



Un accident du travail peut, parfois, laisser pantois l'employé accidenté et son entourage immédiat sur les lieux de l'événement. Le caractère imprévu et soudain de l'événement accidentel déconcerte.

| IN VIVO |

ENQUÊTE ET ANALYSE D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

par Sylvain LeQuoc, conseiller en prévention

I ASSTSAS

Lorsque les seules réactions qui s'ensuivent se limitent à en attribuer la cause à la malchance, à l'erreur humaine ou aux risques inhérents au travail, les véritables facteurs de risque demeurent, alors, toujours présents. Une façon adéquate de prévenir les accidents consiste à mettre en œuvre un processus d'enquête et d'analyse d'un événement accidentel (EAEA) qui permettra d'en identifier les causes et de les corriger.

Les termes incidents et accidents, tels que présentés dans l'article qui suit, sont utilisés dans un contexte de santé et de sécurité au travail. Ils ne doivent pas être confondus avec les définitions d'incidents et d'accidents tels que décrits dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Par contre, la démarche décrite peut également être adaptée lors d'enquête et d'analyse d'événements qui sont en dehors du contexte de santé et de sécurité au travail.

Toutes les personnes doivent être et se sentir impliquées en tant qu'acteur principal de prévention. Ceci facilitera d'autant plus le plan d'EAEA lors d'événements accidentels puisque toutes les personnes impliquées de près ou de loin sont déjà sensibilisées.

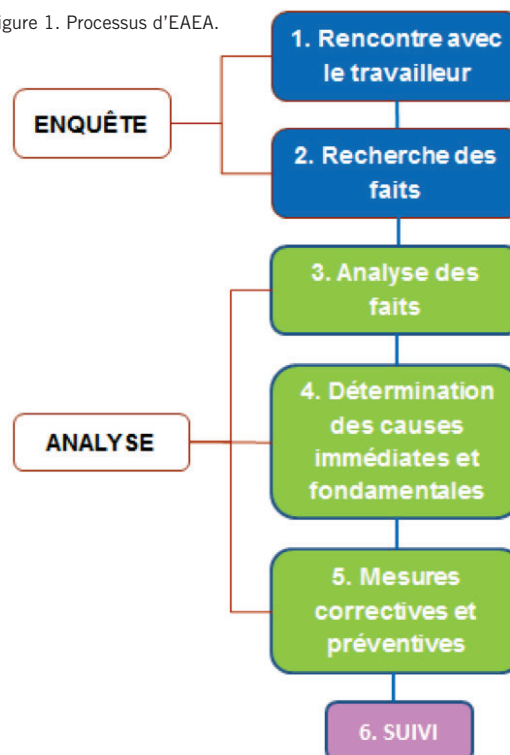
LE PROCESSUS D'ENQUÊTE ET D'ANALYSE D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Un processus d'EAEA, débute par l'enquête. Elle consiste à recueillir de l'information qui permettra d'établir la séquence des faits qui ont mené à l'accident. Les faits considérés contributifs lors de l'enquête seront, par la suite, analysés afin de comprendre les causes qui ont mené à l'événement accidentel. Finalement, un suivi rigoureux devra être effectué afin d'assurer l'implantation et l'efficacité des mesures correctives et préventives proposées. La figure 1 présente le processus d'EAEA proposé dans cet article.

I 1. L'ENQUÊTE

À ce stade-ci de l'EAEA, l'enquêteur procède à une recherche méticuleuse des faits qui ont contribué à la survenue de l'accident du travail. Considérant l'impact qu'il aura sur l'implantation des solutions qui découleront de l'EAEA, nous sommes d'avis que le gestionnaire d'un département doit être impliqué de près dans le processus. Au besoin, il pourra faire appel à des ressources spécialisées (ex. : préventionniste) lors de situations plus complexes à analyser.

Figure 1. Processus d'EAEA.



1.1 OÙ ET QUAND ENQUÊTER ?

Il est préférable d'effectuer la collecte d'information directement sur les lieux où s'est produit l'événement accidentel. «Qui, quoi, où, quand, pourquoi», voilà les questions qui guideront l'enquêteur. Le moment le plus opportun pour procéder à l'enquête est le plus tôt possible après l'événement accidentel. De cette façon, il est plus facile pour le travailleur accidenté et les témoins de décrire avec précision ce qui s'est passé, et ce, sans émettre d'hypothèses qui pourraient brouiller la recherche des faits. Cela permet également de garder les lieux de l'accident intacts afin de pouvoir relever certains indices.

