

2006

Analyse d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec

Diane Berthelette

Université du Québec à Montréal

Nicole Leduc

Université de Montréal

Henriette Bilodeau

Université du Québec à Montréal

Marie-Josée Durand

Université de Sherbrooke

Cheikh Faye

Université du Québec à Montréal

See next page for additional authors

Suivez ce contenu et d'autres travaux à l'adresse suivante: <https://pharesst.irsst.qc.ca/rapports-scientifique>

Citation recommandée

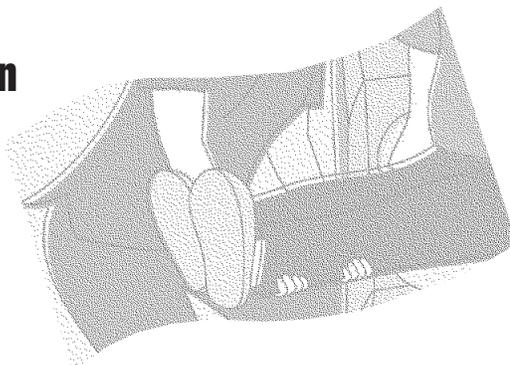
Berthelette, D., Leduc, N., Bilodeau, H., Durand, M.-J., Faye, C., Loignon, C. et Lagacé, M.-C. (2006). *Analyse d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec* (Rapport n° R-452). IRSST.

Ce document vous est proposé en libre accès et gratuitement par PhareSST. Il a été accepté pour inclusion dans Rapports de recherche scientifique par un administrateur autorisé de PhareSST. Pour plus d'informations, veuillez contacter pharesst@irsst.qc.ca.

Auteurs

Diane Berthelette, Nicole Leduc, Henriette Bilodeau, Marie-Josée Durand, Cheikh Faye, Christine Loignon, and Marie-Claude Lagacé

Analyse d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec

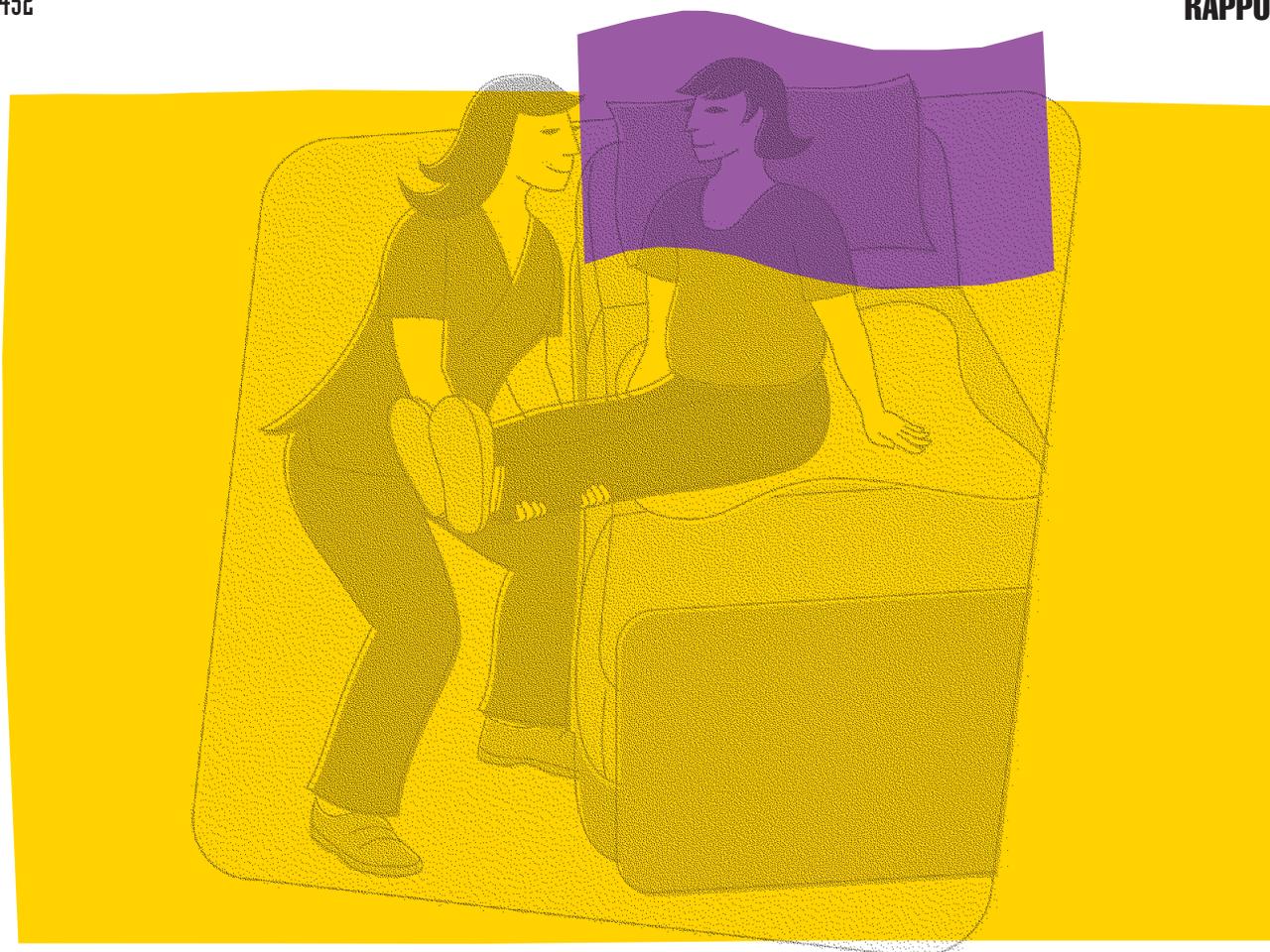


ÉTUDES ET RECHERCHES

Diane Berthelette
Nicole Leduc
et
Henriette Bilodeau
Marie-Josée Durand
Cheikh Faye
Christine Loignon
Marie-Claude Lagacé

R-452

RAPPORT





Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES *travaillent pour vous !*

MISSION

- ▶ Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.
- ▶ Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.
- ▶ Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

POUR EN SAVOIR PLUS...

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.

www.irsst.qc.ca

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

Abonnement : 1-877-221-7046

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
mars 2006

Analyse d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec

Diane Berthelette¹ et Nicole Leduc²

Avec la collaboration de :

Henriette Bilodeau¹, Marie-Josée Durand³,
Cheikh Faye¹, Christine Loignon²
et Marie-Claude Lagacé¹

¹Université du Québec à Montréal

²Université de Montréal

³Université de Sherbrooke

ÉTUDES ET RECHERCHES

RAPPORT

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



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

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

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

**Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.**

SOMMAIRE

Notre étude porte sur le programme Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) régulier, développé par l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Le PDSB est une intervention complexe, composée du programme de formation PDSB, dispensé par un formateur accrédité par l'ASSTSAS au personnel soignant de son établissement, de formation d'agents de suivi PDSB, et d'activités de prévention menées par les formateurs dans leur centre hospitalier respectif. Elle poursuit l'objectif ultime de prévenir les accidents causant les maux de dos.

Nous avons atteint les objectifs suivants : 1) décrire la théorie sous-jacente au PDSB, 2) documenter son degré d'implantation, et 3) identifier et décrire a) les interventions autres que le PDSB, implantées par les établissements de santé, pour tenter de prévenir l'incidence de lésions musculo-squelettiques, b) les variables de coûts et d'avantages associées au PDSB et aux interventions alternatives, et c) identifier les données financières disponibles permettant d'estimer ces variables de coûts et d'avantages du PDSB et des interventions alternatives dans l'ensemble des établissements de santé.

L'importance des maux de dos chez le personnel soignant dans les établissements de santé, la popularité des programmes de formation implantés pour tenter de prévenir l'incidence de ce type de lésion professionnelle, les limites importantes des connaissances scientifiques sur les effets de tels programmes, et l'absence de données scientifiques sur les coûts et les avantages de telles interventions justifiaient la démarche que nous avons entreprise.

Notre analyse de la théorie sous-jacente a montré que les formateurs sont censés poursuivre tous les objectifs pédagogiques de la taxonomie de Bloom et al. (1969), et ce pour la plupart des objectifs intermédiaires de la formation destinée au personnel soignant. Pour ces mêmes objectifs, les méthodes pédagogiques doivent être progressives, passant de méthodes centrées sur le formateur avec cours magistral aux méthodes expérientielles avec jeux de rôle et expérimentation en milieu réel de travail. En raison de ces aspects, il est probable que le PDSB favorise l'apprentissage adéquat des principes de préparation, de positionnement, de prise et de mouvement et de leurs combinaisons en fonction des situations de travail. Pour d'autres objectifs, soient l'identification des correctifs et le partage d'informations relatives à la sécurité, seuls les objectifs de connaissance et de compréhension sont couverts, ce qui risque de réduire la portée de l'apprentissage. En outre, les objectifs de connaissance n'incluent pas toutes les informations pertinentes. Dans ces cas, aucune application en classe ou en milieu de travail n'est prévue, ce qui laisse penser que l'apprentissage des actions à accomplir dans les lieux de travail pour modifier les situations à risque serait limité.

En ce qui concerne le rôle d'agent de prévention des formateurs, le contenu notionnel est très peu explicite. Les méthodes pédagogiques sont essentiellement centrées sur le maître formateur qui met l'accent sur des cours magistraux. En somme, il est probable que l'apprentissage des formateurs quant aux actions à accomplir dans les lieux de travail pour modifier les situations à risque soit limité. Encore ici, on met l'accent sur la modification de comportements individuels des travailleurs.

Enfin, en ce qui a trait à la formation d'agents de suivi, nous avons observé l'absence de contenu notionnel des sessions de formation de formateurs et des cahiers de formation. L'apprentissage n'étant pas encadré, il semble que seules des lectures complémentaires puissent

être une source de connaissances. Il est donc plausible de croire que ce type d'activités varie de manière importante chez les formateurs.

Nous avons décrit l'implantation du PDSB dans la population des formateurs PDSB réguliers considérés comme actifs par l'ASSTSAS avant le 28 février 2004, ou réaccrédités avant le 28 février 2005, et oeuvrant dans un CHSGS ou un CHSLD. Notre taux de réponse est de 51,04%. Nos résultats, recueillis à l'aide d'un questionnaire validé auto-administré, indiquent que 187 de nos répondants étaient des formateurs actifs, soient 92,12% de nos répondants.

Les pratiques des formateurs à l'égard des différentes activités prescrites du programme PDSB varient : 3,4% de nos répondants n'avaient mené aucune activité du programme PDSB au cours des douze mois précédant notre collecte de données, près du quart n'avaient effectué que des activités de prévention, alors que 21,4% s'étaient impliqués à la fois dans des activités de formation et de prévention. Seulement 5% des formateurs participent à l'ensemble des activités prescrites par le PDSB. Tous les contenus notionnels sont abordés par une très forte majorité de formateurs, à l'exception des statistiques relatives aux lésions professionnelles. Tous les formateurs qui donnent le cours PDSB régulier favorisent l'apprentissage des principes de positionnement, de prise et de mouvement, et 99% d'entre eux enseignent les principes de préparation. Ces résultats sont rassurants puisque ces principes constituent la pierre angulaire des programmes de 2000 et 2003. Les méthodes pédagogiques varient selon le contenu abordé, et ce conformément au programme prescrit. Plus ce dernier devient complexe et requiert une application, plus les formateurs intègrent des méthodes expérientielles à leurs activités d'enseignement. C'est le cas pour les principes de préparation, de positionnement et de mouvement, la communication avec le patient, et les niveaux d'assistance. Seuls les principes de prise se démarquent par une fréquence plus faible d'exercices pratiques.

Moins de 50% des formateurs qui ont donné de la formation en assurent les suites. Enfin, la formation d'agents de suivi est une activité relativement peu fréquente.

Les formateurs ayant effectué des activités de formation PDSB et ceux qui ont formé des agents de suivi ont indiqué que la formation reçue de l'ASSTSAS pour exercer le rôle de formateur, était très adéquate en moyenne. En général, les formateurs rapportent un impact assez important de leurs activités de formation sur les individus. Il est légèrement inférieur pour ce qui est des activités de prévention en regard des situations de travail.

Notre démarche a permis de constater que les variables de coûts et d'avantages varient considérablement selon la perspective d'analyse retenue. Plusieurs des variables de coûts et avantages des programmes de prévention inventoriés par Mossink et coll. (2002) ont été identifiées par nos répondants. En outre, notre étude a permis de constater que les avantages associés à un programme de prévention tel que le PDSB ne se limitent pas à une réduction des accidents ou des absences au travail pour maladie. Une part importante des avantages identifiés pour les perspectives d'analyse associées à l'hôpital et au travailleur sont de nature plus intangible et n'ont pas de mesure de prix directe.

Les résultats de notre étude indiquent que la théorie sous-jacente du programme PDSB est plausible malgré la présence de quelques faiblesses. Toutefois, nous observons une certaine variation dans l'implantation de ses composantes. Nous devons prendre en compte la diversité de l'implantation pour évaluer les effets et en expliquer la variation. Nos résultats permettront de cibler les changements qui pourraient être apportés au programme PDSB afin de l'améliorer.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement la direction et le personnel de l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) sans lesquels la présente étude aurait été impossible. Ils ont fait preuve d'une grande ouverture d'esprit et de générosité pour accepter que leur programme fasse l'objet de la présente recherche. Sans une telle collaboration, des recherches évaluatives ne peuvent être menées avec rigueur, ce qui entrave la production de connaissances scientifiques pouvant être utiles aux travailleurs et aux organisations qui espèrent que des interventions efficaces soient implantées pour prévenir les lésions professionnelles. Nous désirons remercier plus particulièrement monsieur Pierre Poulin qui nous a fidèlement accompagnés durant cette recherche, de sa grande disponibilité et de ses conseils judicieux. Un merci tout spécial à mesdames Marie-Josée Robitaille et Diane Parent qui nous ont donné des conseils utiles et nous ont fait confiance, de même qu'à monsieur Gilles Lebeau grâce à qui nous avons pu amorcer cette étude. Nous remercions également madame Élise Ledoux dont les commentaires, au début de notre recherche, ont été fort judicieux.

Nous remercions chaleureusement les maîtres formateurs de l'ASSTSAS qui nous ont permis d'observer leurs sessions de formation ainsi que ceux que nous avons consultés et dont les commentaires nous ont été extrêmement utiles. De même, nous remercions de tout cœur les formateurs qui ont participé à la présente étude et plus particulièrement ceux et celles qui ont accepté de répondre à deux reprises à notre questionnaire, lors du test-retest. Nous savons que la pénurie de personnel soignant dans les établissements de santé, a un effet marqué sur leur charge de travail et que leur temps est précieux. Nous apprécions d'autant plus le temps qu'ils ont accepté de consacrer à notre étude.

Un merci tout spécial à mesdames Diane Crevier et Lorraine Trudeau du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal. Madame Crevier a non seulement mis notre questionnaire en forme et assuré la saisie des données mais elle a aussi aidé à l'envoi et à la centralisation des questionnaires à toutes les phases de l'étude. Madame Trudeau a veillé à la bonne codification des questions et à l'intégrité des données saisies lors de leur transfert sur SPSS.

Enfin nous remercions messieurs François Hébert, Patrice Duguay et Paul Massicotte de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, monsieur Marc-André St-Pierre du Ministère de la Santé et des services sociaux, de même que madame Julie Provencher de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, pour les informations qu'ils nous ont transmises relativement aux cas de maux de dos indemnisés par la CSST.

5.2.6	<i>Synthèse</i>	89
5.3	VARIABLES DE COÛTS ET D'AVANTAGES & INTERVENTIONS ALTERNATIVES AU PDSB	91
5.3.1	<i>Variables de coûts et avantages</i>	91
5.3.1.1	Perspective de l'ASSTSAS	91
5.3.1.2	Perspective de l'établissement de santé	94
5.3.1.3	Perspective du travailleur	97
5.3.2	<i>Interventions alternatives et données disponibles</i>	98
6.	DISCUSSION	100
7.	CONCLUSION	105

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1.1 Catégories de méthodes pédagogiques	22
Tableau 4.2.2 Indicateurs des méthodes pédagogiques	26
Tableau 4.2.2 Indicateurs des méthodes pédagogiques (suite).....	27
Tableau 5.2.1 Description de l'échantillon (n=203).....	52
Tableau 5.2.3 Caractéristiques des établissements (n=187)	54
Tableau 5.2.6 Formation de base PDSB reçue par les formateurs (n=187).....	57
Tableau 5.2.7 Implication dans les structures organisationnelles et syndicales de SST de l'établissement (n=187)	58
Tableau 5.2.8 Motifs de l'absence de formation au cours des 12 derniers mois (n=72)	59
Tableau 5.2.9 Catégories professionnelles des travailleurs formés (n = 115)	59
Tableau 5.2.10 Homogénéité de la composition et de la provenance des groupes de travailleurs formés au cours des 12 derniers mois (n=115).....	60
Tableau 5.2.11 Répartition des travailleurs formés au cours des 12 derniers mois en fonction des quarts de travail (n=115).....	61
Tableau 5.2.12 Préparation des sessions de formation (n=115)	61
Tableau 5.2.13 Description des sessions de formation (n=115).....	62
Tableau 5.2.14 Méthodes pédagogiques utilisées en fonction du contenu de la formation (n = 115).....	65
Tableau 5.2.15 Fréquence de la dispensation des sessions de formation durant les heures de travail rémunéré (n = 115)	71
Tableau 5.2.16 Description des activités de suivi (n = 115).....	72
Tableau 5.2.17 Préparation des activités de suivi (n = 53)	73
Tableau 5.2.18 Fréquence de la dispensation des activités de suivi durant les heures de travail rémunéré (n = 53)	73
Tableau 5.2.19 Caractéristiques des activités de prévention en rapport avec le PDSB.....	74
Tableau 5.2.20 Fréquence des activités de prévention réalisées (n = 136).....	75
Tableau 5.2.21 Pourcentage des activités de prévention menées selon l'initiative des formateurs ou les demandes du milieu de travail (n = 136).....	76
Tableau 5.2.22 Motifs de l'absence d'activités de prévention au cours des douze derniers mois (n = 51).....	77
Tableau 5.2.23 Formation des agents de suivi : caractéristiques des activités de formation (n = 187).....	78
Tableau 5.2.24 Importance accordée aux critères de sélection des agents de suivi par les formateurs (n = 20)	80
Tableau 5.2.25 Préparation des sessions de formation d'agents de suivi (n = 20)	80
Tableau 5.2.26 Fréquence de dispensation de la formation d'agents de suivi durant les heures de travail rémunéré (n = 20)	81
Tableau 5.2.27 Distribution de la facilité perçue pour obtenir des libérations pour.....	82
les activités PDSB (n = 119).....	82
Tableau 5.2.28 Facilité perçue pour obtenir des libérations pour les activités PDSB.....	83
Tableau 5.2.29 Niveau de collaboration perçue pour les activités	84
de formation PDSB (n = 119).....	84
Tableau 5.2.30 Niveau de collaboration perçue pour les activités de prévention (n = 136)	85
Tableau 5.2.31 Niveau de collaboration perçue pour les activités	86

de prévention (n = 136).....	86
Tableau 5.2.32 Fréquence de l'appréciation de la satisfaction à l'égard de la formation (n = 119).....	87
Tableau 5.2.33 Impact perçu des activités du PDSB	87
Tableau 5.2.34 Appréciation de l'utilité de la formation reçue de l'ASSTSAS (n = 119).....	88
Tableau 5.2.35 Pourcentages des formateurs PDSB ayant mené les activités de diverses catégories au cours des 12 derniers mois (n = 187).....	89
Tableau 5.3.1 Catégorie de répondants par type d'établissement.....	91
Tableau 5.3.2 Liste des variables de coûts du programme PDSB selon la perspective de l'ASSTSAS	92
Tableau 5.3.3 Liste des variables d'avantages du programme PDSB selon la perspective de l'ASSTSAS	93
Tableau 5.3.4 Liste des variables de coûts du programme PDSB selon la perspective de l'établissement de santé	95
Tableau 5.3.5 Liste des variables d'avantages du programme PDSB selon la perspective de l'établissement de santé	96
Tableau 5.3.6 Liste des variables de coûts du programme PDSB selon la perspective du travailleur	97
Tableau 5.3.7 Liste des variables d'avantages du programme PDSB selon la perspective du travailleur	98

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Nombre de sessions de formation dispensées par formateur au cours des 12 derniers mois (n = 115).....	63
Figure 2. Pourcentage des formateurs abordant les contenus notionnels (n = 115)	64
Figure 4. Pourcentage de formateurs ayant accès aux équipements considérés comme étant requis pour la formation (n = 115).....	70
Figure 5. Fréquence des thèmes abordés durant la formation d'agents de suivi (n = 20)	79
Figure 6. Profil des pratiques des formateurs (n = 187)	89

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE.....	114
ANNEXE 2. TABLEAUX DES RÉSULTATS DES ANALYSES DE FIABILITÉ	147
ANNEXE 3. LETTRE DE TRANSMISSION SIGNÉE DES DEUX PROFESSEURES RESPONSABLES DE L'ÉTUDE.....	197
ANNEXE 4. LETTRE D'INFORMATION	199
ANNEXE 5. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT OU DE REFUS.....	203
ANNEXE 6. INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.....	205
ANNEXE 7. GRILLES D'ENTREVUES AUPRÈS DU PERSONNEL	207
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE L'ASSTSAS	207
ANNEXE 8. RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS SELON LE NOMBRE DE FORMATEURS ACTIFS AYANT PRIS PART À L'ÉTUDE.....	225
ANNEXE 9. TABLEAUX SUR LE NOMBRE ET LA PROPORTION DE FORMATEURS AYANT DISPENSÉ LES CONTENUS NOTIONNELS ET AYANT FAIT APPEL AUX DIFFÉRENTES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES POSSIBLES	227
ANNEXE 10. TABLEAUX SUR LE NOMBRE ET LA PROPORTION DE FORMATEURS AYANT FAIT APPEL AUX DIFFÉRENTES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES POSSIBLES	244

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASSTSAS	Association pour la santé et la sécurité du travail dans le secteur affaires sociales
CHSGS	Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PDSB	Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
TMS	Troubles musculo-squelettiques

1. INTRODUCTION

Notre étude porte sur une intervention complexe visant la prévention primaire des maux de dos en milieu de travail. Il s'agit du programme Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (ou PDSB), développé par l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Cette association est l'une des douze organisations paritaires (dont le conseil d'administration est composé de représentants patronaux et syndicaux, chacune des parties ne possédant qu'un seul droit de vote) créées dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c.S-2.1, 1979) afin de fournir des services de formation, de conseil et de recherche aux organisations du Québec appartenant au secteur qu'elles représentent.

Selon les documents produits par l'ASSTSAS, le PDSB poursuit deux principaux objectifs (ASSTSAS, 2000 et 2003). D'une part, il vise l'amélioration des compétences du personnel soignant, particulièrement des infirmiers, infirmières et préposé(e)s aux bénéficiaires, à exécuter de façon sécuritaire les manœuvres de transfert et de positionnement des bénéficiaires. D'autre part, la formation reçue par le personnel doit lui permettre d'accroître ses compétences à identifier les situations dangereuses et les mesures pour y remédier et à communiquer ces informations aux personnes responsables de la santé et de la sécurité du travail dans leur organisation respective. Pour ce faire, des maîtres formateurs de l'ASSTSAS forment des formateurs qui se chargeront à leur tour de dispenser l'enseignement reçu au personnel soignant de leur organisation respective. S'il réussit l'examen dont la note de passage est de 80%, le formateur reçoit, au terme de sa formation, une accréditation qu'il doit renouveler aux deux ans par le biais d'une session de réaccréditation. Le contenu notionnel prescrit de la formation est axé sur les principes de base en santé et sécurité relatifs à la mécanique corporelle et aux tâches de déplacement des bénéficiaires. L'objectif ultime du PDSB était de réduire l'incidence de maux de dos chez le personnel soignant lorsque nous avons amorcé la présente étude.

L'ASSTSAS a conçu deux types de PDSB, soient les PDSB régulier et soins à domicile. Même si ces deux variantes poursuivent des objectifs similaires, elles se distinguent au moins par deux éléments essentiels : le champ d'intervention et le contenu. Le champ d'intervention du PDSB régulier porte sur les lieux de travail où le personnel de santé et des services sociaux reçoit les clients en vue de leur faire bénéficier, sur place, des prestations sanitaires ou sociales. Dans le cas du PDSB soins à domicile, les prestations sanitaires ou sociales sont dispensées à domicile; le champ d'intervention est celui de l'environnement des clients. En outre le programme de formation PDSB à domicile contient trois blocs supplémentaires de contenu portant sur les notions suivantes : l'assistance partielle à la baignoire, les principes de positionnement lors des soins d'hygiène et la discussion sur le rôle d'enseignante. Notre étude porte sur le PDSB régulier. Celui-ci est dispensé depuis 1985 au personnel soignant œuvrant au sein des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la province de Québec.

Afin d'identifier les besoins de recherche à combler en lien avec le PDSB, nous avons réalisé une étude de besoins et une recherche exploratoire financées par l'ASSTSAS. Nous avons créé un comité aviseur dès le début de cet avant-projet, composé à l'origine du directeur général de l'ASSTSAS, monsieur Gilles Lebeau¹, de deux professionnelles de son organisation,

¹ Ce poste est maintenant occupé par madame Diane Parent.

mesdames Élise Ledoux² et Marie-Josée Robitaille³, et des chercheurs principaux du présent projet. Ce comité avait pour but d'assurer l'interface entre le milieu universitaire, l'organisme responsable du programme (l'ASSTSAS) et les centres hospitaliers et d'hébergement dans lesquels le programme a été implanté, et ce de manière à optimiser l'utilisation des résultats de la recherche.

Nous avons effectué une enquête auprès des répondants suivants afin d'identifier les questions de recherche jugées pertinentes et prioritaires par les membres et les partenaires de l'ASSTSAS : le sous-comité du conseil d'administration de l'ASSTSAS, les concepteurs du programme, les maîtres formateurs (n=20), formateurs (n=8) et les gestionnaires de formation (n=6) au sein des établissements de santé. Nous avons également recueilli des données préliminaires relatives aux aspects suivants : 1) les caractéristiques des composantes du PDSB, et 2) les facteurs déterminants de son implantation et de son impact (c'est-à-dire de l'ensemble de ses effets). Nous avons fait appel à des groupes de discussion (n=3) et à des entrevues semi-dirigées (n=14) pour recueillir les données. Nous avons procédé à une analyse de contenu des documents de formation et à un bilan des connaissances scientifiques sur des programmes qui semblaient similaires au PDSB. Notre enquête et notre bilan des connaissances scientifiques nous ont permis d'identifier les questions de recherche suivantes :

1. Quels sont les effets du programme PDSB implanté dans les centres hospitaliers de soins aigus et de longue durée?
2. Quelles sont les relations entre les services de formation dispensés par les formateurs en milieu hospitalier et les effets du programme, compte tenu des contextes organisationnels d'implantation?
3. Quelles sont les relations entre les coûts du programme et ses effets?

Or pour répondre à ces questions de manière valide, nous devons au préalable décrire la théorie sous-jacente au PDSB, documenter le degré d'implantation de cette intervention, inventorier les autres interventions mises en place par les établissements de santé pour prévenir l'incidence des maux de dos chez leur personnel et, identifier les variables de coûts et d'avantages associées au PDSB et aux interventions alternatives implantées dans les établissements de santé. C'est pourquoi nous avons mené la présente étude. Celle-ci nous a permis d'atteindre les objectifs spécifiques suivants :

1. Décrire les aspects suivants de la théorie sous-jacente au PDSB :
 - a) Les caractéristiques du processus, soient le contenu notionnel, les méthodes pédagogiques et les dimensions des comportements prescrits lors des activités PDSB pour atteindre les objectifs intermédiaires et ultimes du programme;
 - b) Les caractéristiques de la structure en termes de ressources humaines, matérielles et symboliques.

² Monsieur Pierre Poulin remplace maintenant madame Ledoux.

³ Madame Robitaille est maintenant adjointe à la direction générale de l'ASSTSAS.

2. Documenter le degré d'implantation du PDSB c'est-à-dire :
 - a) Dresser un portrait de la variation des caractéristiques des programmes de formation et des activités conseil dispensés par les formateurs dans les établissements de santé.
 - b) Comparer les caractéristiques des programmes implantés à celles qui étaient prescrites par l'ASSTSAS (appréciation de l'écart).

3. Identifier et décrire :
 - a) Les interventions autres que le PDSB implantées par les établissements de santé pour tenter de prévenir l'incidence de lésions musculo-squelettiques.
 - b) Les variables de coûts et d'avantages associées au PDSB et aux interventions alternatives, dans l'ensemble des établissements de santé, selon les perspectives des concepteurs et des personnes responsables du PDSB à l'ASSTSAS, de gestionnaires et de membres du personnel soignant et de formateurs PDSB.
 - c) Identifier les données financières disponibles permettant d'estimer ces variables de coûts et d'avantages du PDSB et des interventions alternatives dans l'ensemble des établissements de santé.

Dans le prochain chapitre, nous présentons les caractéristiques du PDSB que nous connaissons lorsque nous avons amorcé la présente étude, puis nous dressons un bilan des connaissances scientifiques pertinentes à notre problématique.

2. BILAN DES CONNAISSANCES SUR LES INTERVENTIONS VISANT LA PRÉVENTION PRIMAIRE DES MAUX DE DOS

Dans cette section nous décrivons les caractéristiques du PDSB que nous connaissions avant d'amorcer la présente étude, soit en août 2002. Ces informations provenaient essentiellement de trois sources, soient : 1) les documents produits par l'ASSTSAS à l'intention des maîtres formateurs et des formateurs PDSB, 2) les trois groupes de discussion que nous avons organisés et composés des personnes qui avaient conçu le programme, puis des membres du conseil d'administration de l'ASSTSAS et enfin de vingt maîtres formateurs et 3) les entrevues semi structurées que nous avons menées avec huit formateurs PDSB et six gestionnaires d'établissements de santé.

Puis nous dressons un bilan des connaissances scientifiques disponibles sur l'importance des maux de dos liés aux conditions de travail, la popularité des programmes de formation visant leur prévention primaire via la modification des comportements des travailleurs et enfin, les résultats des recherches évaluatives de telles interventions.

2.1 Description du PDSB régulier

Le programme Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires régulier a été conçu pour être dispensé dans les établissements de santé par des formateurs recrutés par un représentant des employeurs parmi les employés de l'établissement. Les formateurs sont censés avoir été formés au préalable par des maîtres formateurs de l'ASSTSAS. Les critères de sélection des futurs formateurs, prescrits par l'ASSTSAS, étaient les suivants : des connaissances de base sur les principes biomécaniques, une bonne condition physique, un intérêt pour l'animation et des connaissances pratiques des tâches de déplacement des bénéficiaires. Le formateur devait recevoir une formation de 42 heures réparties en 6 jours échelonnés sur une période de 15 à 18 semaines. Cette formation visait à le «...rendre apte à adapter et enseigner aux travailleurs de son établissement le cours PDSB et à agir à titre conseil sur des questions de sécurité, de tâches d'assistance aux déplacements de personnes en perte d'autonomie motrice» (ASSTSAS, 1991, p. 25). Le formateur qui réussissait sa formation devait recevoir une accréditation à renouveler aux deux ans. Selon l'ASSTSAS⁴, un travailleur (ré)accrédité comme formateur PDSB a le rôle suivant :

- 1) «...enseigner à ses collègues de travail les principes de sécurité dans l'exécution des tâches de transfert de bénéficiaires ;
- 2) enseigner aux collègues de travail une méthode d'analyse de leurs situations de travail afin qu'ils puissent identifier les dangers ainsi que des moyens pour les éliminer ;
- 3) agir à titre de spécialiste dans l'évaluation de la sécurité et l'identification de solutions dans des situations de transfert problématique ;
- 4) participer, en collaboration avec l'agent de suivi et le chef d'unité, à l'identification et à la mise en application des solutions de prévention ».

4 ASSTSAS : Guide de Gestion du Programme de formation PDSB par l'établissement; 2000

L'enseignement du PDSB dans l'établissement de santé était d'une durée minimale prescrite de 16 heures réparties sur 15 à 18 semaines. Selon les concepteurs du PDSB, le processus de formation du PDSB, dispensé par les formateurs au personnel soignant, s'appuyait sur les principes recommandés par Guérin et al. (1991) pour développer des interventions ergonomiques. Selon ces auteurs, l'objectif ultime de telles interventions est de transformer le travail de manière à ce que les situations de travail n'altèrent pas la santé des travailleurs et que les entreprises atteignent leurs objectifs économiques. Mais le développement d'interventions ergonomiques doit être subséquent à une analyse de l'activité de travail⁵ qui est censée révéler "*...l'ensemble de ses déterminants probables, de déceler les incohérences et les risques potentiels et manifestes [] d'atteinte à la santé des salariés (et) de dysfonctionnement des installations*" (p. 57). Ainsi, le personnel soignant était censé acquérir des compétences qui lui permettraient d'identifier les déterminants internes et externes⁶ de sa situation de travail, soient ses caractéristiques personnelles (propriétés générales de l'organisme humain et caractéristiques stables ou temporaires du travailleur) et celles des situations dans lesquelles il exerce ses activités (objectifs à atteindre, activité de travail, caractéristiques du bénéficiaire, équipement et organisation du travail) et qui sont susceptibles d'accroître les risques de maux de dos (ASSTSAS, 2000). Puis, la formation était censée lui permettre d'acquérir des habiletés à combiner les divers principes appris, selon les situations, pour déplacer les bénéficiaires. Le PDSB devait porter sur les aspects suivants :

1. Principes de préparation : cueillette d'informations et décisions stratégiques. L'organisation du travail doit permettre au travailleur de connaître le bénéficiaire, son environnement et l'équipement (capacités et limites), de prendre en compte ses propres capacités et limites, de choisir et concevoir une manière sécuritaire et économique pour ses structures biologiques, d'exécuter la tâche de manutention, de préparer son matériel, son environnement et le bénéficiaire et enfin, d'obtenir l'aide requise selon la situation de travail.
2. Principes biomécaniques / physiologiques : positionnement, prises et mouvements.
3. Séquences de la manœuvre sécuritaire : préparation et choix de stratégie et de communication, positionnement et communication, prises et communication, mouvement synchronisé et communication, arrêt synchronisé (ASSTSAS, 1991).

Toutefois, les documents pédagogiques n'exposaient pas en détail la nature des principes que le personnel soignant était censé combiner pour effectuer le déplacement des bénéficiaires de façon sécuritaire.

Le contenu des cinq cahiers du formateur était subdivisé en onze blocs, soient : introduction, approche globale, physiologie et biomécanique, préparation, positionnement, prises, mouvements individuels, mouvements en équipe, situations difficiles, équipements de levage, et premier suivi de formation sur l'unité de travail. Il importe également de préciser que le formateur PDSB pouvait adapter le contenu du cours PDSB qu'il enseignait (ASSTSAS, 2000). En principe, le formateur devait également devenir un agent de prévention dans son établissement en contribuant, avec le personnel qu'il avait formé, à l'identification des facteurs de risque de lésions professionnelles et à la mise en place de mesures de prévention primaire

5 "...l'activité relative au contenu du travail (c'est-à-dire l'usage concret des hommes et des femmes dans l'acte de travail, la manière dont ils réalisent celui-ci)..." (Guérin et col., 1991, p. 37).

6 Soit le cadre de l'activité de travail (Guérin et col., 1991, p.54).

appropriées. Toutefois, aucun document ne décrivait les caractéristiques des services qu'il devait dispenser à ce titre et aucune étude n'avait permis d'en dresser un portrait. De plus, il semblait que les établissements de santé avaient mis en place diverses structures visant à optimiser les effets du PDSB, telles que la formalisation de postes d'agent de suivi ou encore de comités composés d'agents multiplicateurs (Arcand, 1994; Jean, 1995). Toutefois, aucune étude scientifique n'avait décrit la fréquence d'implantation ni les caractéristiques des activités menées par de telles structures au sein des établissements de santé.

Les données les plus récentes indiquaient qu'entre 1995 et 1999, 989⁷ intervenants du domaine de la santé avaient reçu la formation de formateur PDSB dispensée par les maîtres formateurs de l'ASSTSAS : 491 individus avaient reçu la formation de nouveau formateur alors que 498 formateurs avaient reçu une formation leur permettant d'être accrédités à nouveau par l'ASSTSAS.

Cet organisme estimait que le coût de formation d'un nouveau formateur pour un établissement de santé était d'environ 2 390\$ alors qu'il aurait été de 624\$ pour renouveler l'accréditation d'un formateur. Compte tenu de ces informations, nous estimions que le coût total de la formation (initiale et renouvellement de l'accréditation) des formateurs pour les établissements de santé du Québec s'était donc élevé à 1 484 242\$ entre 1995 et 1999. À ce montant s'ajoutaient les coûts de la formation dispensée par ces formateurs à du personnel soignant de leur établissement respectif. L'ASSTSAS estimait que le coût unitaire de la formation du personnel soignant était de 485\$. Selon les dernières données issues de l'ASSTSAS, dont nous disposons au début de la présente étude, 3 062 travailleurs avaient été formés entre le 1er janvier 1999 et le 30 juin 2000. Le coût de la formation de ces membres du personnel soignant s'était donc élevé à 1 485 070\$ (pour 18 mois)⁸. Par conséquent, plusieurs millions de dollars avaient été consacrés au cours des dernières années, à la formation du personnel soignant au PDSB par les établissements du réseau de la santé du Québec, ce qui représentait, selon nous, un argument en faveur de la pertinence sociale de notre étude. En outre, l'ASSTSAS estimait de façon approximative les coûts de son programme puisqu'elle ne possédait pas de données sur l'ensemble de leurs sources. Elle ne détenait pas non plus d'information sur l'ensemble des avantages potentiellement associés au programme, ni sur leur valeur financière (telle la réduction du nombre et de la gravité des lésions au dos). Enfin, cette association ignorait l'avantage concurrentiel du PDSB comparativement aux interventions alternatives utilisées dans des organisations pour tenter de réduire les maux de dos liés au déplacement des patients tels le recours à des équipements permettant de réduire la charge physique de travail, la réorganisation du travail pour faciliter le travail d'équipe, le réaménagement des chambres des patients pour réduire le nombre de facteurs de risque ou d'autres programmes de formation.

Dans la section suivante nous présentons l'état des connaissances scientifiques qui permettent de porter un jugement sur la pertinence scientifique de notre étude.

7 Le fichier dont nous avons obtenu copie précisait le nom des établissements auxquels les formateurs appartenaient. Cependant cette information n'était pas précisée pour 209 formateurs. Nous avons répertorié 258 établissements.

8 Ce chiffre est conservateur puisque les 3 062 travailleurs répertoriés par l'ASSTSAS sont ceux pour lesquels l'émission d'une carte de compétence a été demandée à cet organisme. Cependant, tous les travailleurs formés ne font pas nécessairement cette demande.

2.2 Bilan des connaissances scientifiques

Dans cette section nous faisons la synthèse critique des connaissances scientifiques disponibles sur la prévalence des maux de dos et les programmes de formation conçus pour en prévenir l'incidence⁹. Nous avons retenu et passé en revue les interventions qui semblaient s'appuyer sur une théorie sous-jacente similaire à celle du PDSB, selon les informations fournies par les auteurs des études, c'est-à-dire qui misaient sur la modification des comportements des salariés qui constituaient le groupe cible des interventions, en situations de travail.

2.2.1 L'importance des maux de dos chez le personnel soignant

Au Québec, comme dans tous les pays industrialisés, l'étendue et les coûts des maux de dos sont considérables. Selon les dernières données disponibles, les affections vertébrales représentent 44,2% des lésions ayant fait l'objet d'une indemnisation par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) au Québec (Duguay, Hébert et Massicotte, 2003). Entre 1999 et 2003, la CSST a indemnisé de 32 473 (en 2003) à 35 845 (en 2000) cas de maux de dos par année. Les coûts de ces lésions pour cet organisme n'ont cessé d'augmenter, passant de 145 749 602\$ à 177 441 291\$ (CSST, juillet 2005¹⁰).

Les dernières statistiques publiées sur les lésions professionnelles dans le secteur des services de santé et des services sociaux (Code CTI 86) révèlent que le nombre annuel moyen de lésions indemnisées par la CSST s'élève à 35 359, soit un peu plus de 10% du nombre total de lésions indemnisées pour l'ensemble des secteurs d'activités économiques du Québec. Les lésions du secteur des services de santé et des services sociaux ont occasionné 1,7 millions de jours d'absence, soit une moyenne de 46,6 jours d'absence par lésion. Le site des lésions le plus fréquent demeure le dos avec 44,2% des lésions. Les lésions au dos, dans le secteur de la santé et des services sociaux occasionnent en moyenne 50,4 jours d'absence par lésion. Au total, 44,9% de l'ensemble des lésions du secteur surviennent chez les travailleurs des centres hospitaliers (Code CTI 861) (Duguay, Hébert et Massicotte, 2003). Plusieurs études ont permis de décrire les situations de travail du personnel soignant et d'évaluer leurs risques de maux de dos. Citons à titre d'exemple l'étude de Kjellberg et al. (2003) qui ont observé une relation entre l'occurrence de lombalgies chez des infirmières et l'utilisation de certaines techniques de transferts de patients, alors que les résultats de Jansen et al. (2004) indiquent la présence d'un risque statistiquement significatif de lombalgie trois fois supérieur lorsque le personnel soignant adopte des angles de flexions du tronc de plus de 45 degrés, pendant une heure et quarante-cinq minutes par semaine comparativement à 30 minutes. En outre, Best (1997) rapporte les résultats d'une étude publiée en 1992, selon laquelle les principales causes d'accidents chez le personnel soignant seraient associées au soulèvement et au transfert de patients. Il s'agit des principales tâches ciblées par le PDSB.

⁹ Nous avons exclu les publications qui portaient sur des programmes destinés uniquement à des travailleurs ayant eu un diagnostic de mal de dos avant d'être exposés à l'intervention.

¹⁰ C.S.S.T., D.C.G.I., Service de la statistique. Données observées au 31 décembre suivant l'année de l'événement pour les années d'événement 1999 à 2003. Rapport (d05-485a) produit le 15 juillet 2005.

2.2.2 Les programmes de prévention primaire des maux de dos axés sur la modification des comportements du personnel

Aucune étude n'a produit de connaissances sur le degré de pénétration du programme PDSB ni d'autres programmes similaires en Amérique du Nord. Une publication rapporte les résultats d'une recherche qui a tenté de décrire des programmes de formation visant la prévention des lésions musculo-squelettiques aux États-Unis (Bohr et Barrett, 1997). Cependant, en raison du caractère non probabiliste de l'échantillon et de sa faible taille (n=10), les résultats ne peuvent être extrapolés.

Certaines données semblent indiquer que les programmes axés sur l'éducation des travailleurs comptent parmi les approches privilégiées par les entreprises pour tenter de réduire l'incidence des maux de dos (Lahad et al., 1994). Les seules données statistiques disponibles portent sur tous les types de programmes de prévention de maux de dos. Elles indiquent qu'aux États-Unis, environ 25% des lieux de travail regroupant plus de 50 employés offraient un tel type de programme en 1985. Cette proportion s'élevait à près de 33% en 1994 et le *U.S. Department of Health and Human Services* visait un taux de pénétration d'au moins 50% en l'an 2000 (Volinn, 1999). D'ailleurs, l'*Occupational Safety and Health Administration (OSHA)* a adopté une norme de programme ergonomique (*Ergonomics Program Standard*) en 2001 à l'intention de presque tous les secteurs d'activités économiques, incluant le secteur de la santé et des affaires sociales (Dudley et Bradford Delong, 2001; Gatty et al., 2003). Son objectif était de favoriser la prévention des troubles musculo-squelettiques, dont les maux de dos, liés aux risques présents en milieu de travail. La formation du personnel et l'évaluation du programme constituaient deux des six composantes de ce programme (Andres, 2000). En 2001, la norme d'*OSHA* fut invalidée par le Président des États-Unis qui invoqua le *Congressional Review Act* (Gatty et al., 2003).

Le nombre de publications normatives décrivant des programmes de prévention primaire des maux de dos axés sur l'éducation des travailleurs est élevé, ce qui laisse penser que de nombreux milieux de travail tentent de réduire l'incidence importante des maux de dos en faisant appel à de telles interventions. Toutefois, bien que les programmes de prévention primaire des maux de dos axés sur l'éducation des travailleurs semblent être populaires, et ce depuis plusieurs années, leur pérennité n'est pas un indicateur valide de leur efficacité. Nombre d'études évaluatives ont en effet démontré que des interventions implantées depuis de nombreuses années s'étaient avérées inefficaces.

De nombreuses études ont été réalisées au cours des dernières décennies pour évaluer les effets d'interventions composées en tout ou en partie de programmes de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez les travailleurs (Venning et al., 1987; St-Vincent et al., 1989; Videman et al., 1989; McCauley, 1990; Walsh et Schwartz, 1990; Amosun et Falodun, 1991; Versloot et al., 1992; Shi, 1993; Daltroy et al., 1993; Feldstein et al., 1993; Scopa, 1993; Schenk et al., 1996; Best, 1997; Daltroy et al., 1997; Engels et al., 1997; Lynch et Freund, 2000; Yassi et al., 2001; Fanello et al., 2002; Johnsson et al., 2002; Morken et al., 2002; Trevelyan, 2002; Smedley et al., 2003). De même plusieurs bilans des connaissances produites par de telles études ont été publiés (Lahad et al., 1994; Karas et Conrad, 1996; Hsiang et al., 1997; van Poppel et al., 1998; Westgaard et Winkel, 1997; Maher 2000; Gatty et al., 2003; van Poppel et al.,

2004). Ces bilans portent sur des études menées sur divers types d'interventions, dont des programmes de formation, visant la prévention primaire de lésions musculo-squelettiques incluant les maux de dos (Westgaard et Winkel, 1997; Gatty et al., 2003), ou encore uniquement des maux de dos (Karas et Conrad, 1996; van Poppel et al., 1998), et dans certains cas exclusivement des lombalgies (Hsiang et al., 1997; Maher 2000; van Poppel et al., 2004).

Les effets examinés par les études évaluatives des programmes de formation visant la prévention primaire des maux de dos sont variables et peuvent être classés en cinq catégories: les connaissances, les comportements adoptés, les symptômes perçus, les lésions au dos et les changements organisationnels. Théoriquement, les connaissances et l'adoption de comportements sont des effets intermédiaires alors que la réduction des symptômes perçus et l'incidence des maux de dos sont les principaux effets ultimes attendus des programmes. Malheureusement, les auteurs sont généralement peu explicites sur les caractéristiques des programmes et plus spécifiquement leurs théories sous-jacentes c'est-à-dire qu'ils omettent de préciser la nature des mécanismes par lesquels ces programmes sont censés améliorer les connaissances, puis entraîner l'adoption des comportements recommandés, et enfin réduire l'incidence des maux de dos. Qui plus est, à l'exception d'une seule référence (Johnsson et al., 2002) tous les programmes évalués semblent être appuyés sur un processus différent du PDSB car on y enseigne des postures prescrites plutôt que des principes que le personnel formé peut adapter et combiner selon les caractéristiques des dimensions des situations de travail auxquelles il est confronté.

Seules quatre des études mentionnées ci-dessus ont porté sur l'acquisition de connaissances. Elles concluent à une augmentation des connaissances à l'égard de l'anatomie de la colonne vertébrale et des techniques de levage (Schenk et al., 1996), de la biomécanique (Walsh et Schwartz, 1990; Amosun et Falodun, 1991; Daltroy et al., 1993; Schenk et al., 1996) et des comportements sécuritaires (Walsh et Schwartz, 1990; Amosun et Falodun, 1991; Daltroy, 1993).

En ce qui concerne le recours aux principes de mécanique corporelle enseignés lors des formations, ou encore à de nouvelles techniques de transfert de patients, les études qui s'y sont intéressées ont pour la plupart observé une augmentation significative de l'utilisation de certaines d'entre elles (Videman et al., 1989; McCauley, 1990; Amosun et Falodun, 1991; Feldstein et al., 1993; Schenk et al., 1996; Best, 1997; Lagerström et al., 1998; Nygard et al., 1998; Fanello et al., 2002; Trevelyan, 2002) ou encore une amélioration des techniques de travail utilisées (Johnsson et al., 2002). Scopa (1993) rapporte des résultats non significatifs à cet égard, tout comme St-Vincent et al. (1989) qui ont réalisé la seule étude ayant porté spécifiquement sur le PDSB.

