Université de Montréal

Évaluation de l'impact du rôle de l'agent de suivi sur l'adoption des comportements sécuritaires en milieu hospitalier

Par

Christine Arcand

École des Relations Industrielles

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en Relations Industrielles

Août, 1994

©Christine Arcand, 1994

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Évaluation de l'impact du rôle de l'agent de suivi sur l'adoption des comportements sécuritaires en milieu hospitalier

présenté par:

Christine Arcand

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Diane Veilleux : Président du jury

Marcel Simard : Directeur de recherche

Viateur Larouche: Membre du jury

Mémoire accepté le: 31 août 1994

SOMMAIRE

Les blessures au dos représentent l'un des problèmes le plus courant et le plus coûteux dans le secteur des services et des affaires sociales. Les blessures au dos rapportées lors de la manipulation des bénéficiaires sont très élevées. Les programmes de prévention, basés essentiellement sur la formation, s'avèrent inefficaces à modifier le comportement de travail et ainsi réduire les blessures au dos. Face à cette réalité, le projet d'agent de suivi a été créé. L'agent de suivi est un travailleur qui effectue régulièrement des manipulations de bénéficiaires. Son rôle est de supporter et soutenir la formation aux déplacements sécuritaires. Le propos de cette recherche est d'expérimenter deux formules d'agent de suivi visant à supporter la formation dans un hôpital auprès du personnel soignant. Dans la première formule, l'agent de suivi émet un feed-back individuel et ponctuel auprès de ses pairs. Dans la seconde formule, l'agent de suivi, tout en émettant un feed-back individuel ponctuel, aide le groupe de travail à se fixer un objectif de comportement sécuritaire et communique par la suite les résultats hebdomadaires. L'objet de cette recherche est donc l'agent de suivi et la question de recherche est la suivante: quel est l'impact de ce mécanisme, sur l'augmentation de l'application des principes de déplacement sécuritaire, par le personnel concerné? Il y a deux hypothèses de travail. La première est que le feed-back individuel augmente le comportement sécuritaire. La seconde est que, la fixation d'objectif et la connaissance des

résultats augmentent aussi le comportement sécuritaire. Le modèle conceptuel dévie des études béhavioristes classiques par l'inclusion de variables de contrôle se rapportant à l'individu, l'organisation du travail et l'environnement. Il s'agit d'un devis de recherche quasi-expérimental invoqué avec mesures avant/après. Les résultats montrent que la formule de feed-back a un impact environ deux fois plus important sur l'augmentation des comportements sécuritaires que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats. Par ailleurs, les résultats montrent aussi que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats ajoutés au feed-back individuel produit un impact positif supplémentaire. Cependant, les résultats montrent que l'augmentation du comportement sécuritaire n'est pas seulement dû à l'impact de l'agent de suivi. D'autres facteurs ont aussi un effet sur le comportement sécuritaire de déplacement de bénéficiaire. Le premier est la fluctuation à la hausse du nombre de patients qui a un impact négatif. Le second est la décision d'utiliser l'équipement de levage qui a un impact positif. Finalement, les résultats montrent que lors des observations effectuées plus tard dans la journée, le comportement était moins sécuritaire. Les résultats rencontrent aussi certaines limites. Les deux plus importantes sont l'insuffisance de la formation PDSB des personnels des unités étudiées de l'établissement et l'insuffisance de la formation d'agent de suivi.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION.....1

CHAPITRE 1 OBJET ET PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE.....7

1.1 Présentation de l'objet de la recherche et de l'objectif.....7
1.2 Revue de la littérature.....12
1.3 État de la recherche béhavioriste appliquée à la santé et sécurité au travail.....29
1.4 Modèle conceptuel, hypothèses et opérationnalisation.....34

CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE.....46

2.1 Le devis de recherche.....46
2.2 Lieu de recherche, population et groupes.....47
2.3 Données collectées avant l'expérimentation.....53
2.4 Données collectées pendant l'expérimentation.....55

CHAPITRE 3 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....58

3.1 Caractéristiques individuelles.....58
3.2 Caractéristiques du travail.....65
3.3 Caractéristiques de l'environnement.....70
3.4 Vérification des hypothèses.....78
3.5 Raisons associées aux comportements non-sécuritaires.....87

CHAPITRE 4 DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....91

4.1 L'impact positif des formules d'agent de suivi.....91
4.2 Autres facteurs ayant un impact sur les comportements sécuritaires.....95
4.3 Les limites des résultats.....98

CONCLUSION.....102

BIBLIOGRAPHIE.....108

ANNEXE.....113

Grille d'observation.....114
Questionnaire.....115

LISTE DES TABLEAUX

Pages

1. Opérationnalisation des variables du modèle conceptuel.....44

2. Opérationnalisation des variables descriptives.....45

3. Statistiques générales d'accidents du travail, selon les grandes directions.....48

4. Statistiques des jours d'absence et du total des accidents de la direction des soins infirmiers de 1988 à 1992.....50

5. Statistiques du 4° et 5° sud pour les jours d'absence et le total des accidents, de 1988 à 1992.....51

6. Statistiques du 3° et 6° ouest pour les jours d'absence et le total des accidents, de 1988 à 1992.....52

7. Caractéristiques diverses de la population observée selon les unités.....59

8. Perception de l'agent de suivi.....64

9. Niveau de problème perçus pour le dos dans les manoeuvres au lit.....67

10. Niveau de problème perçus pour le dos dans les manoeuvres au fauteuil (tout type de fauteuil).....68

11. Niveau de problème perçus pour le dos dans les manoeuvres à la toilette.....68

12. Niveau de problème perçus pour le dos dans les manoeuvres à la salle de bain.....69

13. Niveau de problème perçus pour le dos dans les manoeuvres générales.....70

14. Pourcentage d'insatisfaction des répondants concernant divers équipements.....73

15. Niveau moyen d'importance attribué à divers risques, par poste.....76

16. Vérification des hypothèses et contrôle de la relation.....83

17. Raisons d'un comportement non-sécuritaire.....89

LISTE DES FIGURES

Pages

1. Le modèle de comportement opérant.....15

2. Modèle conceptuel des variations avant-après.....35

3. Évolution du pourcentage de comportement sécuritaire au cours de l'expérimentation, selon deux traitements.....78

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier l'IRSST qui m'a octroyé une bourse ainsi que l'ASSTSAS qui m'a fourni un sujet de recherche très intéressant et la formation nécessaire. En occurence, je tiens à remercier M. Lebeau, Mme Robitaille et Mme Julien.

Je remercie l'hôpital St-Luc qui a servi de laboratoire de recherche et sans qui l'aboutissement de cette recherche n'aurait pu être. Plus spécifiquement, les personnes suivantes qui ont un rôle de cadre M. Lapointe, Mme Perreault, Mme Ste-Onge, Mme Dufour, qui ont su répondre à un ensemble de questions. Je remercie aussi Mme Vallée, Mme Lussier, Mme Riopel, M. Morin et Mme Dubé qui ont supporté la recherche dans leur unité. Un remerciement tout spécial aux agents de suivi qui ont fait l'objet de cette recherche: M. Livernoche, M. Gagnon, M. Beauregard, Mme Arseneault et Mme Bourque.

Je remercie chaudement, Jocelyne qui m'a supporté moralement et a été une lectrice très critique tout au long de ma rédaction. Je remercie aussi mes parents, qui m'ont toujours encouragé à poursuivre ma recherche. Je remercie M. Alain Marchand, qui m'a apporté un important support sur l'analyse technique et sur l'informatique. Et enfin, je remercie mon directeur de maîtrise, Marcel Simard qui m'a fourni ses connaissances et son soutien continu sans lesquels ce mémoire n'aurait autant de substance.

INTRODUCTION

Le réseau de la santé et des services sociaux rencontre depuis plusieurs années un problème important en ce qui concerne les accidents au dos. A cet effet l'association paritaire pour la santé et la sécurité au travail dans le secteur des affaires sociales (ASSTSAS) créait la formation sur les principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires afin de diminuer les blessures au dos. Ce cours a pour but de modifier le comportement lors des déplacements afin de les rendre sécuritaires. Malgré cet effort, le dos représentait 45,5% de l'ensemble des blessures en 1991 (Bigaouette, 1993). De plus, c'est le personnel soignant qui accapare le plus de blessures au dos. En fait, ces travailleurs regroupent 60,8% de l'ensemble des blessures au dos indemnisées alors qu'ils ne représentent que 44,8% de la main-d'oeuvre (Bigaouette, 1993). Dans la plupart des cas, les efforts excessifs les plus susceptibles de causer une blessure au dos sont ceux associés au levage d'une personne. À partir de ces données il était évident, pour les conseillers de l'ASSTSAS ainsi que les gens oeuvrant dans le milieu, que la formation seule était insuffisante pour corriger la situation. C'est dans ce sens que le projet d'agent de suivi a pris naissance.

L'agent de suivi est un travailleur qui effectue couramment des

déplacements de bénéficiaires. L'objet de cette recherche est le rôle de l'agent de suivi consistant à émettre du feed-back dans le cadre d'un programme de prévention des maux de dos dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le rôle de l'agent de suivi est de supporter et soutenir l'application des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires auprès des employés de son milieu de travail.

Cette recherche s'inscrit dans un cadre quasi-expérimental invoqué avec mesures avant/après. Deux formules sont mises en application. La première formule est d'expérimenter le feed-back individuel seul. La seconde est d'expérimenter, en plus du feed-back individuel, la fixation d'objectif ainsi que la connaissance des résultats qu'on peut assimiler à du feed-back de groupe. Deux hypothèses sont à la base du modèle conceptuel. La première hypothèse est que le feed-back individuel augmente le comportement sécuritaire. La seconde hypothèse est que, la fixation d'objectif et la connaissance des résultats augmentent aussi le comportement sécuritaire. En fait il s'avère que les deux ont un impact positif sur l'augmentation du comportement sécuritaire.

Ce document est divisé en quatre chapitres. Le premier chapitre est consacré aux aspects théoriques de la recherche. Dans un premier temps, l'intérêt de l'objet, c'est-à-dire le sujet sous étude est démontré et l'objectif de la recherche est précisé. Dans un deuxième temps une revue de la littérature pertinente, fournit la

perspective générale de l'étude. Il va s'en dire que l'agent de suivi, agissant comme mécanisme de feed-back, nous amène à la littérature portant sur le béhaviorisme avec un emphase sur le feed-back. Troisièmement, l'état de la recherche béhavioriste appliqué à la santé et sécurité au travail est abordé. Dans cette partie, se trouve les éléments qui supportent l'expérimentation du feed-back, de la fixation d'objectif et de la connaissance des résultats appliqués à la santé et sécurité au travail. Finalement, dans ce chapitre, la problématique de la recherche est élaborée avec la présentation du modèle conceptuel, des hypothèses et des différentes variables.

Le chapitre 2 est consacré à la méthodologie de cette recherche. Le devis de recherche quasi-expérimental invoqué, avec mesure avant/après, y est d'abord présenté. Ensuite le lieu de recherche, soit l'hôpital St-Luc, la population et les groupes sous étude sont précisés. Cette partie aborde les éléments qui ont servi à déterminer la population et les groupes. Enfin, les méthodes de collecte de données sont spécifiées. Certaines données sont collectées avant l'expérimentation telle que la composition de la main-d'oeuvre, les statistiques, l'environnement matériel et physique, etc.. D'autres données sont collectées pendant l'expérimentation à l'aide d'un outil, soit la grille d'observation. Cette dernière va permettre d'évaluer le comportement sécuritaire à chaque semaine sur les groupes sous observation. En fait, c'est l'outil principal de cette recherche.

Un questionnaire a aussi été développé afin de recueillir diverses informations auprès des récepteurs du feed-back. Bien que les données obtenues par ce questionnaire ne fassent pas parties du modèle conceptuel, elles ont une valeur qualitative et descriptive intéressante.

Le troisième chapitre présente les résultats de la recherche par la description du lieu de recherche et la vérification des hypothèses. La partie descriptive est divisée en trois: les caractéristiques individuelles, les caractéristiques du travail et les caractéristiques de l'environnement. Les caractéristiques individuelles présentent dans un premier temps, la description de la population sous observation (âge, sexe, statut, etc.). Dans un deuxième temps, les résultats du questionnaire concernant la perception des récepteurs sur leur motivation aux changements ainsi que sur les interventions de l'agent de suivi sont présentés. La deuxième partie descriptive, soit les caractéristiques du travail, présente les résultats obtenus par le questionnaire sur: la perception des récepteurs sur l'information qui leur est transmise sur les bénéficiaires, l'organisation du travail, la satisfaction au travail ainsi que les tâches effectuées. Finalement, le troisième élément de la partie descriptive, soit les caractéristiques de l'environnement aborde: la description des lieux de travail, la perception du personnel concernant l'équipement, les risques ainsi que le support du supérieur immédiat en matière de santé et sécurité au travail. La partie

descriptive étant terminée, l'essentiel de la recherche est abordé, soit la vérification des hypothèses. La technique utilisée est l'analyse de régression de séries chronologiques, mieux connu sous le nom de "pooled cross time series". Cette analyse a été effectuée en cinq étapes. La première étape teste l'impact des deux variables indépendantes (feed-back seul; fixation d'objectifs et connaissance des résultats) sur la variable dépendante (augmentation des comportements sécuritaires). La deuxième étape teste le premier bloc de variables contrôle qui concerne l'environnement de travail soit, le contexte physique et le nombre de patients. La troisième étape teste le second bloc de variables contrôle soit, les variables individuelles qui sont de trois ordres: poste de travail, sexe et utilisation d'appareil. La quatrième étape teste l'impact de l'organisation du travail, qui est défini par l'heure des observations. Finalement, la cinquième étape est la régression avec l'ensemble des variables. Il est à souligner que la régression de l'ensemble des variables explique 48% de la variance de la variable dépendante. Finalement, ce troisième chapitre présente les raisons qui sont associées aux comportements non-sécuritaires selon les résultats obtenus à partir de la grille d'observation. Cinq raisons sont présentées. Les trois premières réfèrent aux principes de déplacements sécuritaires et concerne l'individu qui effectue la manoeuvre. Les deux autres réfèrent à l'environnement et à l'équipement qui ne sont pas sous le contrôle de l'individu.

Le quatrième et dernier chapitre discute des résultats et les

interprète. En premier lieu, l'impact positif des formules d'agent de suivi est souligné. Les résultats sont très robustes étant donné que plusieurs autres variables ont été contrôlées, ce qui n'est généralement pas le cas dans les études béhavioristes classiques. Cette partie fait ressortir la supériorité et l'application pratique de la formule plus complexe d'agent de suivi (feed-back individuel, fixation d'objectif et connaissance des résultats). En deuxième lieu, ce chapitre aborde les autres facteurs qui ont un impact sur les comportements sécuritaires. En effet, les résultats montrent que la variance dans les comportements de déplacement sécuritaire de bénéficiaire n'est pas entièrement le fait de l'agent de suivi. Les fluctuations à la hausse du nombre de patients, la décision d'utiliser l'équipement de levage et les heures d'observations viennent également influencer le comportement sécuritaire. Finalement, les limites des résultats de notre recherche sont abordées, dont deux éléments majeurs: l'insuffisance de la formation PDSB dans l'établissement ainsi que l'insuffisance de la formation d'agent de suivi.

Finalement, la conclusion de ce travail soulève certains éléments de la recherche dont l'apport important des résultats à la connaissance et l'introduction des variables contrôle dans l'analyse. De plus, cette conclusion soulève les facteurs qui devraient être pris en considération dans les recherches futures.

CHAPITRE 1

OBJET ET PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

Ce premier chapitre est consacré aux aspects théoriques de notre recherche. Dans un premier temps, je vais montrer l'intérêt de l'objet de cette recherche, c'est-à-dire le sujet sous étude et préciser l'objectif de la recherche. Dans un deuxième temps, une revue de la littérature pertinente fournit la perspective théorique générale de notre étude. La troisième étape fait le point de la recherche en santé et sécurité au travail, concernant le sujet sous étude. Finalement, la problématique de la recherche est élaborée.

1.1 Présentation de l'objet de la recherche et de l'objectif

L'objet de cette recherche est d'analyser le rôle de l'agent de suivi qui consiste à émettre du feed-back dans le cadre d'un programme de prévention des maux de dos dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Le rôle de l'agent de suivi est de supporter et soutenir l'application des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires dans son milieu de travail. Il agit comme mécanisme

de feed-back auprès de ses compagnes et compagnons de travail. Par exemple, le feed-back peut consister à indiquer à son compagnon de travail que ses genoux ne sont pas fléchis. Il peut aussi consister à lui indiquer une meilleure façon de procéder dans le déplacement des patients. En fait, l'agent de suivi est concerné par la façon dont les déplacements des bénéficiaires sont effectués et donne aux employés concernés le feed-back pour rendre plus sécuritaire les méthodes de déplacements des bénéficiaires.

Depuis quelques années, la recherche en santé sécurité est beaucoup axée sur la prévention. Le secteur de la santé et des services sociaux n'échappe pas à cette réalité et avec raison. En 1986, Gaston Pouliot, signait un article intitulé: *Pour les accidents au dos, le secteur hospitalier est premier*. Cet article fait état des statistiques de 1981. On y souligne que le secteur des services médicaux et sociaux se distingue par la plus forte fraction relative des absences indemnisées pour maux de dos, soit 55%. L'auteur relève cinq grandes causes d'accident au dos: les efforts excessifs (transferts ou retournements de patients, etc.), 78%, les mouvements volontaires ou involontaires (étirements, torsions, flexions), 11%, les chutes et glissades, 7%, les "frapper-heurter-coincer" par ou contre quelque chose, 2,5%, les actes de violence, 1%. En 1991, le dos représentait 45,5% des accidents dans ce secteur (Bigaouette, 1993). Ces chiffres nous démontrent l'importance du problème dans ce milieu.

Un facteur important avec lequel il faut composer, est le vieillissement de la population. On entend beaucoup parler du vieillissement de la clientèle dans le secteur des services sociaux, mais le travailleur vieillit lui aussi. En 1980, l'âge moyen était de 33 ans, alors qu'en 1990, il etait passé à 37 ans. Ce phénomène du vieillissement est le fait des "babyboomer's". Ces travailleurs en 1980-1981 étaient âgés de 20 à 35 ans et représentaient 58,1% de l'ensemble de la main-d'oeuvre. Ils représentent toujours la majorité avec 50,4% en 1990-1991. Ceci a pour effet que les travailleurs âgés de 15 à 34 ans ont décru de 33,4% dans la dernière décennie (Bigaouette, 1993).

Ceci soulève un point important. Il est maintenant bien connu que les capacités de notre système musculo-squelettique diminuent avec l'âge. Il est aussi reconnu qu'un mouvement répétitif use prématurément la partie du corps qui effectue le mouvement (Cassou, 1985). Dans le secteur de la santé, le dos est souvent sollicité pour effectuer des manutentions manuelles. Tel que rapporté par Cassou, dans ces situations le dos est menacé si la manutention n'est pas effectuée de façon sécuritaire. La plus insidieuse des lésions est l'usure et la détérioration prématurée des disques intervertébraux (Cassou, 1985). Elle est insidieuse parce qu'elle est difficilement détectable et se fait sentir sans crier gare, par exemple, en se penchant pour ramasser un objet au sol.

Il n'est donc pas étonnant de voir les chiffres élevés, rapportés

par les statistiques sur les accidents de dos de ce secteur. En fait les infirmiers-ères, infirmiers-ères auxiliaires et les préposés-es aux bénéficiaires, soulèvent quotidiennement et plusieurs fois, des charges (bénéficiaires) variant entre 59 et 82 kilos. A titre d'exemple, une préposée aux bénéficiaires responsable de dix patients pesant en moyenne 70 kilos et qui effectue environ une dizaine de manutentions manuelles par patient, totalise pour une seule journée de travail 7 000 kilos. En multipliant ce chiffre par les cinq jours de travail on obtient un grand total de 35 000 kilos par semaine. Bien que cet exercice soit fictif, il est très près de la réalité et fait ressortir l'importance d'effectuer des manutentions sécuritaires.

C'est pourquoi, en 1983, l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS), créait le cours PDSB (principes pour déplacement sécuritaire des bénéficiaires), afin de diminuer les accidents de travail dans ce secteur. Ce cours de 16 heures, vise principalement à modifier le comportement de travail relatif aux déplacements afin de les rendre sécuritaires, tout en préconisant une approche globale. Malgré cet effort, le personnel soignant, bien que représentant seulement 44,8% de la main-d'oeuvre dans ce secteur, regroupe 60,8% de l'ensemble des blessures au dos indemnisées (Bigaouette, 1991). En fait, au cours des années, les conseillers de l'ASSTSAS et les gens oeuvrant dans le milieu, ont relevé que les travailleurs et les travailleuses n'adoptent pas facilement les nouvelles méthodes plus

sécuritaires de déplacement des bénéficiaires préconisées par les enseignements dans leur milieu de travail. C'est à partir de cette constatation que le projet d'agent de suivi a été créé par l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales.

L'agent de suivi est un individu choisi parmi ses pairs, ayant du leadership et qui connaît bien les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires. Cette personne reçoit une formation, donnée par l'ASSTSAS, d'une durée de 14 heures répartie sur deux jours. Cette formation vise quatre objectifs d'apprentissage qui amène l'agent de suivi à être en mesure de:

1° faire une observation de tâche en rapport avec le PDSB;
2° identifier les difficultés de ses collègues et leur donner les consignes et le support nécessaire pour les corriger;
3° utiliser différentes combinaisons de principes pour réaliser un déplacement sécuritaire en fonction d'une situation précise;
4° réaliser une démarche de processus de solution de problème en présence d'un problème identifié en relation avec le déplacement sécuritaire des bénéficiaires.

L'objet de cette recherche est d'analyserle rôle de l'agent de suivi. Plus spécifiquement, la question de recherche est la suivante: quel est l'impact de ce mécanisme, sur l'augmentation de

l'application des principes de déplacement sécuritaire, par le personnel concerné?

