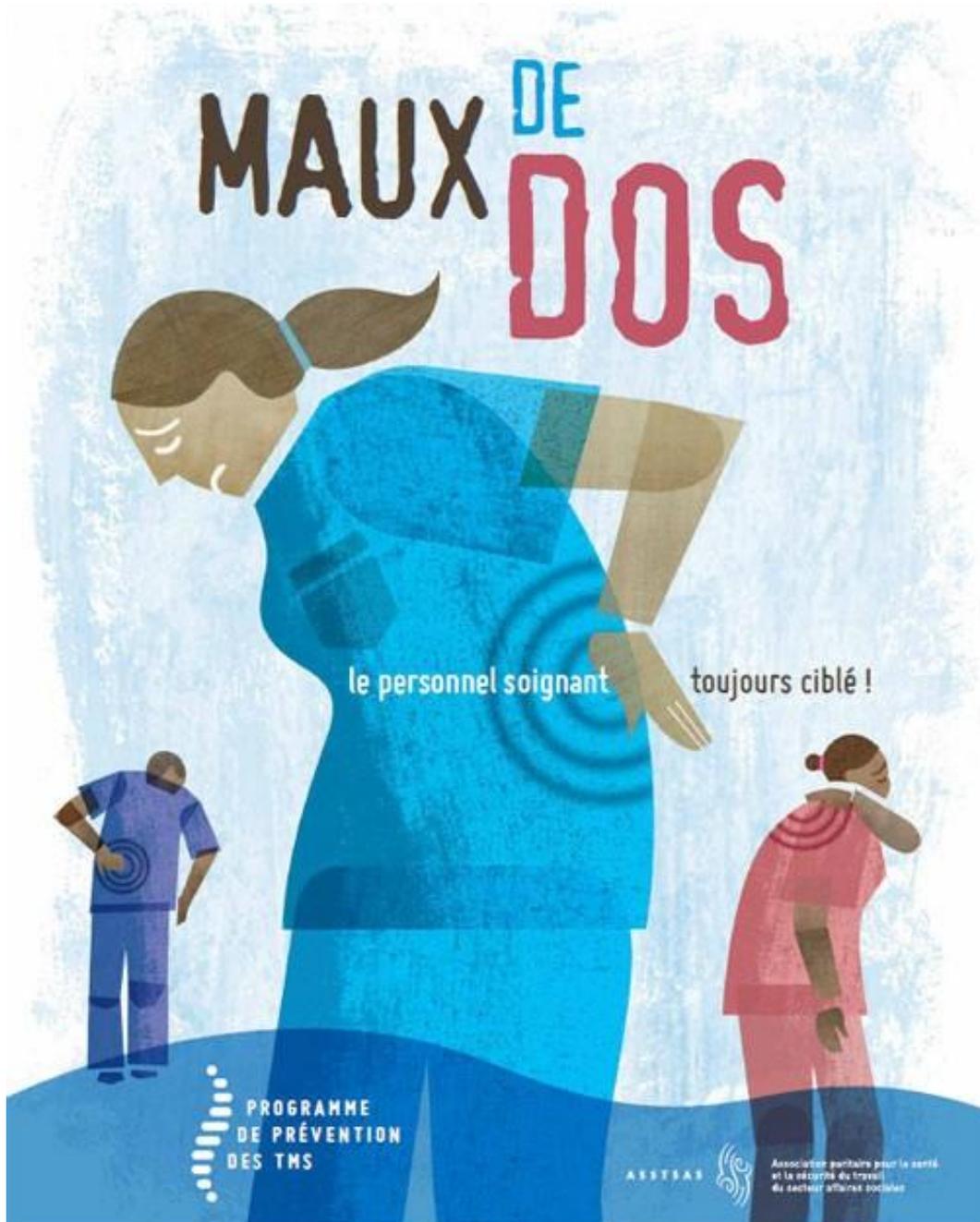


# Programme de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) chez le personnel soignant



## **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 (2011)

Louise Lefèbvre  
Isabelle Guilbault

## RÉVISION LINGUISTIQUE

Micheline Choinière

## MISE À JOUR 2019

Louise Bélanger  
Chantal Toupin

## REMERCIEMENTS

L'ASSTSAS remercie le CISSS 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 Mbougou, 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.

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 musculo-squelettiques (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 :

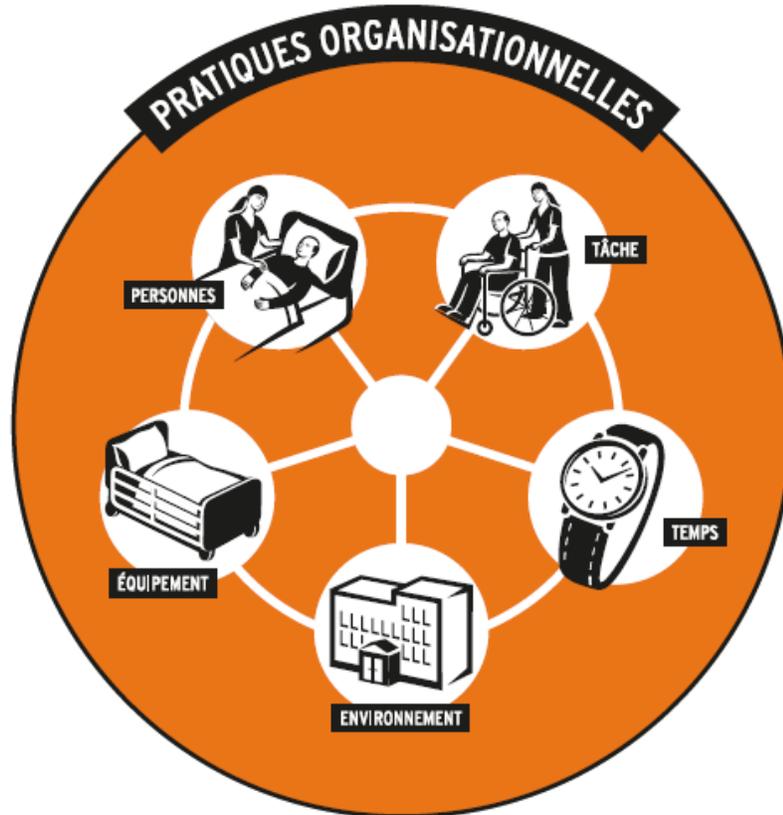
- Au directeur des ressources humaines
- Au chef du service de santé
- À l'intervenant en prévention de la SST
- Au membre du CPSST
- Au gestionnaire des risques ou d'amélioration de la qualité
- Au gestionnaire de service ou de programme de soins
- Au responsable de la formation professionnelle

## 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 inter-reliés 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.



*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 ou présentant des difficultés de mobilisation. 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.

## **NORME SUR LA GESTION DE LA PRÉVENTION**

Certains établissements utilisent la norme de l'Association canadienne de normalisation, CSA Z1000-14, 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, les besoins d'assistance ne cessent 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.

Dans plusieurs établissements, les ressources en SST dédiées à la prévention sont minimales. 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*<sup>1</sup> 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 CNESST, 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.

<sup>1</sup> <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-584.pdf>

## Les TMS dans le secteur

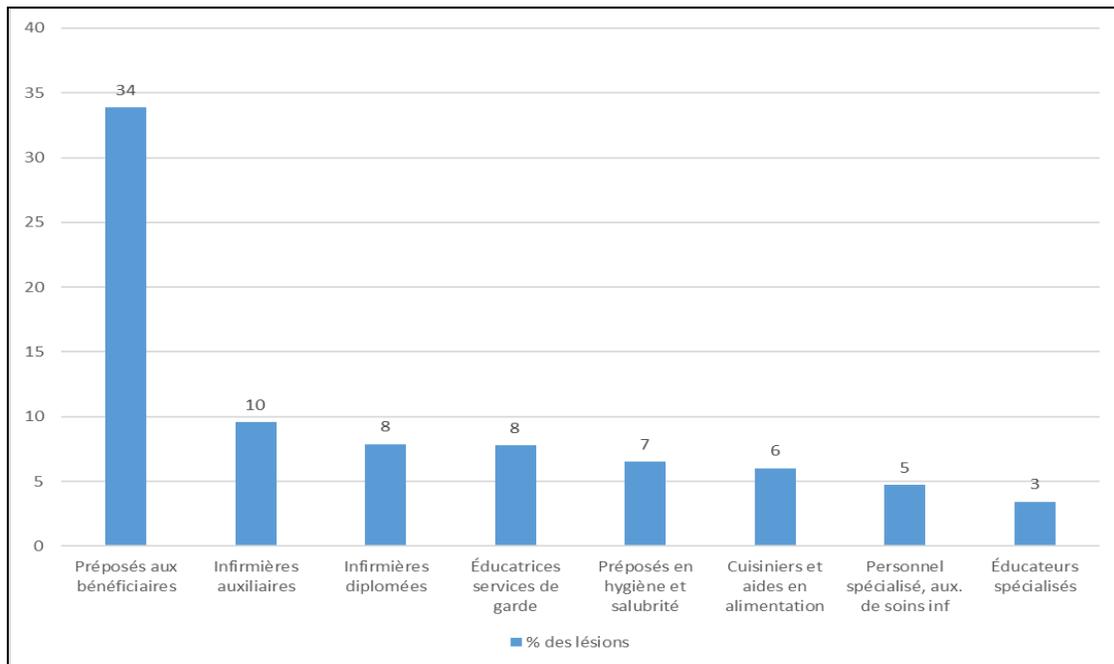
---

Selon le document [Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2014-2017](#) de la CNESST, les lésions de type TMS sont des atteintes inflammatoires ou dégénératives aux structures musculo-squelettiques, causées par une sursollicitation articulaire. La proportion des lésions indemnisées de type TMS en 2017 était de 30 %. Cependant, pour le secteur de la santé et des services sociaux, les TMS représentent plutôt 46 % de l'ensemble des lésions indemnisées. Ceci en fait le secteur économique qui accapare la plus grande proportion des TMS indemnisées au Québec avec 27,7 %.

Les schémas 1 à 8 aux pages suivantes présentent un portrait des lésions indemnisées par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) pour l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux en 2017. On y retrouve la ventilation des lésions indemnisées par titre d'emploi, par siège de lésion, par genre d'accident et par unité de cotisation. Un portrait plus précis des TMS\* au sein du réseau de la santé y est aussi présenté de même que l'évolution de ce type de lésions au cours des années 2015 à 2017.

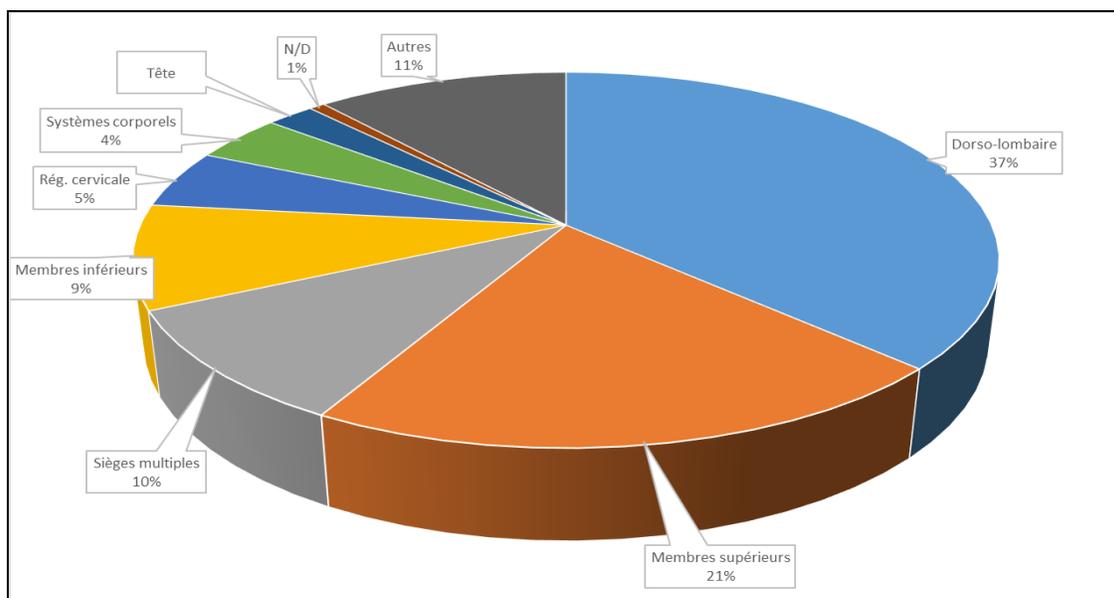
Ces données s'appliquent aux TMS définis comme lésion au dos, à la région cervicale, aux membres supérieurs ou aux épaules, de nature traumatique ou inflammatoire.

**Schéma 1. Pourcentage des lésions indemnisées par titre d'emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux - (CNESST, 2017)**



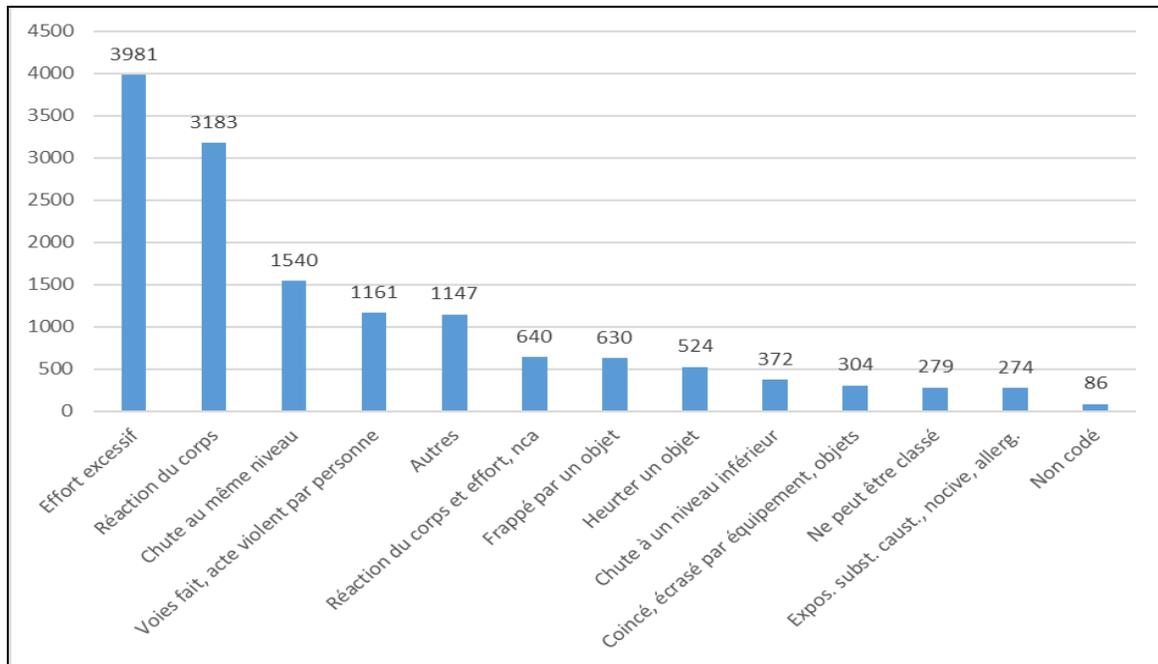
Le personnel soignant qui effectue des mobilisations de clients subit 52 % des lésions indemnisées dans le secteur : dans l'ordre, les préposés aux bénéficiaires, les infirmières-auxiliaires et les infirmières occupent la tête du classement. Le personnel de soutien qui manutentionne plutôt des charges occupe une part moindre.

**Schéma 2. Sièges des lésions - (CNESST, 2017)**



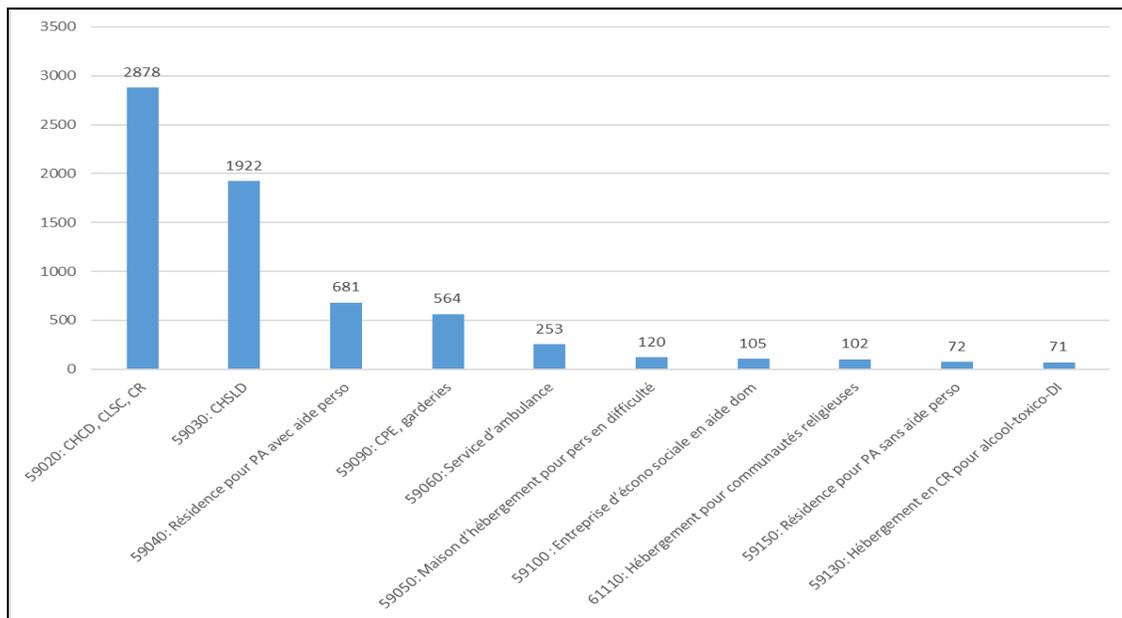
Le siège principal des lésions est la colonne dorso-lombaire avec 37 %. Les lésions aux membres supérieurs et à l'ensemble de la colonne représentent près des deux tiers (63 %) des lésions indemnisées.

**Schéma 3. Genre d'accidents (CNESST, 2017)**

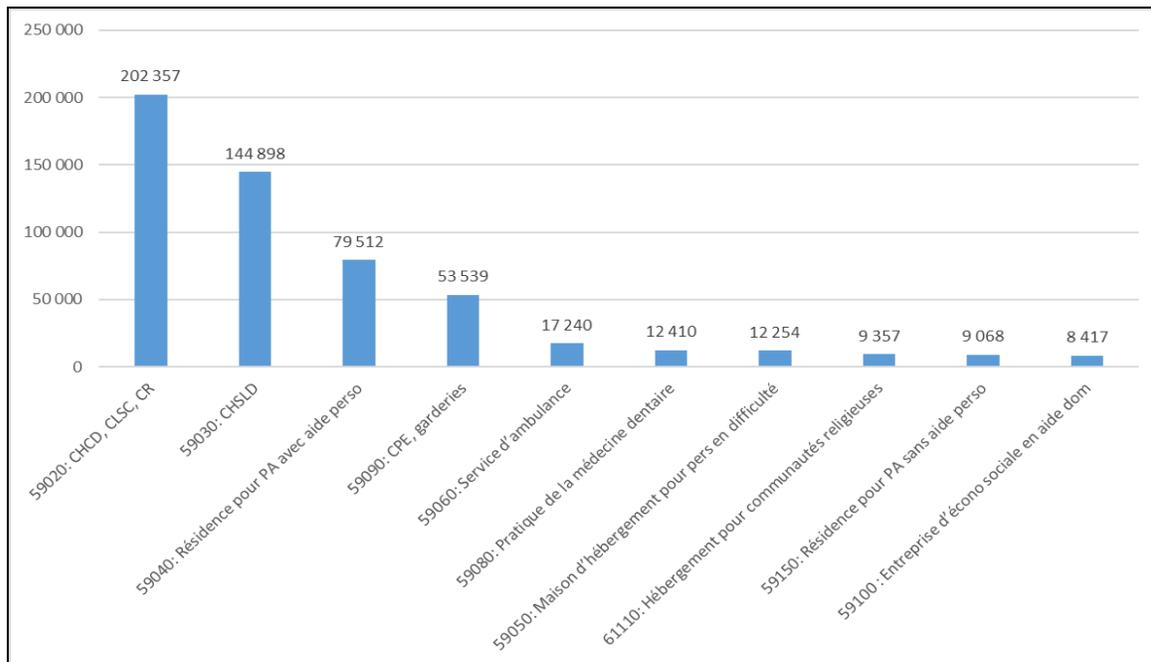


Les efforts excessifs et les réactions du corps (se pencher, se tourner, s'étirer, etc.) sont les principaux genres d'accidents qui engendrent des lésions professionnelles. On voit bien le lien entre les efforts excessifs et les activités de manutention de personnes ou d'objets.

**Schéma 4. Nombre de lésions TMS par unité de cotisation (10 plus fréquents) (CNESST, 2017)**

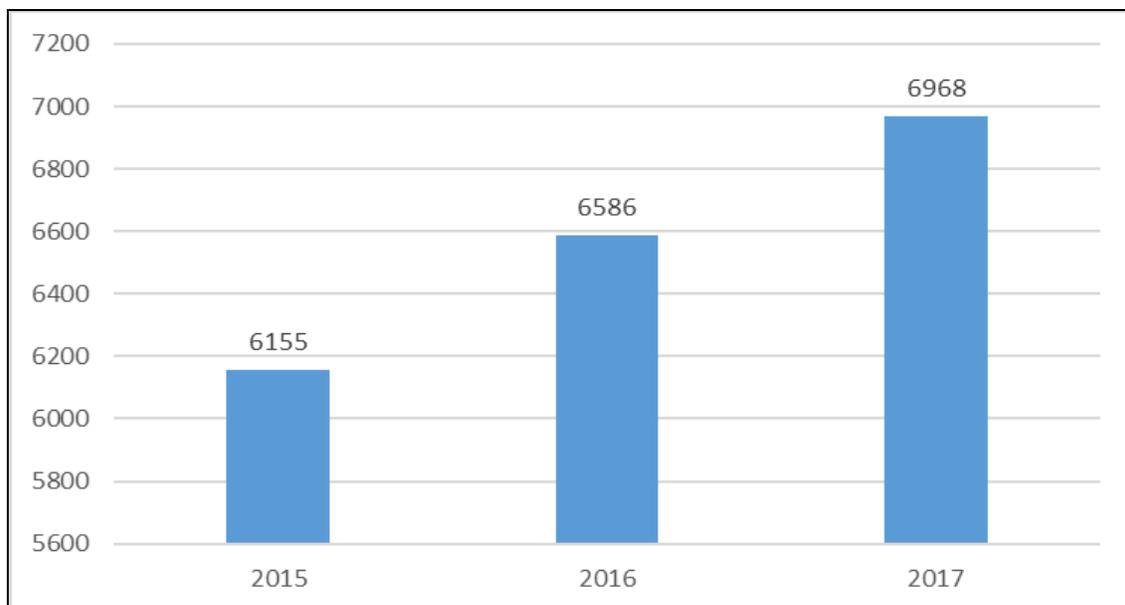


**Schéma 5. Nombre de jours d'IRR des TMS par unité de cotisation (10 plus fréquents) (CNESST, 2017)**



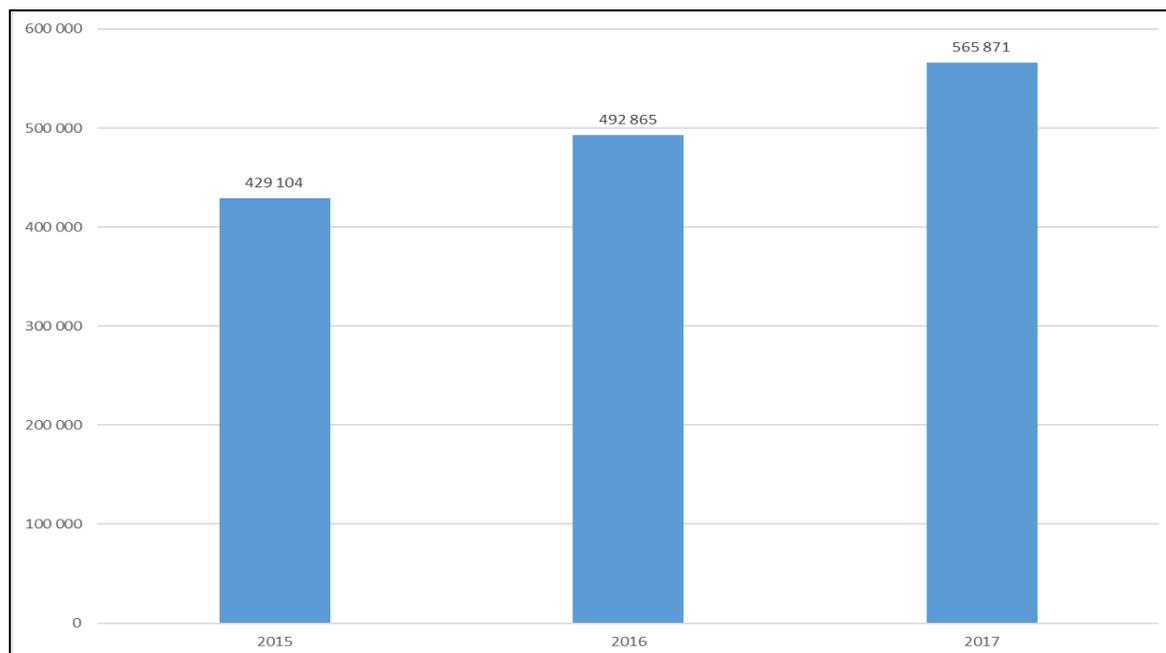
Pour les statistiques spécifiques aux TMS, on constate que la majorité des lésions et des jours indemnisés se retrouvent dans les établissements de courte et de longue durée du réseau, incluant les CLSC qui couvrent le personnel œuvrant en soins à domicile.

**Schéma 6. Évolution du nombre de lésions TMS indemnisées dans le secteur de la santé et des services sociaux (CNESST, 2015-2017)**



De 2015 à 2017, une évolution constante est notée dans la fréquence des TMS chez le personnel soignant. En 2 ans, on assiste à une **hausse de 13,2 %**.

**Schéma 7. Évolution du nombre de jours d'IRR pour les TMS pour le secteur de la santé et des services sociaux (CNESST, 2015-2017)**



Bien que la hausse des lésions soit de 13,2 % en 2 ans, les jours indemnisés ont quant à eux augmenté de 32 %, dénotant ainsi la gravité de ce genre de lésion.

**Schéma 8. Évolution des débours versés pour des lésions TMS dans le secteur de la santé et des services sociaux (CNESST, 2015- 2017)**

Année	Total des lésions (M \$)	TMS seulement (M \$)
2007	54 M \$	40,7 M \$
2015	108,3 M \$	50,0 M \$
2016	125,5 M \$	58,7 M \$
2017	135,9 M \$	68,1 M \$

L'indemnisation des TMS représentent autour de 50 % des débours totaux pour les lésions indemnisées par la CNESST et sont en constante évolution. De 2015 à 2017, les débours reliés aux TMS ont augmenté de 36 %.

Cette augmentation est d'autant plus important si on compare avec les données de 2007 où les débours TMS se chiffraient à 40,7 M \$, ce qui représente une hausse de 68 %. À ces montants s'ajoutent également les coûts indirects qui représentent un facteur multiplicateur de 4 selon des sources généralement reconnues.

## 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 *formateurs/moniteurs* 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 chargé de projet de prévention des TMS
- Mettre en place un comité de programme (sous-comité du CPSST)
- Former une équipe de formateurs et de moniteurs 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 *moniteurs*)
- 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 CNESST** : 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 indispensable. 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 chargé de projet 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

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

Accidents et incidents	
Politiques et procédures	Services responsables
• 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réparation des équipements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services techniques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien préventif des équipements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services techniques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection-achats : équipements, aides techniques, mobilier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvisionnement / Soins / Santé et sécurité du travail / Réadaptation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livraison au client des équipements de transfert, aides techniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins / Réadaptation / Services techniques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspection sommaire des équipements avant usage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins</li> </ul>

### 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 essentielles de réussite est de nommer un chargé de projet de prévention soutenu dans son mandat par un comité de programme conjoint et multidisciplinaire.



### OBJECTIFS

- Nommer un chargé de projet de prévention des TMS
- Mettre en place un comité de programme (sous-comité du CPSST)
- Former une équipe de formateurs et de moniteurs PDSB et ARS

### DESCRIPTION

Le chargé de projet 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 moniteurs 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**
- **Chargé de projet**
- **Comité du programme**
- **Comité paritaire de SST**
- **Comité de gestion des risques**
- **Formateurs PDSB et ARS**
- **Moniteurs PDSB**

## **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.



*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 PDSB et ARS et des moniteurs PDSB des ASSS désignées en CLSC**

Clientèle	Personnel soignant
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pistes d'observation et de prévention</li> <li>• Standards et références</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pistes d'observation et de prévention</li> <li>• Standards et références</li> </ul>

## 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.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pistes d'observation et de prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standards et références</li> </ul>
---	---

## 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 *moniteur* 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 *moniteurs* PDSB et ARS
- Formation du personnel : personnel soignant, formateurs et *moniteurs* 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.