Cinq études comportaient des observations de comportements en situations réelles de travail (St-Vincent et al., 1989; Best, 1997; Nygard et al. (1998); Fanello et al., 2002; Trevelyan, 2002). St-Vincent et al. (1989) précisent que les comportements ont été observés alors que les sujets vaquaient à leurs tâches habituelles de travail auprès des bénéficiaires. Par conséquent, la validité de construit de leurs instruments de mesure est nettement supérieure à celle des instruments utilisés par d'autres auteurs; il en est de même pour la validité externe des résultats obtenus. D'ailleurs ils soulignent que leurs résultats semblent indiquer non pas une sous-utilisation des principes enseignés mais plutôt, dans certains cas, l'impossibilité de les appliquer

en milieu réel de travail, en raison des contraintes présentes dans certaines situations de travail. Cette étude met clairement en lumière l'importance de tenir compte du contexte dans lequel les tâches de déplacement des bénéficiaires sont accomplies lorsqu'on évalue l'adoption de comportements sécuritaires par le personnel soignant. Elle souligne également la difficulté de transposer aux situations réelles de travail les résultats obtenus dans des situations expérimentales contrôlées. Il importe de préciser que les observations effectuées dans le cadre de l'étude de St-Vincent et al. (1989) portaient sur des postures prescrites en vertu du PDSB. Or le PDSB, dans sa forme actuelle, met davantage l'accent sur l'acquisition des habiletés à combiner les divers principes appris, selon les situations, pour déplacer les bénéficiaires de façon sécuritaire, plutôt que sur l'adoption de principes universels. Par conséquent, les résultats de l'étude de St-Vincent et al. sont insuffisants pour porter un jugement sur l'efficacité du programme actuel. Quant à l'étude de Best (1997), les observations en situations réelles de travail ont été effectuées trois mois après la fin de l'exposition à un programme basé sur l'approche développée par Dotte¹¹, et ce à l'aide des échelles de posture du dos de l'*Ovako Working Assessment System* (OWAS), validées (Karhu et al., 1981). L'auteure précise qu'elle a inclut cette échelle dans une version modifiée de celle de Dehlin et Jaderberg¹², puisqu'une étude avait révélé la faible fiabilité des mesures de posture du dos de la version originale de cette échelle. Toutefois, l'évaluation de l'échelle OWAS par l'auteure a également indiqué que sa fiabilité était faible. On n'observe aucune différence significative entre les groupes exposé et témoin en ce qui concerne les postures, la distance entre les sujets et leurs patients, et le temps écoulé lors d'activités de soulèvement. Les auteurs écrivent avoir mené une étude supplémentaire au cours de laquelle des activités de soulèvement auraient été enregistrées sur bandes vidéo, puis filmées et analysées à l'aide de l'échelle OWAS. Aucune autre précision n'est apportée sur les méthodes utilisées. Les résultats indiquent que les scores attribués au groupe exposé étaient significativement différents de ceux du groupe non exposé en ce qui concerne la posture de travail et l'effort observé, le groupe exposé ayant reçu les meilleurs scores.

Pour leur part, Nygard et al. (1998) ont observé une seule différence statistiquement significative entre les résultats pré test et post test d'un groupe exposé à un programme de formation basé sur la méthode de système mental critique¹³ : le pourcentage du temps passé à manipuler des charges supérieures à 10kg a diminué de 7% à 4%. La méthode sur laquelle la formation s'appuyait avait été développée par des physiothérapeutes pour l'apprentissage de performances motrices. L'objectif des sessions de formation était d'identifier les incidents critiques lors de manipulations et de soulèvement des charges et de former les travailleurs à effectuer ces tâches adéquatement, c'est-à-dire d'utiliser davantage leurs jambes que leur dos lors du soulèvement de charges. Les chercheurs ont fait appel à l'échelle OWAS pour procéder aux observations; chaque participant était observé durant une heure, à raison d'une observation tous les trente secondes.

Fanello et al. (2002) qui ont construit leur programme, tout comme Best, à partir de la méthode de Dotte¹⁴, ont observé les employés au travail durant deux journées consécutives, et ce

11 La référence citée par l'auteure est Dotte, P. (1979). Les techniques de manutention du malade. *Soins*, 23.

12 La référence citée par l'auteure est Fulton, S. (1994). *Reliability of an observation method for assessing postural stress during patient handling*. Honours thesis. La Trobe University (unpublished).

13 La référence citée par les auteurs a été publiée en Finnois (Suonperä, M., 1986).

14 La référence citée par les auteurs est Dotte, P. (1997). *Méthodes de manutention manuelle des malades*. Paris : Maloine.

trois et six mois après la fin du programme. Les auteurs précisent que les interventions semblent avoir réduit le recours à des flexions du tronc vers l'avant (*bent forward position*).

Trevelyan (2002) a comparé les résultats pré et post test d'un groupe exposé à un programme d'intervention ergonomique et ceux d'un groupe témoin. L'auteure fournit peu d'informations sur le contenu de cette intervention qui a duré douze mois, sinon qu'elle était basée sur une approche organisationnelle ciblant les quatre principales composantes du *Manual Handling Operations Regulations* adopté au Royaume Uni en 1992, soient l'établissement d'une politique organisationnelle sur la manutention manuelle, l'organisation du travail, l'équipement et la formation. Ses résultats indiquent que deux des cinq postures d'une seule des cinq tâches ciblées par l'étude (administration, aide au patient, entretien et rangement, faire le lit, laver et habiller, et transférer le patient) se sont améliorées chez le groupe exposé, entre le pré test et le post test. Les différences sont statistiquement significatives. Il s'agit des postures adoptées lors des tâches de transfert de patients suivantes : relever vers le haut du lit (*move up bed*) et passer d'une position assise à une position debout. On obtient les mêmes résultats chez le groupe témoin pour les postures liées à cette dernière tâche. La chercheuse a fait appel à une dimension de l'échelle OWAS pour évaluer chacune des tâches, soit l'adoption d'un angle de flexion du tronc supérieur à 20° durant 30% de la durée de la tâche. Elle précise que la fiabilité intra observateur et la validité de la mesure en laboratoire ont été acceptables, de même que la fiabilité inter observateurs en milieu réel de travail.

Une étude (Schenk et al., 1996) a observé des différences statistiquement significatives, concernant l'angle moyen de lordose lombaire en position de levage, entre les résultats post test d'un groupe exposé à un programme d'éducation du dos, incluant des stratégies d'apprentissage cognitif et des exercices pratiques de levage, et ceux d'un groupe exposé au même contenu notionnel mais dispensé par vidéo, et ceux d'un groupe témoin. Selon les auteurs, ces résultats semblent indiquer que l'intervention dispensée in situ permet l'apprentissage psychomoteur. Ils précisent que les participants du second groupe, ayant reçu la formation par vidéo, ne pouvaient obtenir de feedback de l'instructeur et n'avaient aucune opportunité de le questionner. En outre le cours ne comportait aucun exercice pratique afin d'acquérir des habiletés psychomotrices durant la formation, ce qui pourrait expliquer la différence observée avec le premier groupe exposé. La fiabilité de l'instrument de mesure de la posture vertébrale avait été évaluée et jugée bonne.

L'étude de Yassi et al., (2001) a comparé un groupe non exposé à deux groupes exposés; le premier programme visait le soulèvement sécuritaire des patients, alors que le second misait sur l'absence d'astreintes lors des déplacements des bénéficiaires grâce à un plus grand nombre d'équipements que pour le premier groupe. Les chercheurs ont observé que les deux groupes exposés avaient augmenté l'utilisation d'équipement mécanique dans les départements de médecine ($p > 0,05$ et $p = 0,002$), de réadaptation ($p < 0,001$ et $p < 0,001$) et de chirurgie ($p > 0,05$ et $p > 0,05$), et non mécanique ($p = 0,002$ et $0,021$), six mois après la fin de celles-ci. Comme on peut le constater, pour le premier groupe, les différences sont statistiquement significatives seulement dans le département de réadaptation, alors que pour le second groupe elles sont statistiquement significatives aussi dans le département de médecine. Les chercheurs ont également observé une réduction significative du nombre de transferts de patients sans équipement ($p = 0,022$ et $p < 0,001$). En outre, la sécurité perçue et la fatigue au travail ont diminué

dans les deux groupes exposés à des interventions, entre le pré test et les post tests effectués six mois et un an après la fin des interventions, les différences étant significatives. On observe également des différences significatives dans le premier groupe concernant les douleurs lombaires et aux épaules, et les problèmes de sommeil liés à la présence de douleurs. Les améliorations observées chez le groupe exposé à l'intervention qui visait l'élimination de transferts manuels par l'apport d'équipements mécaniques ont été supérieures à celles du groupe auquel on a enseigné de meilleures techniques d'utilisation d'équipements manuels. Les données sur ces variables ont été recueillies par entretiens et questionnaires dont la validité et la fiabilité ne sont pas précisées par les auteurs. Johnsson et al., (2002) ont également observé une réduction statistiquement significative de la fatigue physique durant le transfert de patients, du lit à une chaise et ce, six mois après la fin de deux types de programmes de formation. Les deux interventions, qualifiées respectivement de groupes traditionnels et de cercles de qualité, visaient l'amélioration des habiletés de déplacement des patients. Elles ont été développées par des physiothérapeutes spécialistes des soins au dos et par des infirmières¹⁵; leur durée était de quatre jours. Elles comprenaient des cours théoriques et pratiques dont le contenu s'apparente au PDSB puisque le personnel était appelé à choisir la méthode optimale de transfert des patients selon leurs propres capacités, les ressources et les besoins des patients, et les opportunités et les limites de l'environnement. La seconde intervention se distingue des groupes traditionnels par le fait que les rencontres des participants étaient étalées sur quatre à six mois, et ce afin de leur permettre de mettre leurs connaissances en pratique entre les cours. Les auteurs n'ont observé aucune différence significative entre les groupes formés selon les deux approches.

Aucune des études ayant mesuré les effets ultimes des programmes de prévention primaire des maux de dos, que ce soit en termes de prévalence ou d'incidence de maux de dos, auto rapportés ou diagnostiqués, n'a montré de différence significative entre les groupes expérimental et témoin ou encore entre les données pré test et post test (Videman et al., 1989; Versloot et al., 1992; Best, 1997; Daltroy et al., 1997; van Poppel et al., 1998; Lynch et Freund, 2000; Yassi et al., 2001; Fanello et al., 2002; Johnsson et al., 2002; Morken et al., 2002; Smedley et al., 2003). Toutefois, Fanello et al. (2002) ont observé des différences statistiquement significatives entre les résultats pré test et post test des sous-groupes composés des individus qui présentaient une lombalgie au moment du pré test. Ainsi 36% des participants au groupe exposé qui souffraient de lombalgie au pré test n'en souffraient plus lors du post test, comparativement à 17% des participants au groupe contrôle. En outre, dans le groupe témoin, la proportion des sujets ayant souffert de lombalgies pour des périodes excédant trente jours au moment du pré test avait significativement augmenté lors du post test.

Enfin, une seule étude (Morken et al., 2002) a observé qu'un groupe exposé à un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos avait implanté des changements dans son environnement de travail. Les auteurs se sont limités à citer des exemples de modifications, soient le réaménagement de l'environnement de travail, la conception de nouveaux outils de travail, la réduction de stress lié aux mouvements répétitifs et la modification du processus de travail pour favoriser la variation des tâches.

15 Les auteurs citent les références suivantes : Johnsson, C. and Westin, M. (1994). The Stockholm training concept, workmodel for patient transfer, in M. Hagberg and G. Westlander (eds) *Book of Abstracts of the 2nd International Conference on Occupational Health for Health Care Workers*, (Solna : National Institute of Occupational Health), 65 ; et Lagerström et al. (1999).

Quant aux bilans de connaissances, Lahad et al (1994) concluent qu'un seul essai contrôlé randomisé rapporte une réduction statistiquement significative de lombalgie mais que cette étude portait sur un programme de formation combiné à des exercices physiques. Les autres études expérimentales analysées permettaient d'observer des différences statistiquement significatives pour des effets intermédiaires, soient les connaissances acquises et la perception d'améliorations biomécaniques. Karas et Conrad (1996) observent une diminution non significative du taux d'accidents dans une étude qui combinait un programme de formation et un de gestion, une étude pour laquelle l'utilisation de principes biomécaniques a significativement augmenté et enfin, une étude dont les résultats sont non concluants. Van Poppel et al. (1998 et 2004) concluent, suite à leurs analyses des essais cliniques randomisés, publiés entre 1966 et 2000, qu'il n'existe pas de résultats probants permettant d'avancer que la formation favorise la prévention des lombalgies en milieu de travail. Maher (2000) qui a passé en revue les essais cliniques randomisés, publiés entre 1989 et 1998, portant sur la prévention des lombalgies en arrive à la même conclusion. Westgaard et Winkel (1997) qui ont analysé les études sur des interventions ergonomiques, publiées entre 1966 et 1994, concluent que la formation n'est pas associée à une amélioration de la santé musculo-squelettique, à l'exception des deux programmes visant l'acquisition de méthodes de travail et ayant recours à des techniques de biofeedback électromyographique. Ceux-ci auraient permis de réduire les douleurs rapportées aux épaules et au cou. Enfin, Gatty et al. (2003) dont le bilan porte sur les évaluations de programmes de prévention primaire des maux de dos, publiées entre 1995 et 2000, rapportent que la moitié des études dont ils ont jugé la qualité élevée produisait des effets positifs, alors que l'autre moitié de ces études n'a observé aucun effet. Toutefois, les deux études ayant observé un niveau d'observance élevé et qui portaient sur des interventions spécifiques aux tâches dispensées de manière individualisée ou en petits groupes obtenaient des résultats majoritairement positifs.

Les études que nous avons recensées, de même que celles qui ont été analysées par d'autres chercheurs (Lahad et al., 1994; Karas et Conrad, 1996; van Poppel et al., 1998; Westgaard et Winkel, 1997; Maher, 2000; Gatty et al., 2003; van Poppel et al., 2004) sont très diversifiées et de valeurs inégales. L'un des principaux problèmes concerne la diversité des définitions du concept de mal de dos et des instruments utilisés pour les diagnostiquer ou en mesurer la prévalence ou l'incidence, question relevée également par d'autres auteurs (Karas et Conrad, 1996; Maher, 2000). Ces problèmes rendent difficiles les comparaisons des résultats des études. En outre aucune des études n'a eu recours à des mesures à simple insu pour les variables dépendantes, tel que signalé par van Poppel et al. (1998). Beaucoup d'études reposent sur des devis avant – après et n'ont pas de groupe témoin; il est par conséquent difficile d'attribuer les effets positifs observés aux seuls programmes de prévention évalués, puisque des biais d'histoire, de maturation, de mesure des effets ou encore de régression vers la moyenne peuvent expliquer les résultats obtenus. Parmi les études ayant un groupe de comparaison, rares sont celles où ce groupe a été formé par randomisation, ce qui est susceptible d'entraîner certains biais de validité interne, notamment la sélection et l'interaction entre la sélection, et l'histoire ou la maturation. Lorsque la randomisation ne peut être utilisée, comme c'est le cas de nombreuses études portant sur des interventions qui ne sont pas sous le contrôle des chercheurs, la solution pour prévenir de tels biais consiste alors à mesurer les principales caractéristiques des sujets des deux groupes de manière à contrôler a posteriori les différences entre les groupes expérimental et témoin. Les règles de bonne pratique pour ce contrôle consistent à recourir à des procédures statistiques

multivariées, ce qui requiert un nombre élevé de sujets. Or plusieurs des études recensées ayant utilisé un groupe témoin, sans allocation aléatoire, ont été effectuées à l'aide d'échantillons relativement restreints de travailleurs. Par conséquent, il est le plus souvent impossible de contrôler a posteriori, par des procédures statistiques, les principales caractéristiques des travailleurs susceptibles d'influencer les effets des programmes de prévention, afin de rendre les groupes expérimental et témoin comparables et ainsi isoler les effets des interventions.

Dans l'ensemble, les études que nous avons identifiées montrent que plus la validité interne des études est forte, moins les résultats observés sont concluants pour ce qui est de la modification des comportements des travailleurs et de l'incidence des maux de dos. Cependant, étant donné la faible taille des échantillons qui réduit la puissance statistique des études (c'est-à-dire qui diminue la probabilité de détecter des effets d'une ampleur faible ou modérée), il demeure difficile de tirer des conclusions précises quant aux effets des programmes de prévention primaire des maux de dos en milieu de travail. Par ailleurs, les études présentent une autre limite importante : les programmes étudiés sont conceptualisés comme des boîtes noires. D'une part, en général les évaluateurs négligent de vérifier si les programmes implantés correspondent à ceux qui avaient été élaborés par leurs concepteurs ou encore de mesurer l'observance des sujets des groupes exposés aux interventions prescrites (van Poppel et al., 1998; Gatty et al., 2003). Or, plusieurs études évaluatives ont permis d'observer qu'il pouvait exister un écart important entre les caractéristiques de programmes prescrits et celles des programmes auxquels des participants sont exposés (Berthelette, 1999; Bickman, 1987; Contandriopoulos et al., 1992; Denis et Champagne, 1990; Patton, 1991). Ce phénomène peut être lié à la modification du programme prescrit par les intervenants qui le dispensent ou encore à la variation de l'observance des participants. Par programme prescrit nous entendons l'intervention décrite soit dans les documents élaborés par ses concepteurs tels que des textes législatifs, des politiques ou encore des programmes cadres, soit lors d'entrevues avec les personnes responsables de la conception d'un programme. D'autre part, de manière générale, les évaluateurs qui ont recours à des stratégies de recherche expérimentales omettent de décrire la théorie sous-jacente au programme. Celle-ci consiste en l'explicitation des relations qui sont censées exister d'une part, entre les ressources investies dans le programme (structure) et les services produits (processus) et d'autre part, entre les services dispensés dans le cadre du programme et la chaîne de production des effets qu'ils visent théoriquement à produire (Bickman, 1987). Nous avons observé la présence d'une telle limite dans la majorité des études portant sur les programmes de prévention primaire des maux de dos. Selon Bickman, de telles omissions risquent d'entraver sérieusement l'interprétation des résultats des évaluations lorsque celles-ci semblent indiquer qu'un programme ne produit pas les effets attendus. L'absence d'effet peut être due à une théorie sous-jacente inadéquate et, par conséquent, à une intervention inefficace, à la présence d'écarts entre les caractéristiques du programme prescrit et de celui qui est implanté par les intervenants, ces derniers pouvant en altérer l'efficacité, ou encore aux limites méthodologiques de l'évaluation. L'absence de données sur la théorie sous-jacente au programme et sur son implantation ne permet donc pas d'interpréter les résultats d'une étude qui indiquent qu'un programme ne produit pas d'effet. En outre, lorsque l'étude indique la présence d'effets positifs, les résultats demeurent insuffisants pour expliquer comment ces effets sont produits (Shadish, Cook et Campbell, 2003). Ces problèmes réduisent considérablement la portée et l'utilité des résultats de telles recherches évaluatives. Par ailleurs, les expérimentations provoquées, c'est-à-dire qui impliquent que le chercheur est à la fois responsable de

l'implantation et de l'évaluation du programme, présentent une autre limite importante pouvant altérer leur validité externe : on ignore si le programme peut être implanté et être efficace dans d'autres contextes que celui d'une situation expérimentale entièrement contrôlée.

Enfin, nous n'avons identifié aucune publication scientifique rapportant les résultats d'évaluations économiques d'interventions visant la prévention primaire des maux de dos ni d'autres lésions musculo-squelettiques. Quelques études ont tenté d'identifier les variables de coûts et d'avantages associées aux maux de dos et aux programmes dispensés (Karas et Conrad, 1996). Rares sont les évaluations économiques ayant comparé les coûts et les avantages d'interventions alternatives, tel que nous souhaitons le faire ultérieurement. En effet, Jacobs et Fassbender (1998) ont constaté que seulement 57 des 163 articles publiés en anglais rapportant les résultats d'évaluations économiques, entre 1994 et 1996, étaient des analyses de rendement comparant au moins deux interventions.

L'importance des maux de dos chez le personnel soignant dans les établissements de santé, la popularité des programmes de formation implantés pour tenter de prévenir l'incidence de ce type de lésion professionnelle, les limites importantes des connaissances scientifiques sur les effets de tels programmes, et l'absence de données scientifiques sur les coûts et les avantages de telles interventions justifiaient donc la démarche que nous avons entreprise.

3. CADRES CONCEPTUELS

Dans cette section, nous présentons les cadres conceptuels que nous avons utilisés pour mener notre étude. Nous débutons par les dimensions pédagogiques de la formation PDSB, soient les objectifs, les méthodes et le matériel pédagogiques, de même que les comportements prescrits par les maîtres formateurs aux formateurs, en ce qui concerne les activités conseil que le personnel soignant est appelé à mettre en œuvre suite à sa formation. Puis nous définissons les concepts qui nous ont servi à identifier les variables de coûts et d'avantages du PDSB et d'interventions alternatives.

3.1 Dimensions pédagogiques du PDSB

De par leur formulation, les objectifs du PDSB font référence à l'acquisition de compétences de la part du personnel soignant. Le concept de compétences est maintenant répandu, et ce plus particulièrement dans le cadre de formations en entreprise (Jonnaert, 2002). Plusieurs définitions ont été proposées au cours des années pour ce concept mais aucune ne semble faire l'unanimité, bien que celle de Perrenoud (1997) fasse autorité en éducation (Jonnaert, 2002). Cette définition présente la compétence « *comme une capacité d'agir efficacement dans un type défini de situation, capacité qui s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas* » (p.7). Cette définition présente cependant la même limite que la plupart des autres définitions proposées dans la littérature, à savoir son caractère incomplet puisqu'elle ne présente de façon explicite qu'une seule dimension soit celle des savoirs (Jonnaert, 2002). Or, selon Ruano-Borbalan (2000), trois caractéristiques majeures définissent les compétences, soient : 1) elles sont le résultat de l'interaction entre trois types de savoirs (savoirs, savoir-être et savoir-faire), 2) elles concernent un contenu précis, et 3) elles se rapportent à une situation donnée. En outre, il importe de distinguer les compétences spécifiques des compétences-clef, ces dernières étant transférables. Les limites des définitions proposées par différents auteurs rendent difficile l'opérationnalisation du concept et sa mesure. En outre, on associe fréquemment les compétences à des capacités évaluables, ce qui renvoie à des objectifs pédagogiques précis (Caillot, 1994). C'est pourquoi nous avons fait appel à la taxonomie des objectifs pédagogiques de Bloom et al. (1969) afin de bâtir un tableau de spécification mettant en relation chacun des objectifs pédagogiques et le contenu notionnel qui s'y rattache, soit "la matière à apprendre ou l'objet de l'habileté à développer" (Tousignant et Morissette, 1990 : 48). Ce cadre conceptuel des objectifs pédagogiques est fréquemment utilisé, dans le domaine de l'éducation. Il fait référence à des manifestations cognitives de l'apprentissage regroupées en six niveaux, subdivisées en sous-catégories et ordonnancées de manière hiérarchique en fonction de leur degré d'abstraction et de complexité. Il s'agit des catégories suivantes : l'acquisition de connaissances, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation. La connaissance fait référence au simple rappel de faits, de méthodes, de processus, de modèles, de structures ou d'ordres. La compréhension consiste à connaître l'information qui est communiquée et à savoir s'en servir, sans nécessairement établir de lien avec d'autres informations ni à en saisir toute la portée. L'application et l'analyse sont respectivement définies comme "*l'utilisation des représentations abstraites dans des cas particuliers et concrets*" et la "*séparation des éléments ou parties constitutives d'une communication de manière à éclaircir la hiérarchie relative des idées et des rapports entre les idées exprimées*". La synthèse est une opération qui consiste à

réunir et à combiner des éléments de manière à “*former un plan ou une structure que l’on ne distinguait pas clairement auparavant*”. Enfin, l’évaluation consiste à porter un jugement de valeur sur un objet, et ce dans un but précis. Nous avons utilisé le cadre conceptuel de Bloom et al. afin d’identifier les objectifs pédagogiques poursuivis par la formation PDSB.

Afin de compléter la liste des effets attendus, nous avons identifié les comportements du personnel soignant que la formation PDSB visait à modifier. Dans le cadre de notre étude, nous sommes essentiellement centrés sur les comportements relatifs aux aspects suivants : 1) l’adoption des principes recommandés pour effectuer, de manière sécuritaire, le déplacement des bénéficiaires et 2) la réalisation d’activités conseil au sein des établissements. Chacun des comportements recommandés a été construit en fonction des dimensions suivantes : l’action, la cible, le contexte et le temps (Valois et al., 1991).

Enfin, nous avons fait appel au cadre conceptuel de Weston et Cranton (1986) pour documenter la nature des méthodes d’enseignement et les caractéristiques du matériel pédagogique recommandées par les maîtres formateurs aux formateurs afin de favoriser l’apprentissage du personnel soignant formé. Weston et Cranton définissent les méthodes d’enseignement comme des techniques de communication entre le formateur et les étudiants. Elles peuvent être classées dans les quatre catégories suivantes : centrées sur le formateur, interactives, individualisées et *expérientielles*. Dans le premier cas, soit les méthodes centrées sur le formateur, c’est le formateur qui est avant tout responsable de transmettre l’information aux apprenants. Il peut avoir recours aux méthodes suivantes : cours magistral, formulation de questions à des individus ou à l’ensemble du groupe et démonstration, c’est-à-dire illustration de l’application d’un concept ou d’une habileté psychomotrice. Les méthodes interactives font appel à la communication entre les apprenants de même qu’entre ces derniers et l’enseignant. Elles regroupent les trois types suivants d’activités : discussion entre l’ensemble des apprenants du groupe, discussion en sous-groupes, projets de groupes dans le cadre desquels les apprenants doivent effectuer des tâches assignées par l’enseignant et, enseignement par les pairs au cours duquel les apprenants assument le rôle habituel de l’enseignant. L’enseignement individualisé implique que les apprenants travaillent directement, à leur rythme, à l’aide du matériel pédagogique préparé par l’enseignant et qu’ils reçoivent, à intervalles réguliers, des informations à l’égard des progrès qu’ils ont réalisés. L’enseignement *expérientiel* se distingue des trois autres catégories de méthodes par le fait que l’apprentissage est effectué dans un contexte naturel ou dans le cadre de simulations qui s’apparentent à un tel contexte. L’enseignant confie une tâche spécifique ou une série de tâches aux apprenants. Il peut en observer l’exécution ou encore demander aux apprenants de produire un rapport après avoir complété les tâches. Cette dernière catégorie est transversale c’est-à-dire qu’elle inclut des méthodes pouvant être centrées sur le formateur, interactives ou individualisées. Il importe de préciser que ce cadre conceptuel omet une catégorie de méthodes, soient celles qui consistent à donner de la rétroaction aux apprenants. Nous avons donc ajouté cette catégorie à notre cadre.

Le matériel pédagogique correspond à la forme physique des outils d’enseignement utilisés par l’enseignant. Weston et Cranton le subdivisent en trois catégories, soit : les *realia* et les représentations *illusionnaires* (illusionary) et symboliques. Les *realia* sont tridimensionnelles. Il peut s’agir de spécimens (un squelette par exemple) ou de leurs imitations. Les représentations *illusionnaires* correspondent à des représentations visuelles (photographies par exemple) ou

sonores. Enfin, les représentations symboliques incluent les textes imprimés et l'expression verbale.

3.2 Analyse des coûts et des avantages

L'évaluation économique est définie selon Drummond et al. comme étant : "*...the comparative analysis of alternative courses of action in terms of both their cost and consequences (1997: 9)*". L'analyse de rendement, un type d'évaluation économique, consiste à mettre en relation les ressources employées et les effets d'une intervention. La principale tâche est donc d'identifier, de mesurer et d'estimer les coûts et les avantages des interventions retenues et à les comparer. Il existe trois types d'analyse de rendement, soient : 1) l'analyse coût-efficacité, 2) l'analyse coût-utilité et 3) l'analyse coût-avantage. Chaque type d'analyse de rendement se distingue principalement par la façon de définir et d'estimer les effets. Elles présentent des avantages et certaines limites d'application selon les circonstances et le type d'intervention à évaluer. C'est ce que nous précisons dans les lignes qui suivent. Puis, nous faisons état des types de coûts et d'avantages, identifiés par des auteurs de publications scientifiques, d'interventions visant la prévention de lésions professionnelles.

3.2.1 Portée et limites des types d'analyse du rendement

L'analyse coût-efficacité consiste à mettre en relation les coûts exprimés en termes monétaires et les effets physiques ou naturels de l'intervention. Ces effets sont exprimés soit par des indices réels de résultats de l'intervention tels que la diminution de la douleur, la réduction du taux d'incidence d'une maladie, etc. Ce type d'analyse présente l'avantage de permettre la comparaison d'interventions très différentes, la seule condition à respecter étant que les conséquences des interventions soient mesurées à l'aide des mêmes unités de mesure. Toutefois, ce type d'analyse s'applique uniquement lorsque les interventions ne poursuivent qu'un seul objectif et que celui-ci est clairement identifié. Or on rencontre rarement une telle situation. En outre, les interventions poursuivent généralement des objectifs concurrents ce qui réduit considérablement l'application de cette approche. Cette approche ne peut donc être retenue puisque le PDSB poursuit plusieurs objectifs intermédiaires concurrents que nous avons identifiés précédemment.

Quant à l'analyse coût-utilité, celle-ci met en relation les coûts exprimés en termes monétaires et les effets estimés en fonction de l'utilité qu'en perçoivent les individus à qui elle est destinée. L'utilité est une mesure théorique de la valeur qu'un individu accorde à la consommation de différents biens et services. Elle permet de regrouper les diverses mesures d'effets d'une intervention sous une même mesure subjective de l'utilité ou de la préférence pour un effet donné. Dans le secteur de la santé, la mesure la plus utilisée est la « quality adjusted life year » (QUALY). L'analyse coût-utilité permet de ce fait de comparer des interventions dont les effets « naturels ou physiques » sont très différents. Parmi les limites de l'utilisation de cette approche, Clyne et Edwards (2002) notent la nature subjective de la mesure de l'utilité. Ils précisent que les préférences des individus ont tendance à changer avec le temps. En outre, ils soulignent les mésententes sur les façons d'estimer la qualité de la vie ainsi que la sensibilité des résultats aux techniques de pondérations retenues. La nature des objectifs poursuivis par le PDSB et les interventions de comparaison possibles rendent cette approche moins pertinente.

Enfin, l'analyse coût-avantages est le type d'analyse de rendement qui présente le moins de contrainte pour le choix de l'effet à mesurer. Tout comme les autres types d'analyse, elle met en relation les coûts exprimés en unité monétaire. Par contre, les effets de l'intervention sont estimés en valeur monétaire. Cette transformation permet de comparer des interventions dont les effets ne sont pas les mêmes et d'obtenir une comparaison directe des coûts et des avantages d'interventions dont les objectifs poursuivis sont très différents. Par contre, l'absence d'une standardisation de la méthode pour transformer les effets d'une intervention en une valeur monétaire constitue la principale limite de cette approche. Les méthodes généralement utilisées pour réaliser cette transformation (*human capital, willingness-to-pay*) présentent des difficultés méthodologiques et éthiques souvent difficiles à résoudre. Ces difficultés touchent particulièrement certaines catégories d'avantages intangibles telles la réduction de la douleur et de la souffrance ou l'augmentation de la durée de vie. Nous avons retenu l'analyse coût-avantages en raison de la flexibilité de cette méthode puisque nous ignorions au départ la nature des interventions alternatives implantées dans les établissements de santé.

3.2.2 Les coûts et les avantages de la prévention des lésions professionnelles

Nous nous sommes appuyés sur l'inventaire des coûts socioéconomiques des lésions professionnelles (Mossink et De Greef, 2002) pour identifier les variables de coûts et d'avantages susceptibles d'être associées au PDSB ou à des interventions alternatives visant des objectifs similaires. Cet inventaire est une synthèse des principales variables coûts et avantages identifiées dans les publications scientifiques selon trois perspectives d'analyse, soit celles des entreprises, des travailleurs et de la société (Brody et al., 1990; Oxenburgh, 1997; Leigh, P. et al. 2001; Loisel et al., 2002; Maetzel et Li, 2002). Ainsi, selon la perspective de l'entreprise, les coûts des activités de prévention se regroupent dans les catégories suivantes : 1) les investissements en équipements sécuritaires et en mesures individuelles de protection, 2) les modifications apportées aux équipements et à l'aménagement de l'environnement de travail et les consultations auprès d'experts qui leur sont reliées, 3) les changements de procédures de travail, 4) le temps pour libérer le personnel (réunions, formation, etc.), 5) les activités de promotion dans l'entreprise, et 6) les autres coûts. Les variables de coûts associées aux accidents de travail sont : 1) l'absentéisme ; 2) le taux de roulement du personnel en raison de la piètre qualité de l'environnement de travail ou de la retraite précoce, 3) la réadaptation non médicale, 4) les activités de gestion (enquête d'accident, suivi des absences, etc.), 5) les pénalités imposées par les compagnies d'assurance, 6) les pertes de production, 7) et les autres coûts. Quant aux avantages associés à la prévention, ils se résument pour l'employeur aux aspects suivants : 1) une diminution des primes d'assurance associée à une réduction des lésions, 2) une amélioration du moral des employés, 3) une augmentation de la productivité et 4) une amélioration de la qualité des services. La perspective des travailleurs est essentiellement étudiée en relation avec les lésions professionnelles. Ainsi, les variables de coûts identifiées concernent les dimensions suivantes : 1) la détérioration de la santé et du bien-être, 2) la diminution du revenu et 3) les coûts des services médicaux alors que les variables liées aux avantages sont l'employabilité et l'état de santé et de bien-être des travailleurs. La perspective des travailleurs est vue sous l'angle des avantages qu'ils peuvent retirer des interventions préventives d'où l'importance de la démarche que nous entreprenons.

Dans la section suivante nous décrivons les méthodes utilisées pour atteindre les objectifs de la présente étude.

4. MÉTHODES

Dans les lignes qui suivent nous décrivons les méthodes que nous avons utilisées pour atteindre chacun de nos objectifs. Il importe de spécifier que nous avons obtenu un certificat d'éthique du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal avant d'amorcer nos collectes de données.

4.1 Objectif 1

Cet objectif consistait à décrire les aspects suivants de la théorie sous-jacente au PDSB :

- a. Les caractéristiques du processus, soient le contenu notionnel, les méthodes pédagogiques et les dimensions des comportements prescrits lors des activités PDSB pour atteindre les objectifs intermédiaires et ultimes du programme.
- b. Les caractéristiques de la structure en termes de ressources humaines, matérielles et symboliques.

La population à l'étude est constituée de l'ensemble des sessions de formation PDSB régulier, dispensées au cours de l'année financière 2003 (N=13), par les douze personnes qui étaient maîtres formateurs. Les cours avaient lieu principalement à Montréal (N = 9) et à Québec (N = 4), entre les mois de janvier 2003 et janvier 2004. Chaque session devait durer 42 heures réparties en 6 jours échelonnés sur une période de 15 à 18 semaines.

Les résultats d'un projet de groupe qualité de l'ASSTSAS, mené en 2000, avaient révélé que le contenu notionnel et les activités d'enseignement utilisées par les maîtres formateurs variaient peu : tous les maîtres formateurs abordaient l'ensemble des notions prescrites. Toutefois, l'importance qu'ils accordaient à ces notions, dans le cadre des cours qu'ils dispensaient, pouvait varier. Au plan pédagogique, on distinguait deux groupes. L'un accordait beaucoup d'importance à ce que le cours soit dispensé tel que prescrit (groupe standard). L'autre considérait qu'il n'était pas nécessaire que le cours repose entièrement sur l'enseignant, les individus formés pouvant assumer une partie de leur propre formation (groupe alternatif). Nous avons fait appel à un devis d'étude de cas multiples descriptive afin de capter la variation potentielle entre les formateurs, au plan pédagogique.

Nous avons sélectionné les cas, c'est-à-dire les sessions de formation, à l'aide d'un échantillonnage raisonné (Patton, 2003), de manière à ce que celles-ci soient dispensées par des maîtres formateurs différents et ce, dans les deux régions concernées du Québec, soit Montréal et Québec. En outre, nous avons ajouté un cas permettant de prendre en compte les récents changements apportés par l'ASSTSAS au cours de l'année 2003. En effet, le PDSB a subi des modifications qui ont été formalisées en 2003, l'ASSTSAS ayant changé le contenu des cahiers des maîtres formateurs, des formateurs et des participants. Alors que l'ancien programme s'articulait autour de onze blocs de compétence, le nouveau PDSB en comptait huit, soient : les risques du métier, les objectifs et la philosophie, l'approche globale, les niveaux d'assistance, l'assistance par la supervision, l'assistance partielle, l'assistance totale, le processus de résolution

de problèmes et le suivi de base. La formation était censée durer 6 jours étalés sur une période de 17 à 28 semaines. Les formateurs, formés par l'association avant 2003, étaient censés participer à une session de remise à niveau, ou tout au moins à une session de réaccréditation deux ans après leur dernière formation. Notre expérience en recherche évaluative et des résultats d'autres études dans le domaine nous incitaient à élaborer une théorie sous-jacente incluant les deux formes de PDSB puisqu'il était possible que des formateurs n'aient pas encore implanté la nouvelle version de PDSB. Nous devions en tenir compte pour l'atteinte de notre second objectif qui visait la description de l'implantation de PDSB par les formateurs.

Le troisième cas que nous avons sélectionné était une session de réaccréditation de formateurs, dispensée au cours du mois de juin 2003, soit après que l'ASSTSAS ait introduit des changements au PDSB. Nous avons complété nos données par l'analyse de contenu du nouveau cahier du formateur, et ce en utilisant les mêmes dimensions que celles pour l'analyse du verbatim de la session observée et enregistrée. Les données supplémentaires ainsi recueillies ont permis d'enrichir le tableau. En septembre 2003, nous avons soumis une première version du tableau de spécification à un groupe d'experts composé de onze des douze maîtres formateurs de l'ASSTSAS afin d'en valider le contenu.

Tableau 4.1.1 Catégories de méthodes pédagogiques

Catégories adaptées de Weston et Cranton (1986)	
1. Exposé	4. Pratique en classe
Centré sur le formateur Cours magistral	Expérientiel Centré sur le formateur Rétroaction
Centré sur le formateur Formulation de questions	Expérientiel Interactif Rétroaction
2. Discussion en équipe	Expérientiel Centré sur le formateur Interactif
Interactif Discussion en sous-groupes	Expérientiel Interactif Enseignement par les pairs
Interactif Rétroaction	Expérientiel Interactif Projet de groupe Rétroaction
3. Démonstration / illustration du contenu présenté	Expérientiel Interactif Projet de groupe Enseignement par les pairs
Centré sur le formateur Démonstration	Expérientiel Interactif Projet de groupe Discussion entre l'ensemble des participants
Interactif Enseignement par les pairs	Expérientiel Interactif Projet de groupe Enseignement par les pairs
Interactif Centré sur le formateur Enseignement par les pairs	Expérientiel Interactif Jeu de rôle

4.2 Objectif 2

Dans cette sous-section nous décrivons les méthodes que nous avons utilisées pour documenter le degré d'implantation du PDSB par les formateurs, dans deux des douze catégories d'établissements de santé et de services sociaux existantes au Québec : les centres hospitaliers de soins médicaux généraux et spécialisés (CHSGS) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Selon le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS)¹⁶, les CHSGS « *offrent des services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés en matière de santé physique* ». Les CHSLD fournissent « *de façon permanente ou temporaire, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage* ».

4.2.1 Population à l'étude

La population à l'étude est constituée des formateurs PDSB régulier considérés comme actifs par l'ASSTSAS au moment du démarrage de l'enquête, ayant été accrédités depuis au moins une année, soit avant le 28 février 2004, ou réaccrédités avant le 28 février 2005, et oeuvrant dans un CHSGS ou un CHSLD.

L'ASSTSAS a dressé et transmis à l'équipe de recherche une liste de 858 formateurs PDSB régulier actifs c'est-à-dire formés ou réaccrédités au cours des deux dernières années. Nous avons obtenu la date de l'accréditation ou de la réaccréditation des formateurs PDSB régulier grâce à cette liste. La vérification du type d'installation (CHSGS ou CHSLD) dans laquelle chacun d'entre eux oeuvrait s'est faite à partir du répertoire des 1 784 installations des 18 régions socio-sanitaires du Québec, publié par le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et accessible via le Web. Chaque fiche du répertoire permet de faire un lien entre une installation donnée et son établissement (entité administrative dotée d'une capacité juridique qui gère une ou plusieurs installations), ce qui facilite l'obtention d'informations supplémentaires. L'application de nos critères d'exclusion nous a permis de constituer une population de 444 formateurs dont 433 ont pu être joints pour les fins de l'étude.

4.2.2 Instrument de mesure et méthode de collecte des données

4.2.2.1 Élaboration de l'instrument de mesure

Nous avons élaboré un questionnaire auto administré pour recueillir les données visant à décrire le degré d'implantation du PDSB. Afin d'optimiser la validité de notre instrument de mesure, nous avons préalablement complété le premier objectif de la présente étude, soit la description de la théorie sous-jacente du PDSB. Puis, nous avons soumis une première version du questionnaire à deux des membres de notre comité avisé, provenant de l'ASSTSAS, afin d'en valider le contenu. Après avoir apporté une première série de modifications visant à améliorer la formulation des questions de même que la justesse et l'exhaustivité des informations

16 Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2005). *Lexique des services de santé et sociaux du Québec*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablisements.html>

à recueillir, nous l'avons fait parvenir aux 14 maîtres formateurs de l'ASSTSAS (11 du bureau à Montréal et 3 du bureau à Québec). Nous leur avons demandé de le remplir et de nous faire part de tout commentaire qui leur semblerait utile à son sujet, soit lors d'une rencontre sur leur lieu de travail avec un membre de l'équipe, par téléphone ou encore par écrit. L'objectif visé était d'évaluer le questionnaire à partir de critères suivants : a) sa clarté, b) sa convivialité, c) son exhaustivité et d) le temps requis pour le compléter. Huit maîtres formateurs ont répondu à notre demande. Nous avons pris en compte toute suggestion qui permettait de clarifier la formulation des questions, de faciliter sa complétion et d'optimiser l'exhaustivité des informations recueillies.

Nous avons eu recours au logiciel TELEform pour mettre en forme la version définitive du questionnaire. Ce logiciel a également permis de préparer la saisie automatique des questionnaires et la transformation des données saisies en format SPSS en vue de leur traitement.

4.2.2.2 Description des variables

Le questionnaire validé (annexe 1) contient les sept catégories de variables suivantes :

- a) Les caractéristiques des sujets : âge, genre, nationalité, lieu de naissance des parents, niveau de scolarité, formation et expérience professionnelle (domaine de formation, ancienneté dans le réseau de la santé et des services sociaux, dans l'établissement de travail, et dans la catégorie d'emploi), la catégorie de salarié à laquelle le formateur appartient et appartenait lors de sa première accréditation PDSB, son nombre d'heures de travail par semaine, et le pourcentage d'heures travaillées par quart de travail.
- b) L'expérience des sujets à titre de formateur PDSB : ancienneté de la formation de base PDSB reçue à titre de personnel soignant, durée de cette formation, contexte dans lequel cette formation a été reçue, ancienneté de la première accréditation, nombre de renouvellements de l'accréditation, et nombre d'années écoulées depuis la dernière accréditation.
- c) L'implication des sujets dans les structures organisationnelles et syndicales de santé et de sécurité du travail de leur établissement : participation à un comité impliqué en santé ou en sécurité du travail, fonction au sein de ce comité, durée de l'implication, et nombre d'heures de travail rémunérés consacrés aux activités du comité.
- d) Les caractéristiques des activités de formation dispensées au cours des douze derniers mois : nombre de sessions dispensées, et par session, nombre de participants, nombre d'heures dispensées en classe, nombre de rencontres avec les groupes, nombre d'heures écoulées entre chaque période, nombre d'heures de suivi et nombre de jours écoulés entre la fin de la session et le suivi; motifs d'absence de sessions le cas échéant, catégories professionnelles de travailleurs formés, degré d'homogénéité des catégories professionnelles et de la provenance (département ou unité) des participants aux groupes formés, répartition des travailleurs formés selon les quarts de travail, nombre d'heures consacrées à la préparation ses sessions de formation, fréquence de la préparation durant les heures de travail rémunéré, accès à l'équipement recommandé par l'ASSTSAS au sein de leur établissement, blocs de contenus dispensés et pour chacun d'entre eux nature des méthodes (tableau 4.2.2) et du matériel pédagogique utilisé, pourcentage du temps consacré à des pratiques en classe, proportion des heures de formation dispensées durant les heures de travail rémunéré, nombre d'heures consacrées à la préparation des activités de suivi, proportion de ces heures effectuées durant

les heures de travail rémunéré, proportion des heures de suivi dispensées durant les heures de travail rémunéré, et répartition des heures de suivi en fonction des quarts de travail,

- e) Les caractéristiques des activités de prévention menées dans le cadre du PDSB au cours des douze derniers mois : motifs d'absence de telles activités le cas échéant, nature, motifs (initiative du formateur ou demande) et fréquence des activités, nombre mensuel d'heures consacrées aux activités de prévention, nombre mensuel de demandes reçues, et répartition des demandes selon les types de demandeurs (travailleurs, chefs d'unité ou de service, représentants, comités et autres).
- f) Les caractéristiques des activités de formation d'agents de suivi PDSB dispensées au cours des douze derniers mois : nombre d'agents formés, de sessions tenues, d'heures de formation et de rencontres par session, nature des thèmes abordés, utilisation de matériel pédagogique et identité des concepteurs du matériel (le formateur, d'autres formateurs, son établissement ou l'ASSTSAS), fréquence avec laquelle le formateur vérifie le degré de satisfaction du personnel qu'il a formé et de la personne qui lui a demandé de dispenser la formation, importance accordée aux critères de sélection des agents de suivi, nombre d'heures consacrées à la préparation des sessions, proportion des heures de préparation et de formation durant les heures de travail rémunéré, et nombre de sessions prévues pour l'année suivante.
- g) La description des éléments contextuels suivants : caractéristiques de l'établissement dans lequel le formateur travaille (région, mission, capacité, statut, mode de financement), nom de son département, service ou unité, degré de difficulté perçue des conditions dans lesquelles il a mené ses activités PDSB, niveau de collaboration perçue de la part de son supérieur immédiat, des supérieurs immédiats des personnes à former, des personnes responsables de la formation du personnel de son établissement, pour réaliser ses activités de formation. En ce qui concerne ses activités de prévention nous avons mesuré la collaboration perçue par le formateur de son supérieur immédiat, des supérieurs immédiats des personnes à former, des membres du comité santé et sécurité du travail et des chefs d'unité dans lesquelles il intervient et souhaiterait intervenir.

Enfin deux questions portaient sur l'impact perçue par le formateur de ses activités de formation sur les individus et sur les situations de travail, et deux questions mesuraient sa perception de l'utilité de la formation reçue de l'ASSTSAS pour assumer son rôle de formateur et mener ses activités de prévention.

La majorité des questions sont fermées et à choix multiples. Seules les questions référant à des dates ou à des nombres sont ouvertes. Nous avons également prévu la catégorie de réponse « autre » pour certaines questions qui n'avaient jamais été documentées au préalable.

Tableau 4.2.2 Indicateurs des méthodes pédagogiques

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES	
Catégories adaptées de Weston et Cranton (1986)	Mesures
	1. Exposé
Centré sur le formateur Cours magistral	A. Présentation du contenu par vous-même
Centré sur le formateur Formulation de questions	B. Questions que vous posez au groupe de participants
	2. Discussion en équipe
Interactif Discussion en sous-groupes	C. Discussion libre entre les participants
Interactif Rétroaction	D. Retour de votre part sur les discussions des participants
	3. Démonstration / illustration du contenu présenté
Centré sur le formateur Démonstration	E. par vous-même seulement
Interactif Enseignement par les pairs	F. par des participants seulement
Interactif Centré sur le formateur Enseignement par les pairs	G. par vous-même avec des participants
	4. Pratique en classe
	Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :
Expérientiel Centré sur le formateur Rétroaction	H. leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font
Expérientiel Interactif Rétroaction	I. en discutez avec l'ensemble du groupe
Expérientiel Centré sur le formateur Interactif	H et I
	Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :
Expérientiel Interactif Rétroaction	J. leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font

Tableau 4.2.2 Indicateurs des méthodes pédagogiques (suite)

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES	
Catégories adaptées de Weston et Cranton (1986)	Mesures
Expérientiel Interactif Enseignement par les pairs	K. demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes
	Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :
Expérientiel Interactif Projet de groupe Rétroaction	L. donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe
Expérientiel Interactif Projet de groupe Enseignement par les pairs	M. demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes
Expérientiel Interactif Projet de groupe Discussion entre l'ensemble des participants	N. en discutez avec l'ensemble du groupe
Expérientiel Interactif Projet de groupe Enseignement par les pairs	O. demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe
	Lors des pratiques vous :
Expérientiel Interactif Jeu de rôle	P. jouez un rôle
Expérientiel Interactif Jeu de rôle	Q. demandez à des participants de jouer un rôle

4.2.2.3 Fiabilité de l'instrument de mesure

Nous avons évalué la fiabilité du questionnaire par test-retest auprès des soixante premiers formateurs à nous avoir retourné le questionnaire complété. Chacun des formateurs sollicités a reçu une seconde version un mois après la date de retour du premier questionnaire; 33 ont complété cette seconde version. La fiabilité de l'instrument de mesure a été estimée à l'aide d'analyses de corrélation choisies en fonction de la nature des échelles de mesure de chaque variable. Pour les variables continues, nous avons utilisé le coefficient de corrélation de Pearson (r), alors que pour les variables nominales à plusieurs catégories, nous avons fait appel au coefficient Kappa de Cohen (k). Nous présentons les résultats sous forme de tableaux à l'annexe 2.

