



Évaluation de l'implantation du Programme de prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail du Réseau de santé publique en santé au travail

SYNTHÈSE

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Évaluation de l'implantation du Programme de prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail du Réseau de santé publique en santé au travail

SYNTHÈSE

Groupe scientifique sur les troubles musculo-squelettiques liés au travail (GS-TMS)

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Avril 2014

AUTEURES

Susan Stock, M.D., M. Sc., FRCPC, responsable du projet
Responsable, Groupe scientifique sur les TMS liés au travail, Institut national de santé publique du Québec
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

France Tissot, M. Sc., coordonnatrice du projet
Groupe scientifique sur les TMS liés au travail, Institut national de santé publique du Québec

Faïza Lazreg, M. Sc., agente de recherche
Groupe scientifique sur les TMS liés au travail, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Geneviève Baril-Gingras, Ph. D., professeure,
Département des relations industrielles, Sciences
sociales, Université Laval

Alain Delisle, Ph. D., vice-doyen, Faculté d'éducation
physique et sportive, Université de Sherbrooke

Benjamin Demelin, M. Sc., stagiaire, Groupe
scientifique sur les TMS liés au travail
Masters en politiques d'emploi et ressources
humaines, Université Rennes 2, France

Manon Gagné, infirmière clinicienne, Santé au travail,
CSSS de Saint-Jérôme, Laurentides

Diane Gauthier, coordonnatrice régionale, Santé au
travail, Direction de la santé publique des Laurentides
et Table de concertation nationale en santé au travail
du Réseau de santé publique en santé au travail

Elena Laroche, Ph. D., directrice du Service des
études, Direction de l'enseignement et de la recherche,
TÉLUQ, l'université à distance de l'Université du
Québec

Lynda Mc Dermott, technicienne en hygiène du travail,
CSSS Drummond, Mauricie et Centre-du-Québec

Paule Pelletier, ergonomiste, Direction de la santé
publique de la Montérégie et ancienne présidente,
Comité provincial des représentants en ergonomie du
Réseau de santé publique en santé au travail

Alice Turcot, M.D., FRCPC, médecin-conseil, CSSS
Montmagny-L'Islet, Chaudière-Appalaches,
Groupe scientifique sur les TMS liés au travail, Institut
national de santé publique du Québec

Nicole Vézina, Ph. D., professeure, Département de
Kinanthropologie, Université du Québec à Montréal

RÉVISION LINGUISTIQUE

Bernard Duchesne, Conseiller en communication, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Marie-Cécile Gladel, Santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

SOUTIEN FINANCIER

Ce projet de recherche a été rendu possible grâce au soutien financier du Fonds commun du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT).

NOTE :

Pour alléger le texte, l'usage du terme « coordonnateur », « infirmière », « médecin » et « technicien en hygiène » inclut autant le féminin que le masculin.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-70743-1 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-70744-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de cette étude d'évaluation d'implantation du Programme Réseau de prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail. Ce projet de recherche n'aurait pas été possible sans la collaboration de plusieurs personnes qui ont investi de leur temps.

D'abord, mentionnons, les intervenants et intervenantes, les ergonomes, les coordonnatrices et coordonnateurs locaux et régionaux de tout le Réseau de santé publique en santé au travail qui ont collaboré avec une grande générosité en participant aux sondages et aux ateliers d'échanges. Ils et elles ont été d'une grande générosité en acceptant de partager leur vécu, leurs perceptions et leurs réflexions. Bon nombre ont gentiment émis d'amples commentaires judicieux et pertinents aux questions ouvertes du sondage et lors des ateliers. L'équipe de recherche est également très reconnaissante du travail colossal accompli par les personnes ressources de chaque région qui ont contribué à la collecte des données du volet des Programmes de santé spécifique à l'établissement (PSSE) réalisés en 2010.

