

Système informatisé de recueil et d'analyse des données d'accidents du personnel soignant

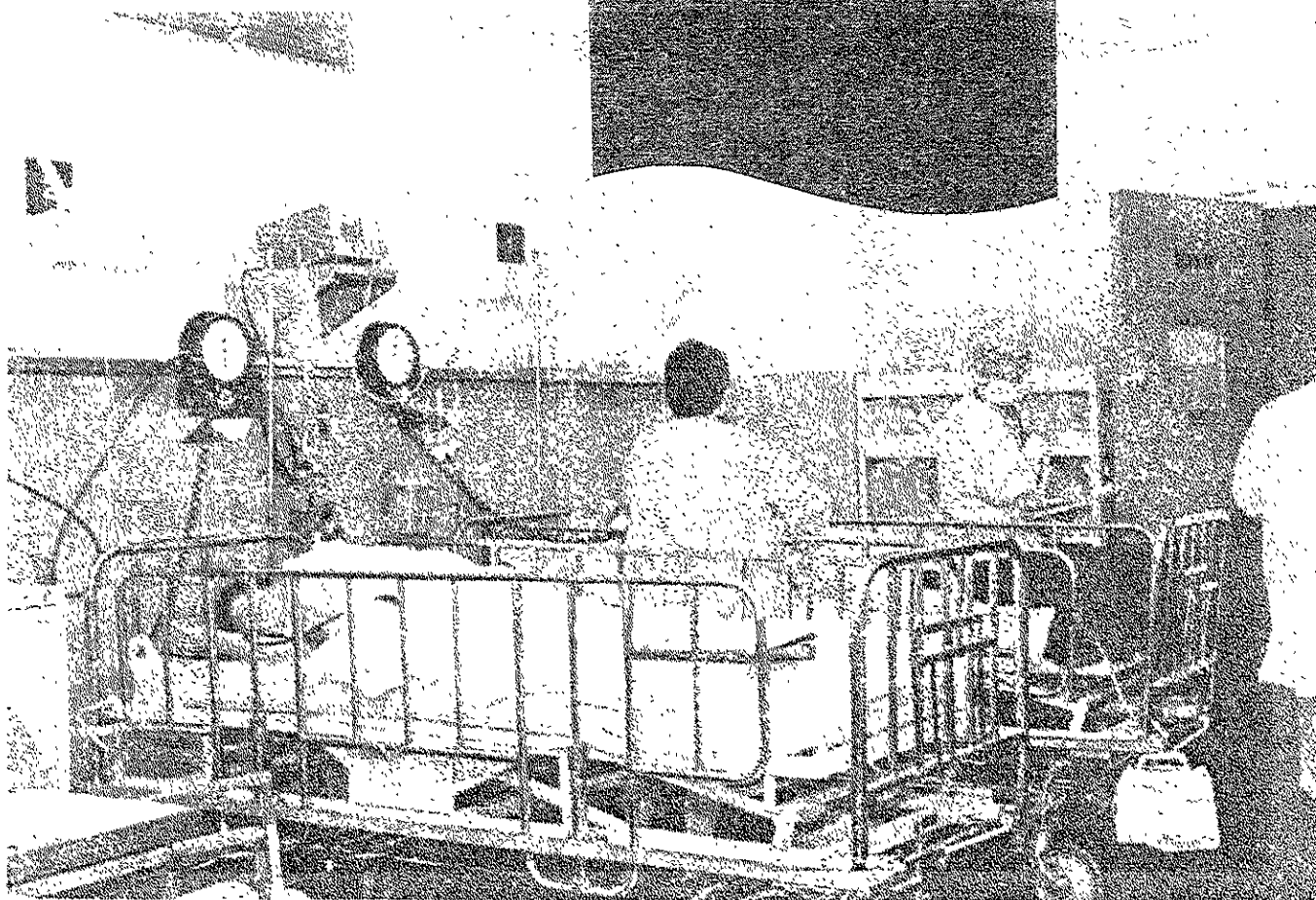
**Phase 2 : Validation
du prototype de logiciel développé**

Marie St-Vincent
Francine Ouellette
Chantal Tellier

ÉTUDES ET RECHERCHES

Novembre 1990 RR2-038

RAPPORT



IRSST
Institut de recherche
en santé et en sécurité
du travail du Québec

La recherche, pour mieux comprendre

L'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) est un organisme de recherche scientifique voué à l'identification et à l'élimination à la source des dangers professionnels, et à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes. Financé par la CSST, l'Institut réalise et finance, par subvention ou contrats, des recherches qui visent à réduire les coûts humains et financiers occasionnés par les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Pour tout connaître de l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par la CSST et l'Institut.

Les résultats des travaux de l'Institut sont présentés dans une série de publications, disponibles sur demande à la Direction des communications.

Il est possible de se procurer le catalogue des publications de l'Institut et de s'abonner à *Prévention au travail* en écrivant à l'adresse au bas de cette page.

ATTENTION

Cette version numérique vous est offerte à titre d'information seulement. Bien que tout ait été mis en œuvre pour préserver la qualité des documents lors du transfert numérique, il se peut que certains caractères aient été omis, altérés ou effacés. Les données contenues dans les tableaux et graphiques doivent être vérifiées à l'aide de la version papier avant utilisation.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec

IRSST - Direction des communications
505, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1 551
Télécopieur: (514) 288-7636
Site internet : www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche en santé
et en sécurité du travail du Québec,

Système informatisé de recueil et d'analyse des données d'accidents du personnel soignant

**Phase 2 : Validation
du prototype de logiciel développé**

Marie St-Vincent, Francine Ouellette, Chantal Tellier
Programme sécurité-ergonomie, IRSST

avec la collaboration de :
Monique Lortie, Université du Québec à Montréal

**ÉTUDES ET
RECHERCHES**

RAPPORT

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site internet de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

Remerciements

Une étude de recherche et développement comme celle-ci, conçue pour être réalisée directement en milieu de travail, en respectant à la fois les exigences de paritarisme et les contraintes propres au milieu hospitalier (temporelle, organisationnelle, et budgétaire), n'aurait pu être menée à terme sans les efforts concertés de nombreux participants.

Les auteures tiennent à remercier tout spécialement le personnel et la direction des trois centres hospitaliers qui ont accepté d'être les partenaires de l'IRSST pour la phase de validation du logiciel développé. Plus spécifiquement, nous remercions le personnel des bureaux de santé de s'être prêté de si bonne grâce à cette aventure de recherche et d'avoir "débuggé" avec nous le logiciel développé. Nous soulignons également le travail inestimable des syndicats (dans plusieurs cas, il s'agissait d'une initiation à l'analyse des données d'accidents) et remercions les travailleurs(euses) d'avoir accepté, en toute confiance, de se rendre au bureau de santé pour répondre à notre questionnaire post-accident; sans leur participation, cette recherche n'aurait pu être réalisée.

Nous remercions également la direction de l'ASSTSAS qui nous a guidées dans le choix des hôpitaux participant à l'étude.

Notre gratitude va également aux collègues de l'IRSST qui, même s'ils n'étaient pas officiellement affectés à cette recherche, ont accepté, quand c'était nécessaire, de "mettre la main à la pâte". Nous remercions tout spécialement Mme Sylvie Tremblay d'avoir assumé, en un délai record, la production de ce rapport de recherche.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
Chapitre I	DÉMARCHE D'IMPLANTATION ET CARACTÉRISTIQUES DES TROIS HÔPITAUX PARTICIPANT À L'ÉTUDE
1.1	Démarche d'implantation
1.2	Caractéristiques des trois hôpitaux participant à l'étude
Chapitre II	PROTOCOLE DE VALIDATION
Chapitre III	RÉSULTATS
3.1	Résultats de validation du questionnaire post-accident
3.1.1	Analyse des modalités codées "autre"
3.1.2	Analyse des erreurs de codification effectuées par les usagers
3.1.3	Comparaison des informations contenues dans les résumés informatisés aux informations recueillies par d'autres sources de cueillette de données
3.2	Validation des analyses de données
3.3	Aspect opérationnel de la procédure de cueillette et d'analyse d'accidents
3.4	Intégration des résultats d'analyse d'accidents aux activités de prévention
Chapitre IV	DISCUSSION
4.1	Validation du questionnaire post-accident
4.2	Validation des analyses de données
4.3	Aspect opérationnel de l'ensemble de la démarche:
CONCLUSIONS	73
RÉFÉRENCES	77
ANNEXE 1	Analyse des modalités codées "autre": accident musculaire
ANNEXE 2	Analyse des modalités codées "autre": accident non musculaire
ANNEXE 3	Analyse des erreurs de codification effectuées dans les trois centres

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 –	Caractéristiques des hôpitaux participant à l'étude	12
Tableau 2 –	Description des accidents documentés dans les trois centres hospitaliers	13
Tableau 3 –	Distribution des tâches pour la catégorie d'accident d'origine musculaire	14
Tableau 4 –	Distribution des types d'accident pour la catégorie d'accident d'origine non musculaire	15
Tableau 5 –	Proportion de modalités codées "autre" pour les principales variables décrites dans le questionnaire post-accident: Accidents d'origine musculaire	25
Tableau 6 –	Synthèse des commentaires donnés en information ouverte pour la description des opérations de manutention: opération codée autre	26
Tableau 7 –	Synthèse des commentaires donnés quant à la spécification des problèmes rencontrés au niveau du patient: problème codé autre	27
Tableau 8 –	Proportion de modalités codées autre pour les principales variables décrites dans le questionnaire post-accident: accidents d'origine non musculaire	28
Tableau 9 –	Classification des commentaires donnés en information ouverte pour la tâche effectuée au moment de l'accident lorsque cette modalité est codée autre – catégorie d'accident d'origine non musculaire	29
Tableau 10 –	Classification des commentaires donnés en information ouverte pour le type d'accident lorsque cette modalité est codée autre – catégorie d'accident origine non musculaire	30
Tableau 11 –	Classification des commentaires donnés en informations ouvertes lorsque la modalité agent ayant causé la blessure est codée autre – catégorie d'accident d'origine non musculaire	31
Tableau 12 –	Synthèse des principales erreurs de codification dans les trois centres hospitaliers	35
Tableau 13 –	Analyse des erreurs commises sur l'identification du problème	36
Tableau 14 –	Analyse des erreurs commises pour l'identification de la catégorie: Accident d'origine non musculaire	37
Tableau 15 –	Analyse des erreurs commises pour l'identification du type d'accident: Accident d'origine non musculaire	38
Tableau 16 –	Échantillon retenu pour les comparaisons des résumés informatisés d'accident aux rapports maison	42
Tableau 17 –	Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine musculaire	43

Tableau 18 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine musculaire	44
Tableau 19 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine musculaire	45
Tableau 20 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine non musculaire	46
Tableau 21 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine non musculaire	47
Tableau 22 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine non musculaire	48
Tableau 23 – Délai entre l'accident et la déclaration au bureau de santé	59

Introduction

Le personnel soignant constitue une population très touchée par les accidents de travail. Ces accidents, pour une bonne part, se produisent alors qu'on manutentionne un bénéficiaire et entraînent des blessures musculosquelettiques, en particulier des maux de dos (Biering-Sorensen et al, 1981; Ferguson, 1970; Hoover, 1973; Pines et al, 1985).

Il est actuellement difficile de bien prévenir ces accidents car on comprend mal comment et pourquoi ils surviennent. A cet effet, l'analyse des mécanismes d'accidents pourrait constituer un outil diagnostique inestimable. Malheureusement, les accidents sont décrits avec une précision très variable de sorte qu'il est difficile d'en tirer une information utile en terme de prévention. De plus, les intervenants en milieu hospitalier sont généralement peu organisés face au recueil, à la compilation et à l'analyse des données d'accidents; ils ont donc une très mauvaise connaissance de leurs accidents et n'ont pas de substrat de base pour les guider dans leur démarche de prévention.

C'est précisément pour combler ces lacunes que nous avons développé un système informatisé de recueil et d'analyse de données d'accidents destiné au secteur hospitalier. Plus spécifiquement, ce système a été conçu en fonction de quatre grands objectifs:

1- décrire les circonstances d'accidents en référant spécifiquement à la problématique de travail vécue en milieu hospitalier; 2- développer un outil d'analyse pratique pour les intervenants du secteur hospitalier qui puisse les aider à mieux comprendre et prévenir leurs accidents; 3- standardiser et améliorer la fiabilité intrinsèque des données d'accidents; 4- créer une banque de données considérable pouvant être utilisée dans une perspective de recherche plus fondamentale afin de mieux cerner les facteurs de risque reliés au travail de manutention.

La réalisation du projet a comporté deux grandes phases. La première a été consacrée au développement d'un prototype de logiciel destiné au personnel soignant. La deuxième phase a consisté à implanter ce prototype dans trois centres hospitaliers durant une année pour l'évaluer en collaboration avec des comités de suivi formés à cet effet.

Dans un premier rapport, portant sur la phase I du projet, les principes ayant guidé la conception du logiciel ont été expliqués, le questionnaire post-accident et les traitements de données produits ont été décrits. Ce second rapport portera sur la phase d'implantation et de validation.

Dans le premier chapitre, la démarche suivie avec le milieu pour l'implantation du logiciel sera décrite; dans le second, le protocole suivi pour valider le logiciel sera expliqué. Les trois derniers chapitres porteront respectivement sur la présentation des résultats, leur discussion et sur l'énoncé des conclusions pouvant être tirées de cette étude.

Chapitre I

DÉMARCHE D'IMPLANTATION ET CARACTÉRISTIQUES DES TROIS HÔPITAUX PARTICIPANT À L'ÉTUDE

1.1 Démarche d'implantation

Pour répondre aux exigences de recherche et s'assurer de la qualité des données recueillies, des procédures d'implantation très rigoureuses ont été suivies. Dans chaque centre, l'utilisation du logiciel a fait l'objet d'un accord entre les représentants syndicaux et ceux de l'administration; il a été entendu que l'information recueillie ne pourrait être utilisée à des fins disciplinaires ou à des fins de contestation de dossier d'accident. De plus, des efforts considérables ont été investis pour informer – sensibiliser les travailleurs participant à l'étude. Des dépliants expliquant l'ensemble de la démarche leur ont été distribués et des rencontres ont été organisées avec les chercheurs pour expliquer au personnel soignant le questionnaire post-accident et les inciter à se rendre à l'endroit désigné pour déclarer leurs accidents qu'ils soient ou non suivis d'une absence. Il était important, dans le cadre de cette recherche, d'inciter les travailleurs à donner le plus librement possible le maximum d'informations pour documenter leurs accidents.

Dans les trois centres, un responsable au bureau de santé a été désigné pour interroger les travailleurs et opérer le logiciel. Une attention particulière a été accordée à la formation des usagers pour s'assurer de leur bonne compréhension du questionnaire et du logiciel; des séances de travail de deux demi-journées ont été données aux usagers. Pour s'assurer de leur compréhension du questionnaire nous avons utilisé des scénarios d'accidents réels. Nous avons travaillé surtout à la compréhension des variables constituant les embranchements majeurs du questionnaire: choix de la catégorie d'accident (musculaire – non musculaire), choix de la tâche en ce qui concerne les accidents reliés à l'effort (transfert, manutention sur place, etc...), choix du type d'accident en ce qui concerne les accidents non reliés à l'effort (frappé par, agression, etc...)¹ L'utilisation de scénarios choisis d'accidents a permis aux usagers d'expérimenter une très grande variété d'embranchements et

¹ La compréhension de ces questions est importante car le choix de réponse conditionne l'enchaînement des questions qui suivront.

de tester, ainsi, la plupart des différents types d'accidents susceptibles de survenir en milieu hospitalier. Dans les trois centres, les opérateurs désignés avaient une bonne connaissance des accidents et étaient familiers à l'interrogation des travailleurs. Au premier contact, le questionnaire s'est avéré très facile d'utilisation, deux séances suffisant amplement pour que les usagers se sentent à l'aise avec le questionnaire.

Deux guides d'usager ont également été distribués dans les trois hôpitaux: un guide technique vulgarisé pour le fonctionnement du logiciel et de l'imprimante et un guide dédié spécifiquement à l'explication du questionnaire post-accident. Ce dernier a été donné à titre de document de référence, il contient une explication détaillée des choix de réponse des différentes questions. Des opérateurs nous ont confirmé par la suite que les brèves définitions incluses dans le questionnaire informatisé étaient claires et qu'ils avaient rarement besoin de consulter le document de référence.

C'est uniquement quand cette période de formation et d'information a été complétée que la cueillette de données a été amorcée. Les principales caractéristiques des trois centres participant à l'étude et les principales caractéristiques des accidents documentés au terme d'une année dans chacun d'eux sont décrites à la section suivante.

1.2 Caractéristiques des trois hôpitaux participant à l'étude

Les hôpitaux ont été choisis de façon à être représentatifs des établissements de l'ensemble du réseau (voir tableau 1). Le premier centre est un centre d'envergure (1 000 lits) à vocation générale qui regroupe trois grands types de soins (courte durée, soins prolongés, psychiatrie). Le second centre est un centre plus restreint où la très grande majorité des unités sont des unités de courte durée; on y retrouve une seule unité vraiment consacrée aux soins prolongés. Il existe cependant une unité de médecine où la clientèle correspond en réalité à une clientèle de soins prolongés. Le troisième centre est également un centre d'envergure moyenne (250 lits) qui regroupe 8 unités de soins prolongés.

Au moment où les démarches d'implantation ont été entreprises, en raison de leur problème d'accident, les trois centres avaient été ciblés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec dans leur opération "-10%". A l'intérieur de cette opération, on encadre les

institutions et on les stimule à fournir un plan d'action visant une réduction de 10% au niveau de leurs accidents.

Le tableau 2 présente la fréquence et gravité des accidents dans chacun des trois hôpitaux. Dans le premier hôpital, 508 accidents ont été recueillis alors que dans les deuxième et troisième hôpitaux on a documenté respectivement 247 et 189 accidents. Dans deux hôpitaux, un peu plus de 30% des accidents ont été suivis d'une absence, alors que dans le troisième seulement 13% des accidents ont entraîné une absence. Ce dernier centre, en raison d'une amélioration survenue dans son dossier d'accident, a été exclu de l'opération "-10%" au milieu de l'année d'implantation.

Dans les trois centres, la proportion d'accidents ayant entraîné une blessure au dos varie de 27 à 36%; c'est d'ailleurs dans le centre de soins prolongés que l'on retrouve la proportion la plus importante de ce type d'accidents (36%).

Dans le centre à vocation générale et dans celui de soins chroniques, une très forte proportion des accidents au dos est suivie d'une absence (71% et 64%), alors que dans le centre de courte durée seulement 37% des accidents au dos sont suivis d'une absence. La proportion d'accidents d'origine musculaire varie dans les trois centres de 29% à 42%. Dans cette catégorie d'accidents, dans le centre à vocation générale et dans le centre de soins chroniques, il y a une proportion importante des accidents qui sont suivis d'une absence (70% et 60% respectivement). Il s'agit dans la majorité des cas d'accidents au dos.

Inversement, la proportion d'accidents d'origine non musculaire varie, dépendant des centres, de 58% à 71%. Ces accidents sont rarement suivis d'une absence. C'est en particulier remarquable pour le centre de courte durée où seulement 7 accidents sont suivis d'une absence.

La répartition des tâches à la source des accidents d'origine musculaire est présentée au tableau 3. Dans les trois centres, les accidents se répartissent principalement entre les tâches de transfert et de manutention sur place; il faut remarquer, toutefois, que dans le centre de courte durée, les accidents de transfert sont beaucoup moins fréquents.

Le tableau 4 présente pour sa part la distribution des tâches pour la catégorie des accidents non reliés à l'effort musculaire. Dans le centre à vocation générale et dans le centre de courte durée, les piqûres d'aiguille sont le type d'accident le plus fréquent; viennent en second lieu, les accidents de type "frappé par" et les accidents codés "autre" qui, comme on le verra, se produisent le plus souvent dans un contexte d'agression.

	Hôpital 1	Hôpital 2	Hôpital 3
Nombre de lits	1000 lits	200 lits	250 lits
Vocation	Générale	Courte durée	Soins prolongés
<u>Types d'unité de soins</u>			
Courte durée	14	15	–
Soins prolongés	8	2	8
Psychiatrie	10	2	–

Tableau 1 – Caractéristiques des hôpitaux participant à l'étude

IRSST - RA-038

Annexe au rapport de recherche

Centre à vocation générale	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne
Tous les accidents	508	-	341	67,13	167	32,87	28,14
Dos	145	28,85	42	28,97	103	71,03	30,34
Autres régions	363	71,46	299	82,37	64	17,63	24,81
Accidents musculaires	160	31,50	47	29,38	113	70,63	30,80
Dos	125	78,13	35	28,00	90	72,00	30,35
Autres régions	35	21,88	12	34,29	23	65,71	32,42
Accidents non musculaires	348	68,50	294	84,48	54	15,52	22,92
Dos	20	5,75	7	35,00	13	65,00	30,25
Autres régions	328	94,25	287	87,50	41	12,50	20,60
Centre de courte durée	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne
Tous les accidents	247	-	214	86,64	33	13,36	24,81
Dos	67	27,13	42	62,69	25	37,31	21,75
Autres régions	180	72,87	172	95,56	8	4,44	34,00
Accidents musculaires	71	28,94	45	63,38	26	36,62	29,48
Dos	60	84,51	38	63,33	22	36,67	23,90
Autres régions	11	15,49	7	63,64	4	36,36	58,75
Accidents non musculaires	176	71,26	169	96,02	7	3,98	8,14
Dos	7	3,98	4	57,14	3	42,86	6,67
Autres régions	169	96,02	165	97,63	4	2,37	9,25
Centre de soins prolongés	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne
Tous les accidents	189	-	124	65,61	65	34,39	20,75
Dos	68	35,98	24	35,29	44	64,71	23,61
Autres régions	121	64,02	100	82,64	21	17,36	14,72
Accidents musculaires	80	42,33	32	40,00	48	60,00	28,35
Dos	64	80,00	23	35,94	41	64,06	23,43
Autres régions	16	20,00	9	56,25	7	43,75	26,80
Accidents non musculaires	109	57,69	92	84,40	17	15,60	13,00
Dos	4	3,67	1	25,00	3	75,00	25,67
Autres régions	105	96,33	91	86,69	14	13,33	10,08

Tableau 2 - Description des accidents documentés
dans les trois centres hospitaliers

Centre à vocation générale

Accidents d'efforts	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne des absences
Transférer	74	46,25	20	27,03	54	72,97	32,65
Prélever	8	5,00	3	37,50	5	62,50	36,60
Déposer	7	4,38	1	14,29	6	85,71	41,25
Manutention sur place	42	26,25	12	28,57	30	71,43	27,65
Intervention reliée à une chute	12	7,50	4	33,33	8	66,67	32,00
Manutention d'objet	7	4,38	5	71,43	2	28,57	61,00
En faisant mouvement	4	2,50	1	25,0	3	75,00	18,50
Autre	6	3,75	1	16,67	5	83,33	6,60
Total	160	100,00	47	29,39	113	70,63	30,80

Centre de courte durée

Accidents d'efforts	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne
Transférer	26	36,6	17	65,38	9	34,62	20,44
Prélever	3	4,2	1	33,33	2	66,67	18,50
Déposer	2	2,8	2	100,00	0	0	0,00
Manutention sur place	27	38,0	16	59,26	11	40,74	43,00
Intervention reliée à une chute	2	2,8	1	50,00	1	50,00	22,00
Manutention d'objet	5	7,0	4	80,00	1	20,00	14,00
En faisant mouvement	4	5,6	2	50,00	2	50,00	25,00
Autre	2	2,8	2	100,00	0	0,00	0,00
Total	71	100,00	45	63,38	26	36,62	29,48

Centre de soins prolongés

Accidents d'efforts	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne
Transférer	41	51,25	14	34,65	27	65,85	26,42
Prélever	3	3,75	2	66,67	1	33,33	7,00
Déposer	1	1,25	0	0	1	100,0	11,00
Manutention sur place	27	33,95	11	40,74	16	59,26	17,83
Intervention reliée à une chute	1	1,25	1	100,00	0	0	0,00
Manutention d'objet	2	2,50	1	50,00	1	50,00	12,00
En faisant mouvement	4	5,00	2	50,00	2	50,00	76,00
Autre	1	1,25	1	100,00	0	0	0,00
Total	80	100,00	32	40,00	48	60,00	23,85

Tableau 3 – Distribution des tâches pour la catégorie d'accident d'origine musculaire

Centre à vocation générale							
Accidents non reliés à l'effort	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne
Perte d'équilibre, chute	37	18,60	16	43,24	21	56,76	34,85
Frappé par	62	17,77	48	77,42	14	22,58	16,54
Frappé sur	26	7,45	18	69,23	8	30,77	6,14
Accroché, coincé, écrasé	37	10,60	31	83,78	6	16,22	11,80
Piqûre d'aiguille	147	42,12	147	100,00	0	0	0,00
Autre	40	11,46	35	87,50	5	12,50	26,40
Total	349	100,00	295	84,53	54	15,47	22,92

Centre de courte durée							
Accidents non reliés à l'effort	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne
Perte d'équilibre, chute	8	4,5	6	75,00	2	25,00	6,50
Frappé par	18	10,2	16	88,89	2	11,11	16,00
Frappé sur	15	8,5	14	93,33	1	6,67	2,00
Accroché, coincé, écrasé	12	6,8	12	100,00	0,00	0,00	
Piqûre d'aiguille	103	58,5	103	100,00	0,00	0,00	
Autre	20	11,4	18	90,00	2	10,00	5,00
Total	176	100,00	169	96,02	7	3,98	8,14

Centre de soins chroniques							
Accidents non reliés à l'effort	Total	%	Sans absence	%	Avec absence	%	Durée moyenne
Perte d'équilibre, chute	13	11,82	8	61,54	5	38,46	21,20
Frappé par	26	23,64	20	76,92	6	23,08	75,20
Frappé sur	11	10,00	9	81,82	2	18,18	4,00
Accroché, coincé, écrasé	30	27,27	27	90,00	3	10,00	4,33
Piqûre d'aiguille	3	2,73	3	100,00	0	0	0,00
Autre	27	24,55	25	92,59	2	7,41	5,00
Total	110	100,00	92	83,64	18	16,36	13,00

Tableau 4 – Distribution des types d'accident
pour la catégorie d'accident d'origine non musculaire

Chapitre II

PROTOCOLE DE VALIDATION

Dans les trois centres, la validation du logiciel a été réalisée à l'aide d'un comité de suivi formé spécifiquement à cet effet et constitué d'un représentant patronal (le coordonnateur santé-sécurité) et de représentants syndicaux (un représentant pour chacun des syndicats du personnel soignant). Il a été entendu que durant toute l'année de collaboration, tous les résultats seraient distribués à la fois aux représentants syndicaux et à ceux de l'administration.