Les coefficients de corrélation statistiquement significatifs concernant les caractéristiques des formateurs varient entre 0,869 et 1 (tableau 4.2.2.3 i). Seule la corrélation concernant la proportion de membres syndiqués (0,562), au sein des comités impliqués en santé et en sécurité du travail dont les formateurs sont membres, n'est pas statistiquement significative. Il s'agit de la seule information de nature organisationnelle, dans cette section du questionnaire, ce qui pourrait expliquer la faible fiabilité de cette mesure. Par ailleurs les Kappa relatifs aux mesures de l'implication des formateurs dans un tel comité sont de 1 et statistiquement significatifs, à l'exception de la mesure des fonctions assumées antérieurement dans ce comité, chez les formateurs qui en ont déjà été membres et qui ne l'étaient plus au moment de notre collecte ($k=0,382$; $p=0,053$) (tableau 4.2.2.3 u). Ces résultats traduisent probablement un biais de rappel.

Pour ce qui est des activités du programme PDSB, menées par les formateurs, les coefficients de corrélation statistiquement significatifs oscillent entre 0,624 et 1 (tableau 4.2.2.3 ii). Les questions concernant la proportion des heures de suivi effectuées durant les quarts de jour (0,738) et de soir (0,773) obtiennent des r élevés bien que non significatifs. Deux questions posent problème, soient la proportion des demandes reçues de la direction de l'établissement (-0,103), pour des activités de prévention et, le nombre moyen d'heures consacrées par le formateur à ces activités (0,164).

Quant aux coefficients de Kappa, calculés pour la mesure de la nature des contenus abordés, ceux-ci sont tous significatifs et varient entre 0,512 (dans un cas) et 0,869 (tableaux 4.2.2.3 a à t). Nos résultats traduisent la fiabilité de nos mesures. Pour chacun des contenus, nous avons évalué la fiabilité des mesures de chacune des méthodes et de chacun des matériels pédagogiques. Dans la très grande majorité des cas, nos résultats sont statistiquement significatifs. En ce qui concerne les méthodes pédagogiques, nous obtenons des Kappa supérieurs à 0,8 dans 8,7% des cas, compris entre 0,6 et 0,8, ce qui est un niveau d'accord jugé bon (van Driel, 2004), dans 47,6% des cas alors que dans 30,2% des cas le degré d'accord varie entre 0,4 et 0,6 ce qui est un niveau d'accord raisonnable. Par conséquent 13,5% de nos 252 mesures posent des problèmes de fiabilité. Ceux-ci concernent surtout les méthodes utilisées pour enseigner les statistiques relatives aux lésions professionnelles et pour les autres contenus, le retour du formateur sur les discussions des participants, lors de discussions en équipe, ainsi que l'utilisation du jeu de rôle lors des pratiques en classe. En ce qui concerne le matériel pédagogique mis en œuvre pour chacun des contenus notionnels, les Kappa varient entre -0,048 et 1 mais sont très généralement supérieurs à 0,6 et statistiquement significatifs. Les mesures

présentant des problèmes de fiabilité portent surtout sur le recours au rouleur ou planche de transfert, au fauteuil de positionnement et à la catégorie « autre matériel ». En ce qui concerne les caractéristiques des groupes formés et la proportion des heures de préparation et de dispensation des activités de formation et de suivi durant les heures de travail rémunérées, les Kappa oscillent entre 0,515 et 0,753 et sont tous statistiquement significatifs (tableau 4.2.2.3 v). Les Kappa relatifs aux caractéristiques des activités de prévention sont généralement faibles, variant de -0,082 à 1 (tableau 4.2.2.3 v). Seules les mesures des raisons justifiant l'absence de telles activités sont excellentes. Pour sa part, la fiabilité de la mesure de la fréquence avec laquelle les formateurs vérifient le degré de satisfaction du personnel soignant et de la personne qui leur a demandé de dispenser la formation dans leur organisation, est raisonnable, les coefficients étant de 0,531 et 0,484 (tableau 4.2.2.3 v).

Nous obtenons des résultats statistiquement significatifs variant de 0,570 à 0,958 pour treize des dix-huit mesures contextuelles (tableau 4.2.2.3 iii). Cinq questions présentent des problèmes de faible fiabilité. Elles portent sur les aspects suivants : la facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour faire le suivi de la formation PDSB (0,258), leur perception des niveaux de collaboration obtenus des supérieurs immédiats des individus qu'ils ont formés (0,533) et de leur propre supérieur (0,395), ainsi que de l'impact des activités de prévention qu'ils ont menées sur les situations de travail (-0,133), et enfin le caractère adéquat de la formation qu'ils ont reçue de l'ASSTSAS pour assumer leurs tâches de prévention (0,178).

Nos résultats indiquent donc que les mesures relatives aux caractéristiques des formateurs, de leurs activités et du contexte de leurs interventions sont généralement fiables. Celles qui portent sur leurs perceptions posent souvent problème.

4.2.2.4 Collecte des données

Nous avons précédé notre collecte de données par la publication d'un encart dans la revue de l'ASSTSAS « Objectif Prévention ». Ses lecteurs étaient ainsi informés du démarrage de l'enquête, de son objet et de l'importance que lui accordaient les parties prenantes. Les formateurs PDSB régulier étaient invités à y participer par des responsables de l'ASSTSAS¹⁷.

La collecte des données s'est déroulée du 31 mars au 23 mai 2005 selon les étapes chronologiques suivantes :

- 1) Envoi, par voie postale, à chacun des formateurs PDSB régulier de la population à l'étude, d'une enveloppe comprenant les éléments suivants :
 - a) une lettre de transmission signée des deux professeures responsables de l'étude (annexe 3);
 - b) une lettre d'information précisant la nature, les objectifs, le déroulement, les méthodes et l'utilisation des résultats de l'étude ainsi que l'anonymat qui l'entoure, les avantages et les inconvénients qui y sont rattachés et les coordonnées complètes des responsables à saisir en cas de besoin ou de plainte (annexe 4);

17 (2005). *Objectif Prévention* 28, 1.

- c) deux exemplaires d'un formulaire visant à recueillir et à matérialiser le consentement ou le refus du formateur PDSB régulier sollicité pour prendre part ou non à l'étude (les deux exemplaires sont censés être dûment signés par le formateur PDSB régulier avant qu'il ne retourne l'un d'eux) (annexe 5);
 - d) les directives pour compléter le questionnaire (annexe 6);
 - e) un questionnaire vierge;
 - f) une enveloppe pré affranchie pour le retour du questionnaire ou du formulaire de refus.
- 2) Envoi, trois semaines plus tard, d'une carte de rappel à tous les formateurs PDSB régulier qui n'avaient pas retourné leur questionnaire dûment rempli ou leur formulaire de refus;
- 3) Envoi, six semaines après le premier envoi, d'une lettre de rappel accompagnée d'un nouveau questionnaire vierge et d'une autre enveloppe pré affranchie.

La collecte de données a pris fin huit semaines après le premier envoi. Onze des 444 formateurs PDSB régulier composant notre population à l'étude ne travaillaient plus dans l'établissement où ils avaient été formateurs PDSB, ce qui ramenait notre population à 433 formateurs PDSB régulier.

Le contenu de chacun des questionnaires reçus a été vérifié. La saisie des données étant automatique, nous nous sommes assurés que les cases à noircir pour indiquer les choix de réponse l'avaient été adéquatement. En outre, nous avons contacté les répondants qui avaient omis de répondre à certaines questions afin de leur donner l'opportunité de compléter leur questionnaire par téléphone.

4.2.3 *Traitement et analyses des données*

Nous avons codifié manuellement les réponses à certaines questions avant leur saisie automatique. Ce type de codification a été effectué pour les réponses à la catégorie « autres » des questions 2a, 9-11, 15, 17, 26, 36B, 45-47, 50 et 58-59, et pour les réponses apportées aux questions ouvertes portant sur les variables suivantes : pays de naissance du formateur et de celui de ses parents, nom de l'établissement et du département, du service ou de l'unité dans lequel le formateur PDSB travaillait; nombre de participants pour chaque session de formation dispensée au cours des douze derniers mois, nombre total d'heures dispensées en classe, nombre de rencontres avec le groupe de participants, nombre de demi-journées écoulées entre chaque période de formation, nombre d'heures de suivi et nombre de jours écoulés entre la fin de chaque session et le suivi des sessions de formation, et enfin proportion des demandes d'activités de prévention provenant des catégories de demandeurs. Nous avons également codifié les données issues du MSSS concernant les caractéristiques suivantes des établissements dans lesquels les formateurs PDSB travaillaient : région, mission, capacité, statut et mode de financement. Les noms des départements, des services ou des unités des formateurs obtenus lors de la collecte ont été standardisés à l'aide des informations du MSSS.

La saisie des données a été effectuée à l'aide d'un lecteur optique. Elle a été faite de façon interactive avec la possibilité, pour l'opératrice, de procéder simultanément aux

vérifications nécessaires. Les données lues ont été transformées en un fichier SPSS qui a été vérifié afin de nous assurer de l'exactitude et de la cohérence des données.

Les caractéristiques des formateurs et des services dispensés ont fait l'objet d'analyses de nature descriptive. Des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été utilisées de même que des intervalles de confiance.

4.3 Objectif 3

L'objectif 3 consistait à identifier et décrire les aspects suivants :

1. Les interventions autres que le PDSB implantées par les établissements de santé pour tenter de prévenir l'incidence de lésions musculo-squelettiques.
2. Les variables de coûts et d'avantages associées au PDSB et aux interventions alternatives, dans l'ensemble des établissements de santé, selon les perspectives des concepteurs et des personnes responsables du PDSB à l'ASSTSAS, de gestionnaires et de membres du personnel soignant et de formateurs PDSB.
3. Identifier les données financières disponibles permettant d'estimer ces variables de coûts et d'avantages du PDSB et des interventions alternatives dans l'ensemble des établissements de santé.

L'évaluation d'une même intervention peut être menée selon plusieurs perspectives d'analyse telles que celles d'individus, d'organisations, de secteurs d'activités, du gouvernement ou de la société (choix collectifs). Selon la perspective retenue, les coûts et les avantages à considérer dans l'analyse sont différents. Les coûts et les avantages d'une même intervention diffèrent selon l'acteur concerné, chacun étant confronté à des enjeux qui lui sont propres. Ainsi, il n'est pas rare qu'une intervention soit avantageuse pour les uns et désavantageuse pour d'autres. C'est pourquoi, avant de prendre une décision sur l'avenir d'une intervention (doit-on la maintenir, l'abolir ou la modifier ?) à partir des résultats d'une analyse de rendement, il est essentiel de connaître la perspective d'analyse retenue par les chercheurs. Dans le cadre de la présente étude nous avons retenu trois perspectives, soient celles de l'ASSTSAS, de représentants des employeurs dont le personnel est exposé au programme, et du personnel soignant.

Nous avons fait appel à une étude de cas multiples de type exploratoire. Les cas correspondent à l'ASSTSAS et à cinq établissements ayant implanté le PDSB régulier. Ces derniers ont été sélectionnés à partir de la liste des établissements fournie par l'ASSTSAS, en fonction de leur vocation (CHCD ou CHSLD) et de leur région administrative (Montréal et régions périphériques).

Le directeur général de chaque établissement sélectionné a été contacté par lettre puis par téléphone afin d'obtenir son accord à participer à l'étude et le cas échéant, son autorisation à obtenir du service des ressources humaines le nom des personnes occupant les catégories de postes visées par notre étude et ayant des responsabilités à l'égard du PDSB, c'est-à-dire

gestionnaires des ressources humaines ou de services administratifs, gestionnaires de programmes de santé et de sécurité du travail et formateurs PDSB. Quant au personnel soignant, dernière catégorie de répondants visée, les noms nous ont été suggérés par les formateurs PDSB ou les gestionnaires de programmes de santé et sécurité du travail. Des entrevues semi-dirigées, d'une durée moyenne d'environ 1 heure, ont été réalisées, afin de recueillir les informations concernant les coûts et les avantages perçus du PDSB selon la perspective de chaque répondant (ASSTSAS, établissement de santé et travailleur).

Les variables de coûts investiguées concernent la conception et la mise en œuvre du programme à la fois par l'ASSTSAS et les formateurs lorsqu'ils dispensent la formation dans leur centre hospitalier, ainsi que ceux qui concernent le personnel exposé au programme. Nous recueillions des données sur les ressources utilisées pour donner ou recevoir la formation, que celles-ci aient été fournies par l'ASSTSAS ou par l'établissement de santé dans lequel le programme avait été dispensé (salle de réunion par exemple) ou par d'autres sources (transport en dehors des heures de travail pour suivre la formation par exemple). Les avantages considérés incluent les effets du PDSB qui peuvent se traduire par la prévention des lésions professionnelles ou encore l'épargne de ressources.

La grille d'entrevue (annexe 7) est divisée en deux parties. La première vise à identifier l'ensemble des variables associées aux coûts du PDSB tels que les coûts liés directement à la formation des instructeurs, les coûts de mise en œuvre de l'apprentissage et du suivi de la formation; les déboursés assumés par les établissements et les individus pour recevoir la formation d'instructeur PDSB et pour réaliser le programme dans leur hôpital, etc. La seconde partie cherche à repérer les variables associées aux avantages du PDSB tels que les ressources épargnées par les employeurs et les travailleurs pour les lésions musculo-squelettiques suite à l'adoption de l'une des interventions, les gains d'efficacité dans l'organisation du travail et l'exécution des tâches, le changement dans l'état de santé musculo-squelettique des travailleurs, les ressources épargnées en remplacement des travailleurs ou en déplacement vers un poste allégé et autres valeurs créées. A la fin de l'entrevue, le répondant pouvait ajouter toute information qu'il jugeait pertinente.

5. RÉSULTATS

Dans cette section nous présentons les résultats que nous avons obtenus pour chacun de nos objectifs de recherche.

5.1 Théorie sous-jacente au PDSB

L'analyse des documents produits par l'ASSTSAS et du verbatim des sessions de formation que nous avons observées révèle que le PDSB a subi des modifications depuis le début de notre étude. Ainsi, le PDSB comporte toujours la formation dispensée par les formateurs au personnel soignant de leur établissement et les activités d'agent de prévention que les formateurs sont censés assumer. S'y ajoute maintenant un nouveau type d'intervention, à savoir la formation d'agents de suivi dans les établissements de santé par les formateurs.

Nous explicitons dans cette section les mécanismes par lesquels chacun de ces types d'intervention contribue à l'atteinte de l'objectif ultime du PDSB, soit de prévenir les accidents causant les maux de dos (ASSTSAS, 2003). Formulé ainsi plutôt que simplement en termes de réduction de l'incidence des maux de dos (ASSTSAS, 2000), l'objectif ultime est à la fois plus circonscrit puisqu'il porte uniquement sur la prévention des accidents, et davantage explicite sur le processus par lequel le PDSB est censé réduire l'incidence des maux de dos.

5.1.1 Formation du personnel soignant

L'un des principaux changements apportés à la formation dispensée au personnel soignant concerne la structure du contenu notionnel. Dans la version du programme que nous étions censés évaluer, soit celle de 2000, la structure était la suivante : éléments de compréhension générale de la problématique des accidents causant des maux de dos dans les unités de soins et introduction aux solutions potentielles, connaissance d'éléments anatomiques et physiologiques du dos ainsi que de notions de biomécanique pertinentes à l'équilibre et au mouvement du tronc, connaissance et application des étapes de préparation des manœuvres de déplacement, puis des principes de positionnement, de prise et de mouvement, application de combinaisons de principes de mouvement et finalement, connaissance des éléments de communication avec les bénéficiaires lors des manœuvres. Dans la version plus récente (2003), implantée au cours des mois ayant suivi nos observations de sessions de formation, on aborde les mêmes contenus, mais selon une logique différente. Ainsi, après la présentation des éléments utiles à l'analyse des situations de travail, le programme est construit autour des différents niveaux d'assistance requis par les bénéficiaires lors des manœuvres, à savoir la supervision, l'assistance partielle et l'assistance totale. Les formateurs sont censés suivre le même ordre de présentation lors de leurs exposés et démonstrations, c'est-à-dire qu'ils doivent intégrer de façon séquentielle les principes de préparation, de positionnement, de prise et de mouvement. Les notions incluses dans la version antérieure du programme de formation sont maintenant abordées à travers ces principes.

Par ailleurs, entre 2000 et 2003, l'ASSTSAS a élaboré des objectifs intermédiaires pour le programme. Ainsi, la formation dispensée aux travailleurs des établissements vise à les habiliter à :

1. Analyser les composantes des différentes situations de déplacement de bénéficiaires;
2. Identifier des correctifs sur les aspects déficients ou non sécuritaires;
3. Choisir des méthodes sécuritaires et efficaces en fonction des possibilités et limites de la situation de travail;
4. Fournir des consignes claires et adaptées aux partenaires pour optimiser leur contribution au déplacement;
5. Réaliser les tâches de déplacement de façon sécuritaire et
6. Partager les informations pertinentes à la sécurité avec les membres de leur équipe.

Les résultats sont présentés ci-dessous en fonction de chacun des objectifs intermédiaires. Cependant, les objectifs 3 et 5 seront traités simultanément, compte tenu de leurs étroites interrelations. Il est à noter que le contenu notionnel n'est pas nécessairement abordé selon cette logique dans les guides de formation ou dans les sessions observées. En outre, afin de ne pas alourdir indûment le contenu du présent rapport, nous omettons de préciser, pour chacun des contenus, la nature du matériel pédagogique prescrit. Celui-ci apparaît dans notre questionnaire (annexe 1), plus précisément à la question 36.

5.1.1.1 Analyse des composantes des situations de déplacement des bénéficiaires

Nos résultats indiquent que l'objectif d'analyse des composantes des situations de déplacement des bénéficiaires fait l'objet d'un apprentissage progressif. Une première étape sert à initier les participants à l'analyse des situations de travail. Le contenu notionnel porte alors sur une grille établie en fonction des divers éléments caractérisant toute situation de travail et leurs interrelations, à savoir : les personnes impliquées (le bénéficiaire, les visiteurs, l'intervenant et ses collègues), l'équipement disponible, l'environnement (l'aménagement de l'espace, les conditions d'ambiance), les tâches à accomplir et enfin, le temps (période de la journée, temps disponible). Tous ces éléments s'inscrivent dans un contexte auquel on réfère comme étant l'organisation, en termes de règles internes et de pratiques de gestion. Cette grille permet d'identifier et de classer les principaux facteurs de risque d'accidents propres à chacune des composantes, de même que de leurs interactions.

Pour tenter d'atteindre cet objectif d'initiation à l'analyse des situations de travail, les méthodes pédagogiques utilisées sont centrées sur le formateur et interactives, selon la typologie de Weston et Cranton (1986). Elles consistent ici pour le formateur à présenter la grille apparaissant sur un acétate, puis à poser une série de questions à l'ensemble du groupe sur leur perception des sources de dangers présents dans leur situation de travail et susceptibles de nuire à l'autonomie du patient et à leur sécurité, et ensuite sur une situation risquée de déplacement de bénéficiaire qu'il a lui-même conçue. Le formateur recueille ensuite et complète au besoin les réponses des participants sur des feuilles volantes reproduisant les composantes de la grille. Les sessions observées ont montré que les formateurs peuvent également demander aux participants de discuter entre eux. Le cours magistral est recommandé par Weston et Cranton (1986) pour l'acquisition de connaissances et la compréhension. Quant à la formulation de questions

destinées à des répondants volontaires, cette technique est habituellement combinée à d'autres et serait alors utile pour atteindre la plupart des niveaux pédagogiques. En outre, la discussion entre les participants favorise l'implication des apprenants dans le processus d'apprentissage et serait particulièrement efficace pour l'atteinte des niveaux pédagogiques supérieurs auxquels l'analyse appartient.

D'autres étapes viennent s'ajouter afin de favoriser l'atteinte de l'objectif d'analyse des situations de travail. La deuxième consiste à évaluer les capacités du bénéficiaire afin de déterminer le niveau d'assistance requis. Pour ce faire, le personnel formé doit acquérir des connaissances et une compréhension à l'égard du contenu notionnel suivant : capacités des bénéficiaires en fonction de trois niveaux d'autonomie (autonome, partiellement autonome, non autonome) pour effectuer leurs déplacements, niveaux d'assistance que le soignant peut fournir et test des capacités des bénéficiaires. Le niveau d'autonomie d'un patient peut être transitoire ou se dégrader dans le temps. Dans le guide, l'ASSTSAS propose des critères pour juger du degré d'autonomie des bénéficiaires. Une partie de ceux-ci concernent les capacités de ces derniers. Puis, on propose des tests pour mesurer les types de capacités suivantes : attention, force, mobilité et équilibre au lit et au fauteuil. Nous avons observé l'absence de concordance claire entre les critères devant servir à juger de l'autonomie des patients et ceux proposés ultérieurement pour mesurer leurs capacités, de telle sorte que le processus par lequel le personnel formé est censé juger du degré d'autonomie des bénéficiaires demeure incertain.

Selon les niveaux d'assistance, l'importance relative de l'effort du soignant, de celui du bénéficiaire et du recours à l'équipement est censée varier. L'effort du soignant et le recours à l'équipement sont minimales en situation de supervision, alors qu'ils occupent une place majeure en situation d'assistance totale. Parallèlement, l'effort du bénéficiaire s'amenuise. Dans toutes les situations, la communication avec le bénéficiaire doit demeurer d'égale importance. On recommande également d'utiliser les capacités du patient au maximum et ce, afin d'une part de prévenir les lésions du personnel soignant et d'autre part, de maintenir le niveau optimal d'autonomie du patient. Un même patient peut nécessiter différents niveaux d'assistance selon la tâche à accomplir.

Pour cette deuxième étape de l'objectif d'analyse des situations de travail, les méthodes pédagogiques utilisées sont tout d'abord centrées sur le formateur, l'accent étant mis sur des exposés magistraux généralement suivis de questions adressées au groupe. Ces méthodes seraient appropriées pour atteindre les objectifs de connaissance et de compréhension (Weston et Cranton, 1986). Plus loin dans la formation, le formateur doit proposer un exercice d'intégration à effectuer dans l'unité de travail des participants. Il les invite à choisir un bénéficiaire et une tâche de déplacement et ce, en collaboration avec ce dernier. La première phase de cet exercice consiste, pour le personnel formé, à évaluer seul et sans supervision les capacités du bénéficiaire, puis à réfléchir aux résultats obtenus et aux difficultés rencontrées. Les méthodes pédagogiques utilisées ici sont de type expérientiel individualisé. Elles visent, selon la typologie de Bloom et al. (1969), des objectifs d'application et d'analyse. Cette phase est suivie d'un compte-rendu en classe, où chacun fait une démonstration de ce qu'il a expérimenté. Selon Weston et Cranton (1986), cette technique est fréquente lorsque l'instructeur ne peut observer les tâches accomplies par les individus formés dans leur milieu naturel; ces auteurs sont d'avis que l'emploi de méthodes expérientielles en situation réelle suivies d'un auto rapport est souvent idéal dans les

domaines psychomoteurs. Des commentaires sont ensuite formulés par le formateur et les autres membres du groupe. La fin de toutes les présentations est suivie d'une discussion de groupe portant sur le caractère applicable et bénéfique des niveaux d'assistance et des principes appris, puis d'une synthèse effectuée par le formateur. Il s'agit ici de méthodes pédagogiques expérientielles interactives avec rétroaction qui réfèrent, selon Bloom et al. (1969) à la synthèse et à l'évaluation.

La troisième étape de cet objectif d'analyse des situations de travail aborde d'autres composantes que le bénéficiaire, à savoir l'équipement, l'environnement et le temps. Dans les cahiers de formation, nous n'avons trouvé aucune trace de consignes relatives aux autres personnes impliquées dans la tâche, c'est-à-dire les visiteurs, l'intervenant et ses collègues. Toutefois, nos observations des sessions montrent que les formateurs conseillent au personnel soignant d'informer les familles des bénéficiaires des risques de chute associés à l'encombrement des chambres, pouvant être causé par l'ajout de meubles ou de tapis. Par ailleurs, les principes mis de l'avant demeurent très généraux et font appel au jugement du personnel. Ainsi, on leur demande de vérifier si l'équipement est disponible, approprié au bénéficiaire, en bon état, ajusté ou ajustable, bien situé et facile d'accès, et s'il est possible de l'immobiliser. On fournit quelques exemples afin d'illustrer l'utilité de l'équipement. Il semble que l'absence d'informations spécifiques sur les divers types d'équipement soient omises du cahier de formation, en raison de la possible variation de leurs caractéristiques dans les établissements; en outre, on indique au formateur que son employeur a la responsabilité de diffuser de l'information au personnel soignant sur les attributs techniques et les modes d'opération propres à l'équipement. De plus, c'est au formateur que revient la responsabilité de choisir l'équipement requis et mis à la disposition du personnel soignant dans son établissement pour donner la formation dans le cas de transfert. Pour ce qui est de l'environnement, on précise qu'il doit être adapté à l'état du bénéficiaire et qu'il doit posséder les caractéristiques suivantes : espaces suffisants pour manœuvrer, parcours sans obstacles, plancher propre et sec et éclairage suffisant. Il en est de même pour le temps, sauf que dans ce cas on encourage le personnel soignant à faire participer activement le bénéficiaire afin de lui permettre de recouvrer la santé ou de préserver son autonomie. En outre, on recommande de déterminer le moment optimal pour obtenir la collaboration du patient suite à l'évaluation de la tâche à accomplir et à la lumière de ses connaissances du patient.

Dans l'ensemble, les méthodes pédagogiques utilisées pour cette troisième étape sont essentiellement les mêmes que celles employées pour l'étape précédente portant sur les bénéficiaires, à l'exception d'une inversion de l'ordre des méthodes centrées sur le formateur, les questions soumises au groupe précédant l'exposé du formateur. Cet exposé passe en revue les phases de préparation des manœuvres. À cette étape-ci, tout comme pour les bénéficiaires, aucun exercice d'application en classe permettant d'analyser l'ensemble des composantes d'une situation de travail et leurs interactions n'est prévu durant la formation, avant l'expérimentation sur le terrain durant l'exercice d'intégration.

5.1.1.2 Identification des correctifs sur les aspects déficients ou non sécuritaires

Cet objectif intermédiaire est traité simultanément au premier objectif lors des sessions de formation. Le contenu notionnel porte ici sur les solutions proposées en réponse aux principaux

facteurs de risque d'accidents identifiés lors de l'analyse des situations de travail. Ces solutions sont censées concerner chacun des éléments de la situation de travail. On tente de plus de répartir les solutions en fonction des paliers de responsabilité, soit la personne soignante elle-même ou l'organisation dans laquelle elle œuvre. Les notions de droits et obligations du travailleur et de l'employeur, telles que prescrites par la Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c.S-2.1, 1979), sont transmises via les articles de loi 9, 49, 50, 51 et 166.

Les méthodes pédagogiques utilisées sont les questions au sujet des solutions possibles à mettre en place par le soignant d'une part et par l'organisation, d'autre part, questions qui sont adressées à l'ensemble des participants. Des exposés magistraux sont aussi utilisés. Il s'agit donc de méthodes centrées sur le formateur avec cours magistral et formulation de questions, visant un objectif pédagogique de connaissance seulement. Aucune application du contenu notionnel enseigné ici n'est prévue sous forme de pratique en classe ou d'exercice en milieu de travail.

5.1.1.3 Choisir des méthodes sécuritaires et efficaces en fonction des possibilités et limites de la situation de travail et réaliser les tâches de déplacement de façon sécuritaire

Les troisième et cinquième objectifs intermédiaires du PDSB pour ce qui est de la formation du personnel soignant portent sur les méthodes à privilégier selon le niveau d'assistance requis par les bénéficiaires. On y précise encore davantage la répartition des tâches entre le bénéficiaire et le travailleur. Trois niveaux d'assistance sont définis : la supervision, l'assistance partielle et l'assistance totale.

Lors de la supervision, l'effort du soignant est censé être minime et se concentrer surtout sur la préparation du déplacement, c'est-à-dire veiller à ce que le patient ait accès à l'équipement dont il a besoin et planifier son trajet. Durant les manœuvres, le soignant indique au bénéficiaire les actions qu'il doit poser pour se déplacer avec un minimum d'effort et de manière sécuritaire, en s'inspirant des mouvements naturels. Ces derniers consistent essentiellement en rouler, glisser et pivoter.

Pour ce premier niveau d'assistance, le formateur tente d'abord de favoriser l'acquisition de connaissances par le biais d'un cours magistral sur la définition de la supervision et du principe selon lequel le mouvement naturel des bénéficiaires pour les déplacements est la meilleure source d'énergie. Des exercices de groupe ont ensuite lieu, au cours desquels les participants expérimentent en équipe des situations diverses impliquant des déplacements et pour lesquels ils doivent décomposer les gestes et mouvements accomplis pour les réaliser. Le formateur observe et commente les mouvements de chaque équipe durant l'exercice. Chaque équipe fait ensuite la démonstration à l'ensemble des participants. Puis, les participants expérimentent diverses postures de manière à identifier celles qui requièrent le moins d'effort et qui offrent la meilleure stabilité en position debout; ces exercices sont réalisés en même temps par tous les participants et le formateur et portent d'abord sur différentes postures du tronc, puis des pieds. Ces postures sont reprises ensuite avec l'aide d'appuis-bras. Chacun des exercices est suivi d'un exposé sur les principes ergonomiques sous-jacents. Une synthèse est effectuée par le formateur. Finalement, un exercice d'intégration à la supervision est réalisé en classe, au cours duquel les participants, en équipes, sont mis en situation et où le formateur joue le rôle du

bénéficiaire; le niveau de collaboration du formateur est censé varier selon le degré de qualité des consignes fournies et de l'approche utilisée par les participants.

Pour ce premier niveau d'assistance, l'ensemble des méthodes pédagogiques sont utilisées, allant de méthodes centrées sur le formateur à celles expérientielles et interactives, avec rétroaction. Toutes les catégories d'objectifs de la taxonomie de Bloom et al. (1969) sont couvertes.

Le deuxième niveau d'assistance consiste en l'assistance partielle. Il est requis lorsque le personnel soignant doit compenser les incapacités du bénéficiaire par son équilibre, sa force et sa coordination, ainsi que par le recours à des équipements. L'assistance partielle exige un effort physique du soignant lors des déplacements et sollicite les structures musculo-squelettiques, puisque le soignant doit fournir un appui et une impulsion et stabiliser la posture du patient. L'effort varie selon les capacités de ce dernier, qui fluctuent elles-mêmes au cours d'une même journée. Il y a donc nécessité d'ajustement de la part du soignant. Des postures contraignantes sont susceptibles d'être adoptées, entraînant une probabilité accrue d'incident et d'accident. Le contenu notionnel inclut alors des éléments d'anatomie, de physiologie et de biomécanique concernant les relations entre des mouvements extrêmes de flexion et de rotation (incluant la torsion) du dos, le poids des charges déplacées et leur distance par rapport au bas du dos d'une part, et des microtraumatismes répétés et des risques de lésions au dos d'autre part. Le contenu notionnel couvre les mêmes éléments en ce qui a trait aux relations entre les mouvements des épaules et des coudes et l'inconfort, la douleur et l'inflammation des membres supérieurs. Les méthodes pédagogiques employées jusqu'ici sont constituées d'exposés, de séries de questions adressées à l'ensemble des participants, d'un exercice individuel sur la relation entre l'éloignement de la charge et l'effort au niveau du dos, puis d'une synthèse par le formateur. Elles sont donc centrées sur le formateur avec cours magistral et formulation de questions et visent des objectifs de connaissance et de compréhension.

Les principes de positionnement sont censés être introduits ensuite. Ces principes concernent les postures à adopter pour conserver l'équilibre lors du déplacement de bénéficiaires, soient : dos non voûté et sans torsion, genoux fléchis, pieds écartés, orientés dans la direction du mouvement et bougeant avec le corps, épaules alignées avec les hanches. Ce contenu notionnel est abordé au moyen d'un exercice effectué simultanément par tous les participants, au cours duquel ils doivent simuler une situation de mouvements brusques et imprévus (debout dans un autobus en mouvement, avec freinage et accélération) tout en répondant aux questions du formateur. Ce dernier explicite ensuite les principes de positionnement ainsi découverts, à l'aide d'une affiche. Les méthodes pédagogiques sont par conséquent centrées sur le formateur avec cours magistral et expérientielles centrées sur le formateur avec rétroaction. Elles portent sur des objectifs de connaissance et de compréhension. Ultérieurement durant la formation, lorsque les principes de prise et de mouvements ont été couverts (voir les deux paragraphes suivants), des exercices pratiques en classe ont lieu, au cours desquels les participants doivent appliquer tous les types de principes appris, incluant les principes de positionnement. À ce moment, les méthodes pédagogiques auxquelles le formateur est censé recourir comprennent des démonstrations par le formateur seul puis par le formateur avec des participants, des pratiques de tous les participants en même temps accompagnées de commentaires individuels de la part du formateur, de même que des jeux de rôles dans lesquels

le formateur joue l'intervenant et des participants simulent des bénéficiaires nécessitant un niveau d'assistance partielle pour diverses tâches. Les méthodes utilisées alors sont centrées sur le formateur avec démonstration, interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs, expérientielles centrées sur le formateur avec rétroaction et expérientielles interactives avec jeux de rôles. Les objectifs visés sont la connaissance et la compréhension, d'après la taxonomie de Bloom et al. (1969). Enfin, un exercice d'intégration en milieu réel de travail est censé être accompli par les participants, permettant de mettre en application tous les principes enseignés. Cet exercice est décrit plus haut, dans la 2^e étape de l'objectif d'analyse des situations de travail; il est basé sur des méthodes de type expérientiel individualisé et expérientiel interactif avec rétroaction, référant à l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation (Bloom et al., 1969).

Les principes de prise sont ensuite abordés : contact étroit avec le bénéficiaire et bras enveloppants, prise solide et douce, poignées et blocage des points de glissement. Le contact étroit avec le bénéficiaire au moyen d'une prise enveloppante est présenté comme facilitant le déplacement en réduisant l'effort du dos et des bras, favorisant un meilleur contrôle du bénéficiaire suite à une perception plus rapide du mouvement de ce dernier par l'intervenant lors d'une chute ou d'une glissade et enfin, comme permettant une meilleure distribution du poids du bénéficiaire et le sécurisant davantage. Les divers obstacles à l'adoption de ce principe sont abordés, notamment en termes de barrières personnelles et sociales, de différences sexuelles et d'hygiène personnelle. Le deuxième principe, soit la prise solide et douce, consiste à utiliser toute la surface de la main, que l'on place en dessous et de chaque côté de l'articulation du membre à déplacer, ce qui permet de réduire la pression au moment du contact. Elle sert à réduire les dangers d'échapper le bénéficiaire, à lui assurer un plus grand confort et à le sécuriser davantage en lui épargnant la sensation d'être agressé. Le troisième principe enseigné est de trouver ou créer des poignées, afin d'assurer une prise solide et douce, de permettre au soignant de conserver une bonne posture et d'augmenter le confort du bénéficiaire et la sécurité de la manœuvre. Il s'agit ici d'utiliser une serviette, une rallonge, une ceinture, un drap, un piqué ou une alèse pour assurer un contact large avec le bénéficiaire, augmentant ainsi la surface de contact. Si les tailles du bénéficiaire et du soignant sont compatibles, on conseille au soignant de joindre ses mains en encerclant le bénéficiaire. Il faut éviter à tout prix que le bénéficiaire ne mette ses mains autour du cou du soignant, des blessures graves pouvant en résulter. Lorsque la prise est effectuée les bras tendus grâce à une rallonge ou encore directement aux épaules du bénéficiaire, l'intervenant doit s'assurer que ses épaules et le milieu de son dos sont contractés et non étirés. En outre, il doit stabiliser le haut de son corps en un seul bloc, afin de protéger les structures musculaires du dos et des épaules; le dos doit être maintenu sans torsion et non voûté. Enfin, le quatrième principe, à savoir le blocage des points de glissement, vise à diminuer l'effort à fournir par le personnel, à diminuer les dangers de chute et à mieux utiliser les capacités du bénéficiaire. Ce principe consiste pour le personnel soignant à bloquer les genoux du bénéficiaire avec les siens, en plaçant le côté intérieur de ses genoux sur le côté externe de ceux du bénéficiaire et en écartant ses pieds et ceux du bénéficiaire, puis à contrôler le bassin par une prise sous la taille, juste en haut du pli fessier. Il en résulte que le bénéficiaire peut rester debout avec un minimum d'effort de la part de l'intervenant.

Pour tous ces principes de prise, les méthodes pédagogiques employées consistent d'abord en des exposés, des séries de questions adressées à l'ensemble des participants, des

démonstrations par le formateur puis par celui-ci avec des participants, ainsi que des jeux de rôles bénéficiaire – soignant par les participants pour le contact étroit et la prise enveloppante. Il s'agit par conséquent de méthodes centrées sur le formateur avec cours magistral, formulation de questions et démonstration, interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs et enfin, expérientielles interactives avec jeux de rôles. Les visées ici sont essentiellement la connaissance, la compréhension et l'application. Les autres objectifs pédagogiques et les méthodes qui s'y rapportent suivent plus tard dans la formation, lors de l'exercice d'intégration en situation de travail.

Enfin, les principes de mouvement sont censés suivre. Ils sont constitués des transferts de poids latéraux, transferts de poids avant-arrière et contrepoids, combinés à un roulement, glissement ou pivotement du bénéficiaire. Ces principes doivent être appliqués en conformité avec le niveau d'assistance requis par chaque bénéficiaire. Ceci suppose une bonne connaissance de ce dernier par l'intervenant, de même qu'une évaluation juste de son niveau de besoins, qui sont censées être acquises lors de l'analyse des composantes d'une situation de travail. Les principes enseignés ici reposent sur le respect du mouvement naturel qui est censé être connu et compris lors du premier niveau d'assistance, soit la supervision. Les principes enseignés à cette étape-ci visent à éviter de soulever le patient et à l'amener vers soi plutôt que de le pousser.

Le premier mouvement qui est censé être enseigné est le transfert de poids latéral. La position de départ est la suivante : genou de la jambe de départ fléchi de façon à cacher le pied afin de générer une bonne impulsion; majorité du poids du corps sur la jambe de départ; genou relâché ou fléchi pour la jambe de réception et enfin, pied de réception à plat sur le sol ou sur le talon. À la fin du transfert de poids, la position se définit ainsi : genou de la jambe de réception fléchi, pied de réception à plat sur le talon, et majorité du poids du corps sur la jambe de réception. Tout au long du transfert, les pieds sont censés être alignés dans le sens du mouvement et ouverts vers l'extérieur de manière à former un angle $\geq 45^\circ$. Les méthodes pédagogiques utilisées pour le transfert de poids latéral consistent en des questions adressées par le formateur aux participants sur la façon de déplacer un bénéficiaire en gardant le dos droit, sans torsion, et en ne forçant ni avec le dos, ni avec les bras. Suite aux réponses des participants, des présentations magistrales sont effectuées sur le transfert de poids latéral, suivies d'une démonstration par le formateur lui-même, puis d'un exercice au cours duquel les participants expérimentent tous ensemble ce transfert au moyen d'une chaise. Le formateur refait ensuite le mouvement, en mettant l'accent sur la position des genoux et des pieds; cette forme de rétroaction est accompagnée d'un nouvel exercice des participants qui refont eux aussi le mouvement. Le tout est suivi d'une application du transfert de poids latéral pour le lever du fauteuil. Cette application débute par une démonstration du formateur à l'aide d'un participant qui joue le rôle d'un bénéficiaire; les participants exécutent ensuite deux par deux le déplacement, à tour de rôle, le formateur formulant des commentaires à chaque participant. Une variante du mouvement est ensuite enseignée, soit le transfert latéral avec prise « pouce », qui s'applique lorsque des bénéficiaires ont seulement besoin d'être stimulés pour se lever du fauteuil. Les méthodes pédagogiques employées sont identiques aux précédentes. Il s'agit donc, pour l'ensemble du transfert latéral de poids, de méthodes centrées sur le formateur avec cours magistral, formulation de questions, démonstration et rétroaction, expérientielles centrées sur le formateur avec rétroaction et expérientielles interactives avec projet de groupe, jeux de rôles et

rétroaction. D'après la taxonomie de Bloom et al. (1969), ces méthodes portent sur des objectifs de connaissance, de compréhension, d'application et d'analyse.

Le second mouvement est le transfert de poids de l'avant vers l'arrière, qui est en principe introduit à la suite. Les principes enseignés sont au départ du transfert : genou de la jambe de départ fléchi de façon à cacher le pied afin de générer une bonne impulsion; majorité du poids du corps sur le pied avant; genou arrière fléchi ou relâché; pied arrière avec un angle d'ouverture d'environ 45°; et pied arrière placé à plat sur le sol ou sur la pointe du pied. À la fin du transfert, la position est censée être : genou à l'arrière fléchi; pied de réception à plat sur le talon; et finalement, majorité du poids du corps sur le pied arrière. Tout au long du transfert, le bassin reste au même niveau; le pied avant est droit dans le sens du mouvement, alors que le pied arrière se situe en diagonale et est écarté d'au moins la largeur d'un talon afin de limiter la torsion du bassin. Ces principes peuvent être appliqués pour le lever du fauteuil ou du lit et réalisés au moyen d'une prise aux deux bras du bénéficiaire s'il n'a pas de contre-indications aux épaules ou aux bras ou au niveau de l'équilibre en position debout. Les méthodes pédagogiques utilisées pour le transfert de poids avant-arrière sont essentiellement les mêmes que celles employées dans le cadre du transfert latéral, à l'exception des questions adressées à l'ensemble des participants et de l'exercice effectué simultanément par l'ensemble des participants qui sont tous deux absents dans ce cas-ci. Elles sont donc centrées sur le formateur avec cours magistral, interactives centrées sur le formateur, ainsi qu'expérientielles interactives avec projet de groupe, jeux de rôles et rétroaction. Selon Bloom et al. (1969), les objectifs visés sont la connaissance, la compréhension, l'application et l'analyse.

Les limites du transfert de poids sont abordées, à savoir sa capacité à fournir uniquement un effort physique modéré, étant donné qu'une seule jambe donne l'impulsion. Le troisième mouvement, le contrepoids, est ainsi introduit. Il se définit comme l'utilisation du poids de son propre corps pour contrebalancer celui du bénéficiaire; un déséquilibre contrôlé vers l'arrière est produit, de sorte que le poids du bénéficiaire est contrebalancé et se trouve ainsi annulé. Le formateur est censé aborder les limites au contrepoids, notamment l'adhérence des semelles du soignant, la solidité de la prise, le contrôle du déséquilibre et les différences de taille et de poids entre celui-ci et le bénéficiaire. Ainsi, le contrôle du contrepoids devient plus exigeant lorsque le poids du soignant est supérieur ou inférieur à celui du bénéficiaire. Le contrepoids devient en outre plus difficile à exécuter lorsque la taille du bénéficiaire est supérieure à celle du soignant, sa prise devenant alors plus éloignée et résultant en un déséquilibre une fois le patient debout. Le contrepoids comporte les positions suivantes, au départ : 1) dos non voûté et le plus vertical possible (l'appui des mains sur les cuisses serait un bon repère pour ne pas amorcer le mouvement en étant trop accroupi), 2) genoux fléchis, 3) appui possible avec un ou deux genoux, en bloquant les points de glissement avec les faces externes des genoux du bénéficiaire, à l'aide d'une surface telle que le lit ou le fauteuil ou encore avec l'adhérence au sol et 4) prise solide, avec blocage des points de glissement si nécessaire. Durant le mouvement, les positions sont : déplacement du poids du soignant vers l'arrière et vers le bas, comme pour s'asseoir, genoux en appui et à la fin, redressement pour maintenir l'équilibre. Les pieds durant le transfert à l'aide du contrepoids sont positionnés droits ou légèrement ouverts vers l'extérieur, écartés de la largeur des épaules pour maintenir l'équilibre et orientés dans le sens du mouvement. Outre le lever du fauteuil ou du lit, les principes enseignés sont censés être appliqués au lever du fauteuil avec rallonge, de même qu'au transfert d'une position assise à une autre. Dans cette dernière situation,

on précise alors que quelques pas sont requis pour couvrir l'angle de 90°. D'autres modulations se doivent également d'être apportées. Ainsi, le contenu notionnel est censé préciser qu'il peut être nécessaire de modifier la prise au dos du bénéficiaire, c'est-à-dire de l'abaisser ou de la remonter, pour stabiliser la position debout. Lorsque le patient devient en extension, la prise se doit d'être ajustée un peu plus haut pour l'inciter à se pencher; à l'opposé, lorsqu'il est trop penché vers le soignant, on ajuste alors la prise un peu plus bas pour amener un redressement du dos.

Les méthodes pédagogiques auxquelles on a recours pour le contrepoids sont l'exposé magistral suivi d'une démonstration par le formateur à l'aide d'un participant qui joue le rôle d'un bénéficiaire, puis d'un exercice où les participants s'entraînent deux à deux, à tour de rôle, au moyen de chaises et durant lequel le formateur formule des commentaires individuels aux participants. Un exposé magistral s'ensuit sur les modifications susceptibles d'être apportées dans diverses situations, lequel est suivi d'une démonstration du pivot sur pied par petits transferts de poids latéraux, puis d'un exercice par les participants par groupe de deux. Le même procédé est repris, cette fois pour le lever du fauteuil avec rallonge. Un retour est ensuite effectué, par cours magistral, sur l'ensemble des principes de mouvement et sur les étapes de réalisation d'une manœuvre. Il importe de préciser qu'aucune indication n'est donnée dans les manuels quant à la façon d'inclure les limites au contrepoids dans les enseignements. Nos observations de sessions ont montré qu'il s'agissait d'un exposé magistral. Dans l'ensemble, pour les principes de mouvement par contrepoids, les méthodes pédagogiques sont centrées sur le formateur avec cours magistral, interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs, ainsi qu'expérientielles interactives avec projet de groupe, jeux de rôles et rétroaction. D'après la taxonomie de Bloom et al. (1969), les objectifs ciblés sont la connaissance, la compréhension, l'application, l'analyse et la synthèse.

Le contenu notionnel des principes de mouvement abordés jusqu'à présent ne couvre que l'assistance partielle au fauteuil, malgré quelques mentions qui sont censées être faites par le formateur à l'effet que certains des principes de mouvement qui ont été vus peuvent s'appliquer à l'assistance partielle au lit et à la marche. Les principes inhérents à ces deux types d'assistance ne sont vraiment couverts qu'après l'exercice d'intégration en milieu de travail.

L'assistance partielle au lit comporte trois parties. La première comprend les principes visant à aider le bénéficiaire à se remonter à la tête du lit, en employant un mouvement appelé le glissé. Il s'agit de l'aider à plier les genoux, à pousser dans le lit avec les talons, puis de l'aider à glisser avec les mains et les coudes. Les moyens à utiliser pour empêcher le bénéficiaire de glisser vers le pied du lit sont en outre censés être couverts. Les méthodes pédagogiques utilisées sont ici les questions adressées à l'ensemble des participants par le formateur au sujet des moyens de prévention du glissement et des étapes du mouvement naturel, l'exposé magistral sur les moyens de prévention du glissement et le type de mouvement à effectuer, ainsi que la démonstration par le formateur et un participant jouant le rôle du bénéficiaire. Ces méthodes sont donc centrées sur le formateur avec cours magistral et formulation de questions et interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs, correspondant ainsi à des objectifs de connaissance et de compréhension.

Pour ce qui est de la deuxième partie de l'assistance partielle au lit, elle consiste à tourner le patient dans le lit au moyen d'un transfert avant-arrière avec une rallonge et au cours duquel le patient fait un mouvement de roulé. Les principes enseignés ici sont de replier les jambes du bénéficiaire, ramener son bras opposé au côté vers lequel on veut qu'il se tourne et lui faire tourner la tête vers le côté où l'on tourne, puis de le faire pousser avec la jambe opposée pour tourner le bassin. Les méthodes consistent en une question adressée à l'ensemble des participants sur le mouvement naturel, en une démonstration du transfert de poids avant-arrière par le formateur suivie d'un exercice effectué simultanément par tous les participants et de rétroaction individuelle de la part du formateur; une question sur le type de mouvement est ensuite posée aux participants, en leur mentionnant que le mouvement de roulé du bénéficiaire effectué par transfert de poids avant-arrière peut aussi s'accompagner d'un mouvement de contrepoids lorsque le patient est plus lourd que l'intervenant. Ces méthodes sont centrées sur le formateur avec cours magistral et formulation de questions, interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs et expérientielles centrées sur le formateur avec rétroaction. Les objectifs pédagogiques visés ici seraient la connaissance, la compréhension et l'application.

Dans la troisième partie de l'assistance partielle au lit, les principes enseignés concernent l'aide à apporter au patient pour s'asseoir au bord du lit au moyen d'une prise aux bras ou aux épaules et d'un transfert de poids avant-arrière avec ou sans rallonge, puis de le recoucher et de l'aider à rentrer les jambes par transfert de poids avant-arrière. Les mouvements consistent à plier les genoux du patient, le tourner sur le côté, sortir ses jambes, et lui demander de pousser sur le matelas avec la main jusqu'à ce que le tronc soit bien droit. L'angle de pivotement du tronc du bénéficiaire diminue à mesure que l'angle de la tête du lit augmente. Les méthodes pédagogiques sont essentiellement les mêmes que pour la partie précédente, à savoir la formulation de question pour le mouvement naturel, l'exposé magistral, la démonstration du transfert de poids avant-arrière selon diverses modalités (rallonge ou non, prise aux épaules ou aux bras, bénéficiaire ne sortant que les talons du lit plutôt que les jambes) par le formateur, l'exercice simultané des participants avec rétroaction individuelle. Elles sont par conséquent centrées sur le formateur avec cours magistral et formulation de questions, interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs et expérientielles centrées sur le formateur avec rétroaction. Les objectifs pédagogiques consistent en la connaissance, la compréhension et l'application.