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 CNESST</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 *moniteurs* 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 pour accompagner le programme de prévention des TMS chez le personnel soignant. Annexé au présent document, chaque outil correspond à une des 8 étapes de la démarche proposée. Si vous désirez les fichiers originaux de ces outils, écrivez à [webmestre@asstsas.qc.ca](mailto:webmestre@asstsas.qc.ca)



### 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 CNESST



### 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
- Chargé de projet
- Comité du programme
- Comité paritaire de SST
- Comité de gestion des risques
- Formateurs/moniteurs 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 PDSB et ARS et des moniteurs 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-uniens
- 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. « Colloque TMS – la cible à atteindre » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 40, n° 3, 2017, p. 14-31, [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/publication/op-40-2>]
- ASSTSAS. « Colloque TMS – la cible à atteindre » - Actes du colloque, [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/evenements/colloque-annuel-de-lasstsas-actes-du-colloque-2017>]
- ASSTSAS. « Déplacement sécuritaires des patients » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 40, n° 2, 2017, p. 16-31, [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/publication/op-40-2>]
- ASSTSAS. « Les troubles musculosquelettiques (TMS) » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 39, n° 2, 2016, p. 14-31, [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/publication/op-39-2>]
- ASSTSAS. « PDSB – Une réussite reconnue » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 38, n° 1, 2015, p. xx-yy [<http://asstsas.qc.ca/publication/op-vol-38-no-1>]
- ASSTSAS. « L'approche relationnelle de soins est bonne pour la SST » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 39, n° 1, 2016, 32 p., [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/publication/op-39-1>]
- ASSTSAS. « L'approche relationnelle de soins, ça ne trompe pas » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 32, n° 1, 2009, 32 p., [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/publication/objectif-prevention-vol-32-no-1>]
- ASSTSAS. « Prendre en main les soins à domicile » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 33, n° 2, 2010, 32 p., [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/publication/objectif-prevention-vol-33-no-2>]
- ASSTSAS. *Jeu complet des 11 affiches PDSB*, 2018, 11 p., [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/publication/jeu-complet-des-11-affiches-pdsb-revision-2018-a99>]
- ASSTSAS. *Répertoire des fiches PDSB*, [en ligne]. [<http://asstsas.qc.ca/fiches-pdsb>]

- ASSTSAS. « *Un milieu de vie au cœur de nos actions* » - Dossier, *Objectif prévention*, vol. 30, n° 2, 2007, 32 p., [en ligne]. [---]
- BLEAU, Julie. [Les troubles musculosquelettiques toujours ciblés](http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/OP/2018/op411018.pdf). *Objectif prévention*, vol. 41, n 1, 2018, pp. 18-19, [en ligne].  
<http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/OP/2018/op411018.pdf>
- BLEAU, Julie, Pierre POULIN et Yves GINESTE. *Approche relationnelle de soins (ARS) - Cahier du participant*, CP33, ASSTSAS, 2003, 70 p.  
[\[http://asstsas.qc.ca/publication/approche-relationnelle-de-soins-ars-cp33\]](http://asstsas.qc.ca/publication/approche-relationnelle-de-soins-ars-cp33)
- DUVAL, Lisette, Christiane GAMBIN, Rose-Ange PROTEAU, et collab. *PDSB - Cahier du participant*, CP34, ASSTSAS, 2009, 156 p.  
[\[http://asstsas.qc.ca/publication/pdsb-regulier-cahier-du-participant-cp34\]](http://asstsas.qc.ca/publication/pdsb-regulier-cahier-du-participant-cp34)
- MORISSETTE, Louise. *Prévention des blessures musculosquelettiques pour le personnel soignant*, GP37, ASSTSAS, 1995, 315 p., [en ligne].  
[\[http://asstsas.qc.ca/publication/prevention-des-blessures-musculosquelettiques-pour-le-personnel-soignant-gp37\]](http://asstsas.qc.ca/publication/prevention-des-blessures-musculosquelettiques-pour-le-personnel-soignant-gp37)
- PROTEAU, Rose-Ange. *Guide de référence - Soins à domicile*, GP47, ASSTSAS, 1998, 320 p., [en ligne]. [\[http://asstsas.qc.ca/publication/guide-de-reference-soins-domicile-gp47\]](http://asstsas.qc.ca/publication/guide-de-reference-soins-domicile-gp47)
- PROTEAU, Rose-Ange. *Brochure - Soins aux personnes obèses*, ASSTSAS 2011, 19 p.
- PROTEAU, Rose-Ange. *Brochure - Organisation de la chambre pour les soins à domicile*, ASSTSAS 2014, 25 p.
- PROTEAU, Rose-Ange. *Répertoire des équipements pour les soins à domicile* ASSTSAS 2015, 28 p.
- PROTEAU, Rose-Ange. *Brochure - Lève-personne sur rail au plafond (LPSRP) à domicile* ASSTSAS 2012, 28 p.
- PROTEAU, Rose-Ange. *Brochure - Organisation de la salle de bain pour les soins à domicile*, ASSTSAS 2015, 34 p.
- PROTEAU, Rose-Ange. *Postures de travail sécuritaires à domicile et autonomie des personnes - Cahier du participant*, CP2, ASSTSAS, édition révisée, 2010, 81 p.  
[\[http://asstsas.qc.ca/publication/postures-de-travail-securitaires-domicile-et-autonomie-des-personnes-edition-revisee-cp2\]](http://asstsas.qc.ca/publication/postures-de-travail-securitaires-domicile-et-autonomie-des-personnes-edition-revisee-cp2)
- PROTEAU, Rose-Ange. *Postures de travail sécuritaires pour l'infirmière en soins à domicile - Cahier du participant*, CP16, ASSTSAS, 1998, 130 p., [en ligne].  
[\[http://asstsas.qc.ca/publication/postures-de-travail-securitaires-pour-linfirmiere-en-soins-domicile-cp16\]](http://asstsas.qc.ca/publication/postures-de-travail-securitaires-pour-linfirmiere-en-soins-domicile-cp16)
- 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-F14*, 2014.  
[[https://www.centredoc.cnesst.gouv.qc.ca/in/details.xhtml?id=p%3A%3Ausmarcdef\\_000225818](https://www.centredoc.cnesst.gouv.qc.ca/in/details.xhtml?id=p%3A%3Ausmarcdef_000225818)]
- 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]. [[https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/2007\\_qwqhc\\_within\\_our\\_grasp\\_f.pdf](https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/2007_qwqhc_within_our_grasp_f.pdf)]
- COMMISSION DE LA SANTÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL - ONTARIO (CSPAAT). *Lignes directrices de prévention des TMS pour l'Ontario*, [en ligne]. [<https://www.wsib.ca/sites/default/files/2019-03/lignesdirectricesdetms.pdf>]
- COMMISSION DE LA SANTÉ PROFESSIONNELLE ET DE L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL - ONTARIO (CSPAAT). *Manuel de ressources des Lignes directrices de prévention des TMS pour l'Ontario*, [en ligne]. [<https://www.wsib.ca/sites/default/files/2019-03/manuelderesourcestms.pdf>]
- COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC
  - THÉRIAULT, Dominic, « Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2014-2017 », Québec, CNESST, 2018, p. 32, [en ligne]. [<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-322-4web.pdf>].
- 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.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782550599845.pdf>]
- INSTITUT DE RECHERCHE ROBERT-SAUVÉ EN SANTÉ ET EN SÉCURITÉ DU TRAVAIL (IRSST)
  - AUBRY, François, FEILLOU, Isabelle, TORRES, Monica, [et al.], « Comprendre l'influence de la régulation des contraintes temporelles sur l'appropriation des principes généraux de déplacement sécuritaire des bénéficiaires par les recrues préposés aux bénéficiaires », Montréal, IRSST, 2017, (« Rapports scientifiques : prévention durable en SST et environnement de travail »), p. xii, 122, [en ligne]. [<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/R-998.pdf>].

- ZIAM, Saliha, LAKHAL, Sawsen, LAROCHE, Élena, [et al.], « Application des pratiques préventives par les infirmières et infirmiers – La perspective innovante de la capacité d’absorption », Montréal, IRSST, 2017, (« Rapports scientifiques : prévention durable en SST et environnement de travail »), p. xiii, 133, [en ligne]. [<http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/R-985.pdf>].
- 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., [en ligne]. [<http://www.phsa.ca/Documents/Occupational-Health-safety/GuideItDoesntHaveToHurtAGuideforImplementingMSIPPr.pdf>]
- 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, 2nd 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]. [<https://open.alberta.ca/publications/9780778576259>]
- WORKSAFE BC (WORKER'S COMPENSATION BOARD OF BC)
  - *Handle with Care, Patient Handling and the Application of Ergonomics (MSI) Requirements*, 2006, 111 p.
  - *High-Risk Manual Handling of Patients in Healthcare*, 2006, 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]. [<https://www.cdc.gov/niosh/docs/2006-117/default.html>]  
=> Beaucoup d'autres documents, gratuits en ligne, rechercher « Healthcare ».
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). *Safe Patient Handling and Mobility*, [en ligne]. [<https://www.cdc.gov/niosh/topics/safepatient/default.html>]
- OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH ADMINISTRATION (OSHA). UNITED STATES. DEPARTMENT OF LABOR. *Hospicentral eTool*, [en ligne]. [<http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/index.html>]

- VHA CENTER FOR ENGINEERING AND OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (CEOSH). UNITED STATES. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS. *Safe Patient Handling and Mobility Guidebook*, 2016, 144 p. [en ligne]. [<https://www.tampavaref.org/SPH-Files/SPH.zip>]
- VHA CENTER FOR ENGINEERING & OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (CEOSH). *Bariatric Safe Patient Handling and Mobility Guidebook*, 2015, 118 p. [en ligne]. [<https://asphp.org/wp-content/uploads/2011/05/Baraiatrice-SPHM-guidebook-care-of-Person-of-Size.pdf>]

## 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, section 18-1.
- CHARNEY, W., *et al.* *Handbook of Modern Hospital Safety*, 2nd 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/82-003x/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-deprogression-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>]
- 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/inrspub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/HST\\_ND%202310/\\$File/ND2310.pdf](http://www.inrs.fr/inrspub/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.

## 1.1 QUESTIONNAIRE D'AUDIT SUR LA SÉCURITÉ DES DÉPLACEMENTS ET DES SOINS DE BASE À LA CLIENTÈLE

---

**Déplacements** : toutes les tâches d'assistance du personnel soignant associées aux transferts des clients d'une surface à une autre, aux déplacements à pied ou au moyen d'un équipement ou d'une aide technique tels un fauteuil roulant ou une marchette, aux repositionnements et aux mobilisations au lit ou au fauteuil.

**Soins de base** : toutes les tâches d'assistance du personnel soignant aux clients lors des AVQ (hygiène, alimentation, élimination, confort, etc.).

1. Est-il possible d'estimer la fréquence et la gravité des lésions professionnelles liées aux déplacements et aux soins de base des clients ?  
Oui  Non
2. Est-il possible d'estimer les coûts directs et indirects des accidents liés aux déplacements et aux soins de base des clients ?  
Oui  Non
3. L'établissement dispose-t-il d'une procédure opérationnelle d'évaluation des capacités des clients à l'admission et durant le séjour ou l'épisode de soins ?  
Oui  Non
4. Y a-t-il un ensemble organisé d'activités visant à prévenir les accidents liés aux déplacements et aux soins de base des clients ?  
Oui  Non   
Si oui, ces activités identifient-elles :
  - a. des objectifs et des cibles à atteindre ?  
Oui  Non
  - b. un responsable ?  
Oui  Non
  - c. un budget annuel renouvelable ?  
Oui  Non
5. L'établissement a-t-il une politique institutionnelle sur la prévention des accidents liés aux déplacements et aux soins de base de la clientèle ?  
Oui  Non

6. Existe-t-il une procédure d'enquête et d'analyse des accidents du travail ?  
Oui  Non
7. Le personnel soignant est-il bien informé des risques associés à ce type de travail ?  
Oui  Non
8. Le personnel soignant, permanent et temporaire, a-t-il reçu la formation PDSB ?  
Oui  Non
9. Le personnel soignant travaillant dans les services aux personnes âgées a-t-il accès à un formateur ARS ou à un équivalent ?  
Oui  Non
10. Dans chacun des services de soins, un formateur ou *moniteur* PDSB est-il disponible en cas de situation difficile ?  
Oui  Non
11. Dans les services de soins aux personnes âgées, un formateur ARS est-il disponible en cas de situation difficile ?  
Oui  Non
12. Le personnel soignant dispose-t-il des informations à jour sur les capacités du client ?  
Oui  Non
13. Existe-t-il une procédure opérationnelle de déclaration de situation dangereuse ?  
Oui  Non
14. Le personnel est-il invité à déclarer les situations dangereuses ?  
Oui  Non
15. Y a-t-il du personnel compétent en mesure d'analyser les situations de travail et de proposer des solutions efficaces et durables ?  
Oui  Non
16. Les équipements de transfert, les aides techniques et le mobilier (lève-personne, surface de glissement, marchette, lit, etc.) sont-ils :
- a. disponibles et en nombre suffisant ?  
Oui  Non
- b. maintenus en bon état de fonctionnement ?  
Oui  Non

17. Dans les équipes de travail, y a-t-il des moyens de communication permanents et efficaces pour traiter les cas de clients difficiles ou complexes dans les équipes de travail ?  
Oui  Non
18. Existe-t-il une procédure opérationnelle de déclaration et d'enquête lorsqu'un incident survient à un client ?  
Oui  Non
19. Existe-t-il une politique institutionnelle sur les incidents survenus aux clients ?  
Oui  Non
20. Les gestionnaires se sentent-ils concernés par les accidents survenus aux clients et sont-ils imputables des résultats ?  
Oui  Non
21. Les gestionnaires se sentent-ils concernés par les accidents survenus au personnel et sont-ils imputables des résultats ?  
Oui  Non
22. Le personnel est-il incité à participer à l'amélioration de la sécurité des soins ?  
Oui  Non
23. L'établissement prône-t-il une culture de sécurité\* en ce qui a trait aux déplacements des clients et à leurs soins de base ?  
Oui  Non

\* Une culture de sécurité suppose qu'une organisation met au centre de ses préoccupations la sécurité et le bien-être de personnes, en premier lieu les clients et le personnel.

## 1.2 PRATIQUES ORGANISATIONNELLES EN SST

---

**=> À remplir par le chef du service de santé et de sécurité du travail (SST).**

### Structure, politiques et procédures

1. Quelles sont les politiques et procédures reliées à la sécurité des déplacements et des soins de base de la clientèle (faire la liste des documents et se procurer des copies à jour) :
  - a. politique de SST
  - b. politique sur la sécurité de la clientèle
  - c. politique sur le déplacement sécuritaire des bénéficiaires de soins
  - d. autres politiques pertinentes  \_\_\_\_\_
2. Existe-t-il un comité paritaire ou conjoint de SST ?  
Oui  Non
3. Ce comité est-il actif ?  
Oui  Non
4. Existe-t-il un programme de prévention en SST ou des activités comparables ?  
Oui  Non
5. Si oui, le programme bénéficie-t-il d'un budget annuel ?  
Oui  Non
6. Quelles sont les procédures opérationnelles :
  - a. enquête d'accidents
  - b. déclaration des situations dangereuses
  - c. enquête d'incidents survenus à la clientèle
  - d. évaluation des capacités des clients

7. Le service de réadaptation est-il disponible pour des réévaluations urgentes des capacités des clients ?

Oui  Non

8. L'information sur les capacités des clients est-elle accessible à tout le personnel soignant concerné ?

Oui  Non

### Ressources humaines affectées à la SST

9. Y a-t-il un service de SST ?

Oui  Non

Si oui, indiquez le nombre d'employés et leur fonction

---

---

---

---

---

5

10. Quelles sont les ressources affectées à la prévention par rapport au nombre d'employés de l'établissement ?

---

---

---

---

---

### Culture dominante en SST

11. Quelle est la culture dominante en SST dans l'établissement ?

- a. orientée vers le contrôle des pertes
- b. orientée vers l'organisation de la prévention
- c. la SST sont prises en considération dans toutes les décisions

## Formation PDSB et ARS

12. Est-ce que le personnel temporaire et permanent a reçu la formation PDSB en entier ?  
Oui  Non
13. Est-ce que le personnel temporaire et permanent travaillant auprès des personnes âgées a reçu la formation ARS ou un équivalent ?  
Oui  Non
14. Y a-t-il des mises à jour régulières des formations PDSB et ARS ?  
Oui  Non
15. Y a-t-il suffisamment de formateurs PDSB et ARS ?  
Oui  Non
16. Y a-t-il des formateurs ou *moniteurs* PDSB et ARS disponibles le jour, le soir et la nuit ?  
Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6

## Équipements

17. Quel est l'état général du parc d'équipements ?  
Médiocre  Moyen  Bon  Très bon
18. Y a-t-il une procédure opérationnelle de réparation ou de remplacement des équipements défectueux ?  
Oui  Non
19. Y a-t-il une procédure opérationnelle d'entretien préventif des équipements ?  
Oui  Non

20. Les équipements de transfert et aides techniques sont-ils en nombre suffisant dans le service de soins ?

Oui  Non

21. Les équipements sont-ils maintenus en bon état de fonctionnement ?

Oui  Non

22. La sélection des équipements est-elle effectuée en collaboration avec le personnel soignant ?

Oui  Non

### 1.3 INCIDENCE, GRAVITÉ ET COÛTS DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

#### Ensemble des événements et TMS uniquement

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Nom du site : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS

	A	B	C	D						
Nom service/ programme	Nbre heures travaillées	Nbre ÉTP*	Nbre événements	Nbre heures indemnisées	Taux d'incidence $C \times 200\ 000$ A	Rang fréquence	Ratio de gravité $D \times 100$ A	Rang gravité	Coûts directs	Rang coûts
service 1					#DIV/0!		#DIV/0!			
service 2					#DIV/0!		#DIV/0!			
service 3					#DIV/0!		#DIV/0!			
service 4					#DIV/0!		#DIV/0!			
service 5					#DIV/0!		#DIV/0!			
service 6					#DIV/0!		#DIV/0!			
<b>global</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>#DIV/0!</b>		<b>#DIV/0!</b>			

\*ÉTP (équivalents temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi  
horaires courants :

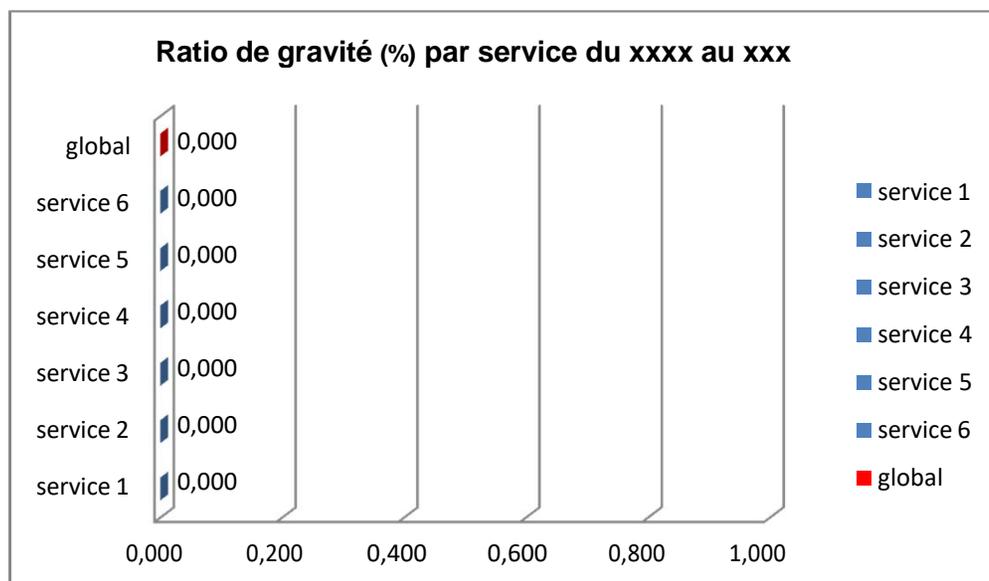
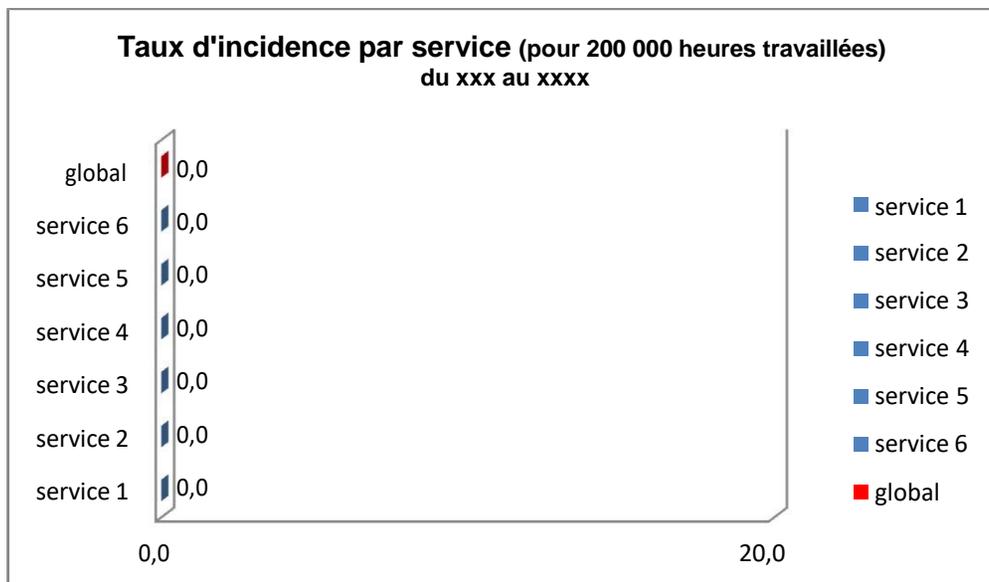
35 heures/semaine = 1 820 heures/année

36 ¼ heures/semaine = 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine = 2 015 heures/année

#### Note

1. Pour être représentatif, la collecte des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risques de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors:  $C/B \times 100$



### 1.3 INCIDENCE, GRAVITÉ ET COÛTS DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

#### Ensemble des événements et TMS uniquement

Établissement : \_\_\_\_\_ **\*EXEMPLE\***

Site : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS

Services/ Programmes	A	B	C	D	Taux d'incidence C X 200 000 A	Rang fréquence	Ratio de gravité D X 100 A	Rang gravité	Coûts directs	Rang coûts
service 1	10 000	5	3	630	60,0		6,3			
service 2	20 000	10	4	700	40,0		3,5			
service 3	10 000	5	5	150	100,0		1,5			
service 4	50 000	25	2	350	8,0		0,7			
service 5	20 000	10	2	600	20,0		3,0			
service 6	20 000	10	2	600	20,0		3,0			
<b>global</b>	<b>130 000</b>		<b>18</b>	<b>3 030</b>	<b>27,7</b>		<b>2,3</b>			

**\*ÉTP (équivalents temps plein) :** nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

horaires courants :

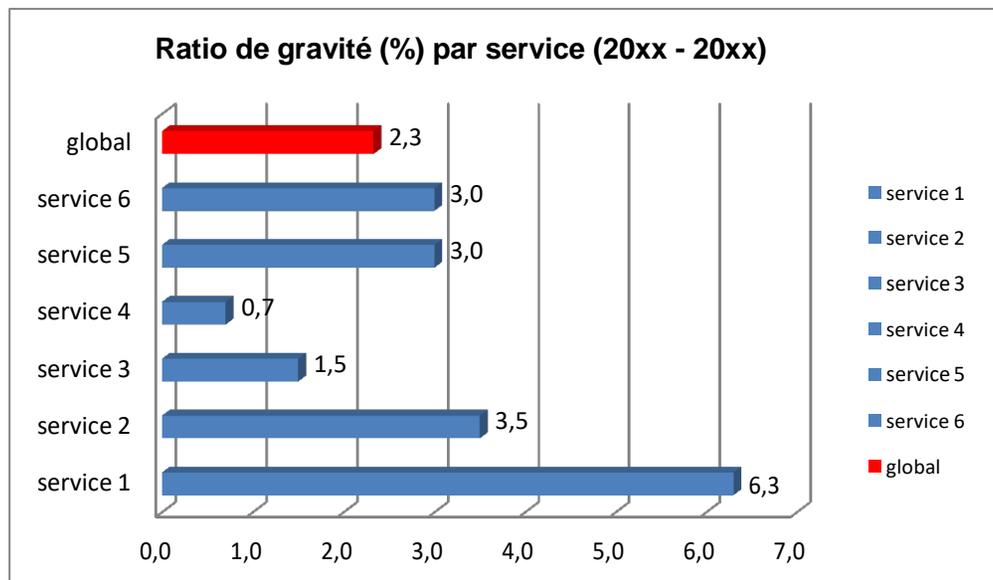
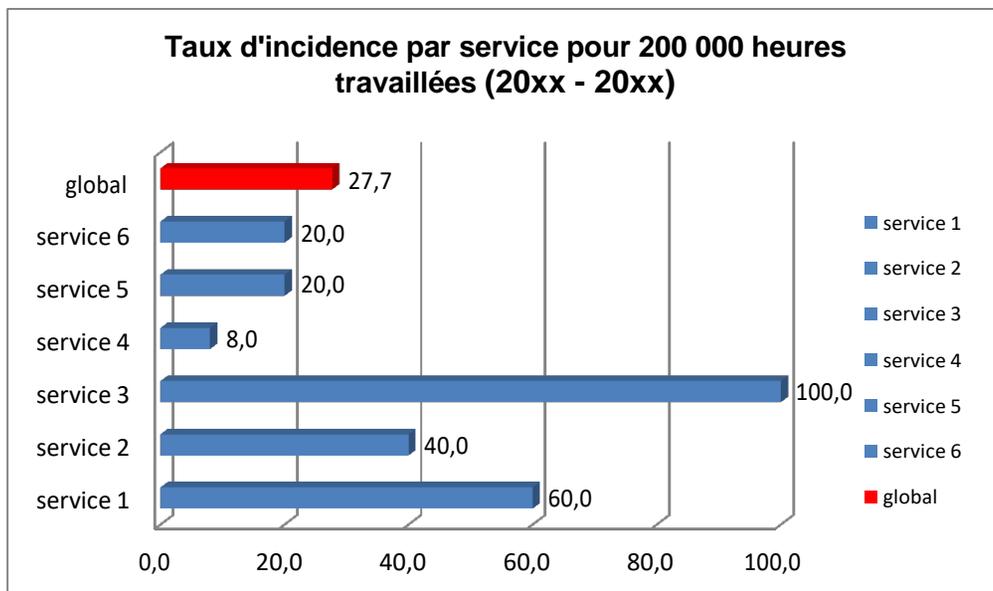
35 heures/semaine = 1 820 heures/année

36 ¼ heures/semaine = 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine = 2 015 heures/année

#### Note

1. Pour être représentatif, la collecte des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risques de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors : C/B x 100



## 1.4 COÛTS DE L'ASSIGNATION TEMPORAIRE

### Ensemble des événements et TMS uniquement

Établissement :

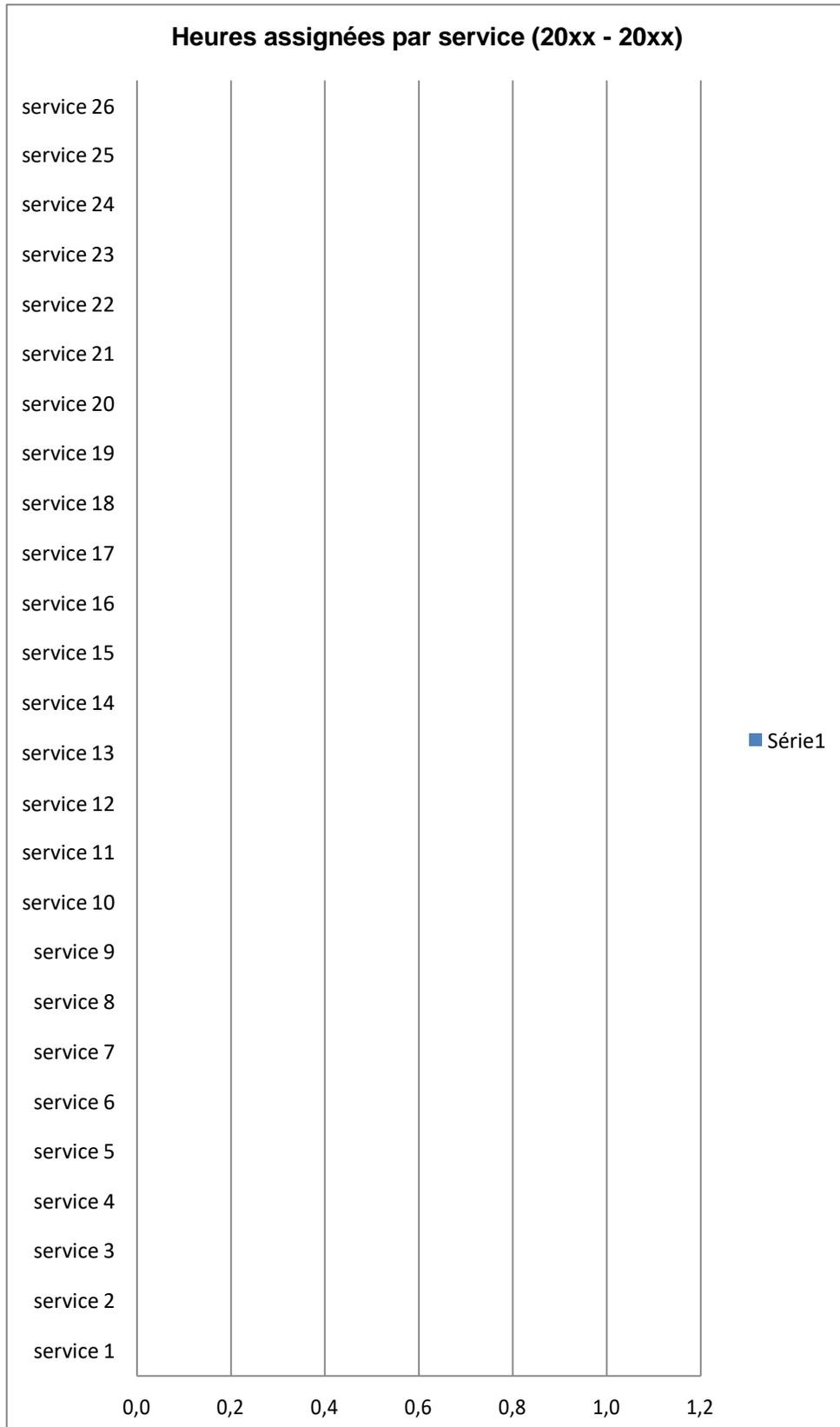
Site :