L'évaluation du système porte sur quatre aspects majeurs: qualité du questionnaire post-accident, pertinence des traitements de données produits, aspect opérationnel de l'ensemble de la démarche, intégration des résultats à l'intérieur d'activités concrètes de prévention.

Questionnaire post-accident

Il s'agit, à ce volet, d'évaluer si le questionnaire post-accident permet de documenter tous les types d'accidents du personnel soignant et d'évaluer, pour chacune des variables incluses dans le questionnaire, l'exhaustivité et la spécificité des choix offerts. En d'autres mots, pour chacune des variables documentées, il s'agit d'évaluer si toutes les possibilités ont bien été prévues et si les choix offerts sont définis clairement et sont mutuellement exclusifs. Un troisième élément de validation consiste à vérifier que les informations recherchées peuvent facilement être rapportées par les accidentés. Certaines informations recherchées sont en effet assez précises: précision de l'opération de manutention effectuée à l'intérieur de la tâche, précision de la séquence du transfert où se produit l'accident (au départ, en prélevant du lieu d'arrivée; à la fin, en déposant dans le lieu d'arrivée; entre les deux, durant le transport du patient). Il est important de vérifier, autant que faire se peut, si les accidentés peuvent situer avec autant de précision à quel moment dans l'activité l'accident est survenu. Un autre élément de validation porte sur les erreurs de codification effectuées par les usagers et pouvant être détectées.

Ces aspects ont été validés en utilisant trois moyens différents. En premier lieu, des éléments d'évaluation ont été intégrés au logiciel en offrant à la plupart des questions les options "autre", "difficulté à choisir" et "ne s'en souvient pas". L'option "autre" permet d'évaluer l'exhaustivité des

choix de réponse.. Toutes les fois où cette option est choisie, on demande à l'utilisateur de préciser dans une question ouverte la réponse qui convenait; l'examen des commentaires donnés à cette option permet d'évaluer s'il y aurait lieu d'ajouter de nouveaux choix de réponse à la question posée. L'option "difficulté à choisir" a été intégrée pour évaluer les cas où les usagers éprouvaient une ambiguïté entre les différents choix de réponse. Toutes les fois où cette option est choisie, on demande à l'utilisateur, dans une question ouverte, de préciser la réponse et d'expliquer, s'il le peut, pourquoi il a eu de la difficulté à effectuer un choix. L'option "ne s'en souvient pas" a été intégrée pour évaluer les cas où l'accidenté éprouvait de la difficulté à rapporter une information.

En deuxième lieu, pour déterminer les erreurs de codification effectuées par les usagers, tous les résumés d'accident ont été revus systématiquement pour évaluer la cohérence des descriptions données; la plupart des erreurs ont été détectées en comparant l'information donnée aux questions fermées à celle contenue dans les commentaires ouverts.

En troisième lieu, bien que cet aspect soit plus difficile à valider, il nous a semblé important d'évaluer la richesse de l'information conservée avec notre système de questions fermées. A cet effet, en plus des questions ouvertes déjà incluses dans le questionnaire, une question spéciale est introduite systématiquement à la fin de chaque questionnaire afin d'indiquer toute information pertinente au sujet de l'accident n'ayant pu être rapportée aux questions fermées. De plus, dans les trois centres, sur un échantillon considérable d'accidents, nous avons comparé systématiquement les données recueillies avec notre questionnaire post-accident aux descriptions d'accidents recueillies avec d'autres systèmes d'information utilisés parallèlement à notre logiciel.

Finalement, dans les trois centres, nous avons rencontré périodiquement les responsables de la cueillette de données pour discuter avec eux de leur perception des réponses données par les travailleurs au questionnaire post-accident: y a-t-il eu en particulier des questions auxquelles les travailleurs éprouvent de la difficulté à répondre?; ont-ils l'impression que les travailleurs donnent toute l'information désirée; en particulier, quant à la description des problèmes rencontrés au moment de l'accident?

Il faut souligner ici une lacune inhérente à l'étude effectuée: dans le contexte de cette étude, il était impossible de vraiment contrôler la profondeur des interviews effectuées; à la fréquence à laquelle

les accidents sont déclarés, il n'était pas réaliste d'assister aux interviews effectuées. Le design n'était pas conçu non plus pour que les chercheurs rencontrent les travailleurs pour passer l'interview. Pour contrôler la qualité de l'information recueillie, ce qui nous a semblé le plus opportun a donc été de comparer à d'autres sources d'information et de rencontrer systématiquement les gens responsables des interviews. Rappelons d'ailleurs, comme cela a déjà été mentionné, que notre questionnaire ne se veut pas conçu essentiellement à des fins d'analyse clinique et ne prétend pas aux mêmes fonctionnalités que des méthodes détaillées d'enquête cas à cas comme l'arbre des causes.

Pertinence des traitements de données produits

Nous rappellerons d'abord au lecteur les principes majeurs qui ont guidé la conception du logiciel:¹

1- Six groupes d'analyses prédéterminées ont été informatisés, 2- chaque groupe d'analyses a une fonction spécifique (analyse des données de population, analyse des données temporelles, analyse des accidents musculaires et non musculaires, etc...); 3- de façon générale, les traitements de données sont conçus pour inculquer aux usagers un cheminement d'analyse "logique" qui procède du général au particulier.

La validation s'est articulée en fonction de ces principes directeurs et a été effectuée par des rencontres périodiques avec les comités de suivi. Les six modules d'analyse ont été présentés séquentiellement aux comités de suivi. L'évaluation a consisté à vérifier auprès de ces comités que chaque type d'analyse est facilement compréhensible et véhicule bien le message désiré, que le cheminement d'analyse choisi est adapté aux usagers; l'objectif final étant que les usagers deviennent autonomes face à l'analyse d'accidents et interprètent correctement les données qui leur sont transmises.

¹ Pour plus de détails, le lecteur est prié de référer au premier rapport où les analyses sont expliquées beaucoup plus en détails.

Intégration à des activités de prévention

Le travail sur les analyses de données a été effectué au sein de comités formés spécifiquement à cet effet. La majorité du travail a porté sur la compréhension des données d'accident comme telles.¹ Ce n'est que graduellement, une fois l'outil de travail bien compris, qu'on puisse envisager que les résultats d'accidents soient intégrés à des actions de prévention. Dans les trois centres, nous avons documenté durant l'année de validation comment les usagers comptaient intégrer les résultats à l'intérieur d'actions de prévention.

Aspect opérationnel de la démarche

Cet aspect réfère à l'ensemble de la démarche. Il s'agit d'évaluer si la procédure proposée est réaliste pour un centre hospitalier: difficultés liées au rappel des accidentés, temps requis pour répondre au questionnaire, transmission des résultats à tous les intervenants impliqués. Ces aspects ont surtout été évalués par des discussions avec les comités de suivi et les responsables de la cueillette des données.

¹ Il faut rappeler dans les trois centres, en particulier en ce qui concerne les représentants syndicaux, que les intervenants au départ avaient très peu d'expérience en analyse d'accidents.

Chapitre 3

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présenterons d'abord les résultats obtenus quant à la validation du questionnaire post-accident. Nous verrons ensuite les résultats obtenus concernant la validation des traitements de données produits. Nous discuterons finalement de la façon dont les résultats d'analyse d'accidents ont été intégrés aux activités de prévention et nous terminerons en discutant de l'aspect opérationnel de l'ensemble de la démarche de recueil et d'analyse d'accidents.

3.1 Résultats de validation du questionnaire post-accident

3.1.1 Analyse des modalités codées "autre"

Comme cela a été expliqué au chapitre précédent, un des aspects importants de la validation consiste à vérifier que le questionnaire post-accident permet de documenter adéquatement tous les types d'accident du personnel soignant. Il s'agit, en d'autres mots, d'évaluer, pour chacune des variables, l'exhaustivité des choix de réponse; cet aspect peut être réalisé en procédant à l'analyse des modalités codées "autre" pour les différentes variables incluses dans le questionnaire.

Accidents d'origine musculaire

Le tableau 5 présente, pour les trois centres hospitaliers, l'analyse des modalités codées "autre" pour les principales variables documentant les circonstances d'accidents appartenant à la catégorie des accidents d'origine musculaire.

Dans l'ensemble, la proportion des modalités codées "autre" est très faible ce qui signifie que notre système de codification est généralement adéquat et permet de documenter convenablement les accidents d'origine musculaire. Pour les trois hôpitaux, toutefois, il y a deux types de variable où la proportion des modalités codées "autre" est plus importante. Il s'agit en premier lieu de la description de l'opération de manutention effectuée, en particulier pour les accidents de transfert. Le tableau 6 présente, pour les trois centres hospitaliers, la synthèse des informations données dans les

commentaires où l'on précise l'opération effectuée (le détail des commentaires donnés en information ouverte pour les trois centres est présenté à l'annexe 1).

Comme l'indique le tableau 6, les cas où l'opération de manutention est codée "autre" surviennent très majoritairement lorsqu'on effectuait une tâche de transfert en particulier durant le transport du patient. Dans les trois centres, les commentaires donnés en information ouverte ne permettent pas de préciser exactement l'opération de manutention comme telle qui était effectuée. Dans la description de l'opération, on réfère le plus souvent au type de patient qui était manutentionné, on réfère également, mais moins souvent, au fait d'avoir effectué un mouvement de rotation.

Les autres types de variable où l'occurrence des modalités codées "autre" est importante sont les variables référant à la description des problèmes rencontrés. Concernant le choix de la catégorie de problème rencontré il est rare qu'on ait codé une modalité "autre". C'est surtout dans la spécification du type de problème rencontré que la proportion de modalités codées "autre" est la plus importante; c'est principalement en ce qui concerne les problèmes rencontrés au niveau du patient que les difficultés sont les plus marquées, la proportion de modalités codées "autre" varie selon les hôpitaux de 20,6% à 41,2%.

Le tableau 7 présente la synthèse des commentaires donnés en information ouverte concernant les caractéristiques des patients manutentionnés. Dans la majorité des cas, les commentaires réfèrent à la lourdeur du patient, les autres réfèrent à la non-coopération du patient ou à sa condition de patient spastique. Quant aux autres modalités permettant de décrire le problème rencontré (problème au niveau de l'employé, de l'environnement et de l'équipement), les effectifs sont en général très peu nombreux. Il n'en demeure pas moins qu'en ce qui concerne l'employé et l'équipement on trouve une proportion assez importante, même si les effectifs sont peu nombreux, de réponses codées "autre". Le détail des problèmes rencontrés au niveau de l'équipement sont présentés à l'annexe 1. Il s'agit le plus souvent de difficultés rencontrées quant à la hauteur des plans de travail: une chaise roulante plus basse que les autres, un bain trop profond qui oblige à effectuer un transfert de très bas à très haut. Dans ce cas, on réfère à une chaise gériatrique dont les côtés sont amovibles. Finalement, dans deux cas on réfère à une alèze qui offre plus de résistance ou à un piqué qui était coincé.

En ce qui concerne les problèmes au niveau de l'employé aucune catégorie importante de problème se dégage. Soit que l'employé était mal positionné, soit qu'il a dû faire un mouvement de rotation durant le transfert.

Accidents d'origine non musculaire

Le tableau 8 présente la liste des modalités codées "autre" pour les principales variables appartenant à la catégorie des accidents d'origine non musculaire. La proportion de modalités codées "autre" est beaucoup plus importante dans cette catégorie d'accident, ce qui signifie que dans l'ensemble notre questionnaire est moins bien adapté à cette catégorie d'accident.

Les variables où les modalités codées "autre" sont les plus nombreuses sont la tâche, le type d'accident et l'agent ayant occasionné la blessure dans le cas des accidents de type "frappé par", "frappé sur" et "perte d'équilibre-chute".

Le tableau 9 synthétise la nature des commentaires donnés en information ouverte pour les trois hôpitaux en ce qui concerne les cas où la tâche a été codée "autre" pour les accidents non musculaires. Ce tableau décrit les types d'accident où l'on a codé une tâche "autre". La description détaillée des commentaires donnés en information ouverte est présentée à l'annexe 2. Le plus souvent, la tâche est codée "autre" pour les types d'accident "autre" et de type "frappé par"; dans la majorité des cas, il s'agit d'accidents se produisant dans un contexte d'agression. Moins souvent, la tâche est codée "autre" pour les accidents de type "perte d'équilibre-chute".

Le tableau 10 synthétise le type de commentaires donnés en information ouverte lorsque le type d'accident a été codé autre. Le détail des commentaires donnés en information ouverte est présenté à l'annexe 2. Le type d'accident est codé "autre" principalement pour trois types de tâche: lorsque la tâche est codée "autre tâche", lorsqu'on a manutentionné un patient, lorsqu'on donnait des soins à un patient. Dans le cas de manutention de patient, il s'agit principalement d'accidents s'étant produits dans des contextes d'agression. La même situation prévaut concernant les accidents s'étant produits alors qu'on donnait des soins au patient. Dans les cas où il s'agissait d'une tâche "autre", les situations sont plus variées, les cas d'agression étant beaucoup plus rares.

Ainsi, lorsqu'on considère la tâche et le type d'accident, on constate que les modalités codées "autre" surviennent principalement dans des contextes d'agression; cela signifie que dans la catégorie des accidents d'origine non musculaire le questionnaire est particulièrement mal adapté aux accidents se produisant dans un contexte d'agression. Pour ce type d'accident, le questionnaire mériterait d'être amélioré; une analyse plus détaillée des accidents de type agression sera effectuée en vue d'une amélioration à apporter au questionnaire post-accident. L'analyse portera essentiellement sur les données du centre à vocation générale qui regroupe le plus grand nombre d'unités de soins psychiatriques.

Dans la catégorie des accidents non musculaires, l'autre variable où la proportion de modalités codées "autre" est importante correspond à l'agent étant à la source de l'accident. Le tableau 11 présente la distribution des modalités codées "autre" en fonction du type d'accident documenté. Comme l'indique ce tableau, les modalités codées "autre" sont les plus fréquentes pour les accidents de type "éraflé", "coupé", "égratigné", "frappé sur" et les accidents de type "frappé par".

En règle générale, les informations données en commentaire ouvert sont très diversifiées de sorte qu'aucune catégorie significative ne peut être dégagée. Il y a toutefois une exception, dans le cas des accidents de type "éraflé", "coupé", "égratigné" on réfère dans une proportion non négligeable au patient manutentionné (dans 6 cas pour le centre à vocation générale, dans 7 cas pour le centre de soins chroniques).

	<u>Hôpital 1: Centre à</u> <u>vocation générale</u>		<u>Hôpital 2: Centre de</u> <u>courte durée</u>		<u>Hôpital 3: Centre de</u> <u>soins chroniques</u>	
	Proportion des modalités codées "autre"	%	Proportion des modalités codées "autre"	%	Proportion des modalités codées "autre"	%
La tâche au moment de l'accident	6/160	3,8%	2/71	2,8%	1/80	1,25%
Le lieu de la manutention						
Lieu initial au début du transfert	2/205	1,0%	0	0%	4/112	3,6%
Lieu final à la fin du transfert	1/124	0,8%	0	0%	1/70	1,43%
	1/81	1,2%	2/28	7,14%	3/42	7,14%
Type de chaise						
Chaise initiale utilisée au début du transfert	5/94	5,3%				
Chaise finale utilisée à la fin du transfert	1/48	2,1%	0	0%	0	0%
	4/46	8,7%	0	0%	0	0%
Séquence du transfert où se produit l'accident	2/74	2,7%	0	0%	1/47	2,13%
Opération de manutention effectuée	27/160	16,9%	6/67	8,96%	10/80	12,5%
Équipement utilisé au moment du transfert	3/137	2,2%	1/25	4,00%	0	0%
Anomalie -- problème rencontré au niveau de l'effort physique	0/160	0%	0	0%	0	0%
Anomalie -- problème rencontré au niveau du travail d'équipe	4/125	3,2%	0	0%	3/72	4,17%
Problème rencontré	7/129	5,4%	2/56	3,6%	3/72	4,17%
Spécification du problème rencontré						
Problème au niveau du patient	14/68	20,6%	14/34	41,2%	13/37	35,1%
Problème au niveau de l'employé	4/9	44,4%	0	0%	1/4	25,00%
Problème au niveau de l'environnement	1/5	20,0%	0	0%	2/7	28,5%
Problème au niveau de l'équipement	3/5	60,0%	0	0%	4/8	50,00%

Tableau 5 – Proportion de modalités codées "autre" pour les principales variables décrites dans le questionnaire post-accident: Accidents d'origine musculaire

Hôpital 1: Centre à vocation générale

Hôpital 2: Centre de courte durée

Hôpital 3: Centre de soins prolongés

Dans 12/26 cas surviennent lors de tâche de transfert, dans 10 cas alors qu'on transportait le patient. Dans 14/26 surviennent lors de tâches codées "autre" en particulier (5 de ces cas) lors de tâches de manutention sur place

Dans 5/6 cas surviennent lors de tâches de transfert alors qu'on transportait le patient.

Dans 9/10 cas surviennent lors de tâches de transfert, dans 8 cas alors qu'on transportait le patient.

La lecture des informations ouvertes montre que dans les cas de transfert, en particulier lorsqu'on transportait le patient, les commentaires donnés ne réfèrent pas comme tel à une opération de manutention; les commentaires réfèrent principalement au type de patient manutentionné, soit que les patients étaient lourds, soit qu'ils avaient trop résisté.

La lecture des informations ouvertes montre que dans les cas où l'on transférait un patient, en particulier durant le transport, l'opération de manutention est très mal précisée. On réfère le plus souvent à une difficulté rencontrée au niveau du patient.

La lecture des informations ouvertes montre, en particulier lorsqu'on transportait le patient, que les commentaires donnés ne réfèrent pas comme tel à une opération de manutention; dans deux cas on précise que l'accident s'est produit lorsqu'on effectuait un mouvement de rotation; dans trois cas, l'accident s'est produit lorsqu'on tenait le malade dans les airs.

Tableau 6 – Synthèse des commentaires donnés en information ouverte pour la description des opérations de manutention: opération codée autre

Détail du problème rencontré	Hôpital 1: Centre à vocation générale	Hôpital 2: Centre de courte durée	Hôpital 3: Centre de soins prolongés
Lourdeur	5	10	8
Non-coopération	4	3	-
Patient spastique	3	-	2
Confus	1	-	-
Autre	1	-	3
Total	14	13	13

**Tableau 7 – Synthèse des commentaires donnés quant à la spécification des problèmes rencontrés
au niveau du patient: problème codé autre**

	Hôpital 1 Centre à vocation générale	Hôpital 2 Centre de courte durée	Hôpital 3 Centre de soins chroniques
	Proportion des modalités codées autre %	Proportion des modalités codées autre %	Proportion des modalités codées autre %
La tâche	48/349 13,7%	20/176 11,4%	15/110 13,64%
Le type d'accident	40/349 11,5%	19/176 10,8%	27/110 24,1%
Ce qui a entraîné la cause de la chute	5/37 13,5%	1/8 12,5%	3/13 23,1%
L'agent ayant occasionné la blessure (accident de type frappé par – frappé sur)	40/125 31,2%	13/43 30,2%	21/66 31,8%
La conséquence de la chute	3/37 8,1%	1/8 12,5%	Aucun 0,0%
La nature de la blessure	28/334 8,4%	7/159 4,4%	15/110 13,6%

Tableau 8 – Proportion de modalités codées autre pour les principales variables décrites dans le questionnaire post-accident: accidents d'origine non musculaire

Type d'accident où la tâche est codée autre	Hôpital 1 Centre à vocation générale	Hôpital 2 Centre de courte durée	Hôpital 3 Centre de soins prolongés
Accroché	2	-	-
Autre	7 (dont 4 agressions)	4 (dont 1 agression)	2
Coincé, écrasé	1	-	4
Éraflé, coupé, égratigné	1	2	3
Frappé par	21 (dont 19 agressions)	7 (dont 5 agressions)	2 (dont 1 agression)
Perte d'équilibre, chute	8 (dont 1 agression)	1	2
Piqué	2	2	-
Autre	1	1	-
Non-spécifié	5	3	2
Total	48	20	15

Tableau 9 – Classification des commentaires donnés en information ouverte pour la tâche effectuée au moment de l'accident lorsque cette modalité est codée autre – catégorie d'accident d'origine non musculaire

Tâche où le type d'accident est codé autre	Hôpital 1 Centre à vocation générale	Hôpital 2 Centre de courte durée	Hôpital 3 Centre de soins prolongés
Autre tâche	10 dont 4 cas d'agression (2 morsures et 2 bris de lunettes)	7 dont 1 cas d'agression 3 cas d'inhalation toxique	2
Manutention patient	13 dont 9 cas d'agression (l'accidenté a été mordu, égratigné)	-	7 dont 7 cas d'agression (bras tordu par bénéficiaire, - morsure)
Soins patient	5 dont 3 cas d'agression	8 dont 6 cas de contact avec un porteur de méningocémie	14 dont 14 cas d'agression (11 morsures, 3 torsions de poignet)
Circulant seul	3	-	-
Manutention objet	5 dont 4 cas de brûlure	4 dont 1 cas de brûlure	2
Circulant patient	2	-	2
Total	33	19	27

Tableau 10 -- Classification des commentaires donnés en information ouverte pour le type d'accident lorsque cette modalité est codée autre -- catégorie d'accident origine non musculaire

Type d'accident	Hôpital 1 <u>Centre à vocation générale</u>	Hôpital 2 <u>Centre de courte durée</u>	Hôpital 3 <u>Centre de soins prolongés</u>
Accroche	2	-	2
Coincé, écrasé	-	2	3 (dans 2 cas le patient était impliqué)
Éraflé, coupé, égratigné	20 (dans 6 cas le patient était impliqué)	6	9 (dans 7 cas le patient était impliqué)
Frappé sur	8	2	2
Frappé par	10 (dont 4 cas par une porte)	2	5
Total	40	12	21

Tableau 11 – Classification des commentaires donnés en informations ouvertes lorsque la modalité agent ayant causé la blessure est codée autre – catégorie d'accident d'origine non musculaire

3.1.2 Analyse des erreurs de codification effectuées par les usagers

Le deuxième aspect important de la validation a été d'évaluer les erreurs de codification effectuées par les usagers. Les erreurs de codification ont été détectées en revoyant systématiquement chaque résumé d'accident, en comparant, pour chaque résumé, la nature de l'information donnée aux questions fermées à l'information donnée dans les commentaires ouverts.