1.2 Revue de la littérature

L'objet de cette recherche, du fait qu'il porte sur un mécanisme de feed-back destiné à renforcer des comportements sécuritaires dans la manipulation des bénéficiaires, conduit naturellement à consulter la littérature traitant de la modification du comportement, et plus spécifiquement le béhaviorisme même si d'autres approches sont également possibles. En effet, le potentiel d'application de l'approche béhavioriste a été très développé autour du concept de feed-back dans différents champs d'études, y compris en santé et sécurité du travail (Komaki et al., 1977). Cette approche a été utilisée pour étudier le travail chez les adultes (Campbell, 1971; Hamner, 1974; Nord, 1969; Porter, 1973). Les psychologues béhavioristes, qui font affaire avec des organisations, ont aussi commencé à utiliser cette approche avec les membres de ces organisations: le personnel des établissements de santé psychiatrique (Ayllon et Azrin, 1968; Panyon et al., 1970; Quilitch, 1975), les professeurs d'école élémentaire (Cooper et al., 1970), les travailleurs sociaux (Pierce et Risley, 1974).

Le béhaviorisme a comme objet d'étude le comportement. Selon le petit Larousse, le béhaviorisme propose d'établir des lois constantes reliant le stimulus et la réponse, et permettant de

prévoir le comportement si l'on connaît le stimulus. Ce dernier, est défini comme un élément susceptible de modifier le comportement, natament par les conséquences qui en découlent.

L'approche béhavioriste se définit par deux concepts fondamentaux: le comportement et le renforcement. Côté (1986) souligne que Skinner (1953), distingue deux types de comportements: le comportement répondant et le comportement opérant. Le comportement répondant est un comportement précis causé par un stimulus précis. C'est ce que Pavlov a démontré en réussissant à faire saliver un chien au son d'une cloche. Bien que Skinner accepte les principes du comportement répondant, il relève que les comportements humains ne sont pas simplement des réponses à des stimuli précis, mais des réponses qui entraînent des conséquences. Il s'agit alors du comportement opérant qui, selon Skinner, est un comportement qui produit des effets sur l'environnement; il est le propre des organismes actifs. Jablonsky et DeVries (1972) citent Skinner en ces termes:

> *"Operant conditionning as a science of behavior rest on the basis assumption that an individual learns mainly by producing change in his environment" (p. 341)*

Ceci signifie que l'individu qui ne peut faire aucun changement dans son environnement ne sera pas motivé à modifier son comportement de quelque façon. La force du conditionnement opérant est donc de manipuler différentes dimensions environnementales, et d'en examiner l'effet sur le comportement individuel. De plus,

l'être humain ne réagit pas seulement à partir de ses besoins primaires, mais aussi à partir de ses référents historiques personnels et de sa culture. Incorporer à l'analyse une perspective historique permet ainsi d'expliquer les différences importantes qui sont fréquemment notées en réponse à différents stimuli. Par exemple, les résultats d'une recherche, concernant les caractéristiques du travail sur la satisfaction individuelle des travailleurs, ont été expliquées par d'importantes différences dans l'histoire d'apprentissage des individus (House et Widgor, 1967).

Le conditionnement opérant réfère donc à un processus dans lequel les caractéristiques du comportement sont régulièrement modifiées par la conséquence environnementale du comportement. Jablonsky et DeVries (1972) classent ces conséquences en trois types: renforcement positif, renforcement négatif et stimulus neutre. Lorsque la conséquence environnementale stimule un comportement et augmente le nombre de réponses, il s'agit d'un renforcement positif. Selon Schneier (1974), le renforcement positif peut s'actualiser sous différentes formes: pécuniaire, tel le plan Scallon (Jehring, 1967), par des congés (Chung, 1972; Waird, 1972), des éloges, ainsi que l'appréciation sociale par les pairs, pour n'en nommer que quelques-unes.

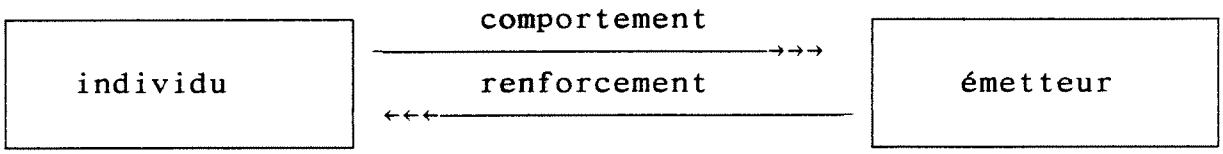
Le renforcement négatif, a une connotation plus coercitive et fait souvent référence, dans le milieu de travail, à des mesures disciplinaires. Ce type de renforcement a pour fonction d'éteindre

un comportement indésirable (McAfee, 1989). Les auteurs, allèguent que ce type de renforcement produit des effets secondaires indésirables telles qu'une baisse de la motivation, l'apparition d'une résistance passive etc. De plus, les effets désirés par le renforcement négatif sont souvent temporaires (Johnston, 1971; Luthans et Kreitner 1973). Enfin, la conséquence environnementale est considérée comme un stimulus neutre lorsqu'il ne se produit aucun changement.

Les renforcements positif et négatif peuvent être primaires ou secondaires. Ainsi, que l'effet peut être indépendant de l'expérience passée (primaire) ou à l'inverse, l'expérience passée peut influencer l'effet (secondaire).

En résumé, le comportement opérant renvoit à l'apprentissage de comportement individuel et collectif, dans lequel les conséquences environnementales influence le comportement. Le modèle créé par Nord (1969), explique bien la relation.

Figure 1 Le modèle de conditionnement opérant



Cependant, bien que ce modèle fournit une certaine explication de la relation, il ne peut être utilisé pour une analyse béhavioriste,

car il est incomplet. Il ne laisse aucune place aux facteurs externes de la relation qui peuvent modifier les résultats. De plus, la relation s'établit seulement en dyade, ce qui n'est pas toujours la réalité. Le conditionnement opérant peut provenir d'une multitude de sources.

Jablonsky et DeVries (1972) ont créé un modèle de conditionnement opérant plus dynamique qui inclut les différentes influences sur le comportement. Ce modèle se caractérise par un système ouvert où l'échange se fait entre plusieurs personnes. Bien que ce modèle soit plus dynamique et permet une analyse plus consistante, il ne tient pas compte des facteurs environnementaux tels que l'équipement, l'espace de travail, etc. Ces facteurs peuvent agir de façon positive ou négative sur le renforcement. Par exemple, l'employeur peut vouloir une plus grande rapidité d'exécution. Mais si l'équipement (environnement) ne le permet pas, ceci agira comme extincteur du comportement désiré. Bien que le but de cette recherche ne soit pas de créer un modèle d'analyse du comportement opérant, il est nécessaire de se référer au modèle existant. Cependant, il ne faut pas se limiter à ce dernier.

Ceci étant dit, pour parvenir au renforcement, l'individu doit être stimulé à cet effet. Le stimulus vise à amener la personne à adopter le comportement désiré. Ce comportement sera renforcé par les conséquences qui en découlent. Un stimulus couramment utilisé est le feed-back. Weiner, un théoricien de la cybernétique, est

généralement crédité de l'invention du concept de feed-back dans l'usage général (Duncan et Bruwelheid, 1985; Nadler, 1979). Dans une discussion sur le fonctionnement d'un système mécanique, il souligne,

> *"...control of a machine on the basis of its actual performance rather than its expected performance is know as feedback" (Weiner, 1954).*

Donc, le feed-back est une information concernant l'action ou la performance actuelle que le système utilise pour contrôler l'action future du système. L'application de ce concept de feed-back a été étendue au système social en général et plus particulièrement dans les organisations. Cependant, la vision cybernétique du feed-back a ses limites lorsqu'il s'agit du comportement humain (Nadler, 1979).

Connellan (1978) donne une définition du feed-back, mieux adaptée au comportement humain. Pour cet auteur, le feed-back est de l'information (ou communication) concernant la performance actuelle ou passée, communiquée de façon individuelle à l'employé, dans le but présumé d'influencer la performance future. Connellan, dans sa définition, ne prétend pas que le feed-back va automatiquement modifier le comportement, mais que le but visé est sa modification. Ce qui est plus en accord avec la définition du concept de renforcement opérant développé par Skinner. Par ailleurs, Connellan fait ressortir que le feed-back a deux bases conceptuelles différentes, l'une provenant de la théorie de l'information et

l'autre de la théorie du renforcement.

Ilgen et al.(1979) soulignent que le feed-back est un cas spécial du processus de communication générale où un donneur envoie un message à un receveur. Cependant, dans le cas du feed-back, le message contient de l'information sur le receveur. Dans ce cas-ci, le feed-back est défini seulement en termes d'information et n'a pas comme finalité de modifier le comportement, il vise plutôt à donner un stimulus. Prue et Fairbank (1981) reprennent sensiblement les mêmes termes mais spécifient que l'information donnée concerne la qualité ou la quantité de la performance passée du receveur.

Selon Vroom (1964), le feed-back peut servir à trois différentes fonctions: indicateur, apprentissage et motivation. Pour ce qui est des fonctions d'indicateur et d'apprentissage, le feed-back augmente la probabilité d'une connaissance adéquate des conséquences, d'une bonne ou mauvaise performance, chez l'individu et par extension chez l'employé. Schneier (1974), dans une revue de littérature, rapporte que plusieurs auteurs mettent l'emphase sur l'importance du feed-back pour renforcer la formation et l'entraînement. Pour ce qui est de la fonction de motivation elle s'actualise par une augmentation du désir, chez l'employé, d'obtenir de bons résultats. Nadler (1979) relève que plusieurs recherches supportent l'effet de motivation. Entre autre, dans une recherche expérimentale, Berkowitz et Levy (1956), ont trouvé que dans le groupe expérimental, le feed-back a augmenté la fierté

d'appartenir au groupe ainsi qu'une plus grande observation des comportements désirés. Arnold (1976), rapporte que le feed-back donné par un tiers a une relation positive avec le sentiment de compétence et la motivation intrinsèque des employés.

La majorité des études discutent de la manipulation du feed-back à partir de la performance du groupe ou des individus dans le groupe. Mais il y a un autre type de feed-back qui concerne le processus de fonctionnement du groupe et non pas seulement la performance globale. Ce type de feed-back a pour but d'aider le groupe, par des indications, à porter attention à certains aspects concernant sa façon de travailler. Nadler (1979) souligne qu'il y a très peu de recherche sur ce type de feed-back dans les groupes de travail. Jusqu'à aujourd'hui ce type de feed-back a surtout été appliqué à des groupes de formation (t-groups) et dans un but thérapeutique. Par ailleurs, Gibb et al. (1955), dans une expérimentation, ont trouvé que le feed-back de fonctionnement génère moins d'attitude défensive, chez les membres du groupe que le feed-back de performance.

Selon Nadler (1979), les études semblent indiquer que la fonction d'indicateur du feed-back peut être réalisée seulement lorsque le feed-back fournit de l'information claire concernant la nature et l'étendue des erreurs ainsi que la façon de corriger ces erreurs. Dans le feed-back de performance, il est important de clarifier les objectifs ainsi que la finalité du feed-back (Raven et Reitsma,

1957). Tandis que dans le feed-back de fonctionnement, l'effet du feed-back apparaît lorsqu'un modèle de comportement est donné (Walter et Miles, 1972; Walter, 1975). Par ailleurs, qu'il s'agisse de feed-back de fonctionnement ou de feed-back de performance, la littérature attribue cinq dimensions au feed-back: la source, le récepteur, la dimension temporelle, le mode de transmission et le message. Chacune de ces dimensions joue un rôle sur l'impact du feed-back.

La première dimension est la source du feed-back. Selon les auteurs, le feed-back peut provenir de différentes sources. Ilgen et al. (1979) ont classé les sources de feed-back en trois types: autre que l'individu, mais qui a connaissance de la performance de l'individu; l'environnement de travail lui-même; l'individu qui juge lui-même sa propre performance. Greller et Herold (1975) ont, quant à eux, défini cinq sources de feed-back: l'organisation formelle; le superviseur immédiat; les pairs; le travail et soi-même. Finalement, Fairbank et Prue (1982) en relèvent onze. Ils ajoutent à celles déjà mentionnées des combinaisons de sources telles que, le feed-back par les pairs et par le superviseur. En fait le travailleur est vu comme un receveur d'information oeuvrant dans un environnement capable de produire une variété d'information provenant d'une multitude de sources.

Ilgen et al.(1979) ont démontré que la crédibilité et le pouvoir de l'émetteur sont des facteurs particulièrement importants. Dans la

même ligne de pensée, d'autres auteurs, ont trouvé que le travailleur prend plus en considération le feed-back qui provient d'une source près de la situation de travail et de la performance (Greller, 1980; Greller et Herold, 1975). De plus, il a été démontré que l'efficacité du feed-back augmente dans le même sens que le pouvoir de la source (Ilgen et al., 1979; Prue et Fairbank, 1981). Par extension, plus la source de feed-back est près de la situation de travail et plus son pouvoir est grand, plus le feed-back aura des conséquences positives. Cependant, il ne faut pas associer que pouvoir égale statut. Une recherche indique que le statut de la source n'a pas d'effet significatif sur l'acceptation ou l'interprétation du feed-back donné (Halperin et al., 1976). C'est plutôt la personnalité de l'émetteur qui joue un rôle prédominant. Sur ce point, Prue et Fairbank (1981), soulignent que les relations interpersonnelles entre l'émetteur et le receveur doivent être considérées. Si les deux ont un passé antagoniste, l'impact du feed-back sera réduit de façon substantielle.

Une deuxième dimension est le récepteur, c'est-à-dire à qui est livré le message. La littérature fait une différence entre le feed-back donné à un groupe et le feed-back donné à un individu. Nadler (1979) relève trois différentes façons selon lesquelles le feed-back peut être transmis: 1) le feed-back individuel, lorsque le feed-back est donné à la personne même et concerne sa performance, sans aucune autre intervention sociale; 2) le feed-back individuel dans le groupe, lorsque le comportement individuel apparaît dans le

groupe et que l'information concernant ce comportement est donnée dans le groupe; 3) le feed-back de groupe, lorsque le feed-back est donné au groupe lui-même sur son fonctionnement ou sa performance comme unité.

Il peut y avoir des variations importantes dans l'effet du feed-back selon qu'il est transmis individuellement, aux individus dans le groupe ou au groupe lui-même. Les résultats d'une recherche de Berkowitz et Levy (1956) indique que le feed-back donné au groupe est plus efficace que le feed-back individuel. Les sujets qui ont reçu un feed-back de groupe ont démontré une plus grande fierté dans le groupe, et une plus grande motivation, que ceux qui ont reçu un feed-back individuel. Des recherches effectuées dans des conditions expérimentales, incluant différentes transmissions de feed-back, ont démontré que le feed-back de groupe comparé aux autres, génère plus de coopération, plus de motivation, pour l'obtention d'une bonne performance et moins de tension interpersonnelle. D'un autre côté, un combiné de feed-back de groupe et feed-back individuel crée une plus grande amélioration de la performance personnelle (Zajonc, 1962; Zander et Wolfe, 1964). Par ailleurs, l'étude de Zander et Wolfe (1964) démontre que lorsque les membres du groupe, travaillent de façon interdépendante, le feed-back de groupe est plus efficace. A contrario, lorsque le travail est plus indépendant, le feed-back de groupe est moins efficace.

En résumé, les études démontrent que le feed-back de groupe a des effets positifs sur les attitudes des individus dans le groupe, spécialement concernant l'appartenance, l'estime, l'implication ainsi que la motivation (Berkowitz et Levy, 1956; Frye, 1966). D'un autre côté, le feed-back individuel est plus efficace lorsqu'il s'agit d'augmenter la performance individuelle (Zajonc,1962; Smith, 1962). Enfin, le feed-back de groupe est plus efficace lorsqu'il y a interdépendance des tâches et lorsqu'il y a des rôles différents qui existent dans le groupe (Bekowitz et Levy, 1956; Cook, 1968).

Un autre facteur important en ce qui concerne la dimension du récepteur est l'âge de ce dernier. L'âge du récepteur influence le degré d'acceptation du feed-back. Meyer et Walker (1961) ont trouvé que les personnes plus âgées répondent moins au feed-back des autres que les plus jeunes. Ceci est dû au fait que l'âge est corrélé positivement avec l'expérience. Ilgen et al. (1979) soulignent:

> *"The greater the experience, the more the individual may tend to use his or her own past experience as a source of feedback and the more likely he or she should be to reject the feedback from others." (p. 358)*

La troisième dimension importante, est la dimension temporelle. Il y a deux caractéristiques à cette dimension. La première est la durée de l'interaction du feed-back. Selon Prue et Fairbank (1981), la durée joue un rôle interdépendant avec les autres dimensions du feed-back et n'est pas un facteur significatif de l'efficacité de l'intervention. La deuxième caractéristique est beaucoup plus

significative. Il s'agit de la contiguïté entre la performance et le feed-back. Il a été trouvé qu'un feed-back immédiat, dans le but de corriger une réponse, a un très grand impact positif sur les performances futures, tant individuellement que chez les groupes (Glaser et Klauss, 1966). Par contre, Prue et Fairbank (1981) rapportent que l'aspect de contiguïté n'est pas clair. Ils soulignent que les données de plusieurs recherches démontrent qu'il n'est pas nécessaire que le feed-back suive immédiatement la performance.

L'aspect important dont il faut tenir compte est la fréquence du feed-back. Il semble y avoir une relation positive entre la fréquence du feed-back et l'amélioration de la performance, mais la relation entre la fréquence du feed-back et le sentiment de compétence va dans le sens opposé (Ilgen et al., 1979). Par contre, le contrôle personnel est une condition nécessaire à la motivation intrinsèque (Deci, 1975; Chhokar et Wallin, 1984). Le fait est que le comportement ou la performance doit nécessairement être observé pour qu'un feed-back puisse être émis. Si l'observation est trop fréquente, le sentiment de contrôle personnel diminue. Cette perte de contrôle a pour effet de diminuer la motivation intrinsèque et réduit d'autant le désir de répondre favorablement au feed-back.

La quatrième dimension est le mode de transmission utilisé pour émettre le feed-back. Prue et Fairbank (1981) relèvent quatre mécanismes différents: verbal, écrit, mécanique et par soi-même. La

méthode la plus fréquente est le feed-back verbal dans une relation interpersonnelle de un pour un. Les avantages de ce mécanisme sont souvent la contiguïté avec le comportement et aussi qu'il prend peu de temps. Il faut cependant prendre en considération la source de feed-back, tel que précisé précédemment.

Le feed-back écrit se présente sous différentes formes: communication écrite personnelle, note, circulaire et l'envoi public contenant de l'information sur la performance. Quel qu'il soit, le feed-back écrit a l'avantage de garder "l'histoire" du feed-back donné. C'est d'ailleurs la méthode préconisée en matière d'évaluation du personnel. Le feed-back mécanique est une autre méthode utilisée. Les exemples sont le feed-back par vidéo et les impressions électroniques des résultats atteints sur une base quotidienne. Le dernier mécanisme est le feed-back émis par soi-même. Le côté intéressant de ce mécanisme est que l'individu joue un rôle important dans l'intervention. Prue et Fairbank (1981:8) soulignent que malheureusement peu de recherches ont été effectuées sur le feed-back mécanique et le feed-back par soi-même, il est donc difficile d'en ressortir les forces.

La cinquième et dernière dimension importante du feed-back, est le message lui-même et son contenu. Le feed-back, à l'instar du renforcement peut être positif ou négatif. Le feed-back positif est perçu et mémorisé plus correctement que le feed-back négatif (Herold et Parson, 1985). Par ailleurs, une recherche démontre que

lorsqu'un feed-back défavorable est donné, le sentiment d'appartenance au groupe, ainsi qu'une orientation vers un comportement homogène de groupe, est beaucoup plus faible que lorsqu'un feed-back favorable est donné (Berkowitz et Levy; 1956). Dans une recherche, Gibb et al. (1955) ont donné un feed-back de groupe favorable et défavorable, et les résultats démontrent que lorsqu'un feed-back défavorable est donné, il y a une plus grande attitude défensive. Une recherche plus détaillée sur les résistances dans les réponses au feed-back a été effectuée par Dustin (1966). Les données concernant la performance ont été manipulées de façon à créer une expérience favorable et défavorable pour le groupe. Dans le groupe qui a vécu une expérience défavorable, un certain comportement de résistance est apparu. Premièrement, le groupe qui a reçu le feed-back défavorable a démontré un niveau d'aspiration beaucoup plus faible que dans le groupe favorable. Deuxièmement, le feed-back défavorable a semblé augmenter le phénomène d'attribution causale à des facteurs extérieurs au groupe et non pas au groupe lui-même. Finalement, le groupe qui a reçu le feed-back défavorable a eu tendance à déformer les résultats du groupe. Zander et Wulff (1966) ont trouvé les mêmes éléments en ce qui concerne le feed-back individuel.

Un autre aspect du message est son contenu, c'est-à-dire quel type d'information est transmis. Normalement, le type d'information utilisé inclut: (a) comparaison de la performance individuelle avec la performance prévue; (b) comparaison de la performance

individuelle avec une performance standard déterminée à partir de la performance d'un grand nombre d'individus; (c) comparaison de la performance du groupe avec la performance prévue (la performance individuelle n'est pas importante); (d) comparaison de la performance du groupe avec un standard de performance de groupe; (e) présentation de la performance individuelle comme un pourcentage de la performance du groupe.

Pour déterminer le contenu du feed-back il faut connaître le type d'information disponible. Par ailleurs, si l'on veut comparer des individus, il est important de s'assurer qu'ils sont comparables, c'est-à-dire qu'ils sont en nombre suffisant, qu'ils possèdent les mêmes caractéristiques, qu'ils effectuent les mêmes tâches, qu'ils travaillent dans le même contexte, etc. Une autre dimension du contenu du feed-back réfère à des éléments de base pour que le feed-back soit efficace. Pour qu'un feed-back soit efficace il doit être clair et compréhensible, spécifique au comportement et que l'emphase soit mise sur le récepteur (Hamner et Hamner 1976). De plus, le contenu du feed-back ne doit jamais faire référence aux caractéristiques personnelles de l'individu (Fletcher et Williams, 1976).

Finalement, le contenu peut être une combinaison de feed-back simple avec d'autres types d'informations. Par exemple, Locke et al. (1968), soutiennent que les données de performance doivent être établies, en référence avec une performance standard de base. Il

est en fait beaucoup plus avantageux de déterminer la performance standard de base que de laisser l'individu jouer au devin avec son standard de performance. Dans cette perspective, il a été démontré que l'intervention de feed-back combinée avec la détermination d'objectifs est plus efficace que l'intervention de feed-back seule (Kim et Hamner, 1976). Dans le même sens, Balcazar et al. (1986) ont effectué une revue de littérature des dix années antérieures, à travers quatre importantes revues: Academy of Management Journal, Journal of Applied Behavior Analysis, Journal of Applied Psychology, et Journal of Organizational Behavior Management. Ils ont trouvé que la combinaison feed-back et fixation d'un objectif, a un effet plus important que le feed-back seul.