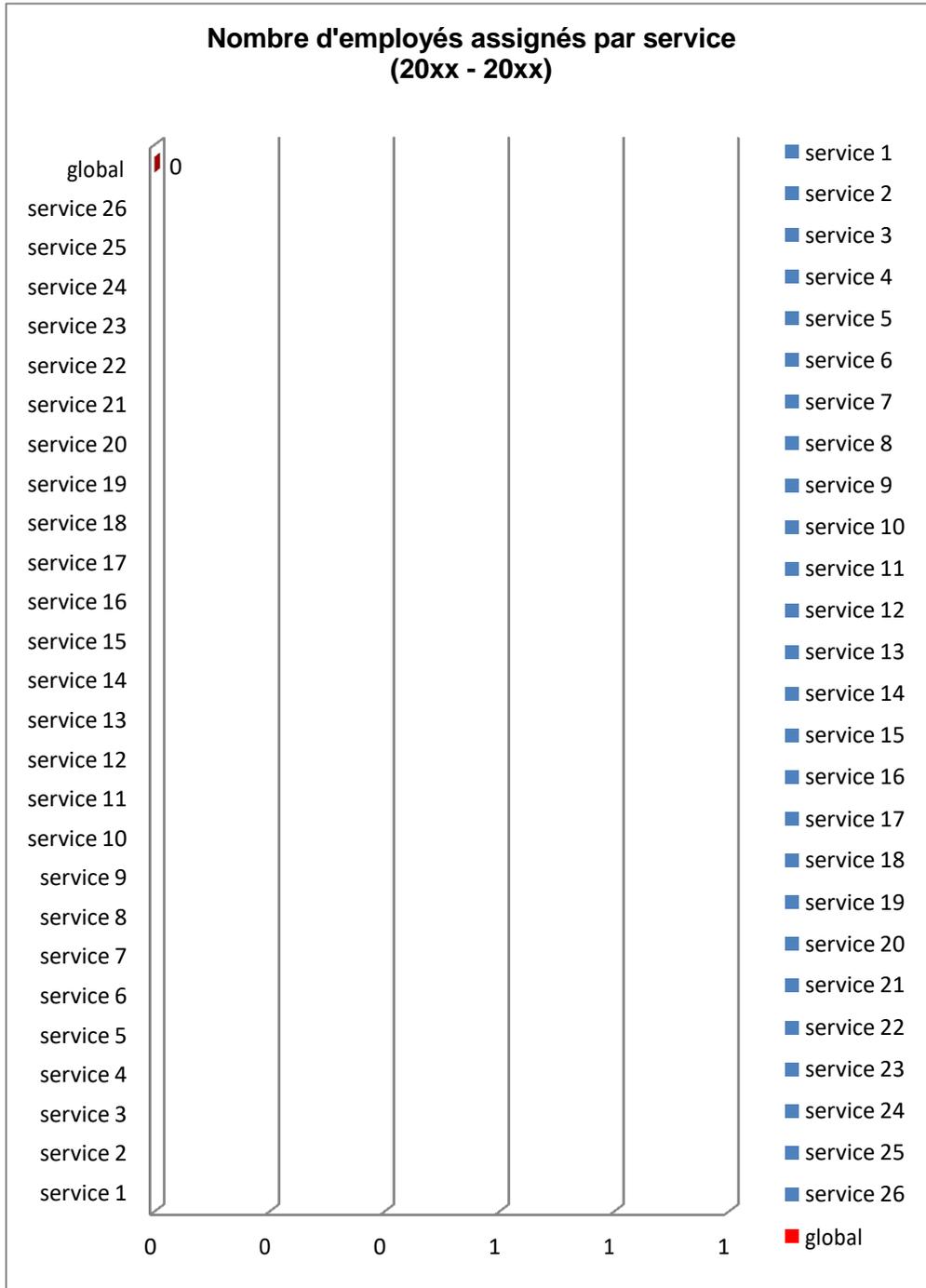
Période du

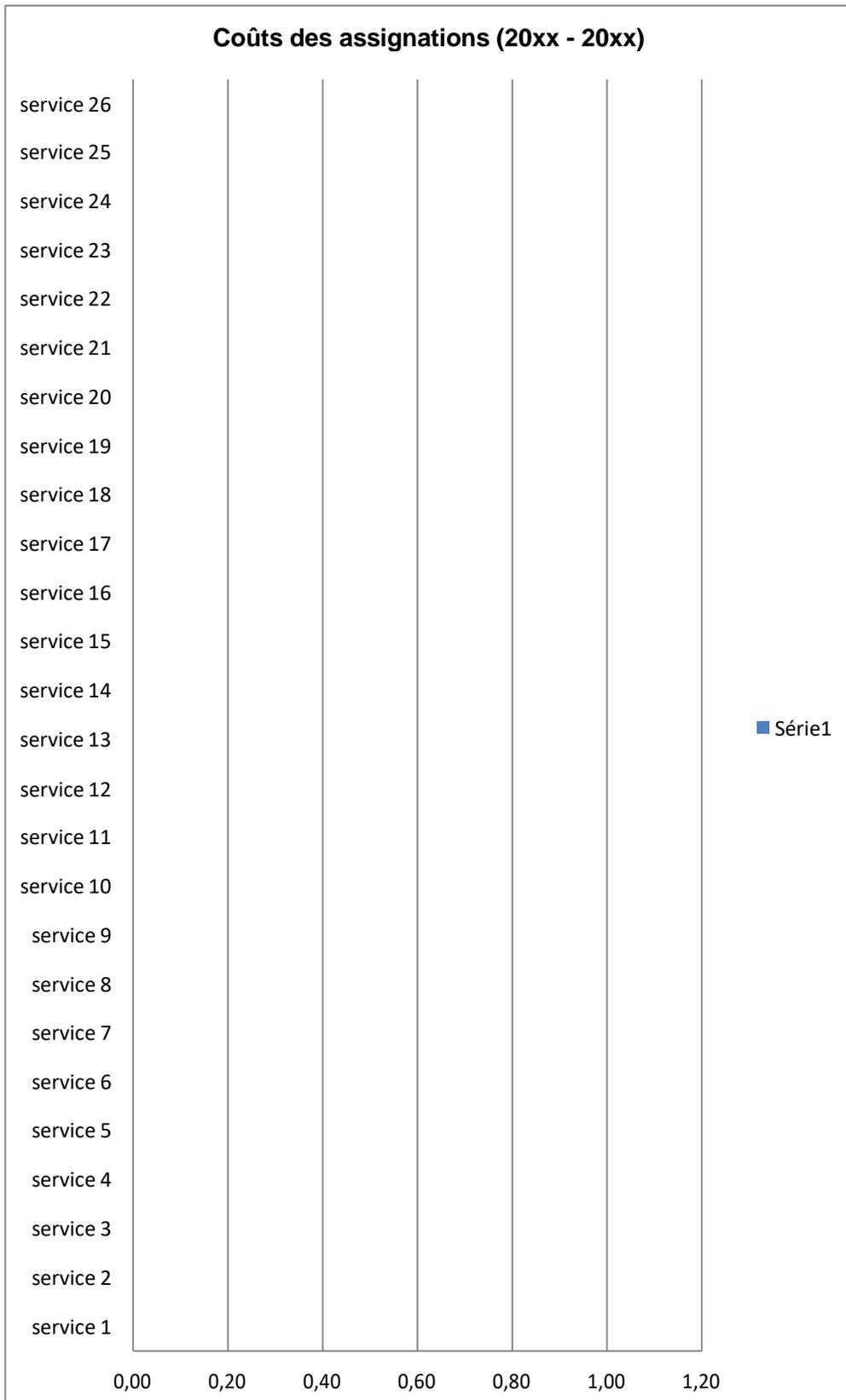
au

Services/programmes	Nombre d'employés assignés	Nombre d'heures assignées	Coûts (\$)
service 1			
service 2			
service 3			
service 4			
service 5			
service 6			
service 7			
service 8			
service 9			
service 10			
service 11			
service 12			
service 13			
service 14			
service 15			
service 16			
service 17			
service 18			
service 19			
service 20			
service 21			
service 22			
service 23			
service 24			
service 25			
service 26			
<b>global</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>

**Note** : pour être représentatif, la collecte des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.







## 1.4 COÛTS DE L'ASSIGNATION TEMPORAIRE

### Ensemble des événements et TMS uniquement

Établissement : **\*EXEMPLE\***

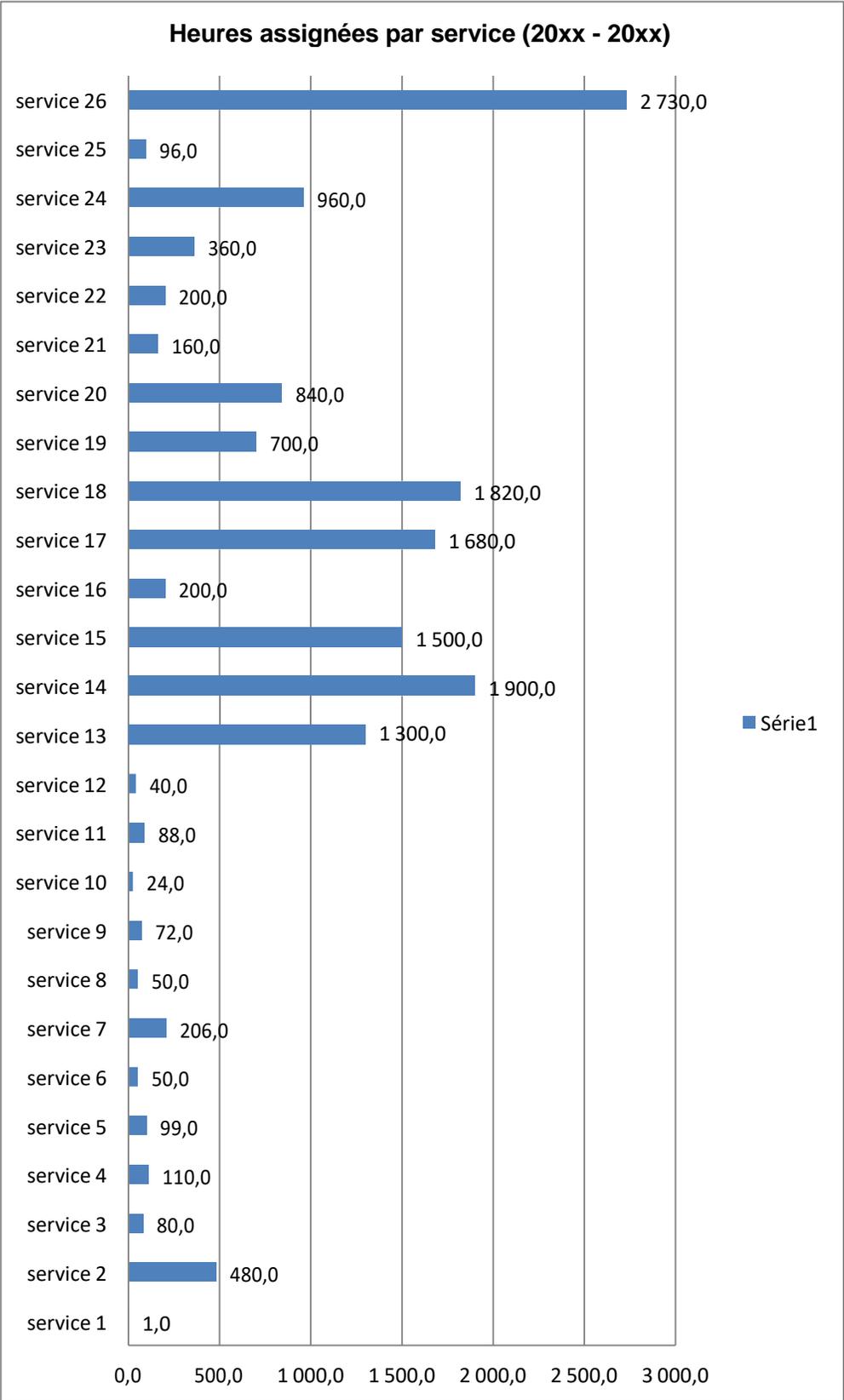
Site :

Période du

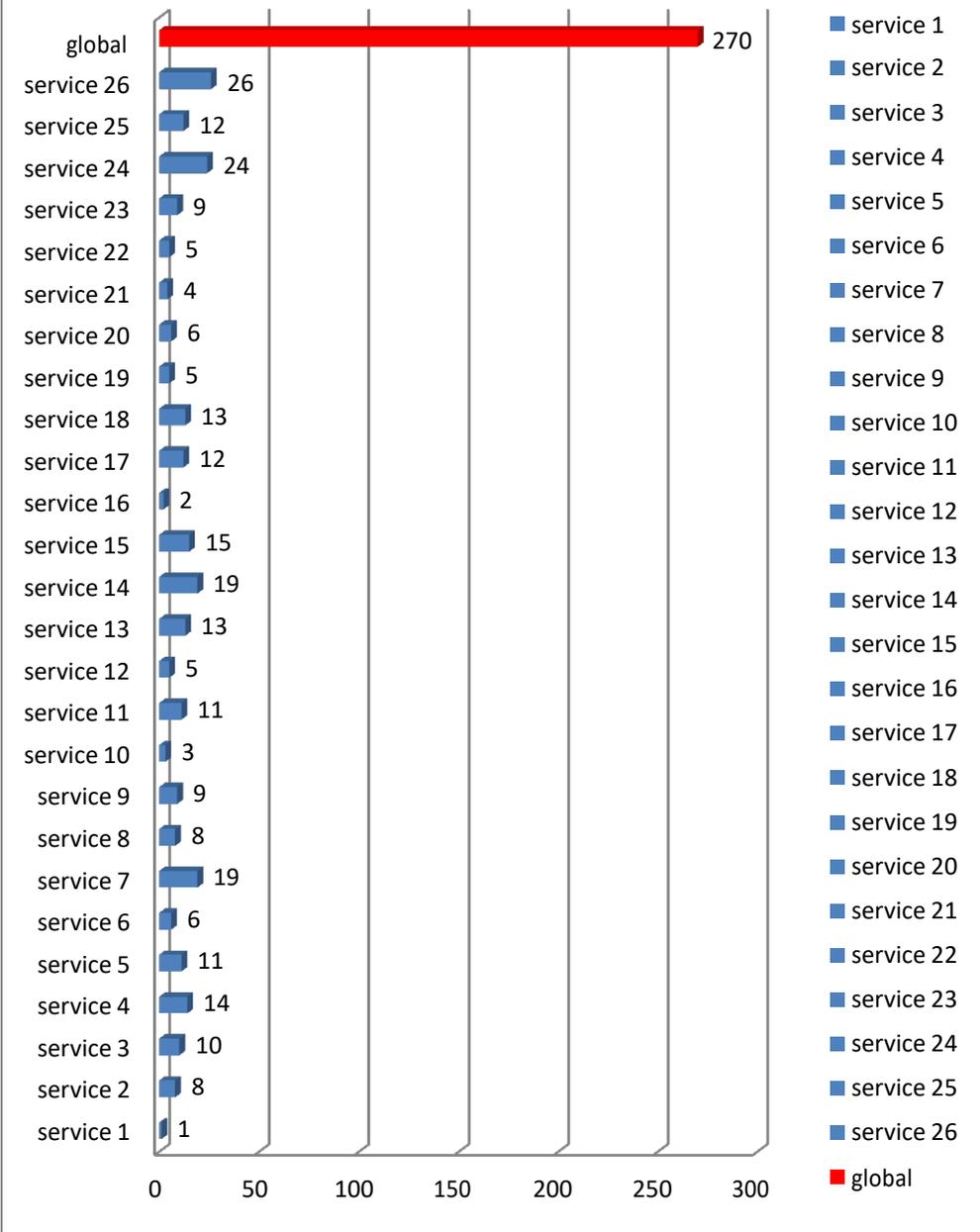
au

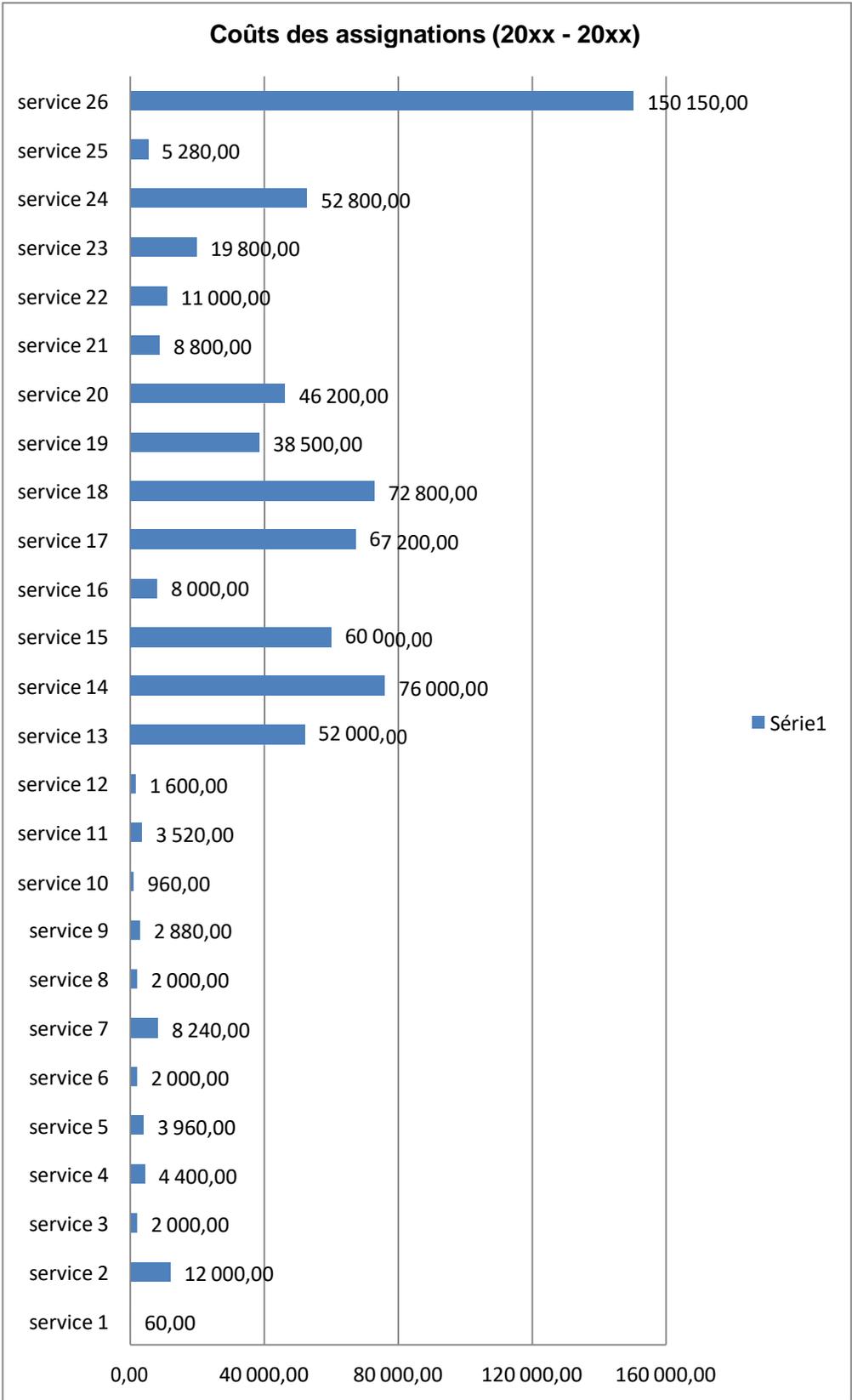
Services/programmes	Nombre d'employés assignés	Nombre d'heures assignées	Coûts (\$)
service 1	1	1,0	60,00
service 2	8	480,0	12 000,00
service 3	10	80,0	2 000,00
service 4	14	110,0	4 400,00
service 5	11	99,0	3 960,00
service 6	6	50,0	2 000,00
service 7	19	206,0	8 240,00
service 8	8	50,0	2 000,00
service 9	9	72,0	2 880,00
service 10	3	24,0	960,00
service 11	11	88,0	3 520,00
service 12	5	40,0	1 600,00
service 13	13	1 300,0	52 000,00
service 14	19	1 900,0	76 000,00
service 15	15	1 500,0	60 000,00
service 16	2	200,0	8 000,00
service 17	12	1 680,0	67 200,00
service 18	13	1 820,0	72 800,00
service 19	5	700,0	38 500,00
service 20	6	840,0	46 200,00
service 21	4	160,0	8 800,00
service 22	5	200,0	11 000,00
service 23	9	360,0	19 800,00
service 24	24	960,0	52 800,00
service 25	12	96,0	5 280,00
service 26	26	2 730,0	150 150,00
<b>global</b>	<b>270</b>	<b>15 746,0</b>	<b>712 150</b>

**Note** : pour être représentatif, la collecte des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.



### Nombre d'employés assignés par service (20xx - 20xx)





## 1.5 TAUX COMPARÉ DE COTISATION À LA CNESST

---

Établissement : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Année	Taux de cotisation CNESST Établissement	Taux moyen de l'unité	Écart

**Note** : pour être représentative, la collecte des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.

## 2.1 Modèle de politique et de procédures en institution

### Sommaire

- Introduction
- Engagement de la direction
- Objectifs
- Rôles et responsabilités des acteurs concernés
  1. Employeur et cadres
  2. Chef d'un service ou d'un programme de soins à la clientèle
  3. Personnel soignant
  4. Client et famille
  5. Service de réadaptation
  6. Services techniques
  7. Chargé de projet
  8. Comité du programme
  9. Comité paritaire de SST
  10. Comité de gestion des risques
  11. Formateurs PDSB
  12. *Moniteurs* PDSB
- Diffusion de la politique
- Évaluation du programme
- Annexes
  1. Notes explicatives
  2. Droits et obligations de l'employeur
  3. Règlement sur la santé et la sécurité du travail
  4. Droits et obligations du travailleur
  5. Définitions

## Introduction

---

La politique et les procédures qui suivent définissent les engagements de la direction concernant la sécurité des déplacements et des soins de base de la clientèle en établissement. La politique énonce les objectifs poursuivis. Les procédures définissent les rôles et responsabilités de chacun des acteurs concernés, la diffusion de la politique ainsi que les modalités d'évaluation du programme de prévention conçu à cette fin.

**Note :** le terme « déplacement » dans le texte comprend toutes les tâches d'assistance du personnel soignant associées aux transferts du client d'une surface à une autre, aux déplacements à pied ou au moyen d'équipement ou d'une aide technique tels un fauteuil roulant ou une marchette, aux repositionnements et aux mobilisations au lit ou au fauteuil. Le terme « soins de base » comprend toutes les tâches d'assistance du personnel soignant aux clients lors des activités de la vie quotidienne (hygiène, alimentation, élimination, confort, etc.).

## Engagement de la direction

---

2

La direction de \_ (nom de l'établissement) s'engage à offrir le meilleur service possible à sa clientèle et reconnaît l'importance, pour ce faire, de fournir un environnement de travail sain et sécuritaire à l'ensemble du personnel. La préservation de la santé et de la sécurité des personnes, qu'il s'agisse de clients ou d'employés, est notre raison d'être en tant qu'organisation. Nous voulons donc éviter qu'un employé se blesse ou qu'il blesse un client en l'assistant dans un déplacement ou lors d'une activité de la vie quotidienne.

La sécurité des clients et du personnel est une responsabilité partagée par tous les intervenants concernés, chacun représentant un maillon essentiel dans la chaîne de prévention.

Nous préconisons une approche globale des situations de travail et de soins. Cela veut dire que la formation aux méthodes sécuritaires de travail n'est pas suffisante à elle seule pour prévenir les accidents. Il faut aussi mettre en place une organisation du travail et du temps efficace et fournir des équipements de transfert ainsi qu'un environnement qui offrent des conditions de vie et de travail optimales.

Nous préconisons donc une culture de sécurité que le personnel, cadres et employés, doit partager et soutenir auprès des collègues, des clients et de leur famille. Cela suppose une approche intégrée de la prévention. Les préoccupations de sécurité doivent faire partie du processus décisionnel à tous les niveaux de l'organisation, de l'admission du client jusqu'à son congé. Il en va de même quand il s'agit d'acheter des équipements ou de modifier les lieux physiques.

Nous préconisons une participation active des cadres et des employés concernés à toutes les étapes d'élaboration, d'implantation et d'évaluation du programme de prévention. Sans leur connaissance et leur adhésion, aucun programme ne peut devenir opérationnel.

Nous nous engageons à fournir les ressources humaines, techniques et financières nécessaires à l'atteinte des objectifs poursuivis par ce programme de prévention sur la base de propositions réalistes et fondées sur les meilleures pratiques reconnues dans ce domaine.

## Objectifs

---

3

- Définir les orientations et le cadre de mise en place d'un programme intégré de prévention concernant la sécurité des déplacements de la clientèle et des soins de base.
- Mettre en place des conditions durables de prévention des incidents et des accidents liés aux déplacements de la clientèle et aux soins de base.
- Définir les rôles et les responsabilités des personnes et des services concernés (employeur et cadres, personnel soignant, clients et familles, personnel du service de réadaptation et des services techniques).
- Définir les rôles et les responsabilités des intervenants directs du programme de prévention (chargé de projet, comité du programme, formateurs et moniteurs PDSB et ARS qui doivent travailler en partenariat avec le comité paritaire de SST et le comité de gestion des risques de l'établissement).
- Répondre aux responsabilités légales de l'employeur en matière de sécurité de la clientèle en référence au projet de loi 113, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, Notes explicatives (annexe 30 a).

- Répondre aux responsabilités légales de l'employeur en matière de santé et de sécurité du travail en référence à la Loi sur la SST (annexe 30 b,) Droits et obligations de l'employeur.

## Rôles et responsabilités

---

Pour être efficace, il est nécessaire de mener des actions concertées et organisées à l'échelle de l'établissement. La prévention est l'affaire de tous. Comme les maillons d'une chaîne, chacun doit jouer son rôle selon son niveau de responsabilités.

### 1. EMPLOYEUR ET CADRES

L'employeur est le premier responsable des conditions de santé et de sécurité des clients et du personnel. Il a des droits et des obligations clairement définis dans les lois. Le personnel cadre représente l'employeur dans la mesure où des pouvoirs de gestion lui sont délégués. L'employeur définit les orientations et fournit les moyens pour atteindre les objectifs poursuivis, soit :

4

---

- un programme de prévention spécifique dont les objectifs, les responsabilités et les modalités de réalisation sont clairement définis ;
- des procédures écrites et diffusées dans l'établissement ;
- une allocation de ressources humaines, financières et techniques suffisantes à la réalisation du programme de prévention, notamment :
  - l'affectation d'un chargé de projet ;
  - la mise sur pied d'un comité de programme ;
  - la disponibilité d'équipements de transfert et d'aides techniques en nombre suffisant et maintenus en bon état de fonctionnement ;
  - des installations physiques qui permettent l'utilisation des équipements et mobilier de manière sécuritaire ;
  - la formation de formateurs /moniteurs PDSB en nombre suffisant ;

- la formation et la mise à jour régulière des PDSB au personnel soignant ;
- la disponibilité de formateurs ou de moniteurs PDSB en soutien aux cadres et au personnel soignant dans chacun des services de soins ;
- la disponibilité de formateurs ARS en soutien aux cadres et au personnel soignant dans les services ou programmes destinés aux personnes âgées (Note. Étant donné la forte proportion de clients atteints de déficits cognitifs en centres d'hébergement, il est fortement recommandé que le personnel soignant reçoive la formation ARS) ;
- des formations permettant d'acquérir les compétences professionnelles nécessaires à la pleine réalisation du programme, notamment pour les membres du comité du programme ;
- une évaluation régulière du programme de prévention et des actions de bonification de celui-ci dans une optique d'amélioration continue.

## 2. CHEF D'UN SERVICE OU D'UN PROGRAMME DE SOINS À LA CLIENTÈLE

Le chef de service ou de programme de soins à la clientèle a un rôle d'encadrement et de mobilisation du personnel. Il lui revient de rendre opérationnelles la politique et les procédures qui en découlent dans le ou les services dont il assume la gestion. Il doit rendre compte de la performance du ou des services dont il a la responsabilité en regard de la sécurité de la clientèle et du personnel.

5

### Principales responsabilités

- S'assurer de la dispensation de soins de qualité sans compromettre la sécurité de la clientèle ni celle du personnel ou de la famille, notamment par la mise en place d'un plan d'intervention ou d'un plan de soins individualisé et élaboré en collaboration avec le client.
- S'assurer qu'une procédure d'évaluation des capacités du client fait partie intégrante du plan de soins et que le personnel qui assiste le client dans ses déplacements et AVQ a accès à cette information.
- S'assurer que l'information sur les capacités du client est mise à jour régulièrement.
- Faire appliquer intégralement dans le(s) service(s) visé(s) la politique et les procédures reliées aux déplacements et aux soins des clients.

- Mettre en place les moyens de contrôle nécessaires à l'application de la politique et des procédures.
- Mettre en place des mesures de prévention spéciales pour les tâches à haut risque, par exemple le déplacement d'un client obèse.
- Faire rapport régulièrement à son supérieur (semestriel, annuel).
- Collaborer ou procéder, avec le soutien du service de santé, aux enquêtes et analyses d'accidents du travail.
- Collaborer aux enquêtes et analyses d'accidents survenus aux clients avec le gestionnaire des risques.
- Promouvoir une culture de sécurité auprès du personnel, des clients et de leur famille.

### 3. PERSONNEL SOIGNANT

Le personnel soignant est en contact direct avec les clients dans la prestation des soins. Il doit offrir des soins de qualité et assurer la sécurité des déplacements et des AVQ du client tout en protégeant sa propre sécurité, celle des collègues et des membres de la famille. Il doit appliquer les PDSB et respecter la politique et les procédures liées aux déplacements sécuritaires et aux AVQ des clients. 6

Le personnel a des droits et des obligations en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, (annexe 30 c) Droits et obligations du travailleur).

