

LES MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS) RELIÉS AU TRANSFERT DE PATIENTS EN AMÉRIQUE DU NORD

JOCELYN VILLENEUVE
ASSTSAS, 5 100, rue Sherbrooke Est, bureau 950
Montréal (Qc) H1V 3R9
jvilleneuve@asstsas.qc.ca
www.asstsas.qc.ca

RÉSUMÉ

Cette communication présente un aperçu des meilleures pratiques de prévention des TMS reliés au transfert des patients dans le secteur hospitalier en Amérique du Nord. La question est d'autant plus pertinente avec la progression phénoménale de l'obésité, particulièrement aux USA. La clé de voûte réside dans l'implantation et l'usage généralisée d'aides techniques performants (lève-personnes, surfaces de glissement, etc.) supportés par des politiques organisationnelles explicites. La formation du personnel soignant est alors davantage centrée sur l'utilisation judicieuse des appareils plutôt que sur l'application de techniques de manutention manuelle qui n'ont pas donné de résultats probants à ce jour. Des programmes intégrés préconisant la réduction maximale des soulèvements manuels ont fait leurs preuves. Des études avant/après montrent, en effet, des baisses impressionnantes de la prévalence des lésions professionnelles associées à la mobilisation des patients. Des études coûts/bénéfices montrent un retour rapide sur investissement.

CONVERGENCE DES POINTS DE VUE

Les travailleurs de la santé viennent souvent en tête de liste quant à la prévalence des TMS. Nous savons que la formation aux méthodes sécuritaires de manutention, si elle est appliquée sans autres mesures, ne donne pas de résultats significatifs. Depuis 35 ans, toutes les études scientifiques l'ont démontré hors de tout doute¹. Par ailleurs, une rare unanimité se dégage de la part des praticiens et des scientifiques en Amérique du Nord quant aux meilleures stratégies de prévention à préconiser face à cette problématique récurrente. C'est ce qui se dégage d'une conférence annuelle sur cette question organisée aux USA depuis huit ans². Ces stratégies consistent essentiellement à éliminer le plus possible les soulèvements manuels de clients lors des transferts d'une surface à une autre (ex. : transfert lit/fauteuil roulant) et à réduire les efforts physiques lors des manœuvres de repositionnement au lit ou au fauteuil (ex. : rehaussement

au lit) par l'implantation et l'usage approprié d'équipement de transfert. Ces programmes se dénomment « Zero Lift » ou « Minimal Lift » et sont encadrés par des politiques institutionnelles énonçant clairement les objectifs visés et les rôles et responsabilités des acteurs. Les éléments clés sont les suivants :

- fourniture d'équipements de transfert performants et en nombre suffisant ;
- procédures appropriées d'entretien préventif et de maintenance ;
- formation adéquate des utilisateurs ;
- désignation de personnes-ressources ou « coachs » dans chaque service de soins pour soutenir le personnel au quotidien ;
- désignation d'un leader du programme, offrant un support constant aux intervenants ;
- mise en place d'un système d'évaluation périodique des capacités des clients et adaptation des aides techniques et des méthodes de transfert.

Ces programmes énoncent par la même occasion des objectifs d'amélioration de la qualité des soins : confort accru des clients lors des transferts, prévention des lésions à la peau et réduction des chutes qui sont très fréquentes dans les établissements de santé. Il importe également de s'assurer que les aménagements, notamment des chambres, salles de toilette et salles de bain permettent d'utiliser adéquatement les équipements de transfert³.