Locke et ses collègues (1968) ainsi que Erez (1977), se sont penchés sur la connaissance des résultats par le groupe ou les individus. Locke et al. (1968) ont trouvé que la connaissance des résultats n'est pas une condition nécessaire à la fixation d'objectif. Cependant, selon Erez (1977) ils n'ont pas directement vérifié l'hypothèse que la connaissance des résultats est une condition nécessaire pour la fixation d'objectif affectant la performance. La recherche effectuée par Erez vérifiait cette hypothèse. Elle a démontré que la connaissance des résultats est une condition nécessaire à la fixation d'objectif de performance. De plus, lorsque l'objectif est déterminé par le groupe lui-même, la connaissance des résultats stimule à une plus grande performance future. Dans une recherche ultérieure, Locke et al. (1981) sont

arrivés à la conclusion que l'objectif et la connaissance des résultats sont réciproquement dépendants, et que les deux contribuent à augmenter la performance.

1.3 État de la recherche béhavioriste appliquée à la santé et sécurité au travail

L'élément humain retient l'attention des chercheurs en santé et sécurité au travail depuis que Heinrich (1959) a signalé que la majorité des accidents du travail sont attribuables à des actions non-sécuritaires. Par la suite, il a été reconnu que l'interaction entre l'élément humain et l'environnement physique est l'une des causes primaires d'accident (Fitch et al., 1976; Grimaldi et Simonds, 1975; Hale et Hale, 1970).

Le succès de l'application de l'analyse béhavioriste dans les organisations, combiné à l'importance de l'élément humain en santé sécurité au travail, suggère l'utilisation de l'analyse béhavioriste en santé et sécurité au travail (Chhokar et Wallin, 1984). C'est une approche qui propose d'augmenter la fréquence des comportements sécuritaires et de diminuer la fréquence des comportements non-sécuritaires. De plus les programmes béhavioristes qui utilisent le feed-back sans conséquence pécuniaire se sont avérés jusqu'à présent être une stratégie de motivation efficace et bien accepté par les employés et les employeurs (Komaki, Heinzmann, Lawson, 1980).

Dans une discussion sur les différents aspects qui font en sorte que la décision d'un travailleur engage un comportement non-sécuritaire, Chhokar et Wallin (1984) rapportent le propos suivant:

> *"One of the reasons people commit unsafe acts (undesired performance) is because they have been rewarded in the past for doing just that, and/or they have been ignored or penalized in the past for working safely. If management has ignored (or penalized workers for safe behavior, or reward (in the worker's eyes) unsafe behavior, management has made unsafe behavior a logical choice for workers." (p. 142)*

En fait, le comportement non-sécuritaire se trouve renforcé par la direction, la production ayant plus d'importance qu'un comportement sécuritaire. De plus, Sulzer-Azaroff (1978) a observé que les pratiques non-sécuritaires persistent parce qu'elles sont renforcées de façon naturelle. Une autre raison avancée, est que les travailleurs ont une faible perception qu'une action non-sécuritaire peut occasionner un accident et lui causer des blessures. En fait, les punitions naturelles au comportement non-sécuritaire sont faibles, délayés ou très rares. Donc tous les efforts pour augmenter la sécurité doivent contrer ces deux obstacles.

Komaki et al. (1980), ont effectué une recherche avec un design de données de base multiple. Ce type de design consiste à prendre des mesures des comportements des individus dans le groupe expérimental avant et après chaque intervention prévue dans le plan d'expérimentation. Dans ce cas-ci, le plan d'intervention prévoyait deux interventions: en premier lieu, une formation des individus et

en deuxième lieu, du feed-back donné au groupe par le superviseur. Ils ont clairement démontré que la formation seule n'est pas suffisante pour modifier et maintenir la performance sécuritaire. En effet, c'est seulement lorsqu'ils ont introduit le feed-back à la suite de la formation qu'ils ont constaté une modification importante du comportement et un maintien du nouveau comportement.

Dans une recherche de Chhokar et Wallin (1984), le comportement sécuritaire des employés d'une industrie de fabrication de métal a été observé à partir d'un instrument d'observation comportant trente-cinq comportements clés spécifiques. Il s'agit d'une recherche expérimentale avec plusieurs observations avant traitement. L'application de l'approche béhavioriste comportait la formation, la fixation d'objectif et le feed-back. La variable dépendante dans cette étude était le comportement sécuritaire des employés au travail, défini par le pourcentage des employés qui performent d'une façon complètement sécuritaire. Les résultats supportent deux hypothèses. La première est que le pourcentage des comportements sécuritaires après la formation et la fixation d'objectif est plus élevé que lors des observations avant traitement. La seconde hypothèse est que la performance avec feed-back de groupe est plus élevée que sans feed-back. Reber et al. (1984) sont arrivés aux mêmes conclusions dans une étude effectuée dans une manufacture de canne à sucre. Cohen et Jensen (1984) dans une recherche comparative intra et inter groupes, ont aussi montré qu'il y a augmentation du comportement sécuritaire lorsque la

formation est suivie d'un feed-back individuel. Donc, que le feed-back soit de groupe ou individuel, toute chose égale par ailleurs, il y a augmentation du comportement sécuritaire.

Reber et Wallin (1984), dans une manufacture de machinerie de ferme, ont effectué une étude ayant pour variable dépendante le pourcentage des employés qui performent de façon sécuritaire et la fréquence des accidents de travail. Il s'agit d'un design de recherche expérimentale avec des données de base multiple. L'intervention comportait la formation, la fixation d'objectif et la connaissance des résultats. Les résultats montrent qu'il y a augmentation du comportement sécuritaire après chaque intervention, mais encore plus, lorsqu'un objectif est fixé et qu'il y a connaissance des résultats.

Dans une revue de littérature, McAfee et Winn (1989), soulignent que l'ensemble des recherches, sans exception, démontrent que le feed-back augmente le comportement sécuritaire et/ou réduit les accidents de travail dans un court laps de temps. Dans les vingt-quatre études répertoriées par McAfee et Winn (1989), dix-neuf ont utilisé un design de données de base multiple, quatre un design avant-après et une seule un design de comparaison entre les groupes et dans le groupe. Dans leur recherche, Reber et Wallin (1984) soulignent que l'élément crucial d'un design de données de base multiple est l'introduction des traitements à différents intervalles. En introduisant les interventions à différents

moments, on peut non seulement estimer si la performance sécuritaire change, mais à quel moment elle change. Par ailleurs, ce type de design engendre quelques problèmes de validité interne et externe. Par exemple, les facteurs externes tels que les instructions précédant chaque phase d'expérimentation peuvent interagir avec la manipulation expérimentale et ainsi influer sur les résultats. De plus, il est périlleux de généraliser les résultats, à moins bien sûr que tous les facteurs soient identiques, ce qui est plutôt rare.

Par ailleurs, plusieurs de ces recherches ont été effectuées sur une courte période (moins d'un an). Il y a donc lieu de s'interroger quant à la permanence des effets de ces traitements, en somme si l'impact est durable. De plus, on rapporte que l'effet de multiples variables indépendantes sur la satisfaction des employés ainsi que la relation supérieur-subordonné ont été largement ignorés (Komaki et al., 1978; McAfee et Winn, 1989). Pourtant, ces aspects découlent des cinq dimensions déjà abordées (source, récepteur, temps, transmission, message). De plus, la revue de littérature béhavioriste en santé et sécurité permet de constater que les chercheurs laissent de côté des variables qui peuvent influencer l'application du comportement sécuritaire. Par exemple, le fonctionnement inadéquat de l'équipement ou encore des espaces de travail trop restreints peuvent avoir une incidence sur l'adoption du comportement sécuritaire.

1.4 Modèle conceptuel, hypothèses et opérationnalisation

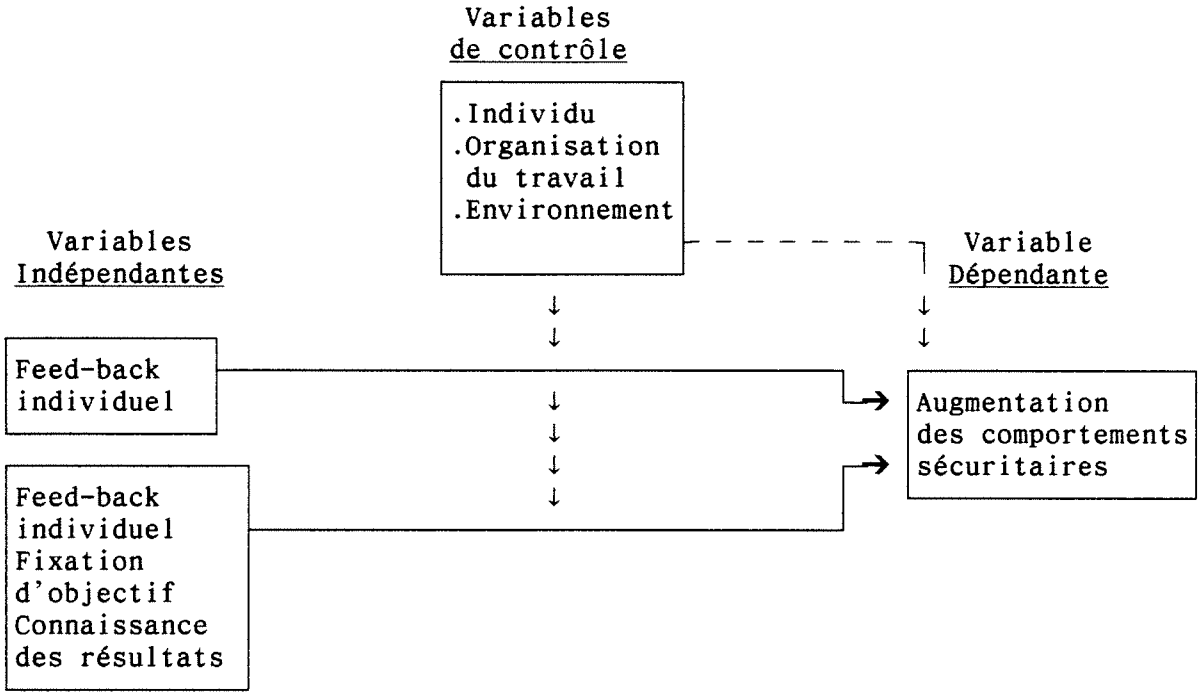
Tel que déjà spécifié, l'objet de cette recherche est d'étudier le rôle de l'agent de suivi. L'objectif de la recherche consiste à évaluer l'impact de ce mécanisme sur l'adoption et l'application des principes de déplacement sécuritaire, par le personnel soignant. Pour y parvenir deux formules ou traitement vont être mis en application. La première formule consiste pour l'agent de suivi à fournir un feed-back individuel seulement. La seconde est d'expérimenter, en plus du feed-back individuel, la fixation d'un objectif de performance à atteindre ainsi que la connaissance des résultats qu'on peut assimiler à du feed-back de groupe.

Il y a deux hypothèses à la base de ce modèle. La première hypothèse est que le feed-back individuel augmente le comportement sécuritaire. La seconde hypothèse est que, la fixation d'objectif et la connaissance des résultats augmentent aussi le comportement sécuritaire.

Cependant, le modèle conceptuel dévie des études béhavioristes classiques. En effet, il nous apparaît que certains facteurs peuvent influencer la relation entre les variables indépendantes (traitements) et la variable dépendante. Ceci est une nouveauté par rapport au modèle béhavioriste pur qui relie directement le stimulus à la conséquence environnementale. Il est donc nécessaire d'introduire des variables de contrôle afin de s'assurer que

l'impact des variables indépendantes est bien dû à ces dernières.

Figure 2 Modèle conceptuel de la recherche



Ce modèle conceptuel est basé sur la définition de l'agent de suivi comme mécanisme de feed-back. On suppose que le feed-back individuel a un effet de renforcement positif et augmente le comportement sécuritaire dans le déplacement des bénéficiaires. Cependant, le modèle suggère que la relation entre les traitements et les résultats finaux doit être contrôlée par trois variables (individu, organisation du travail et environnement).

Selon le modèle il y a expérimentation de deux formules. La première est l'émission d'un feed-back individuel ponctuel donné par l'agent de suivi auprès du personnel soignant, pendant toute la durée de l'expérimentation, soit 15 semaines. La seconde est

l'émission d'un feed-back individuel ponctuel seul pour une période de six semaines, auquel s'ajoute à partir de la septième semaine, la fixation d'un objectif de pourcentage de comportement sécuritaire à atteindre (fixé par le groupe lui-même) et l'information données au groupe à chaque semaine qui lui permet de connaître ses résultats. Pour les deux situations, nous devrions constater une augmentation du comportement sécuritaire, après la mise en place du mécanisme d'agent de suivi.

Dans cette recherche, la variable dépendante est l'augmentation des comportements sécuritaires. Cette variable se mesure par le pourcentage des employés qui performent dans leur travail de façon entièrement sécuritaire. Notons que le comportement est jugé sécuritaire seulement lorsque l'ensemble des gestes observés sont sécuritaires. Si un employé travaille en accord avec la majorité des règles de sécurité, mais qu'il en viole une partie, il existe un risque de blessure. Dans ce cas, cet employé est considéré comme travaillant de façon non-sécuritaire.

Tel que le modèle conceptuel le montre, les variables indépendantes sont composées par deux traitements distincts. Le premier consiste en un feed-back individuel seul et le second ajoute la fixation d'un objectif de performance et feed-back au groupe sur ses résultats. Pour ce qui est du premier traitement, les faits rapportés par les conseillers de l'ASSTSAS sont à l'effet que la formation PDSB seule n'est pas suffisante pour modifier et

maintenir un comportement sécuritaire. D'ailleurs, Komaki et al. (1980), ont démontré que c'est seulement lorsqu'ils ont introduit le feed-back à la suite de la formation qu'ils ont constaté une modification et un maintien du nouveau comportement. De plus, une recherche de Chhokar et Wallin (1984) a démontré que lorsqu'un feed-back suit la formation, la performance sécuritaire est plus élevée que sans feed-back.

En ce qui concerne le deuxième traitement, la revue de littérature suggère que le feed-back combiné avec la fixation d'objectif est plus efficace que l'intervention de feed-back seul (Balcazar et al., 1986; Kim et Hamner, 1976). De plus, il a été démontré que la connaissance des résultats est une condition nécessaire à la fixation d'objectif (Erez, 1977; Locke et al., 1981; Wallin, Chhokar, 1990). Ceci est en accord avec une recherche effectuée par Reber et Wallin (1984). Dans leur recherche, ils ont montré que la fonction de connaissance des résultats agit en augmentant l'effort, encourage l'atteinte d'un nouvel objectif, et renforce la performance.

Il y a encore peu de recherches en santé sécurité au travail qui ont utilisé l'intervention composée par le feed-back, la fixation d'objectif et la connaissance des résultats. La revue de littérature effectuée par McAfee et Winn (1989) fait état de seulement deux recherches ayant pour intervention le feed-back et la fixation d'objectif (Chhokar et Wallin, 1984; Reber et al.,

1984) ainsi qu'une seule ayant l'intervention feed-back, fixation d'objectif et connaissance des résultats (Reber et Wallin, 1984). De plus, les trois recherches ont été effectuées dans des entreprises industrielles. Jusqu'à présent rien ne démontre l'applicabilité de cette formule à d'autres secteurs, comme celui des services. Il y a donc un intérêt évident à utiliser les deux formules et de les comparer entre elles. Il est important de souligner qu'aucune de ces recherches n'a comparé les traitements de façon indépendante l'un de l'autre. Dans ce sens, notre recherche va permettre d'apporter un éclairage nouveau sur ces types d'intervention.

Les variables de contrôle sont de trois ordres: environnement, individu et organisation du travail. Tel que déjà souligné, les caractéristiques de l'environnement de travail ressortent comme étant l'une des causes primaires des accidents de travail (Fitch et al., 1976; Grimaldi et Simonds, 1975; Hale et Hale, 1970). Plus précisément, il s'agit de l'espace de travail; de l'équipement; de l'entretien des espaces et des équipements. Dans le modèle conceptuel l'environnement se divise en deux dimensions: physique, organisationnelle. La dimension physique référant aux espaces, équipements et entretien, est mesurée par des données factuelles et de l'observation directe. Ces facteurs, étant constants au cours de la recherche sont utilisés comme variable de contrôle. Quant à la dimension organisationnelle, elle réfère aux nombres de patients dans l'unité au moment des observations. Ainsi, il sera possible de

vérifier si le nombre de patients joue un rôle dans l'adoption des comportements sécuritaires. On peut supposer que plus le nombre de patients est élevé, moins le personnel a de temps pour effectuer sa tâche et plus il y a de contraintes à l'adoption de comportements sécuritaires. Notre hypothèse est à l'effet que les variations à la hausse dans le nombre de patients lors des journées d'observation auront un effet négatif sur l'impact des variables indépendantes, de même que sur la variable dépendante.

A des fins descriptives, nous avons considéré une dernière dimension, soit l'intérêt du supérieur immédiat pour la santé et sécurité qui est mesurée par un questionnaire (annexe 2). Cohen (1977) a fait ressortir un facteur clé qui assure le succès des programmes de santé et sécurité au travail, soit la volonté de la direction, définie par le support et l'intérêt de la direction dans les activités de santé et sécurité. De plus, la perception du personnel soignant face aux caractéristiques de l'environnement sont aussi prises en considération dans ce questionnaire et seront utilisées dans la partie descriptive de cette recherche.

Les caractéristiques individuelles retenues dans le modèle conceptuel sont le poste de travail, le sexe et l'utilisation d'appareil. Ces trois variables sont directement notées sur la grille d'observation (annexe 1) lors des observations. Pour ce qui est du poste de travail, les préposés aux bénéficiaires, de par leur tâche, sont ceux qui effectuent le plus grand nombre de

déplacements de bénéficiaires. En ce sens, on peut supposer que les préposés aux bénéficiaires ont davantage développé un comportement sécuritaire. On peut donc faire l'hypothèse qu'un plus grand pourcentage des préposés aux bénéficiaires parmi les personnes observées aura un effet positif sur l'impact des variables indépendantes, de même que sur la variable dépendante. En ce qui concerne le sexe, les préposés aux bénéficiaires sont majoritairement de sexe masculin et c'est ce groupe d'employés qui a été le plus observé. De plus, ce sont eux qui sont sollicités lors de déplacements particulièrement difficiles. Notre hypothèse est à l'effet qu'un plus grand pourcentage d'hommes, parmi les personnes observées, aura un effet positif sur l'impact des variables indépendantes ainsi que sur la variable dépendante. La troisième variable individuelle est l'utilisation d'appareil. Le choix de placer cette variable dans le bloc des variables individuelles est simplement dû au fait que la décision d'utiliser ou non le lève-patient, dépend en bonne partie de l'individu, même si certaines circonstances du travail peuvent influencer sa décision (nombre de patients, exiguïté des lieux, etc.). Le fait est qu'il est beaucoup plus rapide pour un individu de soulever lui-même le bénéficiaire plutôt que d'installer le lève-patient pour effectuer un transfert de façon sécuritaire. Notre hypothèse est à l'effet que l'utilisation d'appareil aura un effet positif sur l'impact des variables indépendantes et sur la variable dépendante.

Certaines autres caractéristiques individuelles sont retenues à des fins descriptives. En effet, elles réfèrent à la formation personnelle, la motivation (McAfee et Winn, 1989), l'expérience et l'âge (Ilgen et al. 1979). En ce qui concerne la formation personnelle, elle réfère à la formation PDSB ainsi qu'au suivi de formation. En principe, le récepteur doit préalablement avoir reçu la formation de base pour bien recevoir le feed-back. La motivation du récepteur à modifier son comportement dans son travail est aussi un facteur important. En effet, si le récepteur présente une forte résistance aux changements l'effet du mécanisme d'agent de suivi comme émetteur de feed-back peut être fortement modéré. Quant à l'expérience et l'âge, la revue de littérature démontre que plus l'individu a de l'expérience moins il est réceptif au feed-back (Ilgen et al., 1979). Il en est de même en ce qui concerne l'âge (Meyer et Walker, 1961). La formation, la motivation, l'expérience et l'âge ne sont pas mesurées lors des observations. La raison est que l'élément observé n'est qu'une partie d'une tâche et que l'observation ne dure que quelque secondes. L'employé observé n'est donc pas disponible pour répondre à des questions, il doit poursuivre et terminer sa tâche. La motivation est mesurée par le questionnaire (annexe 2) tandis que la formation, l'expérience et l'âge sont des données factuelles recueillies sur l'ensemble du personnels des unités étudiées.

Altman (1970) a fait ressortir certaines caractéristiques du travail qui affectent la sécurité. Parmi celles-ci, une dimension

importante réfère au temps de travail. Sur la grille d'observation, l'heure est notée systématiquement. Il est donc possible de vérifier si l'heure, plus ou moins avancée dans la journée de travail, a un effet dans l'adoption du comportement sécuritaire. A cet egard, on suppose que plus la journée avance, plus la fatigue s'installe et l'attention se relâche. Notre hypothèse est que l'heure aura un effet négatif sur l'impact des variables indépendantes ainsi que sur la variable dépendante.

La revue de littérature a démontré jusqu'ici l'impact positif du feed-back comme stimulus, sur le comportement futur. Par ailleurs, certaines recherches ont démontré que le feed-back accompagné de la fixation d'objectif augmente de façon significative le comportement sécuritaire. Il y a donc lieu de croire que le feed-back accompagné de la fixation d'objectif et de la connaissance des résultats donne un résultat supérieur au feed-back seul. Cependant, comme je l'ai souligné précédemment, peu de recherches en santé et sécurité au travail ont appliqué cette intervention. On peut donc s'interroger quant à l'applicabilité de cette formule dans un secteur tel que les services sociaux et les affaires sociales. C'est un secteur qui connaît d'importantes difficultés en matière de santé sécurité au travail. Les statistiques rapportées précédemment, concernant les atteintes au dos en font foi. C'est aussi un secteur qui est tributaire des octrois gouvernementaux et de contrainte budgétaires. La recherche peut permettre de voir si le feed-back pourait être un moyen efficace pour l'amélioration des

comportements sécuritaires.

Pour terminer ce chapitre, je présente deux tableaux illustrant l'opérationnalisation des variables considérées dans cette recherche. Le premier tableau (page suivante) présente l'opérationnalisation des variables du modèle conceptuel. Le second tableau présente différentes variables descriptives complémentaires qui vont permettre de situer les unités sous observation.

