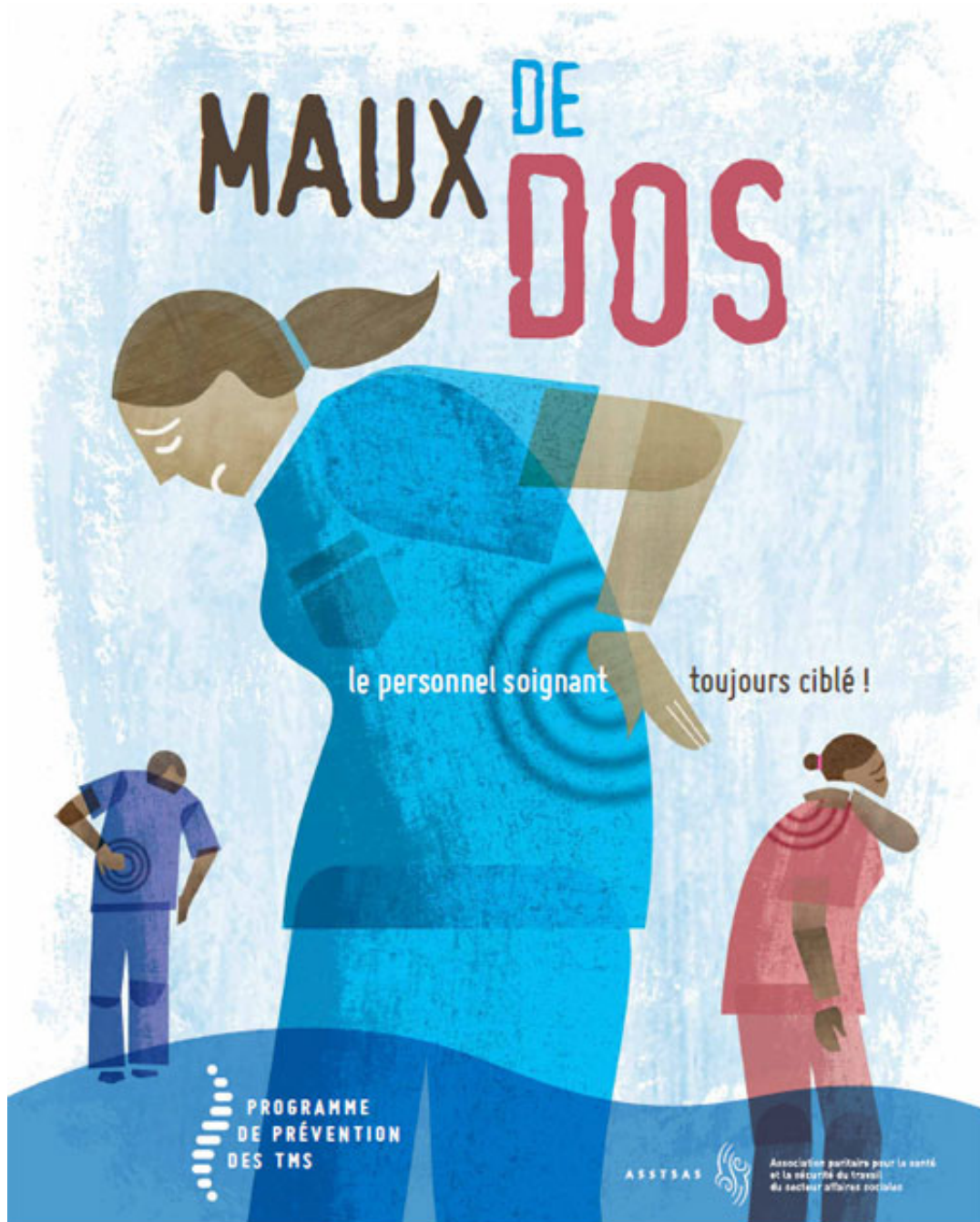


# Programme de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) chez le personnel soignant



## **L'ASSOCIATION PARITAIRE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU SECTEUR AFFAIRES SOCIALES (ASSTSAS)**

### **Mission**

Dans le cadre de l'entente patronale-syndicale qui la crée et des lois qui la régissent, l'ASSTSAS a pour mission de promouvoir la prévention en santé et en sécurité du travail et soutenir, dans un cadre paritaire, la clientèle de son secteur, par des services conseils et des activités d'information, de formation, de recherche et de développement, tout en favorisant l'efficacité des processus de travail et en tenant compte de la sécurité de la clientèle des établissements.

### **Structure paritaire et source de financement**

L'ASSTSAS, organisme à but non lucratif, est gérée par une assemblée générale et un conseil d'administration composés en nombre égal de représentants des associations syndicales et patronales du secteur. Son financement provient principalement des cotisations perçues auprès de tous les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux.

# Crédits

---

## RECHERCHE ET RÉDACTION

Jocelyn Villeneuve

## COLLABORATION

Sylvie Bédard  
Françoise Bouchard  
Louise Morissette  
Pierre Poulin  
Rose-Ange Proteau  
Marie Josée Robitaille

## ÉDITION

Louise Lefèbvre  
Isabelle Guilbault

## RÉVISION LINGUISTIQUE

Micheline Choinière

## REMERCIEMENTS

L'ASSTSAS remercie le CSSS de Laval pour lui avoir permis de reproduire en quasi-totalité le **Guide de prestation sécuritaire des services à domicile** qui est à l'origine du Modèle de politique et de procédures pour les services à domicile (outil 2.2). Pour en savoir plus, consultez l'**article d'Objectif prévention** publié à cet effet.

L'ASSTSAS remercie également les membres du groupe de discussion qui ont bien voulu commenter la version préliminaire.

- CH de Ste.Mary
  - Elizabeth McMahon, chef du Service de santé et de sécurité du travail (SST)
  - Marc Pineault, coordonnateur qualité et gestion des risques
  - Gloria Pacheco, représentante syndicale CSN-SMHC
- CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord
  - Lisa Labrecque, infirmière au Service de SST
  - Guy Racine, représentant syndical APTS
- CSSS Lucille-Teasdale
  - Dominique Jérôme, agente de prévention
  - Jean-Daniel Mboungou, représentant syndical SCFP

- Hôpital général Juif
  - Suzanne Paulhus, chef du Service de SST
  - Robert Blémir, représentant syndical CSN
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont
  - Sylvie Boucher, chef du Service de SST

# Notes de production

---

## AVERTISSEMENT

Bien que l'ASSTSAS s'efforce d'assurer l'exactitude, la tenue à jour et l'exhaustivité de l'information, elle ne peut garantir, déclarer ou promettre que les renseignements fournis sont valables, exacts ou à jour. L'ASSTSAS ne se tient pas responsable d'une perte, d'une revendication ou d'une demande quelconque pouvant découler directement ou indirectement de l'utilisation de cette information ou de la conformité à cette information. Ni l'ASSTSAS, ni l'Établissement ayant accepté que son document soit rendu public ne seront tenus responsables d'aucun dommage ni d'aucune perte découlant de l'utilisation d'une information inexacte, incomplète ou inappropriée.

Le présent site Internet et ses documents téléchargeables contiennent des hyperliens vers des sites de tiers ou des documents téléchargeables édités par des tiers sous leur responsabilité. Ces hyperliens vous sont proposés pour faciliter votre accès à l'information et ne sauraient être interprétés comme une approbation formelle par l'ASSTSAS du contenu de ces sites de tiers. Les associations membres de l'ASSTSAS, ses délégués, ses administrateurs, ses dirigeants et les membres du personnel déclarent formellement n'assumer aucune responsabilité pouvant découler de la diffusion de ce document et des mesures qu'il préconise.

## MASCULIN / FÉMININ

Le lecteur voudra bien comprendre en lisant ce guide qu'un mot comme « travailleur » inclut les deux genres grammaticaux et les deux réalités : les travailleurs et les travailleuses, à moins que le contexte ne l'interdise. Le genre masculin que nous utilisons dans ce document ne vise qu'à alléger la lecture du texte.

## REPRODUCTION

La reproduction et l'adaptation de la démarche et des outils sont autorisées pourvu que la source soit clairement mentionnée.

## Sommaire

---

Ce programme constitue un cadre de référence accessible à partir du site Internet de l'ASSTSAS. Il offre **une démarche en huit étapes** et de nombreux **outils** qui peuvent être adaptés au contexte particulier et à la taille de chaque établissement.

Le contenu de ce programme est basé sur l'expérience accumulée par l'ASSTSAS et sur les données probantes recueillies auprès d'organismes comparables et d'organismes publics, principalement en Amérique du Nord. Les principales publications consultées figurent dans la **bibliographie**.

### PARTIE I - INTRODUCTION

- Créer un milieu de travail sain et sécuritaire
- Orientations de l'ASSTSAS
- Contexte du secteur
- Quelle culture de sécurité en SST ?
- Les TMS dans le secteur
- Des conditions gagnantes

### PARTIE II - LA RÉALISATION DU PROGRAMME

- Une démarche en huit étapes
- Étape 1 : État de situation
- Étape 2 : Engagement
- Étape 3 : Affectation des intervenants
- Étape 4 : Tournée des sites ciblés
- Étape 5 : Rapport et plan d'action
- Étape 6 : Planification financière
- Étape 7 : Implantation du plan d'action
- Étape 8 : Évaluation
- Liste des outils

### PARTIE III – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bibliographie

## Créer un milieu de travail sain et sécuritaire

**« Un moyen fondamental d'améliorer les soins de santé est d'assainir les milieux de travail des employés de ce domaine. Aussi est-il inacceptable de financer, de gouverner ou de diriger des établissements de santé malsains tout autant que d'y travailler ou d'y recevoir des soins. »**

**(COALITION POUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ).**

N'est-il pas absurde que des employés se blessent et tombent malades à soigner des malades ? La santé et la sécurité du travail (SST) devraient s'inscrire dans une culture de sécurité organisationnelle où le bien-être des personnes, clients et employés se situe au cœur des préoccupations de la direction, des gestionnaires et des syndicats. Pour l'ASSTSAS, ce n'est qu'à cette condition que des services de qualité peuvent être dispensés. Créer un milieu de travail sain et sécuritaire, c'est aussi l'un des meilleurs moyens d'attirer et de retenir le personnel.

### LES TÂCHES DU PERSONNEL SOIGNANT

Les troubles musculosquelettiques (TMS) reliés aux déplacements des clients ou à la prestation de soins de base demeurent la principale source de lésions professionnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux du Québec. C'est la même situation dans les autres pays développés, avec plus ou moins de variation.