Le tableau 12 synthétise les principales erreurs de codification dans chacun des trois centres hospitaliers. Le détail des erreurs commises pour chacune des modalités est présenté à l'annexe 3.

Comme l'indique le tableau 12, les erreurs commises dans chacun des centres sont très peu nombreuses, la proportion varie selon les centres de 15% à 26%. C'est dans le centre de soins prolongés que la proportion d'erreurs commises est la plus importante. Donc, de façon générale, la formation donnée permet aux usagers d'utiliser le questionnaire sans commettre par ailleurs beaucoup d'erreurs.

Les données présentées au tableau 12 permettent de situer plus précisément où se font les erreurs.

Dans le centre à vocation générale et dans celui de courte durée, les erreurs se répartissent à peu près également entre les catégories musculaire et non musculaire. Dans le centre de soins prolongés, par contre, il y a beaucoup plus d'erreurs dans la catégorie des accidents d'origine musculaire.

En ce qui concerne les accidents d'origine musculaire, les erreurs sont les plus fréquentes lors de l'identification du problème rencontré. Le tableau 13 présente une synthèse de la nature des erreurs commises au niveau du patient dans chacun des trois centres hospitaliers. Le plus fréquemment, quand on aurait dû identifier une erreur au niveau du patient, il s'agissait majoritairement d'un problème relié à la lourdeur du patient ou à une difficulté reliée à sa coopération. L'autre type d'erreur la plus fréquente est qu'on a indiqué un problème "autre" qui était en fait relié à une difficulté rencontrée au niveau du travail d'équipe; on aurait dû dans ces cas indiquer qu'il n'y avait aucun problème car les difficultés rencontrées au niveau du travail d'équipe font l'objet d'une question spécifique à ce type de problème. Les autres types d'erreurs sont plus marginales. Il s'agit

de cas où l'on aurait dû coder un problème au niveau de l'employé, de l'environnement ou de l'équipement.

En ce qui concerne les accidents d'origine non musculaire, les erreurs les plus fréquentes portent sur la catégorie de l'accident et sur le type d'accident subi.

Le tableau 14 synthétise les erreurs commises au niveau de la catégorie d'accident. Dans le centre à vocation générale, dans 18 cas on a indiqué que l'accident appartenait à la catégorie "autre" et dans 1 cas qu'il appartenait à la catégorie "musculaire" alors que dans tous les cas il s'agissait d'accident d'origine non musculaire. Dans 6 cas, il s'agissait d'une piqûre d'aiguille, dans 6 autres cas l'accident s'est produit dans un contexte d'agression; dans les 8 autres cas, il s'agissait d'accidents d'origine non musculaire plutôt atypiques: par exemple, 4 cas d'accidents de type perte d'équilibre-chute s'étant produits dans le stationnement.

Dans le centre de courte durée, dans 9 cas, on a indiqué que l'accident appartenait à la catégorie "autre" et dans 2 cas on a indiqué qu'il appartenait à la catégorie "musculaire". Les erreurs ont été commises dans la plupart des cas pour des accidents non musculaires plutôt atypiques: accident relié à une inhalation de vapeur, accident relié à un contact avec un cas contagieux, animateur culturel qui s'est blessé en jouant à l'extérieur. Dans deux cas, cependant, il s'agissait d'accidents s'étant produits lors de manutention de patient où on s'est blessé en se frappant sur un objet; l'autre cas, finalement, est un accident s'étant produit dans un contexte d'agression.

Le tableau 15 synthétise, quant à lui, les erreurs de codification faites au niveau du type d'accident. Dans le centre à vocation générale, il s'agissait majoritairement (7/9) d'accidents s'étant produits dans des contextes d'agression.

Dans le centre de soins prolongés, quelques-uns des accidents se sont également produits dans des contextes d'agression, les autres erreurs ont porté sur des accidents s'étant produits dans un cas de perte d'équilibre-chute ou pour un accident de type "éraflé". Dans le centre courte durée, il y a 3 erreurs concernant le type d'accident; dans 1 cas l'employé s'est coincé alors que dans deux autres cas il s'est, soit éraflé, soit piqué.

En résumé, les usagers font peu d'erreurs de codification. En ce qui concerne les accidents d'origine musculaire, ces erreurs pourraient être évitées en améliorant le questionnaire pour la spécification des problèmes rencontrés au niveau du patient: en ajoutant un choix de réponse référant à des difficultés reliées à la lourdeur du patient. Une amélioration du questionnaire quant à la description des accidents de type agression permettrait également de diminuer certaines des erreurs commises, en particulier, en ce qui concerne la catégorie d'accident et le type d'accident subi. Il demeure, cependant, qu'une part non négligeable des erreurs commises ne peut être attribuée à des lacunes au niveau du questionnaire; plusieurs erreurs sont associées à des accidents atypiques qui peuvent difficilement être décrits par un système de questions fermées. Dans ces cas, un rappel au niveau de la formation permettrait de diminuer les erreurs, par exemple, en ce qui concerne les erreurs de codifications commises au niveau des piqûres d'aiguille.

	Hôpital 1		Hôpital 2		Hôpital 3	
	Centre de courte durée		Centre de soins prolongés		Centre de soins prolongés	
	N	%	N	%	N	%
Nombre d'erreurs/ Nombre d'accidents décrits	93/509	18,3	36/247	14,6	43/168	26,0
Catégorie d'accident						
Musculaire	51/93	55,0	21/36	58,3	31/43	72,1
Non musculaire	42/93	45,0	15/36	41,7	12/43	8,0
Accident d'origine musculaire						
Catégorie	9/51	17,6	2/21	9,5	1/31	3,2
Opération	4/51	7,8	2/21	7,1	4/31	13,0
Problème	19/51	37,2	9/21	42,8	19/31	61,3
Spécification du problème	6/51	11,7	-			
Accident d'origine non musculaire						
Catégorie	19/42	45,2	11/15	73,3	-	
Type d'accident	9/42	21,4	3/15	20,0	5/12	42,0
Tâche	7/42	16,7	-		3/12	25,0
Lieu de l'accident	-	-	-		3/12	25,0

Tableau 12 – Synthèse des principales erreurs de codification
dans les trois centres hospitaliers

Modalité qui aurait dû être mise au niveau du problème	Hôpital 1 Centre à vocation générale	Hôpital 2 Centre de courte durée	Hôpital 3 Centre de soins prolongés
Aucun	6 (dans les 6 cas, il s'agissait d'un problème au niveau du travail d'équipe)	1 (il s'agissait d'un problème au niveau du travail d'équipe)	4 (dans 4 cas il s'agissait d'un problème au niveau du travail d'équipe)
Patient	6 (dans 5 cas il s'agissait d'un patient lourd – dans l'autre d'un patient spastique)	5 (dans 5 cas il s'agissait d'un patient lourd)	10 (dans 4 cas il s'agissait d'un patient lourd, dans 2 cas il s'agissait d'un problème de non-coopération)
Employé	2 (dans 2 cas l'employé a fait un mouvement de rotation)	1	2
Environnement	2 (dans 2 cas il s'agissait d'un problème au niveau de l'environnement)	1	1
Équipement	2	—	2

Tableau 13 – Analyse des erreurs commises sur l'identification du problème

Hôpital 1 Centre à vocation générale	Hôpital 2 Centre de courte durée	Hôpital 3 Centre de soins prolongés
19 erreurs de catégorie:	11 erreurs de catégorie:	_____
- dans 6 cas, il s'agissait de piqure d'aiguille - dans 6 cas, l'accident s'était produit dans un contexte d'agression - dans 4 cas, il s'agissait de pertes d'équilibre - chute s'étant produites dans le stationnement - dans les 3 autres cas, le contexte de l'accident est plus flou	-dans 2 cas, l'accident est relié à une inhalation importante de vapeur -dans 3 cas, il s'agit d'un contact avec un cas contagieux -dans 2 cas, l'accidenté s'est frappé lors d'une manutention de patient -dans 1 cas, il s'agit d'un contexte d'agression -dans les 3 autres cas, il s'agit d'accidents d'origine non musculaire qui sont atypiques ex.: animateur culturel qui s'est blessé en jouant à l'extérieur.	

Tableau 14 -- Analyse des erreurs commises pour l'identification de la catégorie: Accident d'origine non musculaire

Hôpital 1 Centre à vocation générale	Hôpital 2 Centre de courte durée	Hôpital 3 Centre de soins prolongés
9 erreurs concernant le type d'accident: dans 7 cas, il s'agissait d'accidents s'étant produits dans des contextes d'agression	3 erreurs concernant le type d'accident: dans 1 cas l'employé s'est coincé, dans les 2 autres cas il s'agit d'accident non musculaire soit on s'est éraflé, soit on s'est piqué	5 erreurs concernant le type d'accident: dans 2 cas, se sont produits dans des contextes d'agression, dans 2 cas l'employé s'est éraflé, dans 1 cas, s'est blessé lors d'une perte d'équilibre – chute

Tableau 15 – Analyse des erreurs commises pour l'identification du type d'accident:
Accident d'origine non musculaire

3.1.3 Comparaison des informations contenues dans les résumés informatisés aux informations recueillies par d'autres sources de cueillette de données

Comme cela a été indiqué dans la section méthodologie, la comparaison des résumés informatisés à d'autres sources de description d'accident a été effectuée pour évaluer la richesse de l'information conservée par notre logiciel, plus particulièrement pour objectiver le gain d'information apporté par notre système de description d'accidents.

Dans les trois centres, les sources de comparaisons ont été les rapports maison qui sont utilisés sur chacune des unités de soin pour documenter les accidents. Dans ces rapports on trouve un court récit de l'accident qui est rédigé par l'employé ou par le chef d'unité en collaboration avec l'employé.

Pour les trois centres, seulement un échantillon restreint de rapports maison a été retenu pour les comparaisons à nos résumés informatisés. Le tableau 16 décrit les caractéristiques des échantillons retenus pour chacun des trois centres hospitaliers. Pour la catégorie des accidents d'origine musculaire, le nombre de rapports comparés varie, dépendant du centre, de 58 à 63, alors que pour la catégorie des accidents d'origine non musculaire le nombre de rapports comparés varie, selon le centre, de 46 à 75.

La comparaison a consisté à vérifier que l'information contenue au niveau de chacune des variables codées dans le résumé d'accident était ou non présente dans le récit de l'accident tel que rapporté dans les rapports maison et a consisté également à vérifier si certaines informations données dans les rapports maison étaient absentes dans les résumés d'accident. Pour cette comparaison, cinq modalités ont été retenues: 1- modalité "manquante"; l'information est donnée dans le résumé informatisé mais n'est pas indiquée dans le rapport-maison; 2- modalité "pas clair"; l'information est donnée dans le résumé informatisé alors que dans le rapport-maison l'information est spécifiée mais de façon ambiguë, beaucoup moins clairement que dans le résumé informatisé; 3- modalité "présente"; l'information est donnée de façon claire à la fois dans le résumé informatisé et dans le rapport-maison; 4- modalité "non spécifié, mais aucun"; cette modalité s'applique principalement à la description des problèmes dans la catégorie des accidents d'origine musculaire, il s'agit des cas où dans les résumés d'accident on a clairement identifié qu'il n'y avait aucun problème, aucune anomalie, alors que dans les rapports maison on ne trouve aucune mention quant à ce type

d'information; 5- modalité "non-applicable n/a", la comparaison ne s'applique pas. C'est le cas, par exemple, pour des variables qui sont spécifiques aux accidents de transfert (par exemple, séquence du transfert où se produit l'accident) et qui ne s'appliquent pas lorsque la comparaison porte sur une tâche "autre", par exemple, une tâche de manutention sur place.

Les résultats obtenus pour les trois centres, pour les différentes variables documentées dans la catégorie des accidents d'origine musculaire, sont présentés aux tableaux 17, 18 et 19. L'examen des modalités "présente" permet d'identifier rapidement les variables pour lesquelles notre questionnaire ajoute le plus d'information. Dans les trois hôpitaux, de façon systématique, la tâche effectuée, le lieu où se produit l'accident et la région blessée sont très bien documentées dans les rapports-maison; dans ces deux cas le pourcentage de modalités présentes varie de 55 à 98%. De façon générale, les autres variables sont beaucoup moins bien documentées dans les rapports-maison, le pourcentage des modalités présentes étant plus faible. Les variables pour lesquelles on retrouve moins souvent l'information dans les rapports-maison sont les variables permettant de décrire le type de patient manutentionné, la séquence du transfert où se produit l'accident (moment de l'accident) et l'utilisation ou non d'un équipement. Le nombre de soignants impliqués et l'opération de manutention effectuée sont également des variables qui, à un moindre degré, sont peu documentées dans les rapports-maison. De façon systématique, pour les trois hôpitaux, la description des problèmes est généralement faible dans les rapports maison. Il est à remarquer, en ce qui concerne la description des problèmes, que le pourcentage de modalités codées "non-spécifié – mais aucun" est assez élevé, ce qui signifie qu'il est arrivé fréquemment que dans le questionnaire on a codé aucun problème alors que dans le rapport maison on n'a retrouvé aucune mention ou information concernant l'existence d'un problème quelconque.

En ce qui concerne les accidents d'origine non musculaire, les rapports-maison contiennent beaucoup plus d'information; en effet, comme l'indiquent les tableaux 20, 21 et 22, les pourcentages des modalités "présentes" sont très importants pour la plupart des variables dans les trois centres hospitaliers.

En résumé, en ce qui concerne les accidents d'origine musculaire, notre questionnaire post-accident permet d'ajouter de l'information. Par contre, en ce qui concerne les accidents d'origine non musculaire, le gain d'information est très faible, l'avantage du questionnaire étant principalement

dans la systématisation des informations et dans les facilités qu'il offre pour les traitements de données.

Lors de la comparaison des résumés informatisés aux rapports-maison nous avons systématiquement vérifié si les informations présentes dans les deux sources étaient compatibles. Pour les trois centres, les résultats se sont avérés très satisfaisants. En ce qui concerne les accidents d'origine musculaire la proportion (%) de résumés où une partie de l'information a été jugée non compatible est dans les trois centres de: 3,3%, 6,3% et 16,4%. Pour les accidents d'origine non musculaire la proportion (%) de résumés où une partie de l'information a été jugée non compatible est dans les trois centres de: 8,7%, 10,2% et 13,1%. Dans les deux catégories d'accident, quand il y a incompatibilité, le plus souvent, il n'y a qu'une ou deux variables impliquées.

En résumé, l'information recueillie avec notre questionnaire post-accident est, à quelques exceptions près, tout à fait compatible aux descriptions d'accident contenues dans les rapports-maison.

	Hôpital 1 Centre à vocation générale	Hôpital 2 Centre de courte durée	Hôpital 3 Centre de soins prolongés
Accidents d'origine musculaire	- 79 rapports maison retenus - 21 rapports illisibles exclus de la comparaison - 58 rapports utilisés pour la comparaison	- 64 rapports maison retenus - 1 rapport illisible exclu de la comparaison - 63 rapports utilisés pour la comparaison	- 61 rapports maison retenus - 61 rapports utilisés pour la comparaison
Accidents d'origine non musculaire	- 77 rapports maison retenus - 8 rapports illisibles exclus de la comparaison - 23 cas de piqûre d'aiguille exclus de la comparaison - 46 rapports utilisés pour la comparaison	- 141 rapports maison retenus - 87 cas de piqûre d'aiguille exclus de la comparaison - 5 cas de contact avec enfant porteur de méningite; exclus - 49 rapports utilisés pour la comparaison	- 75 rapports maison retenus - 75 rapports utilisés pour la comparaison

Tableau 16 – Échantillon retenu pour les comparaisons des résumés informatisés d'accident aux rapports maison

Centre à vocation générale

Variable documentée	Non spécifié dans le rapport maison		Manquante dans le rapport maison		Pas clair dans le rapport maison		Présente dans le rapport maison	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tâche	-	-	4	7,7	7	13,5	41	78,8
Lieu de l'accident	-	-	7	14,6	0	0	41	85,4
Nombre de soignants impliqués	-	-	21	40,3	5	9,6	26	50,0
Type de patient manutentionné	-	-	17	58,6	5	17,2	7	24,1
Moment, séquence du transport où se produit l'accident	-	-	18	62,1	7	24,1	4	13,8
Opération de manutention effectuée	-	-	18	35,3	6	11,8	27	53,0
Équipement utilisé	42	87,5	6	12,5	0	-	0	0
Anomalies – problèmes rencontrés								
Difficulté au niveau de l'effort physique	20	47,6	11	26,2	6	14,3	5	12
Difficulté au niveau du travail d'équipe	27	63,6	14	31,8	0	-	2	4,5
Problème identifié soit au niveau du patient, de l'équipement, de l'environnement ou de l'employé	17	38,6	7	15,9	2	4,6	18	41
Région blessée	-	-	-	-	2	3,8	50	96,1

Tableau 17 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine musculaire

Centre de courte durée

Variable documentée	Non spécifié dans le rapport maison		Manquante dans le rapport maison		Pas clair dans le rapport maison		Présente dans le rapport maison	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tâche	-	-	6	9,5	19	30,1	38	60,3
Lieu de l'accident	-	-	21	39,6	3	5,7	29	54,7
Nombre de soignants impliqués	-	-	38	65,5	5	8,6	15	25,9
Type de patient manutentionné	-	-	13	56,5	1	4,3	9	39,1
Moment, séquence du transport où se produit l'accident	-	-	14	66,7	5	23,8	2	9,5
Opération de manutention effectuée	-	-	23	39,0	2	3,4	34	57,6
Équipement utilisé	28	52,8	22	41,5	-	-	3	5,7
Anomalies – problèmes rencontrés								
Difficulté au niveau de l'effort physique	24	47,1	20	39,2	3	5,9	4	7,8
Difficulté au niveau du travail d'équipe	37	74,0	12	24,0	-	-	1	2,0
Problème identifié soit au niveau du patient, de l'équipement, de l'environnement ou de l'employé	13	23,0	22	38,6	4	7,0	18	31,6
Région blessée	-	-	-	-	-	-	63	91,0

Tableau 18 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine musculaire

Centre de soins prolongés

Variable documentée	Non spécifié dans le rapport maison		Manquante dans le rapport maison		Pas clair dans le rapport maison		Présente dans le rapport maison	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tâche	-	-	1	1,7	7	11,7	52	86,7
Lieu de l'accident	-	-	2	3,5	1	1,7	54	94,8
Nombre de soignants impliqués	-	-	21	36,8	8	14,0	28	49,1
Type de patient manutentionné	-	-	27	77,1	5	14,3	3	8,6
Moment, séquence du transport où se produit l'accident	-	-	12	35,3	4	11,8	18	53,0
Opération de manutention effectuée	-	-	16	27,1	3	5,1	40	68,0
Équipement utilisé	50	90,9	3	5,4	0	-	2	3,6
Anomalies – problèmes rencontrés								
Difficulté au niveau de l'effort physique	26	47,3	22	40,0	0	-	7	12,7
Difficulté au niveau du travail d'équipe	47	84,0	6	10,7	1	1,8	2	3,6
Problème identifié soit au niveau du patient, de l'équipement, de l'environnement ou de l'employé	14	25,0	20	35,7	4	7,1	18	32,1
Région blessée	-	-	-	-	-	-	60	100,00

Tableau 19 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine musculaire

Centre à vocation générale

Variable documentée	Manquante dans le rapport maison		Pas clair dans le rapport maison		Présente dans le rapport maison		Non applicable ¹	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tâche	7	15,56	3	6,67	35	77,78	1	
Type d'accident	3	6,52	2	4,35	41	89,13	0	
Agent associé à l'accident ²	1	6,67	0	0	14	93,33	31	
Cause de l'accident:								
Accident de type perte d'équilibre	1	14,29	0	0	6	85,71	39	
Conséquence de l'accident:								
Accident de type perte d'équilibre	1	14,29	0	0	6	85,71	39	
Région blessée	0	0	0	0	46	100,00	0	
Blessure	9	20,45	2	4,55	33	75,00	2	

Tableau 20 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine non musculaire

¹ Modalités "non applicables" ont été exclues du calcul du dénominateur.

² Accident de type "frappé sur", "coincé", "écrasé", "accroché", "éclaté", "coupé", "égratigné".

Centre de courte durée

Variable documentée	Manquante dans le rapport maison		Pas clair dans le rapport maison		Présente dans le rapport maison		Non applicable ¹	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tâche	18	36,74	1	2,04	30	61,22	0	
Type d'accident	0	0	1	2,04	48	97,76	0	
Agent associé à l'accident ²	0	0	0	0	23	100,00	26	
Cause de l'accident:								
Accident de type perte d'équilibre	1	16,67	0	0	5	83,33	43	
Conséquence de l'accident:								
Accident de type perte d'équilibre	3	50,00	0	0	3	50,00	43	
Région blessée	0	0	0	0	49	100,00	0	
Blessure	4	9,30	0	0	39	90,70	6	

Tableau 21 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine non musculaire

¹ Modalités "non applicables" ont été exclues du calcul du dénominateur.

² Accident de type "frappé sur", "coincé", "écrasé", "accroché", "érafilé", "coupé", "égratigné".

Centre de courte durée

Variable documentée	Manquante dans le rapport maison		Pas clair dans le rapport maison		Présente dans le rapport maison		Non applicable ¹
	N	%	N	%	N	%	N
Tâche	1	1,33	1	1,33	73	97,33	0
Type d'accident	0	0	3	4,00	72	96,00	0
Agent associé à l'accident ²	0	0	2	4,08	47	95,92	26
Cause de l'accident: Accident de type perte d'équilibre	0	0	0	0	10	100,00	65
Conséquence de l'accident: Accident de type perte d'équilibre	0	0	0	0	10	100,00	65
Région blessée	0	0	0	0	75	100,00	0
Blessure	6	8,45	2	2,82	63	88,73	4

Tableau 22 – Résultats des comparaisons entre les résumés informatisés et les rapports maison: accidents d'origine non musculaire

¹ Modalités "non applicables" ont été exclues du calcul du dénominateur.

² Accident de type "frappé sur", "coincé", "écrasé", "accroché", "érafilé", "coupé", "égratigné".

3.2 Validation des analyses de données

Comme cela a été expliqué au chapitre précédent, les analyses de données ont été validées par des réunions périodiques (1 réunion à tous les mois et demi) avec des comités de suivi formés de représentants syndicaux et patronaux. Dans les trois centres, le représentant patronal était le coordonnateur des activités de santé-sécurité, alors que la représentation de la partie syndicale variait selon le nombre de syndicats représentant le personnel soignant. Dans le centre à vocation générale, il y avait quatre représentants syndicaux, tandis que dans les centres de courte durée et de soins prolongés il y avait deux représentants syndicaux.

L'expérience de fonctionnement en comité paritaire variait également selon les centres. Dans le centre à vocation générale et dans le centre de soins prolongés, c'était la première année que des activités de prévention se déroulaient sur une base paritaire, tandis que dans le centre de courte durée le fonctionnement en comité paritaire était institué depuis quelques années (environ 5 ans). L'expérience des représentants des comités en analyse d'accident variait également selon les centres. Dans le centre à vocation générale, la coordonnatrice en santé-sécurité était familière avec l'analyse d'accidents, des essais avaient d'ailleurs été faits pour informatiser les données d'accident du centre; aucun des représentants syndicaux, cependant, n'était familier avec l'analyse d'accident. Dans le centre de courte durée, la coordonnatrice en santé-sécurité avait une certaine expertise en analyse de données mais se plaignait beaucoup des difficultés reliées à la compilation et à la codification des données d'accident, les représentants syndicaux étaient également plus familiers avec l'analyse des accidents; contrairement aux autres centres, il existe, dans ce centre, une procédure d'enquête post-accident. Pour tous les accidents suivis d'une absence, le représentant syndical concerné retourne sur les lieux avec l'accidenté pour évaluer ce qui a entraîné les causes d'accident. Dans le centre de soins prolongés, les représentants syndicaux n'avaient aucune expérience en analyse d'accident, tandis que le coordonnateur en santé-sécurité était un peu plus familier avec le dossier car il s'occupait des compilations d'accident.

Au cours des réunions, les résultats d'analyse d'accidents étaient présentés et discutés avec les représentants des comités. L'objectif des réunions était de s'assurer que les différents modules d'analyse étaient bien compris des intervenants et leur donnait une information utile et nouvelle pour

la compréhension de leurs accidents. Il était important qu'à la fin de l'année de validation, les usagers soient autonomes pour l'utilisation des analyses de données.

En plus des résumés d'accident, les résultats issus des 6 modules d'analyse ont été présentés séquentiellement aux comités de suivi responsables de la démarche. Dans le texte qui suit, les commentaires donnés pour chacun des 6 modules seront résumés; dans la description, l'information présentée pour chacun des modules sera rappelée brièvement, on peut toutefois se référer au rapport de la phase 1 pour une description plus détaillée des analyses de données produites.

