

Diane Berthelette, professeure titulaire retraitée
Département d'organisation et ressources humaines, UQAM

Cheikh Faye

Volume 30, numéro 3, 2021

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1086975ar>

DOI : <https://doi.org/10.1522/revueot.v30n3.1377>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Chicoutimi

ISSN

1493-8871 (imprimé)

2564-2189 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Faye, C. (2021). Diane Berthelette, professeure titulaire retraitée : département d'organisation et ressources humaines, UQAM. *Revue Organisations & territoires*, 30(3), 33–38. <https://doi.org/10.1522/revueot.v30n3.1377>

© Cheikh Faye, 2022



Cet document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

éru
dit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

L'ENTRETIEN

De Cheikh Faye avec

Diane Berthelette

Professeure titulaire retraitée,
Département d'organisation et ressources humaines, UQAM



Photo : Diane Berthelette

Diane Berthelette est un nom connu et familier, ici au Québec et dans la francophonie, aux personnes qui s'intéressent à la santé et sécurité au travail (SST) ainsi qu'à la recherche évaluative. Elle est d'abord une universitaire accomplie au parcours qui force le respect. En effet, cumulativement à ses activités de recherche et d'enseignement, madame Berthelette était très impliquée dans le fonctionnement de l'UQAM : elle y occupait plusieurs fonctions de nature pédagogique, administrative et/ou syndicale (direction de programmes, présidence du Comité d'éthique de la recherche, membre de la Commission des études, membre du CA de l'institution, etc.).

Elle est aussi une personne-ressource dévouée aux causes de la collectivité, comme le montrent les nombreux et importants mandats qui lui ont été confiés en dehors de l'Université. Au nombre de ces mandats figurent celui d'administratrice, puis de vice-présidente du CA du Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC), de présidente d'un groupe de travail ou d'un comité consultatif institué auprès de certains départements ministériels de la province, de membre du CA de l'Institut national de santé publique du Québec et, le dernier et non le moindre, de PDG du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

La jouissance d'une retraite bien méritée ne l'empêche pas de continuer à se rendre utile. C'est ainsi que madame Berthelette poursuit ses activités scientifiques, notamment à titre de conseillère scientifique auprès du FRQSC.

La revue **O & T** retrace avec Diane Berthelette son riche parcours pour mettre en lumière certains aspects ayant entouré l'essor de la SST au Québec au cours des 20 dernières années, alors qu'elle en fut une actrice et une témoin privilégiée.

••• *Merzi, Madame Berthelette, d'avoir accepté l'invitation de la revue Organisations & Territoires. Vous êtes connue comme enseignante, mais aussi réputée comme chercheuse dans le domaine de la SST. Quel type de recherche avez-vous mené durant votre carrière?*

Diane Berthelette. Je vous remercie de cette invitation. Durant ma carrière, j'ai mené de nombreuses recherches évaluatives de programmes conçus pour prévenir des lésions professionnelles ou les séquelles pouvant en résulter. J'ai dirigé et codirigé des projets de recherche consacrés aux évaluations suivantes :

- la fidélité d'intervention, soit une analyse des écarts entre des interventions prescrites et implantées;
- l'analyse d'implantation de type 1, qui vise à expliquer la variation des caractéristiques des interventions mises en place dans différentes organisations;
- l'analyse d'implantation de type 2, qui m'a permis d'expliquer la variation des effets d'intervention en fonction de celle des caractéristiques des services offerts;
- l'analyse d'implantation de type 3, qui porte sur les effets des contextes dans lesquels les services sont offerts;
- l'évaluation de l'efficacité, qui consiste à vérifier à quel point une intervention produit ses effets attendus;
- une analyse exploratoire du rapport entre les coûts et les avantages d'une intervention.

J'ai également agi à titre de cochercheuse.

Quelles étaient les raisons de cet intérêt précoce pour la recherche évaluative?

D. B. Dès ma première recherche, qui portait sur le programme de santé au travail prescrit par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (1979), dans le cadre de mon doctorat en santé communautaire, j'ai observé un écart important entre le programme prescrit par la législation et le programme-cadre, élaboré par des départements de santé communautaire de

l'époque, et celui qui était appliqué dans des entreprises. La nature et l'intensité des services implantés par des équipes de santé au travail variaient, de même que les caractéristiques des contextes dans lesquels ils étaient offerts, notamment en ce qui concernait les ressources mises en place par les entreprises pour prévenir les lésions professionnelles. Cela m'a fascinée, d'autant que cette diversité permettait d'expliquer en partie la variation des résultats du programme. Ces observations ont guidé mes recherches ultérieures. J'ai toujours mené des analyses de la fidélité des programmes que je prévoyais d'évaluer.