1.2 QUOI ENQUÊTER ?

Il est fortement recommandé d'enquêter sur tous les accidents ayant causé une blessure ou des dommages matériels. Il est également pertinent d'enquêter sur les incidents qui, dans des circonstances légèrement différentes, auraient pu entraîner une blessure, causer des pertes matérielles ou des pertes de production. Statistiquement, selon une étude de Franck E. Bird¹ de 1969, pour 600 incidents sans blessure ou dommage, un établissement peut s'attendre à 30 accidents avec dommages matériels, 10 blessures mineures et 1 accident majeur entraînant une blessure grave ou causant l'incapacité. Il est alors difficile de prétendre par la suite qu'un accident du travail est complètement imprévisible sachant que 600 petites lumières vous indiquent la présence de facteurs de risque dans votre milieu de travail. Encouragez vos équipes de travail à déclarer tous les événements accidentels. C'est la seule manière de pouvoir intervenir à la base de la pyramide avant que ne survienne un triste accident.

1.3 MÉTHODES DE RECHERCHE DES FAITS

Plusieurs méthodes, telle l'inspection des lieux de travail, permettront l'identification de déficiences au niveau des équipements, de l'aménagement des lieux, de la tâche, etc. La consultation de référentiels (ex. : procédures de travail, guides d'utilisation d'équipements, lignes directrices, normes, documents techniques, grilles d'inspection) facilitera l'identification des écarts entre « ce qui devait se produire » (objectif visé) et « ce qui s'est produit » l'accident.

La rencontre avec le travailleur accidenté et les témoins est une étape déterminante de l'enquête. Il est important que le travailleur accidenté et les témoins sentent que l'objectif de l'enquête n'est pas de trouver un coupable, mais bien d'identifier les causes qui ont mené à l'accident. L'information qu'ils fourniront sera essentielle à la compréhension du déroulement de l'événement.

La simulation est également une méthode intéressante pour reproduire avec précision les conditions de survenue d'un événement accidentel. La simulation intègre l'ensemble des faits recueillis lors de l'enquête. Évidemment, il convient d'être très prudent pour éviter la reproduction de l'événement accidentel.

1.4 FAIT OU INTERPRÉTATION

Seuls les faits vérifiables et objectivables seront retenus pour l'analyse de l'événement. Prenons par exemple une boîte dont la pesée indique 12 kg. L'énoncé qui mentionne que la boîte pèse 12 kg est un fait. Cependant, l'énoncé indiquant que la boîte de 12 kg est trop lourde pour être manipulée par un employé est une interprétation si aucun référentiel n'appuie cette affirmation. L'analyse d'un événement accidentel qui s'appuie sur des interprétations ne permettra pas à l'enquêteur d'identifier les causes réelles d'un événement.

1.5 L'APPROCHE GLOBALE

Les faits qui ont mené à l'événement accidentel sont multiples et présentent différentes caractéristiques. Afin d'éviter d'en omettre certains, il est pertinent d'utiliser un modèle comme l'approche globale de la situation de travail. Cette approche, présentée à la figure 2, permet à l'enquêteur de bien comprendre les relations qui peuvent exister, par exemple, entre une procédure de travail, les équipements utilisés, l'aménagement des lieux et les délais accordés pour effectuer une tâche.

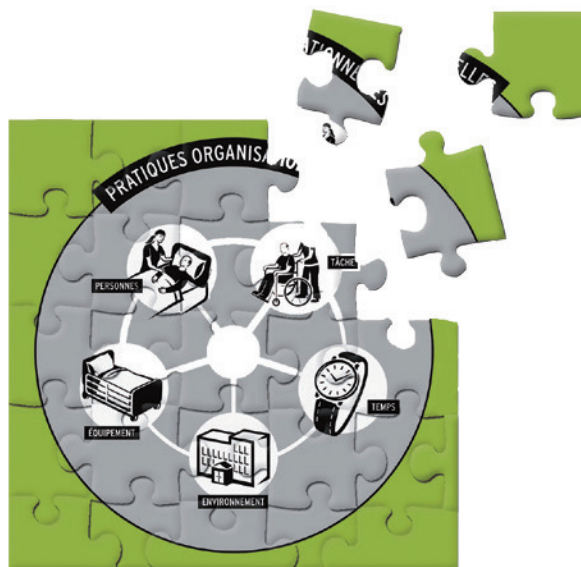


Figure 2. Approche globale de la situation de travail (source : ASSTSAS)

