



Des choix pour l'autonomie des clients et la sécurité des soignants

Voici deux situations qui illustrent une tendance à uniformiser les modes de fonctionnement dans un établissement, bien que les clients, eux, soient différents. Qu'en dit la philosophie de la formation PDSB ? Comment l'appliquer dans le cadre de l'approche relationnelle de soins ?

Abolition des fauteuils !

Dans un centre, la direction interdit d'utiliser un fauteuil roulant avec une personne qui marche. M^{me} Beaudoin souffre de tremblements de type parkinsonien et marche lentement. Durant la journée, elle se promène d'un endroit à l'autre. Après le souper, elle est fatiguée et trouve trop loin le retour à pied à sa chambre. Les soignants ont l'habitude de la ramener en fauteuil roulant. Maintenant, c'est interdit ! Le retour très lent vers la chambre s'effectue sous supervision. La dame pleure tout le long. Les soignants se sentent mal à l'aise. Que faire ?

Abolition des tablettes !

Dans un autre centre, la direction a décidé d'enlever toutes les tablettes des fauteuils roulants et gériatriques. Ça se passe bien pour la majorité des clients. Toutefois, M^{me} Beaulieu ne tient pas bien assise sans la tablette. Les soignants forcent constamment pour la replacer dans son fauteuil. Peut-il y avoir des exceptions à une règle générale ?

Philosophie du programme PDSB

Le programme de formation PDSB spécifie qu'il n'y a pas de « recette magique ». Les méthodes illustrées et mises en pratique servent pour les apprentissages. Il est possible qu'elles

ne répondent pas à toutes vos situations de travail en raison des conditions variées de chaque milieu : équipements, environnement, physique des soignants et des clients, etc.

Les méthodes peuvent donc être efficaces avec certains clients alors qu'avec d'autres, vous devez en trouver de nouvelles. Il s'agit de vous assurer de respecter les principes de sécurité.

Approche relationnelle de soins

Depuis 2003, l'Approche relationnelle de soins de l'ASSTSAS enrichit le programme PDSB. Elle ne comporte aucune règle sur ce qui est adéquat ou non pour les clients. Yves Gineste parle plutôt de règles de l'art visant trois objectifs : améliorer la santé, la conserver et accompagner le client jusqu'à la mort. Dans tous les cas, ne jamais détruire la santé de la personne¹.

Y a-t-il menacé à l'autonomie de M^{me} Beaudoin si, une fois par jour, elle retourne à sa chambre en fauteuil roulant ? Comme elle marche déjà beaucoup dans la journée, il y a peu de risque que cela la rende grabataire. Y a-t-il un problème à laisser la tablette du fauteuil de M^{me} Beaulieu si cela lui évite de l'inconfort et les efforts répétés des soignants pour la repositionner ?

Il faut choisir

Comment donner les meilleurs soins ? En guise de réponse, voici un extrait d'un article d'*Objectif prévention*². « Ne pas faire un seul geste à la place du client, c'est bien. Mais ô combien difficile, voire même impossible ! Imaginez devoir attendre que le client complète tout lui-même. Un client en CHSLD a besoin d'aide après tout. Lui demander de tout accomplir le confronterait constamment à ses incapacités ; rien d'agréable pour lui, ni pour le soignant. Autre obstacle de taille : les contraintes de temps du soignant. Alors, comment concilier tout cela ? En faisant des choix.

Les choix varient d'un client à l'autre. Le soignant effectue des choix à l'intérieur du temps disponible pour une tâche de soin, selon les objectifs de maintien de la capacité du client et les occasions pour lui d'exécuter certains gestes. » ●

1. GINESTE, Y., R. MARESCOTTI, J. BLEAU, P. POULIN. *Approche relationnelle de soins, Cahier du participant*, ASSTSAS et CEC, 2004, p. 16 et 47.

2. BLEAU, J., P. POULIN. « La manutention relationnelle - Vous êtes capable madame ! », *Objectif prévention*, 2001, vol. 24, n° 5, p.12-13.

MOT DE LA RÉDACTION

Étude sur l'implantation des Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)

Une recherche évaluative sur l'implantation du programme PDSB est actuellement en cours. Diane Berthelette, professeure titulaire au Département organisation et ressources humaines de l'Université du Québec à Montréal, et Nicole Leduc, chercheure agrégée au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal, dirigent les travaux. L'étude est financée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Dans le cadre de ce projet, plusieurs formateurs PDSB seront sollicités, par la poste, pour répondre à un questionnaire. Nous souhaitons recueillir des informations sur les cours de formation PDSB qu'ils ont donnés durant la dernière année, les activités de prévention réalisées et les ressources mises à leur disposition. Si vous recevez ce questionnaire, nous vous incitons à y répondre en toute confiance. Votre participation est essentielle. Au nom de l'ASSTSAS et de l'équipe de recherche, nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

VOUS AVEZ DES QUESTIONS, DES COMMENTAIRES OU DES INFORMATIONS À NOUS TRANSMETTRE, N'HÉSITÉZ PAS À COMMUNIQUER AVEC L'ÉQUIPE DE RÉDACTION.

Pierre Poulin : ppoulin@asstsas.qc.ca

Rose-Ange Proteau : rproteau@asstsas.qc.ca



Josée Gauthier, ergothérapeute, et Lyne Mongrain, intervenante sociale, responsable de l'équipe AFS
Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Relancer le suivi PDSB : un défi, une réalisation !

Situé dans la région de la Mauricie, notre centre dessert une population de 67 000 habitants dont 14,6 % sont des personnes âgées. Nous comptons sur une équipe de 44 auxiliaires familiales et sociales (AFS), dont la moyenne d'âge est de 46 ans.

La Direction soutien à domicile se préoccupe de la sécurité au travail des AFS depuis longtemps. Pendant plus de cinq ans, nous avons organisé des rencontres de processus de résolution de problèmes (PRP) et des capsules de formation sur les principes et les manœuvres de déplacement sécuritaire.