Ensuite, nous désirons souligner la collaboration de ceux et celles (coordonnateurs, ergonomes et intervenants des équipes Santé au travail (SAT) des régions de Montréal, de la Gaspésie, de Chaudière-Appalaches et de Québec) qui ont accepté de passer 90 minutes avec nous pour les prétests des questions des trois sondages élaborés pour les intervenants, les ergonomes et les coordonnateurs. Leurs commentaires, explications et suggestions ont grandement contribué à cette étape stratégique du projet et ont permis de raffiner plusieurs questions et d'apporter d'importantes améliorations aux sondages.

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance envers le Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) pour la subvention qu'il a accordée à cette étude d'évaluation d'implantation. Par ailleurs, nous ne pouvons passer sous silence la contribution des membres de la Table de concertation nationale en santé au travail (TCNSAT) qui a soutenu le projet et a encouragé ses membres à y participer. À cette contribution, il faut ajouter celle des gestionnaires de tous les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont permis que leurs intervenants s'impliquent dans cette étude.

Par ailleurs, le succès de ce projet repose sur le soutien considérable de Diane Gauthier, coordonnatrice régionale ayant la responsabilité du dossier des Troubles musculo-squelettiques (TMS) à la TCNSAT et Paule Pelletier, présidente du Comité provincial des représentants en ergonomie (CPRE) pendant le déroulement de ce projet. La participation des intervenants terrain à l'équipe de recherche, Manon Gagné, infirmière clinicienne au CSSS de Saint-Jérôme, Lynda Mc Dermott, technicienne en hygiène du travail au CSSS Drummond et Alice Turcot, médecin-conseil au CSSS Montmagny-L'Islet, en Chaudière-Appalaches et à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a contribué énormément au projet. Des sincères remerciements à Elena Laroche et Sophie Lamontagne pour l'énorme travail de grande qualité effectué lors de la mise en ligne des sondages et pour leur disponibilité et leur grande patience. La contribution de nos autres collaborateurs Nicole Vézina, Geneviève Baril-Gingras et Alain Delisle a également enrichi le projet. Nous tenons à leur témoigner toute notre gratitude pour leur engagement et leur disponibilité.

Nous ne pouvons également passer sous silence tout le soutien apporté par les membres du Comité provincial des représentants en ergonomie tout au long de ce projet. Ils se sont investis pour la réussite du projet et ont travaillé de concert avec l'équipe de recherche. Les auteurs ont apprécié leurs commentaires éclairés et constructifs tout au long du projet.

L'équipe de recherche est également très reconnaissante de la contribution de Ghislaine Tougas, ergonomiste à la Direction de santé publique de Montréal, pour tous ses conseils précieux lors de l'élaboration des questionnaires des sondages.

Nous tenons également à remercier chaleureusement, Bernard Duchesne, conseiller en communication pour le Bureau de gestion des projets du RSPSAT et à l'INSPQ, Kim Payette-Chapleau, agente d'information à l'INSPQ, et Karine Gaudreau, graphiste chez Tabasko Design et impression, qui nous ont permis de retransmettre aux acteurs du Réseau des résultats concis, bien écrits dans de belles mises en page, tout au long de ce projet. Bernard Duchesne a également contribué à la révision linguistique de cette synthèse.

Finalement, nous remercions Marie-Cécile Gladel pour son aide précieuse à la mise en pages et à la révision linguistique de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	V
1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE	1
2 OBJECTIFS DU PROJET	3
3 MÉTHODES.....	5
4 RÉSULTATS	7
4.1 Volet 1 : Le portrait des PSSE réalisés en 2010 ayant retenu les risques de TMS	7
4.2 Volet 2 : Résultats des sondages	8
4.2.1 Taux de réponse	8
4.2.2 Les perceptions des répondants à l'égard du Programme de prévention des TMS	8
4.2.3 L'implantation des activités du Programme de prévention des TMS réalisées au cours des 12 mois précédant le sondage ou dans le cadre des deux derniers PSSE décrits dans le sondage des intervenants.....	9
4.2.4 Les besoins en formation des intervenants et des ergonomes	10
4.2.5 Les principaux obstacles et facteurs facilitants rencontrés dans l'implantation des activités de prévention des TMS	10
4.2.6 Les stratégies à privilégier pour améliorer le Programme et les pistes de solutions proposées	11
4.3 Volet 3 : Résultats des ateliers	12
5 DISCUSSION ET SOMMAIRE.....	15
6 RECOMMANDATIONS.....	17
RÉFÉRENCES.....	21