2. L'ANALYSE DES FAITS

À cette étape, il s'agit :

- d'établir si les faits recueillis lors de l'enquête sont contributifs à l'événement;
- de déterminer les anomalies parmi les faits contributifs;
- d'identifier les causes immédiates et fondamentales afin de recommander des mesures correctives et préventives appropriées.

1 Frank E. Bird Jr. and George L. Germain, Practical Loss Control Leadership, 1969

2.1 LES FAITS CONTRIBUTIFS

Parmi les faits retenus, l'enquêteur devra déterminer lesquels ont contribué à l'événement accidentel. Un fait est considéré contributif lorsque sans lui l'événement n'aurait pas lieu. Par exemple, dans le cas où un travailleur se blesse en manipulant un tube de verre brisé dans une centrifugeuse, on pourra considérer que la centrifugation de ce tube de verre a contribué à l'événement accidentel. Sans l'utilisation de la centrifugeuse à ce moment-là, il n'y aurait pas eu de tube brisé et, donc, pas de blessure.

L'étape suivante consiste à déterminer, parmi les faits considérés contributifs, lesquels sont le fruit d'une anomalie. Est-ce que l'utilisation d'une centrifugeuse dans un laboratoire est anormale ? Non, évidemment ! L'anomalie (ou le fait contributif anormal) est le bris du tube de verre lors de la centrifugation.

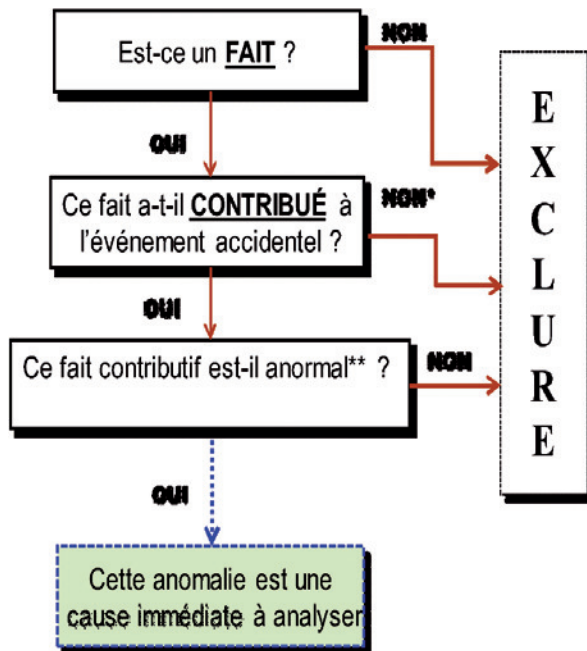
Lors de l'analyse, on considérera le bris du tube de verre dans la centrifugeuse comme une cause immédiate. La démarche d'identification des anomalies est présentée à la figure 3.

Une ou plusieurs anomalies peuvent se cacher dans les éléments cités au tableau 1. Le défi de l'enquêteur est de les identifier correctement.

Figure 3. Schéma d'analyse des faits recueillis lors de l'enquête

*Un phénomène dangereux peut ne pas être contributif à l'événement accidentel enquêté, mais représenter tout de même un risque d'accident pour le personnel.

**Le fait contributif identifié n'est pas conforme aux normes, principes ou méthodes de travail sécuritaires ou souhaitables.



LES LABORATOIRES
QUELAB
LABORATORIES INC.

Milieus de culture, ingrédients, suppléments, produits d'animaux, colorants, réactifs, etc.