Tableau 1 Opérationnalisation des variables du modèle conceptuel

Variables	Dimensions	Indicateurs
INDÉPENDANTE .Type de traitement	Feed-back	L'agent de suivi donne régulièrement du feed-back au personnel soignant
	Feed-back Fixation d'objectif Connaissance des résultats	L'agent de suivi donne régulièrement du feed-back. Dans deux unités sur quatre et à partir de la 7e semaine, un objectif est fixé par le groupe en terme de pourcentage de comportements sécuritaires à atteindre. Les résultats sur les comportements sécuritaires sont donnés à chaque semaine à l'agent de suivi qui le transmet au personnel soignant.
DÉPENDANTE .Augmentation des comportements sécuritaires		Pourcentage des comportements sécuritaires observés à chaque semaine*
CONTRÔLE .Caractéristiques individuelles	Sexe	Pourcentage d'hommes parmi les personnes observées*
	Statut	Pourcentage de préposés aux bénéficiaires parmi les personnes observées*
	Appareil	Pourcentage d'utilisation d'appareil par les personnes observées*
.Caractéristiques du travail	Heure	Pourcentage de personnes observées à différents moments de la journées de travail*
.Environnement	Physique	Lieu de travail (espace total, espace réel). Équipement (entretien, fonctionnement). (données factuelles)
	Organisationnelle (charge de travail)	Nombre de patients, mesuré à chaque jour d'observation

* Voir la grille d'observation à l'annexe 1

Tableau 2 Opérationnalisation des variables descriptives

Variables	Dimensions	Indicateurs
Environnement	Physique	Perception du personnel soignant concernant le lieu de travail, les équipements et l'entretien.*
	Santé et sécurité	Perception du personnel soignant concernant l'intérêt du supérieur immédiat en matière de santé et sécurité au travail. Perception des risques.*
Caractéristiques individuelles	Émetteur	Perception des interventions de l'agent de suivi par le groupe.*
	Récepteur	Caractéristiques socio-démographiques: âge, expérience, ancienneté, formation PDSB (données factuelles) Satisfaction au travail.*
Caractéristiques du travail	Organisation du travail	Perception du personnel soignant concernant la fréquence des tâches, temps d'exécution, répartition du travail et la collaboration.*

* Voir le questionnaire à l'annexe 2

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

Ce deuxième chapitre est consacré à la méthodologie adoptée pour effectuer cette recherche. Dans un premier temps, je définis le cadre dans lequel cette recherche va s'effectuer et avec quel devis. Dans un deuxième temps, je vous présente le lieu où s'effectue la recherche, la population qu'elle vise et les groupes qui y sont étudiés. Dans un troisième et dernier temps, j'élabore sur les mesures et les différents outils qui ont été développés.

2.1 Le devis de recherche

Cette recherche s'inscrit dans un cadre quasi-expérimental invoqué avec mesures avant/après. Constandriopoulos et al. (1990) soulignent:

> *"Ces devis sont soit des adaptations de ceux de la recherche quasi expérimentale, soit des devis dans lesquels l'évolution du phénomène dans le temps permet, quand le nombre d'observation est suffisamment grand, d'observer l'influence des variations du phénomène à l'étude." (p.37)*

Dans le milieu où s'effectue la recherche, il est possible de manipuler la variable indépendante pour en mesurer les effets sur ma variable dépendante qui est le comportement sécuritaire des individus dans les groupes mais pas d'en avoir un contrôle total.

Les devis quasi expérimentaux sont des adaptations du devis expérimental. Il est nécessaire que je connaisse l'évolution temporelle de la variable dépendante soit, l'augmentation des comportements sécuritaires. La prise de données avant l'intervention sur le comportement sécuritaire sert de situation témoin par rapport à l'évolution après l'intervention qui est la situation expérimentale.

Pour répondre à ces impératifs quatre groupes ont été déterminés en prenant soin que chaque paire réfère à deux unités semblables entre elles. Dans les quatre groupes il y a un agent de suivi. Dans chacune des paires, un groupe recevra l'intervention de feed-back seulement tandis que l'autre recevra l'intervention de feed-back, fixation d'objectif et connaissance des résultats. Une prise de données témoins ("baseline"), sur le niveau de comportements sécuritaires, a été effectuée avant le début des interventions.

2.2 Lieu de recherche, population et groupes

Cette recherche s'effectue à l'hôpital St-Luc qui est un centre hospitalier universitaire situé à Montréal. Après différentes phases d'agrandissement l'hôpital St-Luc est devenu un centre hospitalier de toute première importance.

La population ciblée est le personnel soignant de quatre unités de soins. Les unités ont été choisies à partir d'un critère précis. Il

devait y avoir un besoin réel d'une intervention de prévention. La présence de ce besoin a été défini par les statistiques d'accident de travail. Les tableaux suivants font état des statistiques générales pour l'ensemble de l'hôpital.

Tableau 3 Statistiques générales d'accidents du travail, selon les grandes directions

Direction	Accidents avec arrêt	Accidents sans arrêt	Total	Jours d'absence *	Indice de gravité **
Soins infirmiers	73 (54,5%)	268 (58,8%)	341 (57,8%)	1573 (73,1%)	21,5
Services auxiliaires	21 (15,7%)	41 (9%)	62 (10,5%)	186 (8,6%)	8,9
Services hospitaliers	29 (21,6%)	52 (11,4%)	81 (13,7%)	344 (16%)	11,9
Générale adjointe	9 (6,7%)	33 (7,2%)	42 (7,1%)	32 (1,5%)	3,6
Générale	1 (0,7%)	60 (13,1%)	61 (10,3%)	1 (0,5%)	1
Services professionnels	0	0	0	0	0
Finances	1 (0,7%)	2 (0,4%)	3 (0,5%)	17 (0,8%)	17
Ressources humaines	0	0	0	0	0
Total	134 (100%)	456 (100%)	590 (100%)	2153 (100%)	16.1

Tableau tiré du rapport de données statistiques relatives aux accidents du travail, 1992, l'hôpital St-Luc.

* Données estimées avec la date présumée de retour au travail pour les accidents dont la période de consolidation n'est pas terminée.

** Jours perdus/arrêt

Tableau 3 Statistiques générales d'accidents du travail, selon les grandes directions (suite)

Direction	Rechutes	Employés par direction	Indice de fréquence acc. total /10 trav.	Indice de fréquence accident avec arrêt /10 trav.	Coûts
Soins infirmiers	10	1420 (47,3%)	2,40	0,51	154538.05 (80,2%)
Services auxiliaires	2	262 (8,7%)	2,36	0,80	15154.57 (7,9%)
Services hospitaliers	2	530 (17,6%)	1,53	0,55	17905.37 (9,3%)
Générale adjointe	0	446 (14,8%)	0,94	0,20	3661.29 (1,9%)
Générale	0	153 (5,1%)	3,99	0,07	344.68 (0,2%)
Services professionnels	0	18 (0,6%)	0	0	0
Finances	0	133 (4,4%)	0,22	0,08	1189.27 (0,6%)
Ressources humaines	0	43 (1,4%)	0	0	0
Total	14	3005 (100%)	1,96	0,45	192793.23

Tableau tiré du rapport de données des statistiques relatives aux accidents du travail, 1992, hôpital St-Luc.

Ces statistiques démontrent clairement que la démarche doit se faire à la direction des soins infirmiers. En effet, cette direction remporte la palme pour l'ensemble des statistiques. Cependant une certaine amélioration est notée par rapport aux années antérieures. Les chiffres révèlent une diminution de 25,27% dans les jours d'absences passant de 2105 en 1991 à 1573 pour 1992. Le tableau 4 présente les statistiques générales de l'établissement des cinq dernières années concernant les jours d'absence et le total des accidents pour la direction des soins infirmiers.

Tableau 4 Statistiques des jours d'absence et du total des accidents de la direction des soins infirmiers, de 1988 à 1992

Années	Jours d'absence	Total des accidents
1988	1866	403
1989	2416 (22,76%)	357 (-11,41%)
1990	1653 (-31,58%)	337 (-5,6%)
1991	2105 (21,47%)	340 (0,9%)
1992	1573 (-25,27%)	341 (0,3%)

Il apparaît que les années 1990 et 1992 ont connu des diminutions importantes dans le nombre de jours d'absence. Par contre, les années 1989 et 1991 ont, quant à elles, connues des augmentations. Malheureusement, l'hôpital ne peut me fournir les éléments qui pourraient expliquer ces hausses. Si l'on regarde l'évolution depuis 1988 dans les jours d'absence on note une baisse de 15,7%. L'explication apportée est qu'il y a eu une prise de conscience de la part de la direction concernant les accidents de travail qui s'est soldée par des actions concrètes en matière de prévention. La formation a été particulièrement importante au cours de cette période.

La direction des soins infirmiers comprend 47 unités différentes, je vous ferai grâce de leur énumération. Ce qui est important de souligner, c'est que parmi ces 47 unités, quatre ont été choisies comme laboratoire pour la recherche. Le principal critère retenu fait référence aux statistiques d'accidents. Les quatre unités

retenues sont: les deux unités de soins prolongés (4° sud et 5° sud), la gériatrie (3° ouest), la neurologie (6° ouest). Pour la première paire d'unités (soins prolongés), les lieux de travail, les équipements, la clientèle, ainsi que le personnel sont similaires. Les statistiques des cinq dernières années, pour ces deux unités, sont présentées au tableau 5.

Tableau 5 Statistiques du 4° et 5° sud pour les jours d'absence et le total des accidents, de 1988 à 1992

	Jours d'absence		Total des accidents	
Années	4° sud	5° sud	4° sud	5° sud
1988	n/a	n/a	7	4
1989	n/a	n/a	6 (-14,28%)	11 (63,64%)
1990	66	47	8 (25%)	9 (-18,18%)
1991	178 (62,92%)	38 (-19,15%)	7 (-12,5%)	17 (47,6%)
1992	34 (-80,89%)	6 (-84,2%)	14 (50%)	7 (-58,82%)

Pour les jours d'absence le 4° sud a des statistiques beaucoup plus élevées que le 5° sud. La moyenne de jours d'absence pour les trois années disponibles est de 92,66 au 4° sud par rapport à 30,33 pour le 5° sud. Par contre, en ce qui concerne le total des accidents de travail, les deux unités se ressemblent davantages, le 4° sud cumulant 42 accident pour une moyenne de 8,4 accidents par année, alors que le 5° sud, cumule 48 accidents, pour une moyenne de 9,6 accidents par année.

Cependant, comme l'indice de gravité des accidents, représenté par

le nombre de jours d'absence sur le nombre total d'accidents est beaucoup plus élevé au 4° sud, c'est cette dernière qui a été choisi, en accord avec la direction, pour recevoir le traitement de feed-back, fixation d'objectif et connaissance des résultats. Le 5° sud recevra donc le feed-back seulement.

L'autre paire d'unités est composée par la gériatrie (3° ouest) et la neurologie (6° ouest). Comme pour la première paire, ces deux unités sont très semblables. Bien que les pathologies diffèrent, la lourdeur des cas sous traitement est assez similaire. Les statistiques d'accidents du travail des cinq dernières années, pour ces deux unités, sont présentées au tableau 6.

Tableau 6 Statistiques du 3° et 6° ouest pour les jours d'absence et le total des accidents de 1988 à 1992

	Jours d'absence		Total des accidents	
Années	3° ouest	6° ouest	3° ouest	6° ouest
1988	n/a	n/a	11	21
1989	n/a	n/a	10 (-9,09%)	14 (-33,33%)
1990	32	0	9 (-10%)	7 (-50%)
1991	128 (75%)	41 (100%)	15 (40%)	11 (36,36%)
1992	278 (53,96%%)	225 (81,78%)	21 (28,57%)	10 (9,09%)

Comme le tableau 6 le montre, les deux unités connaissent des augmentations importantes dans le nombre de jours d'absence. La moyenne pour le 3° ouest est de 146 jours d'absence par année. Le 6° ouest obtient 133 jours d'absence par année. Pour ce qui est du

total des accidents de travail, les deux unités connaissent aussi une augmentation, mais plus prononcée dans le cas du 3° ouest qui en trois ans, est passé de 9 accidents à 21, pour une augmentation de 57,14%. Le 6° ouest, quant à lui, est passé de 7 accidents à 10 pour une augmentation de 30%. En regard de ces statistiques, le 3° ouest a été choisi pour recevoir le traitement de feed-back, fixation d'objectif et connaissance des résultats. Le 6° ouest recevra donc le feed-back seulement. Il est à noter qu'en ce qui concerne cette paire l'indice de gravité ne permettait pas de déterminer laquelle des unités recevrait l'intervention de feed-back, fixation d'objectif et connaissance des résultats. En effet, la moyenne de l'indice de gravité pour trois ans (1990 à 1992) pour ces deux unités sont trop près pour permettre une discrimination. Le 3° ouest a un indice moyen de gravité de 9,7 tandis que le 6° ouest se situe à 9,5.

Ce devis de recherche devrait permettre de répondre à la question de recherche en vérifiant les deux hypothèses énoncées antérieurement.

2.3 Données collectées avant l'expérimentation

La collecte de données doit servir à amasser l'information qui va permettre de mesurer et de contrôler les différentes variables. Les premières mesures visent à obtenir des informations sur l'environnement matériel et physique ainsi que sur les

comportements sécuritaires dans ce contexte. Un inventaire des équipements détaillés a été effectué dans chacune des unités sous expérimentation, de façon manuelle. Cet inventaire tient compte de la qualité des équipements, de leur fonctionnement ainsi que de leur dimension. Les mesures de l'environnement physique se divisent en deux parties: l'espace total des lieux et l'espace réel de travail. L'espace total des lieux a été mesuré à partir des plans des unités de soins. Par ailleurs, certaines modifications ayant été apportées dans les unités, des mesures manuelles ont été effectuées.

Un ensemble de données factuelles a aussi été collecté tel que les données statistiques, la composition de la main-d'oeuvre, les politiques de santé et sécurité au travail ainsi qu'un ensemble de données générales sur l'établissement.

Finalement, des données de bases ont été collectées avant la mise en place de l'expérimentation. Dans chacune des unités visées douze observations ont été effectuées pour mesurer le niveau de comportements sécuritaires dans les déplacements des bénéficiaires à l'aide de la grille d'observation (annexe 1). Un comportement est déterminé sécuritaire quand toutes les composantes de ce comportement sont sécuritaire. Si un élément parmi l'ensemble est non-sécuritaire, le comportement est alors noté comme étant non-sécuritaire. Lorsqu'un comportement est considéré non-sécuritaire l'élément en défaut est noté. La grille prévoit que le comportement

non-sécuritaire peut être le fait de la posture, de la prise ou du mouvement. Chacune des observations dure en moyenne trente secondes.

2.4 Données collectées pendant l'expérimentation

Comme je l'ai présenté précédemment, le principal outil de menure utilisé dans cette recherche est la grille d'observation. Dans chaque unité il y aura quinze semaines d'observation, en raison de six observations par semaine ce qui représente 90 observations pour chaque unité. Chaque bloc de six observations de chaque unité est transformé pour mesuré le pourcentage de comportement sécuritaire atteint dans cette unité au cours de ladite semaine. Les résultats sont divulgués, à partir de la huitième semaine, aux deux unités qui ont la formule de feed-back/fixation d'objectif/connaissance des résultats. De plus, sur la grille d'observation sont notés l'heure de l'observation ainsi que le sexe et le statut d'emploi de l'individu observé. Ceci va permettre de mesurer certaines variables de contrôle.

Un second outil a été développé pour recueillir diverses informations auprès des récepteurs, il s'agit d'un questionnaire (annexe 2). Ce questionnaire ne fait pas partie du modèle conceptuel. Son contenu ne peut donc pas être utilisé pour contrôler la relation entre la variable indépendante et dépendante. Cependant, comme il mesure la perception du personnel soignant sur

un ensemble de varaibles, il a une valeur qualitative importante et sera utilisé à des fins descriptives. Dans un premier temps, le questionnaire situe le répondant par des variables telles que: âge, sexe, formation, expérience, etc. Le niveau de satisfaction du personnel soignant est aussi mesuré concernant l'équipement et l'organisation du travail. Afin d'obtenir de l'information supplémentaire sur les difficultés que rencontre le personnel soignant, le questionnaire reprend essentiellement les tâches énumérées dans la grille d'observation en demandant aux sujets d'indiquer les tâches qui pour eux représentent un problème pour leur dos. Les résultats de ces données seront sûrement utiles pour la formation PDSB future. Le questionnaire cherche aussi à voir si les sujets ont une conscience réelle des risques que comporte leur travail. De plus, le questionnaire tend à mesurer le niveau de résistance aux changements. Finalement, l'appréciation de l'agent de suivi et la fréquence du feed-back sont mesurées. À la fin du questionnaire, un espace est réservé aux commentaires que pourraient faire les sujets concernant l'agent de suivi, ou encore concernant la santé et sécurité au travail.

Finalement, de l'observation directe est effectuée pour vérifier si le feed-back que donne l'agent de suivi est positif ou négatif et si le message est clair, précis et adéquat selon la situation.

Comme on le sait, la validité externe de la recherche se vérifie lorsqu'il est possible de généraliser la recherche, d'étendre les

résultats obtenus à d'autres populations, d'autres contextes et d'autres périodes. Constandriopoulos et al. (1990) soulignent concernant la validité externe que:

> *"La validité externe d'une recherche repose essentiellement sur le caractère plus ou moins général du modèle théorique sur lequel s'appuie la recherche." (p. 41)*

Comme on a pu le constater dans le premier chapitre traitant de la revue de littérature, jusqu'à présent les auteurs n'ont pas développé un modèle théorique qui rencontre cette condition. Sans avoir la prétention d'y parvenir complétement dans le cadre de cette recherche, il reste que le modèle proposé est nettement plus complexe que ceux utilisés lors de recherches antérieures et que par conséquent, il offre de meilleurs garanties de validité externe de la recherche et de la possibilité d'étendre les résultats à des établissements similaires.

CHAPITRE 3

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre vous présente les résultats des différentes mesures prises au cours de la recherche. Les trois premiers points sont descriptifs. Il s'agit des caractéristiques individuelles, du travail et environnementales. Le quatrième point fournit les résultats de la vérification des hypothèses à partir des variables du modèle conceptuel. Finalement, le cinquième point fait état des raisons qui sont associées aux comportements non-sécuritaires. Veuillez noter, qu'afin d'alléger le texte, le genre masculin sera utilisé pour les préposés aux bénéficiaires et le genre féminin pour les infirmières.

3.1 Caractéristiques individuelles

Les données qui suivent ont été recueillies à partir des dossiers de l'hôpital St-Luc. Bien que ne pouvant servir à la vérification des hypothèses pour les raisons présentées dans le chapitre précédent, elles décrivent la composition du personnel (préposés aux bénéficiaires "PAB" et infimières "INF") dans chacune des unités sous observation. Ces données ont été recueillies à chacune des journées d'observation et représentent la population sous observation pour chacune des unités. L'âge, l'ancienneté dans l'unité (anc.) et l'expérience totale dans ce poste (exp.) ont été groupés par bloc de cinq ans. On retrouve, dans le tableau 7, la

moyenne ainsi que l'écart type pour ces variables. En ce qui concerne le statut, cette variable a été divisée en deux: régulier (reg) et remplacement (rem). Le statut régulier se définit par un employé qui a un poste régulier. Le statut de remplacement représente les employés qui n'ont pas de poste dans cette unité, soit qu'ils font partis de l'équipe volante ou qu'ils sont sur appel. Dans les deux cas, c'est le pourcentage de chaque statut qui est présenté. La variable sexe est représentée par le pourcentage d'hommes et de femmes dans chacune des unités. Pour la dernière variable, soit la formation PDSB, elle est présentée par le pourcentage d'individus qui a suivi la formation dans chaque unité.

Tableau 7 Caractéristiques diverses de la population observée selon les unités

Unité		3° ouest		4° sud		5° sud		6° ouest	
Poste		PAB	INF	PAB	INF	PAB	INF	PAB	INF
	%	34%	66%	60%	40%	62%	38%	28%	72%
Âge	(M)	31-35	36-40	31-35	41-45	36-40	36-40	26-30	31-35
	σ	1.3	1.9	1.3	1.4	1.5	1.4	.7	1.8
Anc.	(M)	6-10	6-10	0-5	0-5	6-10	6-10	0-5	6-10
	σ	.8	.7	.7	.6	.9	.7	.3	.9
Exp.	(M)	11-15	11-15	0-5	11-15	6-10	6-10	0-5	11-15
	σ	1.6	1.5	.7	1.0	.7	1.0	.8	1.5
Statut	% reg	74%	68%	87%	91%	52%	15%	98%	71%
	% rem	26%	32%	13%	9%	48%	85%	2%	29%
Sexe	% H	33%	1%	74%	13%	73%	11%	100%	16%
	% F	67%	99%	21%	87%	27%	89%	-	84%
PDSB	%	35%	33%	60%	34%	44%	40%	46%	29%

On remarque que les préposés aux bénéficiaires sont en plus grand nombre dans les deux unités de soins prolongés (4° et 5° sud) et en moins grand nombre dans les unités actives (3° et 6° ouest). Par contre, il y a deux fois plus d'infirmières dans les unités actives. Les unités de soins prolongés se définissent plus comme étant des milieux de vie pour personnes en perte d'autonomie. Donc, il s'agit surtout de donner des soins de base. Par contre dans les unités actives, les soins à donner sont plus importants. Ce qui explique les différences importantes entre les deux groupes de poste.

L'âge moyen pour l'ensemble des préposés aux bénéficiaires se situe entre 31 et 35 ans avec un écart type de 1.4. En ce qui concerne les infirmières l'âge moyen pour l'ensemble se situe entre 36 et 40 ans avec un écart type de 1.8. L'écart type de 1 représentant une différence de 5 ans, en plus ou en moins, il apparaît donc que l'âge moyen n'est pas homogène dans l'ensemble des unités comme on peut le voir au tableau 7.

L'ancienneté est définie par l'ancienneté des employés réguliers dans l'unité. Pour l'ensemble, elle se situe entre 6 et 10 ans tant chez les préposés que chez les infirmières. L'expérience est définie par le nombre d'années dans cette fonction. Pour l'ensemble de la population, les infirmières ont entre 11 et 15 années tandis que les préposés ont entre 6 et 10 ans. Ce qui correspond à l'âge moyen des deux groupes, les infirmières étant plus âgées que les

préposés. On remarque pour l'unité 5° sud, que la moyenne de l'ancienneté et de l'expérience est identique.