L'assistance partielle à la marche couvre les principes de positionnement et de prise sécuritaire lors de l'aide à la marche et les stratégies d'accompagnement de la chute. L'aide à la marche est réalisée au moyen de pas glissés, chassés et de prise à la hanche opposée. Le centre de gravité du soignant et celui du bénéficiaire sont rapprochés de façon à minimiser l'effort requis; la prise est enveloppante avec un pas glissé, ce qui permet de sentir la stabilité du bénéficiaire et d'accompagner sa chute en cas de défaillance. La prise inclut une ceinture solide ou une ceinture de transfert, afin de procurer une prise solide. Lors de la chute, le soignant a une prise à la taille et se met en position de transfert avant-arrière; il entraîne le bénéficiaire vers lui-même, puis fléchit les genoux et poursuit sa descente jusqu'au sol pour amortir l'impact. Les méthodes pédagogiques employées sont la démonstration par le formateur et un participant des principes recommandés, puis un exercice exécuté par les participants deux à deux où chacun joue le bénéficiaire et le soignant à tour de rôle. Ces méthodes sont interactives centrées sur le

formateur avec enseignement par les pairs et expérientielles interactives avec jeux de rôle. Les objectifs pédagogiques sont la connaissance, la compréhension, l'application et l'analyse.

L'exercice d'intégration en situation réelle de travail est décrit plus haut, de même que les méthodes pédagogiques auxquelles il est censé recourir (cf. deuxième étape de l'objectif d'analyse des situations de travail). Rappelons qu'il vise des objectifs d'application, d'analyse, de synthèse et d'évaluation de la taxonomie de Bloom et al. (1969). Il semble donc que tous les principes enseignés pour le niveau d'assistance partielle reposent sur des méthodes pédagogiques appropriées à l'objectif visé, qui est de choisir des méthodes sécuritaires et efficaces en fonction des possibilités et limites de la situation de travail. Seuls quelques bémols peuvent être apportés à ce stade-ci. Ils concernent l'absence d'indications claires quant aux méthodes à employer pour enseigner les obstacles à l'adoption de certains principes de positionnement, de prise ou de mouvement, de même qu'aux objectifs pédagogiques visés, soient la connaissance seulement, la connaissance et la compréhension ou encore des catégories supérieures de la taxonomie de Bloom et al. (1969). En outre, puisque l'exercice d'intégration a lieu avant l'acquisition de connaissances à l'égard de l'assistance partielle au lit ou à la marche et que ces deux types d'assistance partielle ne sont pas soumis aux objectifs de synthèse et d'évaluation, on peut penser qu'ils seront moins bien intégrés que les autres par les participants.

Le troisième et dernier niveau d'assistance est l'assistance totale. Elle convient aux bénéficiaires qui n'ont pas les capacités motrices en termes de force et de coordination pour réaliser les étapes significatives de leur déplacement parce qu'ils sont inconscients, quadraplégiques, en coma vigile ou stupeur, ou encore aux derniers stades de la maladie d'Alzheimer. Leur contribution au déplacement en termes d'efforts physiques est donc minime et consiste essentiellement à ne pas nuire à la manœuvre. Selon leurs capacités, ils peuvent contribuer au déplacement en effectuant certains gestes demandant peu de force pour aider les soignants, tels que contrôler leur tête ou placer leurs bras sur l'abdomen. Les composantes de la situation de travail sont en principe reprises par le formateur, afin de montrer l'accent mis sur l'effort du soignant et sur la place relative des équipements et de la communication entre les soignants, comparativement à l'effort du client qui diminue fortement en importance par rapport aux niveaux inférieurs d'assistance. Par des questions adressées à l'ensemble des participants, le formateur demande d'identifier les caractéristiques des bénéficiaires et les circonstances dans lesquelles ceux-ci se trouvent incapables de faire eux-mêmes certains déplacements. Il distingue ensuite, parmi les réponses, les causes inhérentes aux bénéficiaires eux-mêmes de celles qui relèvent des caractéristiques des soignants, des équipements ou de l'environnement. La philosophie de base du PDSB, à savoir le maintien des capacités des bénéficiaires et l'utilisation maximale de celles-ci dans les déplacements, est mise de l'avant en faisant ressortir l'importance à accorder à l'adaptation des équipements et de l'environnement aux besoins des patients.

Les situations d'assistance totale se décomposent en deux parties : celles s'exécutant avec des équipements de levage et celles réalisées sans aide mécanique.

Pour les premières, le formateur est censé sélectionner deux ou trois des appareils de levage les plus significatifs et les plus pertinents aux situations de travail et aux tâches des participants, incluant un lève-personne. Il doit également adapter son enseignement aux tâches les plus courantes des participants. L'enseignement relatif au lève-personne porte sur le transfert

du lit au fauteuil gériatrique ou au fauteuil roulant. L'accent est mis sur les gains de sécurité résultant du travail en équipe de deux soignants pour ce déplacement et sur l'importance de recourir à un équipement en bon état et adapté aux capacités du bénéficiaire. Ce déplacement est décomposé en quatre étapes. La première consiste à tourner le bénéficiaire par contrepoids, nécessaire pour la deuxième étape qui consiste à installer la toile en position couchée. Il s'agit alors d'ajuster la hauteur du lit de façon à conserver le dos droit, de vérifier la position de la tête du lit (qui doit être légèrement redressée) ainsi que la taille et l'état général de la toile, d'installer cette dernière au bon niveau, de choisir et vérifier le bon ajustement des boucles en fonction du type de toile avant le lever. La troisième étape consiste à transférer le patient du lit au fauteuil, de façon à favoriser le trajet le plus court possible compte tenu de la difficulté à manœuvrer l'appareil et de l'importance des efforts à fournir, souvent en position de torsion du dos, pour les soignants. La quatrième étape porte sur le transfert dans le fauteuil même. Pour la première étape, les méthodes pédagogiques utilisées sont la démonstration par le formateur à l'aide d'un participant jouant le rôle de bénéficiaire, puis un exercice consistant à tourner le participant-bénéficiaire effectué par les participants à tour de rôle suivi d'une rétroaction individualisée par le formateur. Il s'agit ici de méthodes interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs et expérientielles interactives avec rétroaction et jeux de rôle. Les objectifs pédagogiques visés sont la compréhension et l'application. Pour les autres étapes, deux participants exécutent les manœuvres, un autre participant jouant le bénéficiaire; tout au long de cette démonstration, le formateur pose des questions à l'ensemble du groupe et guide les participants-soignants. Ces méthodes sont essentiellement centrées sur le formateur avec formulation de questions et interactives avec enseignement par les pairs. L'objectif est dans ce cas la compréhension.

Les tâches d'assistance totale réalisées sans équipement de levage sont les plus à risque pour la sécurité des soignants. Elles requièrent l'application des principes de préparation, de positionnement, de prise et de mouvement. L'une d'entre elles est présentée comme étant particulièrement à risque : le repositionnement du patient à la tête du lit. Celui-ci peut se faire par transfert de poids avant-arrière en diagonale, avec le piqué et à deux soignants. Les principes de préparation sont : planifier l'assistance physique (tête de lit à plat, oreiller tourné dans le sens du lit, tête déposée sur l'oreiller avec les épaules dégagées); aider le bénéficiaire à fléchir les genoux, s'il le peut, afin de diminuer la friction; utiliser un piqué glissant ou ajouter une surface glissante; ajuster la hauteur du lit de façon à permettre aux soignants de garder les bras tendus; planifier l'assistance verbale en prenant contact avec le patient, lui annonçant et lui décrivant la tâche et le prévenant du code de communication qui sera utilisé par les deux soignants. Les principes de positionnement sont : se placer de chaque côté du lit, en haut des épaules du bénéficiaire et en position de transfert de poids avant-arrière, le genou le plus à l'avant collé au lit; regarder fixement en diagonale, par exemple le genou opposé du bénéficiaire. Quant aux principes de prise, il sont : croiser le bras du bénéficiaire sur sa poitrine pour dégager l'espace près du tronc; enrouler la partie libre du piqué de chaque côté de son tronc et s'assurer que ses épaules restent bien sur le piqué; saisir solidement le piqué à la hauteur de la moitié du bras; tendre les bras; et, enfin, stabiliser les épaules et le dos dans cette position. Pour ce qui est des principes de mouvement, ce sont : convenir d'un code de communication et désigner la personne qui le donnera; effectuer un transfert de poids avant-arrière; au besoin, effectuer un contrepoids en descendant le poids sur la jambe arrière. Une variante est également enseignée pour ce déplacement, soit le contrepoids avec un genou dans le lit et le piqué à deux soignants. Dans l'un

ou l'autre cas, les méthodes pédagogiques utilisées sont le cours magistral, puis la démonstration par le formateur à l'aide d'un participant qui joue le rôle du bénéficiaire. Chaque participant s'exerce ensuite à faire le déplacement, le formateur commentant individuellement leur performance. Il s'agit de méthodes centrées sur le formateur avec cours magistral, interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs, ainsi qu'expérientielles interactives avec rétroaction.

Rappelons que les contenus notionnels et les méthodes pédagogiques présentés ci-dessus visaient à permettre aux participants d'atteindre deux des objectifs intermédiaires formulés par l'ASSTSAS pour la formation du personnel soignant, soient choisir des méthodes sécuritaires et efficaces en fonction des possibilités et limites de la situation de travail et réaliser les tâches de déplacement de façon sécuritaire. On constate dans l'ensemble qu'il s'agit d'un apprentissage basé sur des méthodes pédagogiques diversifiées et progressives, couvrant en général pour chacun des principes enseignés l'ensemble des catégories d'objectifs pédagogiques de la taxonomie de Bloom et al. (1969).

L'analyse du contenu du programme et nos observations ont montré que deux activités additionnelles du PDSB permettaient de consolider la couverture des objectifs les plus abstraits et les plus complexes, soient l'analyse, la synthèse et l'évaluation. En effet, le PDSB est censé comporter un processus de résolution de problèmes, de même qu'un suivi de formation devant être effectué sur les lieux de travail des participants.

En ce qui a trait au processus de résolution de problèmes, il consiste en une méthode systématique d'examen de situations problématiques et des solutions possibles. L'apprentissage est basé sur des situations problématiques de déplacement de bénéficiaires vécues par les travailleurs et rapportées tout au long de la formation. L'exercice consiste ici à inventorier les situations déjà rapportées par les soignants ou nouvelles, puis à demander aux participants de sélectionner celle qu'ils souhaitent traiter en priorité. La démarche de résolution de problèmes leur est ensuite exposée : documenter la tâche difficile en fonction des éléments de la situation de travail (personnes, temps, tâche, équipement, environnement, organisation du travail); vérifier les dangers pour chaque élément, soient les principes qui ne sont pas respectés et les aspects pénibles ou dangereux; dégager la dimension principale du problème; rechercher les solutions avec les participants; choisir les solutions en fonction de critères d'efficacité; déterminer qui doit mettre la solution en place et les délais pour ce faire; et finalement, implanter la solution retenue et effectuer le suivi. Le formateur questionne le participant ayant soumis le cas qui est sélectionné au sujet des caractéristiques de chacun des éléments de la situation de travail, puis en vérifie les dangers avec l'ensemble des participants; les autres étapes de la démarche sont discutées avec l'ensemble des participants, par le biais de questions que le formateur leur adresse. C'est la personne qui a amené le problème qui est censée décider de l'élément le plus pénible et de la solution à privilégier en fonction des critères d'efficacité suivants : élimination du danger à la source; contrôle du danger; assurance de l'application des principes; pas d'effet secondaire nuisible; pérennité; acceptabilité; faisabilité, accessibilité et délai d'implantation acceptable. L'implantation et le suivi des solutions retenues requièrent l'implication de l'unité de soins, de même que du comité de santé et de sécurité du travail. Les méthodes pédagogiques auxquelles on est censé recourir pour la démarche de la résolution de problèmes sont centrées sur le formateur avec cours magistral et formulation de questions. Par son caractère intégrateur et

pratique, cet exercice permet, à notre avis, aux soignants d'analyser, de synthétiser et d'évaluer les enseignements reçus en fonction des situations de travail et donc, fort probablement, de combiner les principes acquis de façon à les adapter aux diverses situations rencontrées en milieu de travail. Cependant, il importe de souligner qu'aucune information n'est dispensée concrètement sur la façon d'implanter les solutions retenues lorsqu'elles nécessitent l'implication de l'unité de soins ou du comité de santé et sécurité. Seul un exposé magistral, à caractère très général, est prévu. Cette limite rejoint celle formulée précédemment, en ce qui concernait l'identification des correctifs sur les aspects déficients ou non sécuritaires des situations de travail. Dans ce cas comme dans celui-ci, aucune application en classe ou en milieu de travail n'est prévue de façon systématique; en fait, seuls les travailleurs dont le cas est retenu lors de l'exercice sur la résolution de problèmes se trouvent à expérimenter, du moins en principe, l'implantation des solutions retenues dans leur propre milieu de travail. On peut ainsi penser que l'apprentissage de la plupart des participants risque d'être limité étant donné, d'une part, que les notions couvertes ne sont pas exhaustives et d'autre part, que l'application des notions enseignées n'est que partielle.

La deuxième activité, c'est-à-dire le suivi de formation sur l'unité de travail, a en principe comme objectif d'optimiser le transfert des apprentissages par un soutien direct du formateur PDSB auprès des travailleurs. Elle consiste en l'identification, par les travailleurs récemment formés, de tâches pour lesquelles ils souhaitent obtenir les conseils du formateur PDSB. Un rendez-vous est alors fixé à la convenance des deux parties. Lors de la visite du formateur sur les lieux de travail, le soignant doit décrire la situation problématique en fonction des éléments de la situation de travail, puis le formateur observe la situation sur les lieux de la tâche et formule une appréciation et des recommandations spécifiques au travailleur. Suite au suivi effectué auprès de plusieurs soignants, le formateur peut décider d'offrir une activité de rappel des notions enseignées auprès des travailleurs formés. Il s'agit dans l'ensemble de méthodes pédagogiques expérientielles individualisées qui, ajoutées à l'ensemble des méthodes qui sont censées être employées tout au long de la formation, favorisent, à notre avis, l'analyse, la synthèse et l'évaluation des contenus notionnels couverts.

5.1.1.4 Fournir des consignes claires et adaptées aux partenaires pour optimiser leur contribution au déplacement

Tel que mentionné précédemment, les partenaires sont censés inclure le bénéficiaire, les visiteurs, l'intervenant et ses collègues. En outre, la communication est censée occuper une place d'égale importance quel que soit le niveau d'assistance. Seul son but diffère en principe. Lorsque le personnel soignant aborde le bénéficiaire il doit avoir en mains les informations qu'il a recueillies auprès de différentes sources d'information soient les membres de l'équipe soignante, le bénéficiaire lui-même et les membres de sa famille. En outre, il doit interroger directement le bénéficiaire avant et pendant la manœuvre, afin de connaître l'état actuel de ses capacités et donc, de mettre à jour les informations du plan d'intervention et celles recueillies auprès de l'équipe de soins. Il s'agit ici de tester son attention, sa mobilité, sa force et son équilibre. Les méthodes utilisées par le formateur sont l'exposé magistral, la démonstration au lit et au fauteuil à l'aide d'un participant jouant le rôle du bénéficiaire afin de tester la capacité d'attention, la force et la mobilité et l'équilibre au lit et au fauteuil. Suite à ces tests, le soignant doit déterminer si l'aide d'un collègue est requise pour le déplacement, auquel cas il doit demander et attendre

l'aide, puis expliquer la situation au bénéficiaire et au collègue. La communication entre le soignant et le bénéficiaire et entre les soignants est incluse dans les principes de préparation. Les méthodes pédagogiques employées à ce stade sont centrées sur le formateur avec cours magistral et interactives centrées sur le formateur avec enseignement par les pairs. À un stade plus avancé de la formation, la communication est mise en application lors de l'exercice d'intégration en milieu de travail.

Lors de la supervision, l'accent est mis sur la communication entre un intervenant et un bénéficiaire. Elle sert à stimuler ce dernier pour obtenir son attention, à prendre contact avec lui par le regard ou le toucher, à le rassurer et le motiver, à orienter les étapes du mouvement naturel et à donner des consignes verbales et gestuelles nécessaires à son déplacement. On est également censé encourager le bénéficiaire à s'exprimer lors du déroulement du déplacement au sujet de son état de confort et de confiance. Des consignes de bonne qualité se doivent d'être courtoises, claires, compréhensibles, brèves, positives en mentionnant ce qui est à faire plutôt que ce qu'il ne faut pas faire; elles doivent en outre nommer l'action ou le geste à exécuter et permettre une réponse favorable et vérifiable de la part du bénéficiaire. Les méthodes pédagogiques auxquelles on a recours sont centrées sur le formateur avec cours magistral, interactives avec discussions en équipes sur la qualité d'exemples de consignes verbales et rétroaction, ainsi qu'expérientielles interactives avec projet de groupe, rétroaction, jeux de rôles et discussion avec l'ensemble des participants. Une synthèse est ensuite effectuée par le formateur au moyen d'exposés magistraux et de questions adressées à l'ensemble des participants. L'ensemble de ces méthodes vise des objectifs de connaissance, de compréhension, d'application, d'analyse et de synthèse.

En situation d'assistance partielle, le contenu notionnel est censé inclure une forte composante communicationnelle entre le soignant et le bénéficiaire, tout comme dans la supervision. En effet, la communication est ici essentielle pour stimuler l'attention de ce dernier, lui donner et répéter les consignes verbales et gestuelles quant aux mouvements à effectuer, le convaincre de les mettre en œuvre et le rassurer par contact visuel ou tactile. La différence réside ici dans la nécessité d'une communication efficace, puisque le déroulement adéquat du déplacement repose sur la réaction du bénéficiaire aux consignes et lors des mouvements, de même que sur la sécurité du soignant dans ses gestes et mouvements. Il importe donc que les mouvements du bénéficiaire et du soignant soient bien coordonnés, afin de minimiser les probabilités d'incident ou d'accident. Les méthodes utilisées sont centrées sur le formateur avec exposés magistraux. Elles sont complétées par l'exercice d'intégration en situation de travail. En outre, on poursuit l'ensemble des objectifs de la taxonomie de Bloom et al. (1969).

Lorsque l'état du bénéficiaire requiert une assistance totale, le contenu notionnel porte sur la communication entre les soignants, lors du travail en équipe, ou sur celle entre le soignant et le bénéficiaire. Dans les cas où les transferts sont réalisés avec des appareils de levage, l'ensemble de l'énergie nécessaire au déplacement provient en priorité d'aides mécaniques utilisées par les soignants. Lorsque les situations de travail ne peuvent permettre l'accomplissement de certaines manœuvres au moyen d'aides mécaniques, les soignants doivent compenser par leurs propres efforts le manque de capacité du bénéficiaire. On préconise alors le travail en équipe et la communication entre les soignants devient cruciale. La personne désavantagée (soit un nouveau membre du personnel, un travailleur de petite taille ou un intervenant se trouvant du côté paralysé) donne le signal de départ du déplacement au moyen

d'un code convenu à l'avance entre les deux intervenants. Dans tous les cas, la communication avec le bénéficiaire sert à lui annoncer les actions qui seront entreprises, les lui décrire au fur et à mesure qu'elles se déroulent et à conserver le contact visuel et tactile. Les méthodes pédagogiques que l'on est censé utiliser sont constituées de questions adressées à l'ensemble des participants au sujet des conditions facilitant le travail en équipe, suivies d'un exposé magistral sur les éléments de bonne communication et synchronisation entre collègues. Elles sont donc essentiellement centrées sur le formateur, avec cours magistral et questions aux participants. Elles visent des objectifs de connaissance et de compréhension.

5.1.1.5 Partager les informations pertinentes à la sécurité avec les membres de l'équipe soignante

Ce dernier objectif intermédiaire visé par le PDSB en ce qui a trait à la formation du personnel soignant est couvert par le contenu notionnel traitant de la communication entre collègues lors de déplacements de bénéficiaires, de même que par celui abordant le processus de résolution de problèmes lorsqu'il est question d'implanter les solutions retenues et d'en assurer le suivi. Par ce processus, les travailleurs sont censés apprendre à suggérer des correctifs à l'employeur afin d'améliorer les méthodes de travail. Tel que mentionné précédemment, certaines lacunes importantes existent à ce niveau, tant au niveau des connaissances transmises que dans leur application en classe ou en situation de travail. Par ailleurs, les sessions de formation observées indiquent que la formation est censée fournir aux travailleurs un langage commun pour échanger sur la sécurité des manœuvres. On peut penser qu'il s'agit ici de l'apprentissage des termes propres aux principes de préparation, de positionnement, de prise et de mouvement. Aucune mention explicite des méthodes à utiliser pour ce faire n'apparaît cependant dans les documents ni dans le verbatim des sessions de formation observées.

5.1.2 Activités d'agent de prévention

Le cahier du formateur est très peu explicite sur la façon dont les formateurs PDSB sont censés remplir leur rôle d'agent de prévention au sein de leur établissement. Les informations qu'il contient consistent essentiellement dans les droits et obligations du travailleur et de l'employeur, qui ont été discutés précédemment (cf. section 5.2.1.2 sur l'identification des correctifs sur les aspects déficients ou non sécuritaires). Nos observations des sessions ont montré les contenus notionnels suivants pour ce qui est des activités à accomplir et des stratégies favorisant l'adoption des principes enseignés. Tout d'abord, comme activités, le formateur est censé s'impliquer dans le choix des stratégies et des solutions pour favoriser l'accès des travailleurs à l'information sur le bénéficiaire; expliquer au personnel de l'unité concernée l'utilisation sécuritaire d'un nouvel équipement en fonction des types de clientèle et de milieux de travail; informer l'employeur d'un jumelage inapproprié des caractéristiques physiques d'un travailleur et d'un bénéficiaire; faire un rapport sur la nature et l'état de l'équipement; établir les priorités d'achat d'équipement en fonction du budget disponible et de la fréquence d'utilisation; discuter avec l'infirmière-chef, le chef d'unité ou l'infirmière de jour l'acquisition de nouvel équipement et des modifications à apporter à l'organisation du travail; suite aux activités de suivi, remettre un document synthèse des situations problématiques vécues par les travailleurs au comité de santé et sécurité du travail. Finalement, pour ce qui est des tactiques facilitant l'adoption des principes, le contenu notionnel concerne l'acquisition d'habiletés d'analyse des mouvements, afin d'identifier les causes de l'écart entre les mouvements prescrits et ceux utilisés

par les travailleurs; l'adoption par le formateur des comportements qu'il recommande, devenant en cela un modèle pour les travailleurs; et enfin, la promotion pour le bien-être des patients des déplacements en équipe de deux pour les situations d'assistance totale, plutôt que seulement pour les travailleurs.

Les méthodes pédagogiques employées consistent pour la plupart en des exposés magistraux de la part du maître formateur et sont donc centrées sur ce dernier avec cours magistral. Dans certains cas, certaines habiletés à acquérir sont pratiquées en classe ou en milieu de travail lors de l'exercice d'intégration. Cependant, le contenu notionnel est fort peu développé, ce qui permet de croire que les objectifs de connaissance et de compréhension n'étant que partiellement atteints, l'acquisition d'habiletés par les formateurs et leurs éventuels comportements d'agents de prévention s'avèreront imparfaits.

5.1.3 Formation d'agents de suivi

Cette fonction du formateur PDSB n'a pas été abordée durant les sessions de formation observées et n'est que très peu présente dans les documents produits par l'ASSTSAS. À notre connaissance, l'un des seuls documents faisant état d'un contenu notionnel relatif aux agents de suivi est un article paru dans la revue *Objectif Prévention* produite par l'ASSTSAS¹⁸. On y incite le formateur PDSB à prendre connaissance du rôle de l'agent de suivi, des critères de sélection des candidats potentiels et des éléments de base à couvrir lors des formations.

18 (2003). *Objectif Prévention*, 26, 1.

5.2 Description de l'implantation du PDSB régulier

Des 433 formateurs de notre population, 283 nous ont informé de leur décision de participer ou non à l'étude, soient 65,4%. Notre taux de réponse est de 51,04%, 221 formateurs ayant accepté de participer à notre étude. Dix-huit d'entre eux n'exercent plus d'activité de formateur PDSB régulier au sein de leur organisation bien qu'ils disposent d'une accréditation ou d'une réaccréditation en cours de validité. Ils n'ont pas rempli le questionnaire précisant que cela était inutile puisqu'ils n'avaient exercé aucune activité (formation et prévention) au cours des douze derniers mois. Les raisons qu'ils ont avancées pour justifier le fait qu'ils ne soient plus formateurs au sein de leur organisation peuvent se résumer essentiellement en trois points : manque de temps, absence au travail, et changement d'emploi ou d'employeur. En définitive, seuls 203 des personnes qui ont accepté de participer à notre étude nous ont fait parvenir un questionnaire dûment rempli. La présente section porte sur les données que nous avons recueillies auprès de ces 203 formateurs PDSB dont 187 seulement étaient actifs.

5.2.1 *Caractéristiques des formateurs et de leur établissement*

Plus du trois quarts de nos répondants sont des femmes (tableau 5.2.1). L'âge moyen est de 44 ans. Rares sont les répondants nés dans un autre pays que le Canada. En outre seulement deux des canadiens proviennent de familles dont l'un ou les parents sont nés à l'étranger. Plus du tiers des répondants possède un diplôme collégial et un autre tiers détient un diplôme universitaire.

Près de 30% des formateurs PDSB actifs ont une formation professionnelle de thérapeute en réadaptation physique alors que près du quart ont été formés comme préposé aux bénéficiaires (tableau 5.2.2). Les infirmières et les infirmières auxiliaires occupent les troisième et quatrième rangs. Elles sont suivies des personnes formées en physiothérapie et en ergothérapie. Les autres catégories regroupent très peu d'individus. En moyenne les formateurs PDSB actifs possèdent une longue expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux ($\bar{x} = 19,73$) ainsi que près de 17 années d'ancienneté dans le même établissement et dans la même catégorie d'emploi. Toutefois l'ampleur des écarts types révèle une forte variation.

Tableau 5.2.1 Description de l'échantillon (n=203)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Age			44,06	6,764
Genre				
Femme	158	77,8		
Homme	45	22,2		
Lieu de naissance des formateurs				
Formateurs nés au Canada	196	96,6		
Formateurs nés hors du Canada	7	3,4		
Lieu de naissance des parents				
Les deux parents sont canadiens	194	95,6		
Les deux parents sont nés à l'étranger	8	3,9		
L'un des deux parents est canadien	1	0,5		
Dernier niveau de scolarité complété				
Diplôme d'études collégiales	77	37,9		
Diplôme d'études secondaires	46	22,7		
Baccalauréat	38	18,7		
Certificat universitaire	26	12,8		
Autre	12	5,9		
Diplôme d'études supérieures spécialisées	2	1,0		
Maîtrise	2	1,0		

Tableau 5.2.2 Formation et expérience professionnelle (n=187)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Formation professionnelle				
Thérapeute en Réadaptation Physique	56	29,9		
Préposé aux bénéficiaires	45	24,1		
Infirmière	29	15,5		
Infirmière auxiliaire	24	12,8		
Physiothérapeute	16	8,6		
Ergothérapeute	11	5,9		
Aucune formation	2	1,1		
Autre	2	1,1		
Éducateur spécialisé	1	0,5		
Auxiliaire familial	1	0,5		
Nombre d'années d'expérience				
Dans le réseau de la santé et des services sociaux			19,73	7,744
Dans l'établissement de travail au moment de l'étude			16,58	8,212
Dans la catégorie d'emploi			16,64	12,272

Les régions desquelles nos répondants proviennent sont très diversifiées (tableau 5.2.3). La majorité, soit près du tiers, œuvre dans la région de Montréal. La Montérégie est la seconde région la plus représentée, suivie de Chaudière-Appalaches et des Laurentides.

Plus des deux tiers des établissements des formateurs de notre étude ont à la fois une mission de soins de courte et de longue durées (tableau 5.2.3). Leur capacité moyenne est de près de 200 lits mais elle varie de manière importante. La grande majorité des établissements appartient au secteur public et est uniquement financée par l'État.

Les formateurs du PDSB régulier actifs au moment de l'étude provenaient de 139 établissements différents. Dans près de trois quarts des établissements (72,7%) un seul formateur a participé à l'étude. Dans 19,4% et 5,8% des cas, le nombre de formateurs par établissement s'est élevé à deux et trois formateurs (annexe 8).

Tableau 5.2.3 Caractéristiques des établissements (n=187)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Répartition des formateurs selon la région socio sanitaire de leur établissement				
Montréal	62	33,2		
Montérégie	30	16,1		
Chaudière-Appalaches	15	8,0		
Laurentides	15	8,0		
Bas Saint-Laurent	12	6,5		
Québec	9	4,8		
Outaouais	9	4,8		
Estrie	7	3,7		
Abitibi-Témiscamingue	7	3,7		
Laval	5	2,7		
Mauricie-Bois-Franc	4	2,1		
Saguenay Lac Saint-Jean	3	1,6		
Côte-Nord	3	1,6		
Gaspésie Iles-Madeleines	3	1,6		
Lanaudière	3	1,6		
Répartition des formateurs selon la mission de leur établissement				
CHSLD	51	27,3		
CHSGS	5	2,7		
Les 2 deux à la fois	131	70,0		
Capacité (Nombre de lits au permis)				
			190,72	157,179
Répartition des formateurs selon le statut de leur établissement				
Public	162	86,6		
Privé	25	13,4		
Répartition des formateurs selon le mode de financement de leur établissement				
Budget	156	83,4		
Conventionné	21	11,2		
Taux forfaitaire	6	3,2		
Non conventionné	3	1,6		
Conventionné à 80%	1	0,6		

Tableau 5.2.4 Emploi et conditions de travail (n=187)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Départements, services ou unités de travail d'appartenance				
Soins aux patients	100	53,4		
Physiothérapie, réadaptation physique, ergothérapie	80	42,8		
Service des ressources humaines	3	1,6		
Santé et Sécurité du Travail	2	1,1		
Éducation	2	1,1		
Catégorie salariale				
Employé syndiqué	168	89,8		
Employé syndicable non syndiqué	15	8,0		
Cadre intermédiaire	2	1,1		
Autre	2	1,1		
Nombre hebdomadaire d'heures travaillées			33,21	5,597
Pourcentage des formateurs en fonction du quart principal de travail				
Quart de jour			84,00	31,745
Quart de soir			12,75	28,840
Quart de nuit			3,25	14,602

Près de 90% des formateurs sont des employés syndiqués; ils proviennent très majoritairement des unités de soins et d'autres départements directement impliqués dans la dispensation de services diagnostiques ou de soins aux patients (tableau 5.2.4). Nous observons également que plus de 40% oeuvrent dans des unités (physiothérapie, réadaptation physique et ergothérapie) dont la nature des services est cohérente avec le contenu notionnel enseigné dans le PDSB. Enfin, moins de 4% des participants à notre étude provenaient de départements dont les services étaient destinés au personnel de l'établissement (ressources humaines, éducation et santé et sécurité du travail). Le nombre moyen d'heures de travail par semaine est de 33 heures et semble peu varier. En outre, les formateurs travaillent majoritairement durant les quarts de jour.

Tableau 5.2.5 Expérience à titre de formateur (n = 203)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Nombre d'années d'accréditation à titre de formateur			7,15	5,275
Catégorie salariale lors de la première accréditation (n = 187)				
Employé syndiqué	170	90,9		
Employé syndicable non syndiqué	14	7,5		
Cadre intermédiaire	3	1,6		
Nombre de réaccréditations (n = 164)			2,76	1,870
Nombre d'années depuis la réaccréditation (n = 164)			1,60	0,679

La majorité des répondants étaient des employés syndiqués lors de leur première accréditation à titre de formateur PDSB (tableau 5.2.5). Ils possèdent en moyenne plus de sept ans d'expérience à titre de formateur et ont fait l'objet de près de trois réaccréditations. La plus récente remonte en moyenne à environ un an et demie.

**Tableau 5.2.6 Formation de base PDSB reçue par les formateurs
(n=187)**

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Formation de base				
Nombre formateurs PDSB n'ayant pas eu de formation de base	58	31,0		
Nombre formateurs PDSB ayant reçu une formation de base	129	69,0		
Ancienneté de la formation de base (n = 129)				
			14,17	5,910
Durée de la formation de base (n = 129)				
une ½ journée	12	9,3		
1 journée	30	23,3		
2 journées	46	35,6		
plus de 2 journées	21	16,3		
Ne se souvient plus	20	15,5		
Contexte de la formation (n = 129)				
Personnel soignant	96	74,4		
Étudiant	21	16,3		
Agent de suivi	7	5,4		
Autre	5	3,9		

Plus des deux tiers des répondants n'ont pas reçu la formation de base PDSB avant de suivre le cours dispensé par l'ASSTSAS pour devenir formateurs (tableau 5.2.6). Pour ceux qui ont suivi la formation de base, celle-ci date, en moyenne, de 14 ans. La majorité d'entre eux l'ont reçue dans le cadre de leur travail à titre de personnel soignant. Seulement 16,3% des formateurs ont suivi cette formation lorsqu'ils étaient étudiants. Nous observons que la durée de cette formation varie de manière relativement importante.

Tableau 5.2.7 Implication dans les structures organisationnelles et syndicales de SST de l'établissement (n=187)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Membre d'un comité impliqué dans le domaine de la santé et sécurité du travail				
Membre au moment de l'étude	61	32,6		
Membre antérieurement à l'étude	30	16,1		
Aucune implication	96	51,3		
Fonction au sein du comité (n = 91)				
Membre régulier seulement	55	60,4		
Représentant à la prévention	20	22,0		
Président ou co-président	16	17,6		
Durée de l'implication (mois) (n = 91)			62,97	109,73
Nombre d'heures de travail rémunéré consacrées mensuellement aux activités du comité par les formateurs actuellement membres d'un comité (n = 61)			4,36	3,73

Près de la moitié des formateurs ont été ou sont membres d'un comité impliqué au moins en partie dans des activités de santé et de sécurité du travail (tableau 5.2.7), dans leur établissement. Plus du tiers ont assumé des fonctions de représentant à la prévention, ou de président ou co-président du comité. La durée moyenne de leur implication est supérieure à cinq ans; nous observons qu'elle varie de manière importante. Le nombre moyen d'heures rémunérées par mois, consacrées aux activités de tels comités, s'élève à 4,36 heures chez les 61 formateurs qui en étaient membres lors de la collecte de données.

5.2.2 Caractéristiques des services de formation dispensés au cours des douze derniers mois

Nos résultats indiquent que 72 formateurs n'avaient pas dispensé de formation PDSB au cours des douze derniers mois. La principale raison mise de l'avant pour expliquer cette situation est l'insuffisance des ressources mises à leur disposition par leur établissement. Dans près du tiers des cas, les formateurs ont également précisé que leur établissement leur avait demandé de se consacrer au suivi des formations dispensées (tableau 5.2.8). Le faible nombre de personnes à former occupe le troisième rang des motifs invoqués.

Tableau 5.2.8 Motifs de l'absence de formation au cours des 12 derniers mois (n=72)

Variables	n	%
Motifs de l'absence de formation au cours des 12 derniers mois		
Ressources insuffisantes mises à leur disposition par l'établissement	30	41,7
Leur établissement leur demande de se consacrer au suivi	23	31,9
Trop faible nombre de personnes à former	11	15,3
Raisons d'ordre personnel (maladies, problèmes familiaux,..)	5	6,9
Modification du PDSB	2	2,8
Changement de mission	1	1,4

Les 115 formateurs ayant donné de la formation PDSB au cours de la dernière année ont indiqué qu'ils avaient dispensé leurs cours à plus d'une dizaine de catégories professionnelles de personnel soignant. Les préposés aux bénéficiaires, les infirmières et les infirmières auxiliaires sont les soignants les plus fréquemment mentionnés (tableau 5.2.9).

Tableau 5.2.9 Catégories professionnelles des travailleurs formés (n = 115)

Catégories professionnelles	n	%
Préposé aux bénéficiaires	113	26,3
Infirmière	99	23,1
Infirmière auxiliaire	95	22,1
Ergothérapeute	23	5,4
Thérapeute en réadaptation	22	5,1
Physiothérapeute	20	4,7
Éducateur spécialisé	17	4,0
Auxiliaire familial	15	3,5
Techniciens de loisirs	4	0,9
Bénévoles	3	0,7
Brancardiers	1	0,2
Autres	17	4,0

Tableau 5.2.10 Homogénéité de la composition et de la provenance des groupes de travailleurs formés au cours des 12 derniers mois (n=115)

Variables	n	%
Composition professionnelle des groupes formés		
Les travailleurs formés appartenaient toujours à la même catégorie professionnelle	14	12,2
Les travailleurs formés appartenaient le plus souvent à la même catégorie professionnelle	34	29,6
Les travailleurs formés appartenaient souvent à la même catégorie professionnelle	36	31,3
Les travailleurs formés appartenaient rarement à la même catégorie professionnelle	19	16,5
Les travailleurs formés n'appartenaient jamais à la même catégorie professionnelle	12	10,4
Provenance des travailleurs formés		
Les travailleurs formés provenaient toujours du même service ou département	6	5,2
Les travailleurs formés provenaient le plus souvent du même service ou département	33	28,7
Les travailleurs formés provenaient souvent du même service ou département	29	25,2
Les travailleurs formés provenaient rarement du même service ou département	37	32,2
Les travailleurs formés ne provenaient jamais du même service ou département	10	8,7

Nos résultats indiquent que les groupes formés par un même formateur sont assez généralement composés des mêmes groupes professionnels (tableau 5.2.10). Cependant, les services et les départements auxquels ils appartiennent semblent varier davantage. En moyenne, un peu plus de la moitié du personnel formé par chacun des formateurs travaille durant les quarts de jour. Il n'en demeure pas moins qu'un pourcentage substantiel des travailleurs formés était réparti entre les deux autres quarts de travail (tableau 5.2.11), ce qui nous étonne puisque 84% des formateurs actifs travaillent le jour (tableau 5.2.4).

Tableau 5.2.11 Répartition des travailleurs formés au cours des 12 derniers mois en fonction des quarts de travail (n=115)

Variables	\bar{x}	$\pm s$
Pourcentage des travailleurs formés appartenant au :		
Quart de jour	54,21	18,432
Quart de soir	28,83	12,360
Quart de nuit	16,96	11,598

Près de 21% des formateurs indiquent avoir entièrement préparé leurs cours durant les heures de travail rémunérées alors que près de 29% ne l'ont jamais fait. Le nombre moyen d'heures consacrées à la préparation est de 8 heures, la variation étant importante (tableau 5.2.12).

Tableau 5.2.12 Préparation des sessions de formation (n=115)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Nombre d'heures de préparation d'une session (unité)			7,96	12,338
Fréquence de la préparation des cours de formation effectuée durant les heures de travail rémunéré				
100% des sessions de formation	24	20,9		
75% des sessions de formation	30	26,1		
50% des sessions de formation	16	13,9		
25% des sessions de formation	12	10,4		
Aucune session de formation	33	28,7		

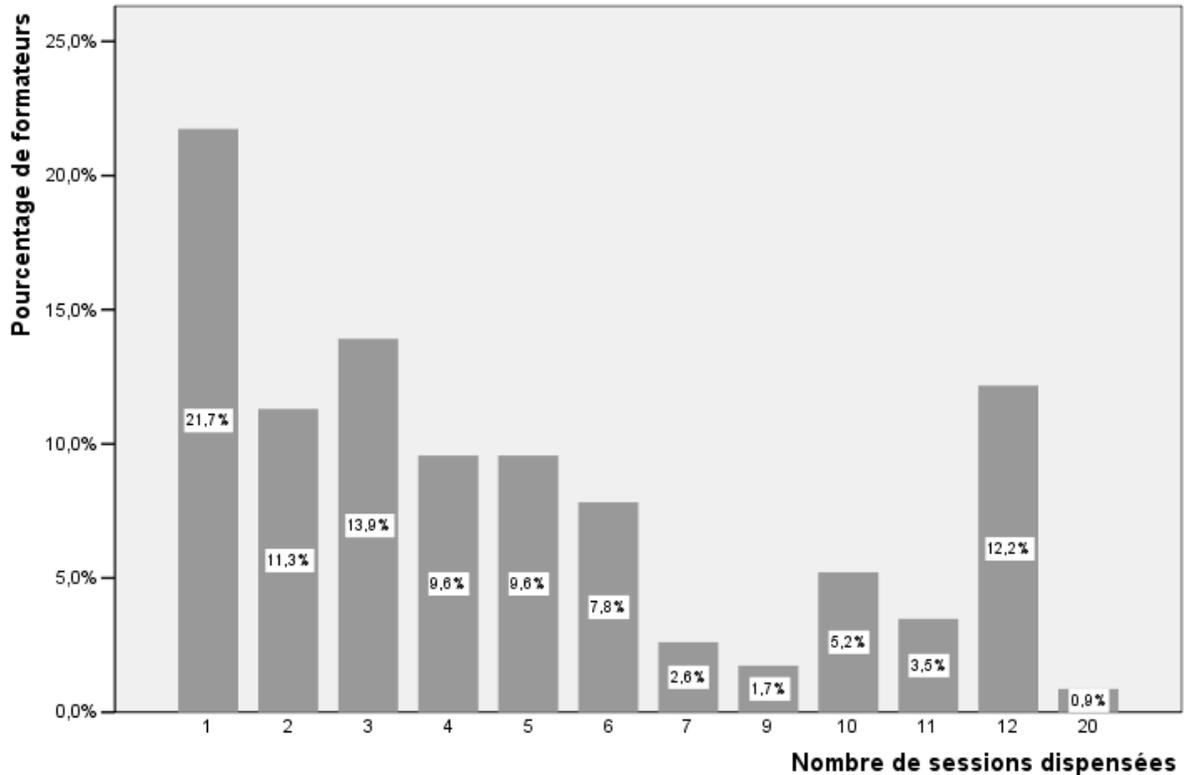
Dans le tableau 5.2.13 nous présentons une synthèse des caractéristiques des sessions de formation dispensées, de même que le nombre de sessions que les formateurs prévoyaient donner au cours des douze prochains mois. En moyenne, les formateurs ont donné cinq sessions de formation PDSB, au cours de la dernière année, d'une durée moyenne de six heures. Toutefois la variation du nombre de sessions dispensées est importante, puisqu'elle s'étend de un à vingt (figure 1); le nombre le plus fréquent de sessions est de un. Nous attirons également l'attention

du lecteur sur l'ampleur des valeurs des écarts types (tableau 5.2.13) qui traduit l'importance de la variation des pratiques entre les formateurs et ce, pour l'ensemble des variables.

Tableau 5.2.13 Description des sessions de formation (n=115)

Variables	\bar{x}	$\pm s$
Sessions de formation dispensées au cours des 12 derniers mois		
Nombre de sessions de formation dispensées par chaque formateur	5,07	4,028
Nombre de participants par session de formation	9,35	8,458
Nombre d'heures dispensées en classe au cours d'une session	5,87	6,167
Nombre de rencontres avec le groupe de participants	2,01	2,657
Nombre de demi-journées écoulées entre chaque période de formation	8,89	8,445
Sessions de formation prévues au cours des 12 prochains mois		
	3,38	5,658

Figure 1. Nombre de sessions de formation dispensées par formateur au cours des 12 derniers mois (n = 115)¹⁹

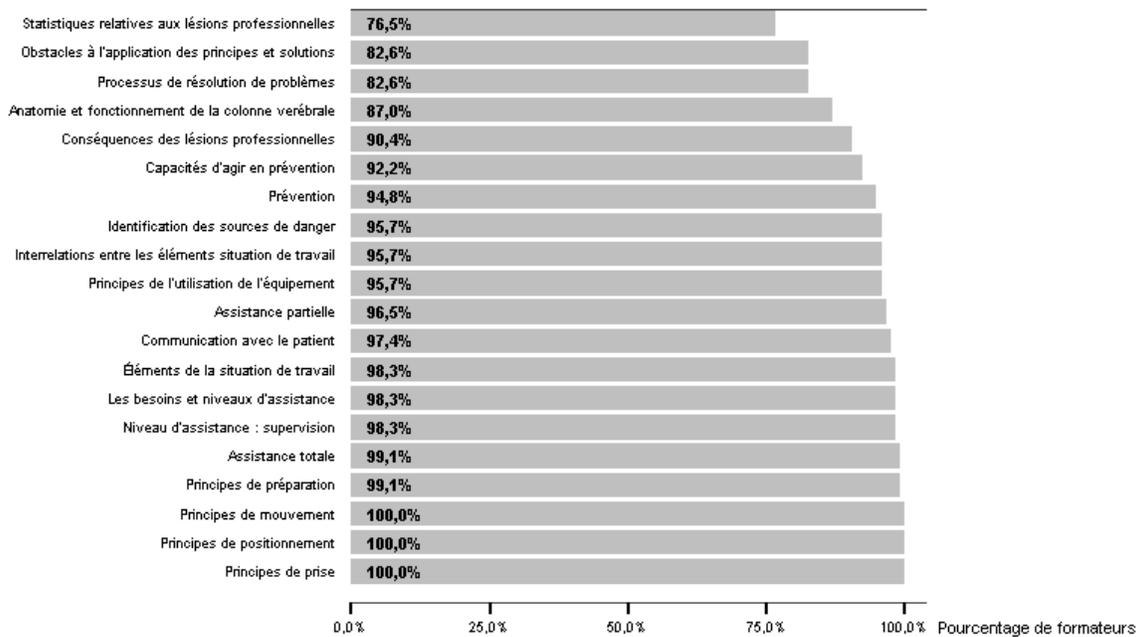


Nous avons regroupé, sous forme de tableaux synthèse, les informations suivantes pour chacun des blocs de contenu susceptibles d'être offerts par les formateurs : le nombre et la proportion de formateurs ayant dispensé les contenus et ayant fait appel aux différentes méthodes pédagogiques possibles (annexe 9), puis ayant eu recours aux diverses catégories de matériel pédagogique (annexe 10). La figure qui suit (figure 2) nous permet de voir la proportion de formateurs ayant abordé les différents blocs de contenu au cours de la dernière année. Rappelons que le programme de formation PDSB a fait l'objet de modifications en 2003, notamment en ce qui concerne la structure de présentation du contenu notionnel. Afin de tenir compte de ces changements, sans pour autant présumer de leur mise en application par les formateurs, nous avons tenu à documenter l'ensemble des contenus notionnels susceptibles d'être abordés par les formateurs en dressant une liste exhaustive des contenus prévus avant et après les changements recommandés par l'ASSTSAS. Nos résultats montrent que tous les formateurs favorisent l'apprentissage des principes de positionnement, de prise et de mouvement, et que 99% enseignent les principes de préparation. Ces résultats sont rassurants puisque ces principes constituent la pierre angulaire des programmes de 2000 et 2003. En outre tous les contenus

¹⁹ Nous avons conçu les figures de ce rapport en nous appuyant sur les repères ergonomiques de Desnoyers (2005).

notionnels sont abordés par une très forte majorité de formateurs, à l'exception des statistiques relatives aux lésions professionnelles. Ces résultats sont cohérents avec le retranchement de ce contenu du plus récent cahier du formateur.

Figure 2. Pourcentage des formateurs abordant les contenus notionnels (n = 115)



Dans le tableau synthèse qui suit (tableau 5.2.14), nous avons dressé un portrait des pourcentages des formateurs ayant recours aux différentes méthodes pédagogiques, selon le contenu notionnel abordé. Nous observons que les méthodes pédagogiques varient selon le contenu abordé. Plus ce dernier devient complexe et requiert une application, plus les formateurs intègrent des méthodes expérientielles à leurs activités d'enseignement. C'est le cas pour les principes de préparation, de positionnement et de mouvement, la communication avec le patient, et les niveaux d'assistance. Seuls les principes de prise se démarquent par une fréquence plus faible d'exercices pratiques.