Formulations faites sur mesure

Produits de qualité et novateurs

Service à la clientèle dédié

Proximité

Expertise québécoise

Plus de 35 ans d'expérience

WWW.QUELAB.COM

2325 Dandurand, Suite 300, Montréal, QC Canada H2G 1Z9
T. : 514-277-2558 / F. : 514-277-4714 / C. : info@quelab.com

Tableau 1. Exemples d'anomalies dans la situation de travail

Éléments de la situation de travail	Exemples d'anomalies
Personnes	<p><i>Travailleur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peu d'expérience dans la tâche, méconnaissance des risques reliés à la tâche, manque de connaissance sur l'équipement à utiliser, inattention, etc. <p><i>Patient</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-collaborateur, imprévisible, confus, agité.
Équipement	<ul style="list-style-type: none"> • Répondant mal aux besoins de la tâche, mauvaise conception, défautuosité, manipulation difficile.
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Encombrement des lieux, manque d'éclairage, plancher glissant.
Temps	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps pour accomplir la tâche, mauvais moment pour effectuer une tâche.
Tâche	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode de travail non sécuritaire, mauvaise utilisation d'un équipement, posture contraignante, mauvaise séquence dans les actions à poser.
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Critères de prévention déficients lors de l'acquisition d'équipements.

2.2 LES CAUSES IMMÉDIATES ET FONDAMENTALES

Il est nécessaire de prendre en considération toutes les causes recensées lors de l'EAEA et d'indiquer le lien avec l'événement accidentel. En effet, certaines causes sont immédiatement reliées à la survenue de l'événement, alors que d'autres sont fondamentales et, par conséquent, peuvent conditionner d'autres situations de travail. Les causes immédiates d'un événement accidentel sont celles sans lesquelles l'événement accidentel enquêté et analysé ne peut survenir. Les causes fondamentales sont reliées et gravitent en périphérie de l'événement lui-même, sans toutefois en expliquer le caractère particulier.

Habituellement, les causes immédiates peuvent être observées sur les lieux de l'événement, par exemple, un milieu de travail encombré, un équipement défectueux ou un protecteur individuel non porté. Les causes fondamentales sont plutôt intangibles malgré qu'elles expliquent la présence des causes immédiates, par exemple, une formation incomplète ou inadéquate, une déficience dans la transmission de l'information, un manque d'entretien des équipements et des outils, la non-disponibilité d'un protecteur individuel, etc.

2.3 L'ANALYSE DES CAUSES IMMÉDIATES

Pour comprendre les racines d'un événement accidentel, l'enquêteur devra en identifier les causes fondamentales. Pour atteindre cet objectif, nous proposons une méthode inspirée de l'approche Toyota : « 5 pourquoi » (5 Whys). Cette méthode permet de comprendre les relations de cause à effet dans les situations complexes comme dans les simples. Le but est de parvenir à déterminer les causes fondamentales à partir des causes immédiates. Voici un exemple pour illustrer la méthode.

Méthode des 5 pourquoi

Description de l'événement : *malgré le chargement adéquat de tubes de verre dans une centrifugeuse, l'un d'entre eux s'est tout de même brisé lors de la centrifugation.*

1. Pourquoi le tube s'est-il brisé dans la centrifugeuse?

Réponse : la centrifugeuse vibrait de façon excessive lors de son fonctionnement.

2. Pourquoi vibrait-elle de façon excessive?

Réponse : un débalancement est apparu lors de la rotation du rotor.

3. Pourquoi ce débalancement est-il apparu?

Réponse : l'axe de rotation du rotor ne fonctionnait pas correctement.

4. Pourquoi ne fonctionnait-il pas correctement?

Réponse : il n'a pas été lubrifié selon les recommandations du fabricant.

5. Pourquoi n'a-t-il pas été lubrifié selon les recommandations du fabricant?

Réponse : manque de rigueur dans l'application des procédures d'entretien et de maintenance préventive des équipements.

2.4 LES MESURES CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES

Les causes de l'événement accidentel ayant été découvertes, il faut les éliminer. Les solutions qui s'offrent à l'établissement sont multiples. Certaines permettent de corriger rapidement une situation en appliquant un « pansement » sur le problème, alors que d'autres s'attaquent davantage aux causes plus profondes.

Dans le processus d'EAEA, les mesures correctives visent à corriger les causes immédiates identifiées lors de l'analyse. Il s'agit habituellement de solutions pouvant être implantées à brève échéance. De leur côté, les mesures préventives complètent les mesures correctives par des actions visant à éliminer les causes fondamentales à l'origine d'un événement accidentel.

