulier vis-à-vis des TMS et RPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Développement d'une offre de formation « prévention » : Prévention des Risques liée à l'Activité Physique (PRAP), Connaissance des facteurs des RPS ou des TMS, Gestion des clients agressifs, etc.

1.3. RÉDUCTION DES FACTEURS DE RISQUE ET AUGMENTATION DES RESSOURCES

Exemples d'effets attendus

Mise en place de dispositifs de suivi et d'alerte

- ⊗ Suivi d'indicateurs pour les postes difficiles (charge pondérale transportée ou nombre de dossiers « difficiles » traités par jour, etc.)
- ⊗ Suivi régulier d'un indicateur global de satisfaction au travail par service avec un système d'alerte en cas de dégradation
- ⊗ Élaboration de procédures de signalement de personnes en souffrance, d'alerte en cas de harcèlement, de violence interne, etc.
- ⊗ Mise en place de dispositifs spécifiques de prise en charge : ligne téléphonique dédiée, permanence d'un psychologue, etc.

1.4 ÉVOLUTION DE LA SANTÉ DES OPÉRATEURS

Exemples d'effets attendus

Santé objectivée par le SST

- ⊗ Diminution de la sinistralité : accidents du travail, maladies professionnelles déclarées ou reconnues (TMS en particulier), maladies à caractère professionnel signalées, maladies reconnues en CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles)
- ⊗ Absence d'évènements graves tels que suicides ou tentatives de suicides sur le lieu du travail ou attribués par l'entourage au travail, de harcèlement moral ou sexuel avéré ou instruit, de cas de stress post-traumatique, de violences physiques d'origine interne (entre opérateurs de la structure) ou externe pour les opérateurs en contact avec du public
- ⊗ Pour les opérateurs en contact avec du public, nette diminution voire disparition des plaintes pour agressions verbales ou dégradation de matériel de la part du public
- ⊗ Absence ou nette diminution des cas de violence verbale d'origine interne (conflits, menaces, insultes, etc.)
- ⊗ Absence ou nette diminution des symptômes aigus de souffrance : crises de larmes ou de nerfs sur le lieu du travail ou rapportées au travail
- ⊗ Absence ou nette diminution du nombre de diagnostics de stress chronique en lien avec l'activité professionnelle
- ⊗ Guérison ou absence d'aggravation des maladies pouvant avoir une composante professionnelle (via un stress chronique d'origine professionnelle) : hypertension, coronaropathies, troubles métaboliques (diabète, hypercholestérolémie, etc.), dépression, troubles anxieux ou épuisement professionnel, grossesses pathologiques, infections à répétition, etc.
- ⊗ Diminution du nombre de nouveaux diagnostics de TMS en relation avec l'activité professionnelle quelle qu'en soit la localisation : rachis (cervical, dorsal ou lombaire), membres supérieurs et inférieurs
- ⊗ Guérison ou absence d'aggravation des TMS déjà présents au début de l'intervention
- ⊗ Amélioration des indicateurs relatifs à l'activité du SST : diminution des visites à l'infirmerie, des visites médicales spontanées ou de reprise ou de pré-reprise, des inaptitudes totales ou partielles, des orientations vers les médecins traitants ou spécialisés, des demandes d'aménagement de postes, de la durée moyenne des consultations

Santé perçue (évaluée à travers des questionnaires auto-enseignés)

- ⊗ Diminution de la déclaration des symptômes en lien avec un stress chronique : troubles du sommeil, symptômes digestifs, émotionnels, recours à des médicaments psychoactifs (sédatifs, somnifères, anxiolytiques, etc.), conduites addictives, maux de tête, etc.
- ⊗ Diminution de la déclaration de troubles anxio-dépressifs, de fatigue ou de symptômes évoquant un épuisement professionnel
- ⊗ Diminution de la déclaration de symptômes (douleurs, raideurs, contractures, etc.) liés à des TMS du rachis, des membres supérieurs ou inférieurs
- ⊗ Amélioration du score de santé perçue à travers un questionnaire de santé globale