Y a-t-il d'autres raisons plus personnelles qui justifiaient ces choix?

D. B. J'ai pris conscience dès mon jeune âge des inégalités et des injustices sociales au Québec, dans le reste du Canada et à l'étranger. L'injustice m'indigne profondément et j'ai décidé de m'impliquer dans un domaine qui contribuerait à améliorer la situation. C'était vital pour moi.

Comment avez-vous découvert la recherche évaluative?

D. B. J'ai appris l'existence de la recherche évaluative lorsque j'étais professionnelle de recherche au sein du Programme des projets spéciaux à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSSST). Ce programme, que j'ai dirigé par la suite, devait notamment dresser des bilans de connaissances utiles à la prise de décision et en assurer la diffusion auprès du directeur général et des parties prenantes de l'IRSSST. C'est dans le cadre de mon travail que j'ai rencontré celui qui devait devenir mon directeur de thèse, le professeur Raynald Pineault. Depuis mon entrée à l'IRSSST, je voyais beaucoup de gens travailler d'arrache-pied à la prévention des lésions professionnelles et à la réadaptation des personnes qui en étaient victimes. J'avais confié mes interrogations sur l'efficacité de ces efforts au Dr Pineault. Il m'a parlé de la recherche évaluative. J'ai appris qu'elle pouvait aider des décideurs, des intervenants et leurs parties prenantes à prendre des décisions optimales à l'égard de l'avenir d'interventions. J'ai également compris que je pourrais mener des activités scientifiques dans une perspective inter-

sectorielle – à l'époque, nous parlions plutôt d'interdisciplinarité. Or, depuis mes études collégiales, mon cœur balançait constamment entre les sciences sociales et les sciences biomédicales. À l'université, l'anthropologie physique, puis la santé communautaire m'avaient permis de puiser des cadres théoriques et des méthodes dans les corpus scientifiques de ces secteurs de recherche pour répondre plus adéquatement à des questions complexes.

Pourquoi étiez-vous parvenue à croire à l'importance d'intégrer les questions de SST dans vos préoccupations de recherche évaluative?

D. B. Durant mon doctorat, j'ai constaté que très peu de recherches évaluatives portaient sur des interventions de SST. En outre, les quelques recherches publiées se limitaient à en évaluer l'efficacité. Or, elles s'appuyaient sur des méthodes issues de l'épidémiologie, soit des approches expérimentales basées sur des essais contrôlés randomisés. Le recours à ce type de devis pose plusieurs problèmes lorsqu'on évalue des interventions de SST. J'ai publié un article avec mes collègues Henriette Bilodeau et Nicole Leduc, à ce sujet. D'une part, la majorité des lésions professionnelles sont dues à plusieurs facteurs qui agissent simultanément. Or, pour être efficaces, les interventions doivent permettre d'agir sur chacun des facteurs. En d'autres termes, elles doivent être multidimensionnelles. Il est donc très difficile d'assurer l'implantation uniforme de telles interventions en milieu de travail, l'une des conditions essentielles de la validité des essais contrôlés standardisés.

Le second problème est que ce type de devis ne permet pas d'identifier les raisons pour lesquelles une intervention n'est pas efficace. Pourtant, je suis convaincue que les décideurs doivent connaître les circonstances dans lesquelles une intervention produit ses effets attendus pour prendre les meilleures décisions sur son avenir.

Le troisième problème réside dans la faible validité externe des essais contrôlés randomisés, car on ignore les effets susceptibles d'être liés aux contextes dans lesquels les interventions sont implantées.

Enfin, les groupes d'intérêt présents en milieu de travail sont très souvent réticents à faire appel à l'assignation aléatoire des travailleurs et travailleuses aux interventions évaluées.

Était-il facile pour vous de faire cette intégration?

