

Section 2 : Enquête et analyse d'accident

MOBILISATION DE PATIENT

2.1 Identification de l'employé

Nom et prénom : _____ Date de l'accident : _____

Numéro de matricule : _____ Titre d'emploi : _____ Heure de l'accident : _____

2.2 Description et analyse de l'événement (type de tâche, état du patient, présence/état de l'équipement, organisation du travail, poids et dimension de l'équipement en cause, etc.)

Témoïn(s) : _____

Tâche lors de l'événement :

- Remonter un client au lit
 Assistance lever/asseoir au lit
 Assistance lever/asseoir au fauteuil
 Assistance lever/asseoir autres
 Relever un patient
 Tourner un client au lit
 Assistance entrer/sortir du bain
 Transfert (civière/autre surface)
 Déplacement entre deux assises
 Assistance à la marche

Niveau d'assistance requis du client

- Supervision
 Assistance partielle
 Assistance totale

État / condition du client

- Obèse
 Agité
 Confus
 Agressif
 Imprévisible
 Non-collaborateur

2.3 Analyse de la situation de travail et évaluation du risque

- 2.3.1 Le risque est connu : Oui Non
 2.3.2 Les mesures de sécurité sont en place et sont adéquates pour éliminer ou contrôler les dangers : Oui Non Place à amélioration
 2.3.3 Probabilité de survenu d'un accident semblable : Peu probable Modéré Probable Attendu
 2.3.4 Fréquence d'exposition au risque de vos travailleurs : Quotidien Hebdo. Mensuel Rare
 2.3.5 Facilité de détection du risque par vos travailleurs lorsqu'exposé à ce dernier : Facile Moyen Difficile
 2.3.6 Gravité possible d'un accident semblable selon les mesures en place : Mineur Lésions temporaires Lésions permanentes Décès

2.4 Agents causals : Cocher dans le tableau suivant les éléments qui ont contribué à l'événement accidentel

Tâche	Environnement (lieu)	Individu	Organisation	Temps	Autres
<input type="checkbox"/> Tâche habituelle	<input type="checkbox"/> Aménagement inadéquat	<input type="checkbox"/> Formation / entraînement	<input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâche inadéquate	<input type="checkbox"/> Cadence de travail	
<input type="checkbox"/> Méthode de travail	<input type="checkbox"/> Conditions ambiantes (gaz, fumée, bruit, chaleur)	<input type="checkbox"/> ÉPI inutilisé	<input type="checkbox"/> Absence de surveillance / contrôle	<input type="checkbox"/> Moment de la journée	
<input type="checkbox"/> Mouvement répétitif	<input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat	<input type="checkbox"/> Inexpérience	<input type="checkbox"/> Entretien préventif inadéquat	<input type="checkbox"/> Alternance du travail	
<input type="checkbox"/> Client non coopératif	<input type="checkbox"/> Espace restreint	<input type="checkbox"/> Gestes dangereux	<input type="checkbox"/> Méthode de travail inadéquate	<input type="checkbox"/> Temps de récupération	
<input type="checkbox"/> Posture inadéquate	<input type="checkbox"/> Propreté / désordre	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire	<input type="checkbox"/> Achat équipement non approprié	<input type="checkbox"/> Surcharge de travail	
<input type="checkbox"/> Manutention charge	<input type="checkbox"/> Surface glissante (eau, glace, produit)	<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Mauvaise planification du travail	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire	
<input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate		<input type="checkbox"/> Communication du risque déficiente	<input type="checkbox"/> Autres :	
Équipements					
<input type="checkbox"/> Surf. De glissement	<input type="checkbox"/> Matériel (client obèse)	<input type="checkbox"/> Barre d'appui, trapèze	<input type="checkbox"/> Levier mobile	<input type="checkbox"/> Ceinture de marche	<input type="checkbox"/> Verticalisateur
<input type="checkbox"/> Toile hygiène	<input type="checkbox"/> Levier sur rail	<input type="checkbox"/> Marchette	<input type="checkbox"/> Lit	<input type="checkbox"/> Civière-douche	<input type="checkbox"/> Chaise d'aisance

2.5 Mesures correctives ou préventives : mesures immédiates et projetées

Anomalies observées et mesures correctives ou préventives suggérées	Permanente / temporaire (avec les dates)	Nom du responsable des correctifs

Nom et fonction de la personne ayant fait l'enquête : _____

Signature de la personne ayant fait l'enquête : _____ Date : _____

Formulaire de déclaration, d'enquête et d'analyse d'un accident

Le supérieur immédiat fait parvenir une version numérique (scan ou fax) des sections 1 et 2 du formulaire au Service de soutien à la gestion de la présence au travail (SSGPAT) :