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASP :	Association sectorielle paritaire (pour la prévention en santé et sécurité du travail)
CPRE :	Comité provincial des représentants en ergonomie
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DSP :	Direction de santé publique
EQCOTESST :	Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail
GS-TMS :	Groupe scientifique sur les troubles musculo-squelettiques liés au travail de l'INSPQ
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSSE :	Programme de santé spécifique à l'établissement
RSPSAT :	Réseau de santé publique en santé au travail
SAT :	Santé au travail
SISAT :	Système d'information en santé au travail
TCNSAT :	Table de concertation nationale en santé au travail
TMS :	Troubles musculo-squelettiques

1 CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail sont une cause très importante d'incapacité dans la population active québécoise. Selon l'Enquête québécoise sur des conditions de travail et d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), un travailleur québécois sur cinq a subi des symptômes musculo-squelettiques importants d'origine non traumatique attribués au travail au cours de l'année précédant l'Enquête (Stock et coll., 2011). Chaque année, environ 35 % des lésions professionnelles indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST) sont des TMS d'origine non traumatique (Michel et coll., 2010). L'EQCOTESST nous indique que moins de 20 % des absences du travail en raison de douleurs musculo-squelettiques, perçues comme entièrement liées au travail, sont déclarées à la CSST. La prévention des TMS liés au travail est une priorité du Programme national de santé publique du Québec (MSSS, 2008) et une priorité d'action du plan stratégique 2010-2014 de la CSST (CSST, 2010).

Le Programme de prévention des TMS liés au travail du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) a été mis en place en avril 2008, suite à la publication d'un document de réflexion sur le rôle de la santé publique en prévention des TMS liés au travail et de proposition des orientations de la Table de concertation nationale en santé au travail (TCNSAT) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Stock et coll., 2005). Ce programme vise l'identification de la présence de TMS liés au travail et des facteurs de risque professionnels associés aux TMS et l'intégration des risques TMS aux programmes de santé spécifiques aux entreprises (PSSE), au même titre que les autres risques à la santé au travail. Il vise également la mobilisation des entreprises ayant des facteurs de risque de TMS importants à s'engager dans des activités de prévention. Un programme à quatre blocs a été proposé. Les membres de la TCNSAT ont décidé de lancer le Programme Réseau de prévention des TMS par étape à travers la province. Ils favorisaient d'abord l'implantation des deux premiers blocs du Programme, en tant qu'offre de service minimal aux établissements concernés lors de l'élaboration ou la mise à jour des PSSE. Il s'agit de :

Bloc 1 : *L'évaluation sommaire* est une série d'activités que doivent réaliser les équipes de santé au travail (SAT) des centres de santé et de services sociaux (CSSS) désignés en SAT pour leur permettre de juger de l'importance des facteurs de risque de TMS présents dans le milieu de travail :

- (i) l'évaluation du portrait lésionnel de l'établissement (données CSST ou registre de l'établissement);
- (ii) l'évaluation de la perception des acteurs du milieu de travail de la présence des TMS ou des postes de travail à risque de TMS; et
- (iii) le repérage de la présence des risques de TMS par des observations des postes ou des activités de travail;

Bloc 2 : *L'information et la mobilisation du milieu de travail.* Lorsque des risques de TMS importants sont reconnus et retenus dans le plan d'action du PSSE, l'équipe SAT doit s'engager à donner une séance d'information à l'employeur et aux travailleurs afin de leur présenter, entre autres, les facteurs de risque de TMS, leurs effets sur la santé et les

moyens de prévention afin de promouvoir la prise en charge de la prévention des TMS et la réduction des risques.