#### Principales responsabilités

- Prodiguer des soins de qualité en assurant la sécurité de la clientèle, de sa famille ainsi que sa propre sécurité et celle des collègues de travail.
- Avoir pris connaissance de la politique et des procédures liées aux déplacements sécuritaires des clients et s'y conformer.
- Avoir pris connaissance des informations sur les capacités du client.
- Appliquer les PDSB lors du déplacement d'un client.

- Demander du soutien si le déplacement du client présente une difficulté particulière, notamment pour les tâches à haut risque (ex. : client obèse).
- Informer rapidement le supérieur immédiat et les collègues de tout changement significatif dans la condition du client.
- Rapporter toute situation potentiellement dangereuse ou difficulté d'application des PDSB.
- Participer à l'évaluation et au choix des équipements de transfert.
- Déclarer rapidement tout accident du travail ou malaise survenu au cours du travail et collaborer à l'enquête et l'analyse des accidents du travail.
- Déclarer rapidement à son supérieur immédiat tout incident ou accident survenu à un client et collaborer à l'enquête et l'analyse de ces événements.
- Collaborer à l'amélioration des conditions de sécurité reliées aux déplacements de la clientèle.
- Promouvoir une culture de sécurité dans l'accomplissement de ses tâches et auprès des collègues de travail, de la famille ou des proches.

#### **4. CLIENT ET FAMILLE**

Le client est en droit de s'attendre aux meilleurs services possibles de la part de l'établissement. Sa famille est un allié essentiel et complémentaire à la prestation de soins.

Le client ainsi que les membres de sa famille doivent être correctement informés de la présente politique et des procédures préconisées par l'établissement. Ils doivent y collaborer dans la mesure de leurs moyens.

#### **5. SERVICE DE RÉADAPTATION**

Le service de réadaptation et les professionnels qui y travaillent jouent un rôle clé dans un programme de prévention des accidents reliés aux déplacements et aux soins de base des clients. Une procédure d'évaluation des capacités des clients doit être élaborée par ce service et faire partie intégrante du plan de soins individualisé. Cette évaluation est consignée au

dossier du client et l'information doit être accessible à tout le personnel soignant incluant les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires et les ASSS.

**Note :** pour les groupes d'employés à qui on interdit l'accès aux plans de soins, un autre mode de transmission des informations complètes sur les capacités du client doit être mis à leur disposition.

### Principales responsabilités

- Évaluer le plus rapidement possible les capacités du client lors de son admission de manière à fournir des consignes claires au plan de soins.
- Faire des recommandations concernant les aides techniques et les aménagements requis pour l'assistance au client et au maintien de son autonomie.
- Procéder aussitôt que possible à une réévaluation si la condition du client se détériore.
- Recommander des consignes de déplacement ou des exercices de réadaptation qui sont compatibles avec les PDSB.
- Offrir le soutien au personnel soignant lorsqu'une situation problématique se présente.

8

Dans les programmes de soutien à domicile, pour traiter dans des délais raisonnables les demandes de service de clients présentant des conditions simples, plusieurs CLSC ont formé spécifiquement des ASSS (auxiliaires de services sociaux et de santé) pour la détermination des besoins. Ces ASSS deviennent très souvent des personnes-ressources pour leurs collègues lorsque des difficultés se présentent chez certains clients, jouant ainsi, à toutes fins utiles, le rôle de moniteur PDSB.

## 6. SERVICES TECHNIQUES

La collaboration des services techniques dans l'application du programme est essentielle (service des installations matérielles et service de l'approvisionnement). C'est pourquoi un représentant de ces services doit être membre à part entière du comité du programme.

### Principales responsabilités

- Procéder aux consultations nécessaires avant de faire l'achat d'un équipement.
- Procéder à des évaluations d'équipements avec les utilisateurs directs, lorsque requis.

- Prévoir des espaces de rangement et d'entreposage des équipements afin de dégager les corridors et les chambres des clients.
- Mettre en place un programme efficace d'entretien préventif du mobilier (lit, fauteuil, meuble de chevet, etc.), des équipements de transfert et des aides techniques en accord avec les recommandations des fournisseurs (lève-personne, fauteuil roulant, civière, etc.).
- Mettre en place une procédure efficace de réparation des équipements.
- Consulter, de façon organisée, le personnel lors de projets de réaménagement, de rénovation ou de construction, et ce, dès les premières étapes de conception (programme PARC).
- Collaborer avec la Direction des services à la clientèle ou la Direction des soins à l'élaboration d'une politique concernant l'introduction de biens personnels des clients, particulièrement en centres d'hébergement.

## 7. CHARGÉ DE PROJET

Le chargé de projet de prévention doit réunir des compétences reconnues dans le domaine de la prévention en SST et démontrer une capacité de leadership et de communication éprouvée. Il peut relever de la Direction des ressources humaines ou d'une autre direction, selon la structure organisationnelle de l'établissement.

### Principales responsabilités

- Coordonner le programme de prévention.
- Organiser et animer le comité de programme.
- Mettre en place et animer un réseau de formateurs/moniteurs PDSB et ARS.
- Faire rapport régulièrement au comité paritaire de SST.
- Soutenir les chefs de service ou de programme de soins dans l'application quotidienne du programme de prévention.
- Planifier l'ensemble des activités reliées aux formations PDSB et ARS dans l'établissement en étroite collaboration avec le service de formation :

- formation du personnel soignant (calendrier de formation, registre des formations PDSB et ARS, logistique des formations, etc.) ;
- formation continue des formateurs/moniteurs PDSB et ARS (mise à jour, accréditation, activités d'échange et d'animation, etc.).
- Gérer le programme au quotidien, c.-à-d. traiter et coordonner les demandes d'assistance en provenance des services ou programmes de soins.
- S'assurer que les enquêtes d'accidents du travail (avec et sans perte de temps) sont effectuées, et ce, en collaboration avec le chef du service et le personnel impliqué.
- Collaborer avec le gestionnaire de risques aux enquêtes d'accidents survenus aux clients qui sont associés à leurs déplacements ou aux soins.
- Effectuer un recueil systématique des données relatives au programme (statistiques, relevés d'activités diverses, etc.).
- Faire rapport des activités du programme à ses supérieurs sur une base régulière.
- Formuler des recommandations pertinentes à la direction, aux cadres et au personnel concernant la sécurité des déplacements et des soins aux clients.
- Effectuer toute autre activité liée au programme de prévention.

## 8. COMITÉ DU PROGRAMME

La mise en œuvre du programme de prévention est réalisée sous l'égide d'un comité de programme qui est un sous-comité du comité paritaire de SST. Le rôle premier du comité est de mobiliser les acteurs de l'établissement autour des objectifs du programme et d'assurer son bon déroulement.

### Mandat

- Déterminer les orientations du programme en accord avec les politiques de l'établissement.
- Définir un plan d'action annuel.
- Mettre en place un plan de communication avec le soutien du service des communications.

- Procéder à l'évaluation périodique du programme.
- Faire rapport et formuler des recommandations à la direction.

Le comité de programme est sous la responsabilité du responsable de programme qui en est l'animateur. Des réunions du comité ont lieu à intervalle régulier. Un ordre du jour et des comptes rendus écrits, diffusés et archivés sont produits.

### Composition du comité de programme

La composition du comité comprend des représentants des employés et des cadres qui ont des compétences complémentaires et multidisciplinaires. Outre le responsable de programme qui anime les réunions du comité, celui-ci est formé de représentants des groupes suivants :

- Formateur/moniteur PDSB ;
- formateur ARS ;
- personnel soignant : au moins un représentant par titre d'emploi : infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, ASSS (auxiliaire de services sociaux et de santé) et autres ;
- cadre de la direction des soins infirmiers (soins spécialisés, soins de longue durée) ;
- cadre des services de soins à domicile ;
- représentant syndical du comité paritaire de SST ;
- gestionnaire des risques ;
- professionnel du service de réadaptation (physiothérapeute, ergothérapeute, thérapeute en réadaptation) ;
- cadre des services techniques ;
- autres membres sur invitation (ex. : responsable de la formation professionnelle).

**Note** : pour éviter un trop gros sous-comité, une même personne peut représenter plus d'une fonction.

## 9. COMITÉ PARITAIRE DE SST

Le comité paritaire de SST reçoit les rapports produits par le comité de programme. Il fait des recommandations à la direction dans une perspective d'amélioration continue de la performance du programme de prévention. Son mandat est défini par la politique générale de SST de l'établissement.

## 10. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques reçoit les rapports produits par le comité paritaire de SST. Il fait des recommandations à la direction dans une perspective d'amélioration continue de la performance du programme de prévention. Son mandat est défini par une politique de l'établissement concernant l'assurance qualité des services et la sécurité des clients.

## 11. FORMATEURS PDSB

Les formateurs PDSB constituent la pierre angulaire du programme de prévention. Ils doivent être en nombre suffisant pour répondre aux besoins de formation des différents sites, services ou programmes de soins. Non seulement ils enseignent les PDSB au personnel soignant, mais ils sont également des personnes-ressources avec les *moniteurs* PDSB pour la résolution de situations problématiques d'assistance aux clients.

12

### Principales responsabilités

- Enseigner au personnel soignant les PDSB, conformément au cahier du formateur publié par l'ASSTSAS.
- Enseigner aux collègues une méthode d'analyse des situations de travail qui leur permet d'identifier les dangers potentiels et les moyens de les éliminer ou de les contrôler (processus de résolution de problèmes).
- Soutenir les chefs de service ou de programme de soins dans la mise à jour et les activités de suivi PDSB.
- Soutenir le chef de service ou de programme et leur assistant dans la résolution de problèmes liés à l'assistance aux clients.

- Faire des propositions de modification des méthodes de travail, des équipements ou des lieux physiques.
- Participer, en collaboration avec le formateur/moniteur PDSB et le chef de service ou de programme, à l'identification et à la mise en application de solutions pour corriger les situations problématiques d'assistance aux clients.

Les formateurs PDSB doivent renouveler leur accréditation à l'ASSTSAS tous les deux ans.

## 12. MONITEURS PDSB

Les *formateurs/moniteurs* PDSB sont les intervenants de première ligne dans la chaîne de prévention. Ils sont parmi les membres du personnel soignant qui sont directement affectés aux soins de base des clients. Ils sont sélectionnés sur recommandation de leur supérieur en fonction de leur maîtrise des principes et de leur capacité de communication. Les *formateurs /moniteurs* PDSB sont des personnes-ressources au quotidien pour leurs collègues de travail.

### Principales responsabilités

- Assumer le rôle de personne-ressource concernant le déplacement et la prestation de soins sécuritaires à la clientèle.
- Aider les collègues à résoudre des situations problématiques liées à l'assistance aux clients (processus de résolution de problèmes).
- Référer aux formateurs PDSB en cas de doute.
- Soutenir le chef de service ou de programme et leur assistant dans la résolution de problèmes liés à l'assistance aux clients.
- Faire des propositions de modification aux méthodes de travail, aux équipements ou des lieux physiques.
- Participer aux échanges formels et informels avec les formateurs/moniteurs PDSB.

Dans les programmes de soutien à domicile, pour traiter dans des délais raisonnables les demandes de service de clients présentant des conditions simples, plusieurs CLSC ont formé spécifiquement des ASSS à cette fin. Ces ASSS deviennent très souvent des personnes-ressources pour leurs collègues lorsque des difficultés se présentent, jouant ainsi, à toutes fins utiles, le rôle de moniteur PDSB.

### **Mise en place d'un réseau PDSB**

Un réseau de formateurs / moniteurs PDSB sera constitué d'équipes mises en place dans les différents sites ou programmes de soins de l'établissement. Des rencontres régulières des intervenants PDSB permettront de rehausser l'expertise et de solutionner plus efficacement les situations de travail problématiques ou dangereuses en généralisant les meilleures pratiques. Les équipes PDSB sont animées par le chargé de projet avec le soutien de la direction locale.

## **Diffusion de la politique**

---

14

La direction assure la diffusion de cette politique et des procédures qui en découlent à tous les intervenants concernés. Des sessions d'information sont organisées à l'intention des cadres et du personnel soignant de l'établissement afin qu'ils soient correctement informés des rôles et des responsabilités qui leur incombent.

Les chefs de service ou de programme de soins prennent tous les moyens à leur disposition pour informer adéquatement le personnel de la teneur de la présente politique et des procédures qui s'y rattachent. Cela s'applique également au personnel temporaire ou sur appel.

# Évaluation du programme

---

L'évaluation du programme est effectuée en regard des objectifs visés et du plan d'action triennal et annuel sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs déterminés au préalable par la direction en consultation avec le comité de programme.

Un tableau de bord qui intègre les données au fur et à mesure dans un système informatique facile à gérer sera mis à la disposition des intervenants. Un compte rendu sommaire des activités menées dans le cadre du programme fait partie intégrante du rapport d'évaluation.

L'évaluation inclut des recommandations qui visent à améliorer la performance du programme dans une perspective d'amélioration continue. Des rapports d'avancement réguliers sont remis à la direction. Il est particulièrement important de souligner les succès et de les faire connaître aux intervenants du milieu en mettant au premier plan les personnes à l'origine de ces initiatives.

Cette politique a été adoptée par le conseil d'administration à une session tenue le

- (date)

pour

- (nom de l'établissement)

et entre en vigueur à compter du

- (date)

---

Directeur général

# Annexes

---

## 1. NOTES EXPLICATIVES

### **Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

(L.Q., 2002, chapitre 71), adoptée le 19 décembre 2002.

Ces modifications « prévoit qu'un usager a le droit d'être informé de tout accident survenu au cours de la prestation des services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner des conséquences sur son état de santé ou son bien-être. Il prévoit aussi qu'une personne exerçant des fonctions dans un établissement a l'obligation de déclarer tout incident ou accident qu'elle a constaté, le plus tôt possible après cette constatation.

Ce projet de loi prévoit également l'obligation pour tout établissement de mettre en place un comité de gestion des risques, lequel aura pour fonctions de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence des effets indésirables et des accidents liés à la prestation des services de santé et des services sociaux.

De plus, le conseil d'administration d'un établissement doit prévoir les règles relatives à la divulgation à un usager de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident ainsi que des mesures de soutien mises à la disposition de l'utilisateur et des mesures visant à prévenir la récurrence d'un tel accident.

Enfin, le projet de loi confie aux agences régionales la responsabilité, dans leur région, d'assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ».

## 2. DROITS ET OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

### Extraits

L.R.Q., chapitre S-2.1

### Loi sur la santé et la sécurité du travail

#### § 1. — Droits généraux

Droits de l'employeur.

**50.** L'employeur a notamment le droit, conformément à la présente loi et aux règlements, à des services de formation, d'information et de conseil en matière de santé et de sécurité du travail.

1979, c. 63, a. 50.

#### § 2. — Obligations générales

Obligations de l'employeur.

**51.** L'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur. Il doit notamment :

1. s'assurer que les établissements sur lesquels il a autorité sont équipés et aménagés de façon à assurer la protection du travailleur ;
2. désigner des membres de son personnel chargés des questions de santé et de sécurité et en afficher les noms dans des endroits visibles et facilement accessibles au travailleur ;
3. s'assurer que l'organisation du travail et les méthodes et techniques utilisées pour l'accomplir sont sécuritaires et ne portent pas atteinte à la santé du travailleur ;
4. contrôler la tenue des lieux de travail, fournir des installations sanitaires, l'eau potable, un éclairage, une aération et un chauffage convenable et faire en sorte que les repas pris sur les lieux de travail soient consommés dans des conditions hygiéniques ;
5. utiliser les méthodes et techniques visant à identifier, contrôler et éliminer les risques pouvant affecter la santé et la sécurité du travailleur ;
6. prendre les mesures de sécurité contre l'incendie prescrites par règlement ;

7. fournir un matériel sécuritaire et assurer son maintien en bon état ;
8. s'assurer que l'émission d'un contaminant ou l'utilisation d'une matière dangereuse ne porte atteinte à la santé ou à la sécurité de quiconque sur un lieu de travail ;
9. informer adéquatement le travailleur sur les risques reliés à son travail et lui assurer la formation, l'entraînement et la supervision appropriés afin de faire en sorte que le travailleur ait l'habileté et les connaissances requises pour accomplir de façon sécuritaire le travail qui lui est confié ;
10. afficher, dans des endroits visibles et facilement accessibles aux travailleurs, les informations qui leur sont transmises par la Commission, l'agence et le médecin responsable, et mettre ces informations à la disposition des travailleurs, du comité de santé et de sécurité et de l'association accréditée ;
11. fournir gratuitement au travailleur tous les moyens et équipements de protection individuels choisis par le comité de santé et de sécurité conformément au paragraphe 18 4° de l'article 78 ou, le cas échéant, les moyens et équipements de protection individuels ou collectifs déterminés par règlement et s'assurer que le travailleur, à l'occasion de son travail, utilise ces moyens et équipements
12. permettre aux travailleurs de se soumettre aux examens de santé en cours d'emploi exigés pour l'application de la présente loi et des règlements ;
13. communiquer aux travailleurs, au comité de santé et de sécurité, à l'association accréditée, au directeur de santé publique et à la Commission, la liste des matières dangereuses utilisées dans l'établissement et des contaminants qui peuvent y être émis ;
14. collaborer avec le comité de santé et de sécurité ou, le cas échéant, avec le comité de chantier ainsi qu'avec toute personne chargée de l'application de la présente loi et des règlements et leur fournir tous les renseignements nécessaires ;
15. mettre à la disposition du comité de santé et de sécurité les équipements, les locaux et le personnel clérical nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions.

1979, c. 63, a. 51 ; 1992, c. 21, a. 303 ; 2001, c. 60, a. 167 ; 2005, c. 32, a. 308.

Registre sur les postes de travail.

**52.** L'employeur dresse et maintient à jour, conformément aux règlements, un registre des caractéristiques concernant les postes de travail identifiant notamment les contaminants et matières dangereuses qui y sont présents et un registre des caractéristiques concernant le travail exécuté par chaque travailleur à son emploi.

Consultation du registre.

L'employeur doit mettre ces registres à la disposition des membres du comité de santé et de sécurité et du représentant à la prévention.

### 3. RÈGLEMENT SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Article 166 (Section XX) :

« Manutention : Les travailleurs préposés à la manutention de charges ou de personnes doivent être instruits de la manière d'accomplir leur travail de façon sécuritaire. Lorsque le déplacement manuel de charges ou de personnes compromet la sécurité du travailleur, des appareils mécaniques doivent être mis à la disposition de celui-ci. »

19

### 4. DROITS ET OBLIGATIONS DU TRAVAILLEUR

#### Extraits

L.R.Q., chapitre S-2.1

#### Loi sur la santé et la sécurité du travail

§ 1. — *Droits généraux*

Conditions de travail.

**9.** Le travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique.

1979, c. 63, a. 9.

Droits.

**10.** Le travailleur a notamment le droit conformément à la présente loi et aux règlements :

1. à des services de formation, d'information et de conseil en matière de santé et de sécurité du travail, particulièrement en relation avec son travail et son milieu de travail, et de recevoir la formation, l'entraînement et la supervision appropriés ;
2. de bénéficier de services de santé préventifs et curatifs en fonction des risques auxquels il peut être exposé et de recevoir son salaire pendant qu'il se soumet à un examen de santé en cours d'emploi exigé pour l'application de la présente loi et des règlements.

1979, c. 63, a. 10.

Personnes visées.

**11.** Les personnes visées dans les paragraphes 1° et 2° de la définition du mot « travailleur » à l'article 1 jouissent des droits accordés au travailleur par les articles 9, 10 et 32 à 48.

20

1979, c. 63, a. 11.

§ 2. — *Droit de refus*

Refus d'exécuter un travail.

**12.** Un travailleur a le droit de refuser d'exécuter un travail s'il a des motifs raisonnables de croire que l'exécution de ce travail l'expose à un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique ou peut avoir l'effet d'exposer une autre personne à un semblable danger.

1979, c. 63, a. 12.

Exception.

**13.** Le travailleur ne peut cependant exercer le droit que lui reconnaît l'article 12 si le refus d'exécuter ce travail met en péril immédiat la vie, la santé, la sécurité ou l'intégrité physique d'une autre personne ou si les conditions d'exécution de ce travail sont normales dans le genre de travail qu'il exerce.

## Obligations

Obligations du travailleur.

**49.** Le travailleur doit :

1. prendre connaissance du programme de prévention qui lui est applicable ;
2. prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique ;
3. veiller à ne pas mettre en danger la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des autres personnes qui se trouvent sur les lieux de travail ou à proximité des lieux de travail ;
4. se soumettre aux examens de santé exigés pour l'application de la présente loi et des règlements ;
5. participer à l'identification et à l'élimination des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles sur le lieu de travail ;
6. collaborer avec le comité de santé et de sécurité et, le cas échéant, avec le comité de chantier ainsi qu'avec toute personne chargée de l'application de la présente loi et des règlements.

21

## 5. DÉFINITIONS

**Extrait du document :** SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX. *Programme de formation sur le fonctionnement d'un comité de gestion des risques*, Cahier du formateur, Québec, 2006, 174 p.

### Le risque

Probabilité qu'un événement pouvant causer des dommages se produise.

« [...] « **Incident** » : une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences. » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2., art. 183.2.)

« [...] « **Accident** » : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers<sup>18</sup>. » (Ibid., art. 8)

## Les conséquences

Impacts sur l'état de santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident.

## L'événement

L'événement est un terme générique utilisé pour désigner toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a, ou aurait pu causer des dommages à la santé des usagers, du personnel ou de tiers ou encore à leurs biens ou à ceux de l'établissement. L'événement désigne tout aussi bien un incident qu'un accident.

## Les événements « sentinelles »

Les événements « sentinelles » englobent des événements de deux ordres : ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques ou ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

## L'infection nosocomiale

L'infection nosocomiale est une « infection acquise dans un établissement de santé ou lors d'une prestation de soins à domicile [...]. Généralement, si l'infection apparaît moins de 48 heures après la prestation de soins, on en déduit qu'elle était en incubation au moment de l'admission ou de la prestation de soins et qu'elle n'est pas nosocomiale. Dans le cas d'une intervention chirurgicale, une infection est jugée nosocomiale lorsqu'elle se produit dans les trente jours suivant l'intervention s'il n'y a pas eu d'implant ou de prothèse, le délai limite étant d'un an dans le cas contraire. » (Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales).

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

Note : ce texte est une reproduction quasi intégrale du *Guide de prestation sécuritaire des services à domicile* du CSSS de Laval, juin 2009. Pour en savoir plus, consultez l'article d'*Objectif prévention* publié à cet effet.

### Table des matières

#### But

Modalités générales sur les services à domicile

Conditions spécifiques pour les services à domicile

Modalités concernant l'aide à domicile par les ASSS

Conditions spécifiques pour les services d'aide à domicile

Conditions spécifiques pour les services d'hygiène

Conditions spécifiques pour l'habillage et déshabillage

Accessoires et équipements obligatoires

Conditions spécifiques pour les transferts et les déplacements

Conditions spécifiques pour : la préparation de repas, les travaux d'entretien légers, les courses

1

## But

---

Le but de cette politique est d'informer la clientèle et les intervenants des différentes modalités dans la prestation des services à domicile afin d'offrir des services de qualité et en toute sécurité. Ces services devront respecter le code d'éthique de l'établissement ainsi que la Politique et procédure sur la gestion des risques et la divulgation des accidents et s'insérer dans une perspective de gestion des risques pour les clients et les intervenants.

## OBJECTIFS

- Que la clientèle et les différents acteurs impliqués dans la prestation de services connaissent leurs responsabilités mutuelles et les conditions spécifiques pour les différents services offerts ;
- offrir des services de qualité à la clientèle ;
- prévenir les incidents et les accidents.

## CLIENTÈLE VISÉE

- La clientèle desservie par les programmes du soutien à domicile de l'établissement ;
- les intervenants travaillant dans les regroupements clientèles offrant des services à domicile.

# Modalités générales sur les services à domicile

---

Les services à domicile sont de plusieurs ordres. Il peut s'agir, par exemple, de services médicaux, infirmiers, professionnels ou d'assistance. Les intervenants se présentent à domicile dans un but commun, celui de rendre un service identifié dans le plan d'intervention, sécuritaire et de qualité, au client ayant une incapacité ou une perte d'autonomie temporaire ou permanente ne pouvant recevoir ce service hors de son domicile.

## RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement doit :

1. s'assurer que les services sont offerts dans un contexte de respect mutuel ;
2. rendre disponible un outil d'information relatif à la dispensation des services à domicile adressé à la clientèle ;
3. faciliter la déclaration d'incidents / accidents afin d'en déterminer les causes et d'en faire le suivi ;
4. favoriser la stabilité des services en tenant compte des ressources disponibles, de l'organisation du travail et des besoins de l'ensemble de la clientèle.

## RESPONSABILITÉS DE L'INTERVENANT-PIVOT

L'intervenant-pivot doit :

1. évaluer, à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) ou de tout autre outil d'évaluation standardisé, les besoins des clients afin d'élaborer, avec leur collaboration, un plan d'intervention interdisciplinaire répondant à leurs incapacités ;
2. expliquer aux clients la nature des services offerts, leurs objectifs et le rôle et les responsabilités de chacun dans la dispensation des services ;
3. réévaluer les services selon l'échéancier prévu ou en fonction de l'évolution des besoins et mettre à jour le plan d'intervention.

## RESPONSABILITÉS DE L'INTERVENANT

L'intervenant doit :

1. agir en tout temps en conformité avec les valeurs et le code d'éthique de l'établissement et de son ordre professionnel, le cas échéant ;
2. effectuer une double vérification de l'identité du client (nom et date de naissance) ;
3. s'identifier auprès de la clientèle par le port de la carte d'identité en tout temps.

3

## RESPONSABILITÉS DE LA CLIENTÈLE ET DES PROCHES

Le client et les proches doivent :

1. participer activement et collaborer à l'élaboration ainsi qu'à la réévaluation de son plan d'intervention interdisciplinaire ;
2. respecter le plan d'intervention établi avec l'intervenant pivot ;
3. accepter que l'horaire des services et les intervenants puissent varier ;
4. afin d'offrir un environnement sans fumée à nos employés, tel que prescrit par la loi, s'abstenir de fumer en la présence du personnel de l'établissement. Pour un service de plus de deux heures, si le client désire fumer, il lui est demandé de respecter l'une des alternatives suivantes :
  - se retirer dans une autre pièce fermée ;
  - se placer sous la hotte de la cuisinière ;
  - bien aérer la pièce ;
  - en présence d'une bonbonne d'oxygène, il est strictement interdit de fumer pour que le service à domicile soit rendu ;

5. agir de façon respectueuse envers le personnel (langage et comportement appropriés sans aucune forme de discrimination). Tout manquement entraîne une réévaluation des services offerts ;
6. assurer un aménagement sécuritaire des lieux pour prévenir tout accident ;
7. rendre l'accès au domicile sécuritaire ;
8. être proactif pour sa propre sécurité, par exemple, conserver une trousse de premiers soins facilement accessible, avoir à portée de la main les numéros d'info-Santé, des CLSC, de la pharmacie, etc.

## CONDITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES SERVICES À DOMICILE

1. Dans le but d'assurer la sécurité des intervenants dans l'exécution de leurs tâches, les animaux de compagnie (chien, chat, etc.) devront être placés dans une autre pièce fermée durant toute la durée des services des intervenants à domicile ;
2. en cas d'intempéries majeures, les services essentiels sont priorités ;
3. durant l'hiver, l'accès au domicile doit être déneigé et un abrasif devrait être appliqué sur les surfaces glissantes avant l'arrivée de l'intervenant.

## Modalités concernant l'aide à domicile par les ASSS

4

---

Cette partie tient compte spécifiquement des services alloués pour répondre aux besoins d'assistance en aide à domicile offerts par les auxiliaires en santé et services sociaux (ASSS) à la clientèle. Il est entendu que tous les services prévus découlent de l'évaluation effectuée par l'intervenant pivot à la suite d'une demande de services et de l'élaboration du plan d'intervention conjoint avec le client.

En cas de situations hors-normes ou complexes, l'intervenant pivot est appuyé par les membres du comité interdisciplinaire dans la recherche de solutions adaptées pour le client tout en considérant la sécurité de celui-ci et celle de l'intervenant.

## RESPONSABILITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

L'établissement doit :

1. s'assurer que l'organisation du travail et les méthodes utilisées pour l'accomplir sont sécuritaires tant pour le client que pour l'ASSS en respectant les principes proposés par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Ainsi, l'organisme doit :
  - offrir la formation PDSB à tous les intervenants selon leurs besoins spécifiques ;
  - prévoir le nombre suffisant de formateurs PDSB provenant de différents types d'emplois (ASSS, infirmières et ergothérapeutes) pour offrir la formation à l'ensemble du personnel visé ;
  - offrir la réaccréditation PDSB aux formateurs ;
  - offrir du soutien si une situation difficile se présente ;
2. faciliter l'accès aux équipements nécessaires à la condition du client.

## RESPONSABILITÉS DE L'INTERVENANT-PIVOT

L'intervenant pivot doit :

1. collaborer, au besoin, avec l'ergothérapeute et l'auxiliaire-conseil afin :
  - de déterminer les équipements requis pour assurer l'autonomie et la sécurité du client et de l'ASSS ;
  - de proposer un aménagement sécuritaire des lieux pour prévenir les accidents ;
2. agir comme personne-ressource auprès des auxiliaires impliquées au plan d'intervention à l'aide de différents moyens :
  - discussions de cas ;
  - rencontres informelles.

5

## RESPONSABILITÉS DU CHEF D'ÉQUIPE DES ASSS

Le chef d'équipe des ASSS doit :

1. s'assurer que les services d'aide à domicile offerts à la clientèle sont sécuritaires, de qualité et conformes au plan d'intervention ;
2. concevoir un horaire et des routes « auxiliaires » en considérant les ressources disponibles, l'organisation du travail et les besoins de l'ensemble de la clientèle ;
3. informer le client de tout changement significatif à son horaire.