1.5 ÉVOLUTION DE LA PERFORMANCE DE LA STRUCTURE BÉNÉFICIAIRE

Exemples d'effets attendus

Performance économique	<ul style="list-style-type: none">➤ Réduction des coûts liés à l'absentéisme ou au turn-over➤ Réduction des coûts liés à la sinistralité➤ Réduction des coûts liés au présentéisme➤ Augmentation de la productivité, des marges nettes et brutes, des bénéfices
Qualité de la production et/ou du service rendu	<ul style="list-style-type: none">➤ Diminution des taux de rebut, de défaut, de non-qualité, de retours➤ Amélioration de la rapidité de livraison➤ Diminution du temps de prise en charge d'un nouveau patient (pour un service d'aide à domicile)➤ Amélioration des indicateurs de satisfaction des clients, d'usagers, de patients à domicile ou de leur famille
Amélioration des processus de production	<ul style="list-style-type: none">➤ Réduction du nombre de pannes machines➤ Réduction du délai de réparation des machines➤ Meilleure résolution des problèmes et gestion des aléas➤ Meilleure implication des opérateurs dans l'élaboration de nouveaux processus de production

2

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE POUVANT AVOIR UN IMPACT SUR LES EFFETS ET LA CONDUITE DE L'INTERVENTION (Étape 4.3 : Apprécier l'impact du contexte sur le déroulement et les effets de l'intervention, page 38)

2.1. PARTICULARITÉS DU CONTEXTE	<i>Exemples</i>
Secteur d'activité	⊗ Métallurgie : production de mandrins et pièces métalliques pour l'industrie nucléaire et militaire
Effectif	⊗ Site visé par l'intervention : 450 dans un groupe de 7 établissements et 3200 salariés
Caractéristiques de la population âge, genre, ancienneté, niveau de qualification, etc.	⊗ Population masculine à 85 % ⊗ Population d'ouvriers anciens ou très anciens ayant passé toute leur carrière dans l'entreprise et de jeunes techniciens
Implantation dans le territoire et contexte géographique	⊗ Site de production historique : fonderie créée au début du XIX ^{ème} siècle et très associée à l'image de la ville ⊗ Le bassin industriel est en crise depuis plusieurs années ⊗ Deux sous-traitants sont implantés dans la même zone industrielle à proximité du site de production
Historique et perspectives d'évolution de la structure bénéficiaire	⊗ Entreprise indépendante pendant 150 ans, rachetée par un concurrent puis revendue il y a 2 ans à un groupe international ⊗ En 30 ans, le nombre de salariés est passé de 4 000 salariés à 350 ⊗ Un plan de sauvegarde de l'emploi et de restructuration est en cours
Contexte économique	⊗ Le secteur de la métallurgie est en crise en France mais depuis 1 an, l'entreprise a conquis de nouveaux marchés internationaux ⊗ Le chiffre d'affaires a augmenté de 10 % et le site est bénéficiaire depuis l'année dernière
Qualité du dialogue social	⊗ Depuis l'annonce de la restructuration, le dialogue social s'est tendu. Les organisations syndicales reconnaissent la nécessité d'un plan de sauvegarde de l'emploi mais sont très attentives au respect des engagements de la direction en particulier sur l'absence de départs forcés. Les élections des représentants du personnel sont prévues pendant l'intervention

<p>Organisation de la prévention</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La prévention des accidents du travail est une priorité affichée du groupe. Les dispositifs de prévention (plan de prévention, document unique) sont à jour et semblent bien utilisés. Le service hygiène et sécurité prend part à toutes les décisions importantes du groupe et les salariés reconnaissent que des efforts ont été faits en matière de santé et de sécurité. Néanmoins, les récentes réductions d'effectifs ont conduit certains opérateurs à prendre des risques qu'ils n'auraient pas pris auparavant (travail isolé et de nuit). Une démarche est en cours pour inscrire les RPS dans le DU
<p>Raisons de la demande d'intervention et du besoin d'intervention Contexte réglementaire, événements dans la structure bénéficiaire, changement d'acteurs, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'inspection du travail a incité l'entreprise à évaluer les effets de la restructuration, en particulier vis-à-vis des RPS ➤ Considérant ne pas avoir les compétences et ressources internes pour réaliser cette évaluation, celle-ci a fait appel à un intervenant