Résumé d'accident

Les résumés qui sont produits à la fin de chaque questionnaire sont conçus pour permettre une lecture rapide et facile du récit de l'accident; toutes les informations documentées dans le questionnaire étant reproduites dans ce résumé.

Dans les trois centres, les usagers se sont montrés très satisfaits de notre formule de résumé d'accident; l'avantage majeur de ce type de résumé pour les usagers est la systématisation de la présentation des accidents. On apprécie, en particulier, la nature simple et factuelle des informations qui sont rapportées. La compréhension de ces résumés d'accident n'a posé aucun problème, tous les usagers dès la première présentation les ont trouvés très clairs et facilement compréhensibles.

Bilan général des accidents

Ce module a pour fonction de tracer un bilan général de l'ensemble des accidents en termes de fréquence et gravité pour l'ensemble de l'institution et pour chacune des unités, ce module permet également de produire des comparaisons inter-unités qui permettent d'identifier en termes de fréquence et gravité les unités les plus touchées par les accidents.

Ce module a été présenté de façon systématique à presque toutes les réunions de suivi. Dès la deuxième réunion, il est apparu que les usagers comprenaient bien le contenu de l'information. Les bilans généraux ont été appréciés, en particulier, parce qu'ils permettent de donner rapidement une vue d'ensemble des accidents survenus dans un centre, les usagers ont apprécié le fait qu'ils avaient

des informations sur la gravité des accidents et la distribution des durées d'absence. En regard de ces résultats on a discuté principalement de la répartition des accidents de type musculaire et non musculaire, des coûts et absences reliés à chacun des deux types d'accident; on a discuté également de la signification des résultats en regard des efforts de prévention à investir. Ces résultats permettent finalement aux usagers de situer rapidement l'importance des accidents au dos parmi l'ensemble des accidents.

Les comparaisons inter-unités accessibles à ce module constituent l'un des résultats les plus appréciés par les intervenants, et ce, dans les trois centres hospitaliers. Ces comparaisons inter-unités sont jugées très utiles parce qu'elles permettent d'identifier les unités les plus problématiques en regard des accidents. Les résultats des comparaisons inter-unités ont été également très utiles à des fins de discussion au sein des comités de suivi; ils ont suscité beaucoup de discussion sur les caractéristiques des différentes unités pouvant expliquer les différences observées au niveau des accidents. Ces discussions ont été fertiles au sein des comités quant à l'identification des facteurs devant être considérés pour l'examen de chaque unité.

Description factuelle d'un groupe d'accidents

Cette fonction a été conçue de façon à représenter un groupe restreint d'accidents où chaque accident est décrit par l'ensemble des variables recueillies pour le documenter, la présentation des variables permet de clairement indiquer quand l'accident s'est produit, qui l'accident a touché, où l'accident est survenu, quelle activité était effectuée et dans quel contexte l'accident est survenu, quelle anomalie ou problème sont à la source de l'accident pour finalement indiquer la blessure résultante et l'absence reliée à cette blessure.

Ces descriptions factuelles ont été introduites assez tôt dans les réunions des comités, au premier abord ces descriptions sont apparues de lecture difficile. Cependant, après leur première introduction, c'est un des résultats qui a été le plus apprécié des usagers. Ces descriptions factuelles ont été utilisées systématiquement en conjonction avec les résultats des comparaisons inter-unités, les usagers faisant ressortir les descriptions factuelles des accidents survenus aux unités les plus touchées. Les résultats des descriptions factuelles ont été utilisés pour cerner le profil des accidents survenus aux unités, ce sont également des résultats qui ont donné un point de départ intéressant

pour discuter de certaines caractéristiques des unités déterminant les conditions de travail et donc susceptibles d'avoir un rôle sur la survenue des accidents. On a discuté, en particulier, de l'organisation physique de l'unité, du type de patient sur les différentes unités, on a discuté des caractéristiques du personnel travaillant sur ces unités; on a également discuté des variations dans l'organisation selon les différents quarts.

Dans le centre à vocation générale et dans celui de soins prolongés on a insisté en particulier sur l'importance de considérer le roulement de personnel et l'organisation du travail d'équipe qui varie d'une unité à l'autre et peut influencer beaucoup les méthodes de travail.

Module d'analyse des accidents reliés à l'effort

Ce module d'analyse a été introduit plus tard au sein des comités de suivi. C'est un module plus complexe qui porte spécifiquement sur l'examen des circonstances d'accidents reliés à l'effort. De premiers tableaux permettent d'indiquer les tâches occasionnant le plus d'accidents, dépendant des résultats obtenus on peut ensuite accéder à une analyse plus détaillée des circonstances d'accidents associés aux tâches les plus problématiques. Ce choix d'analyses entraîne l'impression de 13 tableaux consécutifs permettant de cerner les tâches occasionnant le plus d'accidents, d'examiner, pour les principales tâches, le contexte dans lequel surviennent les accidents: nombre de soignants impliqués, type de patient manutentionné, site de manutention le plus souvent impliqué (lit, chaise, bain) équipement de travail utilisé, opération de manutention effectuée au moment de l'accident (remonter un patient, lever ou coucher, etc.). Le module permet également d'identifier les problèmes ou incidents le plus souvent associés aux accidents.

La lecture de ces tableaux est plus complexe et a nécessité un plus grand travail auprès des comités de suivi. De façon systématique, dans les trois centres, les résultats ont dû être présentés deux fois avant que les intervenants soient parfaitement à l'aise avec ce type d'analyse. Ces analyses ont été appréciées des intervenants parce qu'elles permettent de bien cerner les circonstances dans lesquelles se produisent les accidents de transfert et de manutention sur place.

Pour les accidents de transfert on a apprécié en particulier de pouvoir identifier le type de patient manutentionné et les sites du transfert effectué (lit-chaise; chaise-lit). Il s'est avéré par ailleurs

intéressant de pouvoir identifier plus précisément l'opération de manutention effectuée. Finalement, on a trouvé particulièrement utile de pouvoir avoir le détail des problèmes rencontrés lors des accidents.

La présentation de ces résultats a suscité des discussions beaucoup plus spécifiques aux méthodes de manutention utilisées; par exemple, aux difficultés associées aux différents types de transfert, aux différents types de patients manutentionnés. Dans les trois centres, pour l'interprétation des résultats, les intervenants ont référé également à l'organisation du travail; par exemple, ils ont considéré systématiquement la fréquence à laquelle les différents types de transfert sont effectués dans le centre hospitalier.

Ces résultats ont amené également des réflexions au niveau de la formation qui pourrait porter plus spécifiquement sur les activités occasionnant le plus d'accidents.

Il faut souligner un aspect particulier quant à l'analyse des problèmes rencontrés soit au niveau du patient, de l'environnement de travail, de l'équipement utilisé ou de l'employé. De façon systématique, dans les trois centres, les problèmes mentionnés sont reliés très majoritairement au patient; les problèmes au niveau de l'environnement, de l'équipement et de l'employé étant beaucoup plus marginaux. Lors des réunions on a discuté de ces résultats: correspondent-ils vraiment à la réalité ou sont-ils dus à une difficulté rencontrée au niveau de l'interview avec les accidentés? Des discussions avec les responsables de la cueillette de données ont montré que les interviewers insistaient sur la possibilité de problèmes rencontrés au niveau de l'environnement ou de l'équipement mais que les accidentés, très rarement, réfèrent à ce type de difficultés. Il semble donc que très majoritairement les difficultés ou problèmes rencontrés au moment de l'accident soient effectivement reliés pour la majorité au patient manutentionné. Il reste cependant possible que les accidentés aient plus de difficulté à identifier les aspects problématiques au niveau de l'environnement et de l'équipement et qu'une enquête plus approfondie que notre questionnaire post-accident, effectuée avec les accidentés, aurait pu faire ressortir plus d'éléments quant à ces problèmes. C'est une question à laquelle nous ne pouvons répondre compte tenu du contexte de l'étude réalisée.

Module d'analyse des accidents non reliés à l'effort

Ce module porte spécifiquement sur l'analyse des circonstances d'accidents non reliés à l'effort. Un premier tableau permet de comparer la fréquence et la gravité des principaux types d'accident de cette catégorie. Dépendant des résultats obtenus, on peut accéder à une analyse plus détaillée des différents types d'accidents: accident de type "perte d'équilibre", "chute", accident de type "frappé par", accident de type "piqûre d'aiguille", etc. Les résultats produits se sont avérés très faciles à comprendre, dès leur première introduction les usagers se sont sentis très à l'aise avec ce genre d'analyse. Il est apparu, cependant, que l'examen de tous les résultats accessibles à ce module n'était pas nécessaire dans les trois centres hospitaliers. La sélection des types d'accident nécessitant une analyse est vraiment fonction du profil d'accident de chaque centre hospitalier. Par exemple, les accidents de type piqûre d'aiguille avaient peu d'intérêt pour le centre de soins prolongés; au contraire, pour le centre à vocation générale l'analyse de ce type d'accident s'avérait utile.

Module d'analyse des données de population

Ce module donne accès à des analyses portant sur les principales variables retenues pour documenter les données de population: fonction (infirmier, préposé aux bénéficiaires, infirmier-auxiliaire), statut (temps complet, temps partiel), sexe, âge et expérience.

Ce module a été introduit tard auprès des centres hospitaliers concernés, dépendant des centres, après six à huit mois de cueillette de données; pour que les résultats soient intéressants, il était important d'avoir documenté un assez grand nombre d'accidents. La lecture des informations présentées n'a posé aucun problème, les résultats étaient produits sous une forme similaire aux autres modules d'analyse, les usagers étaient donc familiers à ce type de présentation.

Les résultats ont suscité beaucoup d'intérêt chez la plupart des intervenants, en particulier la comparaison des accidents selon la fonction (infirmier, infirmier-auxiliaire, préposé aux bénéficiaires) et le statut d'emploi (temps régulier, occasionnel). Les résultats d'analyse ont suscité plusieurs discussions quant aux variations dans les activités de travail devant être prises en compte dans l'explication des résultats obtenus (exemple: type de manutention effectuée, organisation de l'équipe de travail).

Il existe cependant une difficulté reliée à l'interprétation de ces résultats dont nous avons prévenu les intervenants. Pour vraiment identifier quelle catégorie de personnel est le plus à risque, que ce soit pour la fonction ou pour le statut, il est important de référer à l'ensemble de la population en milieu hospitalier pour obtenir un dénominateur permettant d'exprimer des résultats en terme de fraction "touchée" (exemple: nombre total d'accidentés/nombre total de personnel exposé).

Néanmoins, même sans l'obtention de dénominateur référant à l'ensemble de la population, les résultats présentés ont un intérêt important, ils permettent d'identifier, que ce soit pour la fonction ou le statut d'emploi, la catégorie la plus touchée, donc celle qui doit faire l'objet de plus d'efforts en prévention.

Les mêmes remarques s'appliquent aux autres variables présentées à ce module: groupe d'âge et expérience. Ces données sont toutefois difficiles à interpréter très exactement, car il est difficile, sans une connaissance précise de l'historique d'emploi, de départir l'importance de l'âge de celle de l'expérience des travailleurs.

Module d'analyse des données temporelles

Ce dernier module porte sur l'analyse des données temporelles. Il permet, d'une part, de suivre l'évolution des accidents en fonction des périodes administratives d'un centre et, d'autre part, d'examiner l'influence du quart de travail. Finalement, ce module permet d'identifier, pour chacun des quarts, les pointes horaires où surviennent majoritairement les accidents.

Les comparaisons entre les différents quarts de travail et la présentation des pointes horaires les plus touchées pour chacun des quarts sont parmi les résultats qui ont intéressé le plus les intervenants. Les résultats ont suscité beaucoup de discussions quant aux différences dans le type d'activité selon les différents quarts et quant aux différences dans l'organisation des tâches selon les pointes horaires, les résultats ont été appréciés aussi bien quant aux données portant sur l'ensemble du centre que quant aux données spécifiques à certaines unités. Les mêmes remarques effectuées pour les données de population quant à la nécessité d'obtenir un dénominateur s'appliquent également; pour déterminer le risque d'exposition de chacune des catégories, il est important de référer aux données de l'ensemble de la population.

La présentation des données en fonction de la période a également suscité de l'intérêt chez les intervenants et a entraîné des discussions sur les variations saisonnières pouvant expliquer ces résultats, en particulier, des variations au niveau de la proportion de temps partiels ou occasionnels embauchés. Dans les trois centres, on s'est entendu, toutefois, à l'effet que ces comparaisons inter-périodes vont gagner en intérêt sur les données de quelques années; il sera possible alors de vérifier si les tendances observées sur une année se confirment sur plusieurs années.

Appréciation sur le choix de la présentation modulaire et l'ajout d'informations additionnelles

Le choix de présenter les résultats en modules distincts portant sur des aspects spécifiques s'est avéré, de par le travail effectué dans les trois centres, comme étant un choix judicieux. L'autre alternative consistant à laisser les intervenants interroger librement la base de données n'aurait pas été une alternative opérationnelle. Au début des réunions, il était clair que les intervenants n'avaient pas suffisamment d'expérience en analyse d'accidents pour rechercher, sans canevas de base, des résultats sur les données d'accidents.

De façon générale, la somme des informations contenues dans les six modules d'analyse a donné satisfaction aux intervenants des trois centres hospitaliers. Cependant, dans les trois centres, on aurait apprécié plus d'informations en regard des trois aspects suivants:

- 1) Précisions additionnelles concernant les caractéristiques des patients manutentionnés.
- 2) Meilleure définition, caractérisation des accidents se produisant dans des contextes d'agression; ce besoin a été souligné dans les trois centres, mais de façon beaucoup plus aigue dans le centre à vocation générale.
- 3) Meilleure description des activités effectuées avant l'occurrence de l'accident: on aurait aimé des informations pouvant donner une idée de la charge de travail subie avant la survenue de l'accident, en particulier, relativement au nombre de patients manutentionnés, aux contraintes de temps dans lesquelles s'effectuent les manutentions.

Les résultats de validation du questionnaire post-accident confirment les lacunes au niveau des caractéristiques des bénéficiaires et de la description des accidents de type "agression". Le troisième aspect, relié aux activités survenues avant l'accident, n'a pu être mis en évidence lors de la validation du questionnaire puisque aucune donnée n'a été recueillie en regard de cet aspect. De plus, ce genre d'information est assez difficile à analyser et ne peut être vraiment documenté par un système à questions fermées comme notre questionnaire post-accident.

3.3 Aspect opérationnel de la procédure de cueillette et d'analyse d'accidents

Cette section, qui sera brève, porte sur les aspects fonctionnels de la démarche de cueillette et d'analyse d'accidents, des facilités et difficultés que cette procédure a entraînées dans les trois centres hospitaliers.

Dans les trois centres, cela a impliqué de déléguer du personnel pour la cueillette de données; on a jugé préférable d'attacher un responsable principal au recueil des données. Suite à la formation donnée initialement, la compréhension du questionnaire post-accident et la manipulation du système informatisé n'ont occasionné aucun problème majeur pour les responsables de la cueillette. La principale difficulté a consisté à s'organiser pour le rappel des accidentés au bureau de santé. Il s'est avéré non réaliste dans les trois centres, comme cela avait été prévu au départ, que les accidentés répondent au questionnaire immédiatement ou le lendemain de l'accident. La distribution des délais entre l'accident et sa déclaration au bureau de santé pour les trois centres est présentée au tableau 22.

Curieusement, c'est dans le centre à vocation générale, le plus grand centre, que le délai entre l'accident et sa déclaration est le plus court: 70% des accidents sont rapportés en moins de cinq jours, la presque totalité des accidents étant rapportés en dedans de quinze jours. Dans le centre de courte durée et, en particulier, dans le centre de soins prolongés le délai a été plus important: la majorité des accidents, près de 40%, sont rapportés en moins de cinq jours. Dans le centre de courte durée, 70% des accidents sont rapportés en moins de 15 jours, tandis que dans le centre de soins prolongés, la moitié des accidents (51%) ont été rapportés en dedans de 15 jours. Dans ce centre, il y a donc une proportion non négligeable des accidents qui sont rapportés avec un délai considérable.

Il est certain que ces délais ne sont pas optimum, ce problème a été discuté à plusieurs reprises dans les trois centres hospitaliers, il s'agit d'une contrainte qui peut difficilement être éliminée, elle correspond à la réalité de chaque centre hospitalier. Les horaires des employés sont très chargés, de plus, la cueillette de données constituait une expérience nouvelle; dans ce contexte, il n'était pas réaliste que les employés se rendent très rapidement au bureau de santé. Il faut souligner, qu'à la fin de l'année de validation, au début de l'automne 1989, il y a eu grève dans le réseau hospitalier, des perturbations associées aux arrêts de travail et aux pressions exercées suite à cette grève ont ralenti quelque peu la procédure de cueillette de données. Ce ralentissement a été plus marqué dans le centre de soins prolongés car les relations de travail étaient plus tendues.

La circulation des informations aux différents syndicats n'a posée aucun problème majeur, toutes les procédures reliées à la sortie et diffusion des résultats se sont déroulées avec beaucoup de facilité.

	0-5 jours			6-10 jours			11-15 jours			16-30 jours			>1 mois		
	N	%	% cumulé	N	%	% cumulé	N	%	% cumulé	N	%	% cumulé	N	%	% cumulé
Centre à vocation générale	350	69,58	69,58	71	14,12	83,70	39	7,75	91,45	28	5,57	97,02	15	2,98	100,00
Centre de courte durée	92	38,3	38,33	47	19,58	57,91	29	12,08	69,99	29	12,08	82,07	43	17,92	100,00
Centre de soins prolongés	80	42,11	42,11	17	8,95	51,06	8	4,21	55,27	27	14,21	69,48	58	30,53	100,00

Tableau 23 -- Délai entre l'accident et la déclaration au bureau de santé

3.4 Intégration des résultats d'analyse d'accidents aux activités de prévention

Durant l'année de validation, les résultats d'analyse d'accidents issus du logiciel ont été présentés et discutés au sein de comités de suivi formés spécifiquement à cet effet. L'objectif de la phase de validation était de familiariser les intervenants à la formulation et à la compréhension des résultats d'analyse d'accidents, ça n'était donc pas l'objectif de l'étude de générer comme telles, dans l'année de validation, des actions de prévention.

Cette section résume, au terme de l'année de validation, quels seront les impacts de l'étude dans les trois centres, comment dans chaque centre les résultats d'analyse d'accidents seront utilisés.

Dans le centre à vocation générale, le logiciel de cueillette et d'analyse d'accidents est devenu un outil acquis pour le personnel du bureau de santé. Quatre fois durant l'année, les représentants syndicaux recevront les descriptions factuelles des accidents touchant respectivement les préposés, infirmiers et infirmiers-auxiliaires. Quatre fois par année également les chefs de service recevront un bilan des accidents survenus dans leur unité. A cet effet, les résultats offerts aux différents modules seront transmis aux unités les plus touchées par les accidents. Finalement, en fin d'année, une synthèse plus précise des accidents sera effectuée et il y aura production d'un bilan annuel pour la direction du centre.

Un des avantages importants du logiciel pour les intervenants du centre à vocation générale est de les doter d'un outil leur permettant de justifier, face à l'administration, les investissements requis en prévention. Il est prévu, finalement, de décentraliser la cueillette de données et de l'effectuer au niveau de chaque unité; la philosophie sous-jacente étant qu'en impliquant davantage les chefs d'unité dans la cueillette de données, il sera possible de mieux les sensibiliser aux problèmes survenant dans leur unité et de les impliquer plus activement au niveau de la prévention. A cet effet, on compte développer un questionnaire écrit compatible à notre questionnaire informatisé qui pourra, après formation des chefs d'unité, être complété directement au niveau de chaque unité.

Dans le centre de courte durée, les activités planifiées diffèrent, trois utilisations sont prévues. En premier lieu, les résultats d'analyse d'accidents seront présentés et discutés au sein d'un comité paritaire plus large responsable de la planification de la prévention pour l'ensemble du centre. En

second lieu, il est prévu de former les chefs d'unité à la compréhension et à l'utilisation des rapports d'analyse d'accidents; finalement, nos résumés d'accidents seront utilisés par les représentants syndicaux comme données de base pour orienter leur enquête post-accident réalisée avec l'accidenté. Dans ce centre, on se montre cependant très satisfait de la centralisation de la cueillette de données au niveau du bureau de santé.

Dans le centre de soins prolongés, au terme de l'année de validation, les activités paritaires étaient boycottées de sorte que les activités futures discutées précédemment n'ont pas été confirmées conjointement par les représentants patronaux et syndicaux. Les activités qui seront poursuivies consisteront à utiliser les résumés d'accident sur une base paritaire pour discuter des avenues de prévention pouvant être envisagées au niveau de chaque cas d'accident. On compte également poursuivre le travail entrepris au niveau des chefs d'unité et leur transmettre une synthèse des accidents survenus au niveau de leur unité. A l'instar du centre à vocation générale, on aimerait également décentraliser la cueillette de données au niveau de chaque unité.

Chapitre IV DISCUSSION

4.1 Validation du questionnaire post-accident

Dans un mémoire de maîtrise portant spécifiquement sur les problèmes de classification des dossiers d'accident, Collinge (1987) soulignait six problèmes majeurs à considérer pour le développement d'un questionnaire post-accident.

Le premier problème traite de l'exhaustivité des choix de réponse qui implique de s'assurer que les principales variables et descripteurs permettent de décrire tous les accidents. En ce qui concerne notre questionnaire post-accident, cet aspect a été validé en faisant l'analyse des modalités codées "autre". Dans l'ensemble, à l'exception de quelques variables, les résultats obtenus sont très satisfaisants. Dans la catégorie des accidents d'origine musculaire, les difficultés rencontrées portent principalement sur la description des problèmes survenus au niveau du patient et sur la description des difficultés rencontrées au niveau de l'opération de manutention, particulièrement lorsque l'accident survient lors d'un transfert durant le transport du patient. Dans la catégorie des accidents d'origine non musculaire, les difficultés rencontrées concernent principalement le type d'accident et la tâche (les difficultés se produisant surtout dans des contextes d'agression) de même que l'agent étant associé à l'accident.

Un deuxième problème porte sur les difficultés reliées au choix qui doit être fait entre spécificité, soit les exigences de précision requises pour documenter un type d'accident particulier, et généralisation, soit la possibilité de pouvoir documenter tous les types d'accidents.

Andersson et Lagerlof (1979) ont développé un système se voulant généralisable à tous les types d'accident indépendamment du secteur d'activités. Au contraire, notre questionnaire est spécialisé pour la description des accidents du personnel soignant. Ce choix est basé sur notre approche qui s'articule sur une analyse ergonomique effectuée en milieu hospitalier; la philosophie sous-jacente étant de décrire les accidents en référant spécifiquement aux activités et au contexte de travail propres au milieu hospitalier (tâche effectuée, type d'équipement utilisé, caractéristiques des bénéficiaires impliqués etc...). Notre système informatisé ne peut donc pas, dans sa version actuelle,

être exporté à d'autres secteurs d'activité; l'approche utilisée, cependant, pourrait elle être généralisée à d'autres secteurs d'activités.

Le troisième problème porte sur la procédure utilisée pour le choix des variables. À cet effet, il y a peu d'études où l'on a examiné ce problème, Ho et coll, (1986) sont à notre connaissance les seuls auteurs qui ont discuté plus à fond ces aspects. Dans notre étude, le choix des variables a été basé sur une connaissance du travail et des accidents survenant en milieu hospitalier. Tel qu'expliqué dans le premier rapport, les variables ont été choisies dans le but de donner une information utile pour mieux documenter les circonstances d'accident et mieux en cerner les causes. Des compromis ont dû être faits pour développer un système opérationnel et convivial: questionnaire qui puisse être rempli rapidement, questions précises formulées dans le langage du milieu.

La quatrième procédure soulevée est reliée à la précision de la description. Ce problème se pose particulièrement quand on considère les contraintes liées au traitement statistique. Ces problèmes sont également rarement mentionnés, ils sont reliés principalement, comme le soulignent Ho et Coll (1986), au compromis qui doit être fait pour satisfaire les exigences de précision nécessaires pour décrire un accident en particulier tout en permettant des analyses d'ensemble portant sur des groupes d'accident. Cela exige de concevoir un système de codification adapté à une description détaillée de chaque accident qui est assez mobile, toutefois, pour permettre des regroupements destinés à des analyses d'ensemble. Dans notre cas, pour améliorer la précision de la description de chaque accident, en plus des informations codées, les commentaires ouverts pouvant être ajoutés à différents endroits du questionnaire se sont avérés très utiles.