La TCNSAT a proposé que les blocs 3 et 4 du Programme, soit le soutien aux entreprises pour une évaluation plus approfondie des risques de TMS, pour la recherche et l'implantation des solutions (bloc 3) et l'évaluation des solutions (bloc 4) soient implantés dans un second temps. Toutefois, les équipes SAT souhaitant réaliser des activités de soutien ergonomique, et ayant les ressources nécessaires, pouvaient s'investir dans celles-ci.

Tous les intervenants du RSPSAT impliqués dans les PSSE sont visés par ce programme. Son implantation nécessitait de nouvelles compétences chez les intervenants. Il était important d'évaluer le processus et le degré d'implantation de ce nouveau programme incluant les obstacles et les facteurs facilitant l'implantation. Le Groupe scientifique sur les TMS liés au travail (GS-TMS) de l'INSPQ, sous la direction de Susan Stock, en collaboration avec des acteurs du RSPSAT et des autres chercheurs a proposé un projet d'évaluation d'implantation du Programme et la TCNSAT a accepté de le financer grâce au fonds commun du RSPSAT.

Le but du projet était de mieux comprendre les défis et les besoins des équipes de santé au travail dans l'application des activités de prévention des TMS afin de mieux soutenir les intervenants dans leur travail. Une approche participative fut privilégiée pour ce projet. L'équipe de recherche comprenait plusieurs membres du RSPSAT incluant une coordonnatrice de la TCNSAT, la présidente du Comité provincial des représentants en ergonomie (CPRE) et trois intervenants terrain du RSPSAT qui ont contribué activement à toutes les étapes du projet ainsi que des chercheurs et des agentes de recherche.

2 OBJECTIFS DU PROJET

1. Évaluer le degré d'implantation des activités de prévention du Programme Réseau de prévention des TMS réalisés par les intervenants et leurs perceptions quant à leur pertinence.
2. Identifier les facteurs influençant l'implantation des activités de prévention, soit les obstacles et les facteurs facilitant leur implantation.
3. Recueillir les suggestions et les besoins des intervenants ainsi que des coordonnateurs pour l'amélioration du Programme Réseau de prévention des TMS.
4. Réaliser des activités d'échanges et de transfert des connaissances des résultats du projet.

3 MÉTHODES

L'évaluation de l'implantation du Programme comportait trois volets utilisant à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives :

1. La collecte du nombre total de PSSE élaborés ou mis à jour en 2010 dans toutes les régions ainsi que la collecte et l'analyse du contenu de la version intégrale de tous les PSSE de 2010 ayant retenu les risques de TMS.

Cette analyse a permis de réaliser un bilan provincial de ces PSSE et de calculer la proportion des PSSE ayant retenu les risques de TMS et la proportion ayant proposé des activités d'information concernant les TMS ou de soutien ergonomique dans le cadre de la mise en application du PSSE. Elle a également fait ressortir des variations de pratiques d'une région à l'autre.

2. Trois sondages, réalisés de décembre 2010 à avril 2011, auprès de l'ensemble des acteurs du RSPSAT impliqués dans les PSSE :
 - (i) un sondage auprès de tous les intervenants des équipes SAT locales qui réalisent des PSSE (médecins, infirmières, techniciens en hygiène);
 - (ii) un sondage auprès de tous les coordonnateurs régionaux et locaux des équipes SAT;
 - (iii) un sondage auprès de tous les ergonomes du RSPSAT.

Les sondages visaient à recueillir des informations concernant :

- l'organisation régionale et locale de la prévention des TMS et les activités de prévention des TMS effectuées par les intervenants et les ergonomes;
- les perceptions de chacun concernant le Programme, les obstacles et les facteurs facilitant son implantation;
- les besoins des intervenants et des ergonomes pour favoriser la prévention des TMS au sein du Programme; et
- les pistes de solution et stratégies à privilégier pour améliorer le programme de prévention des TMS.

Des analyses statistiques des données des volets 1 et 2 ont permis d'évaluer les variations selon la région et la profession et d'étudier l'influence des facteurs contextuels (facteurs régionaux, facteurs organisationnels, caractéristiques des établissements et caractéristiques des intervenants) sur le choix de retenir les risques de TMS aux PSSE et proposer au moins une activité d'information ou de soutien ergonomique (ex. : évaluation approfondie des risques de TMS, soutien à la recherche de solutions ou à l'implantation des solutions, évaluation ou suivi des solutions implantées).