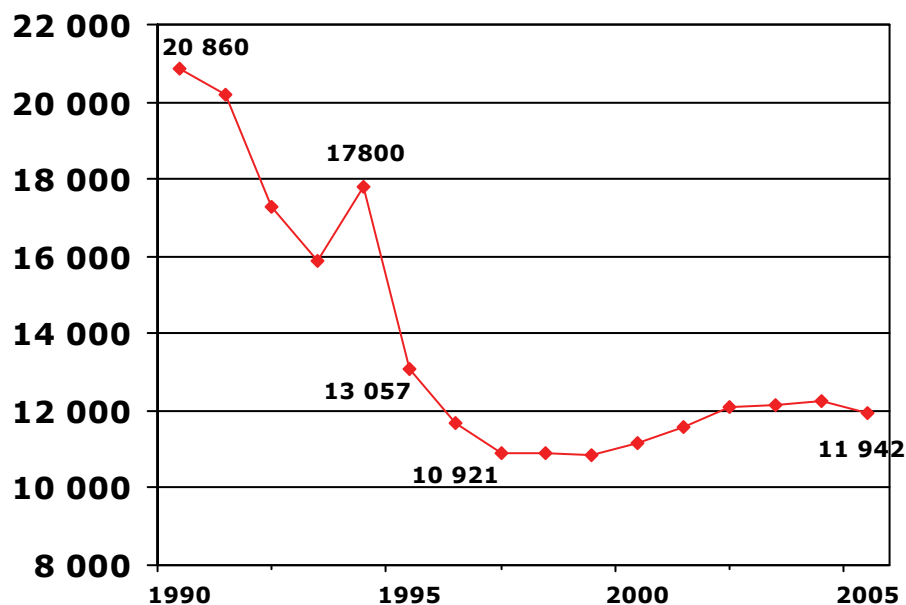
DES ÉTUDES COÛTS/BÉNÉFICES

Le nerf de la guerre pour convaincre les administrateurs de la pertinence de programmes de prévention des TMS demeure l'argent et cela est aussi vrai pour le secteur public. Plusieurs études sur les coûts et les bénéfices démontrent effectivement un retour sur investissement sur une période de deux à quatre ans dans les établissements qui appliquent un programme « zéro soulèvement manuel »⁴. Ce genre d'exercice ne fait pas partie de nos mœurs en prévention, du moins au Québec. Il serait intéressant de développer ce réflexe et de faire des démonstrations financières lorsqu'il s'agit d'évaluer l'efficacité de mesures de prévention, tout en mettant au premier plan les bénéfices pour les personnes, bien entendu.

ÉTAT DE SITUATION AU QUÉBEC

Voyons un peu comment les lésions professionnelles ont évolué dans le secteur de la santé au Québec au cours des années 1990 à 2005, sachant que les TMS* représentent environ 55 % des lésions indemnisées.

Figure 1 : Nombre de lésions indemnisées, secteur santé services sociaux SSS – Québec 1990-2005



La figure 1 montre une diminution de près de la moitié des lésions professionnelles indemnisées annuellement entre 1990 et 1997, pour atteindre un plateau se situant autour de 11 000 lésions/année entre 1997 et 2001, puis un nouveau plateau légèrement plus élevé se situant autour de 12 000 lésions/année entre 2002 et 2005⁵. La hausse des dernières années peut s'expliquer par une croissance de la main-d'œuvre dans le secteur. On peut donc affirmer que la situation s'est améliorée au cours des quinze dernières années. L'implantation de mesures de prévention n'explique pas à elle seule ce phénomène. Des mesures de type administratif y ont certainement contribué, sans savoir exactement dans quelle proportion, notamment par un contrôle accru des absences au travail et par l'application systématique de l'assignation temporaire des accidentés du travail à des travaux adaptés.

* TMS définit comme lésions indemnisées de nature traumatique ou inflammatoire au dos, à la région cervicale, aux membres supérieurs et aux épaules.

LES INTERVENTIONS AU QUÉBEC

Les interventions au Québec se situent dans la mouvance du « Zéro soulèvement manuel » depuis le début des années '90. Rappelons le déploiement d'un programme d'ergonomie appliqué dans plus de 100 établissements et la formation de quelques milliers d'instructeurs PDSB (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires), formation qui préconise l'élimination du soulèvement manuel et l'usage optimal des aides techniques. Le développement et la promotion d'équipements plus performants constituent toujours une activité déterminante pour la prévention des TMS: lits à commandes électriques, civières ajustables, lève-personnes électriques ou sur rail au plafond⁶, civières-douches, leviers à station debout, surfaces de glissement etc. Plusieurs de ces équipements sont devenus des standards d'achat au fil des années.