Une approche proactive de prévention des TMS passe inévitablement par la mise sur pied d'un programme permanent et intégré le plus possible aux structures existantes et dont les responsabilités sont décentralisées. Les études le démontrent, la surveillance des lésions professionnelles exige une attention constante : dès qu'il y a relâchement des mesures de prévention, les événements accidentels augmentent inévitablement.

**Ce guide offre une démarche en huit étapes pour mettre en place un programme de prévention des TMS chez le personnel soignant reliés aux :**

- déplacements des clients : transfert d'une surface à une autre (ex. : du lit au fauteuil), repositionnement (ex. : lit, fauteuil, civière), déplacement avec ou sans aide technique (ex. : en marchant, avec marchette, en fauteuil roulant) ;
- soins de base : hygiène (au lit, au lavabo, à la baignoire, à la douche), élimination (aux toilettes, à la chaise d'aisances, à la bassine, avec culotte d'incontinence), alimentation (installation et aide aux repas), habillage ;
- autres activités de la vie quotidienne (AVQ) ;
- tâches diverses de soins (ex. : réadaptation, examen diagnostique).

## À QUI S'ADRESSE CE PROGRAMME ?

Ce guide est conçu pour toutes les personnes impliquées dans la prévention des TMS dans le secteur de la santé et des services sociaux et particulièrement :

- au directeur des ressources humaines ;
- au chef du service de santé ;
- à l'intervenant en SST ;
- au membre du CPSST ;
- au gestionnaire des risques ou d'amélioration de la qualité ;
- au gestionnaire de service ou de programme de soins ;
- au responsable de la formation professionnelle.

### Pourquoi un programme de prévention ?

- **Pour réduire et contrôler l'apparition des TMS et les coûts qu'ils génèrent ;**
- **pour agir de façon concertée avec le personnel, les cadres et les syndicats ;**
- **pour définir les rôles et les responsabilités des acteurs ;**
- **pour établir une structure permanente, condition *sine qua none* à une prévention durable des TMS.**

## Orientations de l'ASSTSAS

Voici les grandes orientations qui guident la démarche proposée par l'ASSTSAS : un modèle d'analyse, deux formations reconnues et une norme pour organiser la prévention dans l'établissement.

### APPROCHE GLOBALE DE LA SITUATION DE TRAVAIL

Pour réussir à réduire les accidents, il est nécessaire d'agir sur l'ensemble de la situation de travail. Le modèle de l'approche globale de l'ASSTSAS permet d'analyser chacun des éléments qui constituent une situation type de travail : tous sont interreliés et le bon fonctionnement de chacun dépend du bon fonctionnement des autres. Lorsque certains éléments présentent des déficiences, c'est tout le système qui est perturbé.

## Approche globale de la situation de travail



*Dans une organisation, des personnes réalisent des tâches avec des équipements dans un environnement et un temps déterminés.*

## FORMATION PRINCIPES POUR LE DÉPLACEMENT SÉCURITAIRE DES BÉNÉFICIAIRES (PDSB)

La **formation PDSB de l'ASSTSAS** contribue à prévenir les accidents causés par les efforts de déplacement et d'assistance à des personnes en perte d'autonomie. Entre autres, le soignant apprend :

- à favoriser au maximum l'utilisation des capacités du client ;
- à déterminer la meilleure stratégie d'exécution d'un déplacement en fonction du niveau d'assistance requis et des caractéristiques de la situation de travail ;
- à ne pas soulever manuellement un client, peu importe son poids (seuls la disponibilité et l'usage optimal des aides mécaniques et techniques permettent un soulèvement sécuritaire et la réduction des efforts physiques) ;
- à signaler la situation lorsqu'il n'est pas possible de respecter les PDSB afin d'apporter les correctifs nécessaires.

La formation du personnel soignant aux PDSB est évidemment une condition nécessaire, mais insuffisante. Les études scientifiques sont unanimes : la formation à elle seule n'a pratiquement aucun impact sur la baisse des accidents du travail.

## FORMATION APPROCHE RELATIONNELLE DE SOINS (ARS)

Outre la formation PDSB, il est profitable de former le personnel pour qu'il sache établir une relation harmonieuse avec les personnes âgées qui souffrent de déficits cognitifs parfois sévères. Les réactions imprévisibles de ces clients lors des soins et des déplacements constituent un facteur de risque important. À cette fin, l'ASSTSAS a conçu la **formation ARS**. Celle-ci, ou un équivalent, est fortement recommandée pour le personnel qui œuvre auprès des personnes âgées, particulièrement les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

## NORME SUR LA GESTION DE LA PRÉVENTION

Certains établissements utilisent la norme de l'Association canadienne de normalisation, **CSA Z1000-06**, comme cadre de référence pour l'organisation de la prévention. L'approche proposée dans ce guide répond à plusieurs des exigences de cette norme, entre autres, en ce qui concerne la tenue et la mise à jour :

- d'un processus pour identifier et apprécier les phénomènes dangereux et les risques de façon continue (fixer des objectifs et des cibles, concevoir des mesures de prévention et de protection) ;
- d'un plan pour l'atteinte des objectifs et des cibles indiquant les moyens, les responsabilités et les échéanciers ;
- des enregistrements qui prouvent la conformité du plan aux exigences du système de gestion de la SST et le fonctionnement efficace de ce dernier.

## Contexte du secteur

---

**« Les ressources humaines en santé devraient être considérées et traitées comme de précieux atouts du système de santé. Une haute qualité de vie au travail est nécessaire au maintien en poste de nos ressources en nombre limité. Cette qualité est également importante à la prestation de soins efficaces, efficients et sûrs aux patients et aux clients. »**

**(COALITION POUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ).**

Le secteur de la santé et des services sociaux du Québec connaît depuis plusieurs années des réformes successives pour s'adapter aux nouvelles réalités sociétales, dont le vieillissement accéléré de la population et le développement des nouvelles technologies médicales.

Alors que la pénurie et le vieillissement du personnel soignant se font sentir, nous assistons à une intensification du travail qui a un impact direct sur les conditions de SST. En général, les clients présentent des problématiques plus complexes limitant fortement leur autonomie. En CHSLD, la moyenne d'heures/soins par client ne cesse d'augmenter et la majorité de la clientèle souffre de déficits cognitifs de tous ordres. Les personnes âgées sont très dépendantes dans leurs déplacements et les soins de base sont plus difficiles à donner. En centre hospitalier (CH), les durées de séjour diminuent pour laisser place aux clients qui nécessitent des soins médicaux spécialisés. Les clients retournent à la maison dès que possible, même s'ils présentent encore des limitations fonctionnelles importantes. Ils sont alors pris en charge par la famille et les services de soins à domicile.

En dix ans (1995-2005), la clientèle à domicile a doublé (200 %) et le nombre d'auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS) a augmenté de 65 %. À domicile, le personnel travaille seul la plupart du temps et les lieux physiques présentent des contraintes additionnelles en termes d'efforts et de postures de travail.

Dans plusieurs établissements, les ressources en SST dédiées à la prévention sont minimales, voire insuffisantes. Il est donc important de bien planifier les activités de prévention à travers des programmes intégrés où la santé et la sécurité deviennent l'affaire de tous en fonction du niveau de responsabilité de chacun.

## Quelle culture de sécurité en SST ?

**Une culture de sécurité en SST, « c'est la somme des valeurs, des croyances, des attitudes et des comportements, ainsi que des rituels intégrés à tous les niveaux de l'organisation, qui détermine la façon dont l'ensemble du personnel, de la haute direction jusqu'aux employés de production, pense et agit par rapport à la sécurité. » (ROSAN, Marilyne).**

Dans toutes les organisations, il y a une culture de sécurité en SST, qu'elle nous plaise ou non. La recherche *Validation d'un outil d'autodiagnostic et d'un modèle de progression de la mesure en santé et sécurité du travail* de Mario Roy montre que le degré d'avancement de cette culture s'évalue d'après le niveau de préoccupation des gestionnaires par rapport à la SST. Selon l'auteur, il y a trois niveaux ascendants de culture de sécurité au travail.

### Niveaux de culture de sécurité en SST

1. Culture orientée sur les résultats	2. Culture orientée sur la prévention	3. SST intégrées aux processus décisionnels
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôle des pertes</li> <li>• Réduction des lésions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformité</li> <li>• Amélioration continue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valeurs, attitudes et comportements sécuritaires</li> <li>• Intégration de la SST aux systèmes organisationnels</li> </ul>

Un premier niveau de culture est essentiellement orienté sur le contrôle des pertes (ex. : coûts CSST, assurance-salaire, bris matériel, etc.). Un deuxième niveau de culture est davantage axé sur une meilleure organisation de la prévention, notamment par la mise en place de programmes de prévention. Finalement, au troisième niveau de culture, la santé et la sécurité sont des valeurs centrales de l'organisation qui traversent tous les processus décisionnels.

Ce n'est que lorsque la SST est prise en considération à tous les niveaux d'une organisation que l'on peut vraiment parler de culture de sécurité, par exemple, dans les projets de construction, dans la réorganisation d'un service ou dans l'achat des équipements. Pour ce faire, le signal doit venir de la haute direction afin que les cadres se sentent véritablement concernés par la SST. Une culture de sécurité pour le personnel a un effet direct sur la qualité des soins à la clientèle.

## Les TMS dans le secteur

---

Le **Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007** dressé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est on ne peut plus clair en prétendant que l'activité économique la plus à risque de TMS est liée au domaine des soins de santé.

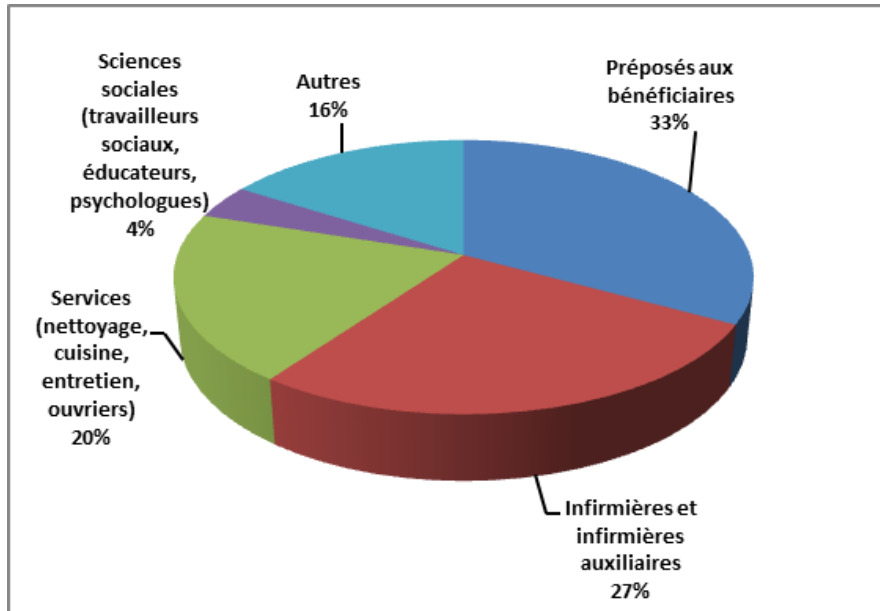
Les schémas 1 à 8 aux pages suivantes présentent un **tableau des lésions indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)**. Ils montrent que les TMS associés aux déplacements et aux soins des personnes, tant en institution qu'à domicile, demeurent encore le problème n° 1 du secteur.