En ce qui concerne l'événement accidentel impliquant le bris du tube dans la centrifugeuse, la mesure corrective serait de lubrifier et d'inspecter la centrifugeuse dans les plus brefs délais. Les mesures préventives souhaitées dans cette situation seraient d'assurer un suivi rigoureux des procédures d'entretien et de maintenance préventive de la centrifugeuse et de remplacer les tubes de verre par des tubes plus résistants.

2.5 LE RAPPORT D'EAEA ET LE SUIVI

Effectuer une EAEA ne signifie pas simplement remplir un X^{ème} formulaire. Le rapport d'EAEA a plutôt pour fonction de renseigner les intervenants sur la description (sommaire) de l'événement accidentel, les causes immédiates et fondamentales ainsi que les recommandations proposées. Un rapport complété adéquatement permet à l'établissement d'assurer un suivi de l'implantation des mesures correctives et préventives proposées.

Dans son suivi, l'établissement devra revoir périodiquement l'état d'avancement de l'implantation des mesures proposées et de surveiller l'impact qu'elles auront sur la situation de travail (ex. : croissance ou décroissance des accidents, satisfaction du personnel, etc.).

3. APPLICATION DE LA MÉTHODE D'EAEA SUR UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL FICTIF

Examinons le cas d'un client agressif dans la salle d'attente d'un centre de prélèvement (sans rendez-vous).

Le client impatient

- Nom : M. Gallant;
- Caractéristiques : 48 ans, fumeur, léger surpoids, plutôt sédentaire;
- But de la prise de sang : suivi médical demandé par le médecin traitant à cause de problèmes cardiaques.

Description de l'événement accidentel fait par la technologue médicale accidentée

« Vers 9 h 30, à l'heure de ma pause, un client, fatigué d'attendre, m'a lancé des injures et agrippée par le bras. J'ai réussi à me défaire de sa prise, mais ça m'a laissé des contusions et une forte douleur au bras droit. »

Description de l'événement dans le rapport d'enquête de la gestionnaire :

« M. Gallant est arrivé au centre de prélèvement de l'hôpital vers 7 h 30. Il a noté qu'il y avait déjà une vingtaine de personnes dans la salle d'attente. Il s'est présenté au comptoir d'accueil afin de remplir les formulaires pour son dossier médical. Il a demandé à la préposée d'estimer le temps d'attente avant son tour; il lui a dit qu'il était un peu pressé. La préposée lui a répondu qu'il manquait une employée, ce qui réduisait le nombre de technologistes en poste à deux au lieu de trois (la pénurie de personnel ne facilite pas toujours les choses). Elle lui a dit qu'il était difficile d'estimer le temps d'attente. Elle dit que le client était insistant et qu'elle ne voulait pas se quereller avec lui. Elle lui a alors dit que son tour viendrait vers 9 h 30. M. Gallant a répondu à la préposée à l'accueil que c'était plutôt long, mais qu'il attendrait comme les autres.

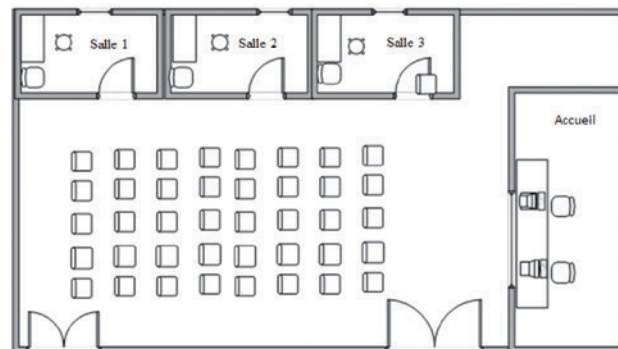
Vers 8 h 30, M. Gallant a indiqué à la préposée à l'accueil que la salle ne semblait pas vraiment se vider et que les choses fonctionneraient autrement si c'était lui qui était

responsable du service. La préposée l'a poliment invité à se rasseoir dans la salle d'attente. Quelques instants plus tard, deux clients passaient de façon urgente aux postes de prélèvement 1 et 2 (figure 4). M. Gallant a demandé à la préposée d'expliquer les raisons qui amenaient ces deux clients à passer avant tout le monde. La préposée lui a expliqué qu'il s'agissait de deux cas urgents qui devaient être traités de façon prioritaire. M. Gallant lui a alors demandé, sur un ton moins agréable, d'expliquer les raisons qui justifiaient qu'un client soit considéré prioritaire. La préposée lui a dit qu'elle n'était pas responsable de cette situation. Vers 9 h 15, M. Gallant avait l'impression que des clients arrivés après lui étaient traités avant lui. Dans la salle d'attente, il a exprimé ouvertement son mécontentement de voir injustement des gens passer avant lui.

