

Déplacements des bénéficiaires : où en sommes-nous en 2017 ?



Jocelyne Dubé
jdube@asstsas.qc.ca

MALGRÉ TOUS LES EFFORTS DÉPLOYÉS DEPUIS DES DÉCENNIES POUR RÉDUIRE LES RISQUES LIÉS AUX DÉPLACEMENTS DE PATIENTS, FORCE EST DE CONSTATER QUE DES ACCIDENTS SURVIENNENT ENCORE RÉGULIÈREMENT CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT. CET ARTICLE PRÉSENTE UNE RÉFLEXION SUR LES TENDANCES ACTUELLES ET LES MEILLEURES PRATIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES (TMS).

Ce qui fait consensus

Selon Waters, il n'existe aucune façon sécuritaire de déplacer manuellement un patient¹. L'enseignement des principes d'hygiène posturale et de biomécanique, à lui seul, ne suffit pas à éliminer les risques, encore moins les blessures.

Nous n'avons pas les moyens de nous priver des compétences et de l'expertise de nos soignants. De même, les études mettant en évidence les liens positifs directs entre les déplacements sécuritaires et la qualité des soins apportés aux clients sont de plus en plus nombreuses².

Tout cela fait en sorte qu'un consensus règne chez les acteurs du monde de la prévention quant à l'importance et à l'urgence de mettre en place de meilleures pratiques en matière de déplacements sécuritaires de patients.

Politique « zéro soulèvement »

Depuis plusieurs années, à l'instar des autres provinces canadiennes, des états américains et de pays européens, l'ASSTSAS préconise une approche « zéro soulèvement ». Les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) sont d'ailleurs clairs à ce sujet : rouler, glisser, pivoter le client ; ne pas le soulever.

L'équation du NIOSH (*Revised NIOSH Equation*)³, la référence en matière de soulèvement de charges, établit à 16 kg la charge maximale sécuritaire pour 75 % des femmes et 90 % des hommes, lors d'un déplacement de patient effectué dans des conditions idéales (charge rapprochée, dos sans torsion, etc.). Force est de constater que 16 kg, c'est bien peu, d'autant plus que les conditions idéales sont rarement réunies. Pensons aux situations où il faut soulever les jambes du patient pour les remettre dans le lit, soutenir une jambe pendant plusieurs minutes lors du badigeonnage au bloc opératoire, retenir une personne sur le point de chuter ou, même, aider une personne à se lever en utilisant le contrepois alors qu'elle participe peu à l'effort.