Pour les années 2000 à 2006, les TMS\* représentent, en moyenne, 56 % de toutes les lésions indemnisées du réseau des CH-CHSLD-CR-CLSC. Les trois quarts des TMS indemnisés surviennent au personnel soignant qui constitue la main-d'œuvre principale.

Une tendance à la hausse des coûts se fait sentir partout dans le secteur. D'après **une étude d'experts comptables (DION DURELL)** présentée à un colloque de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), les taux de cotisation à la CSST vont augmenter. Les conséquences financières des lésions professionnelles ont un impact non négligeable sur le budget des établissements. Une partie significative des sommes versées en indemnités aux victimes d'accidents du travail pourrait être économisée en investissant davantage en prévention.

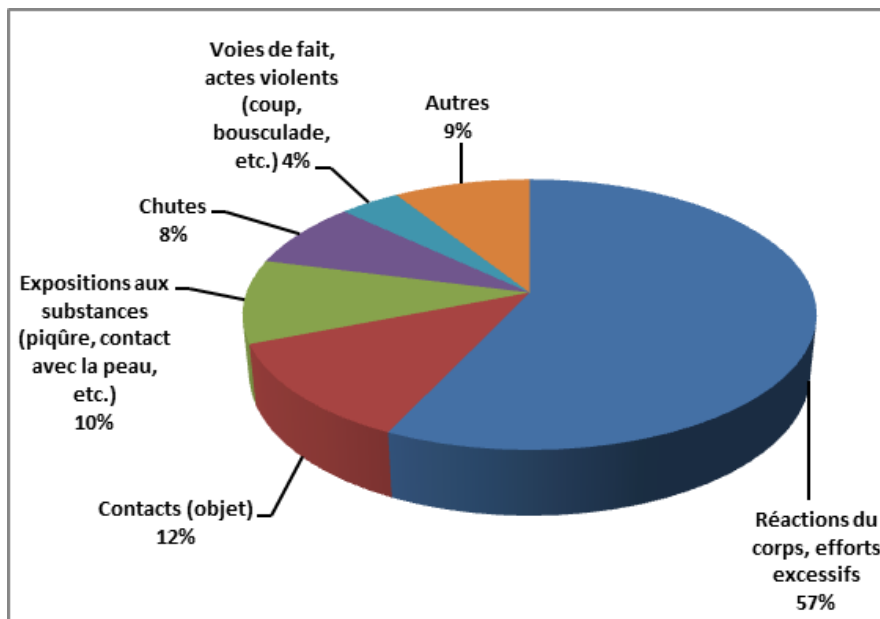
\* Ces données s'appliquent aux TMS définis comme lésion au dos, à la région cervicale, aux membres supérieurs ou aux épaules, de nature traumatique ou inflammatoire et uniquement pour le réseau des CH-CHSLD-CR-CLSC.

**Schéma 1. Catégories d'emplois - Secteur (CSST, 2003-2007)**



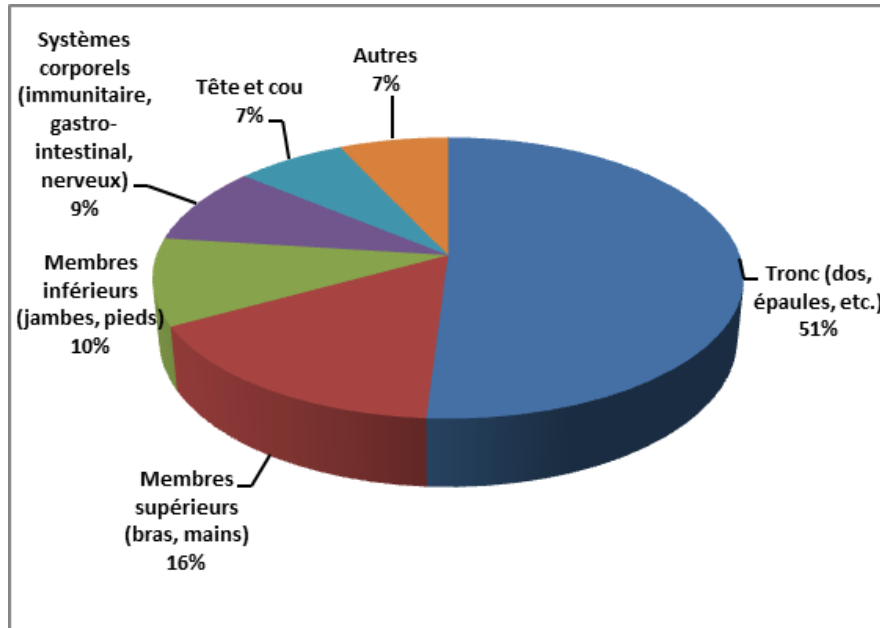
Le personnel soignant subit 60 % des lésions : dans l'ordre, les préposés aux bénéficiaires, les infirmières-auxiliaires et les infirmières se blessent le plus souvent. Vient ensuite le personnel des services de soutien (20 % des lésions) qui manutentionne davantage des objets par comparaison au personnel soignant qui déplace des personnes.

**Schéma 2. Genre d'accidents - Secteur (CSST, 2003-2007)**



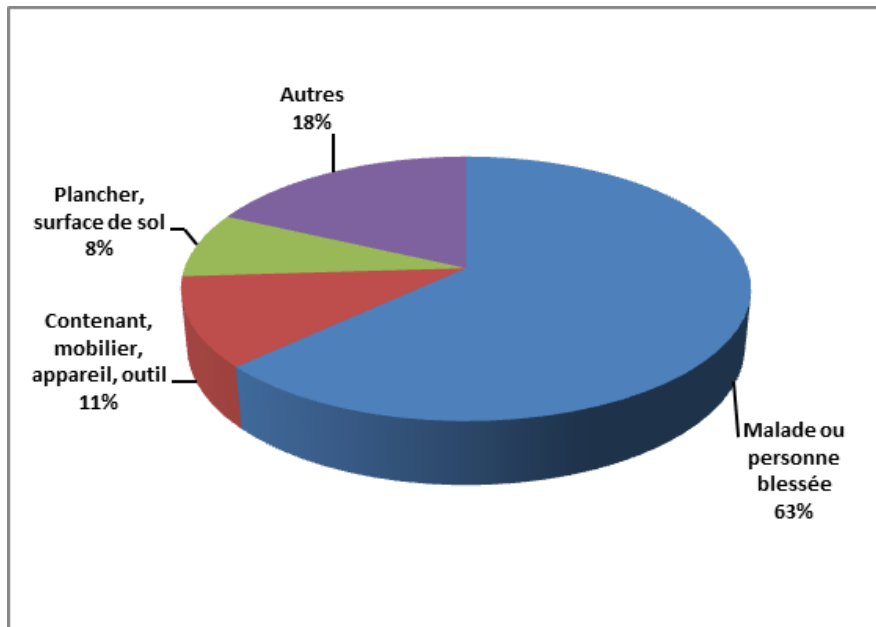
Le genre d'accidents en cause demeure les efforts excessifs et les réactions du corps qui sont des effets inattendus du corps à la suite de postures ou de mouvements contraignants. On voit bien le lien entre les efforts excessifs et les activités de manutention de personnes ou d'objets.

**Schéma 3. Sièges des lésions - Secteur (CSST, 2003-2007)**



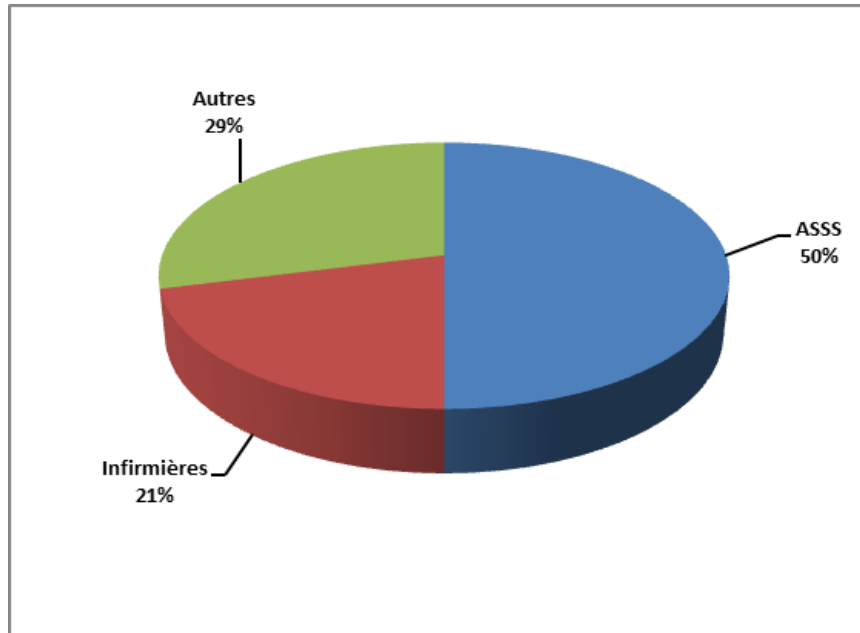
Le siège principal des lésions est le tronc. Avec les membres supérieurs, cela représente plus des deux tiers (67 %) des lésions indemnisées.