## RESPONSABILITÉS DE L'ASSS

L'ASSS doit :

1. agir en tout temps en conformité avec les valeurs et le code d'éthique de l'établissement ;
2. s'assurer d'avoir toute l'information nécessaire à l'exécution de sa tâche avant de donner le service ;
3. effectuer une double vérification de l'identité du client (nom et date de naissance) ;
4. s'identifier auprès de la clientèle par le port de la carte d'identité en tout temps ;
5. respecter le plan d'aide et informer l'intervenant pivot de toute difficulté ;
6. confirmer au client l'horaire de ses services ;
7. aviser le chef d'équipe des ASSS de toute absence ou annulation de service de la part de la clientèle ;
8. respecter les principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), entre autres :
  - porter des souliers sécuritaires en tout temps à domicile et non des pantoufles ou des couvre-chaussures ;
  - porter des vêtements appropriés ;
9. assurer sa protection physiologique et celle du client par le lavage des mains et le port de gants lors des soins d'hygiène ;
10. respecter toutes les conditions spécifiques pour la dispensation des services d'aide à domicile.

6

## RESPONSABILITÉS DE LA CLIENTÈLE ET DES PROCHES

Le client et les proches doivent :

1. être disponibles pour recevoir ses services dès l'arrivée de l'auxiliaire et participer selon leurs capacités ;
2. se procurer les équipements recommandés pour assurer son autonomie, sa sécurité et celle de l'ASSS ;
3. informer rapidement le chef d'équipe des ASSS de toute absence du client ou modification à l'horaire de service pour des raisons majeures telles qu'hospitalisation, maladie, rendez-vous médicaux, etc.

## CONDITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

1. Plusieurs absences du domicile, sans préavis, engendrent une réévaluation des besoins ;
2. à la suite d'une évaluation par l'équipe interdisciplinaire, un service à deux auxiliaires peut être envisagé selon une procédure spécifique d'évaluation basée sur des critères pré-établis.

## CONDITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES SERVICES D'HYGIÈNE

1. Le service d'hygiène débute lorsque le domicile est adapté ;
2. exceptionnellement, tant que le domicile n'est pas adapté, le client reçoit un bain à l'éponge au lavabo s'il est incapable de le faire lui-même ou si les proches ne peuvent assumer cette tâche. Cette solution est temporaire pour permettre l'adaptation du domicile selon le délai précisé dans le plan d'intervention ;
3. la baignoire ou la cabine de douche doit être propre et libre avant de débiter le service ;
4. les accessoires (serviettes, savon, etc.) sont regroupés et facilement accessibles ;
5. aucun déplacement d'équipement ne sera fait par l'ASSS. Si exceptionnellement le siège adapté doit être déplacé, il devra être exempt de ventouses et rangé à proximité ;
6. l'assistance physique est donnée selon le plan d'intervention et ne se substitue pas à l'usage des équipements recommandés ;
7. un transfert assis ou debout est recommandé selon les capacités du client et de son environnement ;
8. les soins des cheveux incluent le lavage et le séchage sans mise en plis ;
9. le rasage de la barbe peut être effectué à l'aide d'un rasoir électrique ou d'un rasoir manuel. Ces derniers doivent être en bonne condition. Un rasoir manuel avec lame unique de type barbier ne peut être utilisé ;
10. les soins aux ongles pathologiques et ceux des personnes diabétiques sont référés à des ressources externes. L'entretien des ongles non pathologiques pourra se faire, au besoin, avec le matériel adéquat et fourni par le client ;
11. le nettoyage de la baignoire et de la cabine de douche n'est pas effectué par l'ASSS lors du service. Seuls un rinçage à l'eau et le rangement du matériel (tapis antidérapant, shampooing, etc.) sont faits ;
12. dans le but d'assurer le confort du client, il est possible de déposer une serviette à main sur le banc. Toutefois, seul un essorage minimal par pression de la serviette sera fait pour en faciliter le séchage.

## Soins d'hygiène à la baignoire

- Pour un soin d'hygiène offert à la baignoire, celle-ci doit être exempte de portes de douche coulissantes faisant obstacle à son accès ;
- aucun soin d'hygiène n'est donné dans un bain podium avec marches ;
- pour un trempage des pieds, l'utilisation du bouchon est possible dans les conditions suivantes :
  - un accès facile au drain ;
  - une chaînette accrochée au bouchon et au robinet ou autre accessoire est recommandé ;
  - l'eau, en quantité minimale, est retirée avant le transfert.

## Soins d'hygiène à la cabine de douche

- Les soins d'hygiène à la cabine de douche peuvent être offerts après l'évaluation de l'ergothérapeute. Ils sont envisagés selon les conditions minimales suivantes :
  - espace suffisant pour permettre l'utilisation d'un banc ;
  - possibilité d'installer des barres d'appui.

## Soins d'hygiène au lit

- Les soins d'hygiène au lit sont envisagés selon les conditions minimales suivantes :
  - baignoire et cabine de douche non accessibles et non adaptables ;
  - l'état de santé du client et/ou l'aménagement de la salle de bain ne permettent pas les services ;
  - l'espace autour du lit est suffisamment dégagé pour permettre des manœuvres sécuritaires ;
  - le client doit disposer d'un lit électrique d'hôpital à hauteur variable et d'une table ou chariot ajustable pour déposer le contenant d'eau.

## CONDITIONS SPÉCIFIQUES POUR L'HABILLAGE ET DÉSHABILLAGE

1. Le déshabillage et l'habillage se font dans un endroit où l'espace ne restreint pas les mouvements. Le port d'un vêtement est requis lorsqu'une assistance physique est donnée à la sortie de la baignoire ;
2. des vêtements appropriés à la condition du client sont requis (propres, amples et faciles à enfiler). Des vêtements adaptés peuvent être recommandés ;
3. pour ce qui est des bas de compression, ils seront mis au client incapable de le faire lui-même ou si les proches ne peuvent assumer cette tâche. Les conditions minimales suivantes devront être respectées :
  - prescription médicale ;
  - bas de compression en bon état ;
  - position couchée selon les recommandations ;
  - gants de caoutchouc côtelés requis ;
  - enfile-bas requis selon les recommandations.

## ACCESSOIRES ET ÉQUIPEMENTS OBLIGATOIRES

### Pour tous les services d'hygiène :

- au minimum, 2 grandes serviettes et 2 débarbouillettes propres ;
- savon et shampoing.

9

### Pour les soins d'hygiène à la baignoire :

- tapis antidérapant intérieur ;
- tapis antidérapant extérieur ;
- douche-téléphone avec boyau de 1,8 mètre (6 pieds) et crochet mural à mi-hauteur accessible à l'ASSS ;
- rideau de douche ;
- barre d'appui antidérapante ;
- siège adapté selon recommandations ;
- petit banc pour surélever les jambes selon les recommandations.

### Pour les soins d'hygiène à la cabine de douche :

- tapis antidérapant intérieur ;
- tapis antidérapant extérieur ;
- douche-téléphone avec boyau de 1,8 mètre (6 pieds) et crochet mural à mi-hauteur accessible à l'ASSS ;
- demi-rideau de douche avec crochets ;
- barre d'appui antidérapante ;

- siège adapté selon recommandations ;
- petit banc pour surélever les jambes selon les recommandations.

### **Pour les soins d'hygiène au lit :**

- lit électrique à hauteur variable ;
- table ajustable ;
- deux récipients pour l'eau ;
- lave-tête ;
- deux grands piqués réutilisables ;
- surface glissante selon recommandations.

### **CONDITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES TRANSFERTS ET LES DÉPLACEMENTS**

1. L'assistance physique aux transferts et déplacements est déterminée selon le plan d'intervention, mais ne se substitue pas à l'usage des équipements recommandés ;
2. lorsqu'il y a présence de seuils, ceux-ci devront être enlevés ou compensés par un biseau afin d'assurer la sécurité lors des déplacements avec fauteuil roulant, chaise d'aisances, etc. ;
3. lorsque les transferts au lève-personnes mobile au sol sont nécessaires, les conditions minimales suivantes sont requises pour assurer la sécurité du client et de l'ASSS :
  1. espace suffisant pour une utilisation sécuritaire ;
  2. surface de plancher rigide (sans tapis), uniforme et de niveau ;
  4. pour une assistance lors d'un déplacement dans les escaliers, une évaluation par les professionnels de la réadaptation est requise ;
  5. en cas de chute au sol, l'ASSS ne peut relever le client. Si ce dernier ne peut se relever lui-même, l'ASSS demandera l'aide appropriée.

### **CONDITIONS SPÉCIFIQUES POUR LA PRÉPARATION DE REPAS, LES TRAVAUX D'ENTRETIEN LÉGER, LES COURSES**

Ces services sont généralement couverts par des ressources communautaires telles que :

- les coopératives de soutien à domicile ;
- la popote roulante ;
- les services de traiteur ;
- les centres de bénévolat ;
- les épiceries et les pharmacies.

Ils peuvent cependant être inscrits dans le plan d'intervention et dispensés par les ASSS.

1. Lorsque l'assistance à l'alimentation est dispensée par les ASSS cela peut inclure les services suivants :
  - réchauffer les plats au micro-ondes ;
  - servir et desservir le repas ;
  - assister à l'alimentation ;
  - laver la vaisselle utilisée.
  
2. Lorsque le service de travaux d'entretien léger est dispensé par les ASSS, cela peut inclure les services suivants :
  - refaire le lit avec des draps propres ;
  - transporter le sac à ordures et le bac de recyclage aux conditions minimales suivantes :
    - endroit de remisage accessible et à proximité ;
    - poids raisonnable pour assurer la sécurité de l'ASSS.
  
3. Lorsque le service pour les courses est dispensé par les ASSS, cela peut inclure les services suivants :
  - la commande d'épicerie, celle-ci étant effectuée préférentiellement par téléphone ou par internet ;
  - le rangement des produits alimentaires ou des articles de pharmacie uniquement.

#### 4.1 PROFIL DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS<sup>1</sup> Avec et sans perte de temps

Établissement : \_\_\_\_\_

Service/Programme : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

N° d'événement	Date	Heure	Titre d'emploi	Sexe	Âge	Statut	Lieu	Description de l'événement	Éléments <sup>2</sup> en cause	Nature de la lésion	Siège de la lésion	Heures / jours d'absence	Commentaires

<sup>1</sup> Pour compléter ce tableau, utiliser le registre des accidents du travail ou, à défaut, les formulaires de déclaration d'accident de l'établissement.

<sup>2</sup> Éléments : personne (travailleur, client ou autres), tâche, équipement, organisation/temps, environnement.

## 4.2 PROFIL DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS SELON LA TÂCHE

---

Établissement : \_\_\_\_\_

Service/Programme : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Déplacements des clients	Nombre	Lieu	Titre d'emploi	Heures /jours perdus	Coûts	Commentaires
Transfert de surface (ex. : lit au F.R.)						
Repositionnement ou mobilisation sur place (ex. : au lit)						
Déplacement sur un pied ou les deux						
<b>Soins aux clients</b>						
Au lit						
Au fauteuil						
À la baignoire, civière-douche, etc.						
Au lavabo						
Aux toilettes						
<b>Autres tâches avec des clients</b> (préciser) :						

### 4.3 PROFIL DES ASSIGNATIONS TEMPORAIRES<sup>1</sup> Avec ou sans absence du travail

Établissement : \_\_\_\_\_

Service/Programme : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

N° d'événement	Date	Heure	Titre d'emploi	Sexe	Âge	Statut	Lieu	Description de l'événement	Éléments <sup>2</sup> en cause	Nature de la lésion	Siège de la lésion	Heures / jours en assignation temp.	Coûts	Commentaires

<sup>1</sup> Pour compléter ce tableau, utiliser le registre des accidents du travail ou, à défaut, les formulaires de déclaration d'accident de l'établissement.

<sup>2</sup> Éléments : personne (travailleur, client ou autres), tâche, équipement, organisation/temps, environnement.

#### 4.4 PROFIL DES INCIDENTS AUX CLIENTS<sup>1</sup> Incidents liés aux déplacements et aux soins à la clientèle

Établissement : \_\_\_\_\_

Service/Programme : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

N° d'événement	Date	Heure	Personnes concernées	Sexe	Âge	Lieu	Description de l'événement	Éléments <sup>2</sup> en cause	Dommmages corporels	Dommmages matériels	Coûts estimés	Commentaires

<sup>1</sup> Ce tableau doit être complété avec la collaboration du gestionnaire de risque désigné par l'établissement.

<sup>2</sup> Éléments : personne (travailleur, client ou autres), tâche, équipement, organisation/temps, environnement.



#### 4.6 QUESTIONNAIRE AU PERSONNEL SOIGNANT (Anonyme)

---

Date : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Service/Programme : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_

1. Sexe :      féminin       masculin

2. Groupe d'âge :

25 ans et moins     

26 à 35 ans     

36 à 45 ans     

46 à 55 ans     

56 ans et plus     

3. Statut d'emploi :

temps complet permanent (TCP)

temps partiel régulier (TPR)

temps partiel occasionnel (TPO)

4. Quart de travail :

jour     

soir     

nuit     

rotation (j.s.n.)

horaires spéciaux

5. Expérience dans le titre d'emploi :

moins d'un an

1 à 5 ans

6 à 10 ans

11 à 15 ans

16 ans et plus

6. Formation professionnelle :

PDSB<sup>1</sup> Oui  Non

ARS<sup>2</sup> Oui  Non

Autres (préciser) : \_

7. Avez-vous reçu la formation PDSB complète (équivalent de deux jours) :

avant l'embauche Oui  Non

à l'établissement Oui  Non

2

8. Avez-vous bénéficié d'une forme de suivi ou d'encadrement à la suite de la formation PDSB ?

Oui  Non

9. Avez-vous bénéficié de mises à jour ou de rafraîchissements à la suite de la formation PDSB ?

Oui  Non

10. Travaillez-vous auprès de personnes âgées?

Oui  Non

Si **oui**, allez à la question 11.

Si **non**, allez directement à la question 13

---

<sup>1</sup> PDSB : Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires

<sup>2</sup> ARS : Approche relationnelle de soins

11. Avez-vous reçu la formation ARS ou un équivalent ?

Oui  Non

12. Est-ce que vous bénéficiez du soutien d'un formateur ARS ou un équivalent ?

Oui  Non

13. Selon vous, avez-vous toutes les informations nécessaires sur les capacités du client avant de le déplacer ou de lui donner des soins ?

Oui  Non

14. Lorsqu'une situation difficile d'assistance à un client se présente, pouvez-vous obtenir facilement du soutien ?

Oui  Non

Si oui, décrivez le genre de soutien et avec quelle catégorie de collègues :

---

---

15. Selon vous, disposez-vous des équipements de transfert, des aides techniques ou du mobilier nécessaires pour faire les déplacements ou donner des soins aux clients ?

Oui  Non

Si non, indiquez les équipements manquants :

---

---

16. Les équipements et le mobilier sont-ils :

en bon état de fonctionnement      Oui       Non

en nombre suffisant      Oui       Non

bien entretenus      Oui       Non

Suggestions :

---

---

17. Y a-t-il une procédure de réparation efficace en cas de bris ?

Oui  Non

18. L'aménagement des lieux (chambres, toilettes, salles de bain, etc.) permet-il d'utiliser correctement les équipements ?

Oui  Non

Si non, précisez les locaux concernés :

---

---

19. Lorsqu'une situation dangereuse se présente, savez-vous comment et à qui la déclarer ?

Oui  Non

Si oui, précisez la fonction de la personne : \_

20. Est-ce que la situation dangereuse est corrigée dans un délai raisonnable ?

Oui  Non

21. Vos suggestions ou celles de vos collègues pour améliorer la sécurité des déplacements ou les soins aux clients sont-elles bien reçues ?

Oui  Non

22. Obtenez-vous un suivi de vos suggestions ou celles de vos collègues ?

Oui  Non

23. Y a-t-il une façon de faire reconnue pour proposer des améliorations à la sécurité des déplacements des clients ?

Oui  Non

Si oui, précisez laquelle :

---

---

24. Au cours de la dernière année, avez-vous eu un accident du travail (avec ou sans absence) relié aux déplacements ou aux soins des clients ?

Oui  Non

Si oui, précisez le genre d'accident (transfert de surface, repositionnement au lit ou au fauteuil, accompagnement à la marche, etc.) :

---

---

25. Au cours de la dernière année, avez-vous déjà ressenti des douleurs ou des malaises associés aux tâches de déplacement ou de soins aux clients ?

Oui  Non

Si oui, précisez la (ou les) zone(s) corporelle(s) affectée(s) :

---

---

26. Identifiez trois situations difficiles de déplacements ou de soins aux clients :

---

---

---

27. Identifiez trois actions que vous feriez pour améliorer la sécurité des déplacements ou des soins aux clients :

---

---

---

## CONSIGNES POUR LE QUESTIONNAIRE AU PERSONNEL SOIGNANT

1. Entrer les réponses dans le classeur « **2 - Saisie cote** ». Une colonne est prévue pour chaque questionnaire. Utiliser les codes numériques associés aux questions pour chaque choix de réponse. Cliquez sur les questions pour voir les codes numériques. Si vous utilisez d'autres codes, les résultats seront erronés.
2. Inscrire les réponses de type commentaire/suggestion dans le classeur « **3 - Saisie commentaires** ».
3. La compilation est faite automatiquement. Les résultats sont dans le classeur « **4 - Compilation résultats** ».

4.6 QUESTIONNAIRE AU PERSONNEL SOIGNANT

Réponses

Questions	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8
Titre d'emploi								
1. Sexe								
2. Groupe d'âge								
3. Statut d'emploi								
4. Quart de travail								
5. Expérience dans le titre d'emploi								
6. Formation professionnelle								
7. Formation PDSB complète (équivalent de deux jours)								
8. Formation ARS (ou équivalent) pour ceux qui travaillent auprès de personnes âgées								
9. Forme de suivi ou d'encadrement à la suite de la formation PDSB								
10. Soutien d'un formateur ARS (ou équivalent) pour ceux qui travaillent auprès de personnes âgées								
11. Mises à jour ou rafraîchissements à la suite des formations PDSB								
12. Informations nécessaires sur les capacités du client avant de le déplacer ou de lui donner des soins								
13. Soutien facilement obtenu lorsqu'une situation difficile d'assistance à un client se présente								
14. Disponibilité des équipements de transfert, des aides techniques ou du mobilier nécessaires pour faire les déplacements ou donner des soins aux clients								
15. Équipements et mobilier sont-ils :								
- en bon état de fonctionnement								
- en nombre suffisant								
- bien entretenus								
16. Procédure de réparation efficace en cas de bris								
17. Aménagement des lieux (chambres, toilettes, salles de bain, etc.) permettant d'utiliser correctement les équipements								
18. Lors d'une situation dangereuse, on sait comment et à qui la déclarer								
19. Situations dangereuses corrigées dans un délai raisonnable								
20. Suggestions (soi-même ou collègues) pour améliorer la sécurité des déplacements ou les soins aux clients bien reçues								
21. Suivi des suggestions (proposées ou venant des collègues)								
22. Façon de faire reconnue pour proposer des améliorations à la sécurité des déplacements des clients								

COMMENTAIRES

**Q6 Autres formations professionnelles**

**Q13 Décrivez le genre de soutien et avec quelle catégorie de collègues**

**Q14 Indiquez les équipements manquants**

**Q15 Suggestions pour les équipements**

**Q17 Précisez les locaux dont l'aménagement ne favorise pas l'utilisation correcte de l'équipement**

**Q18 La fonction de la personne à qui l'on déclare les situations dangereuses**

**Q22 Façon de faire reconnue pour proposer des améliorations à la sécurité des déplacements des clients**

**Q23 Précisez le genre d'accident (transfert de surface, repositionnement au lit ou au fauteuil, accompagnement à la marche, etc.)**

**Q24 Précisez la zone corporelle affectée par des douleurs ou des malaises associés aux tâches de déplacement ou de soins aux clients**

**Q25 Trois situations difficiles de déplacements ou de soins aux clients**

**Q26 Trois actions pour améliorer la sécurité des déplacements ou des soins aux clients**

#### 4.6 RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE AU PERSONNEL SOIGNANT

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Service ou programme : \_\_\_\_\_

Nombre de questionnaires remis : \_\_\_\_\_ Nombre de questionnaires reçus : \_\_\_\_\_

		nb	%
Titre d'emploi	infirmière	0	#DIV/0!
	infirmière auxiliaire	0	#DIV/0!
	préposé(e) au bénéficiaire	0	#DIV/0!
	autre	0	#DIV/0!
1. Sexe	féminin	0	#DIV/0!
	masculin	0	#DIV/0!
2. Groupe d'âge	25 ans et moins	0	#DIV/0!
	26 à 35 ans	0	#DIV/0!
	36 à 45 ans	0	#DIV/0!
	46 à 55 ans	0	#DIV/0!
	56 ans et plus	0	#DIV/0!
3. Statut d'emploi	temps complet et permanent (TCP)	0	#DIV/0!
	temps partiel régulier (TPR)	0	#DIV/0!
	temps partiel occasionnel (TPO)	0	#DIV/0!
4. Quart de travail	jour	0	#DIV/0!
	soir	0	#DIV/0!
	nuit	0	#DIV/0!
	rotation (j.s.n.)	0	#DIV/0!
	horaires spéciaux	0	#DIV/0!
5. Expérience dans le titre d'emploi	moins d'un an	0	#DIV/0!
	1 à 5 ans	0	#DIV/0!
	6 à 10 ans	0	#DIV/0!
	10 à 15 ans	0	#DIV/0!
	15 ans et plus	0	#DIV/0!
6. Formation professionnelle	PDSB	0	#DIV/0!
	ARS	0	#DIV/0!
	Autres	0	#DIV/0!
	(préciser)	0	#DIV/0!
7. Formation PDSB complète (équivalent de deux jours)	avant l'embauche	0	#DIV/0!
	à l'établissement	0	#DIV/0!
8. Formation ARS (ou équivalent) pour ceux qui travaillent auprès de personnes âgées	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
9. Forme de suivi ou d'encadrement à la suite de la formation PDSB	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
10. Soutien d'un formateur ARS (ou équivalent) pour ceux qui travaillent auprès de personnes âgées	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
11. Mises à jour ou rafraîchissements à la suite des	Oui	0	#DIV/0!

#### 4.6 RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE AU PERSONNEL SOIGNANT

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Service ou programme : \_\_\_\_\_

Nombre de questionnaires remis : \_\_\_\_\_ Nombre de questionnaires reçus : \_\_\_\_\_

		<b>nb</b>	<b>%</b>
formations PDSB	Non	0	#DIV/0!
12. Informations nécessaires sur les capacités du client avant de le déplacer ou de lui donner des soins	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
13. Soutien facilement obtenu lorsqu'une situation difficile d'assistance à un client se présente	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
14. Disponibilité des équipements de transfert, des aides techniques ou du mobilier nécessaires pour faire les déplacements ou donner des soins aux clients	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
15. Équipements et mobilier...			
· en bon état de fonctionnement	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
· en nombre suffisant	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
· bien entretenus	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
16. Procédure de réparation efficace en cas de bris	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
17. Aménagement des lieux (chambres, toilettes, salles de bain, etc.) permettant d'utiliser correctement les équipements	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
18. Lors d'une situation dangereuse, on sait comment la déclarer et à qui le faire	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
19. Situations dangereuses corrigées dans un délai raisonnable	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
20. Suggestions (soi-même ou collègues) pour améliorer la sécurité des déplacements ou les soins aux clients bien reçues	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
21. Suivi des suggestions (proposées ou venant des collègues)	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
22. Façon de faire reconnue pour proposer des améliorations à la sécurité des déplacements des clients	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
23. Accident du travail (avec ou sans absence) relié aux déplacements ou aux soins des clients au cours de la dernière année	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!
24. Douleurs ou malaises associés aux tâches de déplacement ou de soins aux clients ressentis au cours de la dernière année	Oui	0	#DIV/0!
	Non	0	#DIV/0!





#### 4.9 QUESTIONNAIRE SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET DU TEMPS

---

=> **À remplir par le chef du service ou du programme et les assistants-chefs.**

Service/Programme : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_

1. Chef du service : \_\_\_\_\_

2. Assistants-chefs (jour/soir/nuit) : \_\_\_\_\_

3. Nombre de clients desservis : \_\_\_\_\_

4. Y a-t-il un mode d'attribution des clients au personnel soignant ?

Oui  Non

Si oui, précisez lequel :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3

5. Selon vous, les effectifs sont-ils suffisants pour faire le travail de façon sécuritaire lors des déplacements et des soins de base aux clients ?

Oui  Non

Si non, précisez les périodes horaires surchargées :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Indiquer le ratio moyen personnel soignant équivalent temps plein (ÉTP)/clients pour :

quart de jour : -

quart de soir : -

quart de nuit : -



7. Tableau du personnel en poste par quart de travail

Titre d'emploi	Quart de jour : de _____ à _____	
	Nombre de salariés	Nombre d'heures travaillées
Titre d'emploi	Quart de soir : de _____ à _____	
	Nombre de salariés	Nombre d'heures travaillées
Titre d'emploi	Quart de nuit : de _____ à _____	
	Nombre de salariés	Nombre d'heures travaillées

8. Le personnel absent est-il remplacé ?

Oui  Non

Si non, pourquoi :

---



---

9. L'organisation du travail permet-elle à un employé de demander de l'aide en cas de besoin et de l'obtenir rapidement (ex : travail en tandem ou en équipe) ?

Oui  Non

10. Y a-t-il une procédure formelle d'évaluation des capacités du client à son admission et des mises à jour régulières durant son séjour ?

Oui  Non

Si oui, décrivez-la :

---

---

11. Les informations complètes sur les capacités des clients sont-elles disponibles pour tout le personnel; soignant ?

Oui  Non

12. Décrivez brièvement les modes de transmission des informations sur les capacités des clients :

---

---

13. Y a-t-il une procédure d'évaluation rapide des clients dont le déplacement est problématique (ex. : client complexe, client obèse, etc.) ?

Oui  Non

14. Le personnel soignant a-t-il reçu la formation PDSB en entier ?

Oui  Non

5

15. Existe-t-il un registre des formations du personnel ?

Oui  Non

16. Y a-t-il des activités de consolidation PDSB (suivi, rafraîchissement, accompagnement lors de retour au travail, etc.) ?

Oui  Non

17. Y a-t-il un mécanisme d'accueil des nouveaux employés ou du personnel des agences ?

Oui  Non

18. Lors de situations problématiques, un formateur ou un *moniteur* PDSB est-il accessible pour le personnel sur les trois quarts de travail ?

Oui  Non

19. Existe-t-il des modes de communication permanents sur la sécurité des déplacements et des soins aux clients (rapports au changement de quart, réunion d'équipe ou autres) ?

Oui  Non

20. Y a-t-il une politique et des procédures sur les déplacements et les soins de base aux clients ?

Oui  Non

Si oui, précisez laquelle :

---

---

21. Si oui, le personnel est-il bien informé de la politique et des procédures ?

Oui  Non

22. Les familles sont-elles informées de la politique et des procédures ?

Oui  Non

23. Y a-t-il une procédure de déclaration et de traitement des situations dangereuses ?

Oui  Non

24. Si oui, est-ce que les correctifs sont apportés dans des délais raisonnables ?

Oui  Non

25. Procédez-vous à une enquête à la suite d'un événement accidentel avec ou sans perte de temps ?

Oui  Non

26. Si oui, les correctifs sont-ils apportés dans des délais raisonnables ?

Oui  Non

27. Mettez-vous en place des mesures temporaires ?

Oui  Non

28. Lorsqu'un incident survient à un client, obtenez-vous une copie du rapport d'enquête ?

Oui  Non

29. À la suite du rapport d'enquête d'incident survenu à un client, les correctifs sont-ils apportés dans un délai raisonnable ?

Oui  Non

30. Les procédures sur les équipements sont-elles connues et opérationnelles ?

- disponibilité des équipements et aides techniques requis pour les clients
- réparation ou remplacement des équipements défectueux
- entretien préventif des équipements
- évaluation et essai des équipements avant achat

31. Selon vous, le personnel dispose-t-il de tous les équipements, mobilier et aides techniques utiles et nécessaires pour effectuer le travail de façon sécuritaire ?

Oui  Non

Si non, précisez les équipements ou le mobilier manquants ou défectueux :

---

---

---

32. Selon vous, les installations physiques, les locaux et les équipements fixes présentent-ils des obstacles pour la sécurité du personnel ?

Oui  Non

Si oui, précisez les obstacles et les locaux concernés :

---

---

---

33. Indiquez trois situations de déplacement ou de soins aux clients que vous souhaitez améliorer :

---

---

---

34. Le personnel a-t-il accès facilement à la documentation de référence :

- informations sur les capacités du client
- cahier des politiques et procédures
- affiches et cahier PDSB
- fiches PDSB
- autres  \_\_\_\_\_

**Note** : annexer copie de tous les documents jugés pertinents à l'organisation du travail et du temps (procédures, cédules de travail, etc.).

#### **4.10 PROFIL CHRONOLOGIQUE DES ACTIVITÉS**

---

Service/Programme : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_

1. Chef du service : \_\_\_\_\_

2. Assistants-chefs (jour/soir/nuit) : \_\_\_\_\_

3. Nombre de clients desservis : \_\_\_\_\_

4. Dresser le profil chronologique des activités du personnel soignant reliées aux déplacements et aux soins de base des clients pour les trois quarts de travail durant la semaine (du lundi au vendredi) et pour la fin de semaine si le profil diffère, en suivant les consignes suivantes (faire quatre copies du formulaire) :

- a. (1<sup>re</sup> copie) ordre chronologique des principales activités du personnel soignant incluant les heures de repas et les pauses ;
- b. (2<sup>e</sup> copie) interventions du personnel vers l'extérieur du service (ex. : transport vers un autre service) ;
- c. (3<sup>e</sup> copie) interventions du personnel en provenance de l'extérieur du service (ex. : visite médicale, service de réadaptation) ;
- d. (4<sup>e</sup> copie) activités qui peuvent survenir n'importe quand dans la journée pour chaque quart de travail (jour/soir/ nuit).