D. B. Heureusement, ma formation en santé communautaire et au sein du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) m'a permis d'acquérir des outils conceptuels, théoriques et méthodologiques très utiles. La typologie des recherches évaluatives publiée par des chercheurs de cette équipe est encore la plus claire, exhaustive et parcimonieuse, selon moi. Le GRIS a fait école en matière d'évaluation. Cela dit, j'ai également été fortement influencée par des chercheurs américains, notamment Chen et Bickman, selon qui la théorie des interventions doit être connue avant de procéder à leur évaluation.

Nous imaginons que cette nouvelle approche intégrative ne faisait pas l'unanimité...

D. B. En effet, afin de pouvoir mener mes recherches, j'ai dû convaincre les membres des comités de pairs de la valeur de mon approche. Plutôt que de me limiter à décrire mes méthodes, j'en ai justifié l'utilisation. Je veillais également à être constamment à la fine pointe des connaissances en évaluation, notamment grâce à ma participation aux congrès de l'American Evaluation Association.

J'ai eu beaucoup de mal à faire accepter mes projets d'articles dans des revues internationales spécialisées en SST. Celles-ci étaient dominées par des épidémiologistes qui ne reconnaissaient pas les méthodes que j'utilisais. Au contraire, on acceptait assez facilement mes projets de conférences dans les congrès nationaux et internationaux de SST et d'ergonomie. Je me suis fait un devoir d'y participer régulièrement et d'expliquer mon approche. Les médecins du travail et les chercheurs français en épidémiologie de la SST et en ergonomie ont été les premiers à me demander d'organiser des séminaires à leur intention, ce que j'ai accepté à plusieurs reprises. J'ai également donné des séminaires en Chine, au Portugal, au Sénégal et en Tunisie. Petit à petit, je pense avoir convaincu plusieurs chercheurs et chercheuses de la valeur de mon approche. De plus, avec ma collègue Henriette Bilodeau, professeure au Département d'organisation et de ressources humaines de l'UQAM, j'ai élaboré et donné des séminaires de maîtrise et de doctorat en évaluation.

Nous savons, par ailleurs, que vous avez dirigé deux organismes d'essence universitaire, mais avec une orientation vers la communauté : l'Institut Santé et société de l'UQAM et le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), devenu l'organisme Humanovis. Pouvez-vous nous parler de votre implication communautaire par le passé?

D. B. Je me suis impliquée dans plusieurs instances à l'UQAM. J'étais convaincue de l'importance de contribuer au bon fonctionnement de mon université. J'ai notamment dirigé le programme de MBA-recherche, présidé le Comité d'éthique de la recherche au moment de l'implantation de l'Énoncé de politique des trois Conseils, été membre de la Commission des études, puis du CA de l'UQAM. Grâce aux Services aux collectivités, j'ai également travaillé avec une fédération syndicale pour élaborer un programme de formation en prévention des lésions professionnelles à l'intention des membres des conseils syndicaux et de leurs représentants et représentantes à la prévention.

Comme vous le savez, l'UQAM ne possède pas de faculté de médecine. Or, plus d'une centaine de ses professeurs et professeures, répartis dans 22 départements, travaillaient sur des problématiques relatives à la santé humaine, lors de la création de l'Institut Santé et société. En 2003, j'ai implanté cet institut avec une petite équipe et un CA composé de professeurs et professeures. Nous avons créé le doctorat interdisciplinaire en santé et société, puis recueilli les fonds utiles pour lui adjoindre un programme de bourses. Plus de 160 personnes étaient membres de l'ISS lorsque j'en ai quitté la direction.

Vous avez assumé plusieurs mandats à l'extérieur de l'Université. Quels sont-ils?

D. B. En effet, plusieurs mandats m'ont été confiés à l'extérieur de l'Université. En voici quelques-uns :

- membre, puis vice-présidente du CA du Fonds de recherche du Québec – Société et culture;
- présidente du groupe de travail appelé à conseiller le ministre du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation pour la création d'un nouveau prix scientifique du Québec en innovation sociale, le Prix Marie-Andrée-Bertrand. Je tenais énormément à ce qu'un nouveau prix porte enfin le nom d'une femme;

- grand témoin pour deux des quatre rencontres thématiques en vue du Sommet sur l'enseignement supérieur du Québec;
- présidente du comité consultatif au ministre de la Santé et des Services sociaux sur le développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires du secteur social;
- membre du comité de pairs en recherche sur la gestion des systèmes et sur la politique à la santé des instituts de recherche en santé du Canada (IRSC);
- membre du CA de l'Institut national de santé publique du Québec.