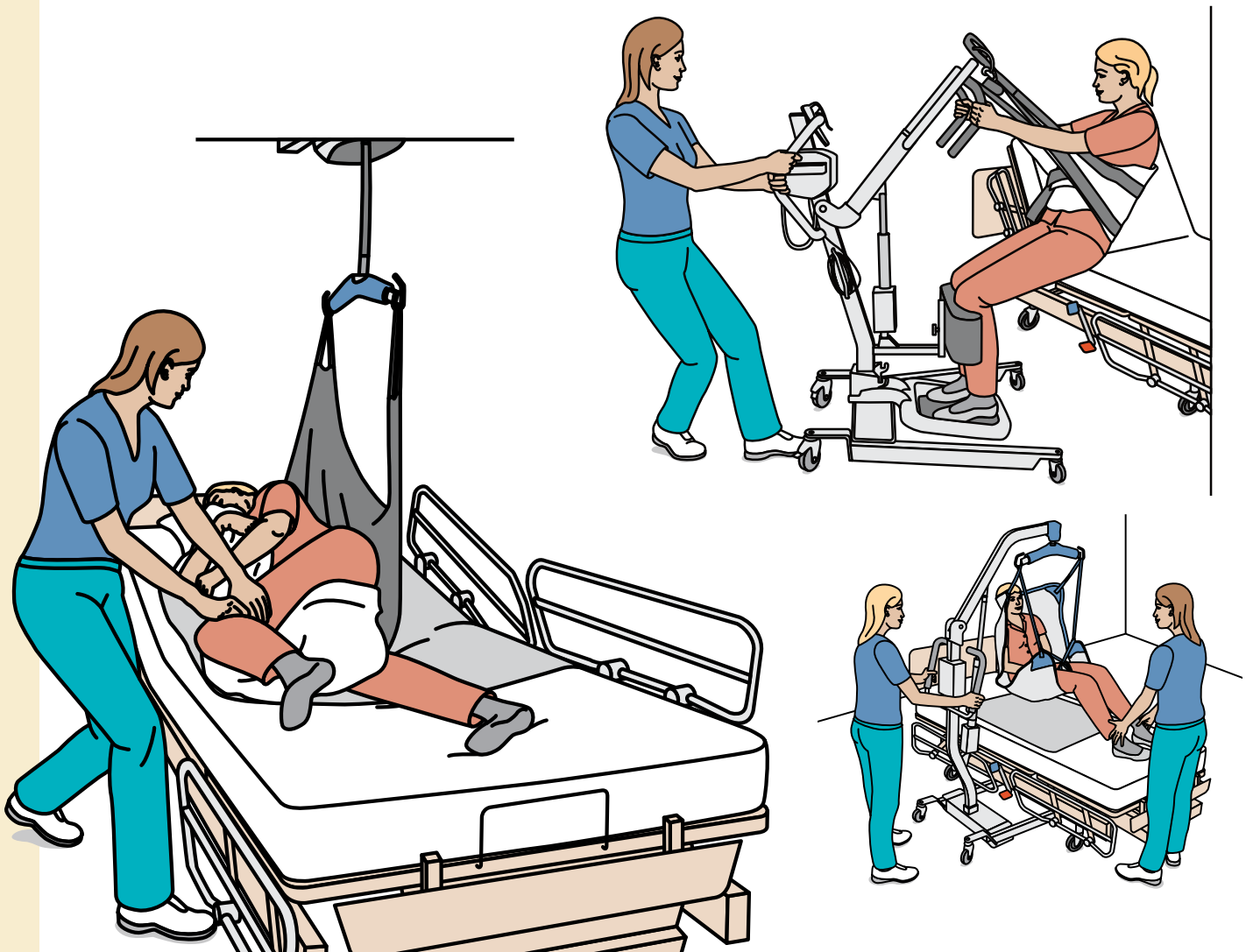
Bien que la notion de « zéro soulèvement » soit liée aux efforts verticaux, les politiques à cet effet incluent implicitement la réduction des efforts horizontaux en traction et en poussée (ex. : remonter à la tête du lit). Des limites maximales sécuritaires existent aussi pour ce type d'effort. Par exemple, pour 75 % des femmes et 90 % des hommes, un effort initial de plus de 26 kg à une hauteur de 95 cm est considéré non sécuritaire⁴. Or, nous savons que des facteurs tels que le poids du patient, le type de literie, la fermeté du matelas ou la collaboration du patient ont une influence importante sur l'effort horizontal déployé par le soignant. Alors, bien malin celui qui peut assurer, hors de tout doute et en tout temps, qu'un déplacement au lit peut être effectué de façon sécuritaire.

Toutes ces raisons militent pour la réduction considérable des efforts, tant verticaux (soulèvements, même ceux de moins de 16 kg) qu'horizontaux (efforts en traction ou en poussée). La multitude d'équipements disponibles sur le marché rend maintenant possible l'application d'une politique de manutention sécuritaire des patients visant à réduire les risques chez les soignants.

Nous n'avons pas les moyens de nous priver des compétences et de l'expertise de nos soignants.

CONDITIONS GAGNANTES POUR LA RÉDUCTION DES TMS

- Participation active des infirmières aux tâches et aux décisions liées aux déplacements des patients
- Augmentation des connaissances sur les PDSB chez les infirmières et le personnel de la réadaptation
- Implication accrue des PAB dans les décisions relatives aux déplacements de patients
- Échange systématique d'information en SST lors des rapports de changement de quart
- Retour systématique sur les incidents liés aux déplacements de patients
- Utilisation d'algorithmes et d'arbres décisionnels⁸ pour faciliter le choix des équipements et des stratégies sécuritaires de déplacement
- Présence sur le terrain de *coachs* PDSB libérés pour soutenir le personnel dans l'application des PDSB
- Prise en compte de la prévention des plaies et des chutes de patients dans l'ensemble du dossier des déplacements sécuritaires
- Conscientisation des gestionnaires quant à leur rôle dans la prévention des TMS



Ces illustrations sont extraites des Fiches PDSB : un outil pratique pour rappeler les principes de la formation et assurer un suivi auprès du personnel – asstsas.qc.ca/fiches-pdsb

Est-ce sécuritaire ?