Le cinquième problème soulevé porte sur la nature des questions demandées selon qu'elles impliquent des réponses à caractère subjectif ou objectif. On entend par objectif une information qui réfère à des faits précis: tâche précise effectuée, tel type d'équipement utilisé etc... On entend par contre par subjectif une information qui réfère davantage à une perception, une opinion, le genre d'information qu'on peut recueillir, par exemple, par des questions générales du type: quelle est la cause de l'accident. Les deux types d'informations peuvent être utiles mais il est important de les considérer pour ce qu'elles sont. En concevant notre questionnaire, nous avons recherché principalement une information de nature objective, notre but étant d'apporter une information de qualité pour la description des circonstances d'accident et des causes ou incidents étant associés à

leur survenue. C'est essentiellement ces informations objectives qui font l'objet d'analyses statistiques. De l'information de nature subjective est également recueillie principalement par des questions ouvertes. Ce type d'information est utilisé, d'une part, pour valider notre questionnaire post-accident et permet, comme on l'a déjà mentionné, d'enrichir la description des accidents.

Le sixième point porte sur les besoins de traitement statistique, cet aspect, discuté par Shannon et Manning (1980) a des implications quant au nombre et à la structure des variables à retenir. Pour notre application, les exigences de traitement statistique ont eu un impact principalement en ce qui concerne le nombre de variables à inclure dans le questionnaire; nous avons limité la quantité d'information recueillie afin de s'assurer que l'information pourrait être facilement traitable sur des ensembles d'accident. Ainsi, des informations pouvant être intéressantes sur des cas particuliers, par exemple, le détail des activités effectuées avant l'accident, n'ont pas été documentées systématiquement parce qu'il s'agit d'informations très difficiles à coder pour traitement ultérieur.

La validation du questionnaire post-accident a été réalisée en utilisant trois moyens différents: éléments de validation intégrés au logiciel (option "autre", "difficulté à choisir", "ne s'en souvient pas"); analyse des erreurs de codification effectuées par les usagers; comparaison à d'autres sources d'informations.

L'analyse des commentaires donnés à la modalité autre a été utilisée pour évaluer l'exhaustivité des choix de réponse et identifier les accidents étant mal documentés par notre questionnaire informatisé. Dans la catégorie des accidents musculaires, où l'on documente les accidents de manutention, les résultats se sont avérés satisfaisants mis à part deux variables: l'opération de manutention, en particulier dans les tâches de transfert lorsque l'accident survient durant le transport du patient et la spécification du type de problème rencontré avec le patient; on fait souvent référence dans les commentaires à la lourdeur et à la non-coopération du patient. Ces possibilités de choix devraient être incluses dans le questionnaire. Dans la catégorie des accidents d'origine non-musculaire, il y a plus de variables ou la proportion de modalités codées autre a été élevée (supérieur à 10 %); l'analyse des commentaires ayant montré qu'il s'agissait principalement d'accidents se produisant dans des contextes d'agression ou d'accidents atypiques (contact avec patient contagieux). Mis à part ces quelques exceptions, il s'est avéré que le questionnaire permet de bien documenter tous les types d'accident du personnel soignant.

La méthode choisie pour évaluer l'exhaustivité, soit l'analyse des commentaires donnés à la modalité autre présente toutefois une limite. Il est en effet possible que, dans certains cas, les usagers ne trouvant pas le choix de réponse qui leur convenait aient choisi une autre modalité de choix au lieu de choisir la catégorie autre. Il n'est pas possible d'évaluer dans quelle mesure ce facteur aurait pu biaiser les résultats, il s'agit en fait d'une lacune inhérente à l'utilisation de questionnaires fermés. Cependant, nous avons évalué, d'une part, pour tous les résumés, la cohérence entre les réponses codées et l'information donnée en commentaires ouverts et avons comparé, d'autre part, l'information contenue dans les résumés aux descriptions contenues dans les rapports maisons. Ces deux types d'analyses sont utiles pour faire ressortir les problèmes survenus au niveau de la codification, elles auraient mis en évidence les erreurs effectuées si le biais cité plus haut avait été important.

Les deux autres options de validation intégrées au logiciel, soit les options autre et difficulté à choisir ont été très peu choisies comme option de réponse. Rappelons que l'option difficulté à choisir avait été incluse pour évaluer les problèmes de spécificité au niveau de nos choix de réponse, il avait été donné comme consigne aux opérateurs de faire ce choix toutes les fois où ils constataient une ambiguïté, une difficulté à se situer parmi les choix de réponse. Une question présentée systématiquement à la fin de chaque questionnaire permettait par ailleurs aux usagers d'identifier toute autre difficulté rencontrée en remplissant le questionnaire. L'option difficulté générale offerte en fin de questionnaire a été choisie pour chacun des trois centres dans 1,6%, 5,3% et 11,1% des cas. Les options "difficulté" spécifiques aux différentes variables ont pour leur part été choisies pour chacun des trois centres dans : 1,7%, 2,9% et 23% des cas. Les proportions étant peu importantes nous n'avons pas jugé opportun de présenter la synthèse des informations données dans les commentaires ouverts. Il s'est avéré beaucoup plus efficace pour détecter les erreurs de codification de comparer les réponses données aux questions fermées au contenu des informations données dans les questions ouvertes.

On peut s'interroger toutefois sur la faible utilisation de cette option difficulté à choisir. D'une part, elle reflète le fait que les problèmes reliés à des ambiguïtés du questionnaire sont peu importants comme c'est corroboré par notre évaluation des erreurs de codification. D'autre part, cette procédure s'est avérée un peu lourde pour les usagers et a nécessité comme ils nous l'ont confirmé une attention particulière.

L'option "ne s'en souvient pas" avait été introduite pour évaluer les cas où l'accidenté pour une raison où l'autre ne pouvait se rappeler de l'information demandée. Il s'agissait d'évaluer si la nature de l'information recherchée était trop précise pour que les accidentés puissent la rapporter. De façon systématique, dans les trois centres, cette option n'a été choisie que de façon très exceptionnelle, dans le centre à vocation générale elle n'a été choisie qu'une seule fois, dans le centre de courte durée elle a été choisie à 8 reprises, alors que dans le centre de soins prolongés on n'a jamais sélectionné cette option. Il semble donc que très majoritairement les informations demandées peuvent facilement être rapportées par les accidentés. Dans les rares cas où les accidentés éprouvaient de la difficulté à rapporter des informations, ce fait était mentionné à la fin du questionnaire à l'option difficulté générale; il s'agissait le plus souvent de difficultés rencontrées non pas sur une variable en particulier mais sur l'ensemble du questionnaire, c'est quant à l'ensemble des circonstances entourant l'accident que le rappel était difficile.

En conclusion, deux des options de validation intégrées au logiciel, l'option "difficulté à choisir" et l'option "ne s'en souvient pas" ont été peu utilisées et se sont avérées peu utiles au travail de validation.

Le deuxième moyen utilisé pour valider le questionnaire a été l'analyse des erreurs de codification effectuées par les usagers. Celle-ci a été effectuée en comparant systématiquement le contenu de l'information donnée aux questions fermées à l'information rapportée dans les questions ouvertes. Cette procédure s'est avérée efficace pour détecter les cas où il y avait ambiguïté au niveau des choix des réponses offerts au questionnaire.

Il s'est avéré dans les trois centres que les usagers faisaient très peu d'erreurs, la proportion d'erreurs variant dans les trois centres de 15 à 26 %. En ce qui concerne les accidents d'origine musculaire, les erreurs portent principalement sur la spécification du problème rencontré au niveau du patient; ces erreurs pourraient être corrigées en ajoutant des choix de réponse pour mieux documenter les difficultés rencontrées au niveau du patient, notamment en ce qui concerne la lourdeur et les dispositions du patient à collaborer ou non. En ce qui concerne les accidents d'origine non-musculaire, les erreurs effectuées portent principalement sur deux variables: le choix de la catégorie et le type d'accident. Les erreurs de catégorie se font le plus souvent pour des accidents de type piqûre d'aiguille, des accidents se produisant dans des contextes d'agression, ou des accidents non-

musculaire atypiques (par exemple, des chutes dans le stationnement). Les erreurs sur le type d'accident se font pour la plupart pour des accidents se produisant dans des contextes d'agression. Une amélioration du questionnaire pour la description des problèmes rencontrés au niveau du patient et la description des accidents se produisant dans des contextes d'agression permettrait de corriger la plupart de ces erreurs.

Il faut souligner ici une lacune concernant la procédure choisie pour évaluer les erreurs de codification. Les erreurs ont pu être détectées lorsqu'il y avait incompatibilité entre l'information donnée aux questions codées et celle contenue dans les informations ouvertes. Il est donc possible, dans les cas où peu d'information était donnée dans les commentaires ouverts, que des erreurs de codification aient été effectuées mais n'aient pu être détectées. Il est peu probable que ce biais possible ait été très important car la comparaison aux rapports-maison montre que de façon générale les descriptions d'accidents données à notre questionnaire sont très compatibles à celles données dans les rapports-maison.

Le troisième outil de validation a consisté précisément à comparer systématiquement l'information donnée dans nos résumés d'accident à l'information contenue dans les rapports-maison. Cette comparaison a été effectuée dans les trois centres sur un échantillon restreint d'accidents. Cette comparaison a été utilisée à deux fins: d'une part, pour objectiver le gain d'information apporté par notre questionnaire post-accident, d'autre part, pour évaluer la compatibilité de l'information contenue dans les deux sources d'information. Il est apparu que notre questionnaire post-accident améliorerait beaucoup la description des accidents d'origine musculaire (regroupant principalement les accidents reliés à la manutention). Pour les accidents d'origine non-musculaire, le gain d'information s'est avéré beaucoup moins substantiel, l'amélioration portant principalement sur la systématisation des informations recherchées et la facilité apportée pour l'automatisation des traitements de données.

Les procédures de validation ne correspondent pas exactement aux procédures de validation classiques qu'on réalise dans les études de type épidémiologique concernant les notions de fiabilité et de validité (Seltiz, Wrightsman et Cook, 1977). La notion de fiabilité (en anglais reliability) réfère à la constance, au degré d'exactitude des données recueillies avec un outil de mesure donné. L'évaluation au sens strict de la fiabilité aurait impliqué de mesurer la constance des réponses

données au questionnaire par un même individu à différentes reprises. Dans le contexte de cette étude, cette procédure n'était pas réaliste. Le questionnaire devait être rempli sur micro-ordinateur par du personnel délégué au bureau de santé; compte tenu du contexte dans lequel s'effectuent les déclarations d'accidents en milieu hospitalier (contrainte de temps, difficultés à rappeler les travailleurs) il n'était pas réaliste de demander à un échantillon donné de travailleurs de répondre à plusieurs reprises à un même questionnaire.

La notion de validité pour sa part réfère au fait que l'outil de mesure donne une image juste de la réalité du phénomène qu'on cherche à analyser. Dans le cas de notre questionnaire post-accident, cela aurait impliqué d'évaluer que les descriptions d'accidents données à notre questionnaire reflètent avec exactitude la réalité de l'accident. L'évaluation de la validité implique de pouvoir référer à une autre source de mesure ou d'information utilisée pour documenter le même phénomène. Dans cette étude, ce sont les rapports-maison qui ont été utilisés comme source alternative d'informations. Cette procédure présente une limite dans la mesure où les rapports-maison ne constituent pas forcément une source d'information optimale. Cette limite dans le cadre de cette étude n'était pas contournable, il n'existe pas comme tel de sources d'informations idéales où seraient consignés avec exactitude tous les faits reliés aux accidents qui se produisent. La comparaison aux rapports-maison a néanmoins été très utile pour évaluer la compatibilité des informations contenues dans les deux sources de déclaration.

Une autre limite rencontrée par les chercheurs a été de ne pouvoir assister aux interviews faits au bureau de santé ce qui aurait permis de mieux évaluer des lacunes possibles au niveau du questionnaire. Comme cela a été mentionné, cette alternative n'était pas possible, les accidents sont déclarés à la fréquence à laquelle ils surviennent. Les accidents se produisant somme toute de façon sporadique, il n'était pas réaliste que des chercheurs assistent aux interviews. Cette difficulté a été contournée en discutant en interrogeant à plusieurs reprises le personnel affecté au bureau de santé.

4.2 Validation des analyses de données

La pertinence des traitements de données a été évaluée dans les trois centres par des réunions périodiques des comités de suivi. L'évaluation est basée essentiellement sur les discussions entrevues effectuées au sein des comités. Les critères retenus pour l'évaluation réfèrent d'une part, à

la facilité de lecture des analyses présentées qui permet de vérifier que l'information présentée véhicule le message désiré et réfèrent, d'autre part, aux interprétations faites sur la base des analyses présentées. Chacun des six modules a été évalué en fonction de ces deux critères, de plus, nous avons vérifié que l'articulation entre les différents modules était adéquate; l'objectif final étant de s'assurer que les usagers soient autonomes quant à l'utilisation de l'ensemble des résultats présentés. Finalement, nous avons évalué quelles informations additionnelles seraient requises par les usagers.

Tous les modules se sont avérés de lecture facile. Quant aux interprétations pouvant être faites, le degré de difficulté varie selon les modules. Les descriptions factuelles qui ont suscité un très grand intérêt dans les trois hôpitaux nécessitent une bonne compréhension de la base de données, après deux présentations de ce type d'analyse tous les intervenants se sont sentis très à l'aise dans la lecture et l'interprétation des données présentées. Ce sont d'ailleurs ces descriptions factuelles et les comparaisons inter-unités qui ont suscité le plus de relations aux conditions de travail devant être considérées pour la prévention des accidents.

Les données temporelles, (en particulier, les données portant sur les quarts et pointes horaires) ont suscité également beaucoup d'intérêt chez les intervenants, cependant, à l'instar des données de population, les analyses se sont avérées plus complexes à interpréter du fait qu'une interprétation plus poussée nécessite de référer à l'ensemble de la population de travailleurs (c'est-à-dire référer le nombre de travailleurs accidentés au nombre total de travailleurs exposés dans l'institution); or, vu la grande proportion de personnel occasionnel, il est souvent difficile d'obtenir des données exactes concernant le nombre d'heures travaillées. Au terme de l'année de validation, tous les coordonnateurs en santé-sécurité se sont avérés autonomes face à l'analyse d'accidents. De façon générale, cependant, les représentants syndicaux se sont montrés moins à l'aise quant à l'articulation entre les différents modules d'analyse. Cela varie selon les représentants syndicaux en fonction de leur expérience antérieure en analyse d'accidents et en fonction du temps investi durant l'année de validation. Certains représentants syndicaux étaient moins assidus aux rencontres et n'avaient aucune disponibilité à l'extérieur des rencontres de suivi pour se consacrer aux analyses d'accident.

En terme de contenu, les six modules produits ont satisfait la majorité des usagers. Cette présentation par module pré-déterminé avec des critères de sélection s'est avérée une bonne stratégie compte tenu de la formation des intervenants des comités de suivi. Il est rare que par rapport aux

données recueillies on ait exprimé des besoins additionnels de traitements de données. Dans ces quelques cas, en jouant sur les critères de sélection offerts aux modules, les usagers ont pu obtenir les croisements, relations qu'ils souhaitaient. Dans les développements futurs, on pourrait cependant perfectionner l'interface pour que les usagers puissent obtenir sans difficulté des relations ou analyses qui ne sont pas automatisées et n'ont pas été prévues dans les modules d'analyse.

Les besoins d'analyses additionnelles exprimées par les usagers étaient relatifs à des données non recueillies, besoins qui ont déjà été décrits concernant le questionnaire post-accident: meilleure caractérisation des patients, meilleure description des accidents de type agression, extension du système à d'autres catégories de personnel.

4.3 Aspect opérationnel de l'ensemble de la démarche:

Cet élément concerne les aspects pratiques de l'ensemble de la démarche de cueillette et d'analyse d'accidents. Dans les trois centres, l'ensemble de la démarche de cueillette et d'analyse de données s'est avéré adapté aux contraintes propres au milieu hospitalier. Après une formation de deux jours, les responsables de la cueillette se sont sentis très à l'aise avec le questionnaire. La seule difficulté, dont le degré d'importance varie selon les centres est reliée au rappel des accidenté(e)s. Le délai entre l'accident et sa déclaration n'a pas été optimal, dans les trois centres, la très grande majorité des accidents ont été déclarés en moins de 5 jours. Ce problème, du rappel des accidentés, a été discuté à plusieurs reprises et semble une limite de la procédure de cueillette de données qui est due en grande partie aux contraintes de temps rencontrées en milieu hospitalier et à la motivation des travailleurs à rapporter leurs accidents. Ce délai qui ne peut être contrôlé affecte dans une mesure impossible à évaluer la qualité des données recueillies, l'idéal étant d'avoir l'information immédiatement après l'accident. Ce problème demeure toutefois hors du contrôle des chercheurs et doit être considéré comme une limite inhérente à ce type d'étude réalisé en milieu de travail.

CONCLUSIONS

De façon générale, l'expérience de validation réalisée dans les trois hôpitaux s'est avérée positive. Suite à l'étude de validation, il est possible de tirer les conclusions suivantes:

- Le questionnaire permet de bien décrire tous les accidents du personnel soignant à l'exception des accidents de type agression;
- Des améliorations à apporter au questionnaire seraient requises pour la description des caractéristiques des bénéficiaires;
- Tous les usagers ont par ailleurs exprimé le besoin de voir le système étendu aux autres catégories de personnel que le personnel soignant;
- Après une formation maximale de 2 jours, il est apparu que les responsables affectés à la cueillette de données pouvaient utiliser le système facilement sans commettre beaucoup d'erreurs de codification. Les erreurs les plus fréquentes portent sur le choix de la catégorie d'accident (musculaire vs non-musculaire) en particulier lorsqu'il s'agit d'accidents de type piqûre d'aiguille ou d'accidents non-musculaires atypiques (ex.: perte d'équilibre se produisant dans le stationnement). Les autres types d'erreurs se produisent principalement pour les accidents survenant dans des contextes d'agression;
- La comparaison de l'information contenue dans les résumés à celle contenue dans les rapports-maison a montré que l'information recueillie dans les deux types de source était compatible ce qui indique que l'information recueillie est valide;
- La comparaison aux rapports-maison a de plus montré que le questionnaire informatisé ajoute un gain d'information important pour la catégorie des accidents musculaires (accidents reliés à la manutention). En ce qui concerne les accidents d'origine non-musculaire, le gain d'information est beaucoup moins substantiel, l'amélioration majeure étant reliée à la systématisation des informations et aux facilités offertes pour les traitements de données;

- La validation des traitements de données montre que les analyses produites sont satisfaisantes, bien comprises par les intervenants et permettent des relations intéressantes aux conditions de travail;
- Dans les trois hôpitaux, des plans d'action ont été établis pour intégrer pour une deuxième année d'utilisation les résultats d'analyses d'accidents à l'intérieur d'actions concrètes de prévention.

L'année de validation a permis de déterminer les améliorations à apporter au questionnaire dont le détail est résumé aux pages suivantes.

Suite à cette étude, il serait important qu'un suivi minimal soit apporté auprès des hôpitaux pour voir comment à moyen terme les résultats d'analyse d'accidents mènent à des actions concrètes d'intervention.

Il serait également intéressant qu'à moyen terme un suivi soit apporté aux améliorations pouvant être effectuées aux analyses de données.

Résumé des améliorations à apporter au questionnaire post-accident:

La validation qui s'est effectuée sur une période d'une année a mené aux constatations suivantes. Il serait important d'améliorer le questionnaire post-accident quant à trois aspects particuliers:

1) Meilleure documentation des caractéristiques des bénéficiaires manutentionnés:

Il faudrait simplement ajouter des choix de réponse pour mieux documenter les caractéristiques des patients: en plus des quatre choix déjà offerts – était agité ou a fait un mouvement imprévu, a glissé, chuté ou failli chuter, a résisté, s'est accroché, a manqué de force durant la manutention – il faudrait ajouter deux autres choix: difficulté reliée à la lourdeur du patient; difficulté reliée à une mauvaise collaboration du patient.

2) Meilleure description des accidents de type agression:

L'analyse des erreurs commises et l'analyse des modalités codées "autre" a mis en évidence que le questionnaire était mal adapté aux accidents de type agression. L'analyse des commentaires donnés en information ouverte pour tous les cas d'agression mal classifiés a été effectuée en vue de dégager un embranchement permettant spécifiquement de classer les accidents de type agression.

À la question sur le type d'accident il faudrait ajouter un choix de réponse: contexte agression et exclure de la catégorie frappé par les cas d'agression.

La séquence de questions suivante permettrait de bien documenter les accidents de type agression:

- Une question fermée pour préciser les circonstances entourant l'agression: (en maîtrisant un patient en décompensation, en amenant un patient dans la salle de retrait, en discutant avec un patient alors qu'on lui demandait de faire quelque chose etc.);
- Trois questions ouvertes pour préciser respectivement: les signes précurseurs dans le comportement du patient qui auraient pu expliquer l'agression, les changements dans la situation du patient qui auraient pu expliquer l'agression, des difficultés rencontrées par l'employé ayant pu expliquer l'agression;
- Une question fermée pour préciser les conséquences de l'agression: frappé par le patient, mordu par le patient, bris matériel, atteinte d'ordre psychologique etc.;
- Deux questions fermées pour préciser respectivement la région blessée et la nature de la blessure.

3) Extension du système aux autres catégories de personnel:

L'extension du système à d'autres catégories de personnel est une amélioration souhaitée par tous les usagers. À court terme, ce qui serait souhaitable est une caractérisation sommaire des accidents subis par du personnel autre que le personnel soignant, où seraient consignées les données temporelles et de population, il y aurait également mention de la catégorie d'accident subi (musculaire vs non-musculaire) suivi d'une brève description (ouverte) des circonstances entourant l'accident. Finalement, la région blessée et la nature de la blessure seraient également consignées.

RÉFÉRENCES

- BIERING-SORENSEN, A.F., VEJERSLEV, L.O., GYNTELBERG, F. (1981) "Notified back-injuries due to manual transport and lifting among hospital staff". Ugersr. Laeg., 143: 947-951.
- FERGUSON, D. (1970) "Strain injuries in hospital employees". Med. J. Australia, 376-379.
- HOOVER, S.A. (1973) "Job related back injuries in a hospital". Amer. J. Nursing, December 2078-2079.
- PINES, A., CLEGHORN de ROHTMOSER, D.C., POLLACK, E. (1985) "Occupational accidents in a hospital setting: an epidemiological analysis". Journal of Occupational Accidents, 7, 195-205.
- ST-VINCENT, M., OUELLETTE, F., TELLIER, C.; LORTIE M (1990) "Développement et validation d'un système informatisé destiné au recueil et à l'analyse des données d'accident du personnel soignant en milieu hospitalier". Phase 1: Description du prototype de logiciel développé.
- COLLINGE C. (1987) "Analyse structurelle des problèmes de classification des dossiers d'accidents en vue de l'informatisation du recueil des données d'accidents dans le transport". Mémoire de maîtrise. École Polytechnique.
- ANDERSSON R., LAGERLÖF E., (1983) "Accident data in the new Swedish information system on occupational injuries". Ergonomics, 26 (1) 33-42.
- HO, M.-T., BASTIDE, J.-C., FRANCOIS, c., (1986) "Sécurité du travail - mise au point d'un système destiné à l'exploitation de comptes rendus d'analyse d'accidents du travail". Le travail humain, 49 (2): 137-146.
- SCHANNON, H.S., MANNING, O.P. (1980) "The use of a model to record and store data on industrial accidents resulting in injury" J. of occupational accidents, 3: 57-65.
- SETTIZ, C., WRIGHTSMAOD, T.S., COOK S.M., (1977) "Les méthodes de recherche ou sciences sociales". Les Éditions HRW, Montréal.

ANNEXE 1

Analyse des modalités codées "autre": accident musculaire

Détail des commentaires donnés en informations ouvertes pour l'opération de manutention et la description des problèmes rencontrés lors de l'accident.

N.B. Les informations données dans les commentaires ouverts ont été reproduites textuellement de la base de donnée, il peut donc y avoir des fautes d'orthographe qui sont celles commises par les usagers devant compléter rapidement les descriptions d'accident.