**Tableau 5.2.14 Méthodes pédagogiques utilisées en fonction du contenu de la formation
(n = 115)**

Contenu de la formation	Méthodes pédagogiques					
		Centrées sur le formateur	Interactives	Expérientielles		
				Centrées sur le formateur	Interactives	Mixtes (centrées sur le formateur + interactives)
Statistiques relatives aux lésions professionnelles (n = 88)	n	88	65	NA ^(*)	NA	NA
	%	100	73,9	NA	NA	NA
Identification des sources de danger qui nuisent à l'autonomie du patient et à la sécurité des soignants (n = 110)	n	106	91	NA	NA	NA
	%	96,4	82,7	NA	NA	NA
Éléments de la situation de travail (n = 113)	n	108	87	NA	NA	NA
	%	95,6	77,0	NA	NA	NA
Interrelations entre les éléments de la situation de travail (n = 110)	n	105	89	NA	NA	NA
	%	95,5	80,9	NA	NA	NA
Prévention (solutions par élément d'une situation de travail) (n = 109)	n	101	96	NA	NA	NA
	%	92,7	88,1	NA	NA	NA
Anatomie et fonctionnement de la colonne vertébrale (n = 100)	n	98	54	NA	NA	NA
	%	98,0	54,0	NA	NA	NA

^(*) NA : Non applicable

**Tableau 5.2.14 Méthodes pédagogiques utilisées en fonction du contenu de la formation
(Suite 1) (n = 115)**

Contenu de la formation	Méthodes pédagogiques					
		Centrées sur le formateur	Interactives	Expérientielles		
				Centrées sur le formateur	Interactives	Mixtes (centrées sur le formateur + interactives)
Conséquences des lésions professionnelles (n = 104)	n	104	64	NA ^(*)	NA	NA
	%	100	61,5	NA	NA	NA
Capacités d'agir en prévention (n = 106)	n	102	76	NA	NA	NA
	%	96,2	71,7	NA	NA	NA
Principes de préparation (n = 14)	n	114	105	56	107	36
	%	100	92,1	49,1	93,9	31,6
Les besoins et les niveaux d'assistance (n = 113)	n	112	102	42	108	31
	%	99,1	90,3	37,2	95,6	27,4
Niveau d'assistance : supervision (n = 113)	n	109	105	33	108	28
	%	96,5	92,9	29,2	95,6	24,8
Communication avec le patient (ou comment superviser le patient) (n = 112)	n	111	102	31	100	22
	%	99,1	91,1	27,7	89,3	19,6

^(*) NA : Non applicable

**Tableau 5.2.14 Méthodes pédagogiques utilisées en fonction du contenu de la formation
(Suite 2) (n = 115)**

Contenu de la formation	Méthodes pédagogiques					
		Centrées sur le formateur	Interactives	Expérientielles		
				Centrées sur le formateur	Interactives	Mixtes (centrées sur le formateur + interactives)
Assistance partielle (n = 111)	n	110	98	38	106	33
	%	99,1	88,3	34,2	95,5	29,7
Principes de positionnement (n = 115)	n	114	109	59	110	36
	%	99,1	94,8	51,3	95,7	31,3
Principes de prise (n = 115)	n	114	111	49	33	35
	%	99,1	96,5	42,6	29,2	30,4
Principes de mouvement (n = 115)	n	113	111	53	111	43
	%	98,3	96,5	46,1	96,5	37,4
Assistance totale (n = 114)	n	113	112	40	112	28
	%	99,1	98,2	35,1	98,2	24,6
Principes de l'utilisation de l'équipement (n = 110)	n	106	105	33	102	22
	%	96,4	95,5	30,0	92,7	20,0

**Tableau 5.2.14 Méthodes pédagogiques utilisées en fonction du contenu de la formation
(Suite 3) (n = 115)**

Contenu de la formation	Méthodes pédagogiques					
		Centrées sur le formateur	Interactives	Expérientielles		
				Centrées sur le formateur	Interactives	Mixtes (centrées sur le formateur + interactives)
Obstacles à l'application des principes et solutions (n = 95)	n	91	91	19	69	14
	%	95,8	95,8	20,0	72,6	14,7
Processus de résolution de problème (n = 95)	n	93	86	17	63	14
	%	97,9	90,5	17,9	66,3	14,7

La figure 3 nous permet d'observer la variation des types de méthodes pédagogiques utilisées en fonction des formateurs. La presque totalité de ceux-ci font appel à des méthodes centrées sur eux-mêmes, soit l'exposé magistral, la formulation de questions à l'ensemble de leur groupe ou encore des démonstrations du contenu qu'ils ont préalablement présenté. La grande majorité des formateurs ont également recours à des méthodes interactives c'est-à-dire qu'ils procèdent à des discussions ou à des démonstrations en classe faisant intervenir les participants au cours. Les méthodes pédagogiques expérientielles font référence à des pratiques en classe. Plus de 85% de nos répondants optent pour ce type de méthodes en ayant recours à une approche interactive c'est-à-dire qu'ils font intervenir les participants au cours, alors que 35% emploient des méthodes centrées sur eux-mêmes. Plus du quart des répondants combinent ces deux types d'approches.

Figure 3. Importance relative des divers types de méthodes pédagogiques (n = 115)

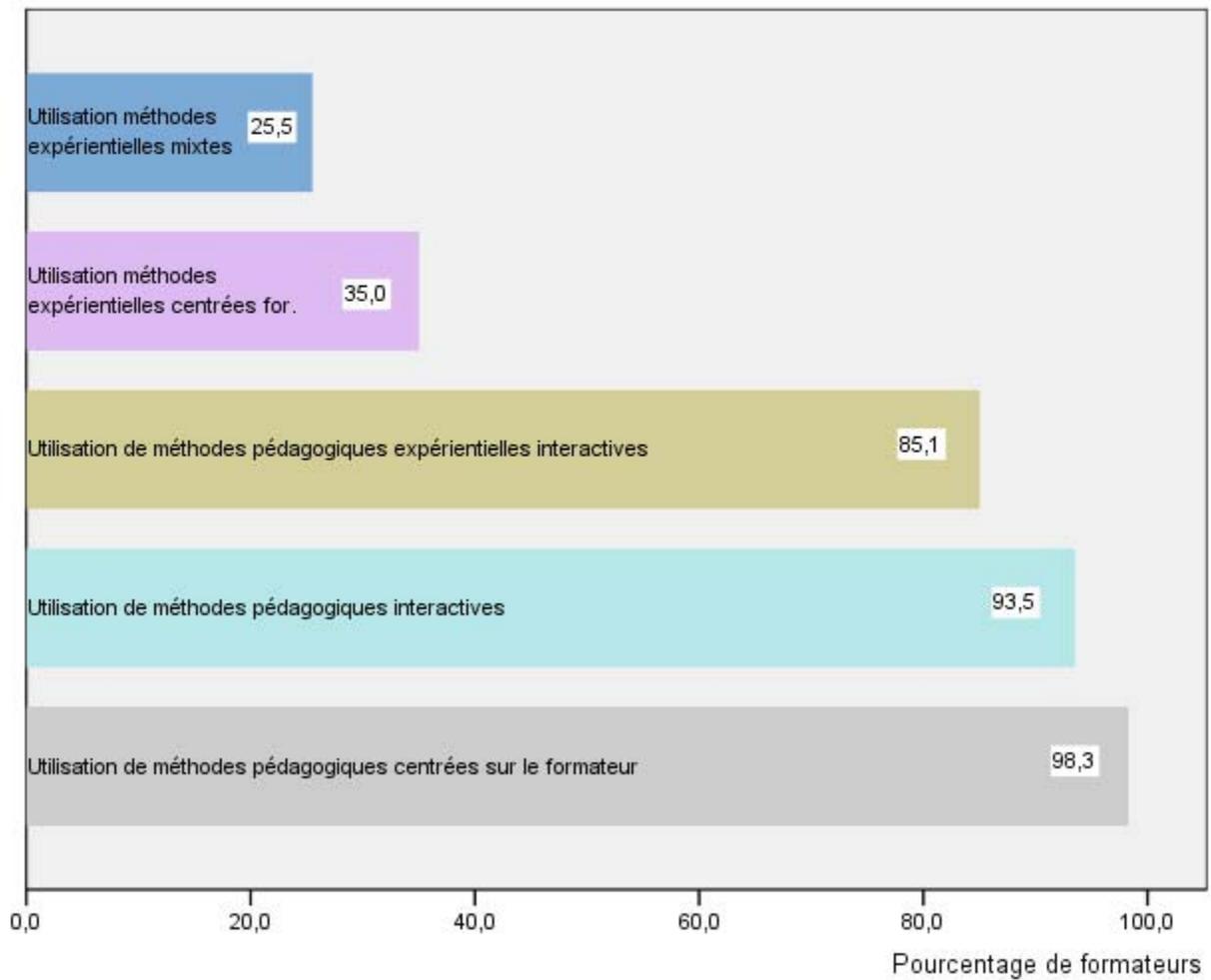
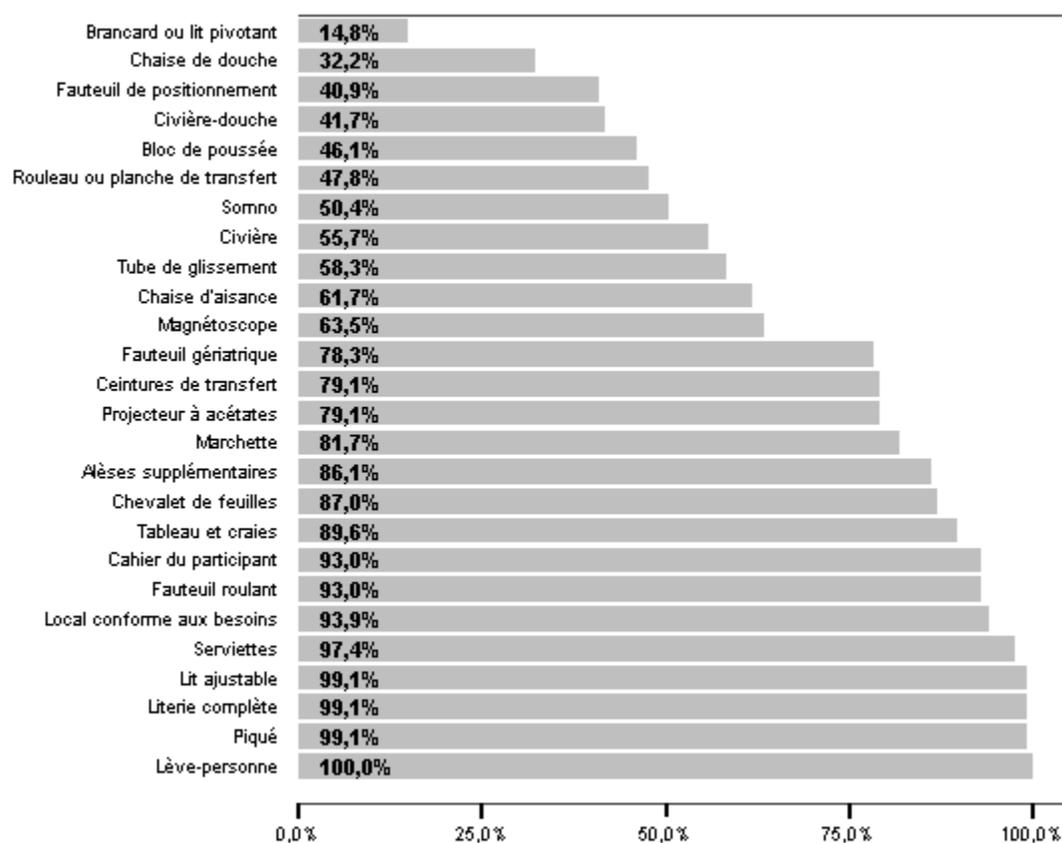


Figure 4. Pourcentage de formateurs ayant accès aux équipements considérés comme étant requis pour la formation (n = 115)



**Tableau 5.2.15 Fréquence de la dispensation des sessions de formation
durant les heures de travail rémunéré (n = 115)**

Variables	n	%
Fréquence de la dispensation des sessions de formation durant les heures de travail rémunéré		
100% des sessions de formation ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré	105	91,3
75% des sessions de formation ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré	3	2,6
50% des sessions de formation ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré	1	,9
25% des sessions de formation ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré	0	0
Aucune session de formation n'a été dispensée durant les heures de travail rémunéré	6	5,2

La grande majorité des formateurs dispense leurs cours durant les heures de travail rémunéré, ce qui signifie que leur organisation investit des ressources financières dans ce type d'activité. Un peu plus de 5% des formateurs le font en dehors de ces heures, ce qui implique qu'ils assument eux-mêmes une partie importante des coûts de formation.

Plus de 45 % des formateurs actifs qui ont donné des cours PDSB durant la dernière année, consacrent une partie de leur temps à des activités de suivi de la formation PDSB. Celles-ci durent une heure en moyenne et ont lieu plus de trois semaines après la fin de la formation. La variation de ces caractéristiques est toutefois importante. Le suivi est surtout effectué durant le quart de jour, bien qu'un pourcentage appréciable des heures de suivi soit offert le soir et la nuit.

Tableau 5.2.16 Description des activités de suivi (n = 115)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Nombre de formateurs ayant accompli des activités de suivi à l'issue d'une ou plusieurs sessions de formation	53	46,1		
Nombre de formateurs qui n'ont pas accompli d'activités de suivi à l'issue d'une ou plusieurs sessions de formation	62	53,9		
Nombre moyen d'heures de suivi effectivement accompli après chaque session de formation			1	2,650
Nombre moyen de jours écoulés entre la fin de la session et le suivi			17,31	54,774
Répartition des heures de suivi en fonction des quarts de travail (n = 53)				
Quart de jour			73,40	28,229
Quart de soir			19,81	20,167
Quart de nuit			6,79	13,196

Le nombre moyen d'heures consacrées à la préparation des activités de suivi varie de manière importante, l'écart type étant égal à la valeur moyenne (tableau 5.2.17). Un peu plus de 60% des formateurs le font durant leurs heures de travail rémunéré, alors que 7,5% d'entre eux consacrent leur temps personnel non seulement à la préparation mais aussi à la dispensation des ce type de service. Dans la grande majorité des cas, les formateurs mènent leurs activités de suivi durant leurs heures de travail rémunéré (tableau 5.2.18).

Tableau 5.2.17 Préparation des activités de suivi (n = 53)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Nombre d'heures, en moyenne, consacrées à la préparation des activités de suivi			4,38	4,773
Fréquence de la préparation des activités de suivi effectuée durant les heures de travail rémunéré				
100% des activités de suivi ont été préparées durant les heures de travail rémunéré	33	62,3		
75% des activités de suivi ont été préparées durant les heures de travail rémunéré	9	17,0		
50% des activités de suivi ont été préparées durant les heures de travail rémunéré	4	7,5		
25% des activités de suivi ont été préparées durant les heures de travail rémunéré	3	5,7		
Aucune activité de suivi n'a été préparée durant les heures de travail rémunéré	4	7,5		

Tableau 5.2.18 Fréquence de la dispensation des activités de suivi durant les heures de travail rémunéré (n = 53)

Variables	n	%
100% du suivi de chaque session de formation a été effectué durant les heures de travail rémunéré	44	83,0
75% du suivi de chaque session de formation a été effectué durant les heures de travail rémunéré	5	9,5
50% du suivi de chaque session de formation a été effectué durant les heures de travail rémunéré	0	0
25% du suivi de chaque session de formation a été effectué durant les heures de travail rémunéré	0	0
Aucun suivi d'une session de formation n'a été effectué durant les heures de travail rémunéré	4	7,5

5.2.3 Les activités de prévention liées au PDSB

Près des trois quarts des formateurs actifs ont mené des activités de prévention en lien avec le PDSB au cours de la dernière année. Ils y consacrent environ une journée par mois en moyenne. Chacun des formateurs reçoit mensuellement une moyenne de près de 7 demandes d'intervention. Celles-ci proviennent surtout de travailleurs. Toutefois, les demandes de leurs chefs d'unité ou de service et des représentants de la direction comptent, en moyenne, pour près de 40% des demandes reçues. Nous attirons l'attention du lecteur sur l'ampleur de la variation de ces résultats entre les formateurs.

Tableau 5.2.19 Caractéristiques des activités de prévention en rapport avec le PDSB (n = 187)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Proportion de formateurs effectuant des activités de prévention				
Formateurs qui ont accompli des activités de prévention en rapport avec le PDSB au cours des 12 derniers mois	136	72,7		
Formateurs qui n'ont pas accompli d'activités de prévention en rapport avec le PDSB au cours des 12 derniers mois	51	27,3		
Nombre moyen d'heures consacrées mensuellement aux activités de prévention par chaque formateur (n = 136)			8,35	10,015
Nombre moyen de demandes reçues mensuellement par un formateur (n = 136)			6,77	7,093
Proportions (%) des demandes reçues selon la catégorie professionnelle des demandeurs (n = 136)				
Demands reçues des travailleurs			49,96	28,294
Demands reçues des chefs d'unité ou de service			28,20	23,938
Demands reçues des représentants de la direction			11,06	18,222
Demands reçues du Comité SST			9,79	15,305
Autres demandes reçues			0,99	8,941

Tableau 5.2.20 Fréquence des activités de prévention réalisées (n = 136)

Variables		Fréquence				
		Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	Très souvent
Conseil auprès du personnel sur l'exécution des mouvements ou sur la sécurité des manoeuvres	n	3	24	45	40	24
	%	2,2	17,6	33,1	29,4	17,6
Conseil auprès du personnel sur l'utilisation des capacités du bénéficiaire	n	6	26	46	37	21
	%	4,4	19,1	33,8	27,2	15,5
Conseil auprès du personnel sur la résolution de problèmes ou de situations difficiles	n	6	44	45	28	13
	%	4,4	32,5	33,1	20,5	9,5
Recommandation à l'unité ou à l'établissement sur le réaménagement de chambres ou autres lieux de travail	n	14	60	44	10	9
	%	10,3	44,1	32,4	6,6	6,6
Formation auprès du personnel sur l'utilisation d'équipement (suite à un nouvel achat ou pour le personnel non familier avec l'utilisation d'un appareil)	n	21	47	46	18	4
	%	15,5	34,6	33,8	13,2	2,9
Recommandation à l'unité ou à l'établissement concernant l'achat de nouveaux équipements ou la modification des équipements	n	17	53	52	10	4
	%	12,5	39,0	38,2	7,4	2,9

Le tableau 5.2.20 nous permet de constater que les 136 formateurs qui ont mené des activités de prévention au cours des douze derniers mois, ont surtout conseillé leurs collègues relativement à l'exécution de mouvements, à la sécurité de manoeuvres, à l'utilisation des capacités des bénéficiaires et, dans une moindre mesure, à la résolution de problèmes difficiles. La formulation de recommandations, à l'intention de leur unité de travail ou de leur

établissement, relatives à l'achat ou à la modification d'équipements ou encore au réaménagement d'espaces de travail varie substantiellement puisque environ la moitié de ces formateurs indique qu'ils ne le font jamais ou rarement, alors que l'autre moitié le fait d'assez à très souvent. Nous observons le même phénomène pour ce qui est de la formation du personnel en lien avec l'utilisation d'équipement. En outre, nous observons que plus de la moitié de ces formateurs ont formulé des conseils à leurs collègues de leur propre initiative ainsi que suite à des demandes reçues (tableau 5.2.21). Le pourcentage de formateurs ayant indiqué avoir formulé des recommandations ou formé du personnel relativement à des équipements est légèrement inférieur. Enfin, moins de 10% des formateurs ont indiqué avoir fait des recommandations, à un niveau organisationnel, sur le réaménagement de chambre ou d'autres lieux de travail

Tableau 5.2.21 Pourcentage des activités de prévention menées selon l'initiative des formateurs ou les demandes du milieu de travail (n = 136)

Variables		A votre initiative	Demandes reçues	Ne s'applique pas
Conseil auprès du personnel sur la résolution de problèmes ou de situations difficiles	n	77	81	12
	%	56,6	59,6	8,8
Conseil auprès du personnel sur l'utilisation des capacités d'un bénéficiaire	n	82	71	12
	%	60,3	52,2	8,8
Recommandation à l'unité ou à l'établissement concernant l'achat de nouveaux équipements ou la modification des équipements	n	64	68	28
	%	47,1	50,0	20,6
Formation auprès du personnel sur l'utilisation d'équipement (suite à un nouvel achat ou pour le personnel non familier avec l'utilisation d'un appareil)	n	64	69	37
	%	47,1	50,7	27,2
Recommandation à l'unité ou à l'établissement sur le réaménagement de chambre ou autres lieux de travail	n	12	11	39
	%	8,8	8,1	32,8

La principale raison de l'absence de services de prévention, invoquée par les 51 formateurs qui n'en ont pas offerts, est l'absence de ressources insuffisantes mises à leur disposition pour ce faire par leur établissement respectif. En outre plus de 20% d'entre eux précisent que les responsables de leur établissement leur avaient demandé de se consacrer uniquement à la formation PDSB.

Tableau 5.2.22 Motifs de l'absence d'activités de prévention au cours des douze derniers mois (n = 51)

Variables	n	%
Motifs justifiant l'absence d'activités de prévention		
Ressources insuffisantes	25	49,0
Demande de faire le suivi seulement	11	21,5
Demande insuffisante	6	11,8
Autres motifs	6	11,8
Raison d'ordre personnel	3	5,9
Détail des motifs (n = 6)		
Réorganisation de l'organisation	2	33,3
Divers	4	66,7

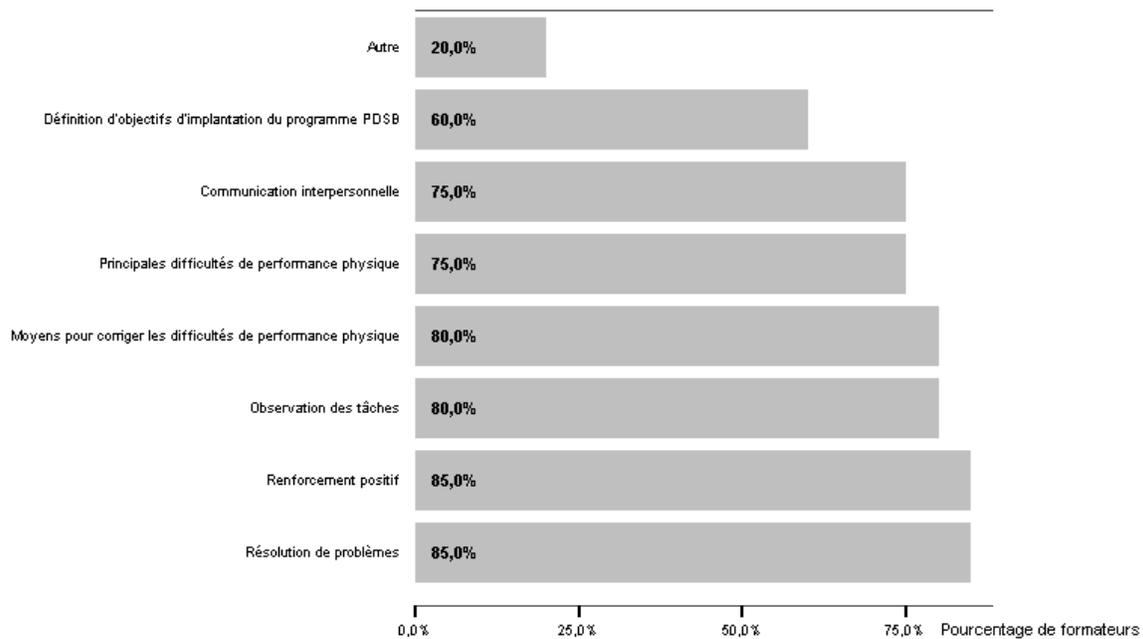
5.2.4 Les activités de formation des agents de suivi

**Tableau 5.2.23 Formation des agents de suivi :
caractéristiques des activités de formation (n = 187)**

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Réalisation d'activités de formation d'agents de suivi				
Proportion de formateurs ayant effectué une formation d'agents de suivi	20	10,7		
Proportion de formateurs qui n'ont pas effectué une formation d'agents de suivi	167	89,3		
Nombre d'agents de suivi formés (n = 20)			8,45	4,729
Nombre de sessions dispensées (n = 20)			1,85	1,348
Durée moyenne en heures des sessions (n = 20)			5,65	2,390
Nombre moyen de rencontres par session (n = 20)			2,05	1,099
Utilisation d'un matériel pédagogique (n = 20)				
Proportion de formateurs ayant utilisé un matériel pédagogique au cours de leur session de formation	16	80,0		
Proportion de formateurs qui n'ont pas utilisé un matériel pédagogique au cours de leur session de formation	4	20,0		
Conception du matériel pédagogique utilisé (n = 16)				
Matériel pédagogique conçu par le formateur lui-même	13	81,3		
Matériel pédagogique conçu par d'autres formateurs PDSB	5	31,3		
Matériel pédagogique conçu par l'établissement du formateur	1	6,3		
Matériel pédagogique de l'ASSTSAS	12	75,0		
Nombre de sessions de formation d'agents de suivi prévues au cours des 12 prochains mois (n = 20)			1,75	1,860

Rares sont les formateurs qui ont effectué des activités de formation d'agents de suivi au cours des douze derniers mois, soit près de 11% (tableau 5.2.23). Ceux qui en ont formé ont dispensé près de deux sessions en moyenne et prévoient que ce nombre se maintiendra au cours de la prochaine année. Chacun d'entre eux a formé près de 9 agents en moyenne. Plus des trois quarts des formateurs ont utilisé des outils pédagogiques qu'ils ont eux-mêmes conçus ainsi que du matériel produit par l'ASSTSAS. La figure qui suit permet de visualiser la fréquence à laquelle ces formateurs abordent les divers thèmes de la formation prescrits par l'ASSTSAS.

Figure 5. Fréquence des thèmes abordés durant la formation d'agents de suivi (n = 20)



Les critères de sélection des candidats à la formation d'agents de suivi, recommandés par l'ASSTSAS, sont jugés importants par tous les formateurs, les scores attribués à cette question variant de 7 à 10/10. La participation antérieure à la formation PDSB de base (tableau 5.2.24) est le critère qui obtient le score moyen le plus élevé et qui fait l'objet de la plus faible variation.

Tableau 5.2.24 Importance accordée aux critères de sélection des agents de suivi par les formateurs (n = 20)

Variables	\bar{x}	$\pm s$
Participation antérieure à une formation de base PDSB	9,70	0,801
Maîtrise de l'application du PDSB dans leurs tâches	9,10	1,021
Capacité de communiquer harmonieusement avec les collègues	9,40	0,940

Tableau 5.2.25 Préparation des sessions de formation d'agents de suivi (n = 20)

Variables	n	%	\bar{x}	$\pm s$
Nombre d'heures consacrées à la préparation			0,55	1,06
Fréquence de la préparation des sessions de formation d'agents de suivi durant les heures de travail rémunéré				
100% des sessions de formation	8	40,0		
75% des sessions de formation	3	15,0		
50% des sessions de formation	2	10,0		
25% des sessions de formation	2	10,0		
Aucune session de formation	5	25,0		

En moyenne les formateurs ont consacré près d'une heure à la préparation de chacune des sessions de formation d'agents de suivi. Seulement 40% des formateurs ont indiqué l'avoir fait entièrement durant leurs heures de travail rémunérées (tableau 5.2.25). Toutefois la très grande majorité des formateurs ont dispensé ces cours durant leur temps de travail et ont été payés pour ce faire (tableau 5.2.26).

Tableau 5.2.26 Fréquence de dispensation de la formation d’agents de suivi durant les heures de travail rémunéré (n = 20)

Variables	n	%
100% des sessions de formation d’agents de suivi ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré	17	85,0
75% des sessions de formation d’agents de suivi ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré	0	0,0
50% des sessions de formation d’agents de suivi ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré	1	5,0
25% des sessions de formation d’agents de suivi ont été dispensées durant les heures de travail rémunéré	0	0,0
Aucune session de formation d’agents de suivi n’a été dispensée durant les heures de travail rémunéré	2	10,0

5.2.5. Caractéristiques des contextes organisationnels dans lesquels les formateurs ont oeuvré

L’ASSTSAS précise, dans le plus récent cahier du formateur (2003), les conditions de succès des activités du formateur PDSB. On mentionne qu’il doit recevoir du support de son établissement, plus particulièrement en ce qui concerne ses libérations pour mener ses activités et les libérations du personnel à former, et qu’il doit percevoir que les suggestions ou les recommandations qu’il formule sont prises en compte par son établissement. Il doit en outre avoir la possibilité de mesurer la satisfaction des travailleurs relativement à la formation qu’il dispense ainsi que celle de ses mandataires.

Nous observons que le degré de facilité, perçu par les formateurs, avec lequel ils sont libérés varie de manière très importante (tableau 5.2.27) bien que les moyennes se situent autour de 7/10 lorsqu’il s’agit d’activités de formation et de suivi de celles-ci (tableau 5.2.28). La variation est beaucoup plus importante et les moyennes plus faibles pour les activités de prévention, ce qui pourrait traduire la présence de différentes cultures organisationnelles dans le réseau des établissements de la santé au Québec, relativement aux pratiques de gestion des ressources humaines, plus spécifiquement de santé et de sécurité du travail.

Tableau 5.2.27 Distribution de la facilité perçue pour obtenir des libérations pour les activités PDSB (n = 119)

Variables		N'a pas été libéré										Très facile
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour donner une formation	n	7	6	2	5	3	1	4	4	23	13	51
	%	5,9	5,0	1,7	4,2	2,5	0,8	3,4	3,4	19,3	10,9	42,9
Facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour réaliser leurs activités de suivi de la formation	n	7	7	4	5	5	7	2	9	17	8	48
	%	5,9	5,9	3,4	4,2	4,2	5,9	1,7	7,5	14,3	6,7	40,3
Facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour se consacrer à des activités de prévention (n = 136)	n	32	9	9	3	5	6	5	8	9	6	44
	%	23,5	6,6	6,6	2,2	3,7	4,4	3,7	5,9	6,6	4,4	32,4
Facilité avec laquelle le personnel soignant est libéré pour suivre des activités de la formation	n	5	22	6	12	5	5	4	12	19	5	24
	%	4,2	18,5	5,0	10,1	4,2	4,2	3,4	10,1	16,0	4,2	20,1

**Tableau 5.2.28 Facilité perçue pour obtenir des libérations pour les activités PDSB
(n = 119)**

Variables	\bar{x}	$\pm s$
Facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour donner une formation	7,61	3,208
Facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour réaliser leurs activités de suivi de la formation	7,13	3,356
Facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour se consacrer à des activités de prévention (n = 136)	5,39	4,157
Facilité avec laquelle le personnel soignant est libéré pour suivre des activités de la formation	5,55	3,507

L'appréciation du niveau de collaboration obtenu par les formateurs, de gestionnaires de leur organisation, varie de manière très importante, quelques-uns la jugeant même totalement absente. Pour les activités de formation les moyennes varient entre 7,03 et 7,87 (tableau 5.2.29), le score moyen le plus élevé ayant été attribué aux supérieurs immédiats des formateurs, et le plus faible aux personnes responsables de la formation du personnel au sein de leur organisation.

Tableau 5.2.29 Niveau de collaboration perçu pour les activités de formation PDSB (n = 119)

Variables		Nul										Très élevé
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niveau de collaboration reçu de la part du supérieur immédiat du formateur PDSB pour la réalisation des activités de formation $\bar{x} = 7,87$ $s=2,886$	n	7	2	2	2	1	7	2	12	16	18	50
	%	5,9	1,7	1,7	1,7	,8	5,9	1,7	10,1	13,4	15,1	42,0
Niveau de collaboration reçu de la part des supérieurs immédiats des personnes à former pour la réalisation des activités de formation $\bar{x} = 7,07$ $s=3,140$	n	11	2	3	3	1	11	2	15	23	16	32
	%	9,3	1,7	2,5	2,5	,8	9,2	1,7	12,6	19,3	13,5	26,9
Niveau de collaboration reçu de la part des personnes responsables de la formation du personnel au sein des organisations pour la réalisation des activités de formation $\bar{x} = 7,03$ $s=3,363$	n	8	7	6	2	3	8	6	6	16	17	40
	%	6,7	5,9	5,0	1,7	2,6	6,7	5,0	5,0	13,5	14,3	33,6

Pour ce qui est des activités de prévention, le niveau de collaboration reçu des supérieurs immédiats des formateurs et de ceux du personnel qu'ils ont formé est jugé très élevé par plus de 50% de nos répondants, la moyenne étant de l'ordre de 7/10. Les chefs d'unité dans lesquelles les interventions se sont déroulées apparaissent au troisième rang, suivis des membres du comité de santé et de sécurité du travail représentant les travailleurs (tableaux 5.2.30 et 5.2.31). Les membres du comité qui mènent des activités de santé et de sécurité au travail et qui représentent les employeurs et les chefs d'unités dans lesquelles les formateurs auraient souhaité intervenir, occupent les derniers rangs 30% et 25% des formateurs ayant jugé leur niveau de collaboration

nul. Ces résultats semblent indiquer la présence de variation quant à la qualité du climat de travail entre les centres hospitaliers et peut-être même entre les services d'un même établissement.

Tableau 5.2.30 Niveau de collaboration perçu pour les activités de prévention (n = 136)

Variables		Nul										Très élevé
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niveau de collaboration reçu de la part du supérieur immédiat du formateur PDSB	n	11	4	0	3	1	13	3	10	17	14	60
	%	8,1	2,9	0	2,2	0,7	9,6	2,2	7,4	12,5	10,3	44,1
Niveau de collaboration reçu de la part des supérieurs immédiats des personnes à former	n	14	5	1	3	1	8	7	16	23	16	42
	%	10,3	3,7	0,7	2,2	0,7	5,9	5,1	11,8	16,9	11,8	30,9
Niveau de collaboration reçu de la part des membres du Comité Santé et Sécurité au travail représentant les travailleurs	n	34	4	3	1	3	5	4	10	17	13	43
	%	24,8	2,9	2,2	0,7	2,2	3,6	2,9	7,3	12,4	9,5	31,4
Niveau de collaboration reçu de la part des membres du Comité Santé et Sécurité au travail représentant l'employeur	n	41	2	4	3	4	10	4	6	14	12	36
	%	30,1	1,5	2,9	2,2	2,9	7,4	2,9	4,5	10,3	8,8	26,5
Niveau de collaboration reçu de la part des chefs d'unités dans lesquelles l'intervention se déroule	n	16	3	2	4	4	7	6	14	24	15	41
	%	11,8	2,2	1,5	2,9	2,9	5,1	4,5	10,3	17,7	11,0	30,1
Niveau de collaboration reçu de la part des chefs d'unités dans lesquelles vous souhaitez intervenir	n	34	4	4	2	3	7	4	15	23	12	28
	%	25	2,9	2,9	1,5	2,2	5,2	2,9	11,1	16,9	8,8	20,6

Tableau 5.2.31 Niveau de collaboration perçu pour les activités de prévention (n = 136)

Variables	\bar{x}	$\pm s$
Niveau de collaboration reçu de la part du supérieur immédiat du formateur PDSB	7,53	3,229
Niveau de collaboration reçu de la part des supérieurs immédiats des personnes à former	7,03	3,308
Niveau de collaboration reçu de la part des chefs d'unités dans lesquelles l'intervention se déroule	6,88	3,378
Niveau de collaboration reçu de la part des membres du Comité Santé et Sécurité au travail représentant les travailleurs	6,04	4,095
Niveau de collaboration reçu de la part des chefs d'unités dans lesquelles vous souhaitez intervenir	5,61	3,913
Niveau de collaboration reçu de la part des membres du Comité Santé et Sécurité au travail représentant l'employeur	5,39	4,147

Plus de 80% de nos répondants évaluent souvent ou après chacune des sessions de formation, le degré de satisfaction du personnel qu'ils ont formé. Ce type d'activité est moins fréquent lorsqu'il s'agit d'apprécier la satisfaction de leurs mandataires respectifs. En outre la variation de cette pratique est plus importante dans ce dernier cas (tableau 5.2.32).

**Tableau 5.2.32 Fréquence de l'appréciation de la satisfaction
à l'égard de la formation (n = 119)**

Variables	Fréquence				Après chaque session de formation
		Jamais	Rarement	Souvent	
Vérification du degré de satisfaction auprès du personnel soignant formé	n	4	19	25	71
	%	3,3	16,0	21,0	59,7
Vérification du degré de satisfaction auprès de la personne qui a demandé de dispenser la formation du personnel soignant	n	17	30	33	39
	%	14,3	25,2	27,7	32,8

En général, les formateurs rapportent un impact assez important de leurs activités de formation sur les individus (tableau 5.2.33); il est légèrement inférieur pour ce qui est des activités de prévention en regard des situations de travail. Dans le deux cas, les perceptions varient selon les formateurs.

Tableau 5.2.33 Impact perçu des activités du PDSB

Variables		Pas du tout important									Très important
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Impact des activités de formation sur les individus (n = 119)	n	0	0	3	5	14	18	23	21	10	25
	%	0	0	2,5	4,2	11,8	15,1	19,3	17,6	8,4	21,0
$\bar{x} = 7,36; s = 1,925$											
Impact des activités de prévention sur les situations de travail (n = 136)	n	5	3	7	6	14	16	21	30	17	17
	%	3,7	2,2	5,1	4,4	10,3	11,8	15,4	22,1	12,5	12,5
$\bar{x} = 6,85; s = 2,343$											

**Tableau 5.2.34 Appréciation de l'utilité de la formation reçue de l'ASSTSAS
(n = 119)**

Variables		Pas du tout adéquate									Très adéquate
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La formation reçue de l'ASSTSAS est adéquate pour l'exercice du rôle de formateur (n = 119)	n	0	0	2	0	1	1	6	31	24	54
	%	0	0	1,7	0	,8	,8	5,0	26,1	20,2	45,4
$\bar{x} = 8,93; s=1,320$											
La formation reçue de l'ASSTSAS est adéquate pour mener des activités de prévention (n = 136)	n	2	2	6	3	6	11	16	32	19	39
	%	1,5	1,5	4,4	2,2	4,4	8,1	11,8	23,5	14,0	28,7
$\bar{x} = 7,80; s=2,197$											

Les formateurs ayant effectué des activités de formation PDSB et ceux qui ont formé des agents de suivi ont indiqué que la formation reçue de l'ASSTSAS, pour exercer le rôle de formateur, était très adéquate en moyenne (tableau 5.2.34). Ces formateurs attribuent un score légèrement plus faible à la formation reçue lorsque nous leur demandons s'ils la jugent adéquate pour mener leurs activités de prévention. En outre, la variation entre les formateurs est plus forte que pour la variable précédente.

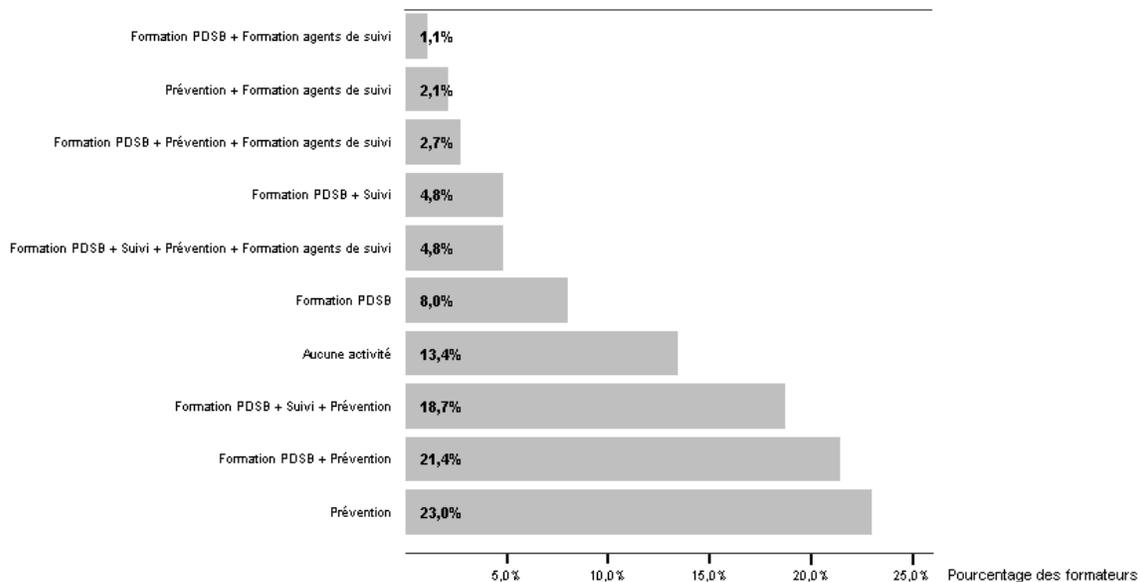
5.2.6 Synthèse

Le tableau et la figure qui suivent nous permettent d’avoir une vue d’ensemble de la proportion des formateurs impliqués dans les diverses activités du programme PDSB. Les activités de prévention occupent le premier rang, suivies de la formation. Moins de 50% des formateurs qui ont donné de la formation en assurent les suites. Enfin, la formation d’agents de suivi est une activité relativement peu fréquente.

Tableau 5.2.35 Pourcentages des formateurs PDSB ayant mené les activités de diverses catégories au cours des 12 derniers mois (n = 187)

Variables	n	%
Activités de prévention en rapport avec le PDSB	136	72,7
Activités de formation	115	61,5
Activités de suivi des sessions de formation (n = 115)	53	46,1
Activités de formation d’agents de suivi	20	10,7

Figure 6. Profil des pratiques des formateurs (n = 187)



Nos résultats montrent l'importance de la diversité des pratiques des formateurs à l'égard des différentes activités prescrites du programme PDSB. En effet, 3,4% de nos répondants n'avaient mené aucune activité du programme PDSB au cours des douze mois précédant notre collecte de données. Près du quart n'avaient effectué que des activités de prévention, alors que 21,4% s'étaient impliqués à la fois dans des activités de formation et de prévention. Seulement environ 5% des formateurs participent à l'ensemble des activités prescrites par le PDSB.

5.3 Variables de coûts et d'avantages & interventions alternatives au PDSB

Le tableau 5.3.1 présente la provenance des personnes interviewées dans le cadre de cette étude pour atteindre notre dernier objectif de recherche. Nous avons interviewé un total de 27 personnes dont trois maîtres formateurs de l'ASSTSAS ayant participé à la conception et à l'implantation du programme PDSB. Tous les hôpitaux sélectionnés recevaient un financement public. Ils sont situés dans les régions de Montréal et de la Montérégie. Leurs caractéristiques traduisent la diversité de celles que l'on retrouve dans le système hospitalier en ce qui concerne la vocation (générale (n=3), spécialisée (n=1) et ultra spécialisée (n=1)), la taille et le type de soins (aigus et longue durée). Deux des établissements sont affiliés à l'Université de Montréal. À l'association sectorielle, nous avons interviewé les concepteurs et les coordonnateurs du programme.

Tableau 5.3.1 Catégorie de répondants par type d'établissement

	Hôpitaux de longue durée (n=3)	Hôpitaux de courte durée (n=2)	ASSTSAS
Concepteur / coordonnateur	---	---	3
Formateurs PDSB (infirmières, préposés aux bénéficiaires)	6	3	---
Gestionnaires de ressources humaines/ services administratifs	6	1	---
Gestionnaires et représentants en santé et sécurité du travail	2	4	---
Travailleurs	1	1	---

Les résultats des entrevues sont présentés selon les trois perspectives retenues (ASSTSAS, hôpitaux, travailleurs) sous forme de tableaux incluant les coûts et avantages tels qu'identifiés par les répondants.

5.3.1 Variables de coûts et avantages

5.3.1.1 Perspective de l'ASSTSAS

Les données sur cette perspective d'analyse ont été recueillies auprès de trois maîtres formateurs rencontrés à l'ASSTSAS. Ces personnes ont participé à la conception et coordonnent actuellement le programme PDSB à l'ASSTSAS.

**Tableau 5.3.2 Liste des variables de coûts du programme PDSB
selon la perspective de l'ASSTSAS**

Variable	Description	Exemple de valorisation monétaire
Conception du programme	Dépenses pour les activités de création du contenu du cours et du matériel pédagogique par personnel spécialisé, consultants, etc.	Salaire horaire, factures, honoraires professionnels,...
	Professionnels formateurs Formation de maîtres formateurs : Temps de libération	Salaire horaire, honoraires professionnelles
	Matériel pédagogique (impression du cahier de formation, ...)	Prix unitaire
Dispensation	Maîtres formateurs	Salaire horaire
	Déplacement des maîtres formateurs	Factures
	Salle de cours (location)	Prix du marché
	Matériel pédagogique (ordinateur, canon, film,...)	Factures
	Inscription des participants (envois postaux, ...)	Total des salaires horaires versés
	Publicité	Factures
	Cartes d'accréditation (émission, fabrication, renouvellement)	Factures, total des salaires horaires versés
	Personnel de soutien technique	Total des salaires horaires versés
Mise à jour du programme	Formation de maîtres formateurs et mise à jour des connaissances Révision du programme Révision du matériel pédagogique Réunions (temps)	Honoraires professionnels, total des salaires horaires versés
Évaluation	Contrôle de qualité PDSB par les coordonnateurs de L'ASSTSAS	Honoraires professionnels, total des salaires horaires versés
Autres dépenses	Temps perdu à concevoir une vidéo non terminée, abandon d'un projet de rédaction de documents de soutien	Honoraires professionnels, total des salaires horaires versés

**Tableau 5.3.3 Liste des variables d'avantages du programme PDSB
selon la perspective de l'ASSTSAS**

Variable	Description	Exemple de valorisation monétaire
Présence de ressources qualifiées PDSB dans les hôpitaux	Nombre de personnel hospitalier devenu formateur PDSB actif	Aucune mesure directe
Conscientisation aux risques	Modification d'équipements inadéquats dans les hôpitaux	Aucune mesure directe
Rayonnement	Contacts continuels avec le terrain	Aucune mesure directe
	Reconnaissance accrue dans le milieu	Aucune mesure directe
Amélioration des connaissances dans les hôpitaux	Techniques de manutention Enjeux entourant la manutention	Aucune mesure directe
Réduction des lésions	Moins de travailleurs souffrant de lésions dues à une mauvaise manutention	Indemnités versées
Réputation de l'ASSTSAS	Contribue à la bonne réputation Crédibilité dans le milieu	Aucune mesure directe
Satisfaction du personnel	Maître formateur	Aucune mesure directe
Changement des mentalités	Contribue à changer les mentalités par rapport à la prévention	Aucune mesure directe
Promotion de la prévention via les maîtres formateurs		Aucune mesure directe

Les tableaux 5.3.2 et 5.3.3 présentent respectivement les variables coûts et avantages telles que discutées lors des entrevues. Selon les répondants, le coût du PDSB est lié tant à l'ensemble des démarches qui ont conduit à la création du contenu et du matériel pédagogique qu'aux ressources nécessaires à sa dispensation, à sa mise à jour et à son évaluation. De façon générale, ces variables de coûts sont tangibles et objectives. Elles peuvent être recueillies auprès de l'organisme ou facilement estimées.

Quant aux variables définissant les avantages du programme, nous constatons qu'elles sont davantage liées à la mission et à la raison d'être de l'organisme pour ses partenaires. Par exemple, promouvoir la prévention, accroître les connaissances, changer les mentalités, être plus prêt du milieu sont des avantages intangibles plus difficiles à quantifier et à objectiver.

5.3.1.2 Perspective de l'établissement de santé

Les données sur cette perspective ont été recueillies auprès des instructeurs PDSB, des gestionnaires des services administratifs, des ressources humaines et des programmes de santé et sécurité au travail.

Les tableaux 5.3.4 et 5.3.5 présentent respectivement les variables coûts et avantages telles que discutées lors des entrevues. La perspective des établissements est d'autant plus intéressante que les informations recueillies proviennent de personnes appelées à jouer un rôle totalement différent, par rapport au programme, de celui de l'ASSTSAS et des formateurs. Les coûts identifiés pour les établissements font généralement l'objet de mesures dans les établissements ; il serait donc possible de les obtenir. Toutefois, certaines variables de coûts liés à l'implantation et à l'organisation du travail, bien que présentes et réelles, ne font pas l'objet de mesures systématiques dans les établissements. Par exemple, le surplus de travail occasionné lorsqu'un membre d'une équipe est absent pour sa formation ou la diminution du temps d'exécution des tâches nécessitent le développement d'instruments de collecte d'information.

Les variables d'avantages (tableau 5.3.5) identifiées touchent à la fois les travailleurs/travailleuses ainsi que les patients. Il s'agit donc à la fois d'avantages directs (connaissances, santé et bien-être des travailleurs) et indirects (bien-être du patient) du programme. Certaines variables sont tangibles et des données à leur sujet pourraient éventuellement être recueillies et estimées en valeur monétaire. Il s'agit de celles reliées à la réduction des accidents et à la gravité des lésions. D'autres, telles que la qualité des soins et le climat de travail, nécessitent un travail plus important pour développer des instruments de mesure valides et fiables.

**Tableau 5.3.4 Liste des variables de coûts du programme PDSB
selon la perspective de l'établissement de santé**

Variable	Description	Exemple de valorisation monétaire
Formation des instructeurs	Frais d'inscription Frais de déplacement Temps de libération Frais de mise à jour de la formation	Factures Total des salaires horaires versés
Implantation dans l'hôpital	Temps de libération de l'instructeur pour : préparer le cours dispenser la formation suivi et coaching évaluer le personnel formé tâches de gestion du programme Temps de libération du personnel pour recevoir la formation Surplus de tâches pour les autres travailleurs Courtes rencontres hebdomadaires de suivi Matériel et équipements pédagogiques Évaluation ergonomique de l'environnement de travail (consultant) Salle de cours Publicité interne (affiches, dépliants,..)	Total des salaires horaires versés Factures Honoraires professionnels
Organisation du travail	Obligation de travailler à deux pour faire les manutentions Diminution de la vitesse d'exécution des manutentions / augmentation du temps alloué à la préparation de la manutention Formation de personnes ressource sur chaque étage	Total des salaires horaires versés Embauche de personnel
Procédures à l'embauche	Évaluation des connaissances PDSB à l'embauche	Aucune mesure directe
Ressources matérielles	Achat d'équipements ou modification des équipements existants (lève-personne, civières, piqués et toiles de déplacement,...) Modifications, aménagements des espaces, lieux de travail	Factures, prix du marché, soumissions

5.3.1.3 Perspective du travailleur

Nous avons recueilli des données sur cette perspective auprès des instructeurs PDSB et de travailleurs.