Vers 9 h 30, une des deux technologistes est sortie de la salle 1 et a informé sa collègue à voix haute qu'elle partait pour sa pause. Lors d'un récent projet de réaménagement, l'établissement n'avait pas jugé nécessaire d'installer un système de communication reliant une salle de prélèvement à l'autre. Pour aller à sa pause, la technologue devait donc traverser la salle d'attente. Lorsque M. Gallant a vu la technologue partir, il s'est levé brusquement afin de la rejoindre. En colère, il lui a dit que c'était insensé d'aller en pause alors que la salle d'attente était encore pleine. La technologue a poliment invité M. Gallant à s'asseoir et lui a mentionné qu'elle reviendrait sous peu. M. Gallant a insisté pour que la technologue retourne à son poste de travail, mais elle a refusé et a poursuivi son chemin. À ce moment, M. Gallant a agrippé fortement le bras droit de la technologue afin de l'empêcher de poursuivre son chemin et il lui a crié plusieurs insultes. La préposée à l'accueil a alors communiqué avec le Service de sécurité pour l'informer de la situation. Le bureau de la sécurité n'étant pas situé très loin du centre de prélèvement, deux agents sont arrivés rapidement et ont permis de mettre fin à l'altercation. En tentant de se libérer, la technologue s'est blessée à l'épaule et au bras droit. »

Note : l'établissement n'offre pas de formation au personnel du centre de prélèvement concernant le contact avec des clients difficiles. Cette formation est offerte aux unités jugées plus à risque, comme l'urgence.

Figure 4. Aménagement du centre de prélèvement.



3.1 ÉTABLIR LA SÉQUENCE DES FAITS

Pour l'analyse de l'événement, la gestionnaire a été accompagnée par deux technologistes du centre de prélèvement, une préposée à l'accueil ainsi que d'un conseiller en prévention de l'établissement. À partir de la description de l'événement accidentel, le groupe de travail procède à la recherche des faits et en établit la séquence (tableau 2). Il analyse par la suite chacun des faits afin de déterminer lesquels sont contributifs et anormaux.

Tableau 2 La recherche des faits

Les Faits		Contributif	Anormal	Les Faits		Contributif	Anormal
1	M. Gallant se présente au comptoir d'accueil à 7 h 30.	x		15	9 h 15. M. Gallant exprime à voix haute son mécontentement dans la salle d'attente.		
2	Il y a déjà 20 personnes dans la salle d'attente.	x		16	9 h 30. Une des deux technologistes au prélèvement sort de la salle 1 et informe sa collègue qu'elle prend sa pause.	x	x
3	M. Gallant demande à la préposée d'estimer le temps d'attente.			17	La technologiste doit passer à travers la salle d'attente pour aller à sa pause.	x	x
4	La préposée répond qu'il manque une des trois technologistes au prélèvement.			18	M. Gallant se lève brusquement et rejoint la technologiste qui part à sa pause.		
5	Il manque une technologiste au centre de prélèvement.	x	x	19	M. Gallant (en colère) dit à la technologiste qu'il est inacceptable de partir en pause alors que la salle d'attente est pleine.		
6	La préposée répond à M. Gallant qu'il est difficile d'estimer le temps d'attente.			20	La technologiste dit à M. Gallant de se rasseoir et qu'elle reviendra sous peu de sa pause.	x	
7	M. Gallant est insistant. Elle estime le RV pour 9 h 30.	x	x	21	M. Gallant insiste pour que la technologiste retourne à son poste.		
8	8 h 30. M. Gallant dit à la préposée qu'il pourrait mieux gérer le service.			22	La technologiste refuse de retourner à son poste de travail et poursuit son chemin. Elle ignore le client.	x	x
9	La préposée invite poliment M. Gallant à se rasseoir.			23	M. Gallant agrippe la technologiste par le bras et lui crie des insultes.		
10	Deux clients passent de façon urgente aux prélèvements.	x		24	Après un appel, deux agents de sécurité interviennent afin de contrôler M. Gallant. FIN		
11	M. Gallant demande à la préposée pourquoi les deux clients passent devant les autres.						
12	La préposée répond qu'il s'agit de deux cas prioritaires.						
13	M. Gallant demande ce qui justifie d'être prioritaire (le ton est moins agréable).						
14	La préposée répond qu'elle n'est pas responsable de cette situation.	x	x				