ANNEXE 1**TABLE DES MATIERES**

	Page
- Centre à vocation générale: Détail des autres – variables "problème"	81
- Centre de courte durée: Détail des autres – variables "problème"	84
- Centre de soins prolongés: Détail des autres – variable "problème"	85
- Centre à vocation générale: Détail des autres – variable "opération"	88
- Centre de courte durée: Détail des autres – variable "opération"	91
- Centre de soins prolongés: Détail des autres – variable "opération"	92

ANNEXE 1

Centre à vocation générale

Détail des autres – variable "problème"

PROBLÈME : AUTRE

3	Problème	la manutention a été difficile à faire parce que l'employé était à bout de bras quand elle a forcé, et ce parce que la civière était dans le lit.
41	Problème	L'employé était mal placé pour faire son transfert. Elle s'est senti non confortable quand elle a effectué son transfert mais ne peut expliquer pourquoi.
221	Problème	la patiente était assise sur le bord de son lit et elle a codé, les employés ont dû remonter la patiente pour faire les manœuvres de réanimation
427	Problème	Semelle anti-dérapante bloque sa rotation de la jambe et provoque douleur au niveau du genou.

PROBLÈME-PATIENT : AUTRE

34	Pr.pat.	Patient très spastique l'employé a dû forcer beaucoup pour soulever son bras
53	Pr.pat.	Pte s'assoit avant le temps.
174	Pr.pat.	la patiente était non coopérante à cause de sa confusion, elle force pas avec nous
196	Pr.pat.	la pte était sensée pousser vers le haut avec ses jambes, mais elle n'a pas coopéré.
233	Pr.pat.	Le patient est très spastique ce qui rend difficile le transfert.
279	Pr.pat.	client amorphe. sous moniteur cardiaque, soluté en place, médication rendant le client amorphe. semblait avoir compris que nous attendions de lui un peu de coopération. en essayant de le remonter dans son lit avec l'aide d'une autre personne, l'effort demandé pour déplacer ce client a été trop grand.

- 304 Pr.pat. en remontant une cliente opérée de la veille,poids de 87 k.,nous avons positionné la cliente membres inférieurs fléchis.Lorsque nous avons amorcé la remontée, ma collègue et moi,la cliente a peu collaboré.Son peu de collaboration m'a demandé un surplus d'effort et j'ai ressenti une violente douleur au bas du dos du côté gauche.
- 354 Pr.pat. patient très spastique , nouvellement sur l'unité
- 402 Pr.pat. Le client semblait avoir bien compris ce que l'on attendait de lui pour aider l'infirmier à le remonter dans son lit, mais lors de la manutention,il n'a coopéré d'aucune façon.
- 502 Pr.pat. Cliente d'un poids élevé:220 lbs.
- 503 Pr.pat. La cliente décédée pesait 220 lbs.
- 341 Pr.pat. patient lourd.
- 494 Pr.pat. cliente de 87 ans, non autonome,ne s'aidant absolument pas, pesant près de 180 lbs.
- 505 Pr.pat. patiente unijambiste ne s'aidant pas et pesant environ 150lbs.

PROBLÈME-EQUIPEMENT

- 241 Pr.équ. hauteur anormale du matelas:matelas:spenco
- 338 Pr.équ. Matelas spécial(spenco) avec division.L'alèze offre plus de résistance à cause du matelas.Alors en voulant remonter la cliente,le matelas a suivi ,plus de poids donc effort supplémentaire.
- 416 Pr.équ. Le piqué était coincé dans la bordure de la chaise. L'infirmière a été obligée de faire un effort pour le dégager tout en maintenant la cliente debout.

PROBLÈME-ENVIRONNEMENT

- 236 Pr.env. A la demande expresse du bénéficiaire la chaise roulante a été placée d'une façon inadéquate pour un transfert. Le bénéficiaire est amputé des deux jambes et il se sentait plus sûr de cette façon.(la chaise appuyée contre le lit.

PROBLÈME-EMPLOYE

- | | | |
|-----|----------|---|
| 36 | Pr.empl. | Transfert du fauteuil orthopédique au lit à deux. L'employé tenait le pt par les jambes. Entre le moment du lever et du dépôt son pied a glissé. l'employé était mal positionné quand elle a fait le transfert. |
| 139 | Pr.empl. | l'employé n'était pas habitué de tenir les épaules lors d'un transfert , elle a trouvé ça difficile et n'était pas alaise dans ses mouvements |
| 182 | Pr.empl. | L'employée a pris la pte en haut des genoux, alors qu'habituellement elle la prend en bas des genoux, ce qui a alourdie la charge a soulevée. |
| 329 | Pr.empl. | Tout en soutenant la cliente, l'employé a dû faire un mouvement de rotation pour déposer la cliente sur la chaise d'aisance. |

ANNEXE 1

Centre à courte durée

Détail des autres – variable "problème"

PROBLÈME: AUTRE

Numacci	Varnom	Precnote
109	Problème	En remontant une patiente installée dans son lit, j'ai ressenti une douleur à la région lombaire.
200	Problème	Patient très lourd (environ 250 livres) ne collaborant pas du tout et étant conscient

PROBLÈME-PATIENT: AUTRE

Numacci	Varnom	Precnote
27	Pr.pat.	La patiente était lourde
54	Pr.pat.	Poids du patient; Fracture de hanche.
56	Pr.pat.	Patiente lourde (175) lbs, ne s'aidant pas.
60	Pr.pat.	En levant une patiente en bloc du lit au fauteuil. La patiente a dit ne pas être capable de se supporter mais aurait pu.
61	Pr.pat.	Très grand, rigide, faible lent à réagir aux commandes
128	Pr.pat.	Patient obèse (poids au-dessus de 300 livres) ne collaborant pas lors du transfert. Dû à son poids, plusieurs manipulations ont dues être exécutés, car la largeur de la civière était insuffisante.
134	Pr.pat.	Patiente ayant les 2 épaules fracturées, en attente d'opération, présentant des troubles psychologiques caractériels, ne s'aidant pas du tout.
142	Pr.pat.	Patiente très lourde, déborde du lit, presque impotente.
147	Pr.pat.	Patiente peu coopérante et très lourde (250 livres)
155	Pr.pat.	Patiente paralysée, obèse, peu coopérante.
194	Pr.pat.	Le patient n'a pas coopéré; confus, fracture de hanche en convalescence d'une opération subie à Montréal auparavant. Patient peu connu (arrivé la veille)
235	Pr.pat.	Patient obèse et amputé
242	Pr.pat.	Lourde, ne s'aidant pas
243	Pr.pat.	Patient obèse, ne s'aidant pas

ANNEXE 1

Centre de soins prolongés

Détail des autres – variable "problème"

PROBLÈME: AUTRE

Numacci	Varnom	Precnote
25	Problème	Le malade n'avait pas été suffisamment rapproché du bord du lit
100	Problème	Transfert d'une malade lourde, selon la méthode gros bout petit bout effectué par deux personnes féminines, de faible taille.
132	Problème	L'employée a été obligée de forcer pour empêcher le patient de tomber au moment du milieu du transfert alors qu'elle s'est trouvée à supporter la presque totalité du poids du patient, l'autre employée qui tenait les jambes étant en mauvaise position.

PROBLÈME-PATIENT: AUTRE

Numacci	Varnom	Precnote
31	Pr.pat.	Le malade est très lourd et il doit être mobilisé régulièrement
32	Pr.pat.	Le malade ne s'aide pas mais est très rigide
58	Pr.pat.	En entrant dans la chambre, la bénéficiaire avait les jambes prises entre le côté du lit, son gilet de sécurité était devenu trop serré et elle se plaignait. En attendant de l'aide elle a essayé d'aider la bénéficiaire; elle s'est penchée pour soutenir les jambes de la patiente et c'est en se relevant qu'elle est restée barrée et a ressenti une douleur sous forme de brûlure à la région dorsale.
60	Pr.pat.	Malade très lourd
94	Pr.pat.	Malade très lourd, plus de 300 livres, qui ne s'aide pas toujours et qui a des habitudes de positionnement difficiles à satisfaire compte tenu de son poids.
97	Pr.pat.	Jaquette du patient s'est accrochée dans la poignée de sa chaise roulante.
105	Pr.pat.	Malade lourd qui ne s'aide pas, sur chaise basse avec assise horizontale.

- 116 Pr.pat. Position inhabituelle du malade. Le malade avait les pieds à la tête et la tête aux pieds, en le tournant pour le replacer adéquatement, j'ai ressentie une sensation de craquement au cou. Par la suite, j'ai ressentie une forte douleur, au moment où j'ai soulevé la poche de linge souillée pour la jeter dans la chute à linge. Je ne pouvais bouger la tête, il était 08:45
- 118 Pr.pat. Le malade n'a pas fourni l'aide habituelle à la manoeuvre, il semblait plus affaîssé. Le malade est très lourd, 325 livres, on doit effectuer ses déplacements au lit à deux travailleurs, lors de l'installation après sieste, on doit centrer et remonter le malade, au cours de le centrer j'ai senti une douleur au bas du dos. A ce moment de la manoeuvre, l'effort de pousser m'a occasionné la douleur.
- 167 Pr.pat. Le malade s'est tourné pour me parler et il a eu un spasme, j'ai voulu le retenir et ce geste m'a occasionné une douleur au cou avec irradiation à l'épaule droite. 168 Pr.pat. Patient très lourd qui était spastique, qui était en voie de s'étouffer. L'accident est survenu au moment de tourner le malade pour dégager ses voies respiratoires, de plus il était agité et résistait.
- 140 Pr.pat. Patiente lourde et amputée des jambes.
- 154 Pr.pat. Malade très lourde, à la fin du transfert malade à l'arrivée au lit a failli chuter.

PROBLÈME-ÉQUIPEMENT

Numacci	Varnom	Precnote
21	Pr.eq.	Chaise roulante plus basse que les autres. La malade s'est penchée du côté paralysé.
59	Pr.eq.	Bain très profond, oblige à effectuer un transfert de très bas à très haut, donc à être très courbée.
64	Pr.eq.	Chaise motorisée, pour pouvoir remonter le patient dans sa chaise, l'employé doit se placer du côté gauche du patient et se trouve ainsi dans une mauvaise position.
133	Pr.eq.	Chaise gériatrique dont les côtés ne s'enlèvent pas.

PROBLÈME-ENVIRONNEMENT

Numacci	Varnom	Precnote
11	Pr.env.	La distance à parcourir entre le fauteuil et le lit était trop grande.
176	Pr.ven.	Fauteuil roulant mal placé, le contrôle électrique était placé du mauvais côté; j'ai dû surélever le malade pour éviter de l'accrocher. Ce geste m'a amené à faire une torsion du genoux gauche.

PROBLÈME-EMPLOYÉ

Numacci	Varnom	Precnote
126	Pr.empl.	Première occasion de transférer ce malade. 12 jours d'expérience à titre de préposé aux malades.

ANNEXE 1

Centre à vocation générale

Détail des autres – variable "opération"

OPÉRATION: AUTRE-TACHE TRANSFERT

488	Transfert A	*opération	En me relevant après avoir déposer le client dans sa chaise, et tout au cours de la matinée en travaillant j'ai ressenti une douleur lombaire.
318	Transfert D	*opération	On se servait de civière hydraulique. En soulevant un peu le client pour le glisser sur la civière, celui-ci a offert une certaine résistance et l'employée a dû déployer plus de force que prévu. Client impotent, replié sur lui-même.
7	Transfert T	*opération	Bénéficiaire Mme Francoeur est: lourde, ne s'aide pas du tout, donc plus difficile à manipuler. Il ne s'est rien passé de particulier lors du transfert.
207	Transfert T	*opération	en soulevant le pt pour le transférer sur la balance
275	Transfert T	*opération	en faisant un mouvement de rotation du tronc pour transférer un client impotent de son lit à son fauteuil.
115	Transfert T	*opération	pt n'aime pas se lever à 14:00. Se débat quand on le transfère. Transfert difficile à effectuer
350	Transfert T	*opération	bénéficiaire devait se tenir à mon cou, toutefois elle s'est retenue aux cotés de la chaise d'aisance
377	Transfert T	*opération	En transférant le client de la civière au fauteuil, celui-ci résiste, s'agrippe aux vêtements de la P.A.B. ce qui entraîne une mauvaise position pour le transfert et un effort musculaire supplémentaire de la part de la P.A.B.

408	Transfert T	*opération	Transfert d'un client paralysé, accompagné d'un autre préposé. Transfert du lit au fauteuil. Matelas "Spenco" sur le lit. Manque de coordination entre le préposé et l'infirmière. Nous avons pris le client d'un bloc, le p.a.b.a déposé la partie supérieure du client sur le lit et l'infirmière n'a pu soulever assez haut la partie inférieure du client. L'infirmière s'est retrouvée avec tout le poids du client à soutenir avant de pouvoir le glisser sur le lit.
427	Transfert T	*opération	En déplaçant une bénéficiaire de sa chaise gériatrique à la chaise d'aisance, se blesse au genou droit (torsion). L'infirmière respectait les principes de P.D.S.B. Ayant des souliers anti-dérapants, lorsqu'elle veut pivoter tout en glissant son pied, sa semelle anti-dérapant bloque son mouvement.
203	Transfert T	*opération	lors du transfert la pte s'est agitée, ce qui a obligé l'employée à forcer plus fort pour éviter une chute du pt
506	Transfert T	*opération	En mobilisant un client lourd spastique, inconscient, celui-ci a un spasme des jambes qui me fait faire un mouvement brusque, imprévisible vers l'avant provoquant chez moi une douleur au bas du dos.

OPERATION:AUTRE -AUTRES TACHES

202	Chute	*opération	voulant remettre sur la chaise du bain, la bénéficiaire qui glissait de la chaise
198	Chute	*opération	retenir la bénéficiaire sur le bord du lit
65	Chute	*opération	En relevant une pte qui glissait de la chaise de bain, l'employé ressent un craquement au niveau de dos. Alors elle demande de l'aide.
252	Déposer	*opération	en soulevant la tête du bénéficiaire pour le faire boire, celui-ci s'est agrippé à mon épaule.
53	Déposer	*opération	La patiente allait s'asseoir alors que la chaise était trop loin d'elle. L'employée a voulu la retenir pour ne pas qu'elle tombe.
308	Man. Obj.	*opération	en tournant la manivelle
345	Man. Obj.	*opération	en tournant la manivelle

119	Man/place	*opération	en soulevant le patient pour glisser une plaque pour radiologie sous lui
34	Man/place	*opération	En donnant un bain au lit à une bénéficiaire très spastique, l'employé a du forcer beaucoup pour soulever son bras.
354	Man/place	*opération	en donnant un bain au lit a un pt très spastique, et nouveau sur l'unité
174	Man/place	*opération	lors du nettoyage d'une bénéficiaire, salie par ses selles, l'employé tenait la bénéficiaire en position latérale d'une main et de l'autre main elle aidait à écarter les jambes
29	Man/place	*opération	En soutenant une bénéficiaire sous le bras pendant que celle-ci embarquait dans le bain.
58	Prélever	*opération	Habituellement lors D'un transfert ce patient se soutient sur ses jambes alors qu'aujourd'hui il ne s'est pas aidé. L'employé a du soutenir le patient.
326	Prélever	*opération	Mouvement brusque de rotation pour soutenir un bénéficiaire qui allait chuter

ANNEXE 1

Centre de courte durée

Détail des autres – variable "opération"

OPÉRATION: AUTRE-TACHE TRANSFERT

Numacci	Tâche	Séquence	Titpreci	Prenote
12	Transfert	T	*opération	En transférant un patient de civière à lit, douleur cervicale et brûlure.
14	Transfert	T	*opération	La visiteuse (fille de la patiente) a mal synchronisé ses mouvements en voulant aider l'employée pour le transfert. La fille en question s'occupe de sa mère depuis 5 ans et a ses méthodes personnelles.
18	Transfert	T	*opération	Transférant le patient du siège de la toilette au fauteuil roulant.
61	Transfert	T	*opération	Le patient se tenait au trapèze l'ayant de côté dans une position semi-assise et très inconfortable; je devais donc le soutenir derrière le dos pour mieux l'asseoir, tout en plaçant ses pieds au sol.
128	Transfert	T	*opération	En glissant le patient d'une surface à l'autre.

OPÉRATION: AUTRE-AUTRES TACHES

Numacci	Tâche	Séquence	Titpreci	Prenote
194	Man/place		*opération	Afin de soutirer le piqué, le patient avait été tourné sur le côté au préalable; toutefois, j'ai dû soulever les fesses du patient.

ANNEXE 1

Centre de soins prolongés

Détail des autres – variable "opération"

OPÉRATION: AUTRE-TACHE TRANSFERT

Numacci	Tâche	Séquence	Titpreci	Précision
164	Transfert	A	*opération	En me redressant après avoir déposée la malade.
10	Transfert	T	*opération	Le transfert s'effectuait à deux et la douleur est survenue alors que je retenais la bénéficiaire sous les aisselles dans les airs, je la retenais par les poignets.
11	Transfert	T	*opération	Après avoir soulevé le malade de sa chaise, j'ai senti une douleur au moment de la translation du poids; j'ai complété la manoeuvre en le déposant rapidement sur le lit; j'étais au pied du malade lors de la manoeuvre.
18	Transfert	T	*opération	Alors que j'avais le malade par les épaules et ma consœur le tenait par les jambes, j'ai ressenti une douleur musculaire dorsale gauche.
22	Transfert	T	*opération	La douleur est survenue lors de la rotation pour le déposer dans le lit.
65	Transfert	T	*opération	En transférant un patient de la chaise roulante au lit, au moment de la rotation pour asseoir le patient sur le bord du lit, l'employé a ressenti une douleur au bas du dos avec sensation de brûlure.
97	Transfert	T	*opération	Lors du transfert à deux d'un bénéficiaire, la jaquette de ce dernier s'est accrochée dans la poignée de la chaise roulante. Dans le geste effectué pour dégager la jaquette l'employé a ressenti une vive douleur à l'omoplate droite et à la région lombaire droite.
141	Transfert	T	*opération	Alors que je tenais le malade sous les épaules, il a levé le bras droit, m'occasionnant une douleur au dos par le mouvement compensatoire que j'ai effectué, pour palier à son geste.

OPÉRATION: AUTRE-TACHE TRANSFERT

Numacci	Tâche	Séquence	Titpreci	Précision
3	Transfert	T	*opération	Transfert chaise-bain, je supportais les jambes du malade et dans le geste pour porter les jambes au bain j'ai perdu l'équilibre. Lors du dépôt du malade dans le bain j'ai ressenti la douleur tout de suite après.
158	Man/place		*opération	Soulever le siège du malade.

ANNEXE 2**Analyse des modalités codées "autre": accident non-musculaire**

Détail des commentaires donnés en information ouverte pour la tâche lors de l'accident, le type d'accident, l'agent associé à l'accident et la nature de la blessure.

ANNEXE 2

TABLE DES MATIERES

	Page
– Centre à vocation générale: Détail des autres – variable "tâche"	96
– Centre de courte durée: Détail des autres – variable "tâche"	101
– Centre de soins prolongés: Détail des autres – variable "tâche"	103
– Centre à vocation générale: Détail des autres – variable "type d'accident"	105
– Centre de courte durée: Détail des autres – variable "type d'accident"	109
– Centre de soins prolongés: Détail des autres – variable "type d'accident"	112
– Centre à vocation générale: Détail des autres – variable "agent associé à l'accident"	116
– Centre de courte durée: Détail des autres – variable "agent associé à l'accident"	119
– Centre de soins prolongés: Détail des autres – variable "agent associé à l'accident"	120
– Centre à vocation générale: Détail des autres – variable "nature de la blessure"	122
– Centre de courte durée: Détail des autres – variable "nature de la blessure"	124
– Centre de soins prolongés: Détail des autres – variable "nature de la blessure"	125

ANNEXE 2

Centre à vocation générale

Détail des autres – variable "tâche"

TACHE AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC.

	Tâche	Type d'accident		Précisions
9	autre tâche	accroché	*tâche	En venant pour prendre des piqués dans le chariot à linge elle s'est accroché le pouce sur la tablette et celui-ci a tourné.
369	autre tâche	accroché	*tâche	en suivant la formation pour le cour NAPI, lors d'un exercice avec un autre employé, se fait mal a un pouce
165	autre tâche	autre	*tâche	En jouant au ballon volant avec les patients du 1d, s'étire pour aller frapper le ballon. Ressent une douleur au dos, continu à jouer pendant environ 10 minutes.
396	autre tâche	autre	*tâche	En essayant d'enlever une bouteille d'alcool à friction à une cliente qui voulait en absorber le contenu, celle-ci me mord.
78	autre tâche	autre	*tâche	Maîtrisait un patient agite
253	autre tâche	autre	*tâche	en parlant avec un bénéficiaire.
156	autre tâche	autre	*tâche	le bénéficiaire voulait demander à l'infirmière d'être mis sous contention, il est arrivé près d'elle l'a pris par le cou, et les lunettes de l'employé sont tombée par terre.
220	autre tâche	autre	*tâche	l'employé présente des lésions cutanées au niveau des mains, souvent associés aux périodes où elle travaille au soins intensifs

TACHE AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Tâche	Type d'accident		Précisions
357	autre tâche	autre	*tâche	l'employée était assise au poste alors que l'employé de l'entretien ménagé cirait le plancher, en vaporisant de la cire l'employée au poste en a reçu dans l'oeil
300	autre tâche	coincé écrasé	*tâche	se passe la main pour rallumer la lumière et se fait coincer le majeur droit dans la porte qui se refermait.
462	autre tâche	éraf.coup.égr.	*tâche	Refaire un lit.
23	autre tâche	frappé par	*tâche	Entrevue avec une cliente celle-ci se désorganise et me frappe sur la tête
83	autre tâche	frappé par	*tâche	en plaçant un bout de bois pour retenir la porte
70	autre tâche	frappé par	*tâche	Lors de discussion avec une patiente celle-ci se retourne et frappe l'employé avec le pied dans les testicules
417	autre tâche	frappé par	*tâche	En tentant d'amener un bénéficiaire dans une salle d'isolement,celui-ci offre de la résistance ,me frappe,me lacère le cou. Le bénéficiaire m'égratigne avec ses ongles dans le cou.
323	autre tâche	frappé par	*tâche	agression par un bénéficiaire agressif. L'employée a demandé au bénéficiaire masculin de ne pas accompagner une bénéficiaire féminine à la salle de bain. Celui-ci se fâche,se tourne vers l'employée, l'attrape par le gras et lui donne un coup de poing à la joue gauche.

TACHE AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Tâche	Type d'accident		Précisions
146	autre tâche	frappé par	*tâche	En donnant des explications a la famille du bénéficiaire , sur le comportement de leur enfant. le bénéficiaire donne un coup de poing a la figure de l'employé
14	autre tâche	frappé par	*tâche	Mme Desmarais sortait de la chambre de bain alors qu'un médecin entrain dans la chambre. La porte de la chambre a frappé la main de l'employée.
170	autre tâche	frappé par	*tâche	en servant l'assiette d'un bénéficiaire pour son repas
189	autre tâche	frappé par	*tâche	en assistant un pt pour son déjeuner
112	autre tâche	frappé par	*tâche	Pendant que je parlais à une autre employée , un bénéficiaire m'a sauté dans le dos pour jouer
311	autre tâche	frappé par	*tâche	Une bénéficiaire se faisant harceler sexuellement dans les toilettes par un bénéficiaire. Lorsque celui-ci vit venir l'infirmière,il se précipite vers elle et la frappe à la tête avec son poing.
254	autre tâche	frappé par	*tâche	essayer de calmer un bénéficiaire.
57	autre tâche	frappé par	*tâche	En demandant a un pt de sortir de la chambre avec sa cigarette, une fois dans le corridor il frappe l'employé derrière la tête.
69	autre tâche	frappé par	*tâche	Lors des soins d'hygiène une patiente la frappe par en arrière elle lui donne un coup de poing sur la nuque
284	autre tâche	frappé par	*tâche	en voulant maîtriser un client en état d'agitation, celui-ci l'a frappé à la mâchoire et égratignures dans le cou et à la main droite.

TACHE AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Tâche	Type d'accident		Précisions
504	autre tâche	frappé par	*tâche	Je tentais d'expliquer à un client hospitalisé en psychiatrie qu'il était trop tôt pour téléphoner et il m'a frappé à la mâchoire.
303	autre tâche	frappé par	*tâche	en voulant maîtriser un client agressif,j'ai reçu des coups de poing au dos.
25	autre tâche	frappé par	*tâche	en voulant retenir une porte qui allait se fermer sur une bénéficiaire à cause d'un courant d'air.
40	autre tâche	frappé par	*tâche	Pte en décompensation, agitation psychomotrice incontrôlable. Les 7 personnes de l'étage sont intervenues pour arrêter la cliente qui veut frapper. Lors de son transfert de la salle à diner à la salle d'isolement Mme Joly reçoit un coup de genou sur le sein gauche, puis immobilise l'articulation du genou avec son bras gauche. La pte donne un coup ce qui provoque une douleur au bras de mme Joly .
473	autre tâche	frappé par	*tâche	Etait dans la salle de séjour à faire de la surveillance des clients.
365	autre tâche	frappé par	*tâche	mr. Laforest était assis dans le corridor et surveillait la salle, quand un bénéficiaire est passé et lui a donné des coups de pieds et des coups de poing
130	autre tâche	frappé sur	*tâche	était assise au poste a faire du travail
322	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	En jouant dans la cour avec un enfant.