Tableau 5.3.6 Liste des variables de coûts du programme PDSB selon la perspective du travailleur

Variable	Description	Exemple de valorisation monétaire
Mise à jour, suivi	Temps de dîner	A définir

Les tableaux 5.3.6 et 5.3.7 présentent respectivement les variables coûts et avantages telles que discutées lors des entrevues. Nous constatons que le seul coût identifié par les travailleurs est le temps qu'ils doivent prendre à leur charge pour la mise à jour des connaissances. Cette variable est tangible et objective.

Les variables d'avantages sont plus nombreuses. Toutefois elles sont de nature intangible pour la plupart. Les mesures de ces variables et leur estimation en valeur monétaire exigent le développement d'instruments spécifiques.

**Tableau 5.3.7 Liste des variables d'avantages du programme PDSB
selon la perspective du travailleur**

Variable	Description	Exemple de valorisation monétaire
Meilleure santé et bien-être au travail	Réduction des petites lésions non déclarées mais douloureuses Réduction des douleurs musculaires lors de manutention Réduction des douleurs musculaires (réduction de la consommation de médicament)	Factures Aucune mesure directe
Tâche	Amélioration des compétences et connaissances Capacité d'analyse des dangers et risques Uniformisation des méthodes de travail Économie de gestes (moins de fatigue) Meilleure communication avec les collègues en situation de travail Appropriation de la tâche et de l'environnement de travail Consolidation du travail d'équipe Accès à de meilleurs équipements et environnements de travail Sentiment de sécurité lors de manutentions (réduction de la peur) Réduction du stress Meilleure communication avec le patient	Aucune mesure directe
Climat	Sentiment d'être écouté Soutien de la part de la direction Meilleur esprit d'équipe Satisfaction au travail	Aucune mesure directe

5.3.2 Interventions alternatives et données disponibles

Lors des entrevues, nous avons demandé aux répondants s'il existait, dans leur établissement, d'autres interventions visant à réduire les troubles musculo-squelettiques chez le personnel soignant. Cette démarche a permis de constater que peu d'interventions autres que le PDSB ont été mises sur pied pour réduire l'incidence des TMS dans les établissements à l'étude. Les interventions citées concernent l'achat d'équipements plus sécuritaires et plus

particulièrement de civières ajustables. En outre, les intervenants de l'ASSTSAS, nous ont indiqué deux programmes possibles soit, le projet « Prévention des accidents au dos » et le projet « Réaménagement des chambres et espaces de travail en établissement de santé ».

Avec l'aide de monsieur Poulin de l'ASSTSAS, nous avons identifié les rares établissements n'ayant pas de formateurs PDSB accrédités depuis les cinq dernières années. Nous avons réalisé une enquête téléphonique auprès des responsables de la formation ou de la santé et de la sécurité du travail (n = 4), d'une conseillère en santé et en sécurité du travail (n = 1), du directeur général ou de son assistante (n = 2) et de préposés aux bénéficiaires (n = 2), pour constater qu'aucun programme de prévention visant à réduire les lésions musculo-squelettiques n'était en place.

Par ailleurs, nous avons contacté le Ministère de la Santé et des services sociaux afin de connaître les données financières et opérationnelles disponibles sur les établissements de santé au Québec. Les postes comptabilisés par établissement sont globaux et ne permettent pas d'attribuer les sommes à un programme de prévention en particulier. Par exemple, la rubrique projets et programmes ad hoc de promotion de la santé comprend tous les programmes de prévention sans distinction. Il faut donc contacter chacun des établissements pour obtenir ces informations sous forme détaillée.

6. DISCUSSION

Cette étude comportait trois parties, soient la description de la théorie sous-jacente du programme PDSB et de son implantation dans les centres hospitaliers du Québec, ainsi que l'identification des variables de coûts et d'avantages du programme et des interventions alternatives.

Le PDSB a subi des modifications entre le début et la fin de notre étude, ce qui est courant en recherche évaluative. Ce phénomène rend difficile sa description puisqu'il importe de circonscrire ses caractéristiques à l'intérieur d'un espace temps. Afin de contourner ce problème, nous avons procédé à une étude exhaustive du contenu des deux versions du programme et avons rendu compte explicitement des changements dans nos résultats. De plus, nous avons eu recours à plusieurs sources d'informations, soient les cahiers produits par l'ASSTSAS, la revue *Objectif prévention* et trois sessions de formation que nous avons observées directement. Dans le cas de la première session, nous l'avons enregistrée et retranscrite pour ensuite procéder à l'analyse de contenu du verbatim. Le matériel ainsi produit nous a servi à faire l'observation systématique des deux autres sessions. La triangulation des sources d'information et des méthodes a permis d'optimiser la validité interne de nos résultats relatifs à la théorie sous-jacente du PDSB.

Notre analyse de la théorie sous-jacente s'est faite à partir de cadres conceptuels issus du domaine de l'éducation. En outre, nous avons utilisé des critères issus de ce domaine de même que de la promotion de la santé pour apprécier la plausibilité des hypothèses de la théorie du programme. Nous n'avons pas évalué la plausibilité des hypothèses relatives aux postures et aux mouvements prescrits compte tenu de l'insuffisance de données probantes en biomécanique et en ergonomie, sur la relation entre les caractéristiques des forces exercées sur certains tissus et les atteintes tissulaires susceptibles d'expliquer des douleurs au dos (Delisle, 2005).

En ce qui concerne la seconde partie de notre étude, soit l'enquête auprès des formateurs PDSB actifs des centres hospitaliers, nous avons obtenu un taux de réponse de 51,04%. Bien que ce taux soit modeste, il demeure satisfaisant puisqu'il s'applique à l'ensemble de la population à l'étude et non à un échantillon, comme c'est le cas dans la majorité des enquêtes menées en milieu de travail et portant sur la santé et la sécurité au travail. L'une des principales raisons pour lesquelles nous n'avons pas obtenu de taux de réponse supérieur réside dans le fait que des formateurs qui n'avaient pas effectué d'activités de formation, au cours des douze derniers mois, n'ont pas jugé utile de compléter le questionnaire. Il nous est donc impossible de comparer les caractéristiques des non répondants à ceux qui ont participé à l'étude, d'autant plus que la banque de données de l'ASSTSAS ne comporte pas données socio-démographiques.

La longueur de notre questionnaire peut également avoir été un obstacle à l'obtention d'un taux de réponse supérieur. Toutefois, son contenu est exhaustif, ayant fait l'objet de validations auprès de maîtres formateurs et de concepteurs du programme, ce qui est un atout indéniable. Par ailleurs, sa fiabilité s'est avérée excellente dans l'ensemble. La validité et la fiabilité de notre instrument en font un outil utile non seulement pour la surveillance régulière du programme mais aussi pour d'autres chercheurs intéressés par ce programme ou d'autres semblables. Toutefois, les variables qui portent sur la perception des formateurs quant à l'impact de leurs activités ont

montré une faible fiabilité. Il est fort possible que le postulat de stabilité dans le temps, sur lequel repose le test re-test pour ces variables, ne s'applique pas. En effet, on peut présumer que l'impact varie en fonction des groupes auprès desquels les formateurs interviennent. Par conséquent, la perception de cet impact, par les formateurs, peut varier de façon concomitante. Nos résultats ne nous permettent pas de nous prononcer de façon concluante à cet égard.

Enfin, pour ce qui est de la troisième partie de l'étude, les perspectives de tous les groupes d'acteurs concernés par le PDSB ont été prises en compte. Une telle approche est recommandée dans le domaine de l'évaluation mais rares sont les études qui suivent cette directive de façon exhaustive.

À notre connaissance, aucune publication ne décrit une démarche similaire à la nôtre, concernant un programme de formation visant la prévention primaire de maux de dos en milieu de travail. Dans la littérature relative à la santé et à la sécurité du travail, plusieurs recherches évaluatives font l'objet de publications. Celles-ci s'inscrivent essentiellement dans une démarche expérimentale ou observationnelle, de type épidémiologique. L'absence de publications relatives à une démarche comme la nôtre n'est pas surprenante puisque l'épidémiologie s'appuie généralement sur le modèle de la boîte noire, c'est-à-dire que la théorie sous-jacente aux interventions évaluées et la description de leur implantation retiennent très rarement l'attention des chercheurs. Or des recherches évaluatives, dans d'autres domaines, ont montré que l'absence de formulation explicite de la théorie sous-jacente d'une intervention a des conséquences majeures. D'une part, en l'absence d'une telle formulation, l'intervention ne peut être répliquée adéquatement. D'autre part, la possibilité d'effectuer un contrôle de la qualité de l'intervention ou encore d'en évaluer l'efficacité est fortement compromise (Hoogerwerf, 1990). Enfin, la conceptualisation de la théorie d'une intervention peut révéler la variation des hypothèses ou encore la présence d'hypothèses non fondées, chez le personnel responsable de l'intervention, quant aux déterminants de son efficacité. Une prise de conscience de telles hypothèses durant l'étude, peut aider ce personnel à reformuler des hypothèses plausibles et à ajuster le processus de leur intervention en conséquence.

Le PDSB est un programme complexe qui repose sur trois types d'interventions. En principe, le formateur doit dispenser un programme de formation régulier au personnel soignant de son établissement, pour prévenir l'occurrence d'accidents susceptibles d'entraîner des maux de dos, lors du déplacement des patients. Il doit également remplir un rôle d'agent de prévention dans son établissement en contribuant, avec le personnel qu'il a formé, à l'identification des facteurs de risque de lésions professionnelles et à la mise en place de mesures de prévention primaire appropriées. Enfin, on l'encourage à former des agents de suivi qui sont censés l'aider dans son rôle d'agent de prévention. Notre étude a montré que près des trois quarts (72,7%) des formateurs actifs au moment de l'étude ont mené des activités de prévention, alors que 61% rapportent avoir offert des sessions de formation. Seuls 10,7% réalisent des activités de formation d'agents de suivi. Rares sont les formateurs qui dispensent ces trois types d'interventions. En effet, seuls 5% d'entre eux rapportent avoir dispensé l'ensemble des services et 13,4% de nos répondants n'ont accompli aucune des activités prescrites du PDSB. D'ailleurs, nous constatons une importante diversité du profil des pratiques des formateurs, avec dix profils différents. Deux d'entre eux sont plus fréquents, soient des activités de prévention seulement (23,0%) et de la prévention combinée à de la formation du personnel soignant (21,4%). Nos

résultats indiquent donc la présence d'un écart substantiel entre la nature des interventions du programme prescrit et celles effectivement implantées dans les établissements de santé du Québec. Il importe de souligner que les motifs invoqués par les formateurs pour expliquer l'absence de formation PDSB au cours des 12 derniers mois étaient principalement le manque de ressources mises à leur disposition par leur établissement et le fait que ce dernier leur ait demandé de se consacrer uniquement au suivi auprès du personnel formé.

En ce qui concerne le premier type d'intervention effectué par les formateurs, c'est-à-dire la formation dispensée au personnel soignant, les objectifs intermédiaires prescrits sont de rendre les travailleurs aptes à :

1. Analyser les composantes des différentes situations de déplacement de bénéficiaires.
2. Identifier des correctifs sur les aspects déficients ou non sécuritaires.
3. Choisir des méthodes sécuritaires et efficaces en fonction de la situation de travail.
4. Fournir des consignes claires et adaptées aux partenaires.
5. Réaliser les tâches de déplacement de façon sécuritaire.
6. Partager les informations pertinentes à la sécurité avec les membres de leur équipe.

Les contenus notionnels et l'ordre dans lequel ils sont censés être présentés ont été modifiés au cours des dernières années. Les versions antérieure et actuelle du programme incluent les contenus suivants :

- Statistiques relatives aux lésions professionnelles.
- Sources de dangers.
- Éléments de la situation de travail, leurs interrelations et les solutions possibles.
- Anatomie et fonctionnement de la colonne vertébrale.
- Conséquences des lésions professionnelles.
- Capacités d'agir en prévention.
- Principes de préparation.
- Besoins et niveaux d'assistance.
- Communication avec le patient.
- Principes de positionnement, de prise et de mouvement.
- Principes d'utilisation des équipements.
- Obstacles à l'application des principes.
- Processus de résolution de problèmes.

Notre étude a révélé qu'une très forte majorité des formateurs qui donnent ce cours abordent chacun de ces contenus, à l'exception du premier. Celui-ci, rappelons-le, a été retranché du plus récent cahier du formateur. Les contenus notionnels portant sur le cœur du PDSB, à savoir les principes de préparation, de positionnement, de prise et de mouvement sont couverts par la presque totalité des formateurs. Il semble donc y avoir très peu de variation au niveau des contenus abordés.

Le contenu notionnel de la formation PDSB serait commun à la plupart des programmes de formation, visant la prévention primaire des lésions musculo-squelettiques (Lagacé, 2005). Cette

auteure a procédé à une recension systématique des écrits, pour un mémoire de maîtrise réalisé dans le cadre de la présente étude.

Notre analyse de la théorie sous-jacente a montré que les formateurs sont censés poursuivre tous les objectifs pédagogiques de la taxonomie de Bloom et al. (1969), soient l'acquisition de connaissances, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation et ce pour les objectifs intermédiaires 1, 3, 4 et 5. En outre, pour ces mêmes objectifs, les méthodes pédagogiques doivent être progressives, passant de méthodes centrées sur le formateur avec cours magistral aux méthodes expérientielles avec jeux de rôle et expérimentation en milieu réel de travail. En raison de ces aspects, il est probable que le PDSB favorise l'apprentissage adéquat des principes de préparation, de positionnement, de prise et de mouvement, et de leurs combinaisons en fonction des situations de travail, ce qui est la pierre angulaire du programme. Toutefois, nous avons noté l'absence de cohérence parfaite entre les critères proposés pour juger de l'autonomie des patients et ceux suggérés ultérieurement pour mesurer leurs capacités.

Pour les objectifs d'identification des correctifs et de partage d'informations relatives à la sécurité, soient les objectifs intermédiaires 2 et 6, seuls les objectifs de connaissance et de compréhension sont couverts, ce qui risque de réduire la portée de l'apprentissage. En outre, les objectifs de connaissance n'incluent pas toutes les informations pertinentes. En effet, seuls les règlements et les articles de loi sont abordés, peu d'informations sur les comités de santé et sécurité du travail et autres structures organisationnelles sont fournies, et aucune recommandation au sujet des tactiques susceptibles d'être utilisées pour amener des changements organisationnels n'est formulée, l'accent étant mis sur les changement individuels. En outre, en ce qui concerne les méthodes pédagogiques recommandées pour l'atteinte de ces objectifs, aucune application en classe ou en milieu de travail n'est prévue, ce qui laisse penser que l'apprentissage des actions à accomplir dans les lieux de travail pour modifier les situations à risque serait limité.

L'analyse du contenu du programme et nos observations ont montré que deux activités additionnelles du PDSB permettaient de consolider la couverture des objectifs les plus abstraits et les plus complexes, soient l'analyse, la synthèse et l'évaluation. Il s'agit du processus de résolution de problèmes, de même que du suivi de formation devant être effectué sur les lieux de travail des participants. Les méthodes pédagogiques expérientielles individualisées, devant s'ajouter à l'ensemble des autres méthodes qui sont censées être employées tout au long de la formation, favorisent, à notre avis, l'analyse, la synthèse et l'évaluation des contenus notionnels couverts.

Dans les faits, au sein des établissements hospitaliers, nous observons que les méthodes pédagogiques varient selon les contenus et selon les formateurs. Les méthodes centrées sur le formateur sont très généralement adoptées, la plupart y recourant et ce, quel que soit le contenu abordé. Les méthodes interactives et expérientielles interactives apparaissent chez plus de 90% des formateurs lorsqu'ils traitent de principes à mettre en œuvre pour le déplacement des bénéficiaires. Les méthodes expérientielles interactives sont cependant utilisées par moins de 30% des formateurs lorsqu'ils enseignent les principes de prise. Le processus de résolution de problèmes, à notre avis important pour optimiser l'adoption des comportements par le personnel soignant, est abordé par 82,6% des formateurs et 81,0% d'entre eux font appel à des méthodes

pédagogiques expérientielles incluant des interactions. Bien qu'un faible pourcentage de formateurs s'écarte du programme prescrit, à ce sujet, on peut penser que l'impact de cet écart sur les effets attendus du programme risque d'être important puisque l'absence de mise en application de comportements prescrits entrave leur adoption (Weston et Cranton, 1986).

En ce qui concerne le deuxième type d'intervention accompli par les formateurs, soit leur activité d'agent de prévention, nous avons constaté que le contenu notionnel est très peu explicite. En outre, les méthodes pédagogiques sont essentiellement centrées sur le maître formateur qui met l'accent sur des cours magistraux. Aucune application en classe ou en milieu de travail n'est prévue. Ces résultats appuient ceux d'un mémoire de maîtrise basé sur une étude exploratoire (Gagné, 2003), réalisé dans le cadre du présent projet, qui a montré que les formateurs PDSB semblent mettre l'accent sur des tactiques qui visent à modifier les comportements du personnel soignant, peu de tactiques étant déployées pour tenter d'apporter des changements organisationnels. En somme, il est probable que l'apprentissage des formateurs quant aux actions à accomplir dans les lieux de travail pour modifier les situations à risque soit limité. Encore ici, on met l'accent sur la modification de comportements individuels des travailleurs. Or il est reconnu depuis plusieurs années que la réduction des risques et la promotion de saines habitudes requièrent des actions à divers niveaux, soient l'individu, son environnement et la société. Ces actions s'exercent entre autres par l'éducation individuelle et les politiques organisationnelles et sociales (Organisation mondiale de la santé, 1986).

Notre enquête auprès des formateurs oeuvrant au sein des établissements de santé du Québec indique que les formateurs actifs qui ne s'impliquent pas dans des activités de prévention invoquent les mêmes raisons que celles mises de l'avant pour expliquer l'absence de formation PDSB, soient l'insuffisance de ressources et la demande de leur établissement de se consacrer uniquement au suivi. Les formateurs qui mènent des activités de prévention au sein de leur établissement respectif, soit 72,7%, y consacrent en moyenne 8,35 heures par mois ou un peu plus d'une journée. Ils reçoivent 6,77 demandes par mois des différents groupes d'intérêts, composés pour la moitié de travailleurs et, dans une moindre mesure, des chefs d'unité ou de service. Nos résultats révèlent que la majorité des caractéristiques des activités de prévention varient de manière très importante, ce qui semble traduire des contextes organisationnels diversifiés. En moyenne, les activités résultent dans des proportions similaires de demandes du milieu de travail et de l'initiative des formateurs. Nous notons que les activités les plus fréquentes concernent la formulation de conseils à l'intention des collègues relativement à l'exécution de déplacement ou à leur sécurité en fonction des capacités des bénéficiaires. Ces activités sont donc essentiellement centrées sur les travailleurs et portent beaucoup moins sur les changements qui pourraient être apportés au plan organisationnel.

Enfin, en ce qui a trait à la formation d'agents de suivi, nous avons observé au plan de la théorie sous-jacente l'absence de contenu notionnel des sessions de formation de formateurs et des cahiers de formation. L'apprentissage n'étant pas encadré, il semble que seules des lectures complémentaires peuvent être une source de connaissances. Il est donc plausible de croire que ce type d'activités varie de manière importante chez les formateurs. C'est ce que révèlent les résultats de notre étude. En effet, les 20 formateurs (10,7%) qui ont dispensé ce type d'intervention ont formé en moyenne 8,45 agents en 1,85 sessions. Il importe de souligner que

plus de 80% ont conçu leur propre matériel pédagogique. Dans l'ensemble, les activités semblent être conformes à ce que l'ASSTSAS prescrit en la matière.

Notre démarche a permis de constater que les variables de coûts et d'avantages varient considérablement selon la perspective d'analyse retenue. Plusieurs des variables de coûts et avantages des programmes de prévention inventoriées par Mossink et al. (2002) ont été identifiées par nos répondants. En outre, notre étude a permis de constater que les avantages associés à un programme de prévention tel que le PDSB ne se limitent pas à une réduction des accidents ou des absences au travail pour maladie. Une part importante des avantages identifiés pour les perspectives d'analyse associées à l'hôpital et au travailleur sont de nature plus intangible et n'ont pas de mesure de prix directe. Actuellement, il n'y a pas de consensus sur la façon d'attribuer des valeurs monétaires à ce type d'avantages (Mossink et al., 2002 ; Maetzel et Li, 2002). Toute analyse coûts/avantages sur le PDSB devrait débiter par la validation, auprès d'un auditoire plus large, des variables identifiées afin de retenir les plus pertinentes et d'établir l'espace temporel nécessaire à leur actualisation (apparition de ces avantages à court, moyen ou long terme). Parallèlement, un devis d'analyse des effets devrait être développé afin de mesurer les variables d'effets retenues en indice réel, ainsi qu'une méthode d'estimation des prix pour ces variables, basée sur l'approche « *willingness-to-pay* ». Ces étapes pourraient être conduites en collaboration avec les représentants des principales parties prenantes concernées (ASSTSAS, hôpitaux, représentants des travailleurs) afin qu'elles soient en mesure de comprendre les décisions méthodologiques et leur impact sur les résultats et leur interprétation.

7. CONCLUSION

Nos résultats permettent de cibler des changements qui pourraient être apportés au programme PDSB afin de l'améliorer. À la lumière de nos résultats, nous formulons les recommandations qui suivent à l'intention de l'ASSTSAS.

I. Formation PDSB

1. Pour le contenu relatif à l'objectif 1, soit l'analyse des situations de travail.
 - a. Utiliser les mêmes critères pour juger de l'autonomie des patients et mesurer leurs capacités.
 - b. Ajouter un exercice d'application en classe afin de permettre au personnel soignant d'analyser l'ensemble des composantes d'une situation de travail ainsi que leurs interactions et ce, avant l'expérimentation sur le terrain.
2. Pour les objectifs 2 et 6, soit l'identification des correctifs et le partage des informations pertinentes à la sécurité.
 - a. Enrichir le contenu notionnel des objectifs de connaissance de manière à fournir toute information pouvant aider les participants à favoriser l'implantation de correctifs lorsque celle-ci nécessite l'implication d'autres intervenants dans leur établissement. Il s'agit des comités de santé et sécurité du travail et des autres structures organisationnelles susceptibles

d'être impliquées en santé et en sécurité du travail, tels que les unités de soins ou le service des ressources humaines. Leurs objectifs, leur composition, et leurs activités, tels que prescrits par la Loi sur la santé et la sécurité du travail ou des politiques internes aux établissements, devraient être exposés. En outre, il serait utile d'informer les individus formés des données probantes disponibles sur les facteurs qui favorisent l'efficacité de telles structures. Enfin, on devrait inclure des notions de changement organisationnel afin d'aider le personnel soignant à adopter des tactiques et des stratégies optimales pour favoriser l'implantation des correctifs qu'ils auront identifiés.

- b. Ajouter un objectif d'application, afin d'accroître la portée de l'apprentissage.
 - c. En ce qui concerne les méthodes pédagogiques, nous recommandons l'utilisation de pratiques en classe ou d'exercice en milieu de travail afin d'accroître les compétences des individus formés à modifier les situations à risque qu'ils auront identifiées.
 - d. Ajouter un contenu notionnel et des objectifs pédagogiques explicites pour atteindre le sous-objectif du PDSB qui est de permettre au personnel soignant d'acquérir un langage commun lors des échanges sur la sécurité des manœuvres.
3. Pour l'objectif 3, soit choisir des méthodes sécuritaires et efficaces selon les caractéristiques de la situation de travail.

Compléter le contenu notionnel sur les principes de mouvement en incluant les cas de figure qui concernent l'assistance partielle au lit et à la marche. Il y aurait avantage à les traiter en même temps que ceux relatifs à l'assistance partielle au fauteuil plutôt que d'attendre après l'exercice d'intégration en milieu de travail. Cela permettrait aux participants de posséder les connaissances requises avant de les soumettre à une application, ce qui faciliterait l'apprentissage des principes.

II. Agent de prévention

Si l'ASSTSAS souhaite maintenir cette composante du programme PDSB, elle devra revoir ses objectifs et leur contenu notionnel de manière à mieux outiller les formateurs. L'accent devra être mis sur l'acquisition de tactiques et de stratégies pouvant leur être utiles pour favoriser l'adoption de modifications organisationnelles. Tous les objectifs de la taxonomie de Bloom devraient être couverts et les méthodes pédagogiques devraient être exhaustives.

III. Formation d'agents de suivi

La même recommandation que celle formulée précédemment s'applique. Dans ce cas, le travail à faire sera plus imposant puisque le programme comporte très peu d'éléments sur cet aspect.

Notre étude n'avait aucunement pour objectif d'expliquer la variation des pratiques des formateurs dans les établissements de santé du Québec. Avant d'atteindre un tel objectif, il importait de vérifier s'il y avait une telle variation. En raison de l'importance d'une telle diversité des pratiques, il nous apparaît pertinent de recommander qu'une telle recherche évaluative soit menée ultérieurement. Cela dit, puisque les raisons pour lesquelles les pratiques varient nous sont inconnues, il est difficile de formuler des recommandations aux formateurs qui tiendraient compte des opportunités et des obstacles qu'ils rencontrent dans le cadre de leur travail. Nos données nous permettent de formuler une recommandation générale et une recommandation spécifique. Pour la formation PDSB, étant donné le bien fondé de la théorie du programme, nous recommandons aux formateurs de suivre, autant que possible, le programme prescrit par l'ASSTSAS. Au plan spécifique nous insistons sur l'importance d'adopter les méthodes expérientielles interactives, tel que prescrit par l'ASSTSAS, pour l'enseignement des principes de prise et du processus de résolution de problèmes.

Enfin, nous recommandons à l'ASSTSAS de déployer une stratégie afin d'aider les formateurs à obtenir davantage de ressources, dans leur établissement respectif, pour mener leurs activités. Selon nos résultats, il s'agit du principal frein à la mise en œuvre du programme dans certains milieux de travail.

Nos résultats permettent à toute organisation qui souhaiterait implanter un programme similaire au PDSB d'en connaître précisément chacune des composantes. De plus, ils faciliteront les activités de contrôle de qualité du programme par l'ASSTSAS. Nos résultats seront également utiles à l'identification de l'ensemble des effets attendus du PDSB, à la formulation d'hypothèses réalistes pour d'éventuelles analyses des effets, en fonction des points forts et des lacunes observées dans la théorie sous-jacente et dans l'implantation du programme. Enfin, nos résultats traduisent l'importance de définir des méthodes de valorisation monétaire optimales à l'égard d'effets intangibles de programmes similaires au PDSB, telles la motivation des employés, la douleur liée aux lésions musculo-squelettiques ou encore l'amélioration du climat de travail.

Cette étude nous a permis de porter un jugement favorable sur la plausibilité de la théorie sous-jacente au PDSB. Ces résultats sont applicables à des programmes similaires à ce dernier. En outre, ils permettent d'encourager l'adoption de programmes présentant des caractéristiques similaires. Nous avons également confronté les caractéristiques prescrites du processus et de la structure d'un programme de prévention primaire des maux de dos, axé sur la formation du personnel par des pairs, à celles des programmes qui sont effectivement implantés. Les écarts, de même que la variation entre les pratiques des formateurs que nous avons constatés s'ajoutent aux résultats des quelques recherches évaluatives effectuées dans le domaine. Ils montrent l'importance de vérifier le degré d'implantation d'un programme avant d'en évaluer les effets.

Références

1. Amosun, S.L., Falodun, P.T. (1991). Low back pain. *Central African Journal of Medicine*, 37, 120-123.
2. Andres, R.O. (2000). The OSHA ergonomics standard: status report. *Nursing Homes*, 49 (9), 22-24.
3. Arcand, C. (1994). L'agent de suivi PDSB, une approche qui donne des résultats. *Objectif prévention*, 17 (4), 21-22.
4. ASSTSAS (1991). *Guide de références PDSB*.
5. ASSTSAS (2000). *Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement*.
6. ASSTSAS (2003). *Réactualisation du PDSB*.
7. Berthelette, D. (1999). statistical implementation analysis of a public occupational health programme – the canadian case. In E. Menckel & P. Westerholm (Eds.), *Evaluation in Occupational Health Practice*. Oxford : Butterworth Heinemann.
8. Best, M. (1997). An evaluation of manutention training in preventing back strain and resultant injuries in nurses. *Safety Science*, 25, 202-222.
9. Bickman, L. (Eds.) (1987). Using program theory in evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 33. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
10. Bloom, B.S., Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H., & Krathwohl, D.R. (1969). *Taxonomie des objectifs pédagogiques, tome 1 : domaine cognitif*. Montréal : Les entreprises éducation nouvelle Inc.
11. Bohr, P. & Barrett, N. (1997). Assessing the efficacy of educational programs for musculoskeletal work injury prevention. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 7 (4), 239-247.
12. Brody, B., Létouneau, Y., Poirier, A. (1990). Les coûts indirects des accidents du travail (R-044). Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail
13. Caillot, M. (1994). Des objectifs aux compétences dans l'enseignement scientifique. Une évolution de vingt ans. In F. Ropé & L. Tanguy (Eds.), *Savoirs et compétences : de l'usage de ces notions dans l'école et l'entreprise*. Paris, France : L'Harmattan.
14. Clyne, G. & Edwards, R. (2002). Understanding economic evaluations: a guide for health and human services. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 17 (3), 1-23.
15. Contandriopoulos, A.P., Champagne, F., Denis, J.L., & Pineault, R. (1992). *L'évaluation dans le domaine de la santé*. Université de Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
16. C.S.S.T. (2005). *Données observées au 31 décembre suivant l'année de l'événement pour les années d'événement 1999 à 2003* (Rapport d05-485a). Québec : D.C.G.I., Service de la statistique.

17. Daltroy, L.H. , Iversen, M.D., Larson, M.G., Lew, R., Wright, E., Ryan, J., Zwerling, C., Fossel, A.H., & Liang, M.H. (1997). A controlled trial of an education program to prevent low back injuries. *The New England Journal of Medicine*, 337 (5), 322-328.
18. Daltroy, L.H., Iversen, M.D., Larson, M.G., Ryan, J., Zwerling, C., Fossel, A.H., & Liang, M.H. (1993). Teaching and social support : effects on knowledge, attitudes, and behaviors to prevent low back injuries in industry. *Health Education Quarterly*, 20 (1), 43-62.
19. Delisle, A. (2005). *Des interventions à développer, à supporter et à évaluer du point de vue biomécanique*. Actes du 1^{er} Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur. Nancy, France, mai.
20. Denis, J.L. & Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 5 (2), 47-67.
21. Desnoyers, L. (2005). *La communication en congrès. Repères ergonomiques*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
22. Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L. & Torrance, G.W. (Eds.). (1997). *Methods for the economic evaluation of health care programs*. 2nd Ed. Oxford : Oxford University Press.
23. Dudley, S.E. & Bradford Delong, W. (2001). OSHA's Ergonomics program standard and musculoskeletal disorders: an introduction. *Ergonomics*, 22 (1) 1-14.
24. Duguay, P., Hébert, F. & Massicotte, P. (2003). *Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail au Québec : analyse par profession en 1995-1997* (R-332). Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail.
25. Engels, J.A., Brandsma, B., & Van der Gulden, J.W.J. (1997). Evaluation of the effects of an ergonomic-educational programme. The assessment of ergonomic errors made during the performance of nursing tasks. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 69, 475-481.
26. Fanello, S., Jousset, N., Roquelaure, Y., Chotard-Frampas, V., & Delbos, V. (2002). Evaluation of a training program for the prevention of lower back pain among hospital employees. *Nursing and Health Sciences*, 4 (1-2), 51-54.
27. Feldstein, A., Valanis, B., Vollmer, W., Stevens, N., & Overton, C. (1993). The back injury prevention project pilot study. *Journal of Occupational Medicine*, 35 (2), 114-120.
28. Gagné, M. (2003). *Tactiques et stratégies des formateurs du Programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires*. Mémoire de maîtrise en administration des affaires (profil recherche), Université du Québec à Montréal.
29. Gatty, C.M., Turner, M., Buitendrop, D.J. & Batman H. (2003). The effectiveness of back pain and injury prevention programs in the workplace. *Work*, 20, 257-266.
30. Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (Eds.). (1991). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Éditions ANACT.

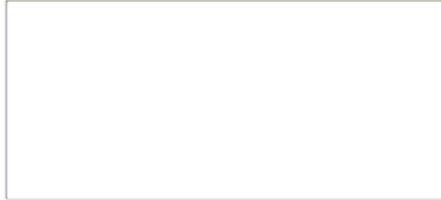
31. Hoogerwerf, A. (1990). Reconstructing Policy Theory. *Evaluation and program planning*, 13, 285-291.
32. Hsiang, S.M., Brogmus, G.E. & Courtney, T.K. (1997). Low back pain (LBP) and lifting technique: a review. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 19, 59-74.
33. Jacobs, P. & Fassbender, K. (1998). The measurement of indirect costs in the health economics evaluation literature: A review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 14 (4), 799-808.
34. Jansen, J.P., Morgenstern, H., & Burdorf, A. (2004). Dose-response relations between occupational exposures to physical and psychosocial factors and the risk of low back pain. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(12), 972-979.
35. Jean, F. (1995). Des agents multiplicateurs PDSB. *Objectif prévention*, 18 (4), 40.
36. Johnsson, C., Carlsson, R., & Lagerström M. (2002). Evaluation of training in patient handling and moving skills among hospitals and home care personnel. *Ergonomics*, 45 (12), 850-865.
37. Jonnaert, P. (Eds.). (2002). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Bruxelles : De Boeck-Wesmael, Collection Perspectives en éducation.
38. Karas, B.E. & Conrad, K.M. (1996). Back injury prevention interventions in the workplace. An integrative review. *American Association of Occupational Health Nurses*, 44 (4), 89-196.
39. Karhu, O., Hakonen, R., Sorvali, P., & Vepsäläinen, P. (1981). Observing working postures in industry: Examples of OWAS application. *Applied Ergonomics*, 12 (1), 13-17.
40. Kjellberg, K., Lagerstrom, M., & Hagberg, M. (2003). Work technique of nurses in patient transfer tasks and associations with personal factors. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 29 (6), 468-77.
41. Lagacé, M.-C. (2005). *Théorie sous-jacente d'une formation comme intervention préventive des maux de dos : une analyse logique du PDSB*. Mémoire de maîtrise en administration des affaires (profil recherche), Université du Québec à Montréal.
42. Lagerström, M., Josephson, M., Pingel, B., Tjernström, G., & Hagberg, M. (1998). Evaluation of the implementation of an education and training programme for nursing personnel at a hospital in Sweden. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 21, 79-90.
43. Lahad, A., Malter, A.D., Berg, A.O., & Deyo, R.A. (1994). The Effectiveness of four interventions for the prevention of low back pain. *Journal of the American Medical Association*, 272 (16), 1286-1291.
44. Leigh, P.L., Cone, J.E., & Harrison, R. (2001). Costs of occupational injuries and illnesses in California. *Preventive Medicine*, 32, 393-406.
45. Loisel, P., Lemaire, J., Poitras, S., Durand, M.J., Champagne, F., Sock, S., Diallo, B., & Tremblay, C. (2002). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability

- prevention model for back pain management: a six year follow up study. *Occupational and environmental Medicine*, 59 (12), 807-815.
46. Lynch, R.M. & Freund, A. (2000). Short-term efficacy of back injury intervention project for patient care providers at one hospital. *American Industrial Hygiene Association Journal*, 61, 290-294.
 47. Maetzel, A. & Li, L. (2002). The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16 (1), 23-30.
 48. Maher, C.G. (2000). A systematic review of workplace interventions to prevent low back pain. *Australian Journal of Physiotherapy*, 46, 259-269.
 49. McCauley, M. (1990). The effect of body mechanics instructions on work performance among young workers. *American Journal of Occupational Therapy*, 44 (5), 402-407.
 50. Morken, T. Moen, B., Riise, T., Hauge, S.H.V, Holien, S., Langedrag, A., Olson, H.-O., Pedersen, S., Saue, I.L.L., Selebo, G.M. & Thoppil V. (2002). Effects of a training programme to improve musculoskeletal health among industrial workers-effects of supervisors role in the intervention. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 30, 115-127.
 51. Mossink, J. & De Greef, M. (2002). *Inventory of socioeconomic costs of work accidents* (Report ISBN 92-95007-67-0). Luxembourg : European Agency for Safety and Health at Work,
 52. Nygard, C.-H., Merisalo, T., Arola, H., Manka, M.-L., & Huhtala, H. (1998). Effects of work changes and training in lifting technique on physical strain : A pilot study among female workers of different ages. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 21, 91-98.
 53. Organisation mondiale de la santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, Canada.
 54. Oxenburgh, M.S. (1997). Cost-benefit analysis of ergonomics programs. *AIHA Journal*, 58 (2), 150-156.
 55. Patton, M.Q. (Eds.). (1991). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA : Sage Publications.
 56. Perrenoud, P. (Eds.) (1997). *Construire des compétences dès l'école*. Paris : ESF éditeur.
 57. Ruano-Borbalan, J-C. (Eds.). (2000). *Savoirs et compétences en éducation, formation et organisation*. Paris : Éditions Demos
 58. Schenk, R.J, Doran, R., & Stachura J.J. (1996). Learning effects of a back education program. *Spine*, 21 (19), 2183-2188.
 59. Scopa, M. (1993). Comparison of classroom instruction and independent study in body mechanic. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 24 (4), 170-173.
 60. Shadish, W.R., Cook, T.D. & Campbell, D.T. (Eds.). (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

61. Shi, L. (1993). A cost-benefit analysis of a California county's back injury prevention program. *Public Health Reports*, 108 (2), 204-211.
62. Smedley, J., Trevelyan, F., Inskip, H., Buckle, P., Cooper, C. & Coggon, D. (2003). Impact of an ergonomic intervention on back pain among nurses. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 29 (2), 117-123.
63. St-Vincent, M., Tellier, C., & Lortie, M. (1989). Training in handling: an evaluative study. *Ergonomics*, 32 (2), 191-210.
64. Tousignant, R. & Morissette, D. (Eds.). (1990). *Les principes de la mesure et de l'évaluation des apprentissages*. 2^e éd., Boucherville : Gaetan Morin éditeur.
65. Trevelyan, F. (2002). Evaluating the impact of an ergonomics intervention on hospital tasks and physical risk factors for back pain. *11th Conference of the New Zealand Ergonomics Society*, 99-104.
66. Valois, P., Godin, G., & Desharnais, R. (1991). *Théorie de prédiction du comportement : la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement interpersonnel, la théorie du comportement planifié*. Université Laval, Faculté des sciences de l'éducation, Département de mesure et d'évaluation, vol. 4, no. 1.
67. Van Driel, M. (Eds.). (2004). *Glossaire des termes utilisés en Evidence-Based Medicine*. Gent : Minerva.
68. Van Poppel M.N.M., Koes B.W., van der Ploeg T., Smid T., & Bouter L.M. (1998). Lumbar supports and education for the prevention of low back pain in industry. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 279 (22), 1789-1794.
69. Van Poppel, M. N.M., Hooftman, W.E., & Koes, B.W. (2004). An update of a systematic review of controlled clinical trials on the primary prevention of back pain at the workplace. *Occupational Medicine* 54 (5), 345-52.
70. Venning, P.J., Walter, S.D., & Stitt, L.W. (1987). Personal and job-related factors as determinants of incidence of back injuries among nursing personnel. *Journal of Occupational Medicine*, 29, 820-825.
71. Versloot, J.M., Rozeman, A., van Soon, A.M., & van Akkerveeken, P.F. (1992). The cost-effectiveness of a back school program in industry. *Spine*, 1, 22-27.
72. Videman, T., Rauhala, H., Asp, S. & al. (1989). Patient handling skill, back injuries, and backpain: an intervention study in nursing. *Spine*, 14, 148-156.
73. Volinn, E. (1999). Workplace interventions prevent low-back disorders? If so, why? A methodological? Commentary. *Ergonomics*, 42 (1), 258-272.
74. Walsh, N.E. & Schwartz, R. (1990). The influence of prophylactic orthoses on abdominal strength and low back injury in the workplace. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 69 (5), 245-250.
75. Westgaard, R.H., & Winkel, J. (1997). Ergonomic intervention research for improved musculoskeletal health: a critical review. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 20, 463-500.

76. Weston, C. & Cranton, P.A. (1986). Selecting instructional strategies. *Journal of Higher Education*, 57 (30), 259-288.
77. Yassi, A., Cooper, J.E., Tate, R.B., Gerlach, S., Muir, M., Trottier, J. & Massey, K. (2001). A randomized controlled trial to prevent patient lift and transfer injuries of health care workers. *Spine*, 26 (16), 1739-1746.

ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE



Les activités PDSB dans les établissements de santé du Québec

Caractéristiques des formateurs

Les questions qui suivent portent sur votre formation professionnelle et votre expérience à titre de formateur PDSB.

1. En quelle année avez-vous reçu votre première accréditation de formateur pour le programme "Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires" (PDSB) dispensée par l'ASSTSAS?

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Exemples : pour (19)72

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○	○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

pour (20)03

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
● ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

2. Aviez-vous reçu déjà une formation de base sur le PDSB avant de recevoir votre première accréditation à titre de formateur PDSB?

- Oui
- Non

Passez à la question 3

- 2a. Si oui, à quel(s) titre(s) aviez-vous reçu cette formation de base sur le PDSB? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent

- Personnel soignant ou de réadaptation, dans le cadre de votre travail
- Agent de suivi, dans le cadre de votre travail
- Étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement
- Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q02a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- 2b. Quelle était la durée de la première formation de base PDSB que vous avez reçue?

- une 1/2 journée
- 1 journée
- 2 journées
- plus de 2 journées
- Je ne me souviens plus

- 2c. En quelle année avez-vous reçu cette formation? (si vous en avez reçu plusieurs, inscrivez la date de la première formation reçue)

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



F_18603_2005

3. Avez-vous obtenu une réaccréditation depuis votre formation à titre de formateur PDSB?

- Oui
 Non ► **Passez à la question 6**

4. Combien de fois votre accréditation a-t-elle été renouvelée depuis que vous êtes formateur PDSB?

- 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois 6 fois 7 fois 8 fois 9 fois 10 fois 11 fois

5. En quelle année a eu lieu votre dernière réaccréditation?

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Quelle est votre date de naissance?

Jour	Mois	Année (dizaine)
<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 13 <input type="radio"/> 19 <input type="radio"/> 25	<input type="radio"/> Jan <input type="radio"/> Mai <input type="radio"/> Sept	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 14 <input type="radio"/> 20 <input type="radio"/> 26	<input type="radio"/> Fév <input type="radio"/> Juin <input type="radio"/> Oct	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 21 <input type="radio"/> 27	<input type="radio"/> Mars <input type="radio"/> Juil <input type="radio"/> Nov	Année (unité)
<input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 16 <input type="radio"/> 22 <input type="radio"/> 28	<input type="radio"/> Avr <input type="radio"/> Août <input type="radio"/> Déc	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 17 <input type="radio"/> 23 <input type="radio"/> 29		<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 12 <input type="radio"/> 18 <input type="radio"/> 24 <input type="radio"/> 30 <input type="radio"/> 31		

7. Vous êtes : Une femme
 Un homme

8a) Êtes-vous né au Canada?

- Oui ► **Veillez passer à la question 8b)**
 Non

Dans quel pays êtes-vous né? _____

Ne rien inscrire ici
Q08a_X1, X2

Code pays (dizaine)	Code pays (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8b) Vos deux parents sont-ils nés au Canada?

- Oui ► **Veillez passer à la question 9.**
 Non

Dans quel pays est né(e) ...

a) Votre mère : _____

b) Votre père : _____

Ne rien inscrire ici
Q08b1_X1, X2
Q08b2_X1, X2

Code pays (dizaine)	Code pays (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
M <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P <input type="radio"/>	<input type="radio"/>



9. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété? (Noircir une seule réponse)

- Diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études collégiales
- Certificat universitaire
- Baccalauréat
- Diplôme d'études supérieures spécialisées
(certificat d'études de 2ième cycle universitaire)
- Maîtrise
- Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q09_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

10. Quelle est votre formation professionnelle? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Préposé aux bénéficiaires
- Infirmière
- Infirmière auxiliaire
- Ergothérapeute
- Physiothérapeute
- Thérapeute en réadaptation physique
- Éducateur spécialisé
- Auxiliaire familial
- Je n'ai aucune formation professionnelle
- Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q10_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

11. Êtes-vous toujours formateur PDSB au sein de votre établissement?

Oui ► **Veillez passer à la question 12**

Non



Sinon, pour quelle raison? Veuillez indiquer LA PRINCIPALE RAISON parmi les suivantes.

- Mon employeur ne souhaite plus que des activités PDSB soient offertes dans mon établissement
- Mon employeur est intéressé par le PDSB mais ne veut pas me libérer
- Mon employeur est intéressé par le PDSB, il voudrait me libérer mais nous manquons de personnel
- Je suis à la retraite
- Je n'ai plus de mandat PDSB car j'ai démissionné de mon emploi ou j'ai changé d'emploi ou j'ai changé d'établissement
- On m'a retiré le mandat PDSB dans mon établissement
- Je ne suis plus intéressé
- Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q11a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Arrêtez ici et merci d'avoir complété ce questionnaire!



12. Quel est le nom de l'établissement dans lequel vous êtes formateur PDSB?

Ne rien inscrire ici

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. En quelle année avez-vous été embauché dans cet établissement?

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

14. Dans l'établissement où vous êtes formateur PDSB, dans quel département, service ou unité travaillez-vous?

Ne rien inscrire ici

--	--	--

15. Présentement dans cet établissement, à laquelle des catégories de salariés suivantes appartenez-vous?
Noircir une seule réponse

- Employé syndicable non syndiqué
- Employé syndiqué
- Cadre intermédiaire
- Cadre supérieur
- Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q15_X1, X2
1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

16. Depuis quelle année appartenez-vous à cette catégorie?

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

17. Appartenez-vous à cette catégorie de salariés lorsque vous avez reçu votre première accréditation comme formateur PDSB?

- Oui ► **Veillez passer à la question 18**
- Non ► Si non, à quelle catégorie de salariés appartenez-vous?
Noircir une seule réponse
 - Employé syndicable non syndiqué
 - Employé syndiqué
 - Cadre intermédiaire
 - Cadre supérieur
 - Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q17a_X1, X2
1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



18. Au cours des 12 derniers mois, combien d'heures en moyenne par semaine avez-vous travaillé? (inclure le temps supplémentaire)

Heures/semaine (dizaine)	Heures/semaine (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Par exemple, pour indiquer 35 heures :

Heures/semaine (dizaine)	Heures/semaine (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○

19. Au cours des 12 derniers mois, environ quelle proportion de vos heures de travail avez-vous effectuée durant les quarts de travail suivants?

Quart de jour % de mes heures de travail _____

0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100 %	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Quart de soir % de mes heures de travail _____

0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100 %	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Quart de nuit % de mes heures de travail _____

0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100 %	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

20. En quelle année avez-vous commencé à travailler dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec?

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

21. Y a-t-il d'autres formateurs PDSB dans votre établissement?

Oui Non

Si oui, en moyenne, combien de fois par année rencontrez-vous ces autres formateurs pour parler du PDSB?

Nbre de fois/année (dizaine)	Nbre de fois/année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Êtes-vous regroupés en comité ?

Oui Non

Si oui, en quelle année ce comité de formateurs PDSB a-t-il été créé?

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

➔ Veuillez passer à la question 22



22. Mis à part le comité de formateurs PDSB, êtes-vous membre actuellement d'un comité qui s'occupe, entre autres, de santé et de sécurité au travail au sein de votre établissement?

Oui ►

22a) Si oui, quelle proportion des membres sont des employés syndiqués?

Non

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

Passez
à la
question
23

22b) Quelle fonction assumez-vous au sein de ce comité?
Norcir une seule réponse.

- Membre régulier seulement
- Représentant à la prévention
- Président ou co-président

22c) En quelle année avez-vous commencé à être impliqué dans ce comité?

Année (dizaine) Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

22d) Combien d'heures de travail rémunérées consacrez-vous aux activités de ce comité en moyenne par mois?

Heures/mois (dizaine) Heures/mois (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Veillez passer à la question 23

23. Si vous n'êtes pas membre actuellement d'un comité qui s'occupe, entre autres, de santé et de sécurité au travail, l'avez-vous déjà été?

Oui

Non ► Veillez passer à la question 26

24. Pendant combien de mois avez-vous été membre de ce comité?

Nbre de mois (dizaine) Nbre de mois (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

25. Quelle(s) fonction(s) avez-vous assumée(s) au sein de ce comité?
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Membre régulier seulement
- Représentant à la prévention
- Président ou co-président



Caractéristiques des services de formation dispensés

Les questions qui suivent visent à décrire les sessions de formation et les activités de prévention que vous avez dispensées au cours des 12 DERNIERS MOIS.

26. Avez-vous formé des groupes de travailleurs au PDSB?

Oui

Non

▶ Si vous n'avez formé aucun groupe de travailleurs au cours des 12 derniers mois, veuillez nous indiquer la ou les raisons parmi les suivantes. Cocher toutes les raisons qui s'appliquent à votre situation.