**Schéma 4. Agents causaux - Secteur (CSST, 2003-2007)**



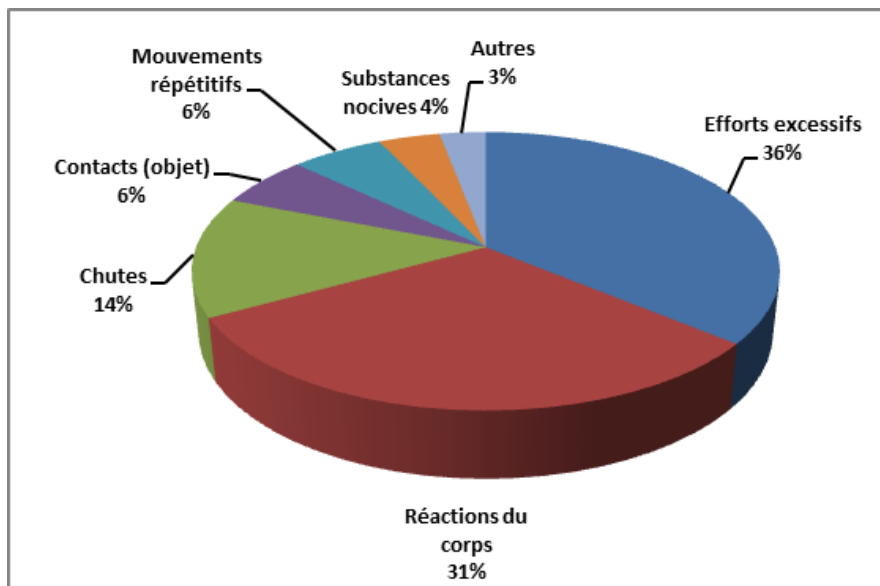
Avec près des deux tiers (63 %) des causes de lésions, il ne fait aucun doute que le déplacement et les mobilisations de clients demeurent de loin les causes principales des lésions dans le secteur.

Schéma 5. Catégories d'emplois - CLSC (CSST, 2005)



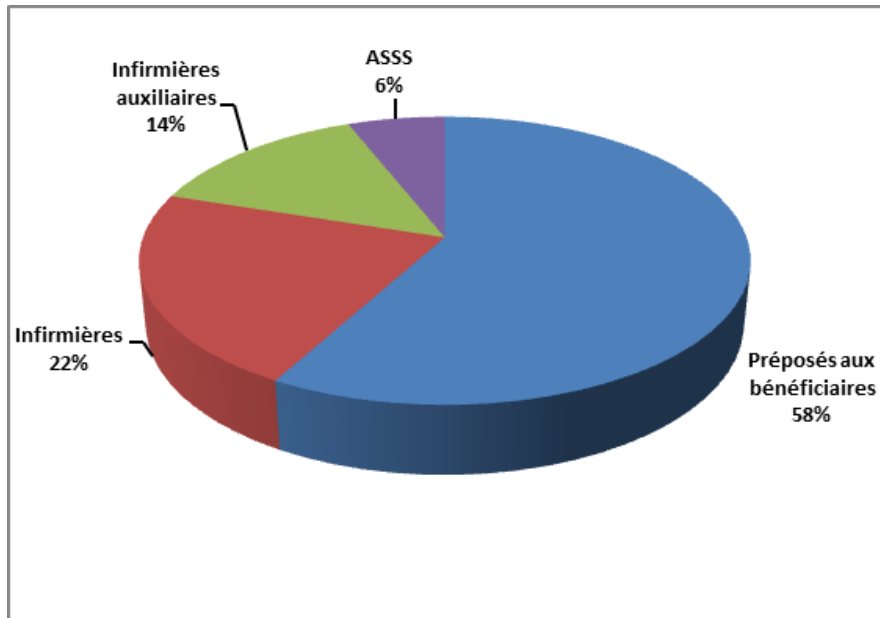
Dans les CLSC, le portrait est sensiblement le même. Le personnel soignant en contact direct avec les clients se blesse le plus souvent, en l'occurrence les ASSS pour la moitié de tous les accidents du travail et les infirmières pour 21 %.

Schéma 6. Genres d'accidents chez les ASSS - CLSC (CSST, 2006-2007)



Chez les ASSS, 67 % des lésions sont un effort excessif et une réaction du corps. Une explication : en plus des efforts déployés pour déplacer les clients, s'ajoutent les postures contraignantes (penchées, en torsion, étirées, etc.) associées à des espaces de travail exigus à domicile (ex. : chambre, salle de bain).

**Schéma 7. Coûts des TMS chez le personnel soignant - Secteur (total 21,3 M \$)  
(CSST, 2007)**



Dans l'ensemble du secteur, les préposés aux bénéficiaires forment le groupe d'employés le plus à risque. Dans les CLSC, les lésions professionnelles des ASSS coûtent trois fois plus cher que celles des infirmières à domicile.

**Schéma 8. Coûts des lésions professionnelles en M \$ - Secteur (CSST, 2003-2007)**

Année	Total des lésions (M \$)	TMS seulement (M \$)
2003	44,9	34,7
2004	46,8	36,3
2005	46,6	36,1
2006	48,1	35,9
2007	54 M \$	40,7 M \$
<b>Coût moyen</b>	<b>48 M \$</b>	<b>36,7 M \$</b>

Le coût direct sur une base annuelle de toutes les lésions du secteur est en progression continue entre 2003 et 2007. Il représente en moyenne 48 M \$ par année. Pour la même période, les TMS sont aussi en progression et représentent environ les trois quarts du coût direct total. À cela, il faut ajouter les coûts indirects qui représentent un facteur multiplicateur de 4 selon des sources généralement reconnues. Le coût annuel moyen des lésions professionnelles dans le secteur se situe à plus de 190 M \$.

## Des conditions gagnantes

---

**Le cadre de référence proposé dans ce guide peut être adapté au contexte particulier de l'établissement. Cependant, chacune des étapes est utile et nécessaire.**

Il est primordial de s'appuyer sur « les bons coups » réalisés dans l'établissement et de valoriser ce qui est déjà en place et qui fonctionne bien. Ce sont des sources de fierté inspirantes qui peuvent être transposées ailleurs.

### Conditions gagnantes pour la réussite du programme

1. Un engagement soutenu de la direction et des syndicats.
2. La pérennité du programme.
3. La nomination d'un responsable soutenu par un comité conjoint et multidisciplinaire.
4. Des politiques et procédures claires et opérationnelles.
5. La formation du personnel et les mises à niveau.
6. La possibilité d'avoir de l'aide rapidement (travail en équipe).
7. La présence de *coachs* sur le terrain.
8. Un parc d'équipements performants.
9. Des installations fonctionnelles.
10. Une responsabilisation des cadres et des employés (culture de sécurité en SST).

L'implantation d'un tel programme de prévention s'étale forcément sur quelques années. Cela n'empêche nullement de mettre en place les mesures de sécurité qui s'imposent à court terme. La pérennité du programme permet de bonifier la situation d'année en année, et ce, dans une perspective d'amélioration continue.

## Une démarche en huit étapes

La première partie de ce guide a exposé le bien-fondé d'engager l'établissement dans une démarche d'implantation d'un programme permanent de prévention des TMS chez le personnel soignant. Pour passer à l'action, l'ASSTSAS propose une démarche en huit étapes.

Chacune des étapes est expliquée en détail et offre des **outils** de collecte et d'analyse des informations pertinentes. Les outils sont numérotés en fonction de l'étape où ils sont proposés et peuvent être répétés dans d'autres étapes.

À l'étape 4, des pistes d'observation et de prévention sont proposées pour l'identification des risques et l'élaboration de solutions. De plus, des références à des standards reconnus permettent de comparer la situation observée à un référentiel fiable et d'apprécier l'écart entre « ce qui est » et « ce qui devrait être » selon la règle de l'art.



### ÉTAT DE SITUATION

- Dresser le portrait général de la sécurité des déplacements des clients et des soins de base ;
- connaître la situation actuelle et planifier les étapes suivantes ;
- présenter un premier bilan au comité paritaire de santé et de sécurité du travail (CPSST) et au comité de direction.



### ENGAGEMENT

- Reconnaître l'existence de la problématique des TMS dans les soins ;
- s'engager à soutenir la démarche ;
- répertorier les politiques et les procédures liées aux déplacements et aux soins de base de la clientèle ;
- préparer un projet de politique et de procédures.



### AFFECTATION DES INTERVENANTS

- Nommer un responsable du programme de prévention des TMS ;
- mettre en place un comité de programme (sous-comité du CPSST) ;
- former une équipe de formateurs et de *coachs* PDSB et ARS.



#### TOURNÉE DES SITES CIBLÉS

- Prioriser les services et les programmes où intervenir ;
- dégager des scénarios dominants d'événements accidentels par site ;
- identifier les risques d'accidents selon le modèle de l'Approche globale de la situation de travail.



#### RAPPORT ET PLAN D'ACTION

- Produire un rapport pour chacun des sites analysés ;
- identifier les pistes de solutions pour contrôler les risques observés ;
- produire un plan d'action par sites et, à terme, pour l'ensemble de l'établissement.



#### PLANIFICATION FINANCIÈRE

- Préparer le budget annuel du programme ;
- estimer les retombées du plan d'action annuel ;
- informer la direction et le CPSST du budget et des retombées.



#### IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION

- Faire approuver le plan d'action ;
- communiquer le plan d'action aux personnes concernées ;
- appliquer le plan d'action selon les priorités établies ;
- assurer un suivi du plan d'action pour chacun des sites ciblés et pour l'établissement.



#### ÉVALUATION

- Évaluer le programme en regard des objectifs visés au plan d'action annuel sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ;
- produire des recommandations pour améliorer son efficacité dans une perspective d'amélioration continue.

## Étape 1 : État de situation

---

**Le but visé à cette étape est de monter un dossier bien étoffé à présenter au comité de direction et aux syndicats afin qu'ils aient un portrait général de la situation en ce qui a trait à la sécurité des déplacements et des soins de base dispensés à la clientèle.**



### OBJECTIFS

- Dresser le portrait général de la sécurité des déplacements des clients et des soins de base ;
- connaître la situation actuelle et planifier les étapes suivantes ;
- présenter un premier bilan au comité paritaire de santé et de sécurité du travail (CPSST) et au comité de direction.

### DESCRIPTION

Il s'agit de colliger les informations pertinentes aux plans administratif, statistique et financier, puis d'apprécier l'état général du parc d'équipements et des installations physiques pour l'ensemble de l'établissement.

Ce premier bilan permet au CPSST et à la direction de prendre une décision éclairée pour la suite du projet. Court et concis, il contient les informations suivantes :

- ampleur des accidents et des TMS reliés aux déplacements et aux soins de base des clients (coûts des événements, titres d'emplois, services ou programmes de soins les plus touchés, etc.) ;
- performance de l'établissement par rapport aux autres ;
- pratiques préventives en cours ;
- état des formations PDSB et ARS (personnel formé, nombre de formateurs et de *coachs*) ;
- disponibilité et état des équipements de transfert ;
- adéquation des installations physiques par rapport aux normes ;
- actions à entreprendre pour obtenir un portrait plus détaillé de la situation et pour produire un plan d'action efficace.

### SOURCES D'INFORMATION

Un ensemble de données est déjà disponible dans l'établissement auprès de divers services.

- **Service de santé** : données sur les accidents du travail avec et sans perte de temps et les absences-maladie.