À un certain moment, nous avons observé un désintérêt du groupe des AFS face à l'approche PDSB. Les PRP étaient perçus comme une évaluation de leurs capacités à effectuer les manœuvres plutôt que comme une recherche positive de solutions à des situations de travail de plus en plus complexes. Nous avons aussi constaté que les AFS étaient peu conscientes des exigences physiques de leur travail

et se concentraient sur la satisfaction des désirs de la clientèle.

Sortir des sentiers battus

En 2002-2003, nous nous sommes donc attaquées à un grand défi : relancer le suivi PDSB. Dans la situation de travail, un élément essentiel n'avait pas été abordé : l'auxiliaire familiale et sociale. Nous avons donc décidé de sortir des sentiers battus et de formuler des objectifs reliés à la conscience corporelle, au maintien d'une bonne santé physique et psychologique. Les activités proposées pour atteindre ces objectifs ont été très diversifiées et se sont intégrées aux rencontres d'équipe qui se tiennent aux quatre à six semaines :

- > classe de conscience corporelle avec un professeur de danse ;
- > formation par la physiothérapeute et la technicienne en réadaptation physique (« Soigner ses petits malaises après une journée de travail ! ») ;
- > marche dans un parc avec un éducateur physique ;
- > massage sur chaise ;
- > activités avec la nutritionniste : importance d'un bon petit déjeuner, de l'hydratation, des collations ;
- > conférence par un psychologue sur le thème des limites personnelles des aidants.

Une participation exceptionnelle, une dynamique de groupe grandement améliorée et les préoccupations en regard de la sécurité au travail de retour dans les discussions des AFS !

Les capacités du client

Durant cette même période, quelques AFS ont été formées à l'utilisation d'une grille décisionnelle qui permet de choisir les équipements nécessaires pour l'accès au bain lorsque des services d'aide à l'hygiène sont requis. Il s'agit d'une clientèle qui présente des problèmes de mobilité légers à modérés et qui dispose d'une salle de bain standard (rebord de bain à 41 cm (16 po) avec accès direct).

La grille permet une observation structurée

des capacités du client : transfert et déplacement, mobilité articulaire, équilibre assis, endurance, de même que son potentiel d'autonomie. Les observations sont consignées dans un arbre décisionnel et mène à choisir un des cinq aménagements proposés.

Révision des principes et des manœuvres

Durant la deuxième année de relance (2003-2004), nous avons poursuivi des objectifs similaires en y ajoutant la révision des PDSB et de certaines manœuvres. Entre autres, nous avons tenu une journée de formation à l'intention des AFS. Nous souhaitons les rencontrer en petits groupes afin de favoriser la participation et le partage d'expérience, le tout dans une atmosphère chaleureuse et hors de la routine.

La rencontre a donc eu lieu dans une petite auberge. Dans des ateliers de 45-50 minutes, nous avons abordé des sujets tels que les postures sécuritaires lors des soins au lit, lors des soins d'hygiène à la baignoire, l'utilisation du lève-personne mobile au sol et l'aide à la marche.

La participation de l'équipe de réadaptation et de direction à ces ateliers a permis de renforcer les liens avec l'équipe des AFS. La journée se complétait par une exposition permettant d'uniformiser le langage utilisé et par une conférence humoristique sur le thème « S'équiper pour être encore là demain ! »

Le suivi PDSB n'est plus une corvée, il est devenu source de plaisir, de connaissance de soi et de l'équipe. Et les projets se multiplient (formateur PDSB parmi les AFS, création d'un comité PDSB, organisation d'une deuxième journée de formation, etc.). ♦

Pour en savoir plus ou pour obtenir la grille décisionnelle, contactez

Josée Gauthier,

CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie,
tél. : 819 533-4545, poste 290.



Répertoire de fiches PDSB sur Internet

Plus de 60 fiches classées par type de manœuvre et par ordre de progression des niveaux d'assistance : supervision, assistance partielle ou totale.

Chaque fiche décortique toute la manœuvre au moyen de dessins et de textes simples. Des pictogrammes permettent d'identifier rapidement les rôles du soignant et du bénéficiaire. Voici quelques-unes des manœuvres illustrées.

- > S'asseoir au fauteuil sans aide
- > Se lever du lit sans aide
- > Marcher sans aide
- > Transférer du lit à la civière-chaïse avec rallonge
- > Transférer un client planché
- > Transférer de la civière d'ambulance à la civière d'hôpital



- > Entrer dans la baignoire de façon assise
- > Lever debout
- > Lever du fauteuil
- > Assister à la marche
- > Tourner au lit avec deux rallonges
- > Tourner au lit à deux soignants
- > Remonter à la tête du lit à deux soignants
- > Remonter à la tête de la civière
- > Remonter à la tête du lit par contrepoids
- > Asseoir au bord du lit avec rallonge
- > Coucher dans le lit
- > Rehausser au fauteuil par contrepoids
- > Rehausser au fauteuil gériatrique avec rallonge
- > Installer un client sur un matelas coquille
- > Utiliser le lève-personne pour relever du sol
- > Installer la toile en position assise à un soignant
- > Utiliser le lève-personne pour tourner dans le lit
- > Entrer ou sortir le fauteuil roulant du coffre de l'auto

Consultez-les toutes sur notre site au www.asstsas.qc.ca



PDSB pour les enseignants - Formation de formateurs

Une formation de formateurs PDSB adaptée aux enseignants qui forment les futurs travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux.

Par des exercices pratiques, des simulations de manœuvres de déplacement de bénéficiaires et de situations d'enseignement, la formation vise à habilitier les enseignants à :

- > enseigner les PDSB aux étudiants des métiers et des professions de la santé ;
- > procéder à l'évaluation et à la supervision des stages ;
- > observer une situation de travail et à identifier les aspects non sécuritaires des tâches de déplacement de bénéficiaires ;
- > utiliser le processus de résolution de problèmes pour corriger les difficultés liées au déplacement des bénéficiaires chez les étudiants.

Aperçu du contenu

La session se divise en deux rencontres séparées par un travail pratique. Un autre travail pratique sera remis un mois

après la dernière rencontre.

- > Jours 1 et 2 : introduction au contenu de formation PDSB.
- > Jours 3 et 4 : rôles de démonstrateur et de superviseur, examen d'accréditation.