Le statut régulier regroupe les postes à temps complet régulier et à temps partiel régulier. Pour l'ensemble des préposés aux bénéficiaires sur les unités lors des journées d'observation, 75% avaient un poste régulier. Deux unités se distinguent, le 5° sud avec une moyenne de 52% des préposés présents ayant un poste régulier et le 6° ouest avec 98% des préposés ayant un poste régulier. Le statut de remplacement tel que défini plus haut, laisse donc présager que pour l'unité du 5° sud 48% des préposés réguliers n'étaient pas à leur poste. Cependant, ceci ne représente pas un taux d'absentéisme. Le poste peut être vacant, l'employé régulier peut être en sabbatique, en formation, ou autre. En ce qui concerne les infirmières, 65% étaient présentes lors des journées d'observation, pour la population entière. Pour ce statut, il y a aussi deux unités qui se distinguent. La première est le 4° sud avec 91% et la seconde est le 5° sud avec seulement 15%. Malgré le fait que pour le 5° sud, seulement 38% du personnel présent lors des observations, avaient un poste régulier, il est impossible de donner des explications à partir des données recueillies.

Les préposés aux bénéficiaires sont majoritairement des hommes. Ils représentent 71% des préposés pour l'ensemble des unités. Seule l'unité du 3° ouest a plus de préposés féminins, tandis que l'unité du 6° ouest se distingue par l'absence de préposés féminins. Il n'y

a aucune raison apparente pour expliquer cette situation. Par ailleurs, il y a 9 fois plus d'infirmières que d'infirmiers dans l'ensemble des unités.

Le rôle de l'agent de suivi étant de supporter la formation PDSB, cette dernière caractéristique individuelle prend une grande importance. Comme on peut le constater dans le tableau 7, pour l'ensemble du personnel présent lors des observations, les pourcentages des personnels ayant été formés à PDSB sont très faibles. La moyenne totale pour les préposés aux bénéficiaires est de 47%. En ce qui concerne les infirmières elle est de 33%. Cependant, comme souligné précédemment, il y a beaucoup de personnel en remplacement. Lorsqu'on élimine les données concernant les détenteurs de ce statut, il y a une augmentation. En fait, la moyenne totale des préposés passe à 51% et celle des infirmières à 44%. Il apparaît donc, que les employés qui ne sont pas détenteurs d'un statut régulier reçoivent peu ou pas de formation PDSB. Ceci pourrait avoir un impact important sur l'adoption des comportements sécuritaires mais malheureusement le devis de recherche ne permet pas de le vérifier.

Jusqu'à présent, les résultats provenaient de données factuelles. Une autre collecte de données a été effectuée grâce à un questionnaire (annexe 2) concernant la perception des récepteurs sur leur motivation aux changements ainsi que sur les interventions de l'agent de suivi. La population sur chacune des unités étant

petite les résultats sont présentés pour l'ensemble des unités. Les répondants sont au nombre de 43, répartis dans les quatre unités. Seul le personnel ayant un poste régulier a répondu à ce questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 90%.

Pour ce qui est de la motivation aux changements, trois questions d'opinions ont été posées. Lorsqu'on demande au personnel soignant s'ils sont prêt à essayer des nouvelles méthodes de déplacement (Q. 16, item f), l'ensemble des répondants se dit plus ou moins d'accord avec une moyenne de 2,4 sur une échelle de 1 à 4 où 1 = totalement en désaccord et 4 = parfaitement d'accord. Par contre, ils se disent en total désaccord lorsqu'on avance qu'ils n'ont pas besoin de PDSB (1,3 sur Q. 16, item g). La dernière question (Q. 16, item 1) était posée de façon négative et concernait l'intervention d'une autre personne sur les déplacements des bénéficiaires qu'ils effectuent. L'ensemble des répondants se sont dits en total désaccord avec une moyenne de 1,2. Donc, malgré le fait qu'ils se disent plus ou moins d'accord pour modifier leur comportement, ils sont en accord avec la formation PDSB et l'intervention d'un tiers, ce qui traduit une certaine ouverture au changement.

Finalement, le dernier élément des caractéristiques individuelles concerne la perception des répondants sur l'agent de suivi. Cinq affirmations ont été énoncées et l'individu devait répondre par oui ou non (Q. 19). Le tableau 8 indique le pourcentage des réponses

affirmatives.

Tableau 8 Perception de l'agent de suivi

AFFIRMATION	%
Si je ne suis pas certain-e d'effectuer correctement un déplacement je vais demander conseil à l'agent de suivi.	67%
Je connais le rôle de l'agent de suivi.	88%
Je suis d'accord pour qu'une personne qui effectue souvent des déplacements, me conseille lorsque je risque de forcer avec mon dos.	100%
Lorsque l'agent de suivi intervient auprès de moi, j'accepte ses conseils.	95%
L'agent de suivi me fatigue avec ses interventions	2%

Les réponses sont intéressantes. À la première affirmation, seulement 67% ont répondu oui. Par contre, 88% affirme connaître le rôle de l'agent de suivi. De plus, 100% sont d'accord pour recevoir des conseils et 95% les acceptent. Ceci démontre, qu'il est plus facile pour le personnel soignant que l'agent de suivi aille vers eux et non l'inverse. Le très faible 2% concernant la réception même de l'agent de suivi, laisse voir qu'il est bien accepté dans son entourage. Il ressort aussi, que l'intervention de feed-back semble se faire de façon positive. L'accueil fait à l'agent de suivi serait tout autre dans le cas contraire. Un dernier élément concerne la fréquence du feed-back émis par l'agent de suivi: l'ensemble des répondants a dit recevoir du feed-back à raison d'une fois par deux semaines.

Il ressort de cette description des caractéristiques individuelles de la population que certaines variables pourraient être intégrées dans un futur modèle conceptuel. Entre autres, il serait

intéressant de voir dans quelle mesure le statut de remplacement, l'expérience et la formation PDSB antérieure peuvent influer sur l'adoption des comportements sécuritaires.

3.2 Caractéristiques du travail

Cette partie sur les caractéristiques du travail aborde la perception des récepteurs sur l'information qui leur est transmise sur les bénéficiaires, l'organisation du travail, la satisfaction au travail ainsi que les tâches effectuées. Les résultats sont tirés du questionnaire déjà mentionné.

En ce qui concerne la perception des répondants sur l'information se rapportant aux bénéficiaires, les répondants ont majoritairement répondu oui aux cinq questions posées (Q.15), le pourcentage étant de 84%. Cependant, il ressort que les infirmières se disent beaucoup mieux informées (97%) que les préposées aux bénéficiaires (73%). L'une de ces cinq questions portait spécifiquement sur les déplacements sécuritaires (Q.15, item d). Sur l'ensemble des répondants, 79% se disent bien informées. Dans ce cas aussi les infirmières se disent mieux informées (85%) que les préposés aux bénéficiaires (71%). Par ailleurs, on remarque une légère différence concernant l'information même. En effet, sur l'ensemble des items 84% se disent bien informés, par contre sur l'item portant sur la recherche, seulement 79% se disent bien informés. De plus, l'écart s'agrandit en ce qui concerne les infirmières,

passant de 97% sur l'ensemble à 85% sur l'information concernant les déplacements. Ceci est important, car la formation PDSB insiste pour que la personne qui effectue un déplacement possède toute l'information nécessaire sur le bénéficiaire.

Les perceptions concernant l'organisation du travail ont été mesurées par des énoncées d'opinions que l'on retrouve à la question 16 du questionnaire portant sur l'organisation du travail. L'individu devait répondre sur une échelle de 1 (totalement en désaccord) à 4 (parfaitement d'accord). En ce qui concerne les énoncés d'opinion portant spécifiquement sur l'organisation du travail (Q.16, items a,c,d,e) les répondants se disent plutôt d'accord avec une moyenne de 2,7. Cependant, les préposés sont légèrement moins en accord (2,6) que les infirmières (2,9). Pour ce qui est des énoncés d'opinions portant sur l'entraide (Q.16, items b et h), les répondants semblent être en accord avec l'entraide sur leur unité respective, la moyenne étant de 3,0. Dans ce cas aussi, il y a une légère différence entre les infirmières et les préposés. Ces derniers se disent moins en accord avec une moyenne de 2,8 tandis que les infirmières sont plus en accord avec une moyenne de 3,2.

Pour ce qui est de la satisfaction au travail (Q.17) les individus devaient répondre sur une échelle de satisfaction allant de 1 (pas satisfait) à 5 (extrêmement satisfait). Sur l'ensemble des items les répondants se disent satisfaits avec une moyenne de 2,7.

Lorsqu'on regroupe parmi ces items ceux portant spécifiquement sur l'organisation du travail (Q.17, items a,b,c,f,k) les répondants se disent satisfait avec une moyenne de 2,6. Il en est de même en ce qui concerne l'entraide (Q.17, item 1) avec une moyenne de 2,9. On remarque qu'il y a une certaine cohérence entre les questions 16 et 17 sur les items concernant l'entraide et l'organisation du travail.

À l'intérieur du questionnaire, une partie était réservée aux problèmes reliés aux tâches. Il a été demandé au personnel soignant d'indiquer les tâches qui représentent un problème pour leur dos et d'en préciser le degré sur une échelle de 0 (aucun problème) à 5 (problème excessif). Cette échelle a été trichotomisée étant donné le petit nombre de répondants: aucun problème, problématique, assez problématique. Les résultats sont présentés en 5 tableaux. Les tâches ont été regroupées par les types de manoeuvres effectuées.

Tableau 9 Niveau de problèmes perçus pour le dos dans les manoeuvres au lit

MANOEUVRES	AUCUN PROBLÈME	UN PEU PROBLÉMATIQUE	ASSEZ PROBLÉMATIQUE
Tourner sur le côté	56%	44%	-
Rapprocher au bord du lit	51%	49%	-
Asseoir au bord du lit	37%	63%	-
Remonter à la tête du lit	37%	60%	3%
Transfert lit/fauteuil	21%	79%	-
Transfert fauteuil/lit	14%	86%	-
Transfert lit/civière	33%	67%	-
Transfert civière/lit	33%	67%	-

On se rend compte au tableau 9 que l'ensemble des manoeuvres au lit

représente des risques pour le dos des répondants mais que ce sont les transfert lit/fauteuil (fauteuil/lit) et lit/civière (civière/lit) qui semblent présenter un risque plus élevé. Lorsqu'on divise les résultats par les postes, il apparaît que les préposés aux bénéficiaires indiquent un niveau de problème plus élevé que les infirmières. Ceci s'explique par le fait que les préposés aux bénéficiaires effectuent très souvent ces tâches contrairement aux infirmières.

Tableau 10 Niveau de problèmes perçus pour le dos dans les manoeuvres au fauteuil (tout type de fauteuil)

MANOEUVRES	AUCUN PROBLÈME	UN PEU PROBLÉMATIQUE	ASSEZ PROBLÉMATIQUE
Asseoir au fauteuil	35%	65%	-
Lever du fauteuil	26%	74%	-
Rehaussement au fauteuil	33%	67%	-
Transfert fauteuil/fauteuil	33%	67%	-

Au tableau 10, on peut voir que pour chacune des manoeuvres au fauteuil il y a deux fois plus de répondants qui indiquent que la tâche présente un problème pour leur dos. Lorsque les résultats sont divisés par poste, la proportion de préposés aux bénéficiaires qui indiquent rencontrer un problème est deux fois plus élevée que pour les infirmières.

Tableau 11 Niveau de problèmes perçus pour le dos dans les manoeuvres à la toilette

MANOEUVRES	AUCUN PROBLÈME	UN PEU PROBLÉMATIQUE	ASSEZ PROBLÉMATIQUE
Asseoir sur le siège de toilette	35%	63%	2%
Lever du siège de toilette	35%	65%	-
Transfert fauteuil/siège	30%	68%	2%
Transfert siège/fauteuil	28%	70%	2%

De même, en ce qui concerne les manoeuvres à la toilette (tableau 11), il y a deux fois plus de répondants qui soulignent que ces tâches présentent un risque pour leur dos. Dans ce cas aussi, les préposés aux bénéficiaires sont deux fois plus nombreux à indiquer la présence d'un risque. D'ailleurs, ils vont jusqu'à indiquer un danger assez prononcé pour leur dos.

Tableau 12 Niveau de problèmes perçus pour le dos dans les manoeuvres à la salle de bain

MANOEUVRES	AUCUN PROBLÈME	UN PEU PROBLÉMATIQUE	ASSEZ PROBLÉMATIQUE
Transfert fauteuil/chaise de bain	37%	63%	-
Transfert chaise de bain/fauteuil	37%	63%	-
Asseoir au bain	23%	68%	9%
Lever du bain	16%	72%	12%
Transfert lève-patient/bain	68%	32%	-
Transfert bain/lève-patient	68%	32%	-
Assistance à la douche	65%	35%	-

Les résultats présentés au tableau 12 indiquent deux manoeuvres à la salle de bain qui représentent un problème plus important: "asseoir au bain" et "lever du bain". Sur ce point, les infirmières et les préposés aux bénéficiaires s'entendent pour souligner le problème que représentent ces deux manoeuvres. Par ailleurs, il apparaît que les transferts à l'aide de lève-patient ainsi que l'assistance à la douche ne posent aucun problème pour la majorité des répondants.

Tableau 13 Niveau de problèmes perçus pour le dans dans les manoeuvres générales

MANOEUVRES	AUCUN PROBLÈME	UN PEU PROBLÉMATIQUE	ASSEZ PROBLÉMATIQUE
Accompagnement à la marche	56%	44%	-
Relever d'une chute au sol	19%	69%	12%

Comme on peut le voir au tableau 13, la manoeuvre "relever d'une chute au sol" se révèle pour la majorité des répondants problématique et même assez problématique. Ceci s'explique du fait que la chute d'un bénéficiaire n'est pas courante et que lorsqu'un bénéficiaire chute, il y a souvent "urgence".

Cette partie descriptive des caractéristiques du travail n'est pas exhaustive, mais peut fournir des indications intéressantes pour la formation PDSB à l'hôpital où la recherche s'est effectuée. Chacune de ces tâches nécessite des manoeuvres particulières et la mise en pratique des principes de déplacement.

D'autres éléments auraient pu être intégrés aux caractéristiques du travail, mais le but ici est simplement de situer la recherche dans son cadre.

3.3 Caractéristiques de l'environnement

Cette dernière partie descriptive aborde les lieux de travail, la perception du personnel concernant l'équipement, les risques ainsi que la perception sur le support du supérieur immédiat en matière

de santé et sécurité au travail.

Comme il a déjà été souligné, deux paires d'unités ont été formées. Les lieux de travail de chacune de ces paires sont semblables entre eux. Cependant, lors de la mesure des lieux de travail, il est apparu que l'espace moyen des chambres est plus petit que les normes du Ministère de la santé et des services sociaux (ASSTSAS, 1991). Pour l'une des paires, soit le 3° et 6° ouest, la majorité des chambres est de deux lits. La moyenne pour l'unité du 3° ouest (gériatrie active) est de 19,5m² tandis que la norme est de 25,0m², ce qui est 22% plus petit que la norme. Pour l'unité du 6° ouest, la moyenne est de 18,4m² comparativement à une norme de 25,1m², ce qui est 27% plus petit.

En ce qui concerne la seconde paire, 4° et 5° sud (soins de longue durée), la plupart des chambres comportent 3 lits. La norme pour les chambres de 3 lits est de 41,0 m². La moyenne des chambres de 3 lits au 4° sud est de 26,7m², soit 35% plus petite que la norme. La plus petite chambre mesure 24m², soit 41% plus petite que la norme. La plus grande mesure 30,1m², soit 27% plus petite que la norme. Pour ce qui est du 5° sud, la moyenne des chambres de 3 lits est de 28,8m², soit 30% plus petite que la norme. La plus petite chambre mesure 23,1m², soit 44% plus petite et la plus grande mesure 33,6m², soit 20% plus petite. On constate que contrairement à la première paire, dans la seconde les chambres ne sont pas uniformisées. De plus la différence avec la norme est beaucoup plus

grande.

Il faut souligner, que les normes sont des suggestions de superficies minimales pour les chambres et que ces dimensions réfèrent à l'espace total et non pas l'espace viable. Par espace viable, j'entends l'espace restant une fois tous les meubles dans la pièce. Pour chaque lit (2,2m²) on doit ajouter, un cabinet de chevet (.23m²), une table (.437m²), un fauteuil droit (.397 m²) et un appui-pied (.172m²). De plus chaque chambre contient une commode (.977m²) pour les effets personnels des bénéficiaires. Cet ameublement réduit de façon importante l'espace viable. À titre d'exemple, pour une chambre à deux lits au 3° ouest, on doit soustraire 7,8m² de l'espace total moyen, qui est de 19,5m². Ce qui donne un espace viable de 11,7m². Cette illustration fait ressortir les conditions avec lesquelles le personnel soignant doit composer et fait abstraction de l'équipement qu'il est parfois nécessaire d'utiliser dans les chambres (fauteuil roulant, fauteuil gériatrique, lève-patient, etc.). L'espace entre les lits a une grande importance lorsqu'une manoeuvre est effectuée, que se soit pour effectuer un transfert ou un déplacement au lit. L'ASSTSAS recommande un espace d'au moins 112 cm sur un côté du lit, de 90 cm pour tourner un fauteuil roulant ou un lève-patient et de 170 à 180 cm pour transférer un bénéficiaire d'un lève-patient à un fauteuil. L'exiguïté des chambres a rendu cette prise de donnée inutile. Il est évident qu'aucune ne rencontre ces recommandations.

La perception du personnel soignant n'a pas été mesurée concernant l'espace de travail. Par contre, étant les principaux utilisateurs de l'équipement, il était important de recueillir leur perception sur ce point. Nous avons donc demandé au personnel soignant d'indiquer les pièces d'équipement qui, selon eux, étaient insatisfaisants, d'indiquer la raison de l'insatisfaction et la fréquence d'utilisation. Le tableau 14 montre les résultats. Il est à noter que seules les pièces d'équipement communes aux quatre unités ont été retenues.

Tableau 14 Pourcentage d'insatisfactions des répondants concernant divers équipements

ÉQUIPEMENTS	%	RAISONS	%	UTILISATION
Lit	54%	Manivelles	67%	Très souvent
		Freins	21%	
Chaise roulante	40%	Freins	41%	Souvent
		Mauvais état général	41%	
Fauteuil gériatrique	55%	Freins	44%	Souvent
		Tablette	35%	
Chaise d'aisance	23%	Freins	25%	Souvent
		Ajustement	38%	
		Mauvais état général	25%	
Fauteuil droit	21%	Trop lourd	50%	Souvent
Lève-patient	16%	Levier	67%	Souvent
		Espace	33%	
Bain	47%	Mal adapté	75%	Souvent
		Espace	25%	
Douche	7%	Espace	67%	Parfois
Barre d'appui	9%	Mal situé	50%	Souvent
		Absence	50%	

Comme le tableau 14 l'indique, les répondants se disent

majoritairement insatisfaits sur deux pièces d'équipements: les fauteuils gériatriques et les lits. En ce qui concerne les fauteuils gériatriques deux raisons sont avancées, soit l'inefficacité des freins et la difficulté à manoeuvrer la tablette.

Le deuxième équipement le plus insatisfaisant est le lit. Il faut souligner la désuétude des lits qui sont utilisés depuis au moins 25 ans. La raison principale concerne les manivelles, qui permettent de monter et descendre le lit, la tête ou le pied du lit. Étant donné la très grande utilisation des lits et leur importance lors des manipulations de bénéficiaires, une enquête plus approfondie a été effectuée et la force nécessaire (Newton) pour tourner les manivelles a été mesurée. La norme utilisée par l'ASSTSAS sur les anciens lits est de 50 newtons, alors que la moyenne de l'échantillon est de 83 newtons. Le minimum rencontré est de 69 newtons et le maximum de 98 newtons. Pour avoir une juste impression il suffit de convertir les newtons en kilogramme (x * .1020). Dans le cas présent, 83 newtons égale 8,5 kilogramme. Ce qui signifie qu'à chaque tour de manivelle, c'est 8,5 kilogramme qui doit être déplacé. De plus, lorsque le lit est à son plus bas niveau pour le monter à son plus haut niveau, il est nécessaire d'effectuer 50 tours de manivelle. Ce qui explique l'importance de l'insatisfaction rencontrée. La seconde raison d'insatisfaction concerne les freins. Contrairement à tous les autres équipements où les freins sont mis en cause, ce n'est pas l'inefficacité qui est

mise en cause mais l'inaccessibilité. En effet, les freins à la base du lit ne posent pas de problème mais pour atteindre ceux de la tête du lit certaines contorsions sont nécessaires.

Deux autres pièces d'équipement présentent une insatisfaction suffisamment importante pour qu'on s'y attarde. D'abord le bain, dont 47% des répondants sont insatisfaits. La raison majeure est une mauvaise adaptation de l'équipement. Par "mauvaise adaptation" on entend que le bain est soit trop bas, trop haut et/ou qu'il manque de barre d'appui. Donc il est difficile d'y faire entrer ou sortir un bénéficiaire et ce dernier, n'ayant pas toujours de barre d'appui accessible ne peut s'aider. La deuxième pièce d'équipement est la chaise roulante. Deux raisons avancées: l'inefficacité des freins ainsi que le mauvais état général. Après avoir effectué une inspection de certaine chaise roulante, j'ai constaté que d'une part, même si les freins sont mis, la chaise roulante avance ou recule et qu'une grande partie de ces chaises roulantes sont désuètes (bras et appui-pied non amovible).

Il est possible de résoudre facilement certaines de ces insatisfactions par un entretien adéquat des équipements. Par contre, en ce qui concerne les lits, malgré des réparations répétitives le problème concernant les manivelles se trouve non résolu. L'âge et la désuétude des lits étant très importantes, le problème ne peut se résoudre complètement qu'en changeant les lits.

Pour terminer la partie descriptive de l'environnement, deux autres points sont abordés: la perception des risques et la perception des répondants portant sur l'intérêt de son supérieur concernant la santé et la sécurité au travail.

Nous avons demandé au répondant d'indiquer (Q.18) sur une échelle de 1 (le plus important) à 7 (le moins important), les éléments qui selon lui, présentent des risques d'accidents dans son unité. Le tableau suivant présente les moyennes pour l'ensemble des répondants ainsi que pour les infirmières et les préposés aux bénéficiaires.