- **Service des ressources humaines** : données démographiques sur le personnel.
- **Comptabilité** : données financières sur les lésions professionnelles et le coût des équipements et autres matériels.
- **Services techniques** : inventaire et état des équipements et des installations physiques.
- **Services à la clientèle** : profil des clients, taux d'occupation, etc.

Il est important de respecter la confidentialité des informations obtenues et de conserver l'anonymat des personnes, que ce soit des employés ou des clients. Les compilations et les analyses doivent être dépersonnalisées.

### OUTILS À UTILISER

Plusieurs outils vous sont proposés pour documenter l'état de situation dans l'établissement.

- **1.1 Questionnaire d'audit sur la sécurité des déplacements et des soins de base à la clientèle** : portrait sommaire de la situation.
- **1.2 Pratiques organisationnelles en SST** : collecte des informations sur les pratiques de SST dans l'établissement.
- **1.3 Incidence, gravité et coûts des événements accidentels** : estimation de la prévalence et des coûts des TMS et de leur distribution dans les différents services ou programmes de soins.  
=> Voir un **exemple** pour vous aider à remplir la grille.
- **1.4 Coûts de l'assignation temporaire** : estimation des coûts de l'assignation temporaire des employés victimes d'accidents dont la blessure n'est pas consolidée.  
=> Voir un **exemple** pour vous aider à remplir la grille.
- **1.5 Taux comparé de cotisation à la CSST** : comparaison de la performance de l'établissement par rapport aux autres établissements de même catégorie.

Le relevé de l'état général des équipements et des installations physiques peut se faire à l'aide des deux outils suivants :

- **4.14 Inventaire des équipements par catégorie**
- **4.15 Relevé des locaux par catégorie**

**La prise de photos peut être très utile pour illustrer concrètement l'état des installations physiques aux décideurs. N'hésitez pas à demander des plans architecturaux à l'échelle auprès des services techniques. Cela facilitera grandement votre travail.**

## Étape 2 : Engagement

---

Pour entreprendre une telle démarche, le soutien constant de la direction et des syndicats est une condition sine qua non. Le dépôt d'un premier bilan sur l'état de situation devrait être suffisant pour convaincre les décideurs de s'engager vers les étapes suivantes dans la perspective de mettre sur pied un programme permanent de prévention des TMS reliés aux déplacements et aux soins de base des clients.



### OBJECTIFS

- Reconnaître l'existence de la problématique des TMS dans les soins ;
- s'engager à soutenir la démarche ;
- répertorier les politiques et les procédures reliées aux déplacements et aux soins de base de la clientèle ;
- préparer un projet de politique et de procédures.

### DESCRIPTION

Un engagement explicite de la direction et des syndicats suffit comme point de départ. Il n'est pas nécessaire d'attendre l'adoption d'une politique formelle d'établissement pour engager la démarche.

À chacune des étapes, le **responsable du programme** présente un rapport sommaire de façon à ce que la direction et les syndicats soient toujours bien informés de l'état d'avancement du projet.

La rédaction d'une proposition de politique et de procédures peut se faire en parallèle aux autres activités. Ces documents visent à définir clairement les orientations de l'établissement ainsi que les rôles et les responsabilités des acteurs.

Une fois adoptées, la politique et les procédures sont largement diffusées à l'ensemble de l'établissement et, en particulier, à ceux qui ont un rôle à jouer et qui sont imputables.

### SOURCES D'INFORMATION

Le milieu médico-social doit se doter d'un ensemble de politiques et de procédures afin d'harmoniser les pratiques et d'assurer la qualité des services. Toutefois, il arrive souvent que l'on constate des écarts entre les procédures « prescrites » et la réalité du travail. C'est pourquoi il est tout aussi important de relever les écarts et d'en expliquer sommairement les causes.

Plusieurs services sont directement ou indirectement touchés par cette question. Il s'agit de faire l'inventaire des politiques et des procédures émises par ces services.

**Tableau des politiques et des procédures possibles**

<b>Clientèle</b>	
<b>Politiques et procédures</b>	<b>Services responsables</b>
• Évaluation des capacités des clients	• Réadaptation
• Contention des clients	• Soins
• Prévention des chutes	• Soins / Réadaptation
• Contrôle des biens personnels des clients	• Service à la clientèle en hébergement
• Prévention des infections nosocomiales	• Prévention des infections nosocomiales
• Évaluation des besoins pour les services à domicile	• Service à la clientèle en CLSC

<b>Accidents et incidents</b>	
<b>Politiques et procédures</b>	<b>Services responsables</b>
• Politique de santé et sécurité du travail	• Ressources humaines
• Déclaration / enquête-analyse d'accidents du travail	• Santé et sécurité du travail
• Déclaration / enquête d'incidents-accidents aux clients	• Amélioration de la qualité (gestion des risques)
• Déclaration de situations dangereuses	• Santé et sécurité du travail
• Déplacement de clients à haut risque (ex. : personne obèse)	• Santé et sécurité du travail / Réadaptation
• Prestation sécuritaire de soins à domicile	• Service à la clientèle en CLSC
• Chutes des clients	• Réadaptation / Service à la clientèle

Équipements et installations physiques	
Politiques et procédures	Services responsables
• Réparation des équipements	• Services techniques
• Entretien préventif des équipements	• Services techniques
• Sélection-achats : équipements, aides techniques, mobilier	• Approvisionnement / Soins / Santé et sécurité du travail / Réadaptation
• Livraison au client des équipements de transfert, aides techniques	• Soins / Réadaptation / Services techniques
• Inspection sommaire des équipements avant usage	• Soins

## OUTILS À UTILISER

- **2.1 Modèle de politique et de procédures en institution**
- **2.2 Modèle de politique et de procédures pour les services à domicile**

## Étape 3 : Affectation des intervenants

Une des conditions essentielle de réussite est de nommer un responsable du programme de prévention soutenu dans son mandat par un comité de programme conjoint et multidisciplinaire.



### OBJECTIFS

- Nommer un responsable du programme de prévention des TMS ;
- mettre en place un comité de programme (sous-comité du CPSST) ;
- former une équipe de formateurs et de *coachs* PDSB et ARS.

### DESCRIPTION

Le responsable du programme de prévention joue un rôle central dans la démarche. Il gère les activités au quotidien et devient la personne pivot des communications entre les acteurs.

Le comité de programme regroupe des représentants des principaux intervenants des soins et des services connexes et est formé de cadres et de salariés. Ce comité donne les orientations au programme et mobilise le personnel autour des activités prévues au plan d'action annuel. Il relève du CPSST et entretient des liens étroits avec le comité de gestion des risques ou d'amélioration de la qualité.

Les formateurs et les *coachs* PDSB et ARS sont des personnes clés pour la réalisation du programme sur le terrain. Ils doivent être bien formés, soutenus par les cadres et organisés en réseau. Chaque site, service ou programme de soins devrait disposer d'une équipe PDSB dynamique et disponible sur les trois quarts de travail pour résoudre les problèmes au fur et à mesure. En CHSLD, il importe de pouvoir compter sur des formateurs ARS pour soutenir le personnel travaillant auprès des clients qui souffrent de déficits cognitifs.

### OUTILS À UTILISER

Les deux modèles de politique et de procédures suivants définissent bien le rôle des différents intervenants.

#### 2.1 Modèle de politique et de procédures en institution

Rôles et responsabilités des intervenants :

- **employeur et cadres ;**
- **chef d'un service ou d'un programme de soins ;**
- **personnel soignant ;**

- **client et famille ;**
- **service de réadaptation ;**
- **services techniques ;**
- **responsable du programme ;**
- **comité du programme ;**
- **comité paritaire de SST ;**
- **comité de gestion des risques ;**
- **formateurs PDSB et ARS ;**
- **coachs PDSB et ARS.**

## **2.2 Modèle de politique et de procédures pour les services à domicile**

Rôles et responsabilités des intervenants (services à domicile) :

- **responsabilités de l'établissement ;**
- **responsabilités de l'intervenant-pivot ;**
- **responsabilités de l'intervenant ;**
- **responsabilités de la clientèle et des proches.**

Rôles et responsabilités des intervenants (aide à domicile par les ASSS) :

- **responsabilités de l'établissement ;**
- **responsabilités de l'intervenant-pivot ;**
- **responsabilités du chef d'équipe ASSS ;**
- **responsabilités de l'ASSS ;**
- **responsabilités de la clientèle et des proches.**

## Étape 4 : Tournée des sites ciblés

La tournée des sites ciblés s'effectue selon le modèle de l'Approche globale de la situation de travail. Elle a pour but d'identifier les risques reliés aux déplacements et à la prestation de soins de base à la clientèle.



### OBJECTIFS

- Prioriser les services et les programmes où intervenir ;
- dégager des scénarios dominants d'événements accidentels par site ;
- identifier les risques d'accidents selon le modèle de l'Approche globale de la situation de travail.

### DESCRIPTION

Il s'agit d'identifier les services ou les programmes de soins les plus touchés par les événements accidentels et les TMS (incidence, gravité, coût, etc.) et de dresser la liste des sites prioritaires à analyser plus en détail. Les services ou les programmes de soins visés font ensuite l'objet d'une analyse détaillée pour chacun des éléments de la situation de travail (Approche globale). Un ensemble d'outils a été conçu à cette fin.

Il importe de vérifier si les conditions internes sont propices à une telle intervention dans les sites ciblés. Il faut également bien informer les cadres et les travailleurs des objectifs poursuivis par la démarche. Leur collaboration est essentielle.

### SOURCES D'INFORMATION

Les statistiques recueillies à l'**Étape 1 : État de situation** sont utilisées pour prioriser les sites d'intervention. Les données sur les accidents du travail avec et sans perte de temps pour les trois dernières années sont compilées et analysées pour chacun des sites ciblés.

Les descriptifs d'accidents sont nécessaires pour arriver à dégager des scénarios dominants d'accidents. Les rapports d'enquêtes peuvent compléter l'information.

### OUTILS À UTILISER

Ces outils permettent de recueillir et d'analyser les informations utiles et nécessaires pour identifier les risques associés aux déplacements et aux soins de base à la clientèle dans chacun des sites ciblés. Pour chacun des éléments de la situation de travail, vous avez accès à :

- des outils de collecte et d'analyse des données ;
- des pistes d'observation et de prévention ;
- des standards et références.

Les standards et références fournis proviennent de guides de l'ASSTSAS, de normes ou de guides québécois ou canadiens ou, encore, d'autres références reconnues. Ces standards et références permettent d'estimer l'écart entre la situation observée et la situation souhaitée. Cela facilite l'identification des facteurs de risque et la recherche de solutions.