Clientèle

Professeurs de maisons d'enseignement qui offrent des formations en soins de santé.

Coût : 400 \$ par personne.

Pour connaître les dates des formations, consultez notre site Internet au www.asstsas.qc.ca



Vous avez des questions, des commentaires ou des informations à nous transmettre ? N'hésitez pas à communiquer avec l'équipe de rédaction.

Pierre Poulin :

ppoulin@asstsas.qc.ca

Rose-Ange Proteau :

rproteau@asstsas.qc.ca





PDSB cuvée 2003

La formation Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) fête ses 20 ans et se paie une mise à jour majeure.

Pourquoi changer ?

En 1983, les lève-personnes sont hydrauliques ou à manivelles. Les fauteuils géométriques n'offrent qu'une seule position. Plusieurs sont encore équipés de lits continentaux dans des chambres pourvues de tapis.

Que dire des lits articulés à hauteur variable ? Un luxe, même avec des manivelles difficiles et des freins qui ne bloquent pas vraiment les roues. Faute de butoirs latéraux, les matelas glissent hors du lit et les bénéficiaires avec !

À domicile, on se demande comment mettre au fond du bain (mais surtout l'en sortir) un client qui manque de force et d'équilibre. Les vêtements adaptés n'existent pas et les culottes jetables font tout juste leur apparition.

La formation PDSB a été créée dans ce contexte. Que de chemin parcouru depuis ! Malgré des ajustements périodiques, le temps est venu d'une révision en profondeur.

Principes un jour, principes toujours !

Le programme PDSB 2003 se présente avec une nouvelle logique et certains contenus plus élaborés et pratiques, mais maintient tous ses éléments théoriques. Tous les principes sont conservés et certains sont enrichis. Par exemple, la stratégie du cours PDSB s'appuyait beaucoup sur les principes de mouvement « Rouler, glisser, pivoter plutôt que soulever » et « Utiliser la force des jambes (transfert de poids) ou le poids du corps (contrepois) pour produire l'effort ».

Maintenant c'est le principe « Ne donner que le niveau d'assistance nécessaire » qui porte toute la logique du programme. Le principe de « Bonne communication avec le client » propose des exercices nouveaux et spécifiques aux participants.

Un contenu enrichi, une durée identique

L'ASSTAS maintient la durée de la formation des travailleurs : 14 heures de laboratoire et l'équivalent de 20 minutes de suivi sur les lieux de travail pour chaque travailleur.

Enrichir certains endroits, couper ailleurs. Voici les grands disparus de la cuvée 2003 :

- > le jeu avec les statistiques d'accidents ;
- > les éléments de physiologie (en conservant la biomécanique) ;
- > l'exercice de M. Tremblay ;
- > les exercices de réchauffement ;
- > l'obligation de pratiquer les mille et une manières de rehausser une personne avachie dans son fauteuil roulant ;
- > l'exercice de remontée à la tête du lit par transfert de poids latéral.

La formation des formateurs qui durait six jours en plus d'une expérimentation, prend maintenant sept jours. L'expérimentation est maintenue. Dans la version 2003, le rôle d'animateur est plus soutenu. L'apprenti formateur PDSB aura donc besoin de plus d'entraînement. Cela justifie la journée additionnelle. Le prix de la formation des formateurs demeure à 400 \$ par personne pour 2004.

Soutenir les pratiques de soins innovatrices

Plus que jamais, les établissements cherchent des façons de réaliser leurs objectifs de maintien de l'autonomie et de la dignité d'une clientèle détériorée et difficile à soigner. L'ASSTAS s'est intéressée aux concepts et aux méthodes des français Gineste et Marescotti. Elle en a développé une adaptation québécoise « L'approche relationnelle de soins ».

Notre programme PDSB 2003 rend totalement compatible la prévention des maux de dos et l'approche relationnelle de soins. Le

programme PDSB devient même le premier jalon pour l'introduire auprès des travailleurs.

Comment faire la transition ?

Jusqu'à la mi-juin 2004, les activités de suivi de formateurs PDSB sont consacrées à la mise à jour des formateurs. Tous les formateurs actifs, même s'ils ne sont pas encore à l'échéance de leur accréditation, seront invités par lettre à s'inscrire à une activité de mise à jour.

Aucun établissement ou maison d'enseignement n'est tenu d'appliquer le nouveau programme immédiatement. Jusqu'en juin prochain, l'ASSTAS continue d'offrir les documents PDSB 1998. De même, elle honorera les demandes de cartes d'attestation pour étudiants ou travailleurs reçues avant juillet 2004 en vertu de l'ancien programme.

- > Le nouveau cahier du participant sera disponible au début 2004. De janvier à juin 2004, vos commandes de documents devront indiquer la version souhaitée, 1998 ou 2003.
- > Le nouveau cahier du formateur sera disponible au printemps 2004. Tous les formateurs actualisés ou nouvellement formés le recevront gratuitement par courrier. Les nouvelles affiches sont déjà en vente.

Et les travailleurs déjà formés ?

Trois petites capsules de suivi/mise à jour, d'une durée d'environ 75 minutes chacune sont prévues. Le formateur au fait du nouveau programme pourra facilement les animer dans son établissement. ●

L'ÉQUIPE DE MAÎTRES FORMATEURS DE L'ASSTAS SE TIENT À VOTRE DISPOSITION POUR FACILITER VOTRE ADAPTATION À CE CHANGEMENT.



FORMATION

Qui forme les agents multiplicateurs ou de suivi PDSB ?

L'ASSTSAS ne forme pas les agents de suivi PDSB. Nous considérons que le formateur PDSB accrédité par l'ASSTSAS possède les compétences pour animer ces formations.

UN PROGRAMME DE PRÉVENTION DES BLESSURES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Se doter d'agents de suivi PDSB correspond à une vision de la prévention des blessures musculo-squelettiques lors des activités de déplacement des bénéficiaires qui va au-delà de la formation de base PDSB de tous les employés. La formation PDSB n'est pas la fin, mais le début d'un processus de prévention. Les agents de suivi jouent un rôle important dans ce processus.

L'ASSTSAS distribue gratuitement le « Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement » qui décrit le concept de la formation PDSB comme un

MOT DE LA RÉDACTION

Le formateur PDSB, consultez-le !