Tableau 15 Niveau moyen d'importance attribué à divers risques, par poste

Dangers d'accidents	Ensemble des répondants	Infirmières	Préposés aux bénéficiaires
Les espaces de travail	2,791	2,769	2,824
Les équipements	3,629	3,769	3,412
La charge de travail	3,674	3,654	3,706
Les bénéficiaires	3,860	3,769	4,0
Le temps pour effectuer les tâches	4,093	3,654	4,765
Les manoeuvres de déplacement	4,116	3,923	4,412
Faire un déplacement à deux	5,643	5,846	5,313

On constate que l'espace de travail est en tête de liste, ce qui n'est pas étonnant avec les données précédemment recueillies sur le sujet. En fait, il n'y a pas vraiment de surprise quant au classement des risques par l'ensemble des répondants. Ce qui surprend davantage est qu'alors que le classement des risques par

les préposés aux bénéficiaires reflète assez bien le classement général, il n'en est pas de même pour les infirmières. En effet pour ces dernières, la charge de travail ainsi que le temps pour effectuer les tâches sont ex aequo en deuxième place et les équipements ainsi que les bénéficiaires sont ex aequo en troisième place. De plus, on remarque que les écarts entre les équipements et les manoeuvres de déplacement sont très faibles pour les infirmières, alors qu'ils sont nettement plus considérables chez les préposés.

Le dernier point de la description de l'environnement est l'intérêt démontré par le supérieur pour la santé et sécurité au travail (Q.17, item h). L'ensemble des répondants se dit satisfait, c'est-à-dire que cela correspond à leurs attentes. Sur ce dernier point, les infirmières ainsi que les préposés aux bénéficiaires sont en accord. Je dois souligner que tout au long de la période d'observation, les supérieurs immédiats, en occurrence les chefs d'unités, ont démontré un intérêt marqué et ont participé au bon fonctionnement du projet de recherche. D'ailleurs, il en a été de même à tous les niveaux de la hiérarchie. Ce qui à mon sens démontre l'importance que prend la santé et sécurité dans cet hôpital.

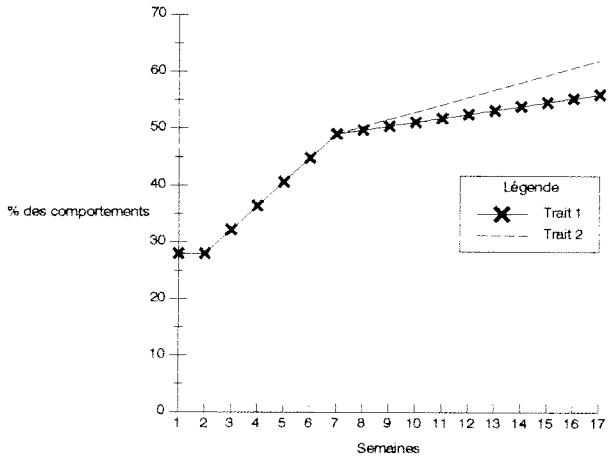
La partie descriptive a permis de situer la recherche dans son contexte. Il est évident que chacune des caractéristiques abordées n'est pas exhaustive, mais se veut un portrait le plus fidèle

possible. Par le questionnaire, il a été possible d'obtenir la perception du personnel soignant, principal intéressé de la recherche. Cette partie n'était pas essentielle à la vérification des hypothèses, mais donne à l'hôpital un ensemble d'informations qui pourront lui être utiles dans ses choix futurs. C'est ce qu'on peut appeler, une retombée positive de la recherche.

3.4 Vérification des hypothèses

Pour débuter cette partie, il est intéressant d'observer l'augmentation du comportement sécuritaire au cours de l'expérimentation. La figure 3 présente l'augmentation du pourcentage de comportements sécuritaires selon les deux traitements (1- feed-back seul, 2- feed-back/ fixation d'objectif/ connaissance des résultats).

Figure 3 Évolution du pourcentage de comportement sécuritaire au cours de l'expérimentation, selon les deux traitements



Les deux premières semaines de la figure 3 présentent le pourcentage moyen de comportements sécuritaires observés avant l'expérimentation ("baseline"),qui est à 28%. Le premier traitement (Trait 1), soit le feed-back seul s'étend de la troisième à la dix-septième semaine et s'accompagne d'une augmentation jusqu'à 56%. Le second traitement (Trait 2), soit le feed-back, fixation d'objectif et connaissance des résultats, débute à la septième semaine. Comme on peut le constater ce traitement débute avec un pourcentage moyen de comportement sécuritaire de 49% et passe à 62% soit 6% de plus que pour le traitement de feed-back seul.

Ceci étant établi, on peut maintenant aborder l'essentiel de la recherche soit, la vérification des hypothèses. Il faut tout d'abord rappeler le modèle conceptuel à partir duquel s'est effectuée cette recherche. Selon le modèle conceptuel, il y a expérimentation de deux formules d'agent de suivi. La première consiste en un feed-back individuel ponctuel transmis par l'agent de suivi pendant 15 semaines. La seconde consiste, à partir de la septième semaine, à combiner au feed-back individuel la fixation d'un objectif de pourcentage de comportement sécuritaire à atteindre et la connaissance hebdomadaire des résultats. Ces deux formules sont les variables indépendantes du modèle. La variable dépendante est les variations dans le pourcentage des comportements sécuritaires observées. Finalement, le modèle fait intervenir des variables de contrôle (individu, organisation du travail, environnement) qui permettent d'assurer un minimum de contrôle dans

la relation entre les variables indépendantes et la variable dépendante.

Deux hypothèses sont à la base de ce modèle. La première est que le feed-back augmente le comportement sécuritaire. La seconde est que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats augmentent aussi le comportement sécuritaire.

La technique utilisée est l'analyse de régression de séries chronologiques, mieux connu sous le nom de "pooled cross time series". Cette analyse a été effectuée à l'aide du logiciel Shazam. Cette technique d'analyse permet de tenir compte du temps comme variable potentiellement confondante et également d'estimer l'impact de plusieurs variables à la fois sur la variable dépendante. Dans un premier temps, nous allons tester l'impact des variables indépendantes, en occurrence le feed-back seul (TRAIT 1) et la fixation d'objectif et connaissance des résultats (TRAIT 2) sur la variable dépendante, tout en tenant compte du facteur temps. Tel que déjà mentionné les quatre unités sous observation ont été mises par paire. Dans chacune des paires une unité recevait le traitement de feed-back seul, tandis que l'autre recevait en plus le traitement de fixation d'objectif et connaissance des résultats.

Dans un deuxième temps, ces relations vont être contrôlées par différentes variables. Le premier bloc de variables de contrôle est l'environnement avec deux variables. La première est le contexte

qui se définit par l'environnement physique et matériel (CONTEXTE). Le second facteur est le nombre de patients dans chacune des unités qui varie selon les journées d'observations (PATIENT).

Le second bloc de variables contrôle est composé de trois variables individuelles. La première est le poste de travail qui est mesurée par le pourcentage de préposés aux bénéficiaires parmi les personnes observées à chaque semaine (PAB). Le fait est que 77% des observations ont été effectuées auprès des préposés aux bénéficiaires mais avec des fluctuations selon les semaines et les unités. Il apparaissait donc important de vérifier si le poste de travail avait une influence quelconque dans la relation entre les variables indépendantes et la dépendante. La seconde variable est le sexe. Tout au long de la période d'observation il y a eu plus d'hommes (53%) que de femmes (46%) observés. De plus, des 77% des observations auprès des préposés aux bénéficiaires, 67% était des hommes. Mais là encore, ces proportions ont variées selon les semaines et les unités et il était donc important de contrôler ce facteur. La troisième variable est l'utilisation d'appareil (lève-patient). Le choix de placer cette variable dans le bloc des variables individuelles est simplement dû au fait que la décision d'utiliser ou non le lève-patient, dépend d'abord de l'individu même si celui-ci est influencé par certaines circonstances de travail (APPAREIL).

La dernière variable de contrôle est l'organisation du travail.

Dans ce devis de recherche on ne peut la définir que par l'heure de la journée pour chaque observation (HEURE). On suppose que plus la journée avance, plus le personnel ressent une fatigue défavorable à l'utilisation des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires. Il était donc nécessaire de contrôler cette dimension.

Le tableau 16 (page suivante) présente les résultats des régressions. Ce tableau se divise en cinq étapes. Dans la première étape, on mesure l'impact des variables indépendantes (TRAIT 1, TRAIT 2) sur le comportement sécuritaire. Dans la deuxième, on contrôle ces relations par les variables du bloc environnement (CONTEXTE, PATIENT). Dans la troisième, on contrôle les relations de base par les variables individuelles (PAB, SEXE, APPAREIL). À la quatrième étape, on contrôle par l'organisation du travail (HEURE). Finalement, la dernière étape fait intervenir l'ensemble des variables de contrôle avec les variables indépendantes. Ce qui nous permet de vérifier lesquelles ont un impact significatif.

Tableau 16 Vérification des hypothèses et contrôle de la relation

ÉTAPE	1		2		3		4		5	
VARIABLES	b	T	b	T	b	T	b	T	b	T
TRAIT 1	0,24	3,10	0,20	3,27	0,20	2,62	0,21	2,92	0,19	2,73
TRAIT 2	0,10	2,19	0,10	2,60	0,10	2,17	0,10	2,25	0,08	1,88
CONTEXTE			0,04	1,02					-0,04	-0,68
PATIENT			-0,02	-4,16					-0,01	-2,02
PAB					0,10	0,96			0,12	1,20
SEXE					0,12	1,43			0,09	1,07
APPAREIL					0,28	1,50			0,32	1,65
HEURE							-0,004	-2,90	-0,003	-1,60
Constante	0,28	4,23	0,88	5,82	0,16	1,64	0,74	4,40	0,82	3,84
R^2	0,25		0,47		0,35		0,34		0,48	

Dans la première colonne du tableau 16, l'impact des deux variables indépendantes sur la variable dépendante est testé. La première hypothèse à être vérifiée est que le feed-back seul augmente le comportement sécuritaire. Ceci correspond au TRAIT 1 du tableau 16. Pour cette variable indépendante, le résultat du test de T est de 3,10, ce qui correspond à une relation positive significative au seuil de $p \leq 0,005$. La première hypothèse est donc confirmée dans un premier temps.

La seconde hypothèse est que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats vont augmenter le comportement sécuritaire (TRAIT 2). Dans ce cas-ci, le test de T est de 2,19 avec un seuil de signification de $p \leq 0,025$. L'hypothèse est donc aussi confirmée. Le coefficient de régression du traitement 1 étant de 0,24 et celui du traitement 2 de 0,10, on constate que le feed-

back seul a un impact plus important que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats. Ensemble, ces deux variables expliquent 25% (cf. R^2) de la variance observée dans l'augmentation des comportements sécuritaires.

Le premier bloc de variables contrôle (colonne 2) concerne l'environnement de travail et comprend deux variables: le contexte physique et le nombre de patients. Pour le contexte, le T est de 1,02 avec un seuil de signification supérieur à 0,10. On constate donc que le contexte n'affecte pas la variable dépendante. En ce qui concerne le nombre de patients, le T est de -4,16 avec un seuil de signification de $p \leq 0,001$. Il est donc évident que les variations à la hausse dans le nombre de patients affectent négativement les comportements sécuritaires. Cette hypothèse est confirmée. En contrôlant avec la variable environnement on explique 47% de la variance observée (R^2).

Le deuxième bloc de variables de contrôle (colonne 3) concerne l'individu et comprend trois facteurs. Le premier est le poste de travail (PAB). Ce facteur avec un T de 0,96 n'a aucun impact sur la variable dépendante, l'hypothèse est donc rejetée. Quant au facteur sexe il a un T de 1,43 avec un seuil de signification de plus de 0,10. Il n'a donc aucun impact sur la variable dépendante. Le dernier facteur est l'utilisation d'appareil qui a un T de 1,50 avec un seuil de signification de $p \leq 0,10$. L'hypothèse à l'effet que l'utilisation d'appareil a un impact positif sur la variable

dépendante, est confirmée. En controlant avec les variables individuelles, on explique 35% de la variance observée (R^2).

La dernière variable de contrôle (colonne 4) est l'organisation du travail définie par l'heure des observations. Cette variable a un T de -2,90 avec un seuil de signification de $p \leq 0,005$. Ceci signifie que plus l'heure avance, moins le comportement est sécuritaire. L'hypothèse à l'effet que l'avancement dans la journée de travail (fatigue) a un impact négatif sur la variable dépendante est confirmée.

La cinquième étape (colonne 5) est la régression avec l'ensemble des variables. On constate que l'impact du premier traitement demeure significatif avec un T de 2,73, donnant un seuil de signification de $p \leq 0,005$. Quant à l'impact du second traitement, il diminue très légèrement avec un T de 1,88 et un seuil de signification de $p \leq 0,05$. Malgré cette légère diminution, l'impact demeure significatif. En ce qui concerne les variables d'environnement de travail, le contexte physique avec un T de -0,68 n'a toujours aucun impact sur la relation. Par contre, le nombre de patients, avec un T de -2,02, affecte toujours négativement, le comportement sécuritaire, mais plus faiblement qu'à l'étape 2. Ceci est dû au fait qu'on tient compte ici, de l'ensemble des variables du modèle. Pour les variables individuelles, le seul facteur ayant un impact sur la relation est l'utilisation d'appareil avec un T de 1,65 et un seuil de signification de $p \leq 0.10$. Finalement,

l'organisation du travail, en l'occurence l'heure d'observation continue à avoir un impact sur la relation avec un T de -1,60 et un seuil de signification de $p \leq 0,10$. On note une diminution par rapport à l'étape 4 dû au fait que l'ensemble des variables du modèle sont prises en compte. Par ailleurs, la régression avec l'ensemble des variables du modèle explique 48% de la variance de la variable dépendante. Ce qui en fait n'est que 1% de plus que lorsqu'on contrôle seulement par l'environnement. Il est donc clair que l'environnement, en particulier les variations à la hausse dans le nombre de patients, ont un impact très important sur les variations dans les comportements sécuritaires. En fait, il s'agit de la deuxième variable en importance après la variable de feed-back.

Il ressort donc que le feed-back seul d'une part, ainsi que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats d'autres part, augmentent tous deux le comportement sécuritaire. Cependant, le feed-back seul a un impact environ deux fois plus important sur l'augmentation des comportements sécuritaires que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats. Par ailleurs, il apparaît clairement que l'augmentation du nombre de patients affecte très négativement l'adoption des comportements sécuritaires. En effet, cette variable est la deuxième en importance pour expliquer les variations observées dans les comportements sécuritaires.

Il est à noter que pour toute la durée de l'expérimentation, soit quinze semaines, on ne déplore aucun accident de travail dans les unités et dans le quart de travail sous observation, ayant pour cause le déplacement de bénéficiaires. Pour la même période et le même quart de travail, il y a eu 5 accidents dans les autres unités. Il est cependant difficile d'en tirer une conclusion, la période d'observation étant très courte. Il demeure néanmoins que ce fait est encourageant.

3.5 Raisons associées aux comportements non-sécuritaires

Lors des observations, pour chaque comportement non-sécuritaire cinq raisons étaient possibles: posture, prise, mouvement, environnement, équipement. Ces raisons ne sont pas mutuellement exclusives, il est possible que pour un comportement non-sécuritaire il y ait plus d'une raison. Bien que ceci est été noté lors des observations, il est impossible de l'inclure dans la régression. La raison est fort simple, seul les comportements non-sécuritaires se trouvent à être notés. Techniquement, inclure les raisons dans la régression ne donnerait pas une bonne mesure. Cette partie, bien qu'effectuée avec rigueur est indicative.

Les trois premières raisons réfèrent aux principes de déplacements sécuritaires et concernent l'individu qui effectue la manoeuvre. La première raison est la posture. Il est entendu par "bonne posture", la position des pieds, un dos sans torsion et non voûté ainsi

qu'une flexion des genoux. La deuxième raison est la prise. Une prise adéquate doit être rapprochée du patient afin de bien contrôler et de bien sentir bouger le patient et ainsi prévoir toute chute ou glissade. Elle doit être solide tout en étant douce. L'individu doit aussi se trouver ou se créer des poignées pour effectuer les manoeuvres et bloquer les points de glissement, par exemple les pieds. Finalement, la troisième raison est le mouvement. Il y a trois types de mouvement possible: transfert de poids latéral, transfert de poids avant-arrière et contrepoids. Lorsque ces mouvements sont effectués adéquatement , le dos n'est pas sollicité. Un exemple de mouvement inadéquat, lors d'un transfert de poids latéral, serait d'effectuer le transfert de poids sur la mauvaise jambe.

Les deux dernières raisons ne sont pas sous le contrôle de l'individu qui effectue la manoeuvre. La première est l'environnement. Il est entendu par environnement l'espace de travail dans lequel s'effectue la manoeuvre. La seconde raison réfère à l'équipement. Pour cette raison le lit n'a pas été pris en considération. Le motif de cette décision est qu'aucun des lits ne pouvait adéquatement répondre aux besoins. Tel que déjà spécifié au chapitre précédent, monter ou descendre le lit devient une source potentielle d'accident de travail. Il était donc illogique de tenir compte du lit, car aucune des manoeuvres au lit n'aurait été sécuritaire. Cependant, tout autre équipement utilisé (ex. chaise roulante, fauteuil gériatrique, etc.) a été pris en considération.

L'environnement et l'équipement étaient mis en cause, lorsqu'ils empêchaient d'effectuer la manoeuvre de façon sécuritaire.

Le tableau 17, présente le pourcentage des raisons d'un comportement non-sécuritaire pour chacune des manoeuvres observées.

Tableau 17 Raisons d'un comportement non-sécuritaire

MANOEUVRES	RAISONS				
	POSTURE	PRISE	MOUVEMENT	ENVIRONNEMENT	ÉQUIPEMENT
Tourner sur le côté	13%	19%	94%	32%	-
Rapprocher au bord du lit	20%	20%	100%	-	-
Asseoir au bord du lit	9%	22%	91%	30%	-
Remonter à la tête du lit	7%	39%	97%	45%	-
Transfert lit/fauteuil	12%	27%	85%	35%	12%
Transfert fauteuil/lit	10%	40%	90%	10%	20%
Transfert lit/civière	42%	33%	67%	67%	25%
Transfert civière/lit	50%	50%	100%	50%	-
Asseoir au fauteuil	12%	18%	100%	29%	-
Lever du fauteuil	18%	47%	77%	18%	12%
Rehaussement au fauteuil	14%	71%	43%	-	-
Transfert fauteuil/fauteuil	57%	57%	71%	29%	14%
Accompagnement à la marche	12%	100%	-	-	-

Ce tableau indique que la posture, la prise et le mouvement sont en causes pour chacune des manoeuvres non-sécuritaires. Il est à noter que le mouvement ne s'applique pas en ce qui concerne l'accompagnement à la marche. En ce qui concerne la posture, il semble que cette cause soit plus marquée pour les transferts lit/civière (42%), civière/lit (50%) et les transferts fauteuil/fauteuil (57%). Pour la prise, cette cause est plus

marquée dans les transferts fauteuil/lit (40%), civière/lit (50%), lever du fauteuil (47%), rehaussement du fauteuil (71%) et dans tous les cas non-sécuritaires d'accompagnement à la marche. Quant au mouvement, il est mis en cause de façon très importante dans chacune des manoeuvres.

Les deux dernières raisons, telles que déjà spécifiées, sont indépendantes de la volonté de l'individu qui effectue la manoeuvre. L'espace de travail joue un rôle important lors des remonter à la tête du lit (45%), des transferts lit/civière (67%) et civière/lit (50%). Quant à l'équipement, il est beaucoup moins mis en cause. On retrouve cette raison surtout lors de transfert fauteuil/lit (20%) et les transferts civière/lit (25%).

Cette information, jointe à la partie descriptive est un bon indicateur des faiblesses de la formation PDSB à l'hôpital où a eu lieu la recherche. De plus, plusieurs de ces informations pourront être utilisées, à titre indicatif, pour les agents de suivi.

CHAPITRE 4

DISCUSSION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans ce dernier chapitre, nous discutons et interprètons les résultats. Dans un premier temps, l'impact positif des deux expérimentations d'agent de suivi va être souligné. En deuxième lieu, nous verrons que d'autres facteurs ont aussi un impact sur les comportements sécuritaires. Finalement, les limites des résultats seront abordées.

4.1 L'impact positif des formules d'agent de suivi

L'objectif de la recherche était d'évaluer l'impact du rôle de l'agent de suivi sur l'adoption du comportement sécuritaire. Il faut se rappeler que l'agent de suivi a pour rôle de renforcer la formation des principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Le projet initial de l'ASSTSAS, préconisait la formule d'agent de suivi émetteur de feed-back seulement. Dans le cadre de cette recherche, une deuxième formule s'est ajoutée à l'émission de feed-back individuel soit, la fixation d'objectif et le feed-back collectif sur les résultats.

La première hypothèse était que le feed-back individuel augmente le comportement sécuritaire. La seconde hypothèse était que la

fixation d'objectif et la connaissance des résultats augmentent aussi le comportement sécuritaire. Les deux hypothèses sont confirmées, mais les résultats montrent que la formule de feed-back individuel seul, a un impact positif d'un peu plus de deux fois supérieur à la formule plus complexe (fixation d'objectif et connaissance des résultats).

Les résultats sont très robustes étant donné que plusieurs variables de contrôle ont été prises en considération, ce qui n'est généralement pas le cas dans les études béhavioristes classiques. Ces études qui relient directement la variable indépendante à la variable dépendante font une analyse bivariée (t-test) seulement des relations entre les variables. Il n'y a donc aucun contrôle des variables de contexte qui peuvent varier au cours de l'expérimentation. Par exemple, dans cette recherche le nombre de patients équivaut, dans un contexte industriel, aux fluctuations dans le volume de production et la charge de travail. Dans le cas présent, les résultats montre que les variations à la hausse dans le nombre de patients sont une variable lourde qui a un impact négatif très important sur les variations dans les comportements sécuritaires (variable dépendante).