Raisons d'ordre personnel (maladies, problèmes familiaux etc.)

Ressources insuffisantes mises à votre disposition par l'établissement pour la formation PDSB

Trop faible nombre de personnes à former

Mon établissement me demande de me consacrer uniquement au suivi

Autre, précisez _____

▶ Passez maintenant à la question 44

Ne rien inscrire ici

Q26_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

27. À laquelle des catégories professionnelles suivantes les travailleurs que vous avez formés appartenaient-ils? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

Infirmière

Préposé aux bénéficiaires

Infirmière auxiliaire

Ergothérapeute

Physiothérapeute

Thérapeute en réadaptation physique

Éducateur spécialisé

Auxiliaire familial

Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q27_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

28. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous formé des travailleurs dispensant des soins ou services à domicile?

Oui

Non

29. La question qui suit vise à connaître le degré d'homogénéité des groupes de travailleurs, formés lors d'une même session. Veuillez noircir l'énoncé qui représente le mieux votre expérience, en moyenne.

Les groupes auxquels j'ai dispensé la formation PDSB ...

étaient toujours

étaient le plus souvent

étaient souvent

étaient rarement

n'étaient jamais

... composés de travailleurs appartenant à la même catégorie professionnelle.



30. La question qui suit vise à connaître la provenance des groupes de travailleurs formés lors d'une même session. Veuillez noircir l'énoncé qui représente le mieux votre expérience, en moyenne.

Les groupes auxquels j'ai dispensé la formation PDSB ...

- étaient toujours
- étaient le plus souvent
- étaient souvent
- étaient rarement
- n'étaient jamais *composés de travailleurs provenant d'un même département ou unité.*

31. Dans l'ensemble, environ quelle proportion des travailleurs que vous avez formés travaillaient dans les quarts de travail suivants?

Quart de jour % travailleurs formés _____

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

Quart de soir % travailleurs formés _____

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

Quart de nuit % travailleurs formés _____

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

32. Combien d'heures en moyenne avez-vous consacré à la préparation de chaque session?

Nbre d'heures (dizaine)	Nbre d'heures (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. En ce qui concerne les heures consacrées à la préparation de vos cours, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai préparé **toutes** mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai préparé **les ¾** de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai préparé **la moitié** de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai préparé **le ¼** de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai n'ai préparé **aucune** de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré



34. Pour chacune des sessions de formation que vous avez données au cours des 12 derniers mois, veuillez fournir les informations suivantes :

Session de formation (de la plus récente à la plus ancienne)	Nombre de participants	Nombre total d'heures dispensées en classe	Nombre de rencontres avec le groupe de participants	Nombre de demi-journée(s) écoulee(s) entre chaque période de formation (incluant le samedi et le dimanche)	Nombre d'heures de suivi	Nombre de jours écoulés entre la fin de la session et le suivi (incluant le samedi et le dimanche)
Session 1						
Session 2						
Session 3						
Session 4						
Session 5						
Session 6						
Session 7						
Session 8						
Session 9						
Session 10						
Session 11						
Session 12						

35. En général lorsque vous enseignez, avez-vous accès à l'équipement suivant?

Équipement	Oui	Non	Équipement non requis
01) Tableau et craies ou crayons	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02) Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03) Projecteur à acétates ou ordinateur et canon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04) Lit ajustable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05) Literie complète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06) Alèses supplémentaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07) Piqué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08) Tube de glissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09) Rouleau ou planche de transfert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Fauteuil roulant en bonne condition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Fauteuil gériatrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Fauteuil de positionnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Serviettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Bloc de poussée ou petit banc de lit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Lève-personne avec accessoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Civière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Civière-douche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Chaise d'aisance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Chaise de douche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Ceintures de transfert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Brancard ou lit pivotant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Somno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Marchette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Magnétoscope et vidéo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Cahier du participant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) Local correspondant aux besoins de la formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



36. Pour chacun des contenus de formation suivants, veuillez préciser la nature des méthodes et du matériel pédagogiques que vous utilisez. Cochez toutes les cases correspondant aux méthodes et au matériel que vous utilisez pour chaque contenu.

Veuillez noter que l'ordre dans lequel nous avons placé le contenu de formation ne correspond pas nécessairement à celui dans lequel vous procédez ni à celui recommandé par l'ASSTSAS. Si vous n'abordez pas un contenu, veuillez cocher la case "Contenu non abordé".

Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
A) Statistiques relatives aux lésions professionnelles <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS adaptées aux caractéristiques de l'établissement <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
B) Identification des sources de danger qui nuisent à l'autonomie du patient et à la sécurité des soignants <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
C) Éléments de la situation de travail <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
D) Interrelations entre les éléments de la situation de travail <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants 3. Démonstration / illustration du contenu présenté <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Affiche <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36a_X1, X2	Q36b_X1, X2	Q36c_X1, X2	Q36d_X1, X2
1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
E) Prévention (solutions par élément d'une situation de travail) <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants 3. Démonstration / illustration du contenu présenté <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Grille d'évaluation de la situation de travail <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
F) Anatomie et fonctionnement de la colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Squelette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
G) Conséquences des lésions professionnelles <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
H) Capacités d'agir en prévention <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Grille d'évaluation de la situation de travail <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36e_X1, X2	Q36f_X1, X2	Q36g_X1, X2	Q36h_X1, X2
1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
I) Principes de préparation <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36i_X1, X2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○
--



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>J) Les besoins et les niveaux d'assistance</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants</p> <p>2. Discussion en équipe</p> <p><input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants</p> <p><input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants</p> <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par des participants seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants</p> <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe</p> <p>Lors des pratiques vous :</p> <p><input type="checkbox"/> jouez un rôle</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle</p>	<p><input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Vos acétates</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ajustable</p> <p><input type="checkbox"/> Literie complète</p> <p><input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires</p> <p><input type="checkbox"/> Civière</p> <p><input type="checkbox"/> Civière douche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise d'aisance</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise de douche</p> <p><input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant</p> <p><input type="checkbox"/> Marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Cahier du participant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____</p>

Q36j_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>K) Niveau d'assistance : supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants</p> <p>2. Discussion en équipe</p> <p><input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants</p> <p><input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants</p> <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par des participants seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants</p> <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe</p> <p>Lors des pratiques vous :</p> <p><input type="checkbox"/> jouez un rôle</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle</p>	<p><input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Vos acétates</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ajustable</p> <p><input type="checkbox"/> Literie complète</p> <p><input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires</p> <p><input type="checkbox"/> Civière</p> <p><input type="checkbox"/> Civière douche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise d'aisance</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise de douche</p> <p><input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant</p> <p><input type="checkbox"/> Marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Cahier du participant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____</p>

Q36k_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>L) Communication avec le patient (ou comment superviser le patient)</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants</p> <p>2. Discussion en équipe</p> <p><input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants</p> <p><input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants</p> <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par des participants seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants</p> <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe</p> <p>Lors des pratiques vous :</p> <p><input type="checkbox"/> jouez un rôle</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle</p>	<p><input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Vos acétates</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ajustable</p> <p><input type="checkbox"/> Literie complète</p> <p><input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires</p> <p><input type="checkbox"/> Civière</p> <p><input type="checkbox"/> Civière douche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise d'aisance</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise de douche</p> <p><input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant</p> <p><input type="checkbox"/> Marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Cahier du participant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____</p>

Q36_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
M) Assistance partielle <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Sacs d'épicerie pleins <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Literie complète <input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière douche <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36m_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>N) Principes de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants</p> <p>2. Discussion en équipe</p> <p><input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants</p> <p><input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants</p> <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par des participants seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants</p> <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe</p> <p>Lors des pratiques vous :</p> <p><input type="checkbox"/> jouez un rôle</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle</p>	<p><input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Sacs d'épicerie pleins</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ajustable</p> <p><input type="checkbox"/> Literie complète</p> <p><input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires</p> <p><input type="checkbox"/> Civière</p> <p><input type="checkbox"/> Civière douche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise d'aisance</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise de douche</p> <p><input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant</p> <p><input type="checkbox"/> Marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Cahier du participant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____</p>

Q36n_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
0) Principes de prise <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Sacs d'épicerie pleins <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Literie complète <input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière douche <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36o_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>P) Principes de mouvement</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants</p> <p>2. Discussion en équipe</p> <p><input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants</p> <p><input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants</p> <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par des participants seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants</p> <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe</p> <p>Lors des pratiques vous :</p> <p><input type="checkbox"/> jouez un rôle</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle</p>	<p><input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Sacs d'épicerie pleins</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ajustable</p> <p><input type="checkbox"/> Literie complète</p> <p><input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires</p> <p><input type="checkbox"/> Civière</p> <p><input type="checkbox"/> Civière douche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise d'aisance</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise de douche</p> <p><input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant</p> <p><input type="checkbox"/> Marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Cahier du participant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____</p>

Q36p_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
Q) Assistance totale <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Literie complète <input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière douche <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36q_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
R) Principes de l'utilisation de l'équipement <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Literie complète <input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière douche <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36r_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>S) Obstacles à l'application des principes et solutions</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants</p> <p>2. Discussion en équipe</p> <p><input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants</p> <p><input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants</p> <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par des participants seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants</p> <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe</p> <p>Lors des pratiques vous :</p> <p><input type="checkbox"/> jouez un rôle</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle</p>	<p><input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Vos acétates</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ajustable</p> <p><input type="checkbox"/> Literie complète</p> <p><input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires</p> <p><input type="checkbox"/> Civière</p> <p><input type="checkbox"/> Civière douche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise d'aisance</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise de douche</p> <p><input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant</p> <p><input type="checkbox"/> Marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Cahier du participant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____</p>

Q36s_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
<p>T) Processus de résolution de problème</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <p><input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même</p> <p><input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants</p> <p>2. Discussion en équipe</p> <p><input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants</p> <p><input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants</p> <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par des participants seulement</p> <p><input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants</p> <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes</p> <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <p><input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes</p> <p><input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe</p> <p>Lors des pratiques vous :</p> <p><input type="checkbox"/> jouez un rôle</p> <p><input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle</p>	<p><input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Vos acétates</p> <p><input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS</p> <p><input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart)</p> <p><input type="checkbox"/> Lit ajustable</p> <p><input type="checkbox"/> Literie complète</p> <p><input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique</p> <p><input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires</p> <p><input type="checkbox"/> Civière</p> <p><input type="checkbox"/> Civière douche</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise d'aisance</p> <p><input type="checkbox"/> Chaise de douche</p> <p><input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant</p> <p><input type="checkbox"/> Marchette</p> <p><input type="checkbox"/> Cahier du participant</p> <p><input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____</p>

Q36t_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



37. Dans l'ensemble de la session de formation, en moyenne quel pourcentage du temps les participants passent-ils à pratiquer en classe?

- 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

38. En ce qui concerne les heures que vous avez passées à donner des sessions de formation, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai donné **toutes** mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai donné **les ¾** de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai donné **la moitié** de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai donné **le ¼** de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré
 Je n'ai donné **aucune** de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré

39. En général, effectuez-vous des activités de suivi à la suite des sessions de formation que vous donnez?

- Oui
 Non ► **Passez à la question 44**

40. Combien d'heures en moyenne avez-vous consacré à la préparation de vos activités de suivi de chaque session?

- | Nbre d'heures (dizaine) | Nbre d'heures (unité) |
|---|---|
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

41. En ce qui concerne les heures consacrées à la préparation du suivi de chaque session, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai préparé **tous** mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé **les ¾** de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé **la moitié** de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai préparé **le ¼** de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré
 Je n'ai préparé **aucun** de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré

42. En ce qui concerne les heures que vous avez consacrées au suivi de chacune des sessions de formation, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai effectué **toutes** mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué **les ¾** de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué **la moitié** de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré
 J'ai effectué **le ¼** de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré
 Je n'ai effectué **aucune** de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré



43. Quelle proportion de vos heures de suivi avez-vous effectuée durant les quarts de travail suivants?

Quart de jour % de mes heures de suivi _____

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

Quart de soir % de mes heures de suivi _____

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

Quart de nuit % de mes heures de suivi _____

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

44. Combien de sessions de formation PDSB prévoyez-vous donner au cours de la prochaine année?

Nbre de sessions (dizaine)	Nbre de sessions (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Activités de prévention en rapport avec le PDSB

Les questions qui suivent visent à décrire les activités de prévention, en rapport avec le PDSB, que vous avez menées au cours de 12 DERNIERS MOIS.

45. Avez-vous effectué des activités de prévention en rapport avec le PDSB?

Oui

Non

► Veuillez indiquer la ou les raisons parmi les suivantes.
Cocher toutes les raisons qui s'appliquent.

- Raisons d'ordre personnel (maladies, problèmes familiaux, etc.)
- Ressources insuffisantes mises à votre disposition par l'établissement pour la prévention PDSB
- Mon établissement me demande de me consacrer uniquement à la formation
- Demande insuffisante
- Autre, précisez : _____

► Passez maintenant à la question 51

Ne rien inscrire ici

Q45a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

46. Veuillez cocher les activités de prévention, en rapport avec le PDSB, que vous avez menées au cours des 12 derniers mois en précisant, pour chacune des activités réalisées, si elle l'a été de votre propre initiative ou suite à une demande.

	À votre initiative	Demandes que vous avez reçues	Ne s'applique pas
a) Conseil auprès du personnel sur la résolution de problèmes ou de situations difficiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Conseil auprès du personnel sur l'utilisation des capacités d'un bénéficiaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Recommandation à l'unité ou à l'établissement concernant l'achat de nouveaux équipements ou la modification des équipements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Formation auprès du personnel sur l'utilisation d'équipement (suite à un nouvel achat ou pour le personnel non familier avec l'utilisation d'un appareil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Recommandation à l'unité ou à l'établissement sur le réaménagement de chambres ou autres lieux de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Autre, précisez : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Indiquez la proportion des demandes provenant de chacune des catégories de demandeurs suivantes :

Travailleurs	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Chefs d'unité ou de service	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Représentant de la direction de l'établissement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Comité chargé de la santé et de la sécurité du travail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Autre, précisez : _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
TOTAL :	1	0	0	%

Ne rien inscrire ici

Q47e_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



48. Combien d'heures en moyenne par mois avez-vous consacré à des activités de prévention en rapport avec le PDSB?

Nbre d'heures moyen (dizaine)	Nbre d'heures moyen (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

49. Combien de demandes en moyenne par mois avez-vous reçu pour mener des activités de prévention en rapport avec le PDSB?

Nbre de demandes/mois (dizaine)	Nbre de demandes/mois (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

50. Indiquez à quelle fréquence vous avez réalisé ces activités au cours des 12 DERNIERS MOIS.

	Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	Très souvent
a) Conseil auprès du personnel sur l'exécution des mouvements ou sur la sécurité des manoeuvres	<input type="radio"/>				
b) Conseil auprès du personnel sur la résolution de problèmes ou de situations difficiles	<input type="radio"/>				
c) Conseil auprès du personnel sur l'utilisation des capacités du bénéficiaire	<input type="radio"/>				
d) Recommandation à l'unité ou à l'établissement concernant l'achat de nouveaux équipements ou la modification des équipements	<input type="radio"/>				
e) Formation auprès du personnel sur l'utilisation d'équipement (suite à un nouvel achat ou pour personnel non familier avec l'utilisation d'un appareil)	<input type="radio"/>				
f) Recommandation à l'unité ou à l'établissement sur le réaménagement de chambres ou autres lieux de travail	<input type="radio"/>				
g) Autre, précisez : _____	<input type="radio"/>				



Formation d'agents de suivi PDSB

Les questions qui suivent visent à décrire les activités de formation d'agents de suivi PDSB que vous avez effectuées au cours des 12 DERNIERS MOIS.

51. Combien d'agents de suivi PDSB avez-vous formé?

► Si vous n'avez pas formé d'agents de suivi PDSB au cours des 12 derniers mois, passez à la question 62

Nbre d'agents (dizaine)	Nbre d'agents (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

52. Combien de sessions de formation d'agents de suivi avez-vous donné?

Nbre de sessions (dizaine)	Nbre de sessions (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

53. Lorsque vous choisissez des personnes pour devenir des agents de suivi, quelle importance accordez-vous aux caractéristiques suivantes?

	Pas du tout d'importance										Énormément d'importance
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
a) Qu'elles aient participé à la formation de base PDSB	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
b) Qu'elles maîtrisent l'application du programme PDSB dans le cadre de leurs tâches	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
c) Qu'elles soient capables de communiquer harmonieusement avec leurs collègues	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

54. Combien d'heures en moyenne avez-vous consacré à la préparation de chacune des sessions de formation d'agents de suivi?

Nbre d'heures (dizaine)	Nbre d'heures (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

55. En ce qui concerne les heures que vous avez consacrées à la préparation de chacune des sessions de formation d'agents de suivi, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai effectué **toutes** mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **les ¾** de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **la moitié** de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **le ¼** de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré
- Je n'ai effectué **aucune** de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunéré



56. En moyenne, combien d'heures dispensées en classe comportait chacune des sessions de formation d'agents de suivi PDSB?

Nbre d'heures (dizaine)	Nbre d'heures (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

57. En moyenne, en combien de rencontres ces heures étaient-elles réparties?

Nbre de rencontres (dizaine)	Nbre de rencontres (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

58. Avez-vous utilisé du matériel pédagogique pour donner ces sessions?

- Oui
- Non

Qui a conçu ce matériel pédagogique?
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Vous-même
- D'autres formateurs PDSB
- Votre établissement
- L'ASSTSAS
- Autre, précisez : _____

Ne rien inscrire ici

Q58a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

59. Veuillez cocher les thèmes que vous avez abordés durant ces sessions?
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Principales difficultés de performance physique
- Moyens pour corriger les difficultés de performance physique
- Observations de tâches
- Résolution de problèmes
- Communication interpersonnelle
- Renforcement positif
- Définition d'objectifs d'implantation du programme PDSB
- Autre, précisez : _____

Ne rien inscrire ici

Q59a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

60. En ce qui concerne les heures que vous avez consacrées à la formation d'agents de suivi PDSB, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai effectué **toutes** mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **les ¾** de mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **la moitié** de mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **le ¼** de mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré
- Je n'ai effectué **aucune** de mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré

61. Combien de sessions de formation d'agents de suivi PDSB prévoyez-vous donner au cours de l'année prochaine?

Nbre de sessions (dizaine)	Nbre de sessions (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Éléments contextuels

Les questions qui suivent concernent les 12 DERNIERS MOIS et portent sur les conditions dans lesquelles vous avez mené vos activités PDSB.

	N'a pas été libéré										Très facile 10
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
62. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour donner la formation PDSB?	<input type="radio"/>										
63. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour réaliser les activités de suivi de la formation?	<input type="radio"/>										
64. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour vous consacrer aux activités à titre d'agent de prévention PDSB?	<input type="radio"/>										
65. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle le personnel soignant est libéré afin de pouvoir suivre la formation PDSB?	<input type="radio"/>										

66. Comment qualifiez-vous le niveau de collaboration que vous avez reçu de la part des différentes personnes suivantes concernant la réalisation de vos activités de formation. Veuillez noircir une seule réponse par énoncé.

	Niveau de collaboration										
	Nul 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Très élevé 10
a) Votre supérieur immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Les supérieurs immédiats des personnes que vous deviez former	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Les personnes responsables de la formation du personnel au sein de votre établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67. Comment qualifiez-vous le niveau de collaboration reçu de la part des différentes personnes suivantes concernant la réalisation de vos activités de prévention en rapport avec le PDSB? Veuillez noircir une seule réponse par énoncé.

	Niveau de collaboration										
	Nul 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Très élevé 10
a) Votre supérieur immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Les supérieurs immédiats des personnes que vous deviez former	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Les membres du comité santé et sécurité au travail représentant les travailleurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Les membres du comité santé et sécurité au travail représentant l'employeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Les chefs des unités dans lesquelles vous intervenez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Les chefs des unités dans lesquelles vous souhaitez intervenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



68. En moyenne, à quelle fréquence vérifiez-vous le degré de satisfaction des personnes suivantes à l'égard de la formation que vous dispensez?

	Jamais			Rarement			Souvent			Après chaque session de formation	
a) Le personnel soignant que vous avez formé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									
b) La personne qui vous a demandé de dispenser la formation au personnel soignant dans votre établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>									

69. Dans l'ensemble, comment qualifiez-vous l'impact que vos activités de formation ont eu sur les individus?

	Pas du tout important										Très important	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	<input type="radio"/>											

70. Dans l'ensemble, comment qualifiez-vous l'impact que vos activités de prévention ont eu sur les situations de travail?

	Pas du tout important										Très important	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	<input type="radio"/>											

71. Dans quelle mesure estimez-vous que la formation reçue de l'ASSTSAS vous a outillé adéquatement pour votre rôle de formateur?

	Pas du tout adéquatement										Très adéquatement	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

72. Dans quelle mesure estimez-vous que la formation reçue de l'ASSTSAS vous a outillé adéquatement pour mener vos activités de prévention?

	Pas du tout adéquatement										Très adéquatement	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci de votre collaboration!



ANNEXE 2. TABLEAUX DES RÉSULTATS DES ANALYSES DE FIABILITÉ

Tableau 4.2.2.3 i. Corrélations des réponses de l'enquête initiale et celles du re-test. Caractéristiques relatives aux formateurs

	Année de première accréditation	Nombre de renouvellement de votre accréditation de Formateur PDSB régulier	Année d'embauche	Nombre hebdomadaire d'heures travaillées	Quart de jour, proportion d'heures effectuées	Quart de soir, proportion d'heures effectuées	Quart de nuit, proportion d'heures effectuées	Présence d'autres formateurs PDSB dans l'établissement	Proportion des membres syndiqués dans le Comité impliqué en santé & sécurité du travail	Ancienneté du formateur dans ce Comité
Réponses de l'enquête initiale										
Année de première accréditation	0,998**									
Nombre de renouvellements de votre accréditation de Formateur PDSB régulier		1,000**								
Année d'embauche			0,982**							
Nombre hebdomadaire d'heures travaillées				0,954**						
Quart de jour, proportion d'heures effectuées					0,994**					
Quart de soir, proportion d'heures effectuées						0,994**				
Quart de nuit, proportion d'heures effectuées							0,948**			
Présence d'autres formateurs PDSB dans l'établissement								0,919**		
Proportion des membres syndiqués dans le Comité impliqué en santé & sécurité du travail									0,562	
Ancienneté du formateur dans ce Comité										0,869*

* p < 0,05
 ** p < 0,001

Tableau 4.2.2.3 ii. Corrélations des réponses de l'enquête initiale et celles du re-test. Activités menées dans le cadre du PDSB

Réponses de l'enquête initiale	Quart de jour des travailleurs formés	Quart de soir des travailleurs formés	Quart de nuit des travailleurs formés	Nombre d'heures de préparation d'une session	Pourcentage moyen de pratique en classe	Nombre d'heures de préparation pour l'activité de suivi	Quart de jour, heures de suivi accomplies	Quart de soir, heures de suivi accomplies	Quart de nuit, heures de suivi	Nombre de sessions de formations prévues	Proportion des demandes reçues des travailleurs	Proportion des demandes reçues des Chefs d'unité ou de service	Proportion des demandes reçues des représentants de la direction	Proportion des demandes reçues du Comité SST	Nombre moyen d'heures consacrées à la prévention	Nombre de demandes de prévention reçues par mois
Quart de jour des travailleurs formés	0,829**															
Quart de soir des travailleurs formés		0,751*														
Quart de nuit des travailleurs formés			0,676*													
Nombre d'heures de préparation d'une session				0,930**												
Pourcentage moyen de pratique en classe					0,797*											
Nombre d'heures de préparation pour l'activité de suivi						0,924*										
Quart de jour, heures de suivi accomplies							0,738									
Quart de soir, heures de suivi accomplies								0,773								
Quart de nuit, heures de suivi accomplies									N A							
Nombre de sessions de formations prévues										1,000**						
Proportion des demandes reçues des travailleurs											0,645*					
Proportion des demandes reçues des Chefs d'unité ou de service												0,814**				
Proportion des demandes reçues des représentants de la direction													-0,103			
Proportion des demandes reçues du Comité SST														0,631*		
Nombre moyen d'heures consacrées à la prévention															0,164	
Nombre de demandes de prévention reçues /par mois																0,624*

* p < 0,01

** p < 0,001

Tableau 4.2.2.3 iii. Corrélations des réponses de l'enquête initiale et celles du re-test. Éléments contextuels

Réponses de l'enquête initiale	Réponses du re-test										
	Accès aux équipements requis pour la formation	Facilité de libération pour donner la formation PDSB	Facilité de libération pour faire le suivi de la formation PDSB	Facilité de libération pour mener des activités de prévention	Facilité de libération des agents pour suivre la formation PDSB	Niveau de collaboration de votre supérieur immédiat	Niveau de collaboration des supérieurs immédiats des formés	Niveau de collaboration des responsables de la formation	Niveau de collaboration de votre supérieur immédiat	Niveau de collaboration des supérieurs immédiats des formés	Niveau de collaboration des membres CSST représentant les travailleurs
Accès aux équipements requis pour la formation	0,958**										
Facilité de libération pour donner la formation PDSB		0,836***									
Facilité de libération pour faire le suivi de la formation PDSB			0,258								
Facilité de libération pour mener des activités de prévention				0,676**							
Facilité de libération des agents pour suivre la formation PDSB					0,677*						
Niveau de collaboration de votre supérieur immédiat						0,799**					
Niveau de collaboration des supérieurs immédiats des formés							0,533				
Niveau de collaboration des responsables de la formation								0,758**			
Niveau de collaboration de votre supérieur immédiat									0,395		
Niveau de collaboration des supérieurs immédiats des formés										0,614**	
Niveau de collaboration des membres CSST représentant les travailleurs											0,613**

Tableau 4.2.2.3 iii. Corrélations des réponses de l'enquête initiale et celles du re-test. Éléments contextuels (suite)

	Réponses du re-test						
	Niveau de collaboration des membres CSST représentant les employeurs	Niveau de collaboration des chefs d'unités dans lesquelles on mène une intervention	Niveau de collaboration des chefs d'unités dans lesquelles on souhaite intervenir	Impact des activités de formation sur les individus	Impact des activités de prévention sur les situations travail	Adéquation de la formation reçue de l'ASSTSAS pour le rôle de formateur	Adéquation de la formation reçue de l'ASSTSAS pour le rôle de préventeur
Réponses de l'enquête initiale							
Niveau de collaboration des membres CSST représentant les employeurs	0,570*						
Niveau de collaboration des chefs d'unités dans lesquelles on mène une intervention		0,851***					
Niveau de collaboration des chefs d'unités dans lesquelles on souhaite intervenir			0,679**				
Impact des activités de formation sur les individus				0,636*			
Impact des activités de prévention sur les situations de travail					-0,133		
Adéquation de la formation reçue de l'ASSTSAS pour le rôle de formateur						0,753**	
Adéquation de la formation reçue de l'ASSTSAS pour le rôle de prévention							0,178

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Coefficients Kappa de Cohen

Tableau 4.2.2.3a Statistiques relatives aux lésions professionnelles

Variables	Kappa pondéré	p
Contenu abordé	0,512	0,003
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,631	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,248	0,117
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,238	0,170
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,238	0,170
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,358	0,038
Acétates de l'ASSTSAS adaptées aux caractéristiques de l'établissement	NA ^(*)	
Vos acétates	- 0,048	0,748
Cahier du participant	0,456	0,009
Autre matériel	0,353	0,038

(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3b Identification des sources de danger qui nuisent à l'autonomie du patient et à la sécurité des soignants

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,753	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,678	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,686	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,718	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,718	0,000
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,248	0,133
Vos acétates	0,841	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,631	0,000
Cahier du participant	0,779	0,000
Autre matériel	- 0,031	0,858

Tableau 4.2.2.3c Éléments de la situation de travail

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,681	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,609	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,593	0,001
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,654	0,000
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,779	0,000
Vos acétates	0,718	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,569	0,001
Cahier du participant	0,728	0,000
Autre matériel	- 0,065	0,711

Tableau 4.2.2.3d Interrelations entre les éléments de la situation de travail

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,807	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,512	0,003
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,505	0,004
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,542	0,002
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	1,000	0,000
Par des participants seulement	0,784	0,000
Par des participants seulement	0,390	0,005
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,456	0,009
Vos acétates	0,841	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,637	0,000
Affiche	0,571	0,001
Cahier du participant	0,780	0,000
Autre matériel	NA	

*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3e Prévention (solutions par élément d'une situation de travail)

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,687	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,542	0,002
Questions que vous posez au groupe de participants	0,571	0,001
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,714	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,651	0,000
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,718	0,000
Par des participants seulement	0,784	0,000
Par des participants seulement	0,608	0,000
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,673	0,000
Vos acétates	0,841	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,798	0,000
Grille d'évaluation de la situation de travail	0,608	0,000
Cahier du participant	0,779	0,000
Autre matériel	NA ^(*)	

(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3f Anatomie et fonctionnement de la colonne vertébrale

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,869	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,800	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,670	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,716	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,532	0,002
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,819	0,000
Vos acétates	0,621	0,000
Squelette	0,718	0,000
Cahier du participant	0,639	0,000
Autre matériel	0,267	0,126

Tableau 4.2.2.3g Conséquences des lésions professionnelles

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,813	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,753	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,507	0,003
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,455	0,008
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,527	0,002
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,713	0,000
Vos acétates	0,621	0,000
Cahier du participant	0,604	0,000
Autre matériel	NA ^(*)	

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3h Capacités d'agir en prévention

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,873	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,800	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,763	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,403	0,017
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,522	0,003
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,764	0,000
Vos acétates	1,000	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,436	0,009
Grille d'évaluation de la situation de travail	0,574	0,001
Cahier du participant	0,836	0,000
Autre matériel	NA ^(*)	

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3i Principes de préparation

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,678	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,738	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,604	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,570	0,001
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,615	0,000
Par des participants seulement	0,637	0,000
Par des participants seulement	0,678	0,000
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,766	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,542	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,522	0,003
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,393	0,021

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,522	0,003
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,343	0,046
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,403	0,017
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	0,653	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,529	0,002
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,321	0,063
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,451	0,008
Vos acétates	0,872	0,000
Affiches de l'ASSTSAS	0,483	0,005
Cahier du participant	0,544	0,001
Autre matériel	NA ^(*)	

(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3j Les besoins et les niveaux d'assistance

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,687	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,593	0,001
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,696	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,392	0,023
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,463	0,005
Par des participants seulement	1,000	0,000
Par des participants seulement	0,533	0,002
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,766	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,542	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,522	0,003
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,393	0,021

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,522	0,003
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,343	0,046
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,403	0,017
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	0,653	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,529	0,002
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,321	0,063
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,694	0,000
Vos acétates	1,000	0,000
Affiches de l'ASSTSAS	0,696	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,368	0,022
Lit ajustable	0,728	0,000
Literie complète	0,654	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,631	0,000
Fauteuil roulant	0,714	0,000
Fauteuil gériatrique	0,542	0,000
Fauteuil de positionnement	NA ^(*)	
Lève-personne avec accessoires	0,645	0,000

Civière	0,841	0,000
Civière douche	1,000	0,000
Chaise d'aisance	1,000	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	NA ^(*)	
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,696	0,000
Cahier du participant	0,654	0,000
Autre matériel	NA ^(*)	

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3k Niveau d'assistance : supervision

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,686	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,631	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,718	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,341	0,044
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,522	0,002
Par des participants seulement	0,841	0,000
Par des participants seulement	0,463	0,006
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,841	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,637	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,463	0,005
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,522	0,002

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,779	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,780	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,718	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	0,522	0,002
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,569	0,001
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,512	0,003
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,694	0,000
Vos acétates	0,718	0,000
Affiches de l'ASSTSAS	0,604	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,615	0,000
Lit ajustable	0,613	0,000
Literie complète	0,660	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,780	0,000
Fauteuil roulant	0,524	0,001
Fauteuil gériatrique	0,872	0,000
Fauteuil de positionnement	NA ^(*)	
Lève-personne avec accessoires	0,645	0,000

Civière	0,531	0,001
Civière douche	NA ^(*)	
Chaise d'aisance	0,637	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	- 0,048	0,748
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,634	0,000
Cahier du participant	0,570	0,001
Autre matériel	- 0,042	0,796

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3I Communication avec le patient (ou comment superviser le patient)

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,752	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,746	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,667	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,700	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,392	0,023
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,718	0,000
Par des participants seulement	0,784	0,000
Par des participants seulement	0,593	0,001
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,841	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,784	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,595	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,431	0,013

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,742	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,763	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,779	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	1,000	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,330	0,057
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,577	0,001
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,507	0,003
Vos acétates	0,872	0,000
Affiches de l'ASSTSAS	0,507	0,003
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,766	0,000
Lit ajustable	0,694	0,000
Literie complète	0,763	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,835	0,000
Fauteuil roulant	0,542	0,002
Fauteuil gériatrique	0,716	0,000
Fauteuil de positionnement	NA ^(*)	
Lève-personne avec accessoires	0,766	0,000

Civière	0,531	0,001
Civière douche	0,476	0,001
Chaise d'aisance	1,000	0,000
Chaise de douche	0,784	0,000
Rouleau / planche de transfert	NA ^(*)	
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,763	0,000
Cahier du participant	0,631	0,000
Autre matériel	NA ^(*)	

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3m Assistance partielle

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,752	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,687	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,512	0,003
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,780	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,392	0,023
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,615	0,000
Par des participants seulement	0,633	0,000
Par des participants seulement	0,654	0,000
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,764	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,841	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,468	0,004
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,298	0,078

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,904	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,742	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,763	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	1,000	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,532	0,002
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,524	0,001
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,672	0,000
Vos acétates	0,872	0,000
Affiches de l'ASSTSAS	0,569	0,001
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,436	0,009
Sacs d'épicerie pleins	0,678	0,000
Lit ajustable	0,728	0,000
Literie complète	0,718	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,577	0,001
Fauteuil roulant	0,800	0,000
Fauteuil gériatrique	0,615	0,000
Fauteuil de positionnement	-0,042	0,796

Lève-personne avec accessoires	0,891	0,000
Civière	0,476	0,001
Civière douche	1,000	0,000
Chaise d'aisance	0,784	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	0,468	0,007
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,634	0,000
Cahier du participant	0,651	0,000
Autre matériel	NA ^(*)	

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3n Principes de positionnement

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,621	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,727	0,003
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,634	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,631	0,000
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,476	0,001
Par des participants seulement	1,000	0,000
Par des participants seulement	0,550	0,002
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,716	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,463	0,005
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,527	0,002
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,455	0,008

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,631	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,714	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,700	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	0,784	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,716	0,000
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,812	0,000
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,483	0,005
Affiches de l'ASSTSAS	0,604	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,766	0,000
Sacs d'épicerie pleins	0,639	0,000
Lit ajustable	0,678	0,000
Literie complète	0,930	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,930	0,000
Fauteuil roulant	0,651	0,000
Fauteuil gériatrique	0,595	0,000
Fauteuil de positionnement	- 0,042	0,796

Lève-personne avec accessoires	0,766	0,000
Civière	0,476	0,001
Civière douche	1,000	0,000
Chaise d'aisance	0,784	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	NA ^(*)	
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,763	0,000
Cahier du participant	0,728	0,000
Autre matériel	-0,031	0,858

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3o Principes de prise

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,753	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,864	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,604	0,000
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,542	0,002
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,621	0,000
Par des participants seulement	0,784	0,000
Par des participants seulement	0,753	0,002
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,766	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,459	0,007
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,415	0,009
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,267	0,072

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,604	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,604	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,604	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	0,784	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,532	0,002
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,550	0,002
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,631	0,005
Affiches de l'ASSTSAS	0,542	0,002
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,766	0,000
Sacs d'épicerie pleins	0,678	0,000
Lit ajustable	0,678	0,000
Literie complète	0,641	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,533	0,002
Fauteuil roulant	0,607	0,000
Fauteuil gériatrique	0,595	0,000
Fauteuil de positionnement	- 0,042	0,796

Lève-personne avec accessoires	0,766	0,000
Civière	0,476	0,001
Civière douche	1,000	0,000
Chaise d'aisance	0,633	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	- 0,042	0,796
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,742	0,000
Cahier du participant	0,571	0,001
Autre matériel	0,653	0,000

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3p Principes de mouvement

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,689	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,727	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,515	0,002
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,569	0,001
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,615	0,000
Par des participants seulement	0,784	0,000
Par des participants seulement	0,816	0,000
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,678	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,542	0,007
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,415	0,009
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,455	0,008

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,608	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,848	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,714	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	0,637	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,615	0,000
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,738	0,000
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,544	0,002
Affiches de l'ASSTSAS	0,542	0,002
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,673	0,000
Sacs d'épicerie pleins	1,000	0,000
Lit ajustable	0,728	0,000
Literie complète	0,700	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,669	0,000
Fauteuil roulant	0,631	0,000
Fauteuil gériatrique	0,595	0,000
Fauteuil de positionnement	NA(*)	

Lève-personne avec accessoires	0,872	0,000
Civière	0,369	0,006
Civière douche	1,000	0,000
Chaise d'aisance	0,784	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	- 0,042	0,796
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,569	0,001
Cahier du participant	0,739	0,001
Autre matériel	NA ^(*)	

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3q Assistance totale

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,752	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,681	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,516	0,002
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,515	0,002
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,288	0,097
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,766	0,000
Par des participants seulement	0,716	0,000
Par des participants seulement	0,388	0,018
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,718	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,522	0,002
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,639	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,615	0,000

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,507	0,003
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,515	0,002
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,696	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	0,637	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,615	0,000
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,739	0,000
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,542	0,002
Vos acétates	0,841	0,000
Affiches de l'ASSTSAS	0,696	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,522	0,002
Lit ajustable	0,747	0,000
Literie complète	0,870	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,747	0,000
Fauteuil roulant	0,800	0,000
Fauteuil gériatrique	0,819	0,000
Fauteuil de positionnement	NA ^(*)	

Lève-personne avec accessoires	0,678	0,000
Civière	0,387	0,005
Civière douche	1,000	0,000
Chaise d'aisance	0,784	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	-0,078	0,645
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,798	0,000
Cahier du participant	0,544	0,002
Autre matériel	-0,065	0,711

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3r Principes de l'utilisation de l'équipement

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,816	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,678	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,714	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,765	0,00
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,515	0,002
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,716	0,000
Par des participants seulement	0,522	0,002
Par des participants seulement	0,681	0,000
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,476	0,001
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,531	0,001
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,527	0,002
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,532	0,002

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,569	0,001
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,645	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,904	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	1,000	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,615	0,000
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,926	0,000
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,676	0,000
Affiches de l'ASSTSAS	0,673	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,633	0,000
Lit ajustable	0,533	0,002
Literie complète	0,670	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,448	0,004
Fauteuil roulant	0,512	0,003
Fauteuil gériatrique	0,527	0,002
Fauteuil de positionnement	-0,065	0,711

Lève-personne avec accessoires	0,533	0,002
Civière	0,218	0,156
Civière douche	0,476	0,001
Chaise d'aisance	0,784	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	NA ^(*)	0,645
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,637	0,000
Cahier du participant	0,451	0,008
Autre matériel	NA ^(*)	

^{*)} Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3s Obstacles à l'application des principes et solutions

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,739	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,571	0,001
Questions que vous posez au groupe de participants	0,634	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,696	0,00
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,714	0,000
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,716	0,000
Par des participants seulement	0,522	0,002
Par des participants seulement	0,451	0,008
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,784	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,841	0,00
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,531	0,001
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,531	0,001

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,455	0,008
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,455	0,008
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,389	0,025
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	1,000	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,716	0,000
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,343	0,046
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,463	0,005
Vos acétates	0,531	0,001
Affiches de l'ASSTSAS	0,602	0,000
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,538	0,000
Lit ajustable	0,766	0,000
Literie complète	0,872	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,872	0,000
Fauteuil roulant	0,678	0,000
Fauteuil gériatrique	0,841	0,000
Fauteuil de positionnement	NA(*)	

Lève-personne avec accessoires	0,718	0,000
Civière	NA ^(*)	
Civière douche	0,468	0,007
Chaise d'aisance	0,784	0,000
Chaise de douche	- 0,031	0,858
Rouleau / planche de transfert	- 0,042	0,796
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,766	0,000
Cahier du participant	0,330	0,057
Autre matériel	NA ^(*)	

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3 t Processus de résolution de problème

Variables	Kappa pondéré	Signification
Contenu abordé	0,738	0,000
Méthodes pédagogiques		
1. Exposé		
Présentation du contenu par vous-même	0,713	0,000
Questions que vous posez au groupe de participants	0,651	0,000
2. Discussion en équipe		
Discussion libre entre les participants	0,634	0,00
Retour de votre part sur les discussions des participants	0,436	0,009
3. Démonstration / illustration du contenu présenté		
Par vous-même seulement	0,529	0,002
Par des participants seulement	0,358	0,038
Par des participants seulement	0,637	0,000
4. Pratique en classe		
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	0,637	0,000
Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et en discutez avec l'ensemble du groupe	0,872	0,00
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font	1,000	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes	0,637	0,000

Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe	0,798	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes	0,713	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous en discutez avec l'ensemble du groupe	0,639	0,000
Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe	0,633	0,000
Lors des pratiques, vous jouez un rôle	0,841	0,000
Lors des pratiques, vous demandez à des participants de jouer un rôle	0,639	0,000
<hr/>		
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	0,673	0,000
Vos acétates	0,716	0,001
Affiches de l'ASSTSAS	0,456	0,009
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	0,569	0,001
Lit ajustable	0,766	0,000
Literie complète	0,872	0,000
Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique	0,766	0,000
Fauteuil roulant	0,872	0,000
Fauteuil gériatrique	1,000	0,000
Fauteuil de positionnement	NA(*)	

Lève-personne avec accessoires	0,872	0,000
Civière	NA ^(*)	
Civière douche	1,000	0,000
Chaise d'aisance	0,784	0,000
Chaise de douche	NA ^(*)	
Rouleau / planche de transfert	- 0,042	0,796
Brancard ou lit pivotant	NA ^(*)	
Marchette	0,872	0,000
Cahier du participant	0,763	0,000
Autre matériel	NA ^(*)	

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

Tableau 4.2.2.3 u Caractéristiques des formateurs

Variables	Kappa pondéré	Signification
Implication des formateurs dans un Comité de santé et de sécurité au travail		
Être membre d'un Comité de santé et de sécurité au travail au moment de l'enquête	1,000	0,000
Fonction assumée au sein du Comité de santé et de sécurité au travail par le passé	0,382	0,053
A été membre d'un Comité de santé et de sécurité au travail par le passé	1,000	0,000
Fonction qui avait été assumée au sein de ce Comité de santé et de sécurité au travail par le passé	1,000	0,000

Tableau 4.2.2.3 v Caractéristiques des activités menées dans le cadre du PDSB

Diversité des catégories professionnelles des groupes de travailleurs formés, par session	0,515	0,000
Diversité des départements de provenance des groupes de travailleurs formés, par session	0,664	0,000
Proportion des sessions de formation préparées durant les heures rémunérées	0,576	0,000
Proportion des sessions de formation dispensées durant les heures rémunérées	0,707	0,000
Proportion des suivis de formation préparés durant les heures rémunérées	0,753	0,000
Proportion des suivis de formation dispensés durant les heures rémunérées	0,722	0,000
Accomplissement des activités de prévention par rapport au PDSB	0,462	0,004
Raisons justifiant l'absence d'activités de prévention		
Ressources insuffisantes	1,000	0,000
Demande de l'établissement de se consacrer au suivi	0,841	0,000
Autres raisons	1,000	0,000
Raisons d'ordre personnel	NA ^(*)	
Demande insuffisante	NA ^(*)	

Tableau 4.2.2.3 v Caractéristiques des activités menées dans le cadre du PDSB (suite)

Activités de prévention liées au PDSB : Conseil auprès du personnel sur la résolution de problèmes		
A l'initiative du formateur	0,177	0,233
Suite à des demandes reçues	0,398	0,019
Ne s'applique pas	NA ^(*)	
Activités de prévention liées au PDSB : Conseils auprès du personnel sur l'utilisation des capacités d'un bénéficiaire		
A l'initiative du formateur	0,286	0,097
Suite à des demandes reçues	0,372	0,032
Ne s'applique pas	- 0,051	0,706
Activités de prévention liées au PDSB : Recommandations à l'unité où à l'établissement concernant l'achat de nouveaux équipements		
A l'initiative du formateur	0,569	0,001
Suite à des demandes reçues	0,542	0,002
Ne s'applique pas	0,393	0,021
Activités de prévention liées au PDSB : Formation auprès du personnel sur l'utilisation d'équipement		
A l'initiative du formateur	0,098	0,566
Suite à des demandes reçues	0,250	0,132
Ne s'applique pas	- 0,082	0,632
Activités de prévention liées au PDSB : Recommandation à l'unité ou à l'établissement sur le réaménagement de chambres ou autres lieux de travail		
A l'initiative du formateur	0,083	0,590
Suite à des demandes reçues	0,141	0,304
Ne s'applique pas	- 0,082	0,632
Fréquence de vérification du degré de satisfaction		
A l'endroit du personnel soignant formé	0,531	0,001
A l'endroit de la personne qui a demandé la formation	0,484	0,000

^(*) Les statistiques Kappa ne peuvent pas être calculées. Elles requièrent un tableau symétrique d'ordre 2 dans lequel les valeurs de la première variable correspondent aux valeurs de la seconde variable. Dans le cas d'espèce aucun des formateurs n'a retenu cette réponse (réponse uniforme).

**ANNEXE 3. LETTRE DE TRANSMISSION SIGNÉE
DES DEUX PROFESSEURES RESPONSABLES DE L'ÉTUDE**



Le 31 mars 2005

*Formateurs, formatrices PDSB
Établissements de santé du Québec*

Objet : Les activités PDSB dans les établissements de santé du Québec

Madame, Monsieur,

Nous effectuons un projet de recherche en collaboration avec l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Ce projet porte sur le programme Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). L'un des objectifs est de documenter les activités PDSB dispensées dans les établissements de santé du Québec. C'est pourquoi nous vous faisons parvenir le questionnaire ci-joint qui vise à recueillir des informations sur les cours de formation PDSB que vous avez dispensés au cours de la dernière année, les activités de prévention liées au PDSB que vous avez réalisées et les ressources dont vous avez disposé. Cette étude permettra de compléter les données de l'ASSTSAS sur votre implication dans le milieu.

Votre collaboration est essentielle pour obtenir un portrait fidèle des activités PDSB dans les établissements de santé du Québec. Après avoir complété le questionnaire, nous vous prions de le poster accompagné de l'un des formulaires de consentement signé, dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie ci-incluse. Veuillez conserver l'autre formulaire de consentement signé.

Vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions de recevoir l'expression de nos meilleurs sentiments.

*Diane Berthelette, Ph.D.
Professeure titulaire*

*Nicole Leduc, Ph.D.
Professeure agrégée*



ANNEXE 4. LETTRE D'INFORMATION



LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES FORMATRICES ET FORMATEURS

Titre de l'étude : Les activités PDSB dans les établissements de santé du Québec

Financement de l'étude : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail

1. Nature et objectifs de l'étude

Nous effectuons un projet de recherche en collaboration avec l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Ce projet porte sur le programme Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Il comporte cinq objectifs distincts, soit :

1. Décrire les objectifs que les maîtres formateurs poursuivent lorsqu'ils enseignent le PDSB et les méthodes pédagogiques qu'ils utilisent.
2. Décrire les services que les formateurs de PDSB offrent dans leur milieu de travail ainsi que les ressources dont ils disposent pour ce faire, de même que le nombre de personnes qu'ils forment.
3. Identifier les autres mesures que le PDSB, mises en place par les établissements de santé, pour tenter de prévenir l'incidence des lésions musculo-squelettiques chez leur personnel soignant.
4. Identifier les coûts et les avantages que le PDSB et les autres mesures peuvent entraîner.
5. Vérifier s'il existe des informations sur ces coûts et ces avantages permettant de leur attribuer une valeur monétaire.

Vous êtes invité à participer à *l'objectif 2* de l'étude. L'ASSTSAS nous a donné les coordonnées de tous les formateurs formés ou réaccrédités en date du 31 décembre 2004. Nous sollicitons toutes ces personnes pour participer à notre étude.

Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez de participer, vous pourrez vous en retirer en tout temps, et ce sans préjudice.



2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Nous joignons à la présente lettre un questionnaire. Son contenu porte sur les cours de formation PDSB que vous avez dispensés, les services conseil liés au PDSB que vous avez offerts au personnel soignant de votre établissement de santé, les ressources dont vous disposez et le nombre et la taille des groupes que vous avez formés. Nous estimons qu'il vous faudra un peu moins d'une heure pour répondre au questionnaire.

Vous trouverez ci-joint deux formulaires de consentement. Si vous acceptez de participer à l'étude, veuillez l'indiquer sur les formulaires ci-joints, puis répondre au questionnaire au meilleur de votre connaissance. Veuillez ensuite nous poster un formulaire et le questionnaire rempli dans l'enveloppe pré adressée et affranchie ci-jointe. Veuillez conserver le formulaire restant pour vous-même.