Vous avez aussi fait un passage remarqué à la tête du CLIPP.

D. B. J'ai dirigé le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) de 2009 à 2014. Cet organisme avait pour mission de favoriser l'utilisation de connaissances scientifiques psychosociales, en collaboration avec des chercheurs et chercheuses ainsi que des intervenants et intervenantes. Le projet Transfert des connaissances pour l'amélioration de la santé et des services sociaux (TRASSS) est celui dont je suis le plus fière. Mené avec l'aide de Jean-Pierre Duplantie de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, ce projet a été financé par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie et par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il visait à outiller les centres affiliés universitaires (CAU) et les instituts universitaires (IU) à améliorer leurs activités de partage des connaissances sur leurs pratiques innovantes, dans le réseau de la santé et des services sociaux. Plus de 35 établissements et 200 personnes de ce réseau au Québec ont participé à ce projet de coconstruction de connaissances. Nous avons élaboré et diffusé un outil afin d'aider d'autres organisations désireuses de mener des activités efficaces de partage de connaissances.

Avec votre longue et si riche expérience professionnelle, quel regard portez-vous actuellement sur la SST et sur son évolution au cours des 20 dernières années?

D. B. Il est difficile de répondre à cette question, car des données valides et fiables sur l'évolution de l'implantation des interventions dans les entreprises du Québec sont à peu près inexistantes. Jusqu'en 2016, les principales informations disponibles à ce

sujet provenaient de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Cette organisation a été remplacée par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Celle-ci ne diffuse plus d'informations sur cette question. Cela dit, il est clair que l'implantation des interventions préventives, prescrite par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST), est incomplète.

La CSST a réparti les 33 secteurs d'activité économiques du Québec en 6 groupes. Puis, elle les a ordonnancés en fonction de la fréquence et de la gravité des lésions professionnelles déclarées par des travailleurs et travailleuses dans les secteurs. Encore aujourd'hui, seuls les établissements des trois premiers groupes prioritaires doivent être dotés de programmes de santé et de prévention. L'implantation obligatoire de comités de SST est limitée aux établissements des deux premiers groupes prioritaires s'ils comptent plus de 20 travailleurs. Par conséquent, des groupes de travailleurs et travailleuses n'ont toujours pas accès aux principaux mécanismes de prévention prévus par la LSST. Cela dit, la *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*, adoptée le 30 septembre 2021 par l'Assemblée nationale, prévoit de généraliser l'implantation des interventions dans tous les secteurs d'activité économique. On précise toutefois que des règles pourront varier selon la taille des entreprises. Malheureusement, le texte de loi n'est pas disponible au moment où je réponds à vos questions.

Pouvons-nous nous attendre à d'autres améliorations dans la gestion du régime québécois de SST avec l'adoption de cette loi, notamment en matière d'indemnisation des lésions professionnelles?

D. B. L'adoption de cette loi permet d'être optimiste pour deux questions spécifiques, soit l'ajout de cancers à la liste des maladies professionnelles et la prévention des problèmes de santé mentale associés à des risques psychosociaux.

Depuis nombre d'années, des chercheurs et chercheuses sont d'avis que la liste des cancers reconnus comme lésions professionnelles est trop restrictive. Le gouvernement du Québec prévoit d'élargir cette liste pour mieux prendre en compte les résultats des recherches scientifiques qui permettent d'en identifier les causes professionnelles.

Par ailleurs, il y a 20 ans, l'impact des risques psychosociaux présents en milieu de travail sur la

santé mentale était une question difficile à aborder avec la CSST et des membres du Conseil scientifique de l'IRSST. Nous ne pouvions pas espérer être subventionnés pour mener des recherches sur cette problématique, malgré les importants besoins de connaissances scientifiques en la matière. Rares étaient les travailleurs et travailleuses qui pouvaient être indemnisés à la suite d'un diagnostic d'un trouble de santé mentale. La CSST réservait les indemnisations aux cas associés à des événements imprévus et soudains, par exemple des agressions. Pourtant, les absences liées à des problèmes de santé mentale ne cessaient de croître.