Dans notre recherche, nous avons utilisé l'analyse multivariée qui est une technique inutilisée dans les recherches béhavioristes antérieures. Cette analyse nous a permis de contrôler de nombreuses variables de contexte potentiellement confondantes (temps,

variation du contexte physique, nombre de patients, composition de la main-d'oeuvre, heure d'observation dans les journées). Cependant, il apparaît qu'aucun de ces autres facteurs ne semblent réduire significativement l'impact des formules d'agent de suivi expérimentées. En fait, on note une assez grande stabilité des coefficients de régression (b) entre la première étape et la dernière étape des analyses de régression. Ceci fait ressortir la robustesse et la validité des résultats au cours de la période étudiée. Cependant, à l'instar d'autres études béhavioristes, on ne sait pas si l'impact perdure sur une longue période. Malgré cette limite, le fait est que la formule d'agent de suivi, telle que proposée par l'ASSTSAS, a un impact positif et encourageant. Ceci n'est pas surprenant compte tenu des résultats des recherches antérieures portant sur le feed-back. Komaki et al. (1980) ont démontré l'importance du feed-back sur la modification du comportement et le maintien du nouveau comportement. De plus, une revue de la littérature de McAfee et Winn (1989) souligne que l'ensemble des recherches démontrent que le feed-back augmente le comportement sécuritaire et/ou réduit les accidents de travail dans le court terme.

Les résultats montrent aussi que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats ajoutés au feed-back individuel (en somme une combinaison de feed-back individuel et collectif) produit un impact positif supplémentaire. Ceci confirme également certains résultats de recherches antérieures (Chhokar et Wallin, 1984; Reber

et al., 1984).

Cependant, notre recherche est la première à établir empiriquement l'impact supplémentaire de la formule plus complexe (feed-back, fixation d'objectif et connaissance des résultats) par rapport à la formule plus simple du feed-back individuel seul. Il est probable que la supériorité de cette combinaison soit attribuable au fait qu'elle touche, non-seulement l'individu de façon personnalisée, mais joue aussi sur les motivations de groupe. Il y a d'abord une implication de groupe, lors de la fixation de l'objectif, qui suscite une motivation à l'atteinte de cet objectif. En outre, la connaissance rapide des résultats (hebdomadaire) par un feed-back de groupe permet de maintenir cette motivation. A cet effet, deux recherches montrent que le feed-back de groupe génère plus de coopération, plus de motivation pour l'obtention d'une bonne performance et moins de tensions interpersonnelles. De plus, le combiné feed-back de groupe et feed-back individuel crée une plus grande amélioration de la performance personnelle (Zajonc, 1962; Zander et Wolfe, 1964). En somme, la formule plus complexe favorise une plus grande appropriation collective du problème et mobilise les capacités collectives pour le résoudre. Ce que l'agent de suivi ne peut faire à lui seul.

L'application pratique de cette formule plus complexe en milieu de travail est donc très intéressante et mérite attention. En fait, par l'appropriation collective du problème résulte une plus grande

conscientisation vis-à-vis non-seulement des risques de blessure au dos, mais aussi pour la santé et la sécurité en général dans le milieu de travail. Il faut aussi noter que l'appropriation ne se fait pas seulement au niveau des travailleurs mais implique aussi le supérieur immédiat lorsqu'il s'agit de résoudre certains problèmes, qu'ils soient d'ordre matériel ou autres.

4.2 Autres facteurs ayant un impact sur les comportements sécuritaires

L'analyse multivariée permet de connaître d'autres facteurs ayant un impact sur l'application des principes de déplacement sécuritaire par les employés de l'hôpital. Ceci est un apport majeur de la recherche. Comme on l'a déjà précisé, la recherche béhavioriste classique, en reliant directement la variable indépendante à la variable dépendante sans tenir compte d'autres facteurs qui peuvent provoquer des variances dans les résultats, conduit implicitement à expliquer toute la variance dans la variable dépendante comme un effet de la variable indépendante. Or, nos résultats montrent que d'autres facteurs ont également un impact.

Le premier facteur important se situe au niveau de l'environnement de travail. Les résultats montrent que les fluctuations à la hausse du nombre de patients ont un impact négatif sur l'application des principes de déplacement sécuritaire par les employés. Plusieurs auteurs s'entendent pour souligner que l'environnement de travail

est l'une des causes primaires des accidents de travail (Fitch et al., 1976; Grimaldi et Simonds, 1975; Hale et Hale, 1970). En fait, une fluctuation à la hausse du nombre de patients augmente la charge de travail et diminue le temps d'exécution. Ceci est corroboré par Altman (1970) qui souligne que le nombre de tâches assignées à un travailleur et le temps d'exécution affectent directement la sécurité des travailleurs.

Le deuxième facteur en importance se situe au niveau individuel soit la décision d'utiliser l'équipement de levage (lève-patient). La décision de traiter cette variable comme variable individuelle est basée sur le fait que dans les départements étudiés ce type d'appareil est disponible. Cependant, nous sommes conscient qu'une telle décision peut être affectée par d'autres contraintes de charge de travail, d'organisation du travail ou d'espace de travail. Par ailleurs, les résultats montrent que l'utilisation du lève-patient a un impact positif sur le comportement sécuritaire. Ceci est important parce que le résultat confirme le bien-fondé des recommandations de l'ASSTSAS d'inciter les travailleurs à utiliser cet appareil. Par conséquent, ceci implique d'aménager les conditions nécessaires pour favoriser une telle utilisation.

Le troisième facteur important se situe au niveau de l'organisation du travail soit, les moments ou ont été effectués les observation. Cette variable en terme d'organisation du travail signifie que plus l'heure est tardive plus le travailleur est fatigué et l'attention

se relâche. Les résultats montrent que lors des observations effectuées plus tard dans la journée, le comportement était moins sécuritaire. En fait, l'heure a un impact négatif sur le comportement sécuritaire. Pour Altman (1970), la dimension temps a une signification importante pour la santé et la sécurité des travailleurs. Le résultat obtenu confirme cette importance.

Finalement, deux hypothèses se situant au niveau de la composition de la main-d'oeuvre ne sont pas confirmées. La première était à l'effet que les préposés aux bénéficiaires auraient un impact positif sur l'augmentation du comportement sécuritaire. Bien que les préposés effectuent beaucoup plus souvent des déplacements aux bénéficiaires que les infirmiers, les résultats montrent qu'ils n'ont pas d'impact significatif. Ceci laisse supposer que malgré le fait que ce soient les préposés aux bénéficiaires qui effectuent la majorité des déplacements de bénéficiaires, ils n'adoptent pas d'emblée un comportement plus ou moins sécuritaire que le personnel infirmier. La seconde hypothèse a trait au sexe de la main-d'oeuvre. Face à la forte proportion de préposés masculins et de leur sollicitation lors de déplacements plus difficiles, il était nécessaire de vérifier leur impact. Les résultats montrent que le sexe n'a aucun impact. Ceci laisse supposer que malgré le fait que les préposés masculins soient fortement sollicités pour les déplacements lourds, ils n'adoptent pas un comportement plus ou moins sécuritaire que le personnel féminin.

4.3 Les limites des résultats

Certaines recherches dans la littérature béhavioriste montrent des augmentations du taux de comportement sécuritaire jusqu'à des niveau de conformité de 90% (Chhokar et Wallin, 1984; Komaki et al., 1980; Reber et Wallin, 1984; Reber et al.; 1984). Cependant, les résultats de cette recherche montrent une augmentation jusqu'à un niveau de 60%, ce qui est déjà intéressant puisqu'il correspond au double du niveau observé dans la période pré-expérimentale.

Deux raisons majeures peuvent possiblement expliquer ce plus faible niveau de comportement sécuritaire. La première a trait à l'insuffisance de la formation PDSB des personnels observés. Les pourcentages du personnel formé sont très bas, une moyenne de 47% pour les préposés aux bénéficiaires et de 33% pour les infirmiers. De plus, il n'y a aucun suivi de formation. Donc, certains individus ont reçu la formation en 1990 et n'ont jamais rafraîchi leurs connaissances. Dans les recherches béhavioristes précitées, la formation est donnée de façon systématique au début de l'expérimentation. Elle est donc fraîche et l'ensemble de la population a reçu la formation de base. Dans le cas présent, on demande à l'agent de suivi de renforcer une formation avec une majorité du personnel qui ne l'a pas reçu. Bien que Komaki et al. (1980) aient montré que la formation seule soit insuffisante pour modifier et maintenir une performance sécuritaire, il faut néanmoins que cette formation soit présente. Sulzer-Azaroff (1978)

souligne que les pratiques non-sécuritaires persistent parce qu'elles sont renforcées naturellement. Ce que confirme l'ASSTSAS, lorsqu'elle incite fortement les établissements à donner la formation systématiquement à l'ensemble du personnel appartenant à la même unité. Évidemment, ceci soulève certaines contraintes d'ordre pratique pour les établissements. Il est en effet difficile de former tout le personnel d'une unité en même temps. Cependant, il est possible et souhaitable, de les former dans un court laps de temps. Il s'agit en fait de mettre en place une stratégie de formation qui soit à la fois efficace et efficiente.

La deuxième raison possible pour expliquer le plus faible niveau de comportement sécuritaire est l'insuffisance de la formation de l'agent de suivi. Malgré le fait que l'agent de suivi soit bien perçu on dénote une déficience importante dans la formation donnée par l'ASSTSAS. L'agent de suivi devait au terme de la formation être en mesure d'effectuer quatre éléments: 1° faire une observation de tâche en rapport avec PDSB; 2° identifier les difficultés de ses collègues et leur donner les consignes et le support nécessaire pour les corriger (feed-back), 3° utiliser différentes combinaisons de principes pour réaliser un déplacement sécuritaire en fonction d'une situation précise, et 4° réaliser une démarche de processus de solution de problème identifié en relation avec le déplacement sécuritaire des bénéficiaires. Sur chacun des points l'objectif n'est pas atteint. La formation que les agents de suivi ont reçue avant la mise en place des expérimentations est

essentiellement la formation PDSB de base. De plus, en aucun cas dans la formation d'agent de suivi, le sujet principal, soit le feed-back n'a été abordé. Pourtant, le projet est basé sur ce concept, qui par ailleurs est supporté par l'ensemble de la littérature béhavioriste.

Ce qui devrait être donné est la formation d'instructeur PDSB. Cette formation contient la plupart des outils nécessaires pour l'agent de suivi. À cette formation il serait essentiel d'ajouter les notions de feed-back. Pour l'agent de suivi il est important d'aborder le feed-back positif ainsi que les différentes dimensions du feed-back (source, récepteur, temps, mode de transmission et message). Malgré le fait que les agents de suivi ont été bien perçus dans leur unité, leur crédibilité dans ces conditions n'est pas clairement établie. Ilgen et al. (1979), soulignent l'importance de cette crédibilité. C'est par le savoir être que les agents de suivi ont gagné une certaine crédibilité. De fait, les résultats montrent que les personnels soignant acceptent bien les interventions des agents de suivi. Cependant, ces résultats montrent aussi que les personnels soignant ne sont pas portés à aller vers l'agent de suivi pour chercher de l'information. Pour ce faire, il manque à l'agent de suivi certains éléments de savoir et de savoir faire. Malheureusement, les agents de suivi qui ont participé à cette recherche ne possédaient pas l'ensemble de ces atouts. Cependant, ils ont démontré une très grande motivation qui a compensé, en partie, les importantes défaillances de la

formation.

D'autres éléments constituent aussi des limites aux résultats. D'abord, la courte durée de l'expérimentation ne permet pas de savoir s'il y aurait persistance de l'impact de l'agent de suivi sur une longue période. Ensuite, seulement 48% de la variance est expliqué, il y a donc 52% non-expliqué. Une plus forte proportion de la variance aurait sans doute été expliquée si d'autres facteurs avaient pu être pris en considération lors des observations dans cette recherche, entre autres: la formation PDSB, l'âge, le statut d'emploi (permanent, remplacement), la perception des risques et l'espace disponible. La principale raison à l'effet que ces facteurs n'ont pas été considérés, est que le déplacement observé n'est qu'une mince partie d'une tâche qui met le travailleur en contact non pas avec un produit mais une personne. L'observation devait donc se faire très rapidement de façon à ne pas léser le bénéficiaire tout au long de l'expérimentation.

CONCLUSION

Cette recherche s'intéresse au rôle de l'agent de suivi qui consiste à donner du feed-back dans le cadre d'un programme de prévention des maux de dos dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le rôle de l'agent de suivi est de supporter et soutenir l'application des principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires dans son milieu de travail. L'objectif était d'en évaluer l'impact sur l'adoption du comportement sécuritaire.

Comme il s'agissait d'étudier un mécanisme de modification des comportements de travail, nous avons utilisé l'approche béhavioriste. Le feed-back est le concept central de cette recherche. Cependant, le modèle conceptuel développé, dévie du modèle classique des études béhavioristes qui relie directement la variable indépendante à la variable dépendante. Dans cette recherche nous avons fait intervenir des variables de contrôle de trois ordres: individu, organisation du travail et environnement. Deux hypothèses sont à la base du modèle conceptuel. La première est que le feed-back augmente le comportement sécuritaire. La seconde est que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats qui ont été ajoutées à la formule de base d'agent de suivi (feed-back seul) augmentent aussi le comportement sécuritaire.

Cette recherche s'inscrit dans un cadre quasi-expérimental invoqué

avec mesure avant/après. Pour répondre aux impératifs du devis de recherche, quatre groupes ont été choisis pour procéder à l'expérimentation et regroupé en deux paires, en prenant soin que chaque paire réfère à deux unités semblables entre elles. Dans les quatre groupes, il y a présence d'un agent de suivi. Dans chacune des paires, un groupe a reçu l'intervention de feed-back par l'agent de suivi pour toute la période d'expérimentation, soit quinze semaines. L'autre groupe a reçu l'intervention de feed-back pendant cinq semaines pour ensuite expérimenter en plus la fixation d'un objectif de pourcentage des comportements sécuritaires à atteindre et la connaissance de ses résultats sur une base hebsomadaire.

Les variables de contrôle que nous avons fait intervenir donne de la robustesse et de la validité aux résultats obtenus. Ceci modifie aussi le type d'analyse utilisé. Les études béhavioristes classiques font une analyse bivariée (T-test) seulement. Dans notre recherche, nous avons utilisé l'analyse multivariée qui est une technique inutilisée dans les recherches béhavioristes antérieures.

L'analyse a confirmé les deux hypothèses. En effet, la recherche montre que le feed-back seul d'une part, ainsi que la fixation d'objectif et la connaissance des résultats d'autre part, augmentent tous deux le comportement sécuritaire. Cependant, les résultats montre que le feed-back a un impact deux fois supérieur à la fixation d'objectif et la connaissance des résultats. Les

résultats montrent aussi que la fixation d'obectif et la connaissance des résultats ajoutés au feed-back individuel produit un impact positif supplémentaire. Par ailleurs, d'autres facteurs, parmi les variables de contrôles ont aussi un impact sur les variations des comportements sécuritaires. Parmis eux le plus important est la variation à la hausse du nombre de patients qui a un impact très négatif.

Certains éléments limitent les résultats. En effet, certaines recherches dans la littérature béhavioriste montrent des augmentations du taux de comportement sécuritaire jusqu'à des niveaux de conformité de 90%, tandis que dans cette recherche, le niveau atteint est de 60%. Deux raisons majeures semblent expliquer ce plus faible niveau de comportement sécuritaire. La première a trait à l'insuffisance de la formation PDSB des personnels observés. Les pourcentages du personnel formé sont très bas, une moyenne de 47% pour les préposés aux bénéficiaires et de 33% pour les infirmières. La seconde raison est l'insuffisance de la formation de l'agent de suivi. En fait, la formation que les agents de suivi ont reçue avant la mise en place des expérimentations est essentiellement la formation PDSB de base. De plus, en aucun cas dans la formation d'agent de suivi, le sujet principal, soit le feed-back n'a été abordé. Pourtant, le projet est basé sur ce concept, qui par ailleurs est supporté par l'ensemble de la littérature béhavioriste.

D'autres éléments constituent aussi des limites aux résultats. D'abord, la courte durée de l'expérimentation ne permet pas de savoir s'il y aura persistance de l'impact de l'agent de suivi sur une longue période. Ensuite seulement 48% de la variance est expliqué, il y a donc 52% non-expliqué. Une plus forte proportion de la variance aurait sans doute été expliquée si d'autres facteurs avaient pu être pris en considération lors des observations dans cette recherche, entre autres: la formation PDSB des sujets observés, l'âge, le statut d'emploi, la perception des risques et l'espace disponible. Néanmoins, les résultats de cette recherche sont un apport important à la connaissance. En premier lieu, notre recherche est la première à comparer empiriquement la formule de base de l'agent de suivi (feed-back sul) et une formule plus complexe (feed-back individuel, fixation d'objectif et connaissance des résultats) et a montrée que cette dernière a un effet positif supplémentaire. En deuxième lieu, notre recherche est la première à faire intervenir des variables de contrôle permettant ainsi une analyse multivariée qui est une technique inutilisée dans les recherches béhavioristes antérieures. Cette analyse a permis de contrôler de nombreuses variables de contexte potentiellement confondantes qui nous montrent que les variations observées dans les comportements sécuritaires ne sont pas entièrement attribuables à l'effet du mécanisme d'agent de suivi.

L'application pratique de la formule plus complexe (feed-back individuel, fixation d'objectif, connaissance des résultats) en

milieu de travail est donc très intéressante et mérite attention. En fait, par l'appropriation collective du problème qu'elle permet, il en résulte une plus grande conscientisation vis-à-vis non-seulement des risques de blessures au dos, mais aussi pour la santé et la sécurité en général dans le milieu de travail. Il faut noter que l'appropriation ne se fait pas seulement au niveau des travailleurs mais implique aussi le supérieur immédiat lorsqu'il s'agit de résoudre certains problèmes, qu'ils soient d'ordre matériel ou autres. De plus, le feed-back, tel que la revue de la littérature l'a démontré, est un stimulus efficace pour renforcer un comportement. Prue et Fairbank (1981) notent certains avantages au feed-back. D'abord l'intervention de feed-back est reconnue pour être moins dispendieuse que beaucoup d'autres mécanismes. En deuxième lieu, le mécanisme de feed-back est simple à implanter. Il n'est pas nécessaire de donner une formation détaillée sur l'analyse béhavioriste. Une formation simple sur le feed-back positif est suffisante (Bourdon, 1977). Finalement, l'intervention de feed-back est intéressante pour les organisations qui n'ont pas accès à d'autres stratégies d'intervention. Ces organisations trouvent que le feed-back est une option efficace pour modifier le comportement des employés.

Le secteur de la santé et des services sociaux est un secteur qui connaît d'importantes difficultés en matière de santé sécurité au travail, spécifiquement en ce qui concerne les atteintes au dos. De plus, c'est aussi un secteur qui est tributaire des octrois

gouvernementaux et qui fait face à d'importante contrainte budgétaire. La formule expérimentée et plus complexe d'agent de suivi (feed-back individuel, fixation d'objectif et connaissance des résultats) apparaît donc comme un moyen efficace de promotion des comportements sécuritaires.

Les recherches futures devraient tenir compte des limites de notre recherche. En premier lieu, une période d'expérimentation plus longue permettrait de voir si l'impact persiste dans le temps. Deuxièmement, il faudrait prendre en considération, lors des observations, d'autres facteurs tels que: la formation PDSB, l'âge, le statut d'emploi, la perception des risques et l'espace disponible.

Enfin, bien que ces facteurs ne soient pas du ressort de cette recherche, il serait sans doute avantageux que l'ensemble de la population sous observation reçoive au préalable la formation PDSB de base et qu'on modifie de façon substantielle la formation d'agent de suivi.

BIBLIOGRAPHIE

ALTMAN, J.W. (1970) Behavior and Accidents, Journal of Safety Research, 2, 109-122.

ARNOLD, H.J., (1976) Effects of Performance Feedback and Extrinsic Reward upon High Intrinsic Motivation, Organizational Behavior and Human Performance, 17, 275-288.

ASSTSAS, (1991) Approche globale en prévention: Mode d'emploi, volume 1: Unités de soins.

AYLLON, T., AZRIN, N.H., (1968) The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation, New York: Appleton-Century-Crofts.

BERKOWITZ, L., LEVY, B.I., (1956) Pride in Group Performance and Group Task Motivation, Journal of Abnormal and Social Psychology, 53, 300-306.

BIGAOUETTE, M., (1993) Les lésions professionnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux, Objectif Prévention, 16-20.

BIGAOUETTE, M., (1993) Vieillissement et lésions professionnelles, Objectif Prévention, 21-22.

BOURDON, R.D., (1977) A Token Economy Application to Management Performance Improvement, Journal of Organizational Behavior Management, 1, 23-38.

CAMPBELL, J.P., (1971) Personnel Training and Development, Annual Review of Psychology, 22, 565-602.

CASSOU, B., HUEZ, D., MOUSEL, M.L., SPITZER, C., TOURANCHET, A., (1985) Les risques du travail, pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Paris, Éditions la découverte.

CHHOKAR, J.S., WALLIN, J.A., (1984) A Field Study of the Effect of Feedback Frequency on Performance, Journal of Applied Psychology, 69, 524-530.

CHHOKAR, J.S., WALLIN, J.A., (1984) Improving Safety through Applied Behavior Analysis, Journal of Safety Research, 15, 141-151.

CHUNG, K.H., (1972) Incentive Theory and Research, Personnel Administration, 35, 63-74.

COHEN, A., (1977) Factors in Successful Occupational Safety Programs, Journal of Safety Research, 9, 168-178.

COHEN, H.H., JENSEN, R.C., (1984) Measuring the Effectivness of an Industrial Lift Truc Training Program, Journal of Safety Research, 15, 125-135.

CONNELLAN, T.K., (1978) How to Improve Human Performance: Behavior in Business and Industry, New York: Harper and Row.

CONSTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.-L., BOYLE, P., (1990), Savoir préparer une recherche, Montréal: Presse de l'Université de Montréal.

COOK, D.M., (1968) The Impact of Managers of Frequency of Feed-back, Academy of Management Journal, 11, 263-277.

COOPER, M.L., THOMPSON, C.L., BAER, D.M., (1970) The Experimental Modification of Teacher Attending Behavior, Journal of Applied Behavior Analysis, 3, 153-157.

CÔTÉ, N., (1986) L'individu et l'organisation, dans Côté, N., Abravanel, H., Jacques, J., Bélanger, L., Individu, Groupe et Organisation, Québec, Gaëtan Morin Éditeur, 22-48.

DECI, E.L., (1975) Intrinsic Motivation, New York: Plenum Press.

DUNCAN, P. K., BRUWELHEIDE, L. R., (1985/1986) Feedback: Use and Possible Behavioral Functions, Journal of Organizational Behavior Management, 7, 91-114.

DUSTIN, D., Member Reactions to Team Performance, (1966) Journal of Social Psychology, 69, 237-243.

EREZ, M., (1977) Feedback: A Necessary Condition For the Goal Setting-Performance Relationship, Journal of Applied Psychology, 62, 624-627.