TACHE AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Tâche	Type d'accident		Précisions
18	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	était assise sur une chaise à réceptionniste et quand elle s'est retournée la chaise a basculé parce qu'un papier était coincé dans une des roues de la chaise. L'employé est tombé par terre.
147	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	en défendant une infirmière qui était attaqué par un bénéficiaire, je tombe sur le plancher
305	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	en jouant au hockey avec les clients sur la patinoire,je suis tombé sur le dos.
358	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	en jouant sur une trampoline avec les enfants, elle tombe en bas de la trampoline
364	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	lors de la formation pour le cour NAPI, en faisant un exercice j'ai tombé, en voulant me protéger avec ma main gauche j'ai ressenti une forte douleur au poignet
274	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	en sortant de sa voiture dans le stationnement
280	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	elle était à placer des couches sur une tablette très élevée, non accessible sans petit banc.
497	autre tâche	piqué	*tâche	En piquant dans ma main de petits condylomes déposés sur une gaze,j'ai fait une pression assez forte avec l'aiguille pour passer au travers le condylome et me piquer à l'annuaire gauche.
46	autre tâche	piqué	*tâche	En ramassant les aiguilles contaminées d'une patiente porteuse d'une grosse cellulite, j'ai échappé une aiguille contaminée et elle m'est rentrée dans le 4e doigt

ANNEXE 2

Centre de courte durée

Détail des autres – variable "tâche"

TACHE AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC.

	Tâche	Type d'accident		Précisions
234	autre tâche	autre	*tache	Je faisais une tournée de surveillance régulière; j'ai constaté que le patient faisait des attouchements sexuels à une patiente; je l'avisais de cesser son comportement.
42	autre tâche	autre	*tâche	En installant l'oxygène au mur, j'ai accroché le téléphone avec le coude.
229	autre tâche	autre	*tâche	Infirmière clin.ext.
204	autre tâche	autre	*tâche	En s'asseyant sur une chaise
38	autre tâche	éraf.coup.égr.	*tâche	En faisant un lit.
122	autre tâche	éraf.coup.égr.	*tâche	En s'agenouillant pour ramasser un objet en-dessous du lit.
8	autre tâche	frappé par	*tâche	Face à face avec Hélène Monette, cogné la tête de...
88	autre tâche	frappé par	*tâche	Je poursuivais un patient qui voulait se sauver.
140	autre tâche	frappé par	*tâche	Ai proposé au patient de regagner sa chambre; il ne voulait pas dormir et était à l'extérieur sur la galerie.
203	autre tâche	frappé par	*tâche	Intervention inscrite au plan de soin à l'effet de modérer la consommation de café chez ce patient. Il n'a pas toutefois pas collaboré et a réagi agressivement.

TACHE AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC

	Tâche	Type d'accident		Précisions
159	autre tâche	frappé par	*tâche	Je me tenais au poste, me suis levée alors que le patient voulait téléphoner et pour tenter de le ramener à sa chambre.
233	autre tâche	frappé par	*tâche	Je me tenais debout à discuter avec le personnel.
7	autre tâche	frappé par	*tâche	En enlevant les pinces à champs, le chirurgien m'a piqué le pouce droit.
227	autre tâche	perte d'équi. chute	*tâche	En jouant au soccer sur du gazon humide, je manoeuvrais le ballon d'un seul pied, j'ai glissé et suis tombé sur la main gauche. 186autre tâche piqué*tâche Me suis piquée en fouillant dans des rebuts à la buanderie dans le but de ramasser des instruments perdus.
167	autre tâche	piqué	*tâche	En ramassant des papiers sur une table, je me suis piquée avec une aiguille qui traînait parmi ceux-ci.
64	autre tâche	n/a	*tâche	Patiente à maîtriser pour installer contention de cuir.

ANNEXE 2

Centre de soins prolongés

Détail des autres – variable "tâche"

TACHE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC.

	Tâche	Type d'accident		Précisions
138	autre tâche	autre	*tâche	Avisait un patient qu'il allait prendre son bain.
33	autre tâche	autre	*tâche	Border le drap du matelas du parc servant de lit au malade.
54	autre tâche	coincé, écrasé	*tâche	L'employée s'apprêtait à donner un bain à un patient, lorsque la roue d'une chaise roulante transportant un bénéficiaire et poussée par un préposé lui a passé sur le pied gauche.
51	autre tâche	coincé, écrasé	*tâche	Je discutais avec un autre employé.
42	autre tâche	coincé, écrasé	*tâche	Parler avec une malade.
112	autre tâche	coincé, écrasé	*tâche	Lors du dîner champêtre des employés un échassier, lui a écrasée le petit orteil droit avec son échasse.
90	autre tâche	éraf.coup.égr.	*tâche	Je m'apprêtais à prendre la ceinture de la chaise, pour retenir le malade à sa chaise, je me suis lacéré l'index droit sur une arrête de métal après la chaise.
52	autre tâche	éraf.coup.égr.	*tâche	Parlant avec un bénéficiaire, l'infirmière s'est appuyée la main gauche sur le cadre de la porte où se trouvait une décoration de Noël, ce faisant elle s'est écorché l'index gauche sur une punaise qui était prise sur la décoration.

TACHE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Tâche	Type d'accident		Précisions
185	autre tâche	éraf.coup.égr.	*tâche	Séparer deux malades qui se chamaillaient.
6	autre tâche	éraf.coup.égr.	*tâche	En fermant la porte d'une case, un pot de fleurs placé sur le dessus a basculé et est tombé sur l'avant-bras gauche de l'employée.
2	autre tâche	frappé par	*tâche	Devant l'ascenseur, l'infirmière discutait avec un autre employé lorsqu'un bénéficiaire qui venait derrière elle l'a heurtée avec sa chaise roulante motorisée.
86	autre tâche	frappé par	*tâche	Ramasser une paille par terre.
129	autre tâche	frappé sur	*tâche	En m'asseyant sur la pelouse, il y avait une bouteille de liqueur vide, sur laquelle je me suis heurtée le coccyx.
44	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	Lors des exercices de transfert du fauteuil, dans le cadre du cours je soulevais du fauteuil le prétendu patient. J'ai basculé vers l'arrière, je suis tombée au sol le malade sur moi. Je suis tombée directement sur le dos.
24	autre tâche	perte d'éq.ch.	*tâche	Je rédigeais mes dossiers. Des compagnons de travail m'ont poussée avec ma chaise pour me photographier, et lorsqu'il m'ont repoussé à mon point de départ je suis tombée par terre la chaise sur moi.

ANNEXE 2

Centre à vocation générale

Détail des autres – variable "type d'accident"

TACHE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC.

	Type d'accident	Tâche		Précisions
253	autre	autre tâche	*type acc.	bénéficiaire hbsag+ qui projette beaucoup de salive lorsqu'il nous parle de trop près. Ayant une petite plaie au coin de la bouche, je préfère déclarer l'incident.
44	autre	autre tâche	*type acc.	Préparation de Clindamycine IV 4 ml en fiole, en brisant la bouteille de verre, je me suis coupée sur le majeur de la main gauche.
78	autre	autre tâche	*type acc.	morsure
156	autre	autre tâche	*type acc.	bris de lunette
220	autre	autre tâche	*type acc.	lésions cutanées
297	autre	autre tâche	*type acc.	bris de lunette après avoir reçu un coup de poing au visage.
396	autre	autre tâche	*type acc.	L'employée s'est fait mordre par une cliente à l'index droit.
306	autre	autre tâche	*type acc.	lorsque l'employée s'est assise sur une berçante, peut-être mal ouverte, celle-ci a basculé vers l'arrière, l'employée a chuté sur le côté et s'est blessée au coude gauche.
165	autre	autre tâche	*type acc.	mouvement du corps en jouant au ballon
357	autre	autre tâche	*type acc.	corps étranger dans l'oeil
302	autre	circul.pat.	*type acc.	s'est fait mordre.

TACHE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Type d'accident	Tâche		Précisions
441	autre	circul.pat.	*type acc.	Egratigné par un client quelque fois agressif, agité.
483	autre	circul.seul	*type acc.	En marchant dans le corridor menant aux toilettes, un patient lui a craché au visage et sa salive a atteint l'oeil droit. Ce patient est un déficient intellectuel qui a cette habitude de cracher sur les gens.
419	autre	circul.seul	*type acc.	En circulant dans la salle de séjour, une bénéficiaire, sans raison, l'a mordu au poignet droit. ¹²¹ autre circul.seul *type acc. en jouant au ballon, faux mouvement du genou droit, par la suite douleur apparaît en soirée.
187	autre	man. objet	*type acc.	corps étranger dans l'oeil
160	autre	man. objet	*type acc.	Brûlé
400	autre	man. objet	*type acc.	Brûlure au niveau phalange du majeur droit.
38	autre	man. objet	*type acc.	Brûlé en voulant éteindre le feu sur une jaquette de bénéficiaire
426	autre	man. objet	*type acc.	Brûlure au bout des doigts de la main gauche. Lampe suspendue à la tête du lit. Couvertures thermiques sous la lampe. L'infirmière soulève la lampe, dépose sa main sur les couvertures et se brûle.
444	autre	man. pat.	*type acc.	Egratignée par une cliente qui se débattait.
442	autre	man. pat.	*type acc.	Egratigné par une cliente.
148	autre	man. pat.	*type acc.	morsure
175	autre	man. pat.	*type acc.	mordu par le pt

TACHE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Type d'accident	Tâche		Précisions
501	autre	man. pat.	*type acc.	Contact avec le sang d'une cliente porteuse de l'hépatite B.
289	autre	man. pat.	*type acc.	morsure au pouce droit en amenant un client de la salle de séjour à la salle de retrait.
286	autre	man. pat.	*type acc.	morsure au bras gauche.
423	autre	man. pat.	*type acc.	Risque de contamination par le sang d'une cliente porteuse d'hépatite B. Ce risque est survenu lors de la mise en isolement de cette cliente. Elle venait de briser une vitre.
290	autre	man. pat.	*type acc.	en mobilisant une cliente autonome, qui habituellement se tient debout seule, celle-ci s'est laissée choir sur le parquet.en voulant la retenir,l'infirmier lui appliqua la main gauche dans le dos, et la cliente s'agrippa au pouce droit de celui-ci,le retournant à l'envers.
191	autre	man. pat.	*type acc.	mordue par pt
422	autre	man. pat.	*type acc.	Contact avec sang contaminé.
259	autre	man. pat.	*type acc.	contact avec des sécrétions probablement contagieuses sur une main gercée ,petite plaie a la main.
424	autre	man. pat.	*type acc.	Contact avec sang contaminé (hépatiteB) en amenant une cliente en isolation après que celle-ci eu brisé une vitre.

TACHE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Type d'accident	Tâche		Précisions
397	autre	soins pat.	*type acc.	Durant un code 99, du sang en quantité suffisante pour provoquer une contamination s'est déposé sur les mains de l'infirmière.
173	autre	soins pat.	*type acc.	a reçu éclaboussure dans l'oeil , du sang
226	autre	soins pat.	*type acc.	éclaboussure dans les yeux
99	autre	soins pat.	*type acc.	bénéficiaire arrache les lunettes de l'employé
479	autre	soins pat.	*type acc.	Lors d'une intervention auprès d'une patiente intoxiquée et psychiatisée, celle-ci lui a écorché l'avant-bras avec ses ongles.Abrasion superficielle de l'avant-bras gauche.
482	autre	soins pat.	*type acc.	morsure par unpatient agressif et délirant.
90	éraf.coup.égr.	n/a	*type acc.	éraflure sur main gauche du a une broche de steinman contaminée
327	autre	n/a	*type acc.	Agression par un client,sans blessure.

ANNEXE 2

Centre de courte durée

Détail des autres – variable "type d'accident"

TYPE ACC.: AUTRE – ACCIDENT NON-MUSC.

	Type d'accident	Tâche		Précisions
230	autre	autre tâche	*type acc.	Inhalation toxique
42	autre	autre tâche	*type acc.	J'ai accroché le téléphone avec le coude, et en voulant éviter qu'il ne tombe, je l'ai retenu à l'aide du pied.
228	autre	autre tâche	*type acc.	Inhalation importante de vapeurs de Cidex après déversement
229	autre	autre tâche	*type acc.	Inhalation de vapeurs de Cidex après déversement.
226	autre	autre tâche	*type acc.	Je jouais à la balle molle avec des patients. En essayant de voler un but la main s'est retrouvée sous mon corps.
204	autre	autre tâche	*type acc.	En voulant m'asseoir sur une chaise dactylo, la chaise roule et je tombe assis par terre.
234	autre	autre tâche	*type acc.	Agressé par le patient; m'a tordu les bras laissant des ecchymoses.
224	autre	man. objet	*type acc.	A reçu l'eau contenue dans le tube du respirateur dans l'oeil gauche.
236	autre	man. objet	*type acc.	J'ai installé le pistolet sur le support; il est retombé sur mon pied (tuyau très rigide, difficile à installer sur le support).
209	autre	man. objet	*type acc.	La main a glissé, la porte a été retenue seulement par l'annulaire.

TACHE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Type d'accident	Tâche		Précisions
102	autre	man. objet	*type acc.	Brûlure par jet d'alcool dans l'oeil gauche.
153	autre	soins pat.	*type acc.	Contact avec le sang du patient lors de l'installation du soluté avec angiocath; épanchement de sang sur mes mains (petite plaie à l'annulaire droite); patient peut-être porteur du virus de SIDA.
125	autre	soins pat.	*type acc.	Contact avec bébé porteur de méningococcémie probable (manoeuvres et arrêt cardio-respiratoire).
214	autre	soins pat.	*type acc.	Contact d'une plaie de l'employée de la main gauche avec sang d'un enfant lors d'une prise de sang (patient diagnostiqué porteur d'une méningite, mère toxicomane).
129	autre	soins pat.	*type acc.	Contact avec BB porteur probablement de méningococcémie d.c.d. malgré les manoeuvres de réanimation.
139	autre	soins pat.	*type acc.	Contact avec bébé porteur probablement de méningococcémie, d.c.d. manoeuvre de réanimation.
9	autre	soins pat.	*type acc.	J'ai reçu du sang sur les 2 mains (non gantée;s) d'une bénéficiaire qui fait une hépatite Non A Non B suite à un bouchon qui s'est défait sur une tubulure veineuse.
127	autre	soins pat.	*type acc.	Contact avec BB porteur probablement de méningococcémie d.c.d. malgré les manoeuvres de réanimation.

TACHE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

Type d'accident		Tâche		Précisions
100	autre	soins pat.	*type acc.	Lors d'une hémoculture, au moment où j'ai voulu faire le vide d'air de la tubulure, le trop de pression dans la bouteille d'hémoculture a fait l'effet inverse et le sang est sorti de la bouteille, a giclé sur le mur et sur mes mains.

ANNEXE 2

Centre de soins prolongés

Détail des autres – variable "type d'accident"

TYPE ACC.: AUTRE – ACCIDENT NON-MUSC.

	Type d'accident	Tâche		Précisions
33	autre	autre tâche	*type acc.	Planté une écharde de bois dans le majeur gauche.
138	autre	autre tâche	*type acc.	Le patient agité frappait avec sa main sur la table; l'employée en entrant dans la chambre pour l'aviser qu'il allait prendre son bain a placé sa main sur la table, c'est alors que le patient lui a saisi la main et l'a mordue à l'avant-bras droit.
99	autre	circul. pat.	*type acc.	Alors que je sortais de la chambre, le malade m'a intercepter avec une autre chaise; mon compagnon de travail était déjà sorti de la pièce, il a tenté de persuader le malade de me laisser sortir. Le malade est devenu agressif et m'a saisi par les cheveux a grande poignée. Mon compagnon a réussi a me dégager.
78	autre	circul. pat.	*type acc.	Le malade a freiné sa chaise en retenant les roues du fauteuil, ce qui occasionna un contre coup et j'ai ressenti une douleur au ventre côté gauche. A noter ma situation de femme enceinte. Douleur à la hanche droite.
80	autre	man. objet	*type acc.	Inhalation de poudre Burosol par les narines en ouvrant un sachet.

TYPE ACC.: AUTRE – ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Type d'accident	Tâche		Précisions
152	autre	man. objet	*type acc.	Inhalation d'un produit toxique, s'échappant de la bonbonne du purificateur d'air, dont la valve a sauté. De plus, il y a eu irritation de la peau de la main gauche, laquelle est entrée en contact direct avec le produit chimique.
47	autre	man. pat.	*type acc.	Majeur droit tordu par le patient au moment où il était soulevé.
179	autre	man. pat.	*type acc.	Le malade m'a empoigné toute l'articulation du pouce gauche et l'a renversé vers l'arrière. Vive douleur ressentie qui a été en s'accroissant.
180	autre	man. pat.	*type acc.	Morsure au bras droit par le malade.
124	autre	man. pat.	*type acc.	Le malade m'a griffonné aux bras droit et gauche.
114	autre	man. pat.	*type acc.	Lunettes brisées, voir description antérieure.
38	autre	man. pat.	*type acc.	Lors du transfert d'un malade confus du fauteuil au lit, le malade m'a tordu le poignet droit.
93	autre	man. pat.	*type acc.	Morsures à l'épaule et au bras gauche avec rougeurs.
4	autre	soins pat.	*type acc.	Alors que je voulais ralentir le rythme du malade qui mangeait il m'a poussée et agrippée le bras y laissant une marque rouge de 5 pouces.
95	autre	soins pat.	*type acc.	Morsure par un malade.

TYPE ACC.: AUTRE – ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Type d'accident	Tâche		Précisions
5	autre	soins pat.	*type acc.	L'employé était à laver le patient lorsque ce dernier l'a mordu au bras gauche, face externe, et l'a égratigné sur le coude droit.
104	autre	soins pat.	*type acc.	Torsion du bras droit par un malade. Alors que je distribuais la médication, j'ai caressé la barbe de mon bénéficiaire qui circulait en fauteuil roulant. Ce dernier en voulant jouer m'a pris la main et m'a tordu le bras droit. J'ai déjà une tendinite à ce bras.
113	autre	soins pat.	*type acc.	Poignet gauche tordu par un malade.
101	autre	soins pat.	*type acc.	Morsure à l'annulaire gauche alors que je retirais le dentier du malade.
122	autre	soins pat.	*type acc.	Pincée, lacérée par un malade agressif. J'ai reçu ses crachats au visage.
123	autre	soins pat.	*type acc.	Malade agité qui mord, griffe, pince et crache.
63	autre	soins pat.	*type acc.	En voulant enlever la prothèse dentaire du bénéficiaire, ce dernier a attrapé la main droite de l'infirmière-auxiliaire et lui a tordu la main plus précisément le pouce droit. Patient agressif et confus par intervalle.
75	autre	soins pat.	*type acc.	Morsures avant-bras gauche par un malade.
103	autre	soins pat.	*type acc.	Morsure partie interne bras droit, par un malade.

TYPE ACC.: AUTRE - ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Type d'accident	Tâche		Précisions
165	autre	soins pat.	*type acc.	La malade que je devais protéger pour éviter une chute, m'a pincée l'intérieur du bras gauche. Elle ne voulait pas avoir de ceinture de sécurité, elle était agressive depuis le début de la journée. Sachant son habitude de se lever seule, j'ai insistée pour lui mettre la ceinture, alors elle a posée son geste ci-haut décrit.
83	autre	soins pat.	*type acc.	Morsure avant-bras droit.
89	autre	soins pat.	*type acc.	Morsure indexe droit, par un malade lors du bain, alors que je lui lavais le visage.

ANNEXE 2

Centre à vocation générale

Détail des autres – variable "agent associé à l'accident"

AGENT: AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC.

Tâche	Précision
maccr	*sur quoi Ne se rappelle pas sur quoi elle s'est frappé.
maccr	*sur quoi S'accroche lui-même main contre main.
meraf	*sur quoi Bistourie qui lui tombe sur le pied.
meraf	*sur quoi Rasoir
meraf	*sur quoi Coupure en prenant des mains du chirurgien un bistouri.
meraf	*sur quoi Couteau disponible du cryostat.
meraf	*sur quoi Canne densure
meraf	*sur quoi Sur une ampoule à médicament.
meraf	*sur quoi Le patient en essayant de se sauver.
meraf	*sur quoi L'employé ne sait pas sur quoi elle s'est égratignée. Manoeuvre de code pendant 2 heures, lors de son retour chez elle s'aperçoit qu'elle a une égratignure a un doigt.
meraf	*sur quoi Agitation psychomotrice d'un client incontrôlable, qui court et se précipite sur l'employée et l'agrippe au bras gauche. Égratignure bras gauche.
meraf	*sur quoi Ciseaux
meraf	*sur quoi Morceau de vitre provenant du bris d'un tube.
meraf	*sur quoi Une vis ou quelque chose de semblable.
meraf	*sur quoi Bénéficiaire me graffigne en prenant mon bras, très agressif de nature.
meraf	*sur quoi Éraflure suite à une morsure du patient.

AGENT: AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

Tâche		Précision
meraf	*sur quoi	Je me suis coupée sur de petits éclats de vitre qui étaient dans une caisse. Dans cette caisse, je devais prendre une bouteille.
meraf	*sur quoi	S'est fait égratigné par un bénéficiaire agressif.
meraf	*sur quoi	Sur le bord métallique du capuchon.
mefaf	*sur quoi	Broche de steinman contaminée.
meraf	*sur quoi	Coupure à l'index gauche avec la lancette de l'autolet.
mfras	*sur quoi	Bord du bain
mfras	*sur quoi	Sur le pied de métal d'une pompe 3M.
mfras	*sur quoi	Ne se souvient pas.
mfras	*sur quoi	Heurter violemment sur petit banc de métal.
mfras	*sur quoi	Tiroir au poste.
mfras	*sur quoi	Se frappe le talon sur la marche d'escalier.
mfras	*sur quoi	Petite tablette
mfras	*sur quoi	Le coin d'une tablette.

AGENT: AUTRE: ACCIDENT FRAPPÉ PAR

Tâche		Précision
mfrac	*par quoi	Porte de la chambre.
mfrac	*par quoi	Une porte de chambre.
mfrac	*par quoi	La porte
mfrac	*par quoi	Pot à eau
mfrac	*par quoi	Moustiquaire de la fenêtre.
mfrac	*par quoi	Un dossier

AGENT: AUTRE: ACCIDENT FRAPPÉ PAR (suite)

Tâche	Précision
mfrap	*par quoi Le bénéficiaire en déposant le récepteur du téléphone de façon agressive, le récepteur a frappé la main de l'employée.
mfrap	*par quoi Alors qu'il y avait des manoeuvres de code 99 dans la chambre 37, la tête de lit du patient avait été placée le long du mur. Celle-ci est tombée, a frappé l'employée derrière les jambes. Elle fut blessée à la jambe gauche externe et cheville droite externe et au talon droit.
mfrap	*par quoi La porte au poste des infirmière.
mfrap	*par quoi Porte que l'on fermait.

ANNEXE 2

Centre de courte durée

Détail des autres – variable "agent associé à l'accident"

AGENT: AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC.

Tâche		Précision
mcoin	*sur quoi	Coincé entre la patiente et le matelas.
mcoin	*sur quoi	Entre le lit et la porte.
mraf	*sur quoi	Par un crochet orthopédique.
meraf	*sur quoi	Morceau de vitre d'une ampoule brisée.
meraf	*sur quoi	L'étrier était coupant: Il y avait un petit morceau de métal qui dépassait...
meraf	*sur quoi	Lame de bistouri
meraf	*sur quoi	Ampoule de Dalacin
meraf	*sur quoi	Ampoule de Phénergan
mfras	*sur quoi	Dinamap
mfras	*sur quoi	Un classeur

AGENT: AUTRE: ACCIDENT FRAPPÉ PAR

Tâche		Précision
mfrac	*par quoi	Le chirurgien m'a piqué le pouce droit en enlevant les pinces champs.
mfrac	*par quoi	Face à face avec Hélène Monette.

ANNEXE 2

Centre de soins prolongés

Détail des autres – variable "agent associé à l'accident"

AGENT: AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC.