Si vous ne souhaitez pas participer à l'étude, veuillez l'indiquer sur les formulaires ci-joints. Veuillez ensuite nous poster l'un des deux formulaires et le questionnaire non rempli dans l'enveloppe pré adressée ci-jointe, ce qui nous permettra d'éviter de vous envoyer une seconde lettre vous invitant à participer à l'étude.

3. Caractère anonyme des informations

Nous avons indiqué un numéro de code sur les formulaires et le questionnaire. Ce numéro nous permet de connaître votre identité puisque nous possédons une liste de concordance entre les numéros de code et les noms des formateurs PDSB. Cette liste est gardée sous clé à l'Université du Québec à Montréal et seuls les membres de notre équipe y auront accès.

L'existence d'un code sur le formulaire et le questionnaire permet d'éviter que le nom des répondants apparaisse sur un questionnaire, ce qui vise à assurer leur anonymat. La liste de concordance entre les codes et les noms nous permet de connaître le nom des personnes qui pourraient avoir oublié de remplir le premier questionnaire et à qui nous en enverrons un autre exemplaire.

La liste sera détruite, de manière sécuritaire dès que nous aurons terminé la collecte de données. Notre équipe de recherche ne divulguera jamais les noms des personnes qui auront accepté ou refusé de participer à notre étude.

4. Avantages et inconvénients liés à la participation à l'étude

Il est possible que le fait de remplir le questionnaire vous amène à vous rendre compte, pour la première fois, de l'ensemble du travail que vous avez effectué à l'égard du PDSB. Cette prise de conscience, peut selon les cas, entraîner chez vous un sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction de même qu'un questionnement sur votre travail de formateur. Il s'agit du seul risque susceptible d'être lié à votre participation. Nous avons informé les maîtres formateurs de l'ASSTSAS de cette possibilité. Vous pourrez communiquer avec eux, si vous souhaitez en discuter. Vous pourrez également en discuter avec nous et vos collègues formateurs lorsque nous vous présenterons nos résultats de recherche.

5. Utilisation des résultats de l'étude

Les informations contenues dans les questionnaires remplis nous sont essentielles car nous voulons dresser le portrait le plus représentatif possible du travail accompli par les formateurs dans leurs établissements de santé. Il s'agira du premier portrait de ce type. Nous souhaitons également comparer globalement, et non pour chacun des formateurs, le travail effectué dans les établissements de santé à l'égard du PDSB à ce que les maîtres formateurs enseignent aux formateurs. Nos résultats pourront être utiles aux maîtres formateurs qui s'interrogent sur les retombées de leurs activités d'enseignement, de même qu'aux formateurs qui ont peu l'occasion d'échanger avec leurs collègues et qui souhaitent connaître ce qu'ils font.

Nous publierons nos résultats et présenterons des conférences scientifiques qui permettront, nous l'espérons, de mieux faire connaître le PDSB tel qu'il est dispensé réellement dans les établissements de santé du Québec.

6. Questions au sujet de l'étude – Personnes ressources

Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet de cette étude, vous pouvez contacter la coordonnatrice du projet ou les chercheuses responsables suivantes :

Coordonnateur du projet

Monsieur Cheikh Faye, D.E.S.S.
Institut Santé et société
Université du Québec à Montréal
C.P. 6192, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4R2

Tél. : (514) 987-4377 poste 4995

Chercheurs responsables

Madame Diane Berthelette, Ph.D.
Institut Santé et société
Université du Québec à Montréal
C.P. 6192, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4R2

Tél. : (514) 987-4377 poste 2250

Madame Nicole Leduc, Ph.D.
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Tél. : (514) 343-5633

Toute plainte doit être adressée à Diane Berthelette (514-978-4377 poste 2250) ou à Nicole Leduc (514-343-5633). Si votre plainte ne peut être réglée directement avec les chercheuses principales, vous pouvez faire valoir vos droits auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM (secrétariat : 514-987-4377 poste 7753).

ANNEXE 5. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT OU DE REFUS

LES ACTIVITÉS PDSB DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

DÉCLARATION DE LA FORMATRICE OU DU FORMATEUR¹

Je confirme par la présente avoir pris connaissance de la lettre d'information et de consentement destinée aux formateurs. J'ai été informé(e) de l'objectif de cette recherche, des conditions de ma participation, de la nature du risque que j'encoure et des précautions prises par les chercheurs afin de le minimiser, du caractère anonyme des informations qui seront recueillies au cours de l'étude et de l'utilisation de ses résultats.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de cette lettre d'information et de consentement éclairé portant mon acceptation.

Veillez cocher la case correspondant à votre décision :

- J'accepte de participer à l'étude. Dans ce cas, je poste le questionnaire ci-joint complété au meilleur de mes connaissances.
- Je refuse de participer à l'étude. Dans ce cas aucune lettre de rappel ne me sera envoyée.

Signature du participant

Date

Madame Diane Berthelette, Ph.D.

Date

Madame Nicole Leduc, Ph.D.

Date

Signatures des chercheurs responsables

¹ Deux originaux de la déclaration, l'une au, à la participant-e, l'autre au membre de l'équipe ayant procédé au recrutement.

ANNEXE 6. INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE

**LES ACTIVITÉS PDSB
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC**

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir accepté de remplir ce questionnaire. Celui-ci est divisé en cinq sections : vos caractéristiques, les caractéristiques des services de formation que vous avez dispensés au cours des 12 derniers mois, vos activités de prévention en rapport avec le PDSB, la formation d'agents de suivi PDSB et des éléments du contexte dans lequel vous avez effectué vos activités.

Veuillez noter que nous avons adopté le genre masculin afin de ne pas alourdir le texte.

SVP veuillez utiliser un stylo à encre noire ou bleue.

Ce questionnaire est composé de choix de réponses sous forme de bulles ou de cases à cocher.

Lorsqu'il s'agit d'une bulle, noircissez le point de cette façon ---> ●

S'il s'agit d'une case à cocher, vous pouvez indiquer votre choix à l'aide d'un ou d'un

**ANNEXE 7. GRILLES D'ENTREVUES AUPRÈS DU PERSONNEL
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE L'ASSTSAS**

GRILLE D'ENTREVUE – ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Date de l'entrevue :

Organisme ou établissement :

Personne interviewée :

Fonction occupée :

Ancienneté dans l'établissement :

Ancienneté dans le poste :

- L'objectif de notre entrevue est de connaître vos perceptions (en tant qu'acteur social dans le programme PDBS) des coûts et des avantages associés au PDSB et aux autres interventions utilisées (dans votre établissement) pour réduire l'incidence des lésions musculo-squelettiques suite au déplacement d'un bénéficiaire
- Légitimité pour le répondant de refuser de répondre à certaines questions ou de mettre un terme à l'entrevue
- Permission d'enregistrer la conversation pour des raisons de retranscription et pour ne pas déformer les propos de l'interviewé
- Demander de signer le formulaire de consentement

Question 1

Décrivez moi votre rôle (gestionnaire, utilisateur, instructeur) à l'intérieur de l'application du programme PDSB dans votre établissement.	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<ul style="list-style-type: none">• Perception de soi (degré d'implication en général en SST, et plus particulièrement dans le programme de formation PDSB)• Perception de la place du PDSB dans l'exercice de son travail• Nombre d'années d'implication dans ce programme PDSB, évolution du rôle• Votre rôle a-t-il changé au cours des années?	

Question 2

Selon vous, quels sont les frais et les <u>coûts</u> reliés à l'application du PDSB dans <i>votre établissement</i>?	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p><u>Perspective adoptée spontanément par l'interviewé</u></p> <p>↪ pour l'établissement (selon les directions des personnes interviewées)</p> <p>Directs</p> <ul style="list-style-type: none">• Dépenses administratives (relations avec les assureurs, attribution des indemnités, etc.)• Salaires• Autre <p>Indirects</p> <ul style="list-style-type: none">• Salaires (temps supplémentaire, remplacements...)• Dépenses administratives (embauche, formation...)• Autre <p>↪ pour les formateurs certifiés</p> <p>↪ pour les travailleurs formés dans l'établissement</p> <p><u>Quelles grandes catégories de frais aborde le sujet?</u></p> <ul style="list-style-type: none">↪ Conception↪ Réalisation↪ Mise en œuvre↪ Suivi↪ Évaluation↪ Ajustements?	

Question 3

Selon vous, quels sont les frais et les <u>avantages</u> reliés à l'application du PDSB dans <i>votre établissement</i>?	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p><u>Perspective adoptée spontanément par l'interviewé</u></p> <p>↗ pour l'établissement (selon les directions interviewées)</p> <ul style="list-style-type: none">• diminution des jours perdus• diminution des accidents• moins de frais administratifs• meilleur rendement des employés• diminution des coûts (salaires, indemnités, etc.) <p>↗ pour les formateurs certifiés</p> <p>↗ pour les travailleurs formés dans l'établissement</p> <p>Directs</p> <ul style="list-style-type: none">• Rémunération directe et indirecte• Diminution de l'absentéisme• Diminution des pertes de revenus• Autre <p>Indirects (Bien-être)</p> <ul style="list-style-type: none">• Peine, douleur souffrance• Vie familiale• Climat de travail• Mobilisation (difficile à évaluer....)• Vie sociale• Handicap <p><u>Quelles grandes catégories de frais aborde le sujet?</u></p> <p>↗ Conception</p> <p>↗ Réalisation</p> <p>↗ Mise en œuvre</p> <p>↗ Suivi</p> <p>↗ Évaluation</p> <p>↗ Ajustements?</p>	

Question 4

Connaissez-vous ou avez-vous déjà utilisé d'autres types d'interventions, d'autres programmes semblables au PDSB ? Décrivez-les brièvement et dites-moi en quoi elles se comparent ou elles diffèrent du programme PDSB ?	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p><u>Connaître d'autres interventions similaires au PDSB pour dresser un comparatif</u></p> <p><u>Perception du bien fondé ou de <i>la valeur</i> du PDSB par rapport à d'autres programmes connus du répondant</u></p> <p><u>Comparaison du PDSB avec d'autres interventions :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Coûts• Avantages• Efficacité• Difficulté à gérer• Efforts de mise en place• Efforts d'application• Consensus auprès du personnel• Réduction des lésions• Réduction de la gravité des lésions• Autre	

Question 5

Voyez-vous des avantages particuliers propres au PDSB en tant que programme. Si oui, lesquels ? (Pour compléter la question précédente en cas de manque d'informations.)	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p>Perception du répondant en regard du programme PDSB</p> <p>Perception des bénéfices du programme :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pour qui ? (travailleur, concepteur, formateur...)• À quel niveau ? (moins d'accidents, facilité de gestion SST...)• Quels sont les avantages par rapport aux efforts que demande le programme à l'interviewé ? (gestion plus lourde, réprimandes, réunions, etc...)• Autre <p>Perception du bien fondé ou de l'efficacité du PDSB par rapport à d'autres programmes connus du répondant</p>	

Question 6

Dans votre rôle, constatez-vous que les efforts en prévention réduisent tous ces types de coûts? Si oui, pour qui?	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p>Perception du répondant quant à qui en profite et comment</p> <p><u>Quels types de coûts associe-t-il à la prévention</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Équipements, installations, entretien• Formation, embauche• Autre <p><u>Voit-il des avantages pour l'employeur</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Gains de rendement• Réduction des indemnisations, des primes d'assurances• Diminution du roulement et de l'absentéisme• Autre <p><u>Voit-il des avantages pour le travailleur</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Bien-être• Motivation• Appartenance• Intégrité physique et morale• Autre	

Question 7

Croyez-vous qu'il existe des répercussions financières pour le reste de la société ?	
Données à valider, grandes catégories	Notes de l'interviewer
<p><u>Perception du sujet de l'impact des accidents de travail et surtout du PDSB sur le reste de la société</u></p> <p>Directs</p> <ul style="list-style-type: none">• Frais de mise en oeuvre• Frais de conception• Frais des formations, réaccréditations, du suivi• Autre <p>Indirects</p> <ul style="list-style-type: none">• Réadaptation• Indemnités (genre CSST)• Frais administratifs• Bien-être (décès, souffrance, deuil...)• Autre <p><u>Perception des avantages liés au programme PDSB pour la société :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Réduction des accidents de travail• Réduction des frais liés aux indemnisations, frais médicaux, frais administratifs, etc.• Meilleurs soins de santé de la part du personnel soignant• Amélioration des services de santé• Autre	

- Proposer au répondant d'ajouter des commentaires s'il en sent la nécessité
- Remercier le candidat d'avoir accepté de participer à cette entrevue
- Proposer au candidat de le tenir au courant des résultats de l'analyse
- Demander s'il est possible de le recontacter par téléphone pour des fins de précisions et de clarifications s'il y a lieu

Commentaires du répondant (au besoin)	
Notes de l'interviewé	Notes de l'interviewer

GRILLE D'ENTREVUE – INTERVENANTS DE L'ASSTSAS

Date de l'entrevue :

Organisme ou établissement :

Personne interviewée :

Fonction occupée :

Ancienneté dans l'établissement :

Ancienneté dans le poste :

- L'objectif de notre entrevue est de connaître vos perceptions (en tant qu'acteur social dans le programme PDBS) des coûts et des avantages associés au PDSB et aux autres interventions utilisées (dans votre établissement) pour réduire l'incidence des lésions musculo-squelettiques suite au déplacement d'un bénéficiaire
- Légitimité pour le répondant de refuser de répondre à certaines questions ou de mettre un terme à l'entrevue
- Permission d'enregistrer la conversation pour des raisons de retranscription et pour ne pas déformer les propos de l'interviewé
- Demander de signer le formulaire de consentement

Question 1

Décrivez moi votre rôle au niveau de 1) la conception, 2) la réalisation et 3) la mise en œuvre à l'intérieur du programme PDSB	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p>1) Conception</p> <p>Toujours selon la perspective des coûts et avantages directs et indirects</p> <p>2) Réalisation</p> <p>3) Mise en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none">• Perception de soi (degré d'implication en général en SST, et plus particulièrement dans le programme de formation PDSB)• Perception de la place (de l'importance?) du PDSB dans la répartition de ses tâches à l'ASSTSAS• Nombre d'années d'implication dans le programme PDSB, évolution du rôle• Votre rôle a-t-il changé au cours des années?	

Question 2

Selon vous, quels sont pour l'ASSTSAS les <u>coûts</u> reliés au PDSB ?	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p><u>Perspective adoptée spontanément par l'interviewé</u></p> <p>↳ pour l'ASSTSAS</p> <p>Directs</p> <ul style="list-style-type: none">• Frais de conception• Frais de mise en oeuvre• Dépenses reliées à la formation des formateurs• Salaires• Réunions• Autre <p>Indirects</p> <ul style="list-style-type: none">• Dépenses administratives• Dépenses reliées au recrutement et au remplacement des formateurs• Dépenses reliées au renouvellement d'accréditation• Dépenses reliées au suivi du PDSB• Autre (magazines de prévention, affichage, etc) <p>↳ pour les formateurs certifiés</p> <p>↳ pour les étudiants formateurs</p> <p>Le répondant se préoccupe-t-il des coûts du programme PDSB pour les établissements de santé?</p> <p>Pour les travailleurs...?</p> <p><u>Quelles grandes catégories de frais aborde le sujet?</u></p> <p>↳ Conception</p> <p>↳ Réalisation</p> <p>↳ Mise en œuvre</p> <p>↳ Suivi</p> <p>↳ Évaluation</p> <p>↳ Ajustements?</p>	

Question 3

Selon vous, quels sont pour l'ASSTSAS les <u>avantages</u> reliés au PDSB ?	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p><u>Perspective adoptée spontanément par l'interviewé</u></p> <p>↪ pour l'ASSTSAS</p> <p>↪ pour les formateurs certifiés</p> <p>↪ pour les étudiants formateurs</p> <p>Le répondant se préoccupe-t-il des avantages du programme PDSB pour les établissements de santé?</p> <p>Pour les travailleurs...?</p> <p><u>Quelles grandes catégories de frais aborde le sujet?</u></p> <p>↪ Conception</p> <p>↪ Réalisation</p> <p>↪ Mise en œuvre</p> <p>↪ Suivi</p> <p>↪ Évaluation</p> <p>↪ Ajustements?</p>	

Question 4

Croyez-vous qu'il existe aussi des répercussions financières pour le reste de la société, dues à la conception et à la mise en œuvre de programmes tels que le PDSB ?	
Données à valider, grandes catégories	Notes de l'interviewer
<p>Perception du sujet quant à l'impact du PDSB sur le reste de la société</p> <p>Directs</p> <ul style="list-style-type: none">• Frais consacrés à l'ASSTSAS• Salaires• Infrastructures• Autre <p>Indirects</p> <ul style="list-style-type: none">• Formation, accréditation des instructeurs• Autre <p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none">• Diminution des accidents de travail• Réduction de la gravité des accidents• Meilleur service dans les hôpitaux• Disponibilité du personnel soignant• Autre <p>Le répondant adopte-t-il un point de vue « positif » ou « négatif » (voit-il spontanément des avantages ou des désavantages) ?</p>	

Question 5

De votre expérience, croyez-vous que les efforts en prévention parviennent à réduire les coûts pour la société, les entreprises et les travailleurs ? En d'autres mots, croyez-vous que l'existence du PDSB soit justifiée?	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p>Perception du répondant quant à qui en profite et comment</p> <p>Quels types de coûts associe-t-il à la prévention ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Voit-il des avantages pour la société?• Voit-il des avantages pour l'ASSTSAS?• Voit-il des avantages pour l'employeur?• Voit-il des avantages pour le travailleur? <p>Quels types d'avantages associe-t-il au PDSB pour tous les acteurs sociaux?</p> <p>Sommairement, le répondant fait-il un bilan coûts/avantages positif ou négatif du PDSB</p>	

Question 6

Connaissez-vous ou avez-vous déjà mis en place (ou tenté de mettre en place) d'autres types d'interventions, d'autres programmes semblables au PDSB (prévention des maux de dos) ? Décrivez-les brièvement et dites-moi en quoi elles se comparent ou elles diffèrent du programme PDSB ?	
Données à valider, sous questions	Notes de l'interviewer
<p>Perception générale du bien fondé ou de <i>la valeur</i> du PDSB par rapport à d'autres programmes connus du répondant</p> <p>Comparaison du PDSB avec d'autres interventions pour l'ASSTSAS :</p> <ul style="list-style-type: none">• Conception• Mise en œuvre• Réalisation• Évaluation• Recrutement des instructeurs• Formation des instructeurs• Suivi• Dépenses administratives• Ajustements• Coûts divers• Autres <p>Comparaison du PDSB avec d'autres interventions pour les établissements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none">• Coûts• Avantages• Efficacité• Difficulté à gérer• Efforts de mise en place• Efforts d'application• Compatibilité avec les situations réelles de travail• Réduction des accidents du travail et/ou diminution de leur gravité• Consensus auprès du personnel• Autre <p>En quoi le PDSB est-il supérieur à ces interventions ?</p> <p>En quoi le PDSB est-il moins efficace que ces interventions ?</p>	

- Proposer au répondant d'ajouter des commentaires s'il en sent la nécessité
- Remercier le candidat d'avoir accepté de participer à cette entrevue
- Proposer au candidat de le tenir au courant des résultats de l'analyse
- Demander s'il est possible de le recontacter par téléphone pour des fins de précisions et de clarifications s'il y a lieu

Commentaires du répondant (au besoin)	
Notes de l'interviewé	Notes de l'interviewer

**ANNEXE 8. RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS SELON LE NOMBRE DE
FORMATEURS ACTIFS AYANT PRIS PART À L'ÉTUDE**

**Répartition des établissements selon le nombre de formateurs actifs
ayant pris part à l'étude
(n=139)**

Variables	n	%
Nombre d'établissements ayant un seul formateur qui a pris part à l'étude	101	72,7
Nombre d'établissements ayant deux formateurs qui ont pris part à l'étude	27	19,4
Nombre d'établissements ayant trois formateurs qui ont pris part à l'étude	8	5,8
Nombre d'établissements ayant plus de trois formateurs qui ont pris part à l'étude	1	0,7
Autre (établissements dont le numéro de permis n'a pu être trouvé)	2	1,4

**ANNEXE 9. TABLEAUX SUR LE NOMBRE ET LA PROPORTION DE FORMATEURS
AYANT DISPENSÉ LES CONTENUS NOTIONNELS ET AYANT FAIT APPEL AUX
DIFFÉRENTES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES POSSIBLES**

Tableau 5.2.14.a Statistiques relatives aux lésions professionnelles : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	88	76,5
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	27	23,5
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 88)		
Cours magistral	76	86,4
Formulation de questions	61	69,3
Méthodes pédagogiques interactives (n = 88)		
Discussion en sous-groupes	45	51,1
Rétroaction	47	53,4

Tableau 5.2.14.b Identification des sources de danger qui nuisent à l'autonomie du patient et à la sécurité des soignants : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	110	95,7
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	5	4,3
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 110)		
Cours magistral	79	71,8
Formulation de questions	92	83,6
Méthodes pédagogiques interactives (n = 110)		
Discussion en sous-groupes	70	63,6
Rétroaction	76	69,1

Tableau 5.2.14.c Éléments de la situation de travail : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	113	98,3
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	2	1,7
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 113)		
Cours magistral	87	77,0
Formulation de questions	86	76,1
Méthodes pédagogiques interactives (n = 113)		
Discussion en sous-groupes	69	61,1
Rétroaction	71	62,8

Tableau 5.2.14 d Interrelations entre les éléments de la situation de travail : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	110	95,7
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	5	4,3
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 110)		
Cours magistral	94	85,5
Formulation de questions	68	61,8
Démonstration / illustration	30	27,3
Méthodes pédagogiques interactives (n = 110)		
Discussion en sous-groupes	58	52,7
Rétroaction	61	32,6
Enseignement par les pairs	11	10,0
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	65	59,1

Tableau 5.2.14.e Prévention (solutions par élément d'une situation de travail) : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	109	94,8
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	6	5,2
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 109)		
Cours magistral	67	61,5
Formulation de questions	85	78,0
Démonstration / illustration	20	18,3
Méthodes pédagogiques interactives (n = 109)		
Discussion en sous-groupes	65	59,6
Rétroaction	76	69,7
Enseignement par les pairs	12	11,0
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	72	66,1

Tableau 5.2.14.f Anatomie et fonctionnement de la colonne vertébrale : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	100	87,0
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	15	13,0
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 100)		
Cours magistral	92	92,0
Formulation de questions	51	51,0
Méthodes pédagogiques interactives (n = 100)		
Discussion en sous-groupes	30	30,0
Rétroaction	45	45,0

Tableau 5.2.14.g Conséquences des lésions professionnelles : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	104	90,4
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	11	9,6
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 104)		
Cours magistral	91	86,7
Formulation de questions	57	54,3
Méthodes pédagogiques interactives (n = 104)		
Discussion en sous-groupes	41	39,0
Rétroaction	55	52,4

Tableau 5.2.14.h Capacités d'agir en prévention : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	106	92,2
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	9	7,8
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 106)		
Cours magistral	87	82,1
Formulation de questions	64	60,4
Méthodes pédagogiques interactives (n = 106)		
Discussion en sous-groupes	55	51,9
Rétroaction	61	57,5

Tableau 5.2.14.i Principes de préparation : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	114	99,1
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	1	0,9
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 114)		
Cours magistral	99	86,8
Formulation de questions	74	64,9
Démonstration / illustration	36	31,6
Méthodes pédagogiques interactives (n = 114)		
Discussion en sous-groupes	62	54,4
Rétroaction	72	63,2
Enseignement par les pairs	15	13,2
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	83	72,8
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 114)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	56	49,1
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 114)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	47	41,2
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	58	50,9
Interactif / Enseignement par les pairs	63	55,3
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	59	51,8
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	61	53,5
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	65	57
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	10	8,8
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	59	51,8
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	84	73,7
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 114)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	36	31,6

Tableau 5.2.14.j Les besoins et les niveaux d'assistance : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	113	98,3
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	2	1,7
<hr/>		
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 113)		
Cours magistral	103	91,2
Formulation de questions	69	61,1
Démonstration / illustration	31	27,4
<hr/>		
Méthodes pédagogiques interactives (n = 113)		
Discussion en sous-groupes	63	55,8
Rétroaction	71	62,8
Enseignement par les pairs	10	8,8
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	84	74,3
<hr/>		
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 113)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	42	37,2
<hr/>		
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 113)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	44	38,9
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	61	54,0
Interactif / Enseignement par les pairs	56	49,6
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	58	51,3
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	52	46,0
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	59	52,2
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	12	10,6
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	55	48,7
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	81	71,7
<hr/>		
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 113)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	31	27,4

**Tableau 5.2.14.k Niveaux d'assistance et supervision : méthodes pédagogiques utilisées
(n=115)**

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	113	98,3
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	2	1,7
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 113)		
Cours magistral	102	90,3
Formulation de questions	62	54,9
Démonstration / illustration	24	21,2
Méthodes pédagogiques interactives (n = 113)		
Discussion en sous-groupes	62	54,9
Rétroaction	67	59,3
Enseignement par les pairs	13	11,5
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	90	79,6
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 113)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	33	29,2
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 113)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	38	33,6
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	67	59,3
Interactif / Enseignement par les pairs	49	43,4
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	62	54,9
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	48	42,5
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	60	53,1
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	11	9,7
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	59	52,2
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	83	73,5
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 113)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	28	24,8

Tableau 5.2.14.1 Communication avec le patient (ou comment superviser le patient) : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	112	97,4
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	3	2,6
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 112)		
Cours magistral	97	86,6
Formulation de questions	74	66,1
Démonstration / illustration	28	25,0
Méthodes pédagogiques interactives (n = 112)		
Discussion en sous-groupes	62	55,4
Rétroaction	66	58,9
Enseignement par les pairs	13	11,6
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	86	76,8
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 112)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	31	27,7
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 112)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	36	32,1
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	50	44,6
Interactif / Enseignement par les pairs	42	37,5
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	56	50,0
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	53	47,3
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	64	57,1
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	15	13,4
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	53	47,3
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	76	67,9
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 112)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	22	19,6

Tableau 5.2.14.m Assistance partielle : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	111	96,5
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	4	3,5
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 111)		
Cours magistral	102	91,9
Formulation de questions	71	64,0
Démonstration / illustration	28	25,2
Méthodes pédagogiques interactives (n = 111)		
Discussion en sous-groupes	59	53,2
Rétroaction	72	64,9
Enseignement par les pairs	13	11,7
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	89	80,2
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 111)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	38	34,2
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 111)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	45	40,5
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	64	57,7
Interactif / Enseignement par les pairs	56	50,5
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	60	54,1
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	48	43,2
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	64	57,7
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	13	11,7
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	51	45,9
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	90	81,1
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 111)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	33	29,7

Tableau 5.2.14.n Principes de positionnement : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	115	100,0
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	0	0
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 115)		
Cours magistral	103	89,6
Formulation de questions	75	65,2
Démonstration / illustration	39	33,9
Méthodes pédagogiques interactives (n = 115)		
Discussion en sous-groupes	60	52,2
Rétroaction	70	60,9
Enseignement par les pairs	9	7,8
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	100	87,0
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 115)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	59	51,3
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 115)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	46	40,0
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	60	52,2
Interactif / Enseignement par les pairs	49	42,6
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	61	53,0
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	44	38,3
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	57	49,6
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	11	9,6
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	46	40,0
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	76	66,1
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 115)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	36	31,3

Tableau 5.2.14.o Principes de prise : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	115	100,0
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	0	0
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 115)		
Cours magistral	105	91,3
Formulation de questions	78	67,8
Démonstration / illustration	30	26,1
Méthodes pédagogiques interactives (n = 115)		
Discussion en sous-groupes	62	53,9
Rétroaction	72	62,6
Enseignement par les pairs	11	9,6
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	103	89,6
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 115)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	49	42,6
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 115)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	47	40,9
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	65	56,5
Interactif / Enseignement par les pairs	51	44,3
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	65	56,5
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	52	45,2
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	60	52,2
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	10	8,7
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	49	42,6
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	76	66,1
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 115)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	35	30,4

Tableau 5.2.14.p Principes de mouvement : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	115	100,0
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	0	0
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 115)		
Cours magistral	106	92,2
Formulation de questions	71	61,7
Démonstration / illustration	30	26,1
Méthodes pédagogiques interactives (n = 115)		
Discussion en sous-groupes	60	52,2
Rétroaction	67	58,3
Enseignement par les pairs	13	11,3
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	104	90,4
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 115)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	53	46,1
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 115)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	63	54,8
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	78	67,8
Interactif / Enseignement par les pairs	53	46,1
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	65	56,5
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	52	45,2
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	57	49,6
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	14	12,2
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	49	42,6
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	80	69,6
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 115)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	43	37,4

Tableau 5.2.14.q Assistance totale : méthodes pédagogiques utilisées (n=115)

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	114	99,1
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	1	0,9
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 114)		
Cours magistral	101	88,6
Formulation de questions	77	67,5
Démonstration / illustration	29	25,4
Méthodes pédagogiques interactives (n = 114)		
Discussion en sous-groupes	62	54,4
Rétroaction	73	64,0
Enseignement par les pairs	14	12,3
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	105	92,1
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 114)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	40	35,1
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 114)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	37	32,5
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	68	59,6
Interactif / Enseignement par les pairs	50	43,9
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	69	60,5
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	58	50,9
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	67	58,8
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	12	10,5
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	53	46,5
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	89	78,1
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 114)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	28	24,6

**Tableau 5.2.14.r Principes de l'utilisation de l'équipement :
méthodes pédagogiques utilisées (n=115)**

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	110	95,7
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	5	4,3
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 110)		
Cours magistral	98	89,1
Formulation de questions	64	58,2
Démonstration / illustration	30	27,3
Méthodes pédagogiques interactives (n = 110)		
Discussion en sous-groupes	53	48,2
Rétroaction	64	58,2
Enseignement par les pairs	12	10,9
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	94	85,5
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 110)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	33	30,0
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 110)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	33	30,0
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	62	56,4
Interactif / Enseignement par les pairs	44	40,0
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	61	55,5
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	47	42,7
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	51	46,4
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	12	10,9
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	39	35,5
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	72	65,5
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 110)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	22	20,0

**Tableau 5.2.14.s Obstacles à l'application des principes et solutions :
méthodes pédagogiques utilisées (n=115)**

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	95	82,6
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	20	17,4
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 95)		
Cours magistral	74	76,3
Formulation de questions	65	67,0
Démonstration / illustration	22	22,7
Méthodes pédagogiques interactives (n = 95)		
Discussion en sous-groupes	59	60,8
Rétroaction	74	76,3
Enseignement par les pairs	15	15,5
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	53	54,6
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 95)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	19	20,0
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 95)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	28	29,5
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	33	34,7
Interactif / Enseignement par les pairs	31	32,6
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	34	35,8
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	29	30,5
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	40	42,1
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	7	7,4
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	25	26,3
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	43	45,3
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 95)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	14	14,7

**Tableau 5.2.14.t Processus de résolution de problème :
méthodes pédagogiques utilisées (n=115)**

Variables	n	%
Contenu de la formation		
Nombre de formateurs ayant abordé le contenu	95	82,6
Nombre de formateurs n'ayant pas abordé le contenu	20	17,4
Méthodes pédagogiques centrées sur le formateur (n = 95)		
Cours magistral	75	78,9
Formulation de questions	70	73,7
Démonstration / illustration	26	27,4
Méthodes pédagogiques interactives (n = 95)		
Discussion en sous-groupes	67	70,5
Rétroaction	73	76,8
Enseignement par les pairs	18	18,9
Centré sur le formateur / Enseignement par les pairs	48	50,5
Méthodes pédagogiques expérientielles centrées sur le formateur (n = 95)		
Centré sur le formateur / Rétroaction	17	17,9
Méthodes pédagogiques expérientielles interactives (n = 95)		
Interactif / Rétroaction (discussion avec l'ensemble du groupe)	35	36,8
Interactif / Rétroaction (donner ses commentaires sur ce que font les formés)	22	23,2
Interactif / Enseignement par les pairs	25	26,3
Interactif / Projet de groupe / Rétroaction	28	29,5
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (formulation de commentaires par les participants)	28	29,5
Interactif / Projet de groupe / Discussion entre l'ensemble des participants	40	42,1
Interactif / Projet de groupe / Enseignement par les pairs (animation d'une discussion par un participant)	10	10,5
Interactif / Jeu de rôle (le formateur joue un rôle)	20	21,1
Interactif / Jeu de rôle (les participants jouent un rôle)	35	36,8
Méthodes pédagogiques expérientielles (n = 95)		
Combinaison des 2 méthodes (centrées sur le formateur et interactives)	14	14,7

**ANNEXE 10. TABLEAUX SUR LE NOMBRE ET LA PROPORTION DE
FORMATEURS AYANT FAIT APPEL
AUX DIFFÉRENTES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES POSSIBLES**

Tableau 5.2.15.a Statistiques relatives aux lésions professionnelles : matériel pédagogique utilisé (n = 88)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	34	38,6
Acétates de l'ASSTSAS adaptées aux caractéristiques de l'établissement	9	10,2
Vos acétates	20	22,7
Cahier du participant	47	53,4
Autre matériel pédagogique	23	26,1
<hr/>		
Autre matériel pédagogique : détail (n = 23)		
Matériel de photocopie	1	4,3
Feuilles de tableau préalablement préparées	3	13,0
Affiches	2	8,7
Tableau	1	4,3
Autre matériel adapté aux caractéristiques de l'établissement	16	69,7

Tableau 5.2.15.b Identification des sources de danger qui nuisent à l'autonomie du patient et à la sécurité des soignants : matériel pédagogique utilisé (n = 110)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	56	50,9
Vos acétates	15	13,6
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	64	58,2
Cahier du participant	71	64,5
Autre matériel pédagogique	13	11,8
<hr/>		
Autre matériel pédagogique : détail (n = 13)		
Affiches ASSTSAS	4	30,8
Rapport accident / incident fourni par l'agent de Qualité et de Sécurité AQS	3	23,0
Tableau	4	30,8
Photocopie d'une photo	1	7,7
Feuilles mobiles	1	7,7

Tableau 5.2.15.c Éléments de la situation de travail : matériel pédagogique utilisé (n = 113)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	58	51,3
Vos acétates	15	13,3
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	58	51,3
Cahier du participant	78	69,0
Autre matériel pédagogique	23	20,4
Autre matériel pédagogique : détail (n = 23)		
Affiche	12	52,3
Acétates ou posters de l'ASSTSAS	3	13,0
Tableau	4	17,5
Photos	1	4,3
Pancartes	1	4,3
Statistiques des accidents du travail de l'établissement	1	4,3
Cahier adapté à l'établissement	1	4,3

Tableau 5.2.15.d Interrelations entre les éléments de la situation de travail : matériel pédagogique utilisé (n = 110)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	54	49,1
Vos acétates	14	12,7
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	51	46,4
Affiche	70	63,6
Cahier du participant	71	64,5
Autre matériel pédagogique	8	7,3
Autre matériel pédagogique : détail (n = 8)		
Vidéo	2	25,0
Tableau	2	25,0
Acétates ou posters de l'ASSTSAS	1	12,5
Poster	2	25,0
Cahier adapté à l'établissement	1	12,5

Tableau 5.2.15.e Prévention (solutions par élément d'une situation de travail) : matériel pédagogique utilisé (n = 109)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	48	44,0
Vos acétates	10	9,2
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	56	51,4
Grille d'évaluation de la situation de travail	55	50,5
Cahier du participant	68	62,4
Autre matériel pédagogique	9	8,3
Autre matériel pédagogique : détail (n = 9)		
Vidéo	3	33,3
Acétates ou posters de l'ASSTSAS	3	33,3
Tableau	2	22,3
Photo	1	11,1

Tableau 5.2.15.f Anatomie et fonctionnement de la colonne vertébrale : matériel pédagogique utilisé (n = 100)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	55	55,0
Vos acétates	26	26,0
Squelette	30	30,0
Cahier du participant	61	61,0
Autre matériel pédagogique	22	22,0
Autre matériel pédagogique : détail (n = 22)		
Vidéo	11	50,0
Sacs d'épicerie	2	9,2
Acétates et affiches de l'ASSTAS	3	13,6
Schéma muscles	2	9,2
Dessins au tableau	1	4,5
Bonhomme de bois	1	4,5
Guimauves	1	4,5
Éléments tirés d'une classe de dos	1	4,5

**Tableau 5.2.15.g Conséquences des lésions professionnelles : matériel pédagogique utilisé
(n = 104)**

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	42	40,0
Vos acétates	16	15,2
Cahier du participant	54	51,4
Autre matériel pédagogique	16	15,2
Autre matériel pédagogique : détail (n = 16)		
Autre matériel adapté aux caractéristiques de l'établissement	8	50,0
Chevalet de feuilles volantes	3	18,8
Vidéo	2	12,4
Acétates ou affiches de l'ASSTSAS	3	18,8

**Tableau 5.2.15.h Capacités d'agir en prévention : matériel pédagogique utilisé
(n = 106)**

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	36	34,0
Vos acétates	14	13,2
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	40	37,7
Grille d'évaluation de la situation de travail	50	47,2
Cahier du participant	60	56,6
Autre matériel pédagogique	7	6,6
Autre matériel pédagogique : détail (n = 7)		
Vidéo	1	14,3
Acétates ou affiches de l'ASSTSAS	4	57,1
Tableau	1	14,3
Autre matériel adapté aux caractéristiques de l'établissement	1	14,3

Tableau 5.2.15.i Principes de préparation : matériel pédagogique utilisé (n = 114)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	50	43,9
Vos acétates	11	9,6
Affiches de l'ASSTSAS	77	67,5
Cahier du participant	80	70,2
Autre matériel pédagogique	6	5,3
Autre matériel pédagogique : détail (n = 6)		
Acétates ou affiche de l'ASSTSAS	4	66,6
Chevalet avec des feuilles volantes	1	16,7
Tableau	1	16,7

**Tableau 5.2.15.j Les besoins et les niveaux d'assistance : matériel pédagogique utilisé
(n = 113)**

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	60	53,1
Vos acétates	10	8,8
Affiches de l'ASSTSAS	79	69,9
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	40	35,4
Lit ajustable	100	88,5
Literie complète	89	78,8
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	85	75,2
Fauteuil roulant	96	85,0
Fauteuil gériatrique	58	51,3
Fauteuil de positionnement	15	13,3
Lève-personne avec accessoires	75	66,4
Civière	34	30,1
Civière douche	24	21,2
Chaise d'aisance	30	26,5
Chaise de douche	8	7,1
Rouleau ou planche de transfert	20	17,7
Brancard ou lit pivotant	2	1,8
Marchette	66	58,4
Cahier du participant	74	65,5
Autre matériel pédagogique	6	5,3
Autre matériel pédagogique : détail (n = 6)		
Sacs d'épicerie pleins	1	16,7
Ceinture de marche	2	33,2
Levier station debout	1	16,7
Verticalisateur	1	16,7
Disque de transfert	1	16,7

**Tableau 5.2.15.k Niveaux d'assistance et supervision : matériel pédagogique utilisé
(n = 113)**

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	55	48,7
Vos acétates	17	15,0
Affiches de l'ASSTSAS	73	64,6
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	38	33,6
Lit ajustable	96	85,0
Literie complète	81	71,7
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	71	62,8
Fauteuil roulant	96	85,0
Fauteuil gériatrique	43	38,1
Fauteuil de positionnement	10	8,8
Lève-personne avec accessoires	47	41,6
Civière	27	23,9
Civière douche	14	12,4
Chaise d'aisance	27	23,9
Chaise de douche	9	8,0
Rouleau ou planche de transfert	15	13,3
Brancard ou lit pivotant	2	1,8
Marchette	70	61,9
Cahier du participant	68	60,2
Autre matériel pédagogique	10	8,8
Autre matériel pédagogique : détail (n = 10)		
Chaise	1	10,0
Sacs d'épicerie pleins	1	10,0
Glisseur	1	10,0
Canne	1	10,0
Matelas de sol, chaise droite	1	10,0
Bloc de poussée	1	10,0
Ceinture de marche	1	10,0
Levier station debout	1	10,0
Fauteuil roulant	2	20,0

Tableau 5.2.15.1 Niveaux de communication avec le patient : matériel pédagogique utilisé (n = 112)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	53	47,3
Vos acétates	12	10,7
Affiches de l'ASSTSAS	69	61,6
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	38	33,9
Lit ajustable	74	66,1
Literie complète	62	55,4
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	55	49,1
Fauteuil roulant	75	67,0
Fauteuil gériatrique	31	27,7
Fauteuil de positionnement	10	8,9
Lève-personne avec accessoires	39	34,8
Civière	19	17,0
Civière douche	13	11,6
Chaise d'aisance	20	17,9
Chaise de douche	7	6,3
Rouleau ou planche de transfert	12	10,7
Brancard ou lit pivotant	2	1,8
Marchette	50	44,6
Cahier du participant	65	58,0
Autre matériel pédagogique	7	6,3
Autre matériel pédagogique : détail (n = 7)		
Jeux questionnaire	1	14,3
Chaise	3	42,8
Sac d'épicerie pleins	1	14,3
Matelas de sol, chaise droite	1	14,3
Vidéo	1	14,3

Tableau 5.2.15.m Assistance partielle : matériel pédagogique utilisé (n = 111)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	58	52,3
Vos acétates	13	11,7
Affiches de l'ASSTSAS	71	64,0
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	35	31,5
Sacs d'épicerie pleins	48	43,2
Lit ajustable	98	88,3
Literie complète	82	73,9
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	78	70,3
Fauteuil roulant	100	90,1
Fauteuil gériatrique	40	36,0
Fauteuil de positionnement	10	9,0
Lève-personne avec accessoires	40	36,0
Civière	28	25,2
Civière douche	14	12,6
Chaise d'aisance	30	27,0
Chaise de douche	8	7,2
Rouleau ou planche de transfert	21	18,9
Brancard ou lit pivotant	2	1,8
Marchette	72	64,9
Cahier du participant	71	64,0
Autre matériel pédagogique	14	12,6
Autre matériel pédagogique : détail (n = 14)		
Bottin téléphonique	1	7,1
Chaise	2	14,4
Vidéo	1	7,1
Ceinture de marche	3	21,5
Glisseur	1	7,1
Levier de station debout	3	21,5
Matelas de sol, chaise droite	1	7,1
Sacs d'épicerie	1	7,1
Disque de transfert	1	7,1

Tableau 5.2.15.n Principes de positionnement : matériel pédagogique utilisé (n = 115)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	57	49,6
Affiches de l'ASSTSAS	77	67,0
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	35	30,4
Sacs d'épicerie pleins	35	30,4
Lit ajustable	81	70,4
Literie complète	70	60,9
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	65	56,5
Fauteuil roulant	85	73,9
Fauteuil gériatrique	45	39,1
Fauteuil de positionnement	13	11,3
Lève-personne avec accessoires	42	36,5
Civière	25	21,7
Civière douche	17	14,8
Chaise d'aisance	18	15,7
Chaise de douche	7	6,1
Rouleau ou planche de transfert	12	10,4
Brancard ou lit pivotant	4	3,5
Marchette	44	38,3
Cahier du participant	70	60,9
Autre matériel pédagogique	6	5,2
Autre matériel pédagogique : détail (n = 6)		
Serviette	1	16,7
Matelas de sol, chaise droite	1	16,7
Cabaret vide	1	16,7
Ceinture de marche	1	16,7
Chaise	2	33,2

Tableau 5.2.15.o Principes de prise : matériel pédagogique utilisé (n = 115)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	60	52,2
Affiches de l'ASSTSAS	79	68,7
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	37	32,2
Sacs d'épicerie pleins	40	34,8
Lit ajustable	83	72,2
Literie complète	71	61,7
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	72	62,6
Fauteuil roulant	84	73,0
Fauteuil gériatrique	44	38,3
Fauteuil de positionnement	14	12,2
Lève-personne avec accessoires	36	31,3
Civière	22	19,1
Civière douche	21	18,3
Chaise d'aisance	21	18,3
Chaise de douche	7	6,1
Rouleau ou planche de transfert	12	10,4
Brancard ou lit pivotant	4	3,5
Marchette	41	35,7
Cahier du participant	63	54,8
Autre matériel pédagogique	16	13,9
Autre matériel pédagogique : détail (n = 16)		
Serviette	3	18,9
Fauteuil ou chaise	2	12,5
Ceinture de marche	8	50,0
Matelas de sol, chaise	1	6,3
Poids de 5 lbs et 10 lbs	1	6,3

Tableau 5.2.15.p Principes de mouvement : matériel pédagogique utilisé (n = 115)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	51	44,3
Affiches de l'ASSTSAS	75	65,2
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	32	27,8
Sacs d'épicerie pleins	25	21,7
Lit ajustable	95	82,6
Literie complète	82	71,3
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	83	72,2
Fauteuil roulant	95	82,6
Fauteuil gériatrique	45	39,1
Fauteuil de positionnement	18	15,7
Lève-personne avec accessoires	38	33,0
Civière	26	22,6
Civière douche	18	15,7
Chaise d'aisance	20	17,4
Chaise de douche	5	4,3
Rouleau ou planche de transfert	12	10,4
Brancard ou lit pivotant	3	2,6
Marchette	47	40,9
Cahier du participant	67	58,3
Autre matériel pédagogique	9	7,8
Autre matériel pédagogique : détail (n = 9)		
Chaises	5	55,6
Matelas de sol, chaise	1	11,1
Ceinture	3	33,3

Tableau 5.2.15.q Assistance totale : matériel pédagogique utilisé (n = 114)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	51	44,7
Vos acétates	18	15,8
Affiches de l'ASSTSAS	70	61,4
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	30	26,3
Lit ajustable	105	92,1
Literie complète	93	81,6
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	94	82,5
Fauteuil roulant	97	85,1
Fauteuil gériatrique	63	55,3
Fauteuil de positionnement	20	17,5
Lève-personne avec accessoires	95	83,3
Civière	37	32,5
Civière douche	29	25,4
Chaise d'aisance	25	21,9
Chaise de douche	7	6,1
Rouleau ou planche de transfert	24	21,1
Brancard ou lit pivotant	4	3,5
Marchette	34	29,8
Cahier du participant	67	58,8
Autre matériel pédagogique	4	3,5
Autre matériel pédagogique : détail (n = 4)		
Vidéo	2	50,0
Serviettes	1	25,0
Sacs d'épicerie pleins	1	25,0

**Tableau 5.2.15.r Principes de l'utilisation de l'équipement : matériel pédagogique utilisé
(n = 110)**

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	30	27,3
Affiches de l'ASSTSAS	38	34,5
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	19	17,3
Lit ajustable	86	78,2
Literie complète	62	56,4
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	71	64,5
Fauteuil roulant	80	72,7
Fauteuil gériatrique	58	52,7
Fauteuil de positionnement	19	17,3
Lève-personne avec accessoires	85	77,3
Civière	35	31,8
Civière douche	29	26,4
Chaise d'aisance	28	25,5
Chaise de douche	16	14,5
Rouleau ou planche de transfert	23	20,9
Brancard ou lit pivotant	5	4,5
Marchette	53	48,2
Cahier du participant	56	50,9
Autre matériel pédagogique	8	7,3
Autre matériel pédagogique : détail (n = 8)		
Contentions	1	12,5
Serviettes	2	25,0
Cannes	2	25,0
Glisseurs	1	12,5
Trapèze de lit	1	12,5
Ceinture de marche	1	12,5

Tableau 5.2.15.s Obstacles à l'application des principes et solutions : matériel pédagogique utilisé (n = 95)

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	32	33,7
Vos acétates	10	10,5
Affiches de l'ASSTSAS	38	40,0
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	39	41,1
Lit ajustable	37	38,9
Literie complète	34	35,8
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	33	34,7
Fauteuil roulant	36	37,9
Fauteuil gériatrique	23	24,2
Fauteuil de positionnement	10	10,5
Lève-personne avec accessoires	30	31,6
Civière	17	17,9
Civière douche	11	11,6
Chaise d'aisance	16	16,8
Chaise de douche	9	9,5
Rouleau ou planche de transfert	9	9,5
Brancard ou lit pivotant	2	2,1
Marchette	26	27,4
Cahier du participant	46	48,4
Autre matériel pédagogique	4	4,2
Autre matériel pédagogique : détail (n = 4)		
Base d'appui	1	25,0
Cannes	1	25,0
Tableau	2	50,0

**Tableau 5.2.15.t Processus de résolution de problème : matériel pédagogique utilisé
(n = 95)**

Variables	n	%
Matériel pédagogique		
Acétates de l'ASSTSAS	34	35,8
Vos acétates	14	14,7
Affiches de l'ASSTSAS	38	40,0
Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	54	56,8
Lit ajustable	34	35,8
Literie complète	28	29,5
Piqué ou alaise de glissement / tube de glissement / sac de plastique	30	31,6
Fauteuil roulant	33	34,7
Fauteuil gériatrique	22	23,2
Fauteuil de positionnement	10	10,5
Lève-personne avec accessoires	30	31,6
Civière	14	14,7
Civière douche	8	8,4
Chaise d'aisance	17	17,9
Chaise de douche	9	9,5
Rouleau ou planche de transfert	8	8,4
Brancard ou lit pivotant	2	2,1
Marchette	24	25,3
Cahier du participant	50	52,6
Autre matériel pédagogique	6	6,3
Autre matériel pédagogique : détail (n = 6)		
Serviette	1	16,7
Tableau	4	66,6
Bain	1	16,7