Depuis qu'*Info-PDSB* est publié dans *Objectif prévention*, plusieurs questions nous viennent directement de travailleurs ou de gestionnaires. Nous les invitons évidemment à consulter d'abord leur formateur PDSB. C'est la personne-ressource pour la prévention des blessures musculo-squelettiques dans les activités de déplacement de bénéficiaires. En plus de son rôle d'enseignement des PDSB, il possède les compétences pour agir à titre d'agent de prévention :

élément du programme de prévention des blessures musculo-squelettiques. Le rôle des différents acteurs y est présenté, entre autres, celui de l'agent de suivi PDSB.

LE RÔLE DE L'AGENT DE SUIVI PDSB

- > Aider ses collègues à exécuter des méthodes de travail sécuritaires.
- > Aider ses collègues à reconnaître la présence de dangers, à rechercher des solutions et à communiquer ces informations.
- > En collaboration avec le formateur PDSB et le chef d'unité, participer à l'identification et l'application des solutions de prévention.

SÉLECTION DES AGENTS DE SUIVI

La bonne sélection est primordiale à la mise en place d'une équipe efficace. Comme le volontariat est un gage de succès, la formule d'affichage permet de bien informer les personnes intéressées au défi et d'obtenir des candidatures. Quelques critères de sélection : avoir participé à la formation de base PDSB ; maîtriser l'application du programme PDSB dans ses tâches ; être capable de communiquer harmonieusement avec ses collègues.

LA FORMATION DES AGENTS DE SUIVI

Plusieurs établissements ont préparé leur propre contenu, adapté à leur situation et à la dynamique interne. C'est une excellente

- > c'est un spécialiste de l'évaluation de la sécurité et de l'identification de solutions lors de transferts problématiques ;
- > en collaboration avec l'agent de suivi et le chef d'unité, il participe à l'identification et à la mise en application des solutions de prévention.

À chaque établissement d'utiliser toutes les compétences des formateurs PDSB !

Vous avez des questions, des commentaires ou des informations à nous transmettre ? N'hésitez pas à communiquer avec l'équipe de rédaction.

Pierre Poulin : ppoulin@asstsas.qc.ca
Rose-Ange Proteau : rproteau@asstsas.qc.ca



des personnes et du travail
un monde à transformer

occasion de créer une cohérence d'équipe ! Cependant, la formation doit contenir les éléments suivants :

- > principales difficultés de performance physique et moyens pour les corriger ;
- > observation de tâches ;
- > résolution de problèmes ;
- > communication interpersonnelle et renforcement positif ;
- > définition d'objectifs d'implantation du programme PDSB.

Le « Guide de gestion du programme de formation PDSB par l'établissement » présente, en annexe, le contenu du programme de formation élaboré par un établissement. L'ASSTSAS a aussi préparé un contenu type qu'il nous fera plaisir de vous fournir gratuitement. ●



INFO RISQUE

Souder les repose-pied du fauteuil roulant

Certains établissements ont choisi de régler le problème de la perte des repose-pied de fauteuil roulant en les soudant ! Cette solution est inacceptable. En effet, l'impossibilité d'enlever les repose-pied d'un fauteuil roulant crée des conditions qui rendent inapplicables les PDSB dans la plupart des manœuvres.

D'AUTRES SOLUTIONS

Il semble évident que les repose-pied perdus sont quelque part dans l'établissement. Il serait surprenant qu'ils se soient envolés ! Ils sont probablement égarés dans un lieu de rangement quelconque.

Des solutions possibles :

- > se donner une procédure pour centraliser le retour de tous les repose-pied « orphelins » retrouvés dans l'établissement ;
- > installer un sac de transport à l'arrière du fauteuil dans lequel l'intervenant place les repose-pied dès qu'il les enlève. ●



ÉQUIPEMENT

Lit double à domicile et sécurité de l'intervenant

Est-ce que des soins ou des transferts peuvent être réalisés de façon sécuritaire pour le travailleur lorsque le client est installé dans un lit double ? Bien que chaque situation de travail soit particulière et requiert une évaluation, nous énumérons ici quelques repères. Toutefois, c'est la responsabilité de l'établissement de déterminer la politique applicable dans son organisation.

LIT DE MAISON OU LIT D'HÔPITAL ?

Tout d'abord, il faut se demander si l'utilisation du lit de maison est sécuritaire ou s'il faut recourir à un lit d'hôpital (ajustable). L'ASSTSAS a publié un document¹ qui traite de la question. En voici un extrait.

« Si des soins au lit sont donnés pour une très courte période et que chacun des soins requis est de courte durée, il est souvent possible de continuer à utiliser le lit habituel. Pour rencontrer les objectifs de postures sécuritaires pour les aidants et le confort pour le client dans les activités de la vie quotidienne, le lit d'hôpital est indiqué dans les situations suivantes :

- > si les soins au lit sont fréquents ;
- > si les soins au lit sont de longue durée ;
- > si le client est alité toute ou la majeure partie de la journée ;
- > s'il a des difficultés importantes à s'asseoir dans le lit ;
- > s'il a des difficultés importantes à se relever du lit ;
- > lorsqu'un lève-personne est requis.

Si les manutentions des réglages du lit sont fréquentes, un lit électrique est préférable. Si le client a la possibilité d'actionner le contrôle d'un lit électrique, son autonomie en sera grandement augmentée... ».

Une politique de l'établissement doit clairement indiquer aux clients dans quelles circonstances le lit de maison (non ajustable) est accepté et quand le lit d'hôpital² (ajustable trois fonctions : élévation de la tête, du pied et de la hauteur) est exigé³.

EST-IL POSSIBLE D'APPLIQUER LES PDSB ?

Afin de déterminer la sécurité des manœuvres et des soins, il faut évaluer les répercussions de l'utilisation du lit double sur l'ensemble des principes de la formation PDSB.

Préparation

> Analyser les six éléments de la situation de travail (encadré).

Positionnement

> Souvent, un lit large signifie que le client est éloigné du bord. Il est impensable de donner des soins à un client qui n'est pas couché au bord d'un lit double. Il faut donc l'approcher, ce qui représente des manœuvres et des efforts supplémentaires.