Pour être en mesure de proposer des mesures correctives, le groupe de travail détermine, à partir des anomalies identifiées au tableau 2, les actions qui auraient dû être prises par les employées impliquées dans l'événement (tableau 3).

Tableau 3 Mesures correctives proposées

Anomalies observées	Mesures correctives proposées
La préposée à l'accueil informe le client que sa prise de sang aura lieu vers 9 h 30.	<ul style="list-style-type: none"> En l'informant d'une heure précise, elle crée alors une attente chez le client qui peut dégénérer en frustration si la prise de sang n'a pas lieu à 9 h 30 comme prévu. Il est préférable d'éviter de donner une heure précise au client. En sympathisant avec le client qui trouve le service plutôt lent, la préposée sollicite ainsi l'indulgence du client. Si le client maintient une pression sur le personnel, une visite d'un agent de sécurité dans la salle d'attente permet bien souvent de calmer la situation. En ce qui concerne le cas de M. Gallant, un agent de sécurité aurait pu être appelé à 8h30, au moment où le client émet haut et fort ses premiers commentaires désobligeants (...le service serait mieux géré si c'était moi aux commandes).
Les clients de la salle d'attente entendent qu'une technologiste part en pause. Pour aller en pause, elle doit passer par la salle d'attente.	<ul style="list-style-type: none"> Il n'est pas pertinent que les clients de la salle d'attente soient au courant des pauses prises par le personnel. Dans le cas d'un client plutôt impatient, comme M. Gallant, cette situation peut même éveiller certains sentiments de frustration. L'utilisation d'un système de communication ou d'un code plus discret entre les technologistes permettrait d'éviter ce genre de situation. Les contraintes d'espace ne permettent pas toujours d'éviter la circulation du personnel à travers la salle d'attente. Dans le cas où il n'y a pas de contraintes excessives, privilégier l'option où le personnel n'a pas à circuler dans la salle d'attente.
La préposée n'a pas de réponse claire à donner au client qui se demande pourquoi des clients passent avant lui.	<ul style="list-style-type: none"> Il peut être frustrant pour un client qui sait qu'il est le prochain à être rencontré par une technologiste, de voir un autre client passer avant lui. L'urgence de la situation justifie le traitement express de certains. Le personnel doit être informé des informations à donner aux autres clients lorsqu'un client urgent passe avant les autres.
La technologiste, brusquée par M. Gallant l'invite à s'asseoir car elle part en pause.	<ul style="list-style-type: none"> Pour un client qui est déjà exaspéré par les délais d'attente, ce n'est probablement pas la meilleure réponse à lui donner. Savoir quoi dire à un client dans ce genre de situation doit faire partie d'une formation offerte au personnel.

EXEMPLE

Les faits contributifs anormaux sont surlignés en jaune. Il s'agit des causes immédiates qui ont contribué à la survenue de l'événement accidentel. La gestionnaire applique par la suite la méthode des « 5 pourquoi » afin de déterminer les causes fondamentales (figure 5).

Finalement, la gestionnaire propose des mesures préventives (tableau 4).