### Événements accidentels

- **4.1 Profil des événements accidentels**
- **4.2 Profil des événements accidentels selon la tâche**
- **4.3 Profil des assignations temporaires**
- **4.4 Profil des incidents aux clients**

### Analyse du site selon l'Approche globale

Les personnes, les tâches, les équipements, l'environnement ainsi que l'organisation du travail et du temps constituent les différents éléments d'une situation type de travail. Lorsque certains éléments présentent des déficiences, il faut identifier les risques potentiels d'accident du travail.

## Approche globale de la situation de travail



*Dans une organisation, des personnes réalisent des tâches avec des équipements dans un environnement et un temps déterminés.*

## LES PERSONNES

Cet élément regroupe toutes les catégories de personnes qui peuvent être impliquées dans une situation de soins ou de déplacement, les clients et le personnel soignant en premier lieu.

- **4.5 Profil de la clientèle** : cette grille permet de tracer un profil de l'autonomie de la clientèle aux plans physique, sensoriel, cognitif et comportemental.
- **4.6 Questionnaire au personnel soignant** : ce questionnaire offre une opportunité au personnel de donner son opinion sur ses conditions d'exercice du travail. Utiliser l'outil **4.6 Compilation des résultats** pour compiler les données.
- **4.7 Relevé des formations PDSB et ARS**
- **4.8 Liste des formateurs, des coachs PDSB et ARS et des ASSS désignées en CLSC**

### Clientèle

- Pistes d'observation et de prévention
- Standards et références

### Personnel soignant

- Pistes d'observation et de prévention
- Standards et références

## L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET DU TEMPS

L'analyse de cet élément permet de connaître le déroulement des activités quotidiennes du personnel soignant dans un service particulier : qui fait quoi, comment, quand et où en rapport avec les soins de base et les déplacements des clients.

- **4.9 Questionnaire sur l'organisation du travail et de temps** : ce questionnaire s'adresse aux gestionnaires du service et vise une meilleure compréhension du déroulement des activités sur les trois quarts de travail en fonction de la répartition du personnel soignant et des tâches qui lui sont dévolues.
- **4.10 Profil chronologique des activités** : cet outil permet d'identifier les périodes de pointe, c'est-à-dire les moments où l'assistance aux clients est plus fréquente (ex. : lever du matin, toilettes, repas, coucher). La gestion des pauses et des repas du personnel est importante pour ne pas générer de surcharges de travail susceptibles de provoquer des incidents ou des accidents. Les intervenants externes au service jouent un rôle significatif dans l'organisation du travail (ex. : visites médicales, soins de réadaptation, traitements ou examens diagnostiques). Ces tâches impliquent des déplacements des clients et l'assistance du personnel soignant du service.

Il convient également de faire une liste des tâches identifiées comme problématiques pour préparer l'observation des tâches à l'étape suivante.

- Pistes d'observation et de prévention

- Standards et références

## LA TÂCHE

Une part importante de la journée de travail est occupée par les soins de base et l'assistance aux clients. Ces activités représentent une charge physique et mentale significative pour le personnel soignant. Il s'agit donc d'observer ces tâches.

- **4.11 Chronique de quart par titre d'emploi** : la chronique de quart sert à décrire chronologiquement les activités d'un employé pendant une période déterminée (un quart complet de travail ou quelques heures). La grille sert à repérer les tâches plus problématiques à observer de plus près.
- **4.12 Grille d'observance des PDSB** : cette grille devrait être utilisée par un formateur ou un *coach* PDSB. Elle est conçue dans l'ordre chronologique d'exécution d'une tâche d'assistance au déplacement d'un client. Elle sert à vérifier le respect ou non des principes enseignés. Un retour auprès de l'employé devrait être effectué au terme de l'observation dans une optique de renforcement des principes de la formation PDSB.
- **4.13 Outil d'intégration lors du compagnonnage ARS** : cette grille, normalement utilisée comme outil pédagogique dans le cadre de la formation ARS, peut être utilisée pour évaluer les besoins de formation d'une équipe de soignants. Pour ce faire, elle devrait être appliquée à plusieurs activités de soins avec plusieurs soignants. Les formateurs en approche relationnelle de soins sont les personnes possédant les compétences pour utiliser cet outil. Les travailleurs observés devraient avoir reçu la formation PDSB au préalable.

- **Pistes d'observation et de prévention**

- **Standards et références**

## LES ÉQUIPEMENTS

Le personnel soignant utilise et manipule différents équipements de transfert et aides techniques (lève-personne, surface de glissement, etc.), du mobilier (lit, fauteuil, etc.), de la literie (drap, alèse, etc.) et d'autres matériels. La conception de ces équipements, leurs caractéristiques, leur état de fonctionnement et leur disponibilité influencent directement l'exécution des tâches.

- **4.14 Inventaire des équipements par catégorie (équipements, aides techniques, mobilier)** : demander aux services techniques un relevé à jour des équipements. Valider ce relevé par une visite des lieux et une inspection des équipements sur place. Procéder par échantillonnage ou, encore mieux, inspecter toutes les pièces d'équipement. Si des équipements s'avèrent défectueux, aviser le chef de service et les retirer conformément à la procédure. S'il n'y a pas de procédure, recommander d'en produire une dans le rapport diagnostique.

- **Pistes d'observation et de prévention**

- **Standards et références**

## L'ENVIRONNEMENT

Les espaces de travail sont parfois restreints lors des manœuvres d'assistance aux clients particulièrement lorsque des équipements de transfert plus encombrants sont utilisés tel un lève-personne au sol. L'aménagement des lieux devrait permettre une mobilité optimale des clients et du personnel pendant l'utilisation des aides techniques et des équipements de transfert.

### Comment procéder pour faire un relevé des locaux

Faites un relevé des locaux par catégorie en indiquant le numéro du local et les dégagements mesurés et inscrivez vos commentaires dans l'espace prévu à cette fin. Il convient de commencer par les locaux où les accidents se produisent le plus souvent soit, les chambres, les toilettes et les salles de bain.

Pour mesurer les dégagements autour des pièces d'équipement et de mobilier référez-vous aux standards et références qui suivent.

Pour vous faciliter la tâche, demander une copie des plans d'architecture aux services techniques. Des plans à l'échelle vous permettront d'évaluer plus rapidement les locaux d'un service. Il est toutefois nécessaire de valider les plans par une visite sur place, car il y a souvent des modifications aux plans initiaux.

Faites une esquisse des locaux typiques de soins en indiquant les dégagements. Cela rendra votre rapport plus facile à lire. La prise de photos est également utile pour illustrer l'encombrement des lieux lorsque les équipements et le personnel sont dans la pièce.

Au terme de cet exercice, vous devriez obtenir un portrait représentatif des installations physiques du site visité puisque dans les bâtiments de soins les modèles d'aménagement sont répliqués d'un étage à l'autre. Il ne faut toutefois pas négliger de noter les particularités des aménagements spécifiques à un service.

### Projet de rénovation

Le vieil adage « *Il vaut mieux prévenir que guérir* » s'applique bien aux projets de rénovation ou de construction. C'est, en effet, une opportunité extraordinaire de considérer la prévention des accidents et des TMS dès la conception de nouvelles installations. Un programme d'assistance technique s'y adresse spécifiquement : le **Programme PARC (Prévention – Aménagement – Rénovation - Construction)**.

- **4.15 Relevé des locaux par catégorie (chambres, toilettes, salles de bain, etc.)**

• **Pistes d'observation et de prévention**

• **Standards et références**

## Étape 5 : Rapport diagnostique et plan d'action

La tournée des sites ciblés de l'établissement a permis de recueillir une foule de données qu'il faut maintenant analyser et synthétiser dans un rapport diagnostique et un plan d'action.



### OBJECTIFS

- Produire un rapport pour chacun des sites analysés ;
- identifier les pistes de solutions pour contrôler les risques observés ;
- produire un plan d'action par sites et, à terme, pour l'ensemble de l'établissement.

### DESCRIPTION

Le rapport diagnostique s'adresse aux décideurs, il doit présenter l'information de manière succincte. Préparez également un rapport exécutif qui résume en quelques pages les grandes conclusions du rapport.

Le plan d'action formule une série de recommandations visant à contrôler, voire éliminer les risques observés dans le milieu de travail. Les standards et références fournis permettent d'estimer l'écart entre ce qui est observé et ce qui devrait être selon « la règle de l'art ». À partir de là, il est possible d'envisager des pistes de solutions et de formuler des recommandations pertinentes.

Il est recommandé de produire une version préliminaire du rapport et du plan d'action afin que les premiers concernés aient l'opportunité de commenter et de suggérer des améliorations.

### SOURCES D'INFORMATION

Outre la synthèse des données et la consultation des standards et références, il convient de consulter directement le personnel cadre et le personnel soignant sur les solutions à envisager. Les membres d'autres services peuvent également suggérer des solutions intéressantes le cas échéant : services techniques, directions des soins, service de réadaptation, etc.

### OUTILS À UTILISER

- **5.1 Tableau synthèse du diagnostique**
- **5.2 Plan d'action**

## Étape 6 : Planification financière

La préparation du budget du programme est une étape importante à ne pas escamoter. Savoir combien le projet va coûter et ce qu'il peut rapporter à l'établissement sont des questions centrales pour la direction. N'hésitez pas à demander l'aide du service des finances pour faire ce genre d'exercice ; il possède des informations et des compétences qui vous seront très utiles.



### OBJECTIFS

- Préparer le budget annuel du programme ;
- estimer les retombées du plan d'action annuel ;
- informer la direction et le CPSST du budget et des retombées.

### DESCRIPTION

#### Estimation des dépenses

Dresser un tableau des principales dépenses relatives à la mise en place et au maintien du programme :

- temps des intervenants affectés au projet : responsable et membres du comité de programme, formateurs et *coachs* PDSB et ARS ;
- formation du personnel : personnel soignant, formateurs et *coachs* PDSB et ARS ;
- achat d'équipements de transfert, d'aides techniques et de mobilier ;
- modification des lieux physiques.

#### Estimation des retombées financières

Les retombées financières des activités de prévention ne sont pas toujours faciles à estimer. Cependant, des études coûts/bénéfices réalisées dans ce secteur en Amérique du Nord montrent que des investissements majeurs, notamment dans les équipements, se sont autofinancés sur des périodes relativement courtes (**SHORT, Manon et TRONTIN, C**).

Les lésions professionnelles coûtent très cher, sans compter les coûts humains qui, eux, sont inestimables. Le retour sur investissement se calcule essentiellement par une estimation en pourcentage de la réduction des coûts directs et indirects des lésions. Pour les coûts indirects, certaines recherches proposent un facteur multiplicateur de quatre, soit quatre fois les coûts directs.