2.2. EVOLUTION DU CONTEXTE

Exemples

<p>Changements, événements qui se sont produits au cours de l'intervention et qui ont pu avoir un impact (avéré ou supposé) sur le déroulement de l'intervention ou sur ses effets</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le DRH a, pendant l'intervention, changé : les relations sociales se sont nettement apaisées et l'intervention a dépassé ses objectifs initiaux ➤ L'entreprise a remporté, pendant l'intervention, un nouveau marché et le surcroît d'activité a empêché les groupes de travail en lien avec l'intervention de se réunir régulièrement ➤ L'une des entreprises sous-traitantes de l'entreprise et installée sur le même site, a, pendant l'intervention, fait faillite. Cet événement a beaucoup ému les salariés et aggravé leur inquiétude vis-à-vis de leur propre emploi
---	--

3

ÉLÉMENTS CONCERNANT LA PRÉPARATION ET LA CONDUITE DE L'INTERVENTION POUVANT AVOIR UN IMPACT SUR SES EFFETS (Étape 4.4 : Analyser l'impact du déroulement sur les effets observés, page 39)

3.1 ÉLÉMENTS RELATIFS À LA PRÉPARATION DE L'INTERVENTION	Exemples
Durée et délai	<ul style="list-style-type: none">➤ Nombre d'heures ou de jours consacrés à la l'élaboration de la démarche d'intervention➤ Délai entre le premier contact et la proposition d'intervention
Acteurs de la structure bénéficiaire impliqués Quels acteurs ont été rencontrés, consultés ?	<ul style="list-style-type: none">➤ Nombre de personnels, d'instances, de groupes de personnels rencontrés➤ Fonction et représentativité des personnels rencontrés➤ Personnels extérieurs à la structure rencontrés et interviewés (médecin du travail, préventeur), etc.
Documents consultés Quels documents, sources de données ont été consultés ?	<ul style="list-style-type: none">➤ Nombre et nature des documents consultés : PV CHSCT et CE, accords d'entreprise, rapport annuel du médecin du travail, expertise CHSCT, bilan social, fichier du personnel, etc.
Méthode retenue Comment et pourquoi les cadres théoriques de référence et/ou les outils et méthodes ont-ils été choisis ?	<ul style="list-style-type: none">➤ Éléments qui ont déterminé le choix de la méthode : habitudes de l'intervenant, résultats d'une intervention similaire sur le plan de la demande (restructuration) et du secteur➤ Démarche recommandée par un cabinet ou une institution➤ Expérimentation d'un nouvel outil
Validation de la méthode retenue Comment les modalités de l'intervention ont-elles été validées ?	<ul style="list-style-type: none">➤ Consultation des parties prenantes de la structure bénéficiaire➤ Validation par ses instances (CE, CHSCT)➤ Consultation de pairs
Écart entre la demande initiale et la proposition d'intervention Quel a été l'écart entre la demande initiale émanant de la structure bénéficiaire et la proposition d'intervention ?	<ul style="list-style-type: none">➤ Evolution du périmètre (extension de l'intervention à d'autres sites)➤ Evolution de la thématique (prise en compte des risques chimiques en plus des RPS)➤ Evolution des objectifs de l'intervention (demande initiale sur l'évaluation des RPS s'est muée en démarche QVT)