Tâche		Précision
maccr	*sur quoi	Crayon dans ma poche d'uniforme.
maccr	*sur quoi	Le bas tubigrip du malade.
mcoin	*sur quoi	Sous le malade
mcoin	*sur quoi	Échassier
mcoin	*sur quoi	Main du malade agressif
meraf	*sur quoi	Locquet de plastique
meraf	*sur quoi	Ongles du malade
meraf	*sur quoi	S'est piquée sur une punaise renversée en mettant la main dessus.
meraf	*sur quoi	Par les ongles du malade lit 802-2.
meraf	*sur quoi	Les ongles du malade lit 802-2.
meraf	*sur quoi	Les ongles du malade
meraf	*sur quoi	Ongles du malade
meraf	*sur quoi	Ongles du malade
meraf	*sur quoi	Les ongles du malade.
mfras	*sur quoi	Bain
mfras	*sur quoi	Bouteille

AGENT: AUTRE: ACCIDENT FRAPPÉ PAR

Tâche		Précision
mfrac	*sur quoi	Un pot de fleurs qui est tombé.

AGENT: AUTRE: ACCIDENT FRAPPÉ PAR (suite)

Tâche	Précision
mfrap	*sur quoi Le pot vide ayant été déposé sur le chariot par mon compagnon de travail, alors que je poursuivais ma route avec le chariot le pot m'est tombé sur le talon droit et le tendon d'Achille.
mfrap	*sur quoi Porte du lave bassine.
mfrap	*sur quoi Caisse de diachilon de 25 livres.
mfrap	*sur quoi J'ai été frappée par un confrère de travail lors de la distribution des plateaux aux malades. La personne qui m'a frappée de son épaule est très lourde et semblait nerveuse en ce jour. Il avait utilisé une méthode de distribution différente des plateaux et il semble qu'il ne m'a pas vue.

ANNEXE 2

Centre à vocation générale

Détail des autres – variable "nature de la blessure"

AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC.

	Tâche		Précision
9	accroché	*blessure	tendinite
38	autre	*blessure	Brûlure
357	autre	*blessure	corps étranger dans l'oeil
187	autre	*blessure	corps étranger
78	autre	*blessure	morsure
397	autre	*blessure	Aucune blessure apparente, risque de contamination pour hépatite B.
400	autre	*blessure	Brûlure.
148	autre	*blessure	morsure
160	autre	*blessure	Brûlure
173	autre	*blessure	corps étranger
175	autre	*blessure	Morsure
286	autre	*blessure	morsure.
220	autre	*blessure	dermite de contact
226	autre	*blessure	éclaboussure dans les yeux
259	autre	*blessure	possibilité de contamination.
419	autre	*blessure	Morsure.
289	autre	*blessure	morsure.
302	autre	*blessure	morsure
501	autre	*blessure	Aucune blessure. Contact avec sang contaminé.

AUTRE:ACCIDENT NON-MUSC. (suite)

	Tâche		Précision
483	autre	*blessure	a reçu salive dans l'oeil.
396	autre	*blessure	morsure.
426	autre	*blessure	Brûlure.
75	frappé par	*blessure	étirement
365	frappé par	*blessure	rougeur
110	frappé par	*blessure	dent brisée
51	frappé par	*blessure	Difficulté a prendre sa respiration profonde, sensation de plénitude au repas
85	perte d'éq.ch.	*blessure	sensation de brûlure

ANNEXE 2

Centre de courte durée

Détail des autres – variable "nature de la blessure"

TYPE ACC.: AUTRE – ACCIDENT NON-MUSC.

	Type d'accident	Tâche	Précisions
209	autre	*blessure	L'annulaire a forcé outre mesure (étirement d'un nerf?).
9	autre	*blessure	Sang sur les mains.
102	autre	*blessure	Brûlure chimique de l'oeil gauche.
204	autre	*blessure	Sub-luxation du coccyx
224	autre	*blessure	Eau contenue dans tube de respirateur dans oeil gauche.
214	autre	*blessure	Contact sanguin (contamination)
8	frappé par	*blessure	Saignement du nez

ANNEXE 2

Centre de soins prolongés

Détail des autres – variable "nature de la blessure"

BLESSURE AUTRE: ACCIDENT NON-MUSC.

	Type d'accident	Tâche	Précisions
23	accroché	*blessure	Corps étranger (aiguilles de cactus)
5	autre	*blessure	Morsure bras gauche et égratignure coude droit
33	autre	*blessure	Écharde majeur gauche
47	autre	*blessure	Torsion majeur droit
75	autre	*blessure	Morsures
78	autre	*blessure	Étirement musculaire
80	autre	*blessure	Inhalation de produit chimique
103	autre	*blessure	Morsure
95	autre	*blessure	Morsure
99	autre	*blessure	Douleur au cuir chevelu.
101	autre	*blessure	Morsure
152	autre	*blessure	Irritation des voies respiratoires (pharyngite toxique).
138	autre	*blessure	Morsure
180	autre	*blessure	Morsure
84	éraf.coup.égr.	*blessure	Écharde annulaire gauche

ANNEXE 3

Analyse des erreurs de codification effectuées dans les 3 centres.

ANNEXE 3

TABLE DES MATIERES

	Page
- Centre à vocation générale: Énumération du nombre d'erreurs en fonction des modalités	128
- Centre de courte durée: Énumération du nombre d'erreurs en fonction des modalités	129
- Centre de soins prolongés: Énumération du nombre d'erreurs en fonction des modalités	130
- Centre à vocation générale: Accidents musculaires: détail des erreurs commises	131
- Centre de courte durée: Accidents musculaires: détail des erreurs commises	134
- Centre de soins prolongés: Accidents musculaires: détail des erreurs commises	135
- Centre à vocation générale: Accidents non-musculaires: détail des erreurs commises	138
- Centre de courte durée: Accidents non-musculaires: détail des erreurs commises	140
- Centre de soins prolongés: Accidents non-musculaires: détail des erreurs commises	142

ANNEXE 3

Centre à vocation générale

Énumération du nombre d'erreurs
en fonction des modalités

Nombre d'erreurs selon la catégorie

catégorie	Nombre
musculaire	51
non musculaire	42

Catégorie Musculaire : nombre d'erreurs selon la variable

nom de la variable	Nombre
catégorie	9
chaise-cat.	3
Lieu	3
Nbr. intervenants	1
Opération	4
Problème	19
Prspec patient	6
Région blessée	1
Séquence	1
Sous-région blessée	1
Tâche	3

Catégorie Non-musculaire: nombre d'erreurs selon la variable

nom de la variable	Nombre
Agent	3
Catégorie	19
Chute cause	1
Région blessée	3
Tâche	7
Type acc.	9

ANNEXE 3

Centre de courte durée

Énumération du nombre d'erreurs en fonction des modalités

Nombre d'erreurs selon la catégorie

catégorie	Nombre
musculaire	21
non musculaire	15

Catégorie Musculaire : nombre d'erreurs selon la variable

nom de la variable	Nombre
catégorie	2
lieu	4
opération	2
problème	9
séquence	1
tâche	3

Catégorie Non-musculaire: nombre d'erreurs selon la variable

nom de la variable	Nombre
catégorie	11
région blessée	1
type acc.	3

ANNEXE 3

Centre de soins prolongés

Énumération du nombre d'erreurs
en fonction des modalités

Nombre d'erreurs selon la catégorie

catégorie	Nombre
musculaire	31
non musculaire	12

Catégorie Musculaire : nombre d'erreurs selon la variable

nom de la variable	Nombre
catégorie	1
effort	1
lieu	1
opération	4
problème	19
prspec patient	1
séquence	1
tâche	1
tr. équipe	1
unité	1

Catégorie Non-musculaire: nombre d'erreurs selon la variable

nom de la variable	Nombre
agent	1
endroit	3
tâche	3
type acc.	5

ANNEXE 3

Centre à vocation générale

Accidents musculaires: Détail des erreurs commises

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR DE CATÉGORIE

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	remarque
8	catégorie	non m		blessure en faisant un mouvement,se penchant.
36	catégorie	non m		tâche de transfert ,durant transport l'employé glisse-était mal positionné et ne travaillait pas avec un régulier. Cas classique de tâche d'effort.
48	catégorie	non m		contexte d'agression,en forçant pour ouvrir une porte et maîtriser un patient.
50	catégorie	non m		se blesse lors d'une manutention sur place alors qu'il était accroché au cou par un patient-cas classique accident d'effort
62	catégorie	non m		blessure en faisant un mouvement,se penchant.Informations ouv.
134	catégorie	non m		en faisant un mouvement,en se penchant pour lever tête du lit son genou craque
244	catégorie	non m		mouvement, s'est blessé en se relevant après s'être penché.
308	catégorie	non m		manutention d'objet:s'est blessé en manipulant un objet, en tournant la manivelle pour soulever la tête du lit
326	catégorie	non m		l'employé s'est blessé en retenant un patient.

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR SUR LE PROBLÈME

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	remarque
45	Problème	autre	aucun	Le problème était relié au travail d'équipe,a été identifié à ce niveau.Mis en inf.ouverte
295	problème	autre	aucun	Le problème était au niveau du travail d'équipe a été bien codé dans travail d'équipe.
129	Problème	autre	aucun	en inf ouverte la description correspondait à un problème au niveau du travail d'équipe.
408	problème	autre	aucun	il s'agit d'un problème au niveau du travail d'équipe:a été compilé autre et écrit à la question problème
507	problème	autre	aucun	il s'agit d'un problème rencontré au niveau du travail d'équipe.

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR SUR LE PROBLÈME (suite)

numacci	nom variable	modalité mise	modalité corrigée	remarque
488	Problème	autre	aucun	problème relié à des difficultés rencontrées au niveau du travail d'équipe
108	Problème	employé	autre	Mis employé alors que le problème était au niveau du travail d'équipe.
287	problème	aucun	employé	mouvement de rotation de l'employé, en déposant dans le bain.
266	problème	patient	employé	changé problème patient pour problème employé: a fait un mouvement de rotation en faisant le transfert.
162	problème	aucun	environ- ment	mis aucun problème alors qu'il s'agissait d'un problème au niveau de l'env. matériel Correction faite par le contenu de l'inf. ouverte
236	problème	autre	environ- nement	problème mis autre c'est problème environnement-autre: chaise roulante est placée de façon inadéquate pour un transfert.
241	problème	aucun	équip.	changé problème aucun pour équipement
416	problème	autre	équip.	autre: hauteur du matelas anormale problème mis autre alors que c'était équipement autre: le piqué était coincé dans la bordure de la chaise. L'infirmière a été obligée de faire un effort pour le dégager tout en maintenant la cliente debout.
341	problème	aucun	patient	mis aucun problème, c'était patient autre, en ouvert ont mis cliente lourde ne s'aidant pas avec ses jambes
494	problème	aucun	patient	mis aucun; c'était problème patient autre, le problème est relié à une cliente non autonome qui ne s'aide pas-agée-qui pèse près de 200lbs.
505	problème	aucun	patient	mis aucun c'était patiente qui ne s'aide pas; unijambiste pèse environ 150lbs
233	problème	autre	patient	Mis problème autre, alors que c'est patient-autre: patient très spastique.
502	problème	autre	patient	problème patient autre: mis en ouvert qu'il s'agissait d'un patient lourd
503	problème	autre	patient	problème patient autre, mis en ouvert qu'il s'agissait d'un patient lourd.

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR SUR LA SPÉCIFICATION PROBLÈME

numacci	nom variable	modalité mise	remarque
43	Prspec patient	autre a faibli	en inf. ouverte on avait l'inf. Patient a eu une défaillance physique, +faible que prévu.
484	Prspec patient	chuté a faibli	n/a
155	Prspec Patient	a glissé a faibli	correction par inf données en ouvert
27	Prspec patient	autre a glissé	chuté mis en inf. ouverte patient s'est laissé tomber par terre.
183	Prspéc patient	agité résisté	devrait etre a résisté s'est accroché au lieu de était agité
163	Prspéc Patient	agitérésisté	correction par l'information donnée en ouvert

ANNEXE 3

Centre de courte durée

Accidents musculaires: Détail des erreurs commises

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR SUR LE PROBLÈME

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	Commentaire
14	Problème	autre	aucun	Il s'agissait d'un problème au niveau du travail d'équipe qui n'a pas été enregistré au bon endroit. En information ouverte avait mis: mauvaise synchronisation entre l'employé et la visiteuse.
109	Problème	employé	autre	L'employé relie le problème principalement au fait qu'avant de faire cette tâche il avait effectué plusieurs manutentions.
113	Problème	aucun	employé	L'employé indique qu'il a mal forcé dans les commentaires.
6	Problème	aucun	environ- nement	Obstacles inhabituels; mis en inf. ouvertes: en déposant a mal forcé car la chaise était collée problème: sur le mur.
27	Problème	aucun	patient	La patiente était lourde.
56	Problème	aucun	patient	Problème autre: mis en commentaires: patiente lourde ne s'aidant pas, mais également mis en commentaires qu'il y avait des difficultés reliées au manque de personnel, une surcharge de travail.
128	Problème	autre	patient	Indiqué dans les commentaires: patient obèse ne collaborant pas au transfert.
142	Problème	aucun	patient	Problème patient: modalité autre; mis dans les commentaires patiente très lourde qui déborde du lit.
155	Problème	autre	patient	Problème patient autre: patiente paralysée, obèse et peu coopérante. A relaté également deux autres types de problème: piqué mal situé par rapport à la patiente pour être serviable, et également était pressée par le temps.

ANNEXE 3

Centre de soins prolongés

Accidents musculaires: Détail des erreurs commises

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR SUR LE PROBLÈME

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	Commentaire
147	Problème	autre	aucun	Il s'agissait d'un problème relié au travail d'équipe a été codé à la question appropriée.
12	Problème	autre	aucun	Le problème était relié à une difficulté au niveau du travail d'équipe. A d'ailleurs été indiqué à cette question.
39	Problème	employé	aucun	Mis problème employé autre; il s'agissait d'un problème relié au travail d'équipe qui a été codé à cette question.
107	Problème	employé	aucun	Le problème exprimé était relié au travail d'équipe qui n'avait pas été codé dans la question appropriée.
126	Problème	aucun		Employée problème employé autre; mis en commentaires: c'était la première occasion de transférer ce malade, il avait seulement 12 jours d'expérience comme préposé aux bénéficiaires.
91	Problème	autre		Employé problème employé: a fait un mouvement imprévu, en commentaires: mon genou droit étant appuyé sur le bord du lit, j'ai ressenti une douleur et j'ai déplacé mon poids m'occasionnant une perte d'équilibre.
11	Problème	autre	environ- nement	Problème environnement: autre. Mis en commentaires: distance à parcourir entre le fauteuil et le lit trop grande.
92	Problème	autre	équipe- ment	Problème équipement: a bougé, indiqué en commentaires: la chaise roulante a reculée durant le transfert, les freins n'ayant pas tenus.
64	Problème	aucun	équipe- ment	Problème équipement: autre; indiqué en commentaires; difficulté à se positionner du fait de l'utilisation d'une chaise motorisée.

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR SUR LE PROBLÈME (suite)

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	Commentaire
53	Problème	autre	patient	Problème patient: a glissé. Durant son transfert, la patiente a vu entrer un autre patient a pris panique et a failli tomber. C'est en essayant de l'empêcher de tomber que l'employé s'est blessée.
31	Problème	aucun	patient	Problème patient: autre; indiqué en commentaires; patient très lourd.
32	Problème	aucun	patient	Problème patient: autre; a indiqué en commentaires: patient très rigide qui ne s'aide pas.
97	Problème	autre	patient	Problème patient: autre; donné en commentaires: lors du transfert d'un patient sa jaquette s'est accrochée dans la poignée de sa chaise roulante.
118	Problème	autre	patient	Problème patient: autre; le malade n'a pas fourni l'aide habituelle à la manoeuvre.
60	Problème	autre	patient	Problème patient: autre, indiqué en commentaires, patient lourd.
140	Problème	aucun	patient	Problème patient: autre, donné en commentaires: patiente lourde et amputée des deux jambes.
116	Problème	autre	patient	Problème patient: autre, était dans une position inhabituelle et était de ce fait plus difficile à manutentionner.
166	Problème	aucun	patient	Problème patient autre; mis en commentaires: malade spastique grand et lourd.
168	Problème	autre	patient	Problème: patient, a résisté s'est accroché. La précision du problème a été donnée en information ouverte.

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR SUR L'OPÉRATION

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	Commentaire
92	opération	lever	asseoir	Couché information était donnée dans le commentaire.
158	opération	mouvement	autre	C'était une tâche de man. sur place, s'est blessé en levant le siège du malade, non en faisant un mouvement.
109	opération	autre	lever	L'employé s'est blessé en levant en sortant de la chaise, information donnée dans les commentaires ouverts.
58	opération	autre	mouvement	Lors de la manutention sur place l'employé s'est penchée pour soutenir les jambes du patient; c'est en se relevant qu'elle s'est blessée.

ANNEXE 3

Centre à vocation générale

Accidents non-musculaires: Détail des erreurs commises

ACCIDENT NON MUSCULAIRE: ERREUR DE CATÉGORIE

numacci	nom variable	modalité mise	Commentaire
22	catégorie	autre	piqûre d'aiguille
40	catégorie	musc	contexte d'agression-patient psychiatrique-reçoit des coups en intervenant pour maîtriser patient.
44	catégorie	autre	coupure placée dans autre
46	catégorie	autre	piqûre d'aiguille
72	catégorie	autre	piqûre mis dans autre
88	catégorie	autre	piqûre mis dans autre
95	catégorie	autre	piqûre mis dans autre
274	catégorie	autre	accident s'est produit en glissant dans le stationnement.
284	catégorie	autre	contexte d'agression: frappé par un patient qu'il tentait de maîtriser
297	catégorie	autre	contexte d'agression-bris de lunette suite à un coup de poing par un patient.
305	catégorie	autre	accident spécial:quelqu'un est tombé sur la patinoire, c'était une perte d'équilibre-chute.
306	catégorie	autre	accident marginal:quelqu'un est tombé de sa chaise roulante.
311	catégorie	autre	contexte d'agression-patient qui a été frappé par un bénéficiaire.
323	catégorie	autre	contexte d'agression-accident de type frappé par
325	catégorie	autre	il s'agit d'une perte d'équilibre dans le stationnement.
327	catégorie	autre	il s'agit d'un contexte d'agression qui n'a entraîné aucune atteinte physique.
342	catégorie	autre	Il s'agit d'une chute dans le stationnement
352	catégorie	autre	contexte d'agression frappé par un patient
510	catégorie	autre	cas de piqure d'aiguille

ACCIDENT NON MUSCULAIRE: ERREUR SUR LA TACHE

numaccin	nom	variable mise	modalité	Commentaire
158	tache	circul.	seul autre	était autre alors que c'était en circulant seul:était à distribuer des analyses dans des enveloppes de courrier interne.
396	tache	manutention	autre	CONTEXTE d'agression:morsure alors que l'employé essayait d'enlever une bouteille d'alcool à friction
417	tache	manutention	autre patient	contexte d'agression:la personne tentait d'amener un bénéficiaire dans une salle d'isolement- ne manutentionnait pas un patient
438	tache	manutention	autre objet	contexte piqure d'aiguille,l'infirmière aidait le chirurgien à recoudre et à ce moment s'est piqué
458	tache	circuler	objet circulant	mis en ouvert,quand s'en allait photocopier un document a chuté dans l'escalier
317	tache	autre	seul circulant	la description en information ouverte indique que l'accident s'est produit alors que la personne circulait seule
34	tache	autre	man. sur place	donner un bain au lit à une bénéficiaire très spastique.Mis en inf. ouverte
29	tache	autre	man. sur place	mis en inf. ouverte soutenait une bénéficiaire sous le bras pendant que celle-ci embarquait dans le bain.
290	tache	donner des soins	man. patient	contexte d'agression-en mobilisant une patiente-en voulant retenir la patiente-tourne le pouce de l'employé.
472	tache	chute	transfert	s'est blessé-en voulant retenir un patient durant un transfert;correction à partir de information mis en ouvert

ACCIDENT NON MUSCULAIRE: ERREUR SUR LE TYPE D'ACCIDENT

76	type acc.	coincé écrasé	autre	contexte d'agression. En inf. ouverte, le préposé à saisi le poignet de l'employé.
191	type acc.	éraflé	autre	Contexte d'agression mis éraflé alors que c'était mordu par un patient.
442	type acc.	éraflé	autre	contexte d'agression-correction à partir des inf. données en ouvert
444	type acc.	éraflé	autre	contexte d'agression;correction par inf. ouverte, avait mis client quelque fois agressif
482	type acc.	frappé par	autre	contexte d'agression: mordu par un patient, a mis frappé par
441	type acc.	éraflé	autre	contexte d'agression avait mis égratignure par un client quelque peu agressif
195	type acc.	éraflé	frappé par	avait mis éraflé coupé égratigné par un bistouri qui tombe. J'ai mis frappé par un bistouri
412	type acc.	éraflé	frappé par	contexte d'agression-mis en ouvert que le client lui a sauté au visage et lui a égratigné le visage, le cou, le nez, le côté
358	type acc.	perte d'équilibre	frappé par	en jouant sur une trampoline elle tombe en bas de la trampoline.

ANNEXE 3

Centre de courte durée

Accidents non-musculaires: Détail des erreurs commises

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR DE CATÉGORIE

numacci	nom variable	modalité mise	remarque
64	Catégorie	autre	Accident très mal défini; on suppose qu'il s'est produit dans un contexte d'agression (l'accident s'est produit alors que l'employé était à maîtriser une patiente pour lui installer une contention de cuir.
73	Catégorie	musc.	En manutentionnant un patient l'employé s'est frappé le genou sur le bord de métal alors qu'ils étaient quatre pour effectuer le transfert.
129	Catégorie	autre	Il s'agit d'un contact avec un cas contagieux.
139	Catégorie	autre	Il s'agit d'un contact avec un cas contagieux.
153	Catégorie	autre	Indiqué dans les commentaires: contact avec le sang d'un patient qui était peut-être porteur du virus de sida.
226	Catégorie	autre	Accident atypique: animateur culturel s'est blessé alors qu'il jouait la balle molle avec des patients.
227	Catégorie	autre	Accident atypique: animateur culturel s'est blessé, a perdu l'équilibre et a tombé en jouant au soccer.
228	Catégorie	autre	L'accident est relié à une inhalation importante de vapeurs de Cidex après déversement.
244	Catégorie	autre	Accident de type frappé sur: s'est frappé sur la porte de l'ascenseur qui n'a ouvert qu'à moitié et voulait se refermer.
245	Catégorie	musc.	En remontant un patient au lit s'est frappé sur un trapèze, le trapèze avait bougé au moment où l'employé s'est approché vers le centre du lit. Accident non musculaire: erreur sur le type d'accident.

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR DE CATÉGORIE (suite)

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	remarque
149	type acc.	autre	coincé	Indiqué dans les commentaires: en circulant avec un objet je me suis passé la civière sur les orteilles.
36	type acc.	frappé par	éraflé	Dans les commentaires c'était indiqué: crochet orthopédique qui a tombé et éraflé le doigt.
62	type acc.	autre	piqûre	L'employée s'est piquée avec un porte-aiguille.

ANNEXE 3

Centre de soins prolongés

Accidents non-musculaires: Détail des erreurs commises

ACCIDENT MUSCULAIRE: ERREUR DE CATÉGORIE

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	remarque
52	type acc.	piqûre	éraflé	L'employeur s'est éraflé sur une punaise à l'envers
84	type acc.	autre	éraflé	L'employé s'est entré une écharde de plastique à l'annulaire gauche.
124	type acc.	autre	éraflé	Contexte d'agression
111	type acc.	autre	frappé par	Contexte d'agression; l'information était donnée en commentaires.
71	type acc.		frappé par	Perte d'équilibre, chute en commentaires on avait l'information suivante: l'employé s'est accroché dans le fil du téléphone, a chuté et s'est frappé sur...

ACCIDENT NON MUSCULAIRE: ERREUR SUR LA TACHE

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	remarque
46	tâche	autre	donnant des soins	L'employé aidait le patient à terminer son dîner et à mettre de l'ordre dans son plateau.
95	tâche	autre	donnant des soins	Contexte d'agression; l'information était donnée dans les commentaires;
104	tâche	autre	donnant des soins	Contexte d'agression; la tâche dont il s'agissait à été mise en information ouverte.
154	tâche intervention		transfert	C'est bien précisé en commentaires que la chute est survenue dans le contexte d'un transfert.

ACCIDENT NON MUSCULAIRE: ERREUR SUR L'ENDROIT

numacci	nom variable	modalité mise	modcorr	remarque
110	endroit	unité(autre)	unité:salle de bains	Accident de type frappé sur la précision était donné en inf. ouverte.
160	endroit	unité(autre)	unité:salle de bains	L'information était donnée dans les commentaires.
165	endroit	unité(autre)	unité:salle de bains	L'information a été donnée dans les commentaires.