Le programme PARC (Prévention-aménagement-rénovation-construction) débuté en 1992 a permis d'intervenir directement dans les projets de rénovation et de construction (plus de 500 interventions) et de faire modifier certaines normes de construction des CHSLD, des hôpitaux et des garderies. Plus récemment, l'ASSTSAS s'est attaquée à la question des patients obèses qui pose un sérieux problème de sécurité lorsque l'établissement n'est pas préparé à recevoir convenablement cette clientèle particulière. Plusieurs outils sont maintenant disponibles sur notre site Internet dont un répertoire d'équipements et des fiches techniques illustrant des méthodes de transfert adaptées.

L'ensemble de ces interventions au cours des années a permis de soutenir les établissements de santé dans la mise en place de mesures de prévention des TMS qui ont contribué à ne pas dégrader la situation, malgré une intensification du travail attribuable à l'alourdissement de la clientèle et à la pénurie croissante de personnel.

AILLEURS AU CANADA

Dans certaines provinces, des organisations comparables ont mis sur pied des programmes de prévention des TMS qui suivent le même modèle. Des investissements massifs ont été effectués en équipements. En Ontario, un programme ambitieux d'investissement dans des équipements de levage, 106 M \$ sur trois ans, est en cours. Les retombées de ce programme seront connues dans les prochaines années. En Colombie-Britannique, environ 40 M \$ ont été investis dans les dernières années, principalement dans des lève-personnes sur rail. Un guide sur la prévention des TMS est résolument orienté vers l'élimination des soulèvements manuels de patient. Une première étude bien documentée⁷ a montré un retour sur investissement en quatre ans et une réduction des lésions de 58 % après un an d'implantation seulement.

DISCUSSION

Quelques remarques sont proposées pour discussion

Première remarque

L'implantation massive d'équipements et d'aides techniques sans orientations stratégiques ne donnera pas les résultats escomptés. Pour réussir, un programme de prévention des TMS doit être soutenu par des intentions claires de la haute direction qui mettent au premier plan la sécurité et le bien-être du personnel comme une condition garantissant la qualité des soins.

Très peu d'administrations font un tel lien à ce jour. La pénurie de personnel soignant va-t-elle favoriser la mise en place de meilleures conditions de travail pour accroître la rétention et le recrutement du personnel ?

Souhaitons-le. Il y a environ 2 000 postes d'infirmières vacants dans la seule région de Montréal.

Deuxième remarque

La santé, la sécurité et le bien-être au travail sont l'affaire de tous. Cette question ne relève pas uniquement du bureau de santé du personnel. Une responsabilisation des cadres intermédiaires demeure une condition préalable.

Troisième remarque

L'expérience montre aussi qu'il faut prendre du recul face aux attitudes spontanées des cadres de premier niveau et du personnel qui résistent à utiliser les appareils pour, soi-disant, gagner du temps. Des formations et un encadrement axés sur le renforcement positif plutôt que disciplinaire permettront de construire progressivement une véritable culture de prévention des TMS.

¹ NELSON, A. & Coll. (2003). *Myths and Facts about Back Injuries in Nursing*, AJN, Feb., vol. 103, n° 2.

² Proceedings, Seventh Conference (2007). *Safe Patient Handling and Movement Conference*, Tampa, USA. www.visn8.med.va.gov.

³ VILLENEUVE, J. (2006). *Physical Environment for Provision of Nursing Care* - in *Safe Patient Handling and Movement - A Practical Guide for Health Care Professionals*, Springer Publishing Company, USA.

⁴ COLLINS, J.W, MANZEL, N.N. (2006). *Scope of the Problem*, in *Safe Patient Handling and Movement - A practical guide for health care professionals*, Springer Publishing Company, USA.

⁵ BÉDARD, S. (2007). *Portrait de la clientèle*, ASSTSAS.

⁶ VILLENEUVE, J. et al. (1994). « Le lève-personne sur rail, outil indispensable », *Objectif prévention*, vol.17, n° 2, ASSTSAS.

⁷ SPEIGEL & al. (2002). "Implementing a Resident Lifting System", *AAOHN*, vol. 50, n° 3.