## PROFIL CHRONOLOGIQUE

---

Heure	Activités du personnel	Personnel en présence					Ratio pers./ clients
		Inf.	Inf. aux.	Prép.	Autres	Total	

#### 4.11 CHRONIQUE DE QUART PAR TITRE D'EMPLOI

---

La chronique de quart sert à estimer globalement la nature du travail d'un titre d'emploi en particulier. Après ce premier repérage des activités de travail, procédez aux observations plus précises à l'aide de l'outil [4.12 Grille d'observance des PDSB](#) ou [4.13 Outil d'intégration lors du compagnonnage \(ARS\)](#). Une seule tâche est alors observée plus en détail.

##### Consignes

- Suivre l'employé pendant le cours de son travail régulier (terme anglais : *shadowing*).
- Observer l'employé et noter au fur et à mesure les activités de travail qu'il effectue (ex. : déplacement du client du lit au FR, chambre 32).
- Noter l'heure, à la minute près, du début et de la fin de l'activité.
- Notez, dans la case des commentaires, les observations sur la pénibilité de la tâche, les postures contraignantes, les réactions de résistance des clients ou toute autre observation jugée pertinente.

L'observation peut durer tout un quart de travail (d'où le titre « chronique de quart ») ou une partie de la journée (ex. : les périodes de pointe d'activités).



#### 4.12 GRILLE D'OBSERVANCE DES PDSB

---

Cette grille sert au suivi ou au *monitoring* à la suite d'une formation PDSB complète. Elle est conçue sous forme de liste à cocher et suit la chronologie de la tâche selon la séquence PPPM : Préparation, Positionnement, Prise, Mouvement.

##### Consignes

- Observer une seule personne à la fois.
- Obtenir l'accord du soignant et du client.
- Cocher les cases au fur et à mesure de l'observation (seulement celles qui s'appliquent à la situation).
- Inscrire les commentaires dans les espaces prévus.
- Effectuer un suivi avec la personne observée dans un esprit de renforcement de l'application des PDSB.

##### Informations générales

Date et heure de l'observation : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi de la personne observée : \_\_\_\_\_

Personne observée (facultatif) : \_\_\_\_\_

Client concerné (n° de chambre ou de lit) : \_\_\_\_\_

Lieu de l'observation : \_\_\_\_\_

Tâche observée : \_\_\_\_\_

Assistance de collègue(s) : \_\_\_\_\_

## SÉQUENCE D'OBSERVATION

---

### 1. Préparation

Informations sur les capacités du client	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bonne communication avec le client /accord du client	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vérification spontanée des capacités du client	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Choix d'une stratégie de déplacement sécuritaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préparation des équipements et de l'environnement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

#### Commentaires :

---



---



---

14

### 2. Positionnement

Pieds écartés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Pieds orientés pour faciliter le mouvement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Dos sans torsion	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Dos non voûté	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Genoux fléchis	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

(N/A : non applicable)

#### Commentaires :

---



---



---

### 3. Prise

Prise solide	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Prise douce	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Contact étroit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Bras enveloppants	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Utilisation de poignées	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Blocage des points de glissement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Participation du client à la prise	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Absence de prise en pince	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>
Absence de prise en crochet d'épaule	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N/A <input type="checkbox"/>

#### Commentaires :

---



---



---

15

### 4. Mouvement

Niveau d'assistance requis au client	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Respect du mouvement naturel du client	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pas de soulèvement manuel du client	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Glisser, rouler ou pivoter le client	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Faire un transfert de poids ou un contrepoids	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Une étape à la fois	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rapprocher le client plutôt que de le pousser	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Commentaires :**

---

---

---

**5. Équipement**

Est-ce que le soignant a utilisé le bon équipement, aide technique ou mobilier pour l'assister dans sa tâche ?

Oui  Non  N/A

Si non, pourquoi :

---

---

---

**Commentaire général**

---

---

---

---

#### 4.13 OUTIL D'INTÉGRATION LORS DU COMPAGNONNAGE (ARS)

##### Cadre d'utilisation

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.

Nom du client : \_\_\_\_\_

Nom du soignant qui exécute le soin : \_

Nom du formateur ARS qui complète la grille :

Situation de soin observée : \_

Date et heure : \_

##### Légende des observations :

- A** Adéquat dans la situation de soin
- AA** À améliorer au cours d'une prochaine situation de soin
- NP** Non pertinent dans la situation de soin

Énoncés de la formation « <i>Approche relationnelle de soins (ARS)</i> »		Observations (A / AA / NP)
<b>Appréciation générale</b>	Évaluation par le participant : comment s'est passé le soin ?	
	Comment était le client ?	
<b>Approche générale</b>	Établit la relation avant de commencer la tâche	
	Prise de contact avec le client : regard, parole, toucher	
	Sollicite la participation du client	
	Fait de bons choix par rapport aux objectifs de soins	
	Reconnaît les <i>feed-back</i> du client	
	Adapte son intervention en fonction des <i>feed-back</i>	
	Cherche à maintenir une bonne relation tout au cours du soin	
	La relation est présente sans entraver l'exécution de la tâche ; durée habituelle ?	
<b>Regard</b>	Regarde le client, sollicite son regard	
<b>Parole</b>	Annonce avant de poser un geste	

Énoncés de la formation « <i>Approche relationnelle de soins (ARS)</i> »		Observations (A / AA / NP)
	Décrit ses gestes pendant le soin	
	Offre des choix d'action au client qui sont réalistes par rapport au soin	
	Évite la communication paradoxale (messages qui se contredisent ou non-respect des choix du client)	
	Suggère des idées positives et cohérentes au client ; motivateur (Pygmalion)	
	Type de discussion adapté à la condition du client	
<b>Toucher</b>	Déplace un membre en le prenant en dessous (pas de pince)	
	Utilise la paume de la main (pas de griffe)	
	Garde le contact avec le client ; annonce s'il doit quitter le client	
	Utilise adéquatement la méthode pour faire relâcher les rétractions	
<b>Travail en équipe</b>	Une seule personne parle à la fois	
	La présence est uniquement dirigée vers le client et la tâche en cours	
	Une personne maintient la relation avec le client	
<b>Attribution du soin</b>	Évalue la situation du client et propose des objectifs et des actions pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• rendre la relation plus harmonieuse avec le client</li> <li>• maintenir la capacité à tenir debout (type de toilette, autres)</li> </ul>	
	Respecte les choix de l'équipe, les PDSB	

Selon vos observations et votre analyse, la relation établie entre le soignant et le client a-t-elle

- facilité la charge physique de travail
- alourdie la charge physique de travail

Quels éléments observés justifient votre réponse ?

---



---





## LA CLIENTÈLE PISTES D'OBSERVATION ET DE PRÉVENTION

Pistes d'observation	Pistes de prévention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'y a pas d'information précise à jour sur les capacités des clients.</li> <li>• Le personnel soignant ne vérifie pas toujours les capacités spontanées des clients avant de les assister.</li> <li>• Les préposés aux bénéficiaires ou les ASSS n'ont pas accès au dossier médical ou à une source d'information complète sur les capacités des clients.</li> <li>• Les clients tardent à être évalués à l'admission et aucune consigne n'indique comment les déplacer entre-temps.</li> <li>• Le délai pour réévaluer le client est trop long si sa condition change.</li> <li>• Le personnel soignant n'a pas accès aisément à un formateur ou un <i>coach</i> PDSB ou ARS si une situation problématique se présente.</li> <li>• Les ressources en réadaptation sont insuffisantes pour répondre au besoin de réévaluation de la mobilité des clients.</li> <li>• Les ASSS sont référées pour des services à domicile, sans évaluation du client ni équipement requis disponible sur place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a un système d'évaluation reconnu des capacités des clients disponibles à tous les intervenants.</li> <li>• Le personnel soignant s'assure de faire une vérification des capacités spontanées des clients avant de les déplacer.</li> <li>• L'évaluation des clients est faite rapidement à l'admission.</li> <li>• Il y a une réévaluation régulière des capacités des clients, dans des délais raisonnables.</li> <li>• Le personnel soignant bénéficie du soutien d'un formateur ou d'un <i>coach</i> PDSB ou ARS en cas de situation problématique.</li> <li>• Des ASSS sont formées pour déterminer les besoins des cas simples de clients à domicile.</li> </ul>

## LE PERSONNEL SOIGNANT PISTES D'OBSERVATION ET DE PRÉVENTION

Pistes d'observation	Pistes de prévention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le personnel soignant n'a pas reçu la formation PDSB, ou l'a reçue partiellement, ou il y a longtemps.</li> <li>• Il n'y a pas eu de suivi ou de mise à jour régulière des formations.</li> <li>• Il n'y a pas de formation sur l'utilisation des nouveaux équipements de transfert (ex. : levier à station debout).</li> <li>• Il n'y a pas de formateur ou de <i>coach</i> PDSB ou ARS disponible sur les trois quarts de travail.</li> <li>• Le personnel n'applique pas les PDSB :             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ soulèvements manuels de clients ;</li> <li>○ non-respect du niveau d'assistance requis selon les capacités des clients ;</li> <li>○ non-utilisation des équipements de transfert recommandés (ex. : surfaces de glissement).</li> </ul> </li> <li>• Les soignants travaillent seuls.</li> <li>• Les soignants ne savent pas quoi faire avec certains clients qui souffrent de déficits cognitifs sévères.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des formations PDSB complètes et des mises jour régulières sont données au personnel soignant.</li> <li>• Des formateurs ARS sont disponibles dans les programmes de soins pour personnes âgées.</li> <li>• Les nouveaux employés permanents et occasionnels reçoivent un accueil et une orientation adéquats.</li> <li>• Il y a un registre à jour des formations du personnel (liste du personnel et dates d'émission des cartes PDSB et ARS).</li> <li>• Les formateurs/<i>moniteurs</i> PDSB sont en nombre suffisant et sont adéquatement soutenus dans leur rôle.</li> <li>• Une liste des formateurs/<i>moniteurs</i> PDSB et ARS est disponible.</li> <li>• Un mécanisme de prise en charge des situations problématiques d'assistance aux clients est en place.</li> <li>• Il existe un processus de retour progressif au travail et d'accompagnement du personnel soignant à la suite d'un accident du travail.</li> </ul>

## L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET DU TEMPS PISTES D'OBSERVATION ET DE PRÉVENTION

Pistes d'observation	Pistes de prévention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le personnel travaille seul ou obtient difficilement de l'aide.</li> <li>• Il y a peu de collaboration et d'entraide entre les catégories de soignants.</li> <li>• Des surcharges de travail aux heures de pointe incitent le personnel à exécuter des soulèvements manuels.</li> <li>• Le personnel absent n'est toujours pas remplacé.</li> <li>• Les pauses et les repas du personnel sont concentrés, ce qui laisse peu de travailleurs en place.</li> <li>• Des équipements de transfert brisés traînent dans le corridor.</li> <li>• Il manque d'équipements dans les périodes de pointe.</li> <li>• Les procédures de travail sont floues, le personnel ne sait pas toujours comment assister les clients.</li> <li>• Des employés ne savent pas comment certains équipements fonctionnent.</li> <li>• Le personnel de réadaptation n'est pas disponible pour des réévaluations urgentes des capacités des clients.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La répartition des tâches et l'organisation du temps de travail sont planifiées de façon à éviter les surcharges de travail.</li> <li>• Les activités exigeant beaucoup d'assistance physique aux clients sont étalées dans le temps, ce qui diminue les risques (ex. : bains étalés sur toute la journée).</li> <li>• Le personnel a le temps d'utiliser les équipements appropriés et de respecter les principes de sécurité dans l'exécution des tâches.</li> <li>• Les interventions du personnel des services externes sont planifiées le plus possible (ex. : horaire des traitements en réadaptation, des transports de brancarderie, etc.).</li> <li>• Le travail est organisé en équipe ou en tandem.</li> <li>• Il y a un étalement optimal des périodes de pause et de repas du personnel (deux ou trois plages horaires).</li> <li>• Le personnel absent est remplacé.</li> <li>• Les procédures de travail sont claires, écrites et facilement accessibles au personnel.</li> </ul>

Pistes d'observation	Pistes de prévention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des intervenants externes se présentent sans que cela soit prévu à l'horaire.</li> <li>• Des déplacements vers les services de traitement ou de diagnostic sont demandés à la dernière minute.</li> <li>• Lors des réunions d'équipe ou des rapports au changement de quart, les aspects touchant la sécurité lors des déplacements ou des soins aux clients sont très peu discutés.</li> <li>• Les ASSS n'ont pas l'occasion d'échanger sur les difficultés lors des soins à domicile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les clients sont évalués rapidement après leur admission et des réévaluations sont faites sur demande dans des délais raisonnables.</li> <li>• Les questions de sécurité concernant l'assistance aux clients sont abordées au changement de quart et aux réunions d'équipe.</li> <li>• Les ASSS ont des réunions régulières où elles peuvent échanger sur leurs bons coups et leurs difficultés.</li> <li>• Les routes des ASSS favorisent l'alternance entre les cas lourds et plus légers.</li> <li>• Il y a un mécanisme d'accueil des nouveaux employés et du personnel des agences.</li> <li>• Le service à domicile débute lorsque les équipements requis sont installés ou que des mesures temporaires sont mises en place.</li> </ul>

## LA TÂCHE PISTES D'OBSERVATION ET DE PRÉVENTION

Pistes d'observation	Pistes de prévention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'analyse du registre des accidents du service ou programme montre des tâches à l'origine des accidents du travail.</li> <li>• L'analyse du registre de gestion des risques montre des tâches à l'origine des accidents survenus aux clients.</li> <li>• Profil des clients qui ont généré des accidents ou incidents.</li> <li>• Repérage de tâches problématiques identifiées par le personnel soignant.</li> <li>• Identification de tâches à risque à la suite d'observations et d'entrevues du personnel <i>in situ</i>.</li> <li>• Non-respect du niveau d'assistance requis par les clients.</li> <li>• Aides techniques ou mécaniques inutilisées ou mal utilisées.</li> <li>• Soulèvement manuel de clients.</li> <li>• Observation des postures contraignantes (debout, penchée, dos en flexion ou en torsion, effort fourni, etc.).</li> <li>• Observation des distances de déplacement (distance, fréquence, etc.).</li> <li>• Observation et mesure des efforts à tirer/pousser des équipements roulants (chariots ou autres).</li> <li>• Observation des incidents, interruptions et autres perturbations survenus en cours de travail.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des PSDB dans l'exécution des tâches d'assistance aux clients.</li> <li>• Respect des principes de sécurité pendant la manutention d'objets ou l'utilisation d'équipements roulants.</li> <li>• Respect du niveau d'assistance requis par les clients.</li> <li>• Aucun soulèvement manuel de clients lors d'un transfert en bloc.</li> <li>• Utilisation adéquate des équipements de transfert (lève-personne, levier à station debout, surface de glissement, etc.).</li> <li>• Équipements roulants faciles à tirer/pousser sans obstruer la vue de l'opérateur.</li> </ul>

## LES ÉQUIPEMENTS PISTES D'OBSERVATION ET DE PRÉVENTION

Pistes d'observation	Pistes de prévention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a des traces d'usure anormale sur les équipements.</li> <li>• Les équipements ne sont pas toujours propres et paraissent désuets.</li> <li>• Dans les heures de pointe (lever, toilettes, coucher, repas), il manque d'équipements (on doit attendre qu'une autre équipe termine une tâche pour accéder aux équipements, on cherche les équipements, etc.).</li> <li>• Les équipements sont en mauvais état ou brisés.</li> <li>• Certains équipements sont difficiles à utiliser ou à manipuler.</li> <li>• Il y a une variation dans la performance des équipements de même catégorie (ex. : lit électrique par rapport à lit manuel).</li> <li>• Les équipements ne sont pas correctement répertoriés dans l'établissement.</li> <li>• Des équipements sont disparus ou perdus parce qu'ils cheminent d'un service à l'autre.</li> <li>• On ne distingue pas les équipements au commun de ceux qui sont réservés aux services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les équipements, aides techniques et mobilier requis sont en place, en bon état de fonctionnement et en nombre suffisant.</li> <li>• Le programme d'entretien préventif est opérationnel : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ inspection et entretien de chacun des équipements de transfert et des pièces de mobilier (éléments à inspecter, fréquence, calendrier de remplacement, outils, modes d'emploi, etc.) ;</li> <li>○ les intervenants des services techniques sont désignés et formés ;</li> <li>○ un registre est tenu à jour (date d'achat, numéro de série, numéro de l'établissement, dates des vérifications et réparations, pièces remplacées, etc.).</li> </ul> </li> <li>• La procédure de réparation des équipements et du mobilier est efficace et prévoit : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le retrait des équipements défectueux (bien les identifier, les ranger hors des aires de circulation) ;</li> <li>○ un ordre de priorité élevé si la sécurité des clients ou du personnel est en jeu.</li> </ul> </li> </ul>

<b>Pistes d'observation</b>	<b>Pistes de prévention</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les équipements sont rangés dans les corridors (pas de rangement prévu pour tous).</li> <li>• Il n'y a pas de procédure claire et accessible pour l'utilisation des équipements.</li> <li>• Le personnel n'a pas été formé à l'utilisation des nouveaux équipements.</li> <li>• Il n'y a pas d'équipement pour les personnes obèses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les besoins des clients sont évalués rapidement et les équipements sont livrés en temps voulu, notamment pour les clients obèses.</li> <li>• Les nouveaux équipements sont évalués avant l'achat conformément à la procédure.</li> <li>• Le personnel permanent et occasionnel est formé dès l'introduction de nouveaux équipements.</li> <li>• Le mobilier et les équipements sont nettoyés sur une base régulière, le personnel désigné est formé à cette tâche.</li> <li>• Des équipements pour personnes obèses sont disponibles au besoin.</li> </ul>

## L'ENVIRONNEMENT PISTES D'OBSERVATION ET DE PRÉVENTION

Pistes d'observation	Pistes de prévention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les chambres sont encombrées, il est difficile de circuler librement autour du lit.</li> <li>• Le lit est collé au mur.</li> <li>• Les dégagements autour du mobilier (lit, civière, chaise, etc.) sont insuffisants pour utiliser de façon sécuritaire les équipements (lève-personne, levier à station debout, fauteuil roulant, etc.).</li> <li>• Les portes sont étroites pour bien circuler avec les équipements de transfert, les cadres de porte sont éraflés.</li> <li>• Des seuils de porte surélevés sont présents à certains endroits.</li> <li>• Les salles de bain servent d'espace de rangement du matériel.</li> <li>• Les corridors sont encombrés, le matériel est rangé des deux côtés.</li> <li>• Il manque d'espace de rangement.</li> <li>• Les utilités propres et souillées sont encombrées et mal entretenues.</li> <li>• Aucune installation n'est prévue pour des clients obèses.</li> <li>• Dans les sanitaires, les planchers sont mouillés et glissants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les lieux (chambres, toilettes, salles de bain, etc.) sont dégagés et permettent d'utiliser de manière sécuritaire les équipements de transfert et les aides techniques.</li> <li>• Il est facile de travailler avec un lève-personne mobile au sol ou un levier à station debout dans les chambres.</li> <li>• Des lève-personnes sur rail sont installés dans les chambres occupées par des clients dépendants.</li> <li>• Dans les plus petites chambres, au moins un côté du lit offre un dégagement suffisant pour les transferts.</li> <li>• Les portes sont suffisamment larges pour circuler avec les équipements roulants sans incident ou bris de matériel.</li> <li>• Aucun seuil de porte n'est surélevé.</li> <li>• Des rangements à proximité des lieux de soins sont disponibles.</li> <li>• Le matériel roulant utilisé est placé sur un seul côté des corridors et rangé après usage.</li> <li>• Des prises de recharge des batteries sont prévues dans certains rangements.</li> </ul>

Pistes d'observation	Pistes de prévention
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au domicile, les dégagements autour du lit sont insuffisants pour utiliser le lève-personne au sol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les planchers des sanitaires sont munis de revêtement antidérapant et de drains.</li> <li>• Quelques chambres et sanitaires sont conçus pour recevoir des clients obèses ou grands obèses.</li> <li>• Une politique limite l'introduction du mobilier des clients pouvant encombrer les chambres (applicable en CHSLD).</li> <li>• En général, les installations sont propres et bien entretenues.</li> <li>• Au domicile, les chambres sont réorganisées pour utiliser les équipements de transfert. Des petits équipements sont en place dans les salles de bain.</li> </ul>

## LA CLIENTÈLE STANDARDS ET RÉFÉRENCES

---

- CONSEIL GÉNÉRAL DE LA DORDOGNE. [\*Projet expérimental SMAF \(Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle\)\*](#), 6 février 2009, [en ligne].  
[<http://www.cg24.fr/modules.php?name=News&file=article&sid=866>]

Le SMAF est actuellement l'outil officiel du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour l'évaluation des personnes âgées ou handicapées.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. [\*Comité adviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis, notamment en institution ou à domicile \(OEMC\)\*](#), Septembre 2000, 70 p., [en ligne].  
[<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/b76100be10f29217852568150057958e/503b81cf3621a99c8525696f0052c32d?OpenDocument>]
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. [\*Classification par types en milieu de soins et services prolongés \(CTMSP\) – Formulaire d'évaluation médicale\*](#), EROS, Reproduit par le M.S.S.S. avec l'autorisation de EROS, 1985, 10 p., [en ligne].  
[[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/ed119278ecccfe0f85256f390065cc54/883994a2658d953a85256ed9004828d3/\\$FILE/AS-528.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/ed119278ecccfe0f85256f390065cc54/883994a2658d953a85256ed9004828d3/$FILE/AS-528.pdf)]
- TESSIER, Lucie et France BERGERON. [\*Bertess\*](#), Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), [en ligne].  
[<http://www.expertise-sante.com/bertess.htm>]

Ce guide vise à uniformiser les manœuvres de transfert pour chaque client tout en tenant compte de ses capacités, du moment de la journée et du respect des PDSB.

LE PERSONNEL SOIGNANT  
STANDARDS ET RÉFÉRENCES

- ASSTSAS. [Approche relationnelle de soins \(ARS\) – Formation](http://www.asstsas.qc.ca/formations/calendrier-2010/approche-relationnelle-de-soins-ars.html), [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/formations/calendrier-2010/approche-relationnelle-de-soins-ars.html>]
- ASSTSAS. [Répertoire des fiches PDSB](http://www.asstsas.qc.ca/publications/repertoire-des-fiches-pdsb.html), [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/repertoire-des-fiches-pdsb.html>]
- DUVAL, Lisette, Christiane GAMBIN, Rose-Ange PROTEAU *et al.* [PDSB – Cahier du participant](http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/pdsb.html), CP34, ASSTSAS, 2009, 156 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/pdsb.html>]
- POULIN, Pierre, Julie BLEAU et Yves GINESTE. « [La formation à l'approche relationnelle de soins, la rencontre des humanités](http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/VieVieillissement_vol3no2_Formation_ARS.pdf) », *Vie et Vieillesse*, vol. 3, n° 2, août 2004, p. 32-40, [en ligne].  
[[http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/VieVieillissement\\_vol3no2\\_Formation\\_ARS.pdf](http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/VieVieillissement_vol3no2_Formation_ARS.pdf)]
- PROTEAU, Rose-Ange. [Guide de référence – Soins à domicile](http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-de-reference-soins-a-domicile.html), 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](http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/postures-de-travail-securitaires-a-domicile-et-autonomie-des-personnes.html), 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](http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/postures-de-travail-securitaires-pour-linfirmiere-en-soins-a-domicile.html), 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>]

## L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET DU TEMPS STANDARDS ET RÉFÉRENCES

---

- BOUCHARD, Françoise. [Guide de référence en prévention des infections](http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-de-reference-en-prevention-des-infections.html), GP56, ASSTSAS, 2000, 130 p., [en ligne]. [http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-de-reference-en-prevention-des-infections.html]
- BOUCHARD, Françoise. [Les infections, mesures pour les éviter](http://www.asstsas.qc.ca/publications/brochures-depliants/brochures/infections-mesures-pour-les-eviter-les.html), B24, ASSTSAS, 2008, 24 p., [en ligne]. [http://www.asstsas.qc.ca/publications/brochures-depliants/brochures/infections-mesures-pour-les-eviter-les.html]
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. [Classification par types en milieu de soins et services prolongés \(CTMSP\) – Formulaire d'évaluation médicale](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/ed119278ecccfe0f85256f390065cc54/883994a2658d953a85256ed9004828d3/$FILE/AS-528.pdf), EROS, Reproduit par le M.S.S.S. avec l'autorisation de EROS, 1985, 10 p., [en ligne]. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/ed119278ecccfe0f85256f390065cc54/883994a2658d953a85256ed9004828d3/\$FILE/AS-528.pdf]
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. [Publications sur les infections nosocomiales](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/nosocomiales/index.php?publications), [en ligne]. [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\_sante/nosocomiales/index.php?publications]
- POULIN, Pierre et Marie Josée ROBITAILLE. [Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement](http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-de-gestion-du-programme-de-formation-pdsb-par-letablissement.html), ASSTSAS, 2007, 45 p., [en ligne]. [http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-de-gestion-du-programme-de-formation-pdsb-par-letablissement.html]
- PROTEAU, Rose-Ange. [Guide de référence – Soins à domicile](http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-de-reference-soins-a-domicile.html), 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]

## LA TÂCHE STANDARDS ET RÉFÉRENCES

---

- ASSTSAS. [Approche relationnelle de soins \(ARS\) – Formation](http://www.asstsas.qc.ca/formations/calendrier-2010/approche-relationnelle-de-soins-ars.html), [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/formations/calendrier-2010/approche-relationnelle-de-soins-ars.html>]
- BLEAU, Julie, Pierre POULIN et Yves Gineste. [Approche relationnelle de soins \(ARS\) – Cahier du participant](http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/approche-relationnelle-de-soins-ars.html), CP34, 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 al.* [PDSB – Cahier du participant](http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/pdsb.html), CP34, ASSTSAS, 2009, 156 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/pdsb.html>]
- GAMBIN, Christiane et Rose-Ange PROTEAU. [Méthodes pour monter et descendre un escalier](http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/methodes-pour-monter-et-descendre-un-escalier.html), ASSTSAS, 2008, 34 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/methodes-pour-monter-et-descendre-un-escalier.html>]
- GINESTE, Yves et Jérôme PELLISIER. *Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, nouvelle édition, Édition Armand Colin, 2007, 319 p.
- MORISSETTE, Louise. [Prévention des blessures musculosquelettiques pour le personnel soignant](http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/prevention-des-blessures-musculosquelettiques-pour-le-personnel-soignant.html), 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>]
- POULIN, Pierre, Julie BLEAU et Yves GINESTE. « [La formation à l'approche relationnelle de soins, la rencontre des humanités](http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/VieVieillesse_vol3no2_Formation_ARS.pdf) », *Vie et Vieillesse*, vol. 3, n° 2, août 2004, p. 32-40, [en ligne].  
[[http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/VieVieillesse\\_vol3no2\\_Formation\\_ARS.pdf](http://www.asstsas.qc.ca/documents/Dossiers%20thematiques/TMS/Programme%20TMS/VieVieillesse_vol3no2_Formation_ARS.pdf)]
- PROTEAU, Rose-Ange et Julie BLEAU. [Guide sur les transferts à l'auto et autonomie des personnes](http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-sur-les-transferts-a-lauto-et-autonomie-des-personnes.html), GP59, ASSTSAS, 2001, 70 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/guides-de-prevention/guide-sur-les-transferts-a-lauto-et-autonomie-des-personnes.html>]

## LES ÉQUIPEMENTS STANDARDS ET RÉFÉRENCES

---

- ASSTSAS. [Équipements de soutien à domicile – Dossier thématique](http://www.asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/equipements/equipements-de-soutien-a-domicile.html), [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/equipements/equipements-de-soutien-a-domicile.html>]
- ASSTSAS. [Répertoire d'équipements pour clientèle obèse](http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/collection-equipements/repertoire-dequipements-pour-clientele-obese.html), 2008, 56 p., [en ligne].  
[<http://www.asstsas.qc.ca/publications/publications-specialisees/collection-equipements/repertoire-dequipements-pour-clientele-obese.html>]
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE CAPITALE. [Guide des pratiques sécuritaires lors de l'utilisation du lève-personne](http://www.csssdc.ca/telechargement.php?id=469), 2<sup>e</sup> éd., 2009, 57 p., [en ligne].  
[<http://www.csssdc.ca/telechargement.php?id=469>]

**Note** : consultez notre rubrique « Vitrine des nouveautés » dans la revue [Objectif prévention](#) pour connaître de nouveaux produits ou équipements disponibles sur le marché.

## **PROCÉDURE DE SÉLECTION DES ÉQUIPEMENTS**

---

### **Formation d'un comité**

Ce comité doit réunir des personnes possédant les compétences nécessaires pour établir des critères de choix judicieux : des représentants des utilisateurs directs, une ressource en SST ainsi qu'un représentant du service de salubrité et des services d'entretien.

### **Analyse des besoins**

- Déterminer les tâches à réaliser.
- Tenir compte du fait que les postures et les mouvements adoptés par le personnel doivent respecter les principes de sécurité.
- Considérer les caractéristiques, tant physiques que comportementales, des bénéficiaires et leur besoin d'assistance.
- Là où sera utilisé le nouvel équipement, relever l'aménagement des lieux, les espaces disponibles et la compatibilité avec les équipements existants.

1

---

### **Critères de choix**

- Confort et sécurité pour les clients et le personnel.
- Qualités et caractéristiques attendues.
- Facilité d'utilisation.
- Facilité d'entretien et durabilité.
- Service après-vente.
- Prix.
- Autres : \_

### **Présélection**

Sélectionner les différents modèles d'équipements disponibles sur le marché qui répondent aux besoins identifiés et qui respectent les critères de choix.