Les sommes à économiser sont élevées et peuvent justifier des investissements importants. En projetant des scénarios de réduction des lésions professionnelles, il est possible d'estimer le retour sur investissement.

## Programme de prévention des TMS

Présenter un scénario optimiste et conservateur de manière à montrer une fourchette de réduction potentielle des coûts. Par exemple, avec une réduction de 15 à 30 % des coûts directs qui s'élèvent à 800 000 \$ par année, l'établissement économise de 120 000 \$ à 240 000 \$. En considérant les coûts indirects (facteur multiplicateur de 4), les économies réalisées varient entre 480 000 \$ et 960 000 \$ par année.

Coûts directs	Coûts indirects
<ul style="list-style-type: none"><li>• indemnités versées en cotisations à la CSST ;</li><li>• frais médicaux ;</li><li>• frais des premiers soins, premiers secours ;</li><li>• salaires versés en assignation temporaire ;</li><li>• coûts associés à la réinsertion professionnelle ;</li><li>• coûts des bris matériels.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• coûts des interruptions et des perturbations du service ;</li><li>• salaires versés en temps supplémentaire ;</li><li>• frais de gestion des accidents (réclamation, enquête, rapport, etc.) ;</li><li>• frais de sélection et d'embauche de personnel remplaçant ;</li><li>• coûts de formation du personnel remplaçant ;</li><li>• perte d'expertise et d'efficacité au travail ;</li><li>• perte de capacité de rétention/attraction du personnel.</li></ul>

### SOURCES D'INFORMATION

Les ressources humaines et le service des finances sont les deux principales sources d'informations pour estimer correctement les coûts et les bénéfices du programme.

### OUTILS À UTILISER

- **6.1 Calcul des dépenses annuelles**
- **6.2 Estimation des retombées financières**

## Étape 7 : Implantation du plan d'action

---

**Cette étape est le but ultime de la démarche : améliorer la situation de travail et de soins de telle sorte que les risques présents soient éliminés ou contrôlés efficacement.**

L'implantation du plan d'action exige un investissement en temps et en énergie de la part des personnes qui en sont partie prenante. Il implique, la plupart du temps, des changements aux façons de faire qu'il n'est pas toujours facile à intégrer. Le suivi du plan d'action doit être fait dans une optique de renforcement positif.



### OBJECTIFS

- Faire approuver le plan d'action ;
- communiquer le plan d'action aux personnes concernées ;
- appliquer le plan d'action selon les priorités établies ;
- assurer un suivi du plan d'action pour chacun des sites ciblés et pour l'établissement.

### DESCRIPTION

Après consultation du CPSST, du comité de gestion des risques et des autres partenaires internes concernés, le plan d'action final est déposé à la direction pour approbation. Sa mise en œuvre revient normalement au comité de programme.

Le plan d'action doit ensuite être diffusé et connu par toutes les personnes concernées. Il est clairement soutenu par la direction et les syndicats, les ressources affectées et les échéanciers ont été négociés au préalable. Tout retard dans l'échéancier des réalisations doit être justifié par le responsable identifié au plan d'action.

### OUTIL À UTILISER

- **7.1 Suivi du plan d'action**

## Étape 8 : Évaluation

L'évaluation du programme doit être faite avec rigueur en regard des objectifs visés au plan d'action annuel sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Elle sert aussi à produire des recommandations qui vont bonifier l'efficacité du programme dans une perspective d'amélioration continue. Un tableau de bord comportant des indicateurs clés constitue un excellent moyen de suivre l'évolution du programme et de ses retombées.



### OBJECTIFS

- Évaluer le programme en regard des objectifs visés au plan d'action annuel sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs ;
- produire des recommandations pour améliorer son efficacité dans une perspective d'amélioration continue.

### DESCRIPTION

L'évaluation du programme, surtout les premières années, est primordiale. Des rapports d'avancement réguliers devraient être transmis à la direction, au CPSST ainsi qu'aux acteurs du milieu. Il est particulièrement important de souligner les succès, de les faire connaître et de mettre au premier plan les personnes à l'origine de ces initiatives.

### Indicateurs quantitatifs

- Données sur les accidents du travail (fréquence, gravité, typologie, écarts avant et après).
- Données sur les incidents survenus aux clients (fréquence, gravité, typologie, écarts avant et après).
- Évolution des coûts directs et indirects des lésions professionnelles.
- Évolution des coûts directs et indirects des incidents survenus aux clients.
- Nombre et type d'interventions des formateurs et *coachs* PDSB réalisées dans les différents services/programmes.
- Résultats d'un sondage d'appréciation de la qualité du programme auprès des chefs de service et du personnel soignant.
- Autres données chiffrées pertinentes.

### Indicateurs qualitatifs

- Amélioration de la conformité du milieu de travail (ex. : rénovation de salles de bain).
- Amélioration de la qualité des soins (ex. : modification de la procédure d'évaluation des capacités du client, réduction des plaies de lit).
- Amélioration de la structure de prévention (ex. : constitution d'une équipe PDSB active dans chacun des sites).
- Élaboration d'un plan de communication pour le lancement du programme de prévention en collaboration avec le service des communications.
- Création d'un registre des formations PDSB et d'un registre des employés formés par site et par service.
- Présence de formateurs ARS actifs pour soutenir le personnel soignant des CHSLD.
- Responsabilisation accrue des cadres face à la sécurité des déplacements et des soins aux clients (ex. : participation à l'enquête/ analyse d'accidents/incidents).
- Intégration des critères de SST dans les processus administratifs (ex. : formation d'un comité multidisciplinaire sur l'achat des équipements).
- Implantation d'une nouvelle procédure de déclaration de situations dangereuses.
- Entente formelle de collaboration avec le comité de gestion des risques.
- Autres activités pertinentes.

### OUTILS À UTILISER

- **8.1 Évolution de l'incidence et de la gravité des événements accidentels**  
=> Voir un **exemple** pour vous aider à remplir la grille.
- **8.2 Évolution du coût des événements accidentels**  
=> Voir un **exemple** pour vous aider à remplir la grille.

## Liste des outils

---

Voici la liste des outils que nous vous proposons pour accompagner le programme de prévention des TMS chez le personnel soignant. Chaque outil correspond à une des 8 étapes de la démarche proposée.

---



### ÉTAT DE SITUATION

- 1.1 Questionnaire d'audit sur la sécurité des déplacements et des soins de base à la clientèle
  - 1.2 Pratiques organisationnelles en SST
  - 1.3 Incidence, gravité et coûts des événements accidentels
  - 1.3 Exemple
  - 1.4 Coûts de l'assignation temporaire
  - 1.4 Exemple
  - 1.5 Taux comparé de cotisation à la CSST
- 



### ENGAGEMENT

- 2.1 Modèle de politique et de procédures en institution
  - 2.2 Modèle de politique et de procédures pour les services à domicile
- 



### AFFECTATION DES INTERVENANTS

#### Rôles et responsabilités des intervenants

- Employeur et cadres
- Chef d'un service ou d'un programme de soins
- Personnel soignant
- Client et famille
- Service de réadaptation
- Services techniques
- Responsable du programme
- Comité du programme
- Comité paritaire de SST
- Comité de gestion des risques
- Formateurs PDSB et ARS
- Coachs PDSB et ARS

### Rôles et responsabilités des intervenants (services à domicile)

- Responsabilités de l'établissement
- Responsabilités de l'intervenant-pivot
- Responsabilités de l'intervenant
- Responsabilités de la clientèle et des proches

### Rôles et responsabilités des intervenants (aide à domicile par les ASSS)

- Responsabilités de l'établissement
- Responsabilités de l'intervenant-pivot
- Responsabilités du chef d'équipe ASSS
- Responsabilités de l'ASSS
- Responsabilités de la clientèle et des proches



## TOURNÉE DES SITES CIBLÉS

### Liste des outils

- 4.1 Profil des événements accidentels
- 4.2 Profil des événements accidentels selon la tâche
- 4.3 Profil des assignations temporaires
- 4.4 Profil des incidents aux clients
- 4.5 Profil de la clientèle
- 4.6 Questionnaire au personnel soignant
- 4.6 Compilation des résultats
- 4.7 Relevé des formations PDSB et ARS
- 4.8 Liste des formateurs, des *coachs* PDSB et ARS et des ASSS désignées en CLSC
- 4.9 Questionnaire sur l'organisation du travail et de temps
- 4.10 Profil chronologique des activités
- 4.11 Chronique de quart par titre d'emploi
- 4.12 Grille d'observance des PDSB
- 4.13 Outil d'intégration lors du compagnonnage ARS
- 4.14 Inventaire des équipements de transfert, des aides techniques et du mobilier de base par catégorie
- 4.15 Relevé des lieux typiques de soins par catégorie (chambre, salle de toilettes, salle de bain, etc.)

Pistes d'observation et de prévention	Standards et références
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clientèle</li> <li>• Le personnel soignant</li> <li>• L'organisation du travail et du temps</li> <li>• La tâche</li> <li>• Les équipements</li> <li>• L'environnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La clientèle</li> <li>• Le personnel soignant</li> <li>• L'organisation du travail et du temps</li> <li>• La tâche</li> <li>• Les équipements</li> <li>• L'environnement</li> </ul>



### RAPPORT ET PLAN D'ACTION

- 5.1 Tableau synthèse du diagnostic
- 5.2 Plan d'action



### PLANIFICATION FINANCIÈRE

- 6.1 Calcul des dépenses annuelles
- 6.2 Estimation des retombées financières



### IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION

- 7.1 Suivi du plan d'action



### ÉVALUATION

- 8.1 Évolution de l'incidence et de la gravité des événements accidentels
- 8.1 Exemple
- 8.2 Évolution du coût des événements accidentels
- 8.2 Exemple

## Bibliographie

---

Voici les références bibliographiques du programme de prévention des TMS chez le personnel soignant.

- ASSTSAS
- Organismes québécois et canadiens
- Organismes états-unis
- Autres références

### ASSTSAS

Les publications de l'ASSTSAS peuvent être téléchargées gratuitement ou commandées par Internet. Consultez la **liste complète des publications de l'ASSTSAS reliées à cette thématique**.