Soulever les jambes d'un patient de 75 kg pour l'aider à retourner au lit ?

1 jambe = 15,7 % du poids total du corps

15,7 % X 2 X 75 kg = 23,5 kg

> Cette manœuvre excède le maximum sécuritaire (16 kg) pour 75 % des hommes et 90 % des femmes

Glisser un client de 71 kg de la civière à la table d'opération ?

Effort horizontal requis pour glisser sur une surface plutôt ferme = 72 % du poids total du patient

72 % de 71 kg = 51,1 kg

> Selon l'AORN⁵, cette manœuvre requiert trois soignants en plus de l'anesthésiste pour respecter le maximum sécuritaire

Réglementation et programmes de prévention

Plusieurs provinces canadiennes ont développé un programme complet de prévention des TMS^{6, 7}. De même, 11 états américains possèdent maintenant une forme de réglementation qui limite les soulèvements à 16 kg. À ce sujet, le Québec dispose de peu d'outils réglementaires spécifiques aux déplacements de patients. Outre la Loi sur la SST qui dicte les règles générales en matière de prévention, seul l'article 166 du Règlement sur la SST traite de déplacements de patients en stipulant que l'employeur doit offrir de la formation sur la manutention de même que des appareils mécaniques « lorsque le déplacement manuel... compromet la sécurité du travailleur ». Est-ce que l'arrimage actuel entre les priorités de la CNESST et celles du MSSS, qui ciblent notamment la réduction des TMS, mènera à une politique, voire à une réglementation sur le sujet ? L'avenir le dira.

Qu'espérer du futur ?

Une partie de la réduction des TMS chez le personnel soignant passe par la nomination d'une personne affectée exclusivement au dossier des déplacements sécuritaires de patients, comme on en retrouve maintenant dans tous les établissements pour la prévention des infections ou la gestion des risques pour la clientèle. Imaginons ce que pourrait accomplir cette personne, munie d'un budget de fonctionnement et du pouvoir de mettre en place des pratiques organisationnelles intégrées et cohérentes !

L'ASSTSAS réfléchit à de nouveaux services à mettre en place pour soutenir les efforts des établissements en matière de déplacements sécuritaires de patients, en plus des services déjà offerts. Nous parti-

ciperons aux discussions avec la CNESST et le MSSS afin d'établir les objectifs et les balises dans le dossier de la prévention des TMS. Vos commentaires et vos suggestions sur les moyens par lesquels l'ASSTSAS peut vous aider à atteindre vos objectifs sont bienvenus. ■

RÉFÉRENCES

1. WATERS, TR. "When Is it Safe to Manually Lift a Patient?", *American Journal of Nursing*, 2007, 107(8).
2. Liens entre PDSB et qualité des soins
 - HARWOOD, J., *et al.* "A Systemic Review of Safe Patient Handling and Mobility Programs to Improve Patient Outcomes in Rehabilitation", *Am J SPHM*, vol. 6, n° 4, 2016.
 - GUCER, P., *et al.* "Sit-Stand Mechanical Lifts in Long Term Care and Resident Quality Indicators", *JOEM*, vol. 55, n° 1, 2013.
 - COLLINS, JW., *et al.* "An Evaluation of a 'Best Practices' Musculoskeletal Injury Prevention Program in Nursing Homes", *Injury Prevention*, 10, 206-211.
3. WATERS, TR., *et al.* "Revised NIOSH Equation for the Design and Evaluation of Manual Lifting Tasks", *Ergonomics*, 36(7), 749-76, 1993.
4. SNOOK, H., VM. CIRIELLO. "The Design of Manual Handling Tasks: Revised Tables of Maximum Acceptable Weights and Forces", *Ergonomics*, 34(9), 1991.
5. AORN. *Guidance Statement: Safe Patient Handling and Movement in the Perioperative Setting*.
6. SOTERIA. *Safe Patient Handling and Mobility Program*, Nouvelle-Écosse.
7. WORKSAFE BC. *Handle with Care. Patient Handling and the Application of Ergonomics (MSI) Requirements*.
8. Algorithmes
 - AORN. *Op cit.*
 - VHA. *Safe Patient Handling and Mobility Algorithms*, Révision, 2014 (tampavaref.org/conferences-visn8.htm).

Une partie de la réduction des TMS chez le personnel soignant passe par la nomination d'une personne affectée exclusivement au dossier des déplacements sécuritaires de patients.