## **Essais**

Communiquer avec les fournisseurs pour un prêt d'un ou de plusieurs équipements en vue des essais. Il est important de familiariser le personnel avec les nouveaux équipements et leur mode de fonctionnement. La période d'essai doit être suffisamment longue (deux semaines à un mois) et le groupe d'utilisateurs doit être représentatif pour que l'essai soit significatif. Les participants doivent être informés des objectifs et du déroulement de l'essai ; chacun des critères d'évaluation doit être précisé et pondéré selon son niveau d'importance.

## **Synthèse des essais**

Les avantages et les inconvénients de chaque équipement mis à l'essai sont compilés et comparés. Un système de cotation simple facilite la décision.

## **Sélection de l'équipement**

L'équipement qui répond le mieux aux besoins et qui respecte les critères déterminés précédemment est retenu.

## **Formation**

L'achat de tout équipement entraîne une formation adéquate de tout le personnel sur son fonctionnement et son utilisation sécuritaire. Cette formation comprendra une démonstration détaillée des diverses fonctions et accessoires de l'équipement, suivie d'une période d'exercices pratiques supervisés. Il peut s'avérer important de procéder aussi à une formation des bénéficiaires ou de la famille lorsque ceux-ci sont appelés à manipuler l'équipement.

## L'ENVIRONNEMENT STANDARDS ET RÉFÉRENCES

---

Les standards préconisés s'appliquent à des locaux neufs ou rénovés. Pour ce qui est des locaux existants qui ne sont pas mis aux normes, le défi est de se rapprocher le plus possible des standards en réduisant l'encombrement et en modifiant la disposition du mobilier fixe et mobile. Chaque cas est particulier et exige une intervention sur mesure.

Pour obtenir des détails techniques et architecturaux additionnels, consulter le site Internet de la [Société immobilière du Québec \(SIQ\)](#).

Les standards recommandés dans les tableaux et fiches techniques qui suivent sont comparables à ceux de la CHQ.

- [Espaces de travail sécuritaires](#)
- [Dimensions hors-tout : équipements et mobilier usuels](#)
- [Chambre](#)
- [Salle de toilettes](#)
- [Salle de bain](#)
- [Civière-douche](#)
- [Les circulations : portes, couloirs, pentes](#)

Pour plus de détail, consultez les brochures 1 à 9 de la [Collection PARC de l'ASSTSAS](#).

## ESPACES DE TRAVAIL SÉCURITAIRES

---

ACTIVITÉS	ESPACE REQUIS – MINIMUM
Une personne debout (de face) Personne obèse	810 mm (32") ; préférable 1 000 (39") 1 220 mm (42")
Une personne debout (de côté) Personne obèse	610 mm (24") ; préférable 760 mm (30") 915 mm (36")
Pivot 180° – Fauteuil roulant standard Fauteuil roulant personne obèse	1 500 mm (60") 1 800 mm (72")
Pivot 180° – Lève-personne au sol Lève-personne personne obèse	1 800 mm (72") 2 440 mm (96") – Lève-personne sur rail au plafond recommandé
Pivot 180° – Levier à station debout	1 800 mm (72")
Pivot 180° – Fauteuil gériatrique	1 800 mm (72")
Pivot 180° – Civière	2 400 mm (96")
Circulation – Fauteuil roulant standard Fauteuil roulant personne obèse	915 mm (36") ; préférable 1 000 mm (39") 1 220 mm (48")
Circulation – Civière standard Civière personne obèse	915 mm (36") ; préférable 1 000 mm (39") 1 220 mm (48")
Circulation – Lit standard Lit personne obèse	1 060 mm (42") ; préférable 1 220 mm (48") 1 500 mm (60")

**Note :** ces dimensions sont le résultat de simulations en grandeur réelle d'activités de travail avec les équipements mentionnés. Elles sont également basées sur des données anthropométriques fiables disponibles à ce jour. Très peu de données sont disponibles concernant les personnes obèses.

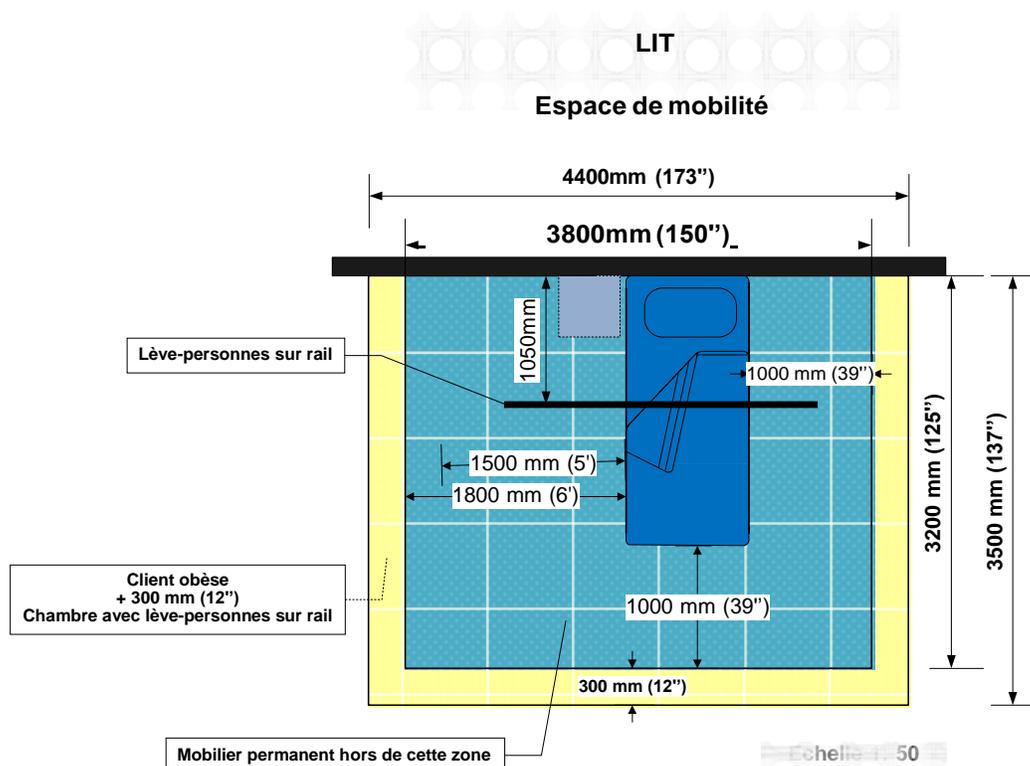
## DIMENSIONS HORS-TOUT - ÉQUIPEMENTS ET MOBILIER USUELS

ÉQUIPEMENTS MOBILIER	STANDARD		RT			
	Largeur	Longueur	Largeur	Longueur	Largeur	Longueur
Lit	1 000 mm (39")	2 260 mm (89")	1 000-1 370 mm (39-54")	2 220-2 444 mm (88-96")	380 mm (15")	229 mm (9")
Fauteuil de repos	640 mm (26")	810 mm (32")	810 mm (32")	915 mm (36")	150 mm (6")	100 mm (4")
Civière	810 mm (32")	1 980 mm (78")	960 mm (38")	2 080 mm (82")	150 mm (6")	100 mm (4")
Lève-personne au sol	630 mm (25") 1 120 mm (44") base ouverte	1 245 mm (49")	630 mm (25") 1 980 mm (78") base ouverte	1 245 mm (49") 1 625 mm (64") base ouverte	864 mm (34")	380 mm (15")
Fauteuil roulant	700 mm (28")	1 220 mm (48") avec repose-pied	850 mm (34")	1 320 mm (52") avec repose-pied	150 mm (6")	100 mm (4")
Fauteuil roulant électrique	820 mm (32")	1 060 mm (42")	1 000 mm (39")	1 120 mm (44")	180 mm (7")	60 mm (2.5")
Chaise d'aisances ou de douche	450 mm (24")	400 mm (24")	760 mm (30")	760 mm (30")	150 mm (6")	150 mm (6")
Chaise de transfert au bain	760 mm (30")	530 mm (21")	915 mm (36")	610 mm (24")	150 mm (6")	40 mm (3")

### Note :

1. Valeurs approximatives mesurées sur des équipements courants au Québec. Les dimensions peuvent varier selon les fournisseurs.
2. Les équipements pour personnes obèses sont environ 150 à 300 mm (6 à 12") plus larges et 40 à 229 mm (3 à 9") plus longs, sauf pour le lève-personne au sol qui exige un dégagement de 2 440 mm (96").
3. Pour économiser de l'espace au sol dans les chambres pour personnes obèses, il est recommandé d'installer un lève-personne sur rail au plafond d'une capacité minimum de 272 kg (600 lb). Une capacité de 454 kg (1 000 lb) est recommandée pour les établissements qui font des chirurgies bariatriques.
4. Règle générale : ajouter un minimum de 300 mm (12") de dégagement pour le travail avec des équipements pour personnes obèses.

## CHAMBRE



4

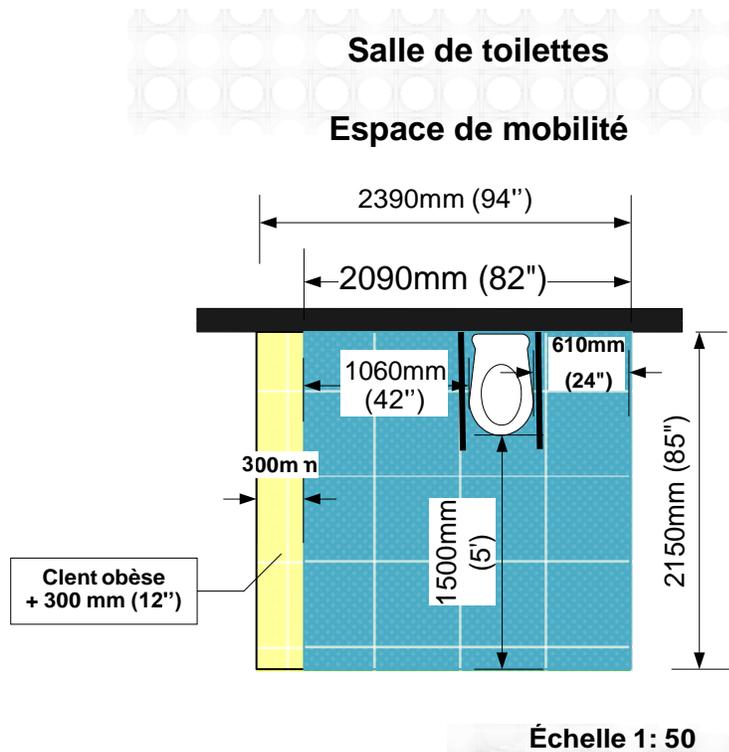
Les dégagements autour du lit incluent au moins 810 mm (32") pour un soignant.

- Transfert lit/FR ou lit/civière : 1 500 mm (5').
- Transfert avec L-P sur roues où lit/fauteuil. Gériatrique : 1 800 mm (6').  
**Note** : L-P sur rail sauve de l'espace spécialement avec les clients obèses.
- Dégagement pour le fauteuil de repos ou le soignant : 1 000 mm (39").
- Circulation au pied du lit : minimum 1 000 mm (39") ; préférable 1 220 (48").
- Client obèse : ajouter 300 mm (12") autour du lit.
- Porte : largeur 1 220 mm (48") ; client obèse 1 500 mm (5').
- Superficie :
  - standard : 12 m<sup>2</sup> (127 pi<sup>2</sup>) ;
  - obèse : 15 m<sup>2</sup> (158 pi<sup>2</sup>).

**Note** : la superficie peut varier selon la dimension des équipements.

**Au domicile**, lorsque des soins d'hygiène se donnent au lit, un accès libre des deux côtés du lit est nécessaire, sinon l'ASSS adoptera des postures non sécuritaires. Un espace de 1 220 mm (48") est recommandé comme dégagement minimum du côté où se donne la majeure partie des soins et de 610 mm (24") de l'autre côté. Si un fauteuil roulant est utilisé, un espace de 1 500 mm (60") est recommandé du côté du lit où s'effectuent les transferts. Si un lève-personne mobile au sol est utilisé, un espace de 1 800 mm (72") est requis au moins d'un côté du lit.

## SALLE DE TOILETTES

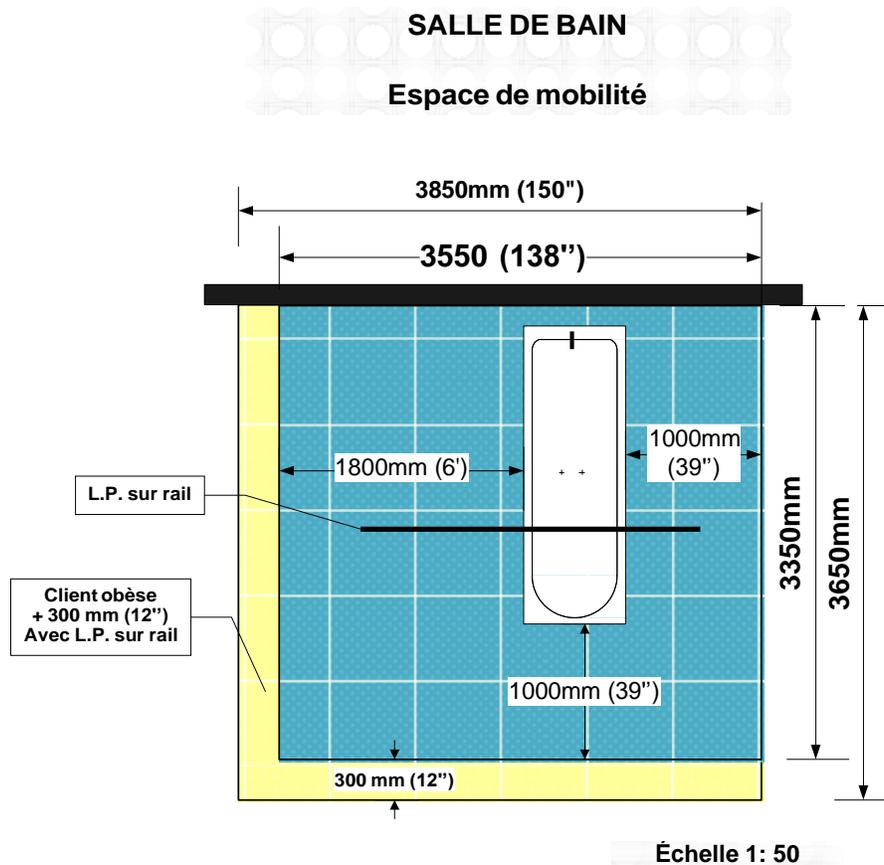


- Appuie-bras rétractables et ajustables de chaque côté des toilettes.
- Dégagement pour personnel soignant d'un côté des toilettes : minimum 610 mm (24").
- Dégagement pour un transfert en pivot à 90° en face des toilettes et pour un transfert latéral : minimum 1 050 mm (42") et 1 220 (48") pour client obèse.
- Dégagement pour pivoter le FR : 1 500 mm (5') et 1 800 mm (6') pour client obèse.
- Client obèse : ajouter 300 mm (12") du côté du transfert.
- Largeur porte : 915 mm (36") et 1 050 mm (42") pour client obèse.
- Les portes coulissantes sauvent de l'espace mais ne sont pas recommandées pour la prévention des infections.
- Superficie :
  - standard : 4,5 m<sup>2</sup> (48 pi<sup>2</sup>) ;
  - bariatrique : 5 m<sup>2</sup> (53 pi<sup>2</sup>).

### Note

1. La superficie peut varier selon les dimensions de la toilette.
2. Les toilettes pour client obèse doivent être allongées et reposer directement sur le sol ; les barres d'appui doivent être munies d'une patte pour supporter le poids des clients obèses et être ajustables en largeur et en hauteur.
3. Le plancher est muni d'un revêtement antidérapant.

## SALLE DE BAIN



6

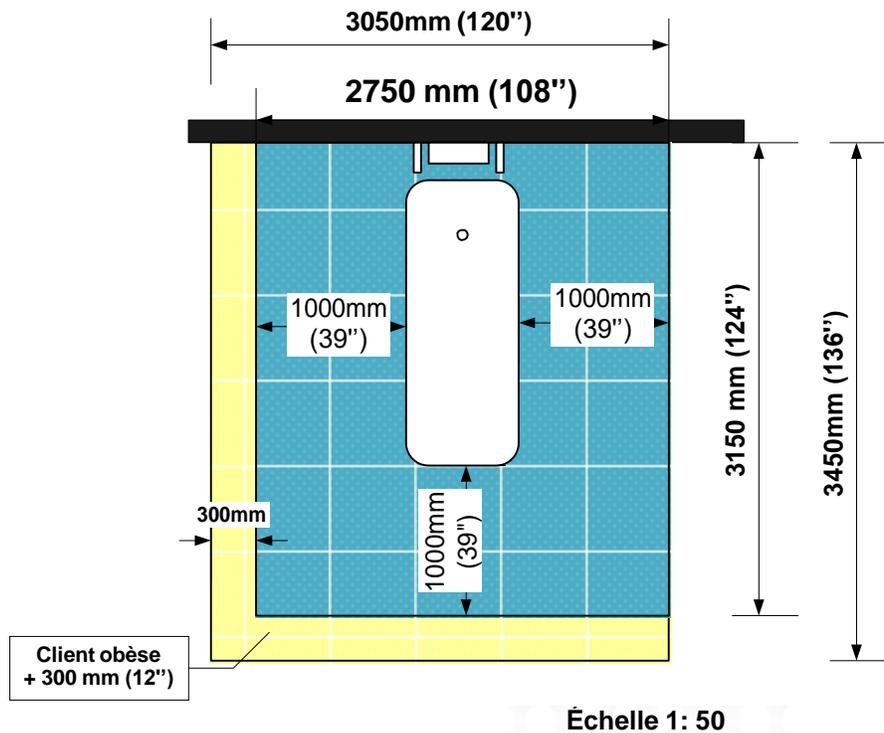
Les dégagements incluent au moins 810 mm (32') pour un soignant.

- Transfert par le côté avec une chaise ou une civière de transport : 1 800 mm (6') ; ajouter 300 mm (12") pour client obèse.
  - Note** : transfert par le pied du bain : 1 800 mm (6'). Le LP sur rail élimine la chaise ou la civière de transport au bain.
- Dégagement pour un soignant : 1 000 mm (39").
- Circulation au pied du bain : minimum 1 000 mm (39") ; ajouter 300 mm (12") pour client obèse.
- Largeur porte : minimum 1 050 mm (42") et 1 220 mm (48") pour client obèse facilite la circulation avec les équipements.
- Superficie :
  - standard : 12 m<sup>2</sup> (127 pi<sup>2</sup>)
  - bariatrique : 14 m<sup>2</sup> (148 pi<sup>2</sup>)

**Note**

1. La superficie peut varier selon les dimensions du bain.
2. Le plancher est muni d'un revêtement antidérapant.
3. Les grands obèses n'utilisent pas le bain mais plutôt la douche en position assise avec une chaise de douche adaptée.

## CIVIÈRE-DOUCHE



7

Les dégagements autour de la civière-douche pour le personnel soignant incluent un minimum de 1 000 mm (39") des côtés gauche et droit et au pied.

- Client obèse : ajouter 300 mm (12") du côté du transfert et au pied.
- Largeur porte : 1 050 mm (42") et 1 220 mm (48") pour client obèse ; facilite la circulation avec les équipements roulants.
- Superficie :
  - standard : 9 m<sup>2</sup> (95 pi<sup>2</sup>) ;
  - client obèse : 11 m<sup>2</sup> (116 pi<sup>2</sup>).

### Note

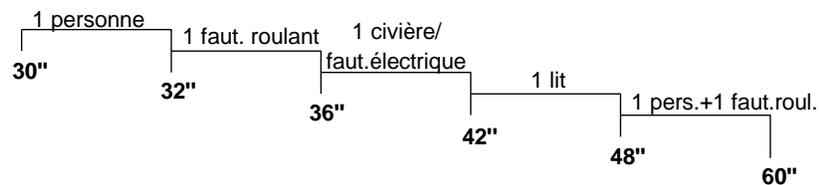
1. La superficie peut varier selon la dimension des équipements utilisés.
2. Les grands obèses ne sont pas douchés dans cette installation. On utilise plutôt une douche assise avec une chaise de douche adaptée.

## LES CIRCULATIONS

---

### PORTES

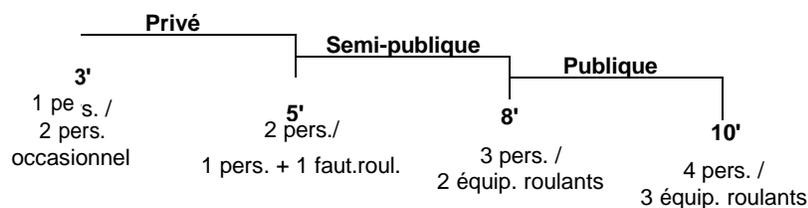
#### DIMENSIONS (en PO )



N.B. Largeur recommandée de 42" pour un fauteuil roulant électrique et un triporteur et de 48 " pour le passage d'un lit.

### COULOIRS

#### DIMENSIONS (en PI )

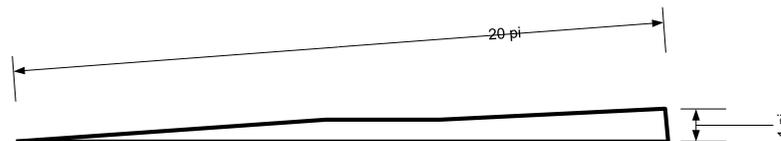


N.B. Pour prévenir l'encombrement des couloirs, prévoir des alcôves de rangement de matériel roulant le long des couloirs.

8

### PENTES

#### DIMENSIONS (en PI )



- Les pentes sont à éviter à tout prix. Sinon, elles doivent avoir 20' de longueur pour une dénivellation de 1' (ratio 1:20).
- Les pentes de ratio 1:12 sont trop abruptes pour les personnes âgées.
- Prévoir un palier à mi-chemin.

**Note** : dans le domaine de la construction, le système de mesure anglais est encore couramment utilisé.





## 6.1 CALCUL DES DÉPENSES ANNUELLES

---

	Montant en \$	Commentaires
Temps de travail des intervenants du programme		
Formation du personnel (PDSB et ARS)		
Achats d'équipements		
Modification des lieux physiques		
Autres		
<b>Total</b>	<b>0,00 \$</b>	

## 6.2 ESTIMATION DES RETOMBÉES FINANCIÈRES

Coûts directs des accidents A	Coûts indirects (X 4 les coûts directs) B	Total du coût des accidents A+B=C	Retombées financières scénario optimiste C x % de réduction accidents	Retombées financières scénario pessimiste C x % de réduction accidents
service 1	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
service 2	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
service 3	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
service 4	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
service 5	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	0,00 \$

**Note :** prévoir un % de réduction des accidents selon un scénario optimiste (ex. 25 %) et pessimiste (ex. 10 %)





## 8.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS Troubles musculosquelettiques uniquement

Nom service/ programme	A	B	C	D	Taux d'incidence	Ratio de gravité	An 0 du programme	An 1 du programme	Écart	Rang
	Nbre heures travaillées	Nbre ÉTP*	Nbre évènements	Nbre heures indemnisées	$\frac{C}{A} \times 200\ 000$	$\frac{D}{A} \times 100$				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
<b>global</b>	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!				

\*ÉTP (équivalent temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

35 heures/semaine= 1 820 heures/année

36 ¼ heures/semaine= 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine= 2 015 heures/année.

#### Note

1. Pour être représentatif, le recueil des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risque de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors:  $C/B \times 100$

## 8.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS- Avant le programme Troubles musculosquelettiques uniquement

Nom service/ programme	A Nbre heures travaillées	B Nbre ÉTP*	C Nbre événements	D Nbre heures indemnisées	Avant le programme		Rang
					Taux d'incidence $C \times 200\ 000$ A	Ratio de gravité $D \times 100$ A	
service 1					#DIV/0!	#DIV/0!	
service 2					#DIV/0!	#DIV/0!	
service 3					#DIV/0!	#DIV/0!	
service 4					#DIV/0!	#DIV/0!	
service 5					#DIV/0!	#DIV/0!	
service 6					#DIV/0!	#DIV/0!	
<b>global</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>#DIV/0!</b>	<b>#DIV/0!</b>	

\*ÉTP (équivalent temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par  
nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

35 heures/semaine= 1 820 heures/année

36 ¼ heures/semaine= 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine= 2 015 heures/année.

#### Note

1. Pour être représentatif, le recueil des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risque de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors:  $C/B \times 100$

## 8.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS- An 0 du programme Troubles musculosquelettiques uniquement

Nom service/ programme	A Nbre heures travaillées	B Nbre ÉTP*	C Nbre événements	D Nbre heures indemnisées	An 0 du programme		Écart (%)		Rang
					Taux d'incidence C X 200 000 A	Ratio de gravité D X 100 A	Taux d'incidence	Ratio de gravité	
					service 1				
service 2					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
service 3					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
service 4					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
service 5					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
service 6					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
<b>global</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

\*ÉTP (équivalent temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par  
nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

35 heures/semaine= 1 820 heures/année

36 ¼ heures/semaine= 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine= 2 015 heures/année.

#### Note

1. Pour être représentatif, le recueil des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risque de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors: C/B x 100
4. Un écart négatif signifie une amélioration alors qu'un écart positif indique une détérioration.

## 8.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS- An 1 du programme Troubles musculosquelettiques uniquement

Nom service/ programme	A Nbre heures travaillées	B Nbre ÉTP*	C Nbre évènements	D Nbre heures indemnisées	An 1 du programme		Écart (%)		Rang
					Taux d'incidence C X 200 000 A	Ratio de gravité D X 100 A	Taux d'incidence	Ratio de gravité	
					service 1				
service 2					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
service 3					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
service 4					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
service 5					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
service 6					#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
<b>global</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	

\*ÉTP (équivalent temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par  
nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

35 heures/semaine= 1 820 heures/année

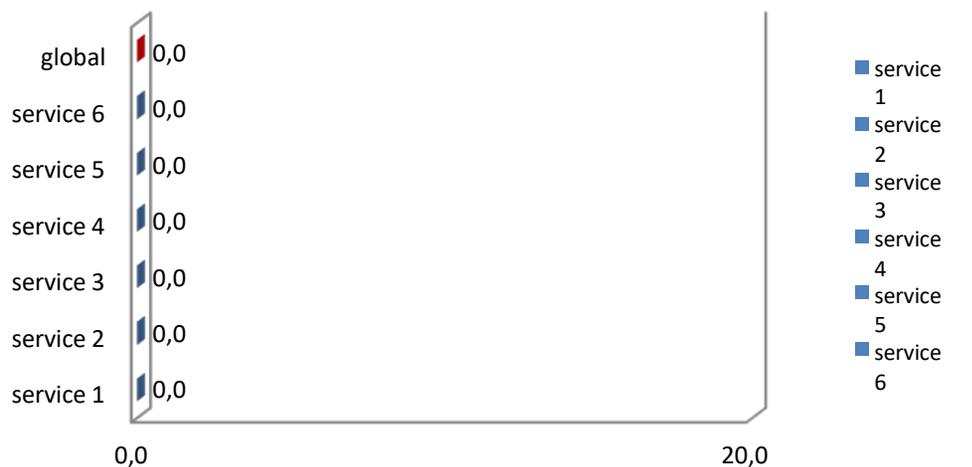
36 ¼ heures/semaine= 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine= 2 015 heures/année.

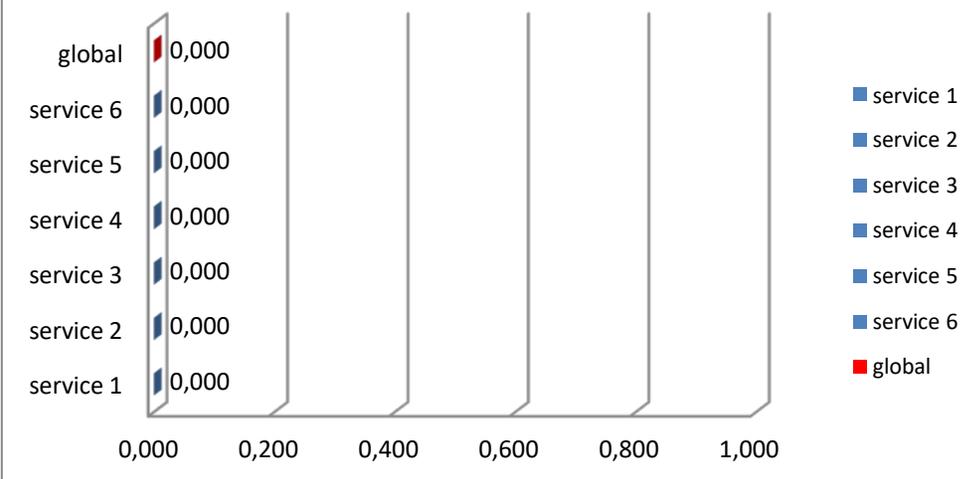
#### Note

1. Pour être représentatif, le recueil des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risque de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors: C/B x 100
4. Un écart négatif signifie une amélioration alors qu'un écart positif indique une détérioration.