> Lors des soins et pour chaque manœuvre, lorsque le client est plus éloigné, le dos du soignant est davantage penché. Pour juger du bon positionnement, des observations en situation réelle de travail s'imposent.

Prise

> Pour déplacer un client, la prise doit toujours être rapprochée (contact étroit). Lorsque le client en est capable, le travailleur lui demande de se déplacer lui-même sur le bord du lit, du côté où sont donnés les soins. Sinon, le travailleur doit se rapprocher du client, souvent en mettant un ou deux genoux dans le lit.

Mouvement

> L'effort doit être fourni par les jambes (transfert de poids) ou par le poids du corps (contrepoids). Il ne faut pas forcer avec les bras.

> La force des cuisses requise pour le transfert de poids avant-arrière, peut ne pas suffire pour déplacer le client éloigné du bord du lit. Il faut alors opter pour le contrepoids ou demander l'aide d'un collègue.

> Avec un contrepoids, le soignant utilise

tout le poids de son corps pour déplacer le client. Peut-il déposer un ou deux genoux dans le lit ? La position avec deux genoux dans le lit est souvent instable, ce qui ne permet pas d'amorcer le mouvement.

> Un client centré dans un lit large est automatiquement éloigné du bord. Le travailleur doit répéter les manœuvres pour le rapprocher (ex. : deux contrepoids au lieu d'un), d'où des efforts supplémentaires. Le lève-personne sur rail au plafond peut réduire ces difficultés. Par contre, installer la toile ou la surface de glissement sous le client oblige à le tourner. Il convient alors de la laisser en permanence sous le client.

Après analyse de la situation de soin ou de transfert avec un lit double, s'il s'avère impossible de réunir les conditions requises pour respecter les principes de la formation PDSB, un lit simple est requis. ●

RÉFÉRENCES

1. ASSTSAS. *Postures de travail sécuritaires à domicile et autonomie des personnes*, 1997, p. 47 et 57.
2. PROTEAU, R.-A., L. DE SERRES. « Pourquoi un lit électrique articulé à domicile ? », *Objectif prévention*, vol. 23, n° 1, 2000, p. 10-11.
3. PROTEAU, R.-A., L. DE SERRES. « Sécurité : les dimensions aussi comptent », *Objectif prévention*, vol. 23, n° 1, 2000, p. 12-13.
4. ASSTSAS. *La chambre : milieu de vie et lieu de travail*. Collection PARC : Bâtir pour mieux travailler n° 2, 1996, 25 p.

ANALYSE DE LA SITUATION DE TRAVAIL

La personne

- > Quel est le niveau d'assistance requis par le client ? S'il est en mesure de se mobiliser seul, un lit plus large n'entraîne pas nécessairement de difficulté.
- > Le client est-il obèse ? Parfois, un lit plus large représente un avantage : plus grande surface de matelas pour le tourner sans devoir le glisser au préalable.

L'environnement

- > Un lit large occupe plus d'espace dans la chambre. Reste-t-il alors assez d'espace pour y travailler⁴.
- > Un lève-personne sur rail au plafond n'exige pas beaucoup d'espace. Donner des soins demande un minimum d'espace de 60 cm d'un côté du lit et de 120 cm de l'autre.

La tâche

- > Les besoins d'espace diffèrent en fonction de la tâche à effectuer auprès du client au lit : hygiène, habillage, alimentation, exercice, positionnement.

Le temps

- > Un lit large peut obliger à reprendre deux fois les manœuvres, ce qui nécessite plus de temps.

Les équipements

- > Un lève-personne sur rail au plafond et une toile appropriée facilitent les transferts.
- > Des surfaces glissantes laissées sous le client (alèse satinée, tube de transfert) sont essentielles pour faciliter le glissement du client et l'approche au bord du lit.
- > Pour aider le client à se mobiliser dans le lit, lui fournir un demi-côté (ridelle) de lit ou des rallonges.
- > Les matelas préventifs et curatifs, parce qu'ils sont mous, augmentent la difficulté à glisser le client.

L'organisation

- > Un seul travailleur est-il en mesure de donner les soins de façon sécuritaire ? La situation requiert-elle la présence de deux soignants ?
- > Un contrat spécifiant les conditions de soins sécuritaires doit être conclu avec le client.



PDSB



ÉCHO DU SECTEUR

Dosez vos efforts, lors des déplacements de bénéficiaires

Guy Boulanger, Stéphane Grondin
Formateurs PDSB,
Hôpital Charles LeMoine

Dans le cadre de la campagne de prévention sur les efforts excessifs, nous avons mis sur pied un projet important. Avec la participation des intervenants du bureau de santé, nous avons identifié des actions pour réduire les efforts lors des déplacements de bénéficiaires. Nous avons débuté par un bilan des actions déjà réalisées. Ensuite, nous avons dégagé des priorités et identifié des moyens simples et réalistes d'atteindre nos objectifs.

TROIS MOYENS, POUR ALLER PLUS LOIN EN PRÉVENTION

Voici les trois moyens d'action mis de

l'avant pour réaliser notre grand projet de sensibilisation pour la prévention des efforts excessifs.

> 1. Déplacements au lit par glissement

Les déplacements au lit sont plus faciles lorsque le bénéficiaire est couché sur une surface glissante. Nous avons essayé une toile de nylon et les résultats sont très satisfaisants. Restait, ensuite, à la promouvoir dans l'ensemble des unités de l'hôpital.

> 2. Planchettes de transfert

Depuis plusieurs années, nous utilisons des planchettes de transfert. Malheureusement, elles ne sont pas toujours disponibles et certains en ont même oublié l'usage. Convaincus de leurs avantages, nous avons décidé de rendre les planchettes à nouveau disponibles et visibles et, aussi, de faire la promotion de leur utilisation.