3.2. ÉLÉMENTS LIÉS À LA CONDUITE DE L'INTERVENTION

Exemples

Durée et rythme	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Délai entre la demande de la structure bénéficiaire, le début et la fin de l'intervention ⊗ Rythme de l'intervention : fréquence et régularité des réunions, des restitutions
Moyens déployés	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Nombre d'intervenants mobilisés ⊗ Nombre de journées-hommes ⊗ Conception, passation et traitement des questionnaires : nombre et qualité des personnels impliqués
Cadres théoriques utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Ergonomie ⊗ Psychodynamique du travail ⊗ Epidémiologie ⊗ Cadre multidisciplinaire
Démarche retenue, méthodes mises en œuvre et outils utilisés	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Démarche : comité de pilotage, groupes de travail paritaires, passation d'un questionnaire à l'ensemble du personnel, analyse ergonomique de 5 postes de travail, définition du plan d'action avec le CHSCT, restitution des résultats intermédiaires au CE ⊗ Méthode : modèle C2R de l'Anact ⊗ Outils : questionnaire Karasek, auto-confrontation croisée
Collaboration Quelles ont été les modalités de travail de l'équipe d'intervenants ? Des tiers externes à la structure bénéficiaire ont-ils été sollicités ?	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Répartition des tâches entre les différents intervenants ⊗ Pilotage global de l'intervention par un consultant senior ⊗ Sollicitations du médecin du travail, d'un expert sur les TMS, d'un consultant indépendant pour gérer la partie « questionnaire »
Périmètre de l'intervention Quel a été le périmètre de l'intervention ?	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Nombre d'opérateurs directement concernés par l'intervention ⊗ Nombre d'opérateurs sollicités dans le cadre de l'intervention ⊗ Nombre de sites, services, métiers, collectifs concernés
Information et communication Quelles ont été les modalités d'information et de communication sur l'intervention ?	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Diffusion d'un document papier et/ou numérique ⊗ Diffusion intranet ⊗ Réunions d'informations en début et fin d'intervention
Relation avec les acteurs de la structure bénéficiaire Quels ont été les modes de relations et d'échanges avec les différents acteurs de la structure bénéficiaire ?	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Relations avec les dirigeants et RH : réunions mensuelles sur l'état d'avancement ⊗ Relations avec les opérateurs : au début et à la fin de l'intervention ⊗ Relations avec les représentants du personnel : participation à toutes les réunions CHSCT
Modalités de pilotage de l'intervention Quelles ont été les modalités de pilotage de l'intervention ?	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Mise en place d'un comité de pilotage, représentatif des acteurs concernés par l'intervention ou pilotage par le CHSCT ⊗ Fréquence mensuelle des réunions du comité de pilotage
Implication des opérateurs Les opérateurs ont-ils été impliqués dans l'intervention et sollicités pour proposer des solutions ? Si oui, comment ?	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Passation d'un questionnaire à l'ensemble des opérateurs ⊗ Mise en place de groupes de travail incluant des opérateurs de chaque unité pour définir des pistes d'action ⊗ Suivi de la mise en place des actions par un opérateur référent
Évolution des modalités d'intervention Les modalités d'intervention se sont-elles adaptées aux évolutions du contexte et des besoins de la structure ?	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Changement de la composition du comité de pilotage ⊗ Elargissement du périmètre de l'intervention ⊗ Choix d'un nouveau questionnaire ⊗ Appui d'un nouvel intervenant

GLOSSAIRE

Sigles et abréviations

ANACT Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

CARSAT Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CE Comité d'Etablissement