FAIRBANK, J.A., PRUE, D.M., (1982) Developing Performance Feedback Systems, dans Frederiksen, L.W., Handbook of Organizational Behavior Management, New York: John Willey and Sons, 281-299.

FELLNER, D.J., SULZER-AZAROFF, B., (1986) Occupational Safety: Assessing the Impact of Adding Assigned or Participative Goal-Setting, Journal of Organizational Behavior Management, 7, 3-24.

FITCH, H.G., HERMANN, J., HOPKINS, B.L., (1976) Safe and Unsafe Behavior and its Modifications, Journal of Occupational Medecine, 18, 618-622.

FLETCHER, C., WILLIAMS, R., (1976) The Influence of Performance Feedback in Appraisal Interviews, Journal of Occupational Psychology, 49, 75-83.

FRYE, R.L., (1966) The Effects of Orientation and Feedback of Success and Effectiveness on the Attractiveness and Esteem of the Group, Journal of Social Psychology, 70, 205-211.

GIBB, J.R., SMITH, E.E., ROBERTS, A.H., (1955) Effects of Positive and Negative Feedback upon Defensive Behavior in Small Problem Solving Group., American Psychologist, 10-335 (abstract).

GRELLER, M.M., (1980) Evaluation of Feedback Sources as a Fonction of Role and Organizational level, Journal of Applied Psychology, 64, 24-27.

GRELLER, M.M., HEROLD, D.M., (1975) Sources of Feedback: A Preliminary Investigation, Organizational Behavior and Human Performance, 13, 244-256.

GRIMALDI, J.V., SIMONDS, R.H., (1975) Safety Management, Homewood, IL:Wirwin.

HALE, A.R., HALE, M., (1970) Accidents in Perspective, Occupational Psychology, 44, 115-121.

HALPERIN, K., SNYDER, C.R., SHENKEL, R.J., HOUSTON, B.K., (1976) Effects of Source Status and Message Favorability on Acceptance of Personality Feedback, Journal of Applied Psychology, 61, 85-88.

HAMNER, W.C., (1974) Worker Motivation Programs: Importance of Climate, Structure, and Performance Consequences. In Hamner, W.C., Schmidt, F. (Eds), Contemporary Problems in Personnel, Chicago: St. Clair Press.

HAMNER, W.C., HAMNER, E.P., (1976) Behavior Modification and the Bottom Line, Organizational Dynamics, 3-21.

HEINRICH, H.W., (1959) Industrial Accident Prevention: A Scientific Approach, New York: McGraw Hill.

HEROLD, M., PARSONS, C.K., (1985) Assessing the Feedback Environment in Work Organizations: Development of the Job Feedback Survey, Journal of Applied Psychology, 70, 290-303.

HOUSE, R.J., WIDGOR, L.A., (1967) Herzberg's Dual-Factor Theory of Job Satisfaction and Motivation: a Review of the Evidence and A Criticism, Personnel Psychology, 20, 369-389.

ILGEN, D.R., FISHER, C.D., TAYLOR, M.S., (1979) Consequence of Individual Feedback on Behavior in Organizations, Journal of Applied Psychology, 349-371.

JABLONSKY, S.F., DEVRIES, D.L., (1972) Operant Conditioning Principes Extrapolated to the Theory of Management, Organizational Behavior and Human Performance, 7, 341-358.

JEHRING, J.J., (1967) A Contrast Between Two Approaches to Total Systems Incentives, California Management Review, 10, 7-14.

JOHNSTON, J.M., (1971) Punishment of Human Behavior, American Psychologist, 27, 1033-1054.

KIM, J.S., HAMNER, W.C., (1976) Effect of Performacne Feedback and Goal Setting on Productivity and Satisfaction in Organizational Setting, Journal of Applied Psychology, 61, 48-57.

KOMAKI, J., WADDELL, W., PEARCE, M. G., (1977) The Applied Behavior Analysis Approach and Individual Employees: Improving Performance in Two Small Businesses, Organizational Behavior and Human Performance, 19, 337-352.

KOMAKI, J., BARWICK, K.D., SCOTT, L., (1978) A Behavioral Approach to Occupational Safety: Pinpointing and Reinforcing Safe Perfromance in a Food Manufacturing Plant, Journal of Applied Psychology, 63, 434-445.

KOMAKI, J., HEINZMANN, A.T., LAWSON, L., (1980) Effect of Training and Feedback: Component Analysis of a Behavioral Safety Program, Journal of Applied Psychology, 65, 261-270.

Le Petit Larousse Illustré, Édition 1993.

LOCKE, E.A., CARTLEDGE, N., KOEPPEL, (1968) J., Motivational Effects of Knowledge of Results: A Goal-Setting Phenomenon, Psychological Bulletin, 70, 474-485.

LOCKE, E.A., SHAW, K.N., SAARI, L.M., LATHAM, G.P., (1981) Goal-Setting and Task Performance: 1969-1978, Psychological Bulletin, 90, 125-152.

LUTHANS, F., KREITNER, R., (1973) The Role of Punishment in Organizational Behavior Modification, Public Personel Management, 2, 156-161.

MCAFEE, R.B., WINN, A.R., (1989) The Use of Incentives/Feedback to Henhance Work Place Safety: A Critique of Literature, Journal of Safety Research, 20, 7-19.

NADLER, D.A., (1979) The Effect of Feedback on Task Group Behavior: A Review of the Experimental Research, Organisational Behavior and Human Performance, 23, 309-338.

NORD, W., (1969) Beyond the Teaching Machine: the Neglected Area of Operant Conditioning in the Theory and Practice of Management, Organizational Behavior and Human Performance, 4, 375-401.

PANYAN, M., BOOZER, H., MORRIS, N., (1970) Feedback to Attendants as a Reinforcer for Applying Operant Techniques, Journal of Applied Behavior Analysis, 3, 1-4.

PIERCE, C.H., RISLEY, T.R., (1974) Improving Job Performance of Neighborhood Youth Corps Aides in Urban Recreation Program, Journal of Applied Behavior Analysis, 7, 207-215.

PORTER, L.W., (1973) Turning Work into Non-Work: the Rewarding Environment. In M.D., Dunnette (ED.), Work and Nonwork in the Year 2001, Monterey, California: Brooks/Cole.

POULIOT, G., (1988) Pour les accidents au dos, le secteur hospitalier est premier, Objectif Prévention, 4-6.

PRUE, D. M., FAIRBANK, J.A., (1981) Performance Feedback in Organizational Behavior Management: A Review, Journal of Organizational Behavior Mangement, 3, 1-16.

QUILITCH, H.A., (1975) A Comparison of Three Staff-Management Procedures, Journal of Applied Behavior Analysis, 8, 59-66.

RAVEN, B.H., RIESTMA, J., (1957) The Effects of Varied Clarity of Group Goal and Group Path upon the Individual and his Relation to his Group, Human Relations, 10, 29-45.

REBER, R.A., WALLIN, J.A., (1984) The Effects of Training, Goal Setting, and Knowledge of Results on Safe Behavior: A Component Analysis, Academy of Management Journal, 27, 544-560.

REBER, R.A., WALLIN, J.A., CHHOKAR, J., (1984) Reducing Industrial Accidents: A Behavioral Experiment, Employee Relations, 23, 119-124.

REBER, R.A., WALLIN, J.A., CHHOKAR, J., (1990) Improving Safety Performance with Goal Setting and Feedback, Human Performance, 3, 51-61.

SCHNEIER, C.E., (1974) Behavior Modification in Management: A Review and Critique, Academy of Management Journal, 17, 528-548.

SELLTIZ, C., WRIGHTSMAN, L., COOK, S., (1977) Les méthodes de recherche en sciences sociales, Montréal:HRW.

SKINNER, B.F., (1953) Science and Human Behavior, New York:MacMillan.

SMITH, K.H., (1972) Changes in Group Structure Through Individual and Group Feedback, Journal of Personality and Social Psychology, 24, 425-428.

SULZER-AZAROFF, B., (1978) Behavioral Ecology and Accident Prevention, Journal of Organizational Behavior Management, 2, 11-44.

VANDENPUT, M.A.E., (1970) Unsafe Habits and Social Pressures, Psychology Belg., X-1, 99-107.

VROOM, V.H., (1964) Work and Motivation, New York: John Wiley & Sons.

WAIRD, H., (1972) Why Manage Behavior? A Case for Positive Reinforcement, Human Resource Management, 11, 15-20.

WALTER, G.A., (1975) Effects of Video Tape Feedback and Modeling on the Behavior of Task Group Members, Human Relations, 28, 121-138.

WALTER, G.A., MILES, R.E., (1972) Essential Elements for Improving Task-Group Membership Behaviors. Proceedings of the American Psychological Association Annual Convention, 7, 461-462.

WEINER, N., (1954) The Human Use of Human Being, Boston: Houghton Mifflin.

ZAJONC, R.B., (1962) The Effects of Feedback and Probability of Group Success on Individual and Group Perfomance, Human Relations, 1, 71-88.

ZANDER, A., WOLFE, D., (1964) Administrative Rewards and Coordination Among Commitee Members, Administrative Science Quartely, 9, 50-69.

ZANDER, A., WULFF, D., (1966) Member's Test Anxiety and Competence: Determinants of Group's Aspirations, Journal of Personality, 34, 55-70.

ANNEXE 1

GRILLE D'OBSERVATION

GRILLE D'OBSERVATION

Date:_____ Heure:_____ Unité:_____

Titre d'emploi:_____ H ☐ F ☐

TYPES DE MANUTENTION	utilisation d'app.	sécuritaire	non-sécuritaire	1	2	3	4	5
MANOEUVRES AU LIT								
1- Tourner sur le côté								
2- Rapprocher au bord du lit								
3- Asseoir au bord du lit								
4- Remonter à la tête du lit								
5- Transfert du lit au fauteuil								
6- Transfert du fauteuil au lit								
7- Transfert du lit à la civière								
8- Transfert de la civière au lit								
MANOEUVRES AU FAUTEUIL (tout type de fauteuil)								
9- Asseoir au fauteuil								
10- Lever du fauteuil								
11- Rehaussement au fauteuil								
12- Transfert de fauteuil à fauteuil								
MANOEUVRES GÉNÉRALES								
13- Accompagnement à la marche								
14- Relever d'une chute au sol								

1= posture 2= prise 3= mouvement 4= environnement 5= équipement

* D'autres manoeuvres auraient pu être pris en considération, cependant compte tenu de la durée même de la recherche le nombre d'observation pour chaque manoeuvre aurait été insuffisant.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE

PROJET DE RECHERCHE

Dans le cadre de mon mémoire de maîtrise au sein de votre établissement, il est très important pour moi de réaliser une étude plus approfondie des problèmes de votre unité de travail.

Votre connaissance et votre expérience dans le milieu de travail constitue pour moi un apport important. Je vous demande donc votre collaboration en répondant au questionnaire suivant.

Le questionnaire est anonyme et aucun participant ne sera identifié d'aucune manière. Je puis vous assurer du caractère strictement confidentiel de vos réponses.

S.V.P., veuillez me remettre ce questionnaire, lors de ma prochaine visite sur votre unité. (le plus tôt possible, sera très apprécié)

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration et soyez assuré que je ferai bon usage de toutes ces données.

Christine Arcand

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Nom du service: _____

2. Titre d'emploi: _____
(infirmier-ère, infirmier-ère auxiliaire, préposé-e)

3. Statut d'emploi:
   - temps complet régulier (TCR) ☐
   - temps partiel régulier (TPR) ☐
   - équipe volante (EV) ☐
   - autre (spécifié) ☐

4. Expérience dans le titre d'emploi:
   - moins d'un an ☐
   - 1 à 5 ans ☐
   - 6 à 10 ans ☐
   - 11 à 15 ans ☐
   - 15 ans et plus ☐

5. Expérience dans le département:
   - moins d'un an ☐
   - 1 à 5 ans ☐
   - 6 à 10 ans ☐
   - 11 à 15 ans ☐
   - 15 ans et plus ☐

6. Sexe:
   - féminin ☐
   - masculin ☐

7. Groupe d'âge:
   - 25 ans et moins ☐
   - 26 à 30 ans ☐
   - 31 à 35 ans ☐
   - 36 à 40 ans ☐
   - 41 à 45 ans ☐
   - 46 à 50 ans ☐
   - 51 à 55 ans ☐
   - 56 et plus ☐

8. Depuis les 5 dernières années, avez-vous eu des problèmes de dos?

oui ☐
non ☐

Si vous avez répondu oui, spécifiez s.v.p. l'origine du mal:

a) liée au travail chez un employeur précédent ☐
b) liée au travail avec l'employeur actuel ☐
c) origine hors-travail ☐
d) origine non identifiée ☐

Si vous avez répondu **chez un employeur ou avec l'employeur**, précisez, s.v.p.:

a) il y a eu rapport d'accident de travail ☐
b) il n'y a pas eu rapport d'accident de travail ☐

9. Est-ce que vos problèmes de dos vous dérangent ou vous ont dérangé:

a) dans vos activités au travail? oui ☐ non ☐
b) dans vos activités hors travail? oui ☐ non ☐

10. Si vous avez répondu oui à la question 8 ou à la question 9, avez-vous dû subir des traitements médicaux ou autres pour ces problèmes de dos?

oui ☐
non ☐

LA FORMATION

11. Avez-vous pu bénéficier des formations ou des entraînements particuliers suivants (cochez seulement les cases pertinentes et spécifiez la durée et l'année approximative):

	Formation/Entraînement		Nombre d'heures	En quelle année
a)	Cours «PDSB»	☐	_____	_____
b)	Suivi «PDSB»	☐	_____	_____
c)	Cours sur l'utilisation des appareils de levage	☐	_____	_____
d)	Autres (précisez): _____	☐	_____	_____

12. S.V.P. indiquer la ou les formations académiques ou professionnelles que vous avez complétées ou que vous poursuivez actuellement:

		Oui	Non	En cours
a)	cours d'étude secondaire	☐	☐	☐
b)	cours de préposé-e aux bénéficiaires	☐	☐	☐
c)	cours d'infirmier-ère auxiliaire	☐	☐	☐
d)	cours collégial (2 ans)	☐	☐	☐
e)	cours de technique infirmière	☐	☐	☐
f)	baccalauréat universitaire en sciences infirmières	☐	☐	☐
g)	baccalauréat universitaire d'une autre nature (précisez) _____	☐	☐	☐
h)	certificat universitaire dans le domaine de la santé (ex.:gérontologie)	☐	☐	☐
i)	maîtrise en sciences infirmières	☐	☐	☐
j)	autres (précisez) _____	☐	☐	☐

LES ÉQUIPEMENTS

13. Parmi les ***équipements*** suivants, indiquez par un X ceux qui, dans votre unité, sont ***insatisfaisants*** pour votre sécurité et dites pourquoi. Précisez la fréquence à laquelle vous les utiliser.

Code de fréquence d'utilisation	
Rarement	1
Parfois	2
Souvent	3
Très souvent	4

	Équipements	Insatisfaction	Raisons	Fréquence
a)	Lit	☐	_____	_____
b)	Chaise roulante	☐	_____	_____
c)	Fauteuil gériatrique	☐	_____	_____
d)	Chaise d'aisance	☐	_____	_____
e)	Chaise de bain	☐	_____	_____
f)	Civière de bain	☐	_____	_____
g)	Fauteuil droit	☐	_____	_____
h)	Lève-patient	☐	_____	_____
i)	Civière	☐	_____	_____
j)	Bain	☐	_____	_____
k)	Douche	☐	_____	_____
l)	Bain tourbillon	☐	_____	_____
m)	Barre d'appui	☐	_____	_____

LES TÂCHES

14. Parmi les ***tâches*** suivantes, indiquez par un X celles qui, pour vous, représentent des ***problèmes*** pour votre dos. Précisez le degré de problème à partir des codes suivants.

Code de problème	
Aucun problème (il n'y a aucun risque)	**0**
Un peu (je dois faire attention)	**1**
problème (je dois faire attention, mais je peux contrôler le risque)	**2**
Assez problématique (même si je fais attention, il est difficile de bien contrôler)	**3**
Très problématique (même si je fais attention, le risque de me blesser est élevé)	**4**
Problème excessif (même si je fais attention, le risque de me blesser est excessivement élevé)	**5**

Tâches	Problème
. **Manoeuvres au lit avec patient**	
1- Tourner sur le côté	☐
2- Rapprocher au bord du lit	☐
3- Asseoir au bord du lit	☐
4- Remonter à la tête du lit	☐
5- Transfert du lit au fauteuil	☐
6- Transfert du fauteuil au lit	☐
7- Transfert du lit à la civière	☐
8- Transfert de la civière au lit	☐
. **Manoeuvres au fauteuil (tout type de fauteuil)**	
9- Asseoir au fauteuil	☐
10- Lever du fauteuil	☐
11- Rehaussement au fauteuil	☐
12- Transfert de fauteuil à fauteuil	☐
. **Manoeuvres à la toilettte**	
13- Asseoir sur le siège de toilette	☐
14- Lever du siège de toilette	☐
15- Transfert du fauteuil au siège	☐
16- Transfert du siège au fauteuil	☐

Tâches	Problème
. **Manoeuvres à la salle de bain**	
17- Transfert du fauteuil à la chaise de bain	☐
18- Transfert de la chaise de bain au fauteuil	☐
19- Asseoir au bain	☐
20- Lever du bain	☐
21- Transfert du lève-patient au bain	☐
22- Transfert du bain au lève-patient	☐
23- Assistance à la douche	☐
. **Manoeuvres générales**	
24- Accompagnement à la marche	☐
25- Relever d'une chute au sol	☐

ORGANISATION DU TRAVAIL

15. Dans votre unité de travail actuelle, indiquez-nous si vous êtes bien informé.

		Oui	Non
a)	Pathologie et les conditions de santé des bénéficiaires	☐	☐
b)	Leur degré d'autonomie et leurs capacités	☐	☐
c)	Leurs caractéristiques physiques et psychologiques (poids, grandeur, température, goûts, intérêts, ect.)	☐	☐
d)	Les indications sur les méthodes de déplacement ou d'approches spécifiques pour chaque bénéficiaire	☐	☐
e)	Les particularités de leur plan de soins et les mesures de sécurité à prendre	☐	☐

16. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez ***votre opinion*** en entourant le code correspondant.

	TOTALEMENT EN DÉSACCORD	+ OU − D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	PARFAITEMENT D'ACCORD
a) Le travail est réparti équitablement entre les travailleurs	1	2	3	4
b) Il est facile d'avoir de l'aide d'un collègue en cas de besoin	1	2	3	4
c) Il y a des moments où je ne sais plus où donner de la tête	1	2	3	4
d) Le travail en équipe est prévu	1	2	3	4
e) Il est possible pour moi d'organiser mon travail selon les besoins de mes bénéficiaires	1	2	3	4
f) Ça ne me dérange pas d'essayer de nouvelles méthodes de déplacement même si je cours	1	2	3	4
g) Je n'ai pas besoin de PDSB parce que je sais très bien comment protéger mon dos au travail	1	2	3	4
h) Quand j'en ai trop en même temps je peux demander à quelqu'un d'autre d'effectuer une tâche pour moi	1	2	3	4
i) C'est préférable d'utiliser le lève-patient au lieu de faire un soulever pur	1	2	3	4
j) Le travail est réparti équitablement entre les infirmiers-ères, les infirmiers-ères auxiliaires et les préposés-es	1	2	3	4
k) Les accidents de travail ça n'arrive qu'aux autres	1	2	3	4
l) Je ne vois pas pourquoi quelqu'un viendrait me dire comment faire pour bouger un bénéficiaire	1	2	3	4

17. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez ***votre niveau de satisfaction*** sur chacun des aspects suivants de votre travail en entourant le code correspondant.

Code de satisfaction	
Pas satisfait (cet aspect est très en-dessous de mes attentes)	1
Un peu satisfait (cet aspect est un peu en-dessous de mes attentes)	2
Satisfait (cet aspect correspond à mes attentes)	3
Très satisfait (cet aspect est plus élevé que mes attentes)	4
Extrêmement satisfait (cet aspect est au-delà de mes attentes)	5

A)	Le temps qui est alloué pour donner les soins aux patients	1 2 3 4 5
B)	La latitude qu'on me donne pour faire mon travail	1 2 3 4 5
C)	La répartition du travail	1 2 3 4 5
D)	L'appréciation de mon travail par mes supérieurs	1 2 3 4 5
E)	L'utilisation de mes connaissances dans mon travail	1 2 3 4 5
F)	Le temps qu'on m'alloue pour effectuer mes tâches correctement	1 2 3 4 5
G)	Le climat de travail dans mon unité	1 2 3 4 5
H)	L'intérêt de mes supérieurs pour la santé et sécurité au travail	1 2 3 4 5
I)	L'entraide dans mon unité de travail	1 2 3 4 5
J)	Le contact avec les patients	1 2 3 4 5
K)	La planification du travail afin de donner une qualité de soins aux patients	1 2 3 4 5

18. S.V.P. indiquer par ordre d'importance de 1 à 7, les éléments qui, selon vous, présentent des dangers d'accidents dans votre unité et spécifier si nécessaire. Indiquer 1 pour le plus important et 7 pour le moins important.

a)	La charge de travail	n°__	_____
b)	Les espaces de travail	n°__	_____
c)	Les équipements	n°__	_____
d)	Les bénéficiaires	n°__	_____
e)	Les manoeuvres de déplacement	n°__	_____
f)	Le temps pour effectuer les tâches	n°__	_____
g)	Faire un déplacement à deux	n°__	_____

L'AGENT DE SUIVI

19. S.v.p., répondez aux questions suivantes

a. Si je ne suis pas certain-e d'effectuer correctement un déplacement je vais demander conseil à l'agent de suivi.

Oui____ Non____

b. Je connais le rôle de l'agent de suivi sur mon unité.

Oui____ Non____

c. Je suis d'accord qu'une personne qui effectue souvent des déplacements, me conseille lorsque je risque de forcer avec mon dos.

Oui____ Non____

d. Lorsque l'agent de suivi intervient auprès de moi, j'accepte ses conseils.

Oui____ Non____

e. L'agent de suivi me fatigue avec ses interventions.

Oui____ Non____

f. Jusqu'à présent, l'agent de suivi, m'a donné des conseils sur les déplacements:

- Jamais ☐
- Une fois par 2 semaines ☐
- Une fois par semaine ☐
- 2 à 3 fois par semaine ☐
- Plusieurs fois par jour ☐