Figure 5. Exemple d'application de la méthode des « 5 pourquoi » :

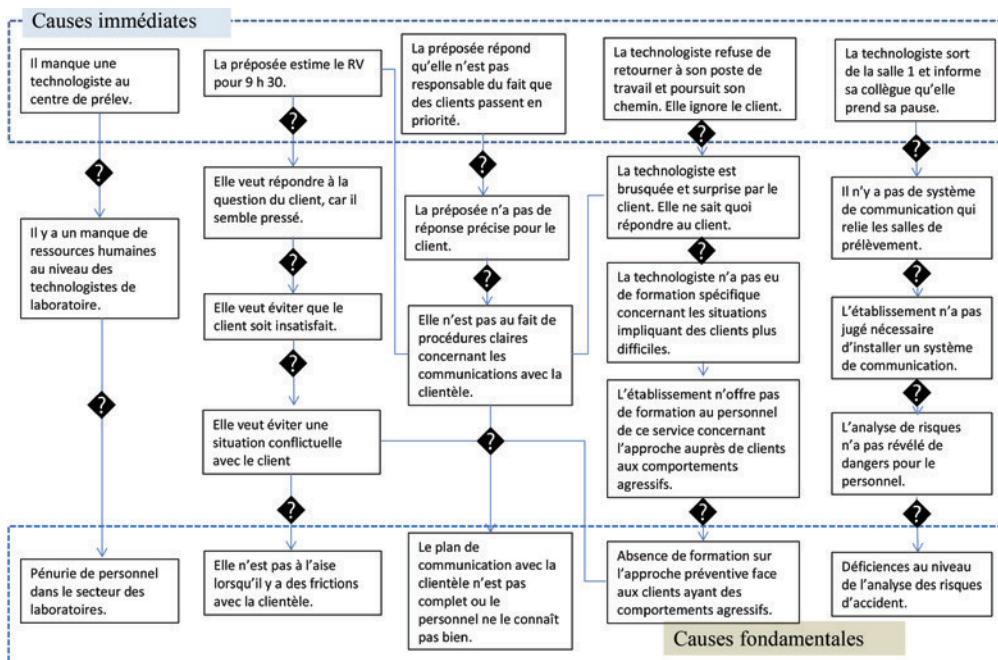


Tableau 4. Mesures préventives proposées par la gestionnaire

	Causes fondamentales identifiées	Mesures préventives proposées
1	<ul style="list-style-type: none"> Pénurie de personnel dans le secteur des laboratoires. 	<ul style="list-style-type: none"> Avec le soutien du Service des ressources humaines et de la direction de l'établissement, évaluer les options permettant de combler la pénurie de personnel.
2	<ul style="list-style-type: none"> Elle n'est pas à l'aise lorsqu'il y a des frictions avec la clientèle. Absence de formation sur l'approche préventive face aux clients ayant des comportements agressifs. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un programme de formation visant à préparer le personnel à faire face à une clientèle agressive.
3	<ul style="list-style-type: none"> Le plan de communication avec la clientèle n'est pas complet ou le personnel ne le connaît pas bien. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer ou réviser les procédures encadrant les communications avec la clientèle. Prévoir une campagne de formation.
4	<ul style="list-style-type: none"> Déficiences au niveau de l'analyse des risques d'accident. 	<ul style="list-style-type: none"> Revoir les méthodes d'analyse dans le cadre d'un programme de prévention d'accidents et d'incidents du travail

I BIEN ENCADRER LA MÉTHODE

Comme vous avez pu le constater, une démarche d'enquête et d'analyse méthodique et rigoureuse permet d'identifier, de corriger et d'éviter la réapparition des problèmes dans le milieu de travail. Pour atteindre ces objectifs, cette démarche doit, cependant, être très bien comprise par ceux qui la réalisent.

Les modalités de fonctionnement du processus d'enquête doivent donc être encadrées par une procédure d'EAEA. Celle-ci définira les responsabilités des divers intervenants et proposera des réponses aux questions suivantes. Quels types d'événements doivent faire l'objet d'une enquête? Quand le personnel doit-il déclarer un événement? Quand effectuer l'enquête et qui l'effectue? Qui en assure le suivi?



Sylvain LeQuoc
Conseiller en prévention

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)

Sylvain LeQuoc est conseiller en prévention à l'ASSTSAS depuis 2009. Ses formations universitaires en hygiène et sécurité industrielles et en ergonomie lui permettent de porter un regard global sur les problématiques en matière de santé et sécurité du travail et de développer des approches préventives et correctives appropriées. Il est l'auteur de nombreux articles portant notamment sur la prévention des risques d'accident dans le secteur de la santé et des services sociaux.