> 3. Les petites chambres

Dans notre établissement, les chambres sont petites. Y entrer avec un lit ou une civière, par exemple au moment d'une admission, réduit beaucoup l'espace de travail. Les problèmes surviennent lors des transferts d'un bénéficiaire de lit à lit ou de lit à civière. Après différents essais, il a été convenu de

pivoter le lit qui reçoit le nouveau client, de façon à le placer parallèle au lit ou à la civière qui entre dans la chambre. Ainsi, il y a plus d'espace pour effectuer la manœuvre et l'application des PDSB devient alors possible.

• • •
Les déplacements au lit sont plus faciles lorsque le bénéficiaire est couché sur une surface glissante.

UN PLAN DE COMMUNICATION

La documentation de l'ASSTSAS a guidé l'élaboration de notre projet de réduction des efforts excessifs. Notre campagne de promotion s'est déroulée en quatre étapes.

> 1. **Présentation du projet à Sylvie Brassard, responsable du bureau de santé,** afin d'obtenir son appui et son soutien.

> 2. **Rencontre individuelle avec chaque chef d'unité** afin de présenter le projet et de s'assurer qu'il informe son équipe de nos éventuelles actions de suivi PDSB dans l'unité.

> 3. **Réalisation du suivi de formation PDSB avec tous les soignants,** un à un, sur leur unité de travail. Ce suivi de formation a permis d'intégrer dans le travail les trois moyens d'action pour réduire les efforts. Tous les soignants de l'hôpital ont été rejoints sur une période de huit mois.

> 4. **Renforcement de notre suivi** par l'utilisation d'affiches de sensibilisation.

Évidemment, changer des habitudes de travail exige un certain effort. Cependant, le projet n'a rencontré aucun obstacle majeur. Par la persévérance, nous arriverons à réduire les efforts excessifs pour le personnel et à améliorer ainsi la qualité des soins aux bénéficiaires. Les résultats de notre travail sont déjà visibles et nous sommes convaincus qu'il y aura encore de l'amélioration. ●

MOT DE LA RÉDACTION

L'Info-PDSB : une réponse à vos questions !

Chaque jour, en tant que formateurs accrédités PDSB, vous êtes confrontés à la réalité du terrain par les situations problématiques qui vous sont soumises. Quelques-uns nous retournent ces questions. La plupart du temps, l'information vous concerne aussi ! L'Info-PDSB est l'outil privilégié pour partager les réponses, qu'il s'agisse des conditions d'utilisation du lève-personne ou de trucs comme l'utilisation des mousquetons sur les crochets des lève-personne.

Nous vous invitons à contacter votre maître-formateur pour lui soumettre vos questions.

Avec grand plaisir, nous nous efforcerons de vous orienter, toujours pour l'amélioration de la sécurité des soignants et des clients.

Il faut aussi nous faire part de vos expériences, comme l'ont fait vos collègues de l'Hôpital Charles LeMoine. C'est un moyen de briser l'isolement que chacun peut ressentir dans son établissement et de s'alimenter en idées d'actions pratiques. Osez ! Ce que vous accomplissez mérite d'être connu.

Vous avez des questions ou des informations à nous transmettre ? N'hésitez pas à communiquer avec nous.

Pierre Poulin : ppoulin@asstsas.qc.ca
Rose-Ange Proteau : rproteau@asstsas.qc.ca



des personnes et du travail
un monde à transformer



ÉQUIPEMENT



1. À deux mains pour sortir la sangle d'un crochet avec mousqueton : une main ouvre le mousqueton, l'autre fait sortir la sangle.

Des mousquetons sur les crochets de lève-personne

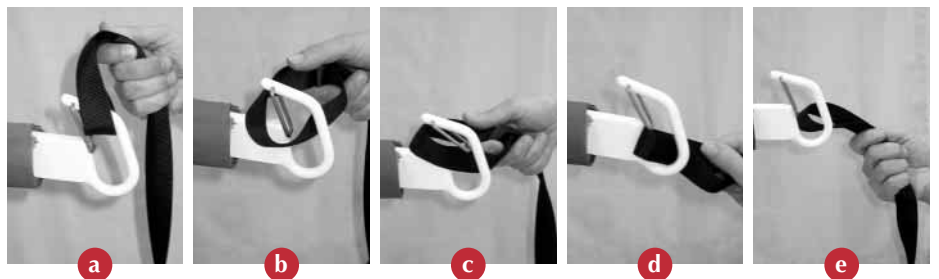
À la suite d'un accident avec un lève-personne, la recommandation d'un coroner a porté sur la présence d'un dispositif pour empêcher les sangles de la toile de sortir des crochets. La réponse simple de certains fabricants consiste à placer un mousqueton sur chaque crochet. Il demeure facile d'y entrer la sangle et le mousqueton élimine la possibilité que la sangle ressorte du crochet. Vérifiez auprès du fabricant de vos équipements afin d'obtenir cette modification sur vos équipements.

Cependant, pour décrocher la sangle, il

peut devenir agaçant d'ouvrir le mousqueton d'une main et de sortir la sangle de l'autre (photo 1). Cette difficulté peut déranger suffisamment pour que certains brisent les mousquetons afin de se faciliter la tâche.

LE TRUC DU MÉTIER

La photo 2 illustre le geste qui permet de dégager, d'une seule main, la sangle du mousqueton pour la sortir du crochet. Vraiment facile ! SVP, informez-en vos collègues afin de continuer à améliorer la sécurité pour les bénéficiaires et pour les soignants. ●



2. a) D'une main, il s'agit de remonter la sangle vers le mousqueton ; b, c, d) repasser la sangle sur le mousqueton en la ramenant vers le bas ; e) la sangle est libérée du crochet.

blabla
blabla

LES POTINS

Un ou deux soignants pour manipuler le lève-personne ?

Régulièrement, nous recevons cette question qui concerne les conditions sécuritaires d'utilisation du lève-personne. Rappelons d'abord que la direction de l'établissement est responsable de déterminer la politique applicable dans son organisation.

CE QU'EN DIT L'ASSTSAS

Nous vous référons aux deux documents publiés par l'ASSTSAS : Prévention des blessures musculo-squelettiques pour le personnel soignant (p.130-132) et Guide de référence pour la sélection et l'acquisition de lève-personne mobiles au sol et leviers à station debout (p. 12, 17-18, 78). Dans ces documents, comme dans le présent texte, la position suggérée est valable lorsque toutes les autres conditions d'utilisation du lève-personne sont adéquates, par exemple, le

choix de la toile en fonction du client, l'espace de manœuvre, etc.