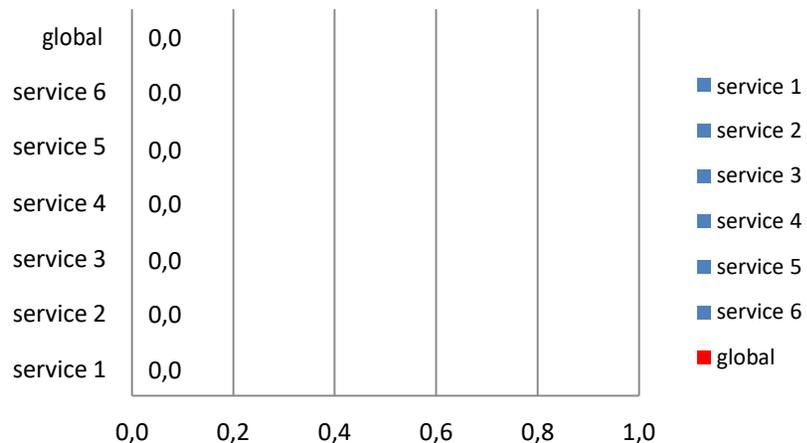
**Taux d'incidence avant l'intervention (20xx- 20xx)**



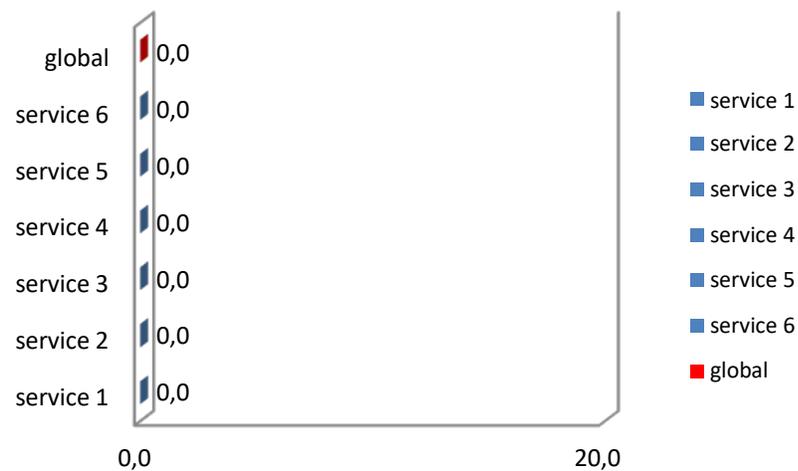
**Ratios de gravité avant l'intervention (20xx-20xx)**



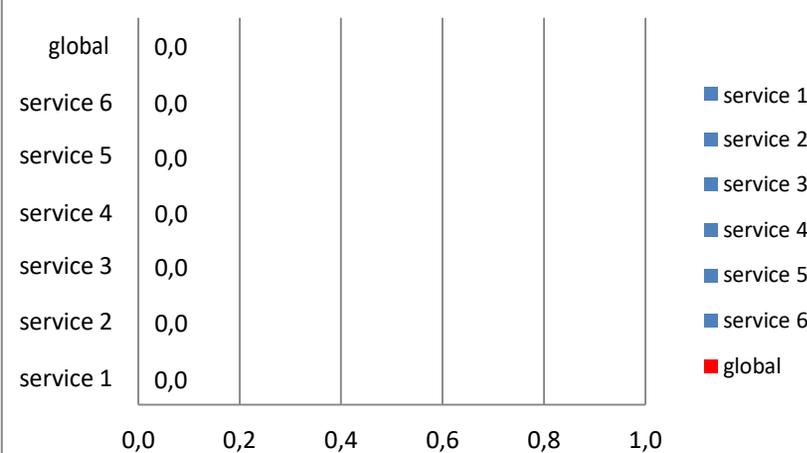
**Évolution des taux d'incidence depuis l'implantation (%), an "0"**



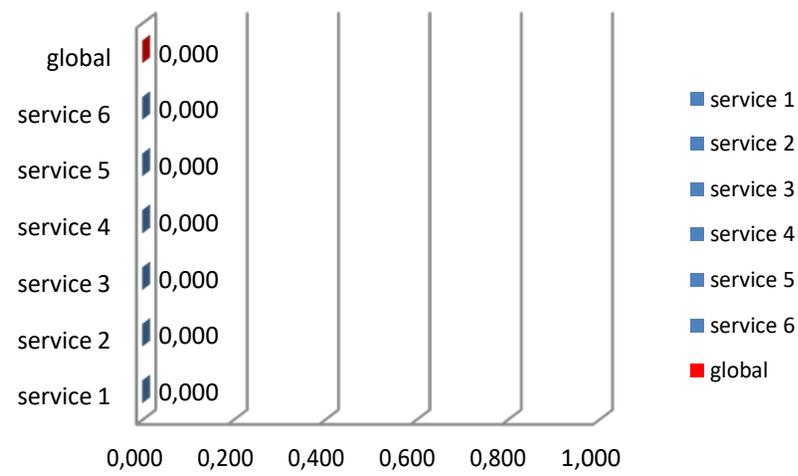
**Taux d'incidence an "0"**



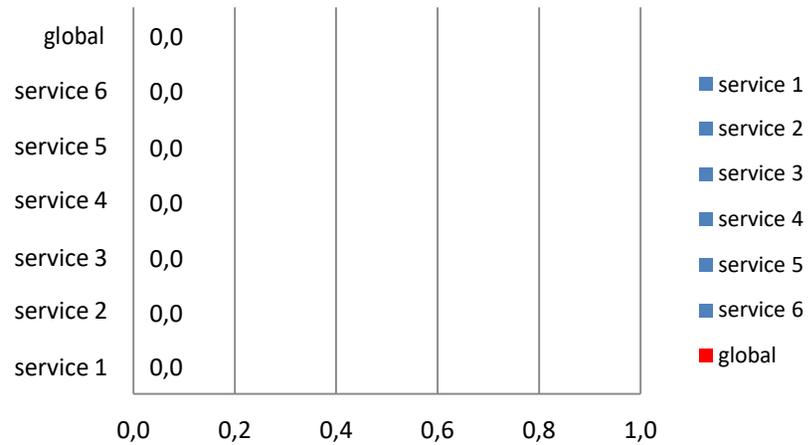
**Evolution des ratios de gravité depuis l'implantation (%), an "0"**



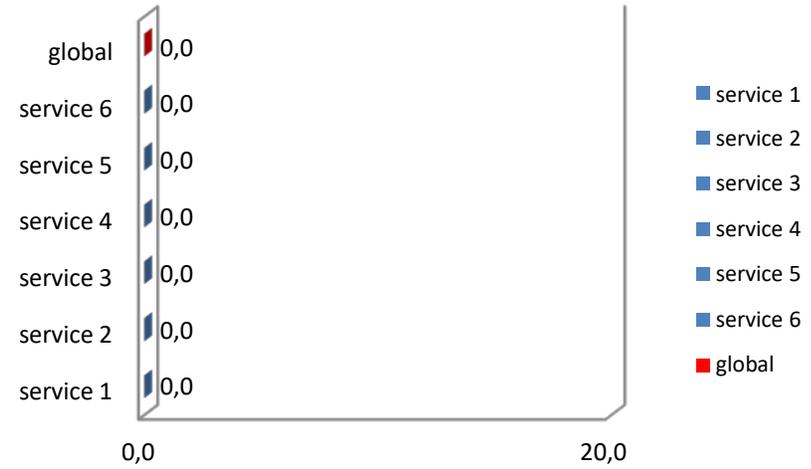
**Ratios de gravité, an "0"**



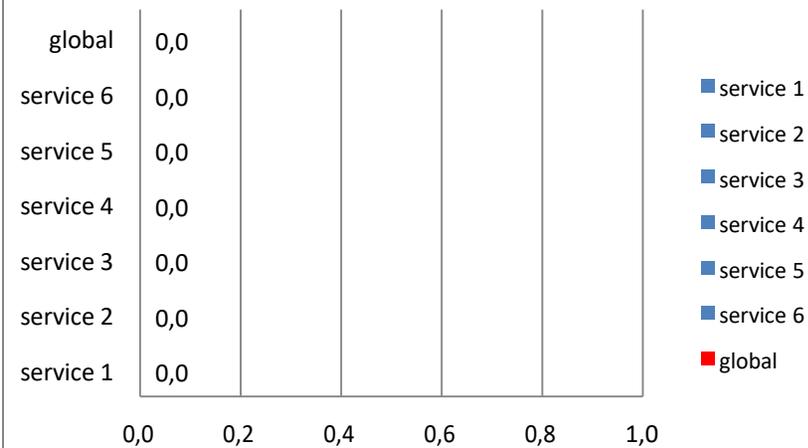
**Évolution des taux d'incidence depuis l'implantation (%), an "1"**



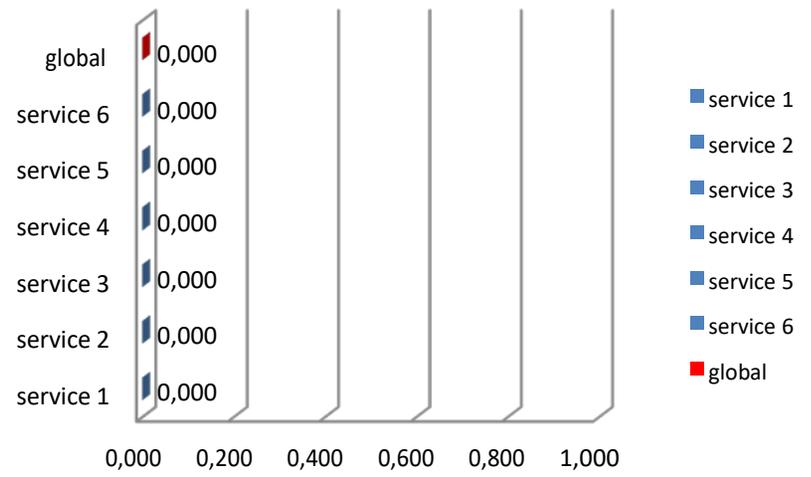
**Taux d'incidence an "1"**



**Évolution des ratios de gravité depuis l'implantation (%), an "1"**



**Ratios de gravité, an "1"**



## 8.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS Troubles musculosquelettiques uniquement

	A	B	C	D						
Nom service/ programme	Nbre heures travaillées	Nbre ÉTP*	Nbre évènements	Nbre heures indemnisées	Taux d'incidence $\frac{C}{A} \times 200\ 000$	Ratio de gravité $\frac{D}{A} \times 100$	An 0 du programme	An 1 du programme	Écart	Rang
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
					#DIV/0!	#DIV/0!				
<b>global</b>	0		0	0	#DIV/0!	#DIV/0!				

\*ÉTP (équivalent temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

35 heures/semaine= 1 820 heures/année

36 ¼ heures/semaine= 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine= 2 015 heures/année.

#### Note

1. Pour être représentatif, le recueil des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risque de l'établissement.

3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors:  $C/B \times 100$

## 8.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

Établissement : \_\_\_\_\_ **\*EXEMPLE\***

Site : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS - Avant le programme Troubles musculosquelettiques uniquement

Services / Programmes	A Nbre heures travaillées	B Nbre ÉTP*	C Nbre événements	D Nbre heures indemnisées	Avant le programme		Rang
					Taux d'incidence $\frac{C}{A} \times 200\,000$	Ratio de gravité $\frac{D}{A} \times 100$	
					A	A	
service 1	10 000	5	3	630	60,0	6,3	
service 2	20 000	10	4	700	40,0	3,5	
service 3	10 000	5	5	150	100,0	1,5	
service 4	50 000	25	2	350	8,0	0,7	
service 5	20 000	10	2	600	20,0	3,0	
service 6	20 000	10	2	600	20,0	3,0	
<b>global</b>	<b>130 000</b>		<b>18</b>	<b>3030</b>	<b>27,7</b>	<b>2,3</b>	

\*ÉTP (équivalent temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

35 heures/semaine = 1 820 heures/année

36 ¼ heures/semaine = 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine = 2 015 heures/année

#### Note

1. Pour être représentatif, le recueil des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risque de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors :  $C/B \times 100$

## 8.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

Établissement : \_\_\_\_\_ **\*EXEMPLE\***

Site : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS - An 0 du programme Troubles musculosquelettiques uniquement

Services / Programmes	A	B	C	D	An 0 du programme		Écart (%)		Rang
	Nbre heures travaillées	Nbre ÉTP*	Nbre évènements	Nbre heures indemnisées	Taux d'incidence	Ratio de gravité	Taux d'incidence	Ratio de gravité	
					$\frac{C}{A} \times 200\,000$	$\frac{D}{A} \times 100$			
service 1	12 000	6	2	654	33,3	5,5	-44,4	-13,5	
service 2	20 000	10	3	700	30,0	3,5	-25,0	0,0	
service 3	10 000	5	5	400	100,0	4,0	0,0	166,7	
service 4	50 000	25	4	250	16,0	0,5	100,0	-28,6	
service 5	20 000	10	3	1 200	30,0	6,0	50,0	100,0	
service 6	20 000	10	2	600	20,0	3,0	0,0	0,0	
<b>global</b>	<b>132 000</b>		<b>19</b>	<b>3804</b>	<b>28,8</b>	<b>2,9</b>	<b>4,0</b>	<b>23,6</b>	

\*ÉTP (équivalent temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

35 heures/semaine = 1 820 heures/année

36 ¼ heures/semaine = 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine = 2 015 heures/année

#### Note

1. Pour être représentatif, le recueil des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risque de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors :  $C/B \times 100$
4. Un écart négatif signifie une amélioration alors qu'un écart positif indique une détérioration.

## 8.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

Établissement : \_\_\_\_\_ **\*EXEMPLE\***

Site : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS INDEMNISÉS - An 1 du programme Troubles musculosquelettiques uniquement

Services / Programmes	A Nbre heures travaillées	B Nbre ÉTP*	C Nbre évènements	D Nbre heures indemnisées	An 1 du programme		Écart (%)		Rang
					Taux d'incidence C X 200 000	Ratio de gravité D X 100	Taux d'incidence	Ratio de gravité	
					A	A			
service 1	12 000	6	1	245	16,7	2,0	-72,2	-67,6	
service 2	14 000	7	2	500	28,6	3,6	-28,6	2,0	
service 3	10 000	5	5	400	100,0	4,0	0,0	166,7	
service 4	50 000	25	4	250	16,0	0,5	100,0	-28,6	
service 5	20 000	10	3	1 200	30,0	6,0	50,0	100,0	
service 6	20 000	10	2	600	20,0	3,0	0,0	0,0	
<b>global</b>	<b>126 000</b>		<b>17</b>	<b>3195</b>	<b>27,0</b>	<b>2,5</b>	<b>-2,6</b>	<b>8,8</b>	

\*ÉTP (équivalent temps plein) : nombre total d'heures travaillées durant une année pour un titre d'emploi divisé par nombre total d'heures travaillées durant une année pour ce titre d'emploi

Horaires courants :

35 heures/semaine = 1 820 heures/année

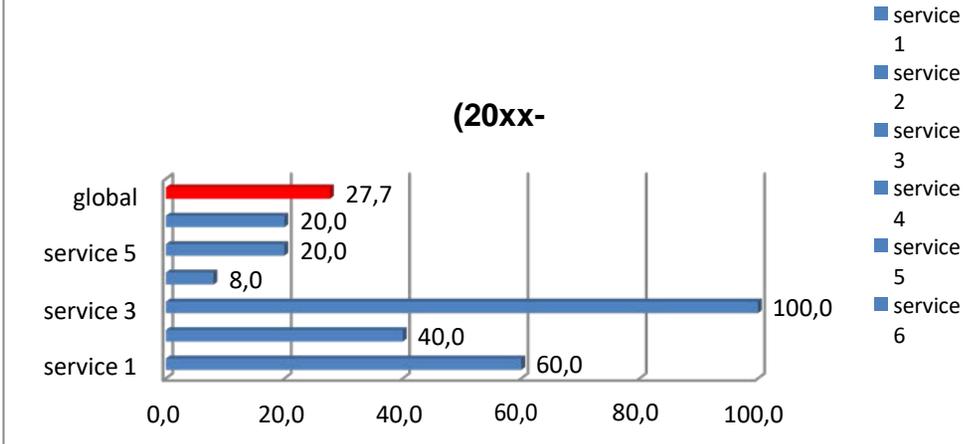
36 ¼ heures/semaine = 1 885 heures/année

38 ¾ heures/semaine = 2 015 heures/année

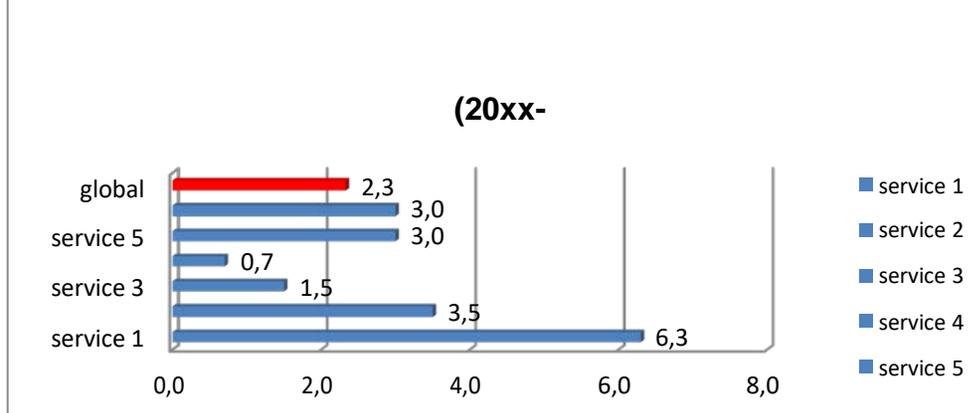
#### Note

1. Pour être représentatif, le recueil des données doit porter sur deux années antérieures au minimum, de préférence trois années.
2. Utiliser la même grille pour évaluer l'importance des incidents survenus aux clients. Ces données sont disponibles auprès du gestionnaire de risque de l'établissement.
3. Un taux d'incidence peut être calculé avec les ÉTP. Calculer alors : C/B x 100
4. Un écart négatif signifie une amélioration alors qu'un écart positif indique une détérioration.

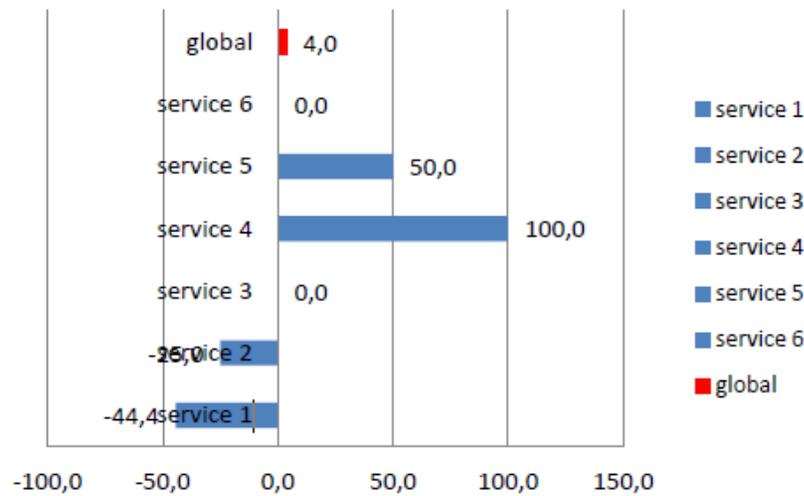
### Taux d'incidence avant l'intervention



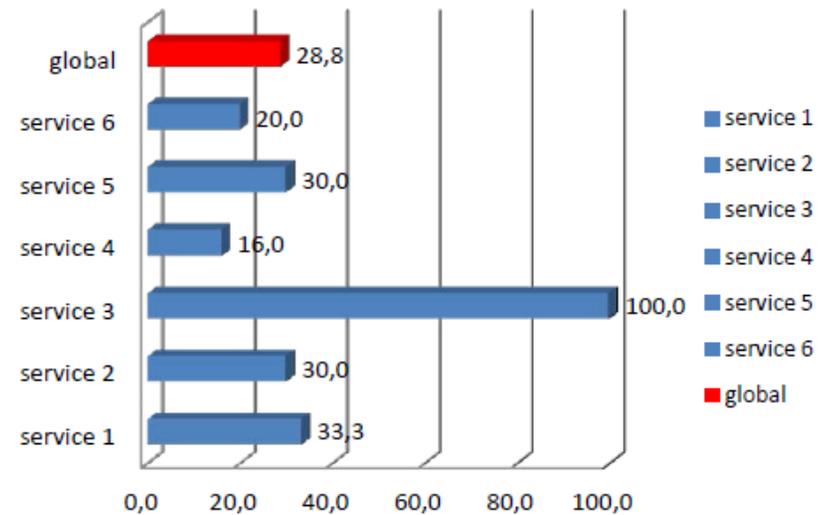
### Ratios de gravité avant l'intervention



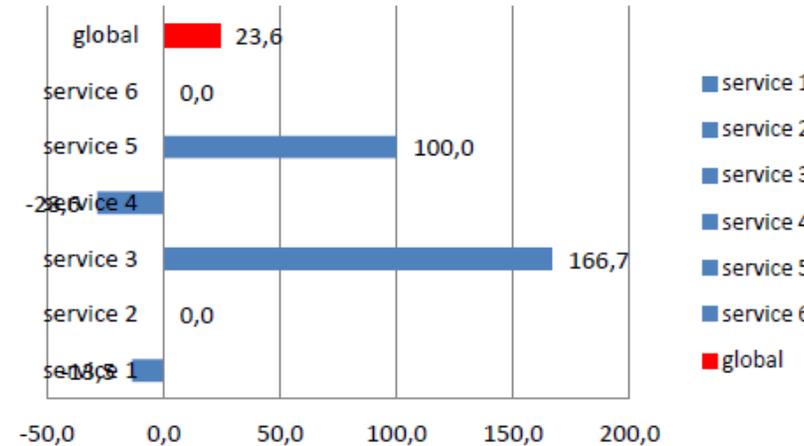
Évolution des taux d'incidence depuis l'implantation (%), an "0"



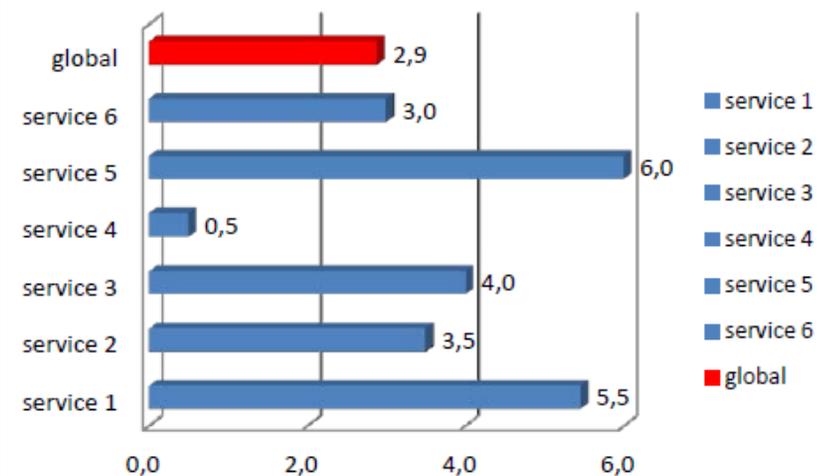
Taux d'incidence an "0"



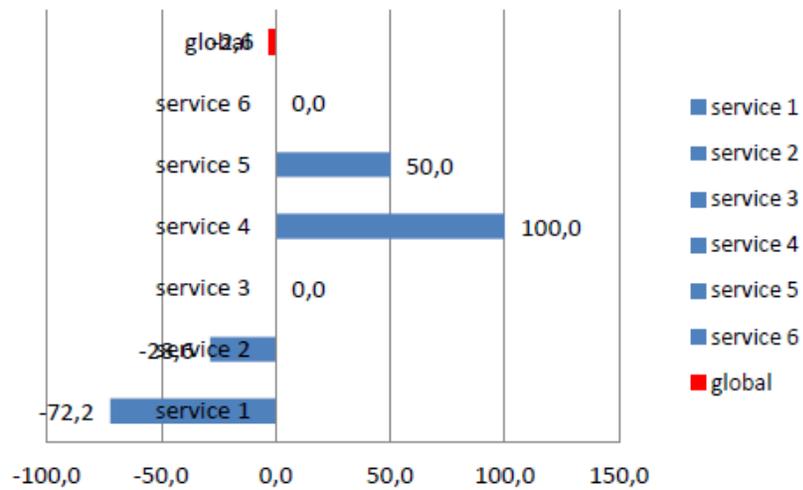
Évolution des ratios de gravité depuis l'implantation (%), an "0"



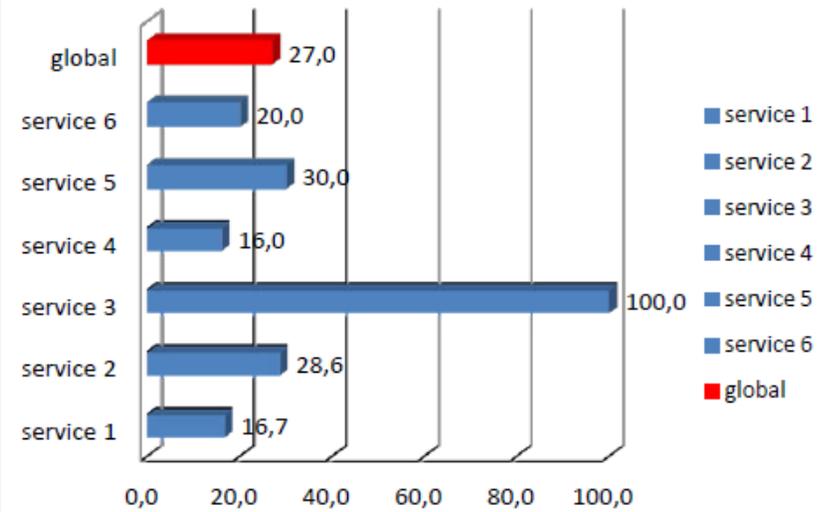
Ratios de gravité, an "0"



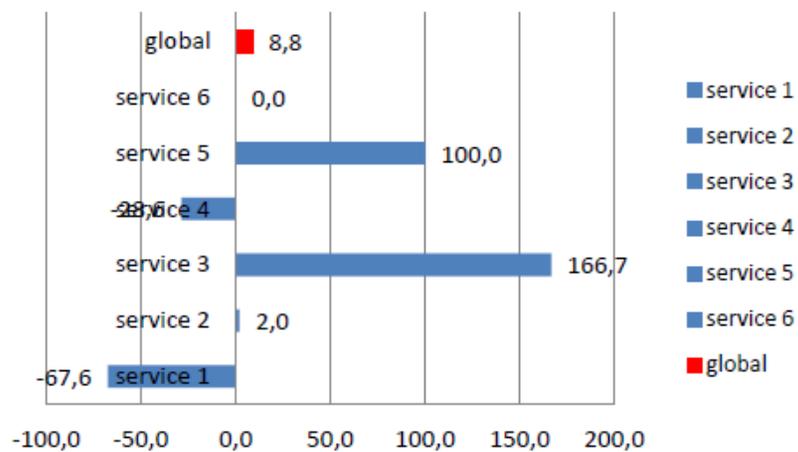
Évolution des taux d'incidence depuis l'implantation (%), an "1"



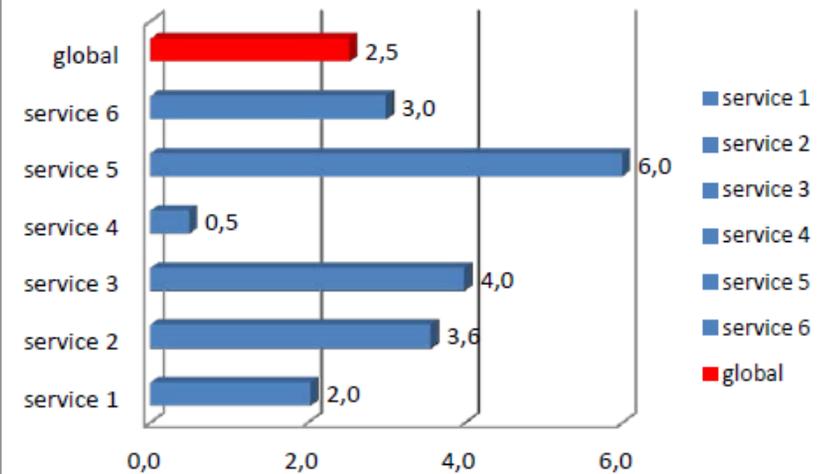
Taux d'incidence an "1"



Évolution des ratios de gravité depuis l'implantation (%), an "1"



Ratios de gravité, an "1"



## 8.2 COÛTS DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

### Ensemble des événements et TMS uniquement

Établissement : \_\_\_\_\_

Site : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Services / Programme	Avant le programme		An 0 du programme			An 1 du programme		
	Nbre lésions	Coût total	Nbre lésions	Coût total	Écart (%)	Nbre lésions	Coût total	Écart (%)
service 1					#DIV/0!			#DIV/0!
service 2					#DIV/0!			#DIV/0!
service 3					#DIV/0!			#DIV/0!
service 4					#DIV/0!			#DIV/0!
service 5					#DIV/0!			#DIV/0!
service 6					#DIV/0!			#DIV/0!
service 7					#DIV/0!			#DIV/0!
etc.					#DIV/0!			#DIV/0!
					#DIV/0!			#DIV/0!
<b>global</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>#DIV/0!</b>	<b>0</b>	<b>0,00 \$</b>	<b>#DIV/0!</b>

**Note** : le même genre de calcul peut être fait pour les accidents survenus aux clients.

## 8.2 COÛTS DES ÉVÉNEMENTS ACCIDENTELS

### Ensemble des événements et TMS uniquement

Établissement : \_\_\_\_\_ **\*EXEMPLE\***

Site : \_\_\_\_\_

Période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Services / Programmes	Avant le programme		An 0 du programme			An 1 du programme		
	Nbre lésions	Coût total	Nbre lésions	Coût total	Écart (%)	Nbre lésions	Coût total	Écart (%)
service 1	10	100 000,00 \$	8	250 000,00 \$	150,0	7	125 000,00 \$	25,0
service 2					#DIV/0!			#DIV/0!
service 3					#DIV/0!			#DIV/0!
service 4					#DIV/0!			#DIV/0!
service 5					#DIV/0!			#DIV/0!
service 6					#DIV/0!			#DIV/0!
service 7					#DIV/0!			#DIV/0!
etc.					#DIV/0!			#DIV/0!
					#DIV/0!			#DIV/0!
<b>global</b>	<b>10</b>	<b>100000</b>	<b>8</b>	<b>250 000,00 \$</b>	<b>150,0</b>	<b>7</b>	<b>125 000,00 \$</b>	<b>25,0</b>

**Note** : le même genre de calcul peut être fait pour les accidents survenus aux clients.