CHSCT Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

COFIL Comité de Pilotage

DAF Direction ou Directeur Administratif et Financier

DRH Direction ou Directeur des Ressources Humaines

DU Document Unique

HSE Hygiène Sécurité Environnement

INRS Institut National de Recherche et de Sécurité

IPRP Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

IRP Instances Représentatives du Personnel

MSA Mutualité Sociale Agricole

OPPBTP Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

PME/PMI Petites et Moyennes Entreprises / Petites et Moyennes Industries

PV Procès Verbal

QVT Qualité de Vie au Travail

RH Ressources Humaines

RPS Risques PsychoSociaux

SIST Service Interentreprises de Santé au Travail

SST Services de Santé au Travail

TMS Troubles Musculo-Squelettiques

RÉFÉRENCES

Pour aller plus loin

- AMICK B.C., KENNEDY C.A., DENNERLEIN J.T. et al.** - Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time. Toronto, Institute for Work and Health, 2008.
- BALANDIER G.** - Ce qu'évaluer voudrait dire. In : Cahiers internationaux de sociologie, 2011, 128-129, 2010/1-2.
- BARBIER J-M.** - L'évaluation en formation. Paris, PUF, 2001.
- BIRON C., KARANIKA-MURRAY M., COOPER C.L.** - Improving Organizational Interventions for Stress and Well-being. Addressing process and context, 2012, London, Routledge.
- BOINI S., HEDELIN G.** - Evaluation des actions de prévention en santé au travail. EMC, 2013, 8 (4), 1-5. 16-930-C-10
- BOUYER J., HEMON D., CORDIER S. et al.** - Épidémiologie : Principes et méthodes quantitatives. Editions Inserm, Paris, 1995.
- CERRUTI O., GATTINO B.** - Indicateurs et tableaux de bord. AFNOR Gestion, Paris, 1992.
- CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ÉVALUATION** - Petit guide de l'évaluation des politiques publiques. La Documentation Française, Paris, 1996.
- COUTAREL F.** - How intervention research could contribute to knowledge on MSDs prevention ? Symposium «Evaluation of interventions designed to prevent MSD: theories and strategies». Proceedings of the seventh international scientific conference on prevention of work related musculoskeletal disorders PREMUS 2010, Angers, France.
- COUTAREL F., VEZINA M., BERTHELETTE D.** - Enjeux autour de l'évaluation des interventions relatives à la prévention des troubles musculosquelettiques. In De la recherche à l'action : 2e Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques, 2008, Montréal, Canada.
- CROZIER M., FRIEDBERG E.** - L'acteur et le système. Seuil, Paris, 1977.
- DANIELLOU F.** - La place de l'évaluation dans la pratique de l'ergonome. Communication présentée aux Journées sur la pratique de l'ergonomie La place de l'évaluation dans la pratique de l'ergonomie. 2006, Bordeaux, France.
- DANIELLOU F., BEGUIN P.** - Méthodologie de l'action ergonomique : approches du travail réel. In FALZON P. (sous la coord. de), Ergonomie. Paris, France : Presses universitaires de France, 2004, pp 335-373.
- DENIS D., ST-VINCENT M., JETTE C., NASTASIA I., IMBEAU D.** - Les pratiques d'intervention portant sur la prévention des troubles musculosquelettiques : un bilan critique de la littérature. Bilans de connaissances / Rapport B-066, Montréal, IRSST, 2005.
- DUBAR C.** - La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles. Armand Colin, Paris, 1991.
- DURIEUX P, RAVAUD P.** - Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Guide méthodologique. Haute Autorité de Santé, 2007.
- FALZON P.** - Médecin, pompier, concepteur : l'activité cognitive de l'ergonome. Performances Humaines et Techniques. 1993, 66, 35-45.
- GILLES M. et VOLKOFF S.** - Pourquoi tant de chiffres ? Tensions autour de la quantification de la santé au travail en Entreprises. In Courtet, C., Risques du travail, la santé négociée. La Découverte, Paris, 2012.
- GOLDENHAR L.M., LAMONTAGNE A.D., KATZ T. ET AL.** - The intervention research process in occupational safety and health : an overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2001 Jul., 43(7), 616-22.
- INSERM.** Prévention du stress au travail : types d'intervention et évaluation de leur efficacité. In : Stress au travail et santé, situation chez les indépendants. Paris, Editions Inserm, Collection Expertise collective, mai 2011, pp 241-278.
- LANDRY A.** - L'évaluation de l'intervention ergonomique : de la recherche évaluative à la proposition d'outils pour la pratique. Thèse de Doctorat en Ergonomie de l'Université de Bordeaux 2, 2008.
- LE BOTERF G.** - Ingénierie et évaluation des compétences. Editions d'Organisation, Paris, 2011.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL** - A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. April 2000.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL** - Developing and evaluating complex interventions : the new MRC guidance. 2008, BMJ, vol 337.
- MEUNIER V.** - Analyse coût-bénéfices : guide méthodologique. Cahiers de la Sécurité Industrielle, Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle, Toulouse, France, 2009, 06.
- PAWSON R, TILLEY N.** - Realistic evaluation. 1997, London, Sage.
- PIOTET F. et SAINSAULIEU R.** - Méthodes pour une sociologie de l'entreprise. Presses de la Fondation Nationale de Sciences Politiques et ANACT, Paris, 1994.
- REYNAUD J.D.** - Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale. Armand Colin, Paris, 1997.
- SAINT VINCENT M., VEZINA N., BELLEMARE M. et al.** - L'intervention en ergonomie. Editions multi mondes en collaboration avec IRSST, 2011.
- TEIGER C.** - De l'irruption de l'intervention dans la recherche en Ergonomie. Education permanente, 2007, 170, 35-49.
- TOMPA E., CULYER A.J., DOLINSCHI R.** - Economic evaluation of interventions for occupational health and safety : developing good practice. Oxford University Press, Oxford, 2008.



Inrs

65, boulevard Richard Lenoir
75011 Paris
Tél. 01 40 44 30 00
www.inrs.fr



Anact

192, avenue Thiers
CS 800 31
69457 Lyon Cedex 06
Tél. 04 72 56 13 13
www.anact.fr