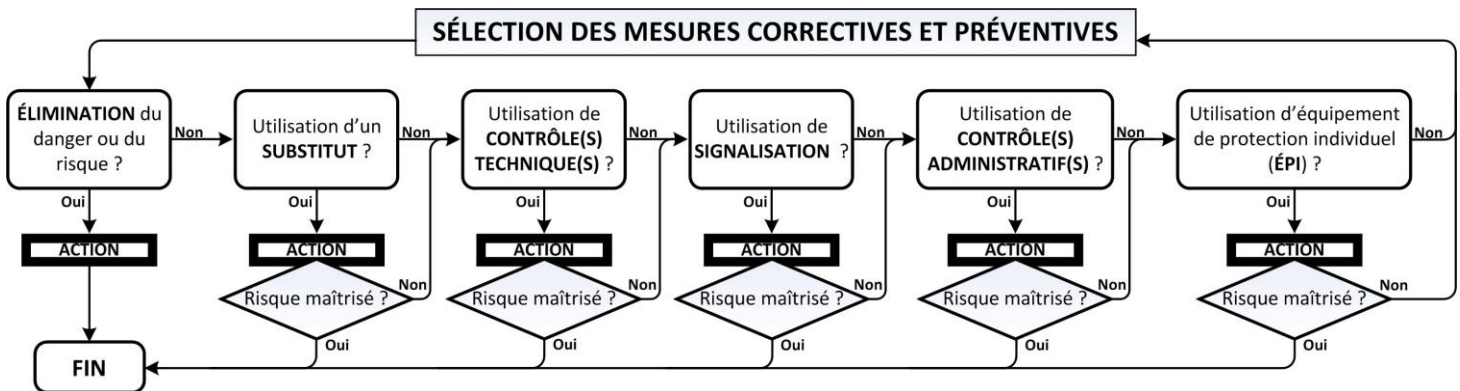
Coordonnées du SSGPAT :

Téléphone agente admin: 450-978-8300 #13516 ou #13318 ou #13341

Télécopieur : 450-978-8627 sstlaval.csssl@ssss.gouv.qc.ca

AIDE À L'ENQUÊTE : Évaluation de la manœuvre (PDSB)

PRÉPARATION DE L'INTERVENTION	
<ul style="list-style-type: none"> Le niveau d'assistance était-il connu des intervenants (supervision totale, partielle)? A-t-on donnée l'information au client pour favoriser sa participation? été faite? Est-ce que les informations sur le client ont été consultées (plan de soins, etc.)? 	<ul style="list-style-type: none"> Le choix de la stratégie était-il adapté au niveau d'assistance? Est-ce que la vérification spontanée des capacités à
Manœuvre à deux soignants ou plus	
<ul style="list-style-type: none"> Aide demandée au besoin? Si oui, l'aide est-elle disponible? Est-ce qu'une seule personne donnait des consignes? 	<ul style="list-style-type: none"> Communication entre coéquipiers sur la stratégie à adopter Utilisaient-ils un code de synchronisation (ex.: 1-2-3)
LORS DE L'INTERVENTION	
Positionnement	Prises
<ul style="list-style-type: none"> Les pieds étaient écartés et orientés pour faciliter le déplacement? Les genoux étaient-ils fléchis? Le dos était-il voûté sans torsion? 	<ul style="list-style-type: none"> Quelle prise a été utilisée (prise pouce, prise enveloppante)? Est-ce qu'une rallonge aurait facilité la prise sur le client? Est-ce que la prise était douce et solide? Le client a-t-il indiqué un inconfort en lien avec la prise utilisée? Pour une prise enveloppante, est-ce que le contact avec le client est étroit et les bras enveloppant? Était-il indiqué de bloquer les points de glissement? Au meilleur de ses capacités, est-ce que le client a participé à la prise? De quelle façon?
Mouvement	
<ul style="list-style-type: none"> Quel mouvement a été utilisé (transfert de poids latéral, avant- arrière et contrepois)? Quel mouvement a été utilisé (rouler, glisser, pivoter et soulever)? Est-ce que le type de mouvement utilisé permet un déplacement sécuritaire? Le déplacement a-t-il été fait en respectant les étapes du mouvement naturel? 	



- 1- **L'élimination** du danger par la modification de l'aménagement des lieux de travail ou de l'organisation du travail, l'amélioration ou la création de nouvelles pratiques ou procédures de travail;
- 2- **La substitution**, soit le remplacement d'un processus, d'un produit, d'un matériau ou d'un équipement par un autre, plus sécuritaire;
- 3- **Les contrôles techniques**, c'est-à-dire des moyens de réduire la possibilité de contact avec la source de danger. À titre d'exemple, des systèmes de ventilation, des gardes de protection sur des machines ou des systèmes de réduction du bruit;
- 4- **La signalisation de danger**, de technologies nouvelles ou modifiées, des systèmes d'avertissement ou de sensibilisation aux phénomènes dangereux (témoins lumineux, bouton de panique, avertisseurs sonores);

Section 2 : Enquête et analyse d'accident

MOBILISATION DE PATIENT

- 5- **Le contrôle administratif**, par exemple des procédures de travail sécuritaire, des séances de formation destinée aux travailleurs, l'ordonnancement et l'attribution des tâches et des restrictions d'accès aux heures de travail, etc.
- 6- **L'équipement de protection individuel** et la mise en place de mesures pour en assurer l'utilisation et l'entretien adéquat.

Pour du support, conseil et expertise en SST, le **Service de prévention, santé et mieux-être** est à votre disposition