De façon générale, nous considérons qu'il est plus avantageux de travailler à deux soignants, aussi bien pour l'utilisation du lève-personne mobile au sol (LPMS) que du lève-personne sur rail au plafond (LPSRP).

Cependant, un client autonome, préalablement installé sur sa toile, peut utiliser sans aide un LPSRP pour ses transferts lit-fauteuil. C'est donc dire que l'utilisation d'un lève-personne à un seul soignant peut être sécuritaire sous certaines conditions.



Toutes les opérations sont beaucoup plus rapides et moins exigeantes à deux soignants.



AVANTAGES D'EXÉCUTER LA TÂCHE À DEUX

Comme mentionné dans le Cahier du participant PDSB (p. 89-95), toutes les opérations pour installer la toile sont beaucoup plus

rapides et moins exigeantes à deux soignants comparativement à un. Il s'agit d'un choix d'organisation et d'équipe.

Nous savons qu'en soins à domicile, l'organisation du travail détermine que l'auxiliaire familiale travaille seule en général. Cette étape est donc exécutée par une personne, sauf si l'évaluation du client justifie d'être deux. En institution, le choix peut être différent.

C'est avec les clients aux comportements susceptibles d'interférer avec la manœuvre que l'on « ajoute de la sécurité » en travaillant à deux. Pendant qu'un soignant manœuvre l'appareil, l'autre maintient la relation avec le client. En gardant le plus possible le contact avec les yeux, il lui parle et le touche pour le sécuriser. Ainsi, les risques sont réduits pendant la manœuvre. Avec un LPSRP, une fois la toile installée à deux soignants, il est possible pour un seul soignant de manœuvrer l'appareil tout en maintenant une relation sécurisante avec le client.

UN PARTAGE DE TEMPS ET D'EFFORT

Avec un LPMS, il est plus sécuritaire de travailler à deux au moment de soulever un client qui a tendance à s'agiter. Il est aussi avantageux, en temps et en effort, d'être deux pour installer la toile sous le client, aussi bien avec un LPMS qu'avec un LPSRP. ●

PDSB



FORMATION

Enfin, Intégration PDSB soins à domicile pour formateurs PDSB régulier

Depuis plusieurs années, des formateurs PDSB régulier sont appelés à donner aussi de la formation PDSB soins à domicile. Jusqu'à présent, ces formateurs étaient intégrés à une session de Suivi de formateurs et réaccréditation (SFR-1) en soins à domicile. En 2002, l'ASSTSAS introduit une nouvelle formation de deux jours spécifique aux formateurs qui auront à intervenir en soins à domicile.

En soins à domicile, tout le travail s'effectue dans l'environnement des clients. De plus, environ 80 % du travail des auxiliaires familiales et sociales (AFS) sont des soins d'hygiène donnés dans des salles de bain domestiques.

Le formateur qui possède seulement une expérience en institution devra se familiariser à l'avance au contexte de travail des participants. En soins à domicile, les travailleurs sont généralement seuls, ce qui modifie un certain nombre d'éducatifs. Mais, ne vous inquiétez pas, les principes sont les mêmes, donc le formateur PDSB régulier expérimenté ne repart pas à zéro.

Dates : 25 et 26 mars 2002

Lieu : Montréal

Coût : 105 \$

Les inscriptions doivent nous parvenir au moins un mois à l'avance (25 février) et des travaux préliminaires vous seront demandés.

TRAVAUX PRÉLIMINAIRES

1. Lire le matériel didactique

Lors de l'inscription, l'ASSTSAS fait parvenir, dans les plus brefs délais, la documentation didactique. Avant la session, le futur formateur doit lire ces documents et noter ses questions : ➤ les six cahiers du formateur PDSB soins à domicile ➤ le cahier du participant PDSB soins à domicile ➤ le cahier

Postures de travail sécuritaires en soins à domicile et autonomie des personnes.

2. Effectuer une journée d'observation à domicile

Pour se familiariser avec les interventions à domicile, le futur formateur doit effectuer, avant la session, au minimum, une journée d'observation des tâches d'au moins deux AFS dans un CLSC.

3. Se procurer le dépliant d'information et les politiques du CLSC visité

Pour aider le formateur PDSB à comprendre les enjeux de l'organisation du travail en soins à domicile, il doit obtenir du CLSC une copie du dépliant d'information donné au client et de la politique de dispensation conditionnelle des services, ou l'équivalent (contrat, document d'information générale, etc.).

4. Remettre un rapport écrit de ses observations à domicile

Au moment de la session, le futur formateur remet un rapport écrit d'une des observations qu'il a réalisées.

À bientôt ! ●

MOT DE LA RÉDACTION

Info-PDSB change de forme

Les formateurs accrédités PDSB (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires) ont connu le feuillet *Info-PDSB* qui leur était posté directement pour les aider à mieux intervenir en formation ou dans un rôle d'agent de prévention. Afin de mieux contribuer à la prévention dans le travail des soignants, l'*Info-PDSB* se transforme en une chronique intégrée à *Objectif prévention*.

Vous avez des questions ou des informations à nous transmettre ? N'hésitez pas à communiquer avec nous.

Pierre Poulin : ppoulin@asstsas.qc.ca

Rose-Ange Proteau : rproteau@asstsas.qc.ca



des personnes et du travail
un monde à transformer



INFORMISQUE

Manœuvres recommandées ou non par l'ASSTSAS

Nous recevons plusieurs demandes d'information pour connaître nos recommandations à propos de certaines manœuvres. Voici de quoi il retourne exactement.

LE TRANSFERT EN CHAISE

Cette manœuvre, enseignée il y a plusieurs années, doit être éliminée. Il s'agit d'un soulèvement avec risque élevé d'accident. En milieu institutionnel, on doit disposer de lève-personne et de toiles en quantité suffisante et les utiliser pour le déplacement de tout client qui ne peut plus faire de mise en charge.