- ASSTSAS. « 21<sup>e</sup> siècle : encore et toujours les TMS » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 29, n° 3, 2006, 32 p., [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/publications/revues-et-infolettre/objectif-prevention/objectif-prevention-vol-29-no-3-juin-2006.html>]
- ASSTSAS. « Clientèle obèse - Sécurité du soignant, dignité du client » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 30, n° 5, 2007, 32 p., [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/publications/revues-et-infolettre/objectif-prevention/objectif-prevention-vol-30-no-5-decembre-2007.html>]
- ASSTSAS. *Colloque 2009 - Tous mobilisés pour la santé*, actes du colloque, mai 2009, [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/evenements/colloque-annuel-de-lasstsas/colloque-2009.html>]
- ASSTSAS. « L'approche relationnelle de soins, ça ne trompe pas » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 32, n° 1, 2009, 32 p., [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/publications/revues-et-infolettre/objectif-prevention/objectif-prevention-vol-32-no-1-fevrier-2009.html>]
- ASSTSAS. « Prendre en main les soins à domicile » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 33, n° 2, 2010, 32 p., [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/publications/revues/objectif-prevention/objectif-prevention-vol-33-no-2-avril-2010.html>]
- ASSTSAS. *PDSB - Jeu complet des 10 affiches*, 2007, 10 p., [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/publications/affiches/affiches-pdsb/pdsb-jeu-complet-des-10-affiches.html>]
- ASSTSAS. *Répertoire des fiches PDSB*, [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/publications/repertoire-des-fiches-pdsb.html>]

- ASSTSAS. « *Un milieu de vie au coeur de nos actions* » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 30, n° 2, 2007, 32 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/revues-et-infolettre/objectif-prevention/objectif-prevention-vol-30-no-2-avril-2007.html>]
- BLEAU, Julie, Pierre POULIN et Yves GINESTE. *Approche relationnelle de soins (ARS) - Cahier du participant*, CP33, ASSTSAS, 2003, 70 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/approche-relationnelle-de-soins-ars.html>]
- DUVAL, Lisette, Christiane GAMBIN, Rose-Ange PROTEAU, et collab. *PDSB - Cahier du participant*, CP34, ASSTSAS, 2009, 156 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/pdsb.html>]
- MORISSETTE, Louise. *Prévention des blessures musculosquelettiques pour le personnel soignant*, GP37, ASSTSAS, 1995, 315 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/prevention-des-blessures-musculosquelettiques-pour-le-personnel-soignant.html>]
- PROTEAU, Rose-Ange. *Guide de référence - Soins à domicile*, GP47, ASSTSAS, 1998, 320 p., [en ligne]. [http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-de-reference-soins-a-domicile.html]
- PROTEAU, Rose-Ange. *Postures de travail sécuritaires à domicile et autonomie des personnes - Cahier du participant*, CP2, ASSTSAS, édition révisée, 2010, 81 p., [en ligne]. [http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/postures-de-travail-securitaires-a-domicile-et-autonomie-des-personnes.html]
- PROTEAU, Rose-Ange. *Postures de travail sécuritaires pour l'infirmière en soins à domicile - Cahier du participant*, CP16, ASSTSAS, 1998, 130 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/postures-de-travail-securitaires-pour-linfirmiere-en-soins-a-domicile.html>]
- VILLENEUVE, Jocelyn. *Approche globale en prévention : mode d'emploi – unités de soins*, 1991, 309 p. (non réédité)

## Organismes québécois et canadiens

- ASSOCIATION CANADIENNE DE NORMALISATION. *Gestion de la santé et de la sécurité au travail - CAN/CSA-Z1000-F06*, 2006, [cédérom], [en ligne].  
[<http://shop.csa.ca/fr/canada/gestion-de-la-sante-et-de-la-securite-au-travail/canrsa-z1000-f06-cd-rom-intelligent/invnt/27024062006/>]
- COALITION POUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ. *Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*, Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2007, 57 p., [en ligne]. [<http://www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>]
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST). *Un regard sur le portrait lésionnel des établissements (2003-2007)*, colloque de l'AQESS Prévention : quand les tendances nous lancent des défis, 18 février 2009, 16 p., [en ligne].  
[[http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/CSST\\_AQESS\\_20-02-2009.pdf](http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/CSST_AQESS_20-02-2009.pdf)]
- COMMISSION DE LA SANTÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL - ONTARIO (CSPAAT). *Prévenir les troubles musculosquelettiques (TMS)*, une série de fascicules sur la prévention des troubles musculosquelettiques, [en ligne].  
[<http://www.wsib.on.ca/fr/community/WSIB/230/ArticleDetail/24338?vgnextoid=7770ab84c59d7210VgnVCM100000449c710aRCRD>]
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007 : TMS sous surveillance*, septembre 2010, 40 p., [en ligne].  
[<http://www.inspq.qc.ca/publications/liste.asp?Titre=&Theme=77&Prenom=&Nom=&NumPublication=&ISBN=&Annee=2010&Type=0&Direction=0&Unite=0&A=9>]
- OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY AGENCY FOR HEALTHCARE IN BRITISH COLUMBIA (OHSAH-BC). *It Doesn't Have To Hurt - A Guide for Implementing Musculoskeletal Injury Prevention Programs in Healthcare*, 2004, 182 p.
- ONTARIO SAFETY ASSOCIATION FOR COMMUNITY & HEALTHCARE (OSACH)
  - *Ergonomics in Hospital Design. A Guide and Workbook to Prevent Musculoskeletal Disorders*, 2006, 115 p.
  - *Handle with Care, A comprehensive approach to Developing and Implementing a Client Handling Program*, 3<sup>th</sup> Edition, 2008, 216 p.
  - *Implementation of Client Mechanical Lifts*, 2<sup>nd</sup> Edition, 2006, 60 p.
  - *Practical Approaches to Effective Leadership : Moving beyond Compliance*, Book 5, 2007, 40 p.

- WORK SAFE ALBERTA. *No Unsafe Lift*, Workbook, 2008, 106 p., [en ligne]. [[http://www.employment.alberta.ca/documents/WHS/WHS-PUB\\_nounsafelift\\_workbook.pdf](http://www.employment.alberta.ca/documents/WHS/WHS-PUB_nounsafelift_workbook.pdf)]
- WORKSAFE BC (WORKER'S COMPENSATION BOARD OF BC)
  - *Handle with Care, Patient Handling and the Application of Ergonomics Requirements*, 126 p.
  - *High-Risk Manual Handling of Patients in Healthcare*, 2005, 22 p.
  - *Patient Handling in Small Facilities. A Companion Guide to Handle with Care*, 2006, 28 p.

### Organismes états-uniens

- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). *Safe Lifting and Movement of Nursing Home Residents*, 2006, 20 p., [en ligne]. [<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2006-117/default.html>]  
=> Beaucoup d'autres documents, gratuits en ligne, rechercher « Healthcare ».
- OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION (OSHA). UNITED STATES. DEPARTMENT OF LABOR. *Hospital eTool*, [en ligne]. [<http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/index.html>]
- VA SUNSHINE HEALTHCARE NETWORK. UNITED STATES. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRES. *Safe Patient Handling and Movement*, [en ligne]. [<http://www.visn8.va.gov/visn8/patientsafetycenter/safePtHandling/default.asp>]

### Autres références

- CAROLY, S., *et collab.* « Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants », *Pistes*, vol. 11, n° 2, nov. 2009, [en ligne]. [<http://www.pistes.uqam.ca/v11n2/articles/v11n2a8.htm>]
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE. *Guide des pratiques sécuritaires lors de l'utilisation du lève-personne*, 2009, 56 p., [en ligne]. [[www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=469](http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=469)]
- CHARNEY, W. "The Need to Legislate the Healthcare Industry in the State of Washington to Protect Healthcare Workers from Back Injury", *Journal of long-Term Effects of Medical Implants*, 15(5) 567-571 (2005).
- CHARNEY, W. *Handbook of Modern Hospital Safety*, CRC Press, 2009, section18-1.

- CHARNEY, W., *et al. Handbook of Modern Hospital Safety*, 2<sup>nd</sup> Edition, CRC Press, 2010.
- DION DURELL. *Évolution et tendance de la tarification des unités de classification des membres de l'AQESSS*, colloque de l'AQESSS *Prévention : quand les tendances nous lancent des défis*, 18 février 2009, 6 p., [en ligne].  
[[http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/DionDurell\\_AQESSS\\_20-02-2009.pdf](http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/DionDurell_AQESSS_20-02-2009.pdf)]
- INSTITUT DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL. *Les chutes chez les personnes âgées en institution, une question d'équilibre ?*, 2<sup>e</sup> colloque sur les chutes, 2004, 177 p.
- MOISAN, S., *et collab. Prévenir les troubles musculosquelettiques chez les soignants : connaître les expositions et étude des outils d'aide à la manutention*, Elsevier Masson, 2008.
- NELSON, A., *et al. "Myths and Facts about Back Injuries in Nursing"*, *American Journal of Nursing (AJN)*, February 2003, vol. 103, n° 2.
- NELSON, A., *et al. Safe Patient Handling and Movement*, Springer Publishing, 2006, 262 p.
- RATNER, Pamela A. et Richard SAWATZKY. *État de santé, comportement préventif et facteurs de risque chez les infirmières*, Statistique Canada, août 2009, Composante du produit n° 82-003-X, [en ligne]. [<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009003/article/10915-fra.htm>]
- ROSAN, Marilyne. « *Pour changer les comportements, il n'y a pas mille et une solutions efficaces* », *Objectif prévention*, vol. 31, n° 4, 2008, p. 18-19, [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/OP/op314018.pdf>]
- ROY, Mario, *et collab. Validation d'un outil d'autodiagnostic et d'un modèle de progression de la mesure en santé et sécurité du travail*, IRSST, Études et recherches, Rapport R-584, 2008, 28 p., [en ligne]. [<http://www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-validation-d-un-outil-d-autodiagnostic-et-d-un-modele-de-progression-de-la-mesure-en-sante-et-securite-du-travail-r-584.html>]
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (COLLECTIF). *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques*, Cahier du formateur, 2006, 174 p.
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (COLLECTIF). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD - Orientations ministérielles*, 2003, 20 p. [en ligne].  
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/f565828df331125285256dc90065c6e1?OpenDocument>]

## Programme de prévention des TMS

- SHORT, Manon. *La réussite d'un programme global de prévention des TMS*, colloque de l'ASSTSAS *Tous mobilisés pour la santé*, mai 2009, 87 p., [en ligne]. [<http://www.asstsas.qc.ca/documents/Evenements/Colloques%20ASSTSAS/Colloque%202009/Actes09-PL-3.pdf>]
- TRONTIN, C., et collab. *Analyse coût-bénéfice des actions de prévention – Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant*, INRS – Hygiène et sécurité du travail, 2<sup>e</sup> trimestre 2009, ND 2310– 215-09, [en ligne]. [[http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/HST\\_ND%202310/\\$File/ND2310.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/HST_ND%202310/$File/ND2310.pdf)]
- VILLENEUVE, Jocelyn. *Les meilleures pratiques de prévention des TMS reliées au transfert de patients en Amérique du Nord*, 2<sup>e</sup> congrès francophone sur la prévention des TMS, Montréal, juin 2008.