Désormais, la CNESST reconnaît l'importance des risques psychosociaux en milieu de travail, notamment la violence et le harcèlement psychologiques et sexuels. La prévention des lésions pouvant en résulter fait même partie des priorités de la planification pluriannuelle en prévention-inspection pour 2020-2023. Les employeurs ont l'obligation d'identifier et de prévenir les risques psychosociaux liés au travail. En outre, l'IRSST et plusieurs partenaires (dont la CNESST et le MSSS) ont récemment collaboré avec le Fonds de recherche du Québec – Société et culture pour lancer un programme de recherche sous forme d'action concertée sur le thème de la santé psychologique au travail. Il s'agit d'une avancée majeure.

Cela dit, nous devons attendre les résultats des recherches pour voir comment ils influenceront les décisions de la CNESST à l'égard du traitement des demandes d'indemnisation et de la réglementation en matière de prévention primaire des lésions professionnelles associées aux risques psychosociaux.

Que dire du retour au travail des personnes victimes de lésions professionnelles, dans tout ceci?

D. B. Au cours des 20 dernières années, la CSST/CNESST a déployé beaucoup d'efforts pour favoriser le retour au travail des personnes victimes de lésions professionnelles. J'ai fait partie d'une équipe de recherche qui s'intéressait à cette problématique. On nous avait d'ailleurs demandé de créer un programme de formation à l'intention des conseillers en réadaptation et des agents d'indemnisation de la CSST, car on observait un fort taux de roulement et de l'épuisement professionnel dans ces catégories d'emploi. Nous avons constaté que les personnes occupant ces postes avaient généralement une formation collégiale. Or, leurs tâches étaient d'une telle complexité que nous

recommandions la création d'un programme de diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) à leur intention. J'ai codirigé l'élaboration d'un tel programme avec Patrick Loisel, qui était professeur à l'Université de Sherbrooke. Malheureusement, la CSSST n'a pas incité ses employés et employées à s'inscrire au programme, comme elle nous en avait fait la promesse verbale. Nous avons donc dû fermer le programme quelques années après sa création. Je constate maintenant que les exigences de ces emplois ont changé : un diplôme de baccalauréat est désormais exigé. Cela dit, j'ignore ce qui est advenu du taux de roulement et de l'épuisement professionnel dans cette catégorie d'emploi.

Pour conclure, quelle appréciation portez-vous sur l'avenir de la recherche évaluative en SST au Québec?

D. B. Plusieurs questions restent en suspens en ce qui concerne les interventions de SST, soit principalement le programme de santé, les programmes de prévention, les comités de SST et les interventions visant le retour au travail de victimes de lésions professionnelles. Nous savons très peu de choses sur des questions telles que la variation de leur implantation

dans les entreprises du Québec, les facteurs qui permettent d'expliquer leurs effets ainsi que les rapports entre les coûts et les avantages des interventions. Or, des connaissances scientifiques à ce sujet sont essentielles pour veiller à leur bon fonctionnement.

La recherche évaluative en SST est un domaine exigeant qui nécessite beaucoup d'heures de travail avant de porter ses fruits, notamment lorsque des analyses interorganisationnelles sont nécessaires. Peu de professeurs et de chercheurs s'y consacrent, malgré l'importance des besoins de recherche. Je crains que les indicateurs quantitatifs traditionnellement utilisés en milieu universitaire et par les comités de pairs pour juger de leur productivité ne constituent une entrave majeure à la poursuite d'activités de recherche dans le domaine. Ces indicateurs (p. ex., le nombre de publications acceptées par des comités de pairs et le montant des subventions obtenues) sont certes faciles à utiliser, mais très réducteurs lorsqu'il s'agit de porter un jugement sur la valeur des connaissances produites par les recherches. J'ai bon espoir que cette situation s'améliore, notamment en raison des sérieuses réflexions actuelles au sein des Fonds de recherche du Québec.♦♦♦

La revue Organisations et territoires remercie Madame Berthelette pour sa disponibilité et pour sa collaboration ainsi que pour le partage de sa riche expérience.

Pour rappel, le but visé à travers la réalisation de cet entretien est de permettre aux plus jeunes, universitaires et professionnels, de mesurer le chemin parcouru, mais aussi de prendre conscience des enjeux actuels et futurs ainsi que de ce qui reste à faire dans le domaine de la SST.