LE TRANSFERT DE POIDS LATÉRAL

L'ASSTSAS considère que le transfert de poids latéral devrait être remplacé par une autre source d'effort lorsque c'est possible. Par exemple, le contrepoids avec un genou dans le lit ou le transfert de poids avant-arrière avec prise sur le piqué pour effectuer une remontée à la tête du lit. Actuellement, il subsiste des questions quant aux contraintes imposées à la colonne vertébrale lorsque l'on effectue un transfert de poids latéral.

LA REMONTÉE À LA TÊTE DU LIT PAR TRANSFERT DE POIDS LATÉRAL AVEC PRISE DIRECTE SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Cette manœuvre ne doit plus être utilisée. La prise doit se faire sur le piqué ou sur l'alèse. En effet, la prise directe sur le bénéficiaire implique une flexion plus grande et un bras de levier plus grand, donc des contraintes, selon nous, trop dangereuses pour la colonne vertébrale. ●



ÉCHO DU SECTEUR

Une expérience de suivi pour garder le programme PDSB toujours vivant !

SUZANNE LEMIEUX*,
JOCELYNE BILODEAU*,
ET CHRISTIANE GAMBIN, ASSTSAS

Des formatrices PDSB ont implanté un suivi à la formation qui consiste, entre autres, à développer une mise à jour originale. En décembre 1996, la mise à jour débute pour les travailleurs ayant reçu la formation de base et le suivi sur l'unité (12 participants). Cette sensibilisation, axée sur des situations réelles de travail, amène les participants par groupes de trois ou quatre à trouver une manière pour mobiliser un client en toute sécurité. Plusieurs mises en situation ont été créées par les formatrices à partir des situations de travail vécues dans leur milieu.

STRUCTURE DE LA FORMATION

- **Les nouveautés dans le programme** (manœuvres, aménagements, équipements).
- **Un relevé des accidents dans le milieu.**
- **Une révision synthétisée des principes.**
- **Un réchauffement et une pratique**, par chaque participant, d'une manœuvre par transfert de poids latéral, avant-arrière, et une par contrepoids. Après la manœuvre, commentaires des collègues de travail.
- **Mises en situation concrètes par équipes de deux ou trois personnes** (situations pigées au hasard).

➤ **Démonstration de chaque équipe à l'ensemble du groupe.** Autres façons de procéder des autres participants.

Cette mise à jour, d'une durée de 3 h 30, a été fort appréciée par les participants. La formule doit toutefois être bonifiée avec des plus petits groupes (six ou huit participants plutôt que 12) ainsi qu'en augmentant la durée (une journée plutôt qu'une demi-journée) afin d'être en mesure d'expérimenter les sept mises en situation proposées.



Cette sensibilisation, axée sur des situations réelles de travail, amène les participants par groupes de trois ou quatre à trouver une manière pour mobiliser un client en toute sécurité.



ET LA SUITE...

Au total, 300 employés ont été formés et soutenus dans l'application des principes. Les deux formatrices ont partagé le travail de formation et de suivi sur les huit unités. Elles souhaitent maintenant procéder à des mises à jour annuelles ou aux deux ans pour l'ensemble du personnel. Elles souhaitent également participer davantage à la prévention des accidents du travail par une plus grande implication dans la sélection et le choix de nouveaux équipements et dans la mise en place d'un système d'entretien préventif qui contribueraient à faciliter l'implantation des manœuvres.

EXEMPLE DE MISES EN SITUATION :

rehausser un bénéficiaire au fauteuil roulant

En début d'après-midi, lors de la tournée pour les soins d'hygiène, Mme Martineau a glissé sur le bord de son fauteuil de positionnement. Elle est assise sur un coussin Roho.

La toile hamac (sans cuissardes) du levier sur laquelle elle est assise est remontée trop haut dans son dos. Madame ne comprend pas les consignes verbales. Elle a le tronc rigide, les hanches et les genoux contracturés en position fléchie.

Vous devez la repositionner au fond du fauteuil roulant. Comment vous y prenez-vous ?

De plus, elles apprécieraient obtenir des données comparatives des accidents du travail afin de pouvoir apprécier l'impact du suivi sur les accidents. Enfin, un dernier projet consisterait à soutenir les personnes accidentées du travail lors de leur retour par le biais d'un programme pour prévenir des accidents similaires. ●

* Suzanne Lemieux et Jocelyne Bilodeau sont thérapeutes en réadaptation physique au Centre de soins prolongés de Montréal. Elles remercient les travailleurs de jour, de soir et de nuit pour leur implication et leur grande contribution au succès de ce programme. Le CSPM fait à présent partie du Centre de soins prolongés Grace-Dart.

blabla
blabla

LES POTINS

Glisser ? Oui, mais comment faire mieux et avec moins d'effort ?

Rouler, glisser et pivoter sont des principes de base des PDSB. Les deux facteurs qui influencent la facilité d'exécution des glissements sont : la méthode d'exécution de l'effort et l'utilisation d'une surface de glissement. Pour quantifier les effets de ces facteurs, des travaux ont été entrepris par l'ASSTSAS

avec le département de kinanthropologie de l'Université du Québec à Montréal. Des tests ont été réalisés avec 14 différentes surfaces de glissement et différentes méthodes d'exécution de l'effort :

- contrepoids avec le genou dans le lit ;
- contrepoids en descendant sur une jambe ;
- transfert de poids latéral ;
- transfert de poids avant-arrière.

Nous comptons compléter l'analyse des données d'ici la fin de l'année 2001 et vous transmettre les résultats en 2002.

D'ici là, apprenez qu'un grand sac à poubelle placé sous un piqué standard permet de diminuer de moitié l'effort requis pour remonter un bénéficiaire dans son lit.

Par ailleurs, un des problèmes avec les surfaces glissantes est leur résistance limitée aux conditions de lavage de la literie institutionnelle. Des contacts ont été établis avec des fabricants pour tester la résistance au lavage de certaines surfaces de glissement. Malheureusement, le lavage dans une laveuse domestique doit encore être envisagé pour ces surfaces. ●

Nouveauté Consultez le couvert d'Objectif prévention concernant la vente de droits de reproduction pour les cahiers du participant PDSB régulier et soins à domicile. **Ça vous concerne !**