3. Une série d'ateliers d'échanges régionaux avec des intervenants, des coordonnateurs et des ergonomes ont eu lieu à l'automne 2012 afin de présenter les résultats du projet, de discuter de l'interprétation des résultats et des principales recommandations et pistes de solution à poursuivre et pour mettre en lumière l'évolution des activités de prévention des TMS dans chaque région depuis les sondages.

4 RÉSULTATS

4.1 VOLET 1 : LE PORTRAIT DES PSSE RÉALISÉS EN 2010 AYANT RETENU LES RISQUES DE TMS

En 2010, 1378 PSSE ont été élaborés ou mis à jour et 416 ont retenu les risques de TMS dans 15 régions¹. Au moment de l'étude en 2010, il y avait huit régions avec au moins un ergonomiste (Saguenay, Capitale-Nationale, Mauricie, Montréal, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Montérégie) et sept régions sans ergonomiste (Bas-Saint-Laurent, Estrie, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie, Laval, Laurentides).

Les principaux constats provenant de l'analyse de ces PSSE soulignent une grande mobilisation des équipes en santé au travail au regard de l'implantation du Programme Réseau de prévention des TMS :

- 30 % des 1378 PSSE réalisés en 2010 ont retenu des risques de TMS.
 - 33 % dans les régions avec ergonomiste(s), 20 % dans les régions sans ergonomiste.
- 21 % des 1378 PSSE réalisés en 2010 ont retenu des risques de TMS et ont proposé au moins une activité de prévention des TMS (soit d'information ou de soutien en ergonomie) lors de la mise en application du PSSE.
 - 25 % dans les régions avec ergonomiste(s), 10 % dans les régions sans ergonomiste.
- 71 % des PSSE 2010 ayant retenu des risques de TMS ont proposé au moins une activité de prévention des TMS (75 % dans les régions avec ergonomiste(s) et 48 % dans les régions sans ergonomiste).
 - 63 % des PSSE ayant retenu des risques de TMS ont proposé une activité d'information ou de sensibilisation (bloc 2) (68 % dans les régions avec ergonomiste(s) et 36 % dans les régions sans ergonomiste).
 - 14 % des PSSE ayant retenu des risques de TMS ont proposé au moins une activité de soutien ergonomique (bloc 3 ou 4) sans différence statistiquement significative entre les régions avec ou sans ergonomiste.
 - 8 % des PSSE ayant retenu des risques de TMS ont proposé des activités à la demande ou au besoin de l'établissement (5 % dans les régions avec ergonomiste(s) et 25 % dans les régions sans ergonomiste).
- Il y a une très grande variation, d'une région à l'autre voire même d'une équipe à l'autre, dans les pratiques de prévention des TMS (évaluation sommaire, proposition d'activités d'information ou de sensibilisation et offre de soutien en prévention des TMS) ainsi que dans les PSSE (le format, le contenu, la description de la problématique des TMS et tout ce qui concerne les risques de TMS).

¹ Aucun PSSE n'a été élaboré dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James; les intervenants SAT de la région du Nord-du-Québec sont sous la responsabilité de la région Saguenay-Lac-Saint-Jean ou d'Abitibi-Témiscamingue et leurs PSSE sont attribués à ces régions.

Ces résultats font également ressortir la grande variabilité dans l'implantation du Programme d'une région à l'autre selon que ces régions profitent, ou non, des services d'au moins un ergonomiste du Réseau.

4.2 VOLET 2 : RÉSULTATS DES SONDAGES

4.2.1 Taux de réponse

Les sondages ont été réalisés dans 16 régions incluant le Nunavik et 334 personnes ont répondu aux sondages. Le taux de réponse global était de 73 %, assurant une bonne représentativité de la population cible; il fut de 100 % chez les ergonomistes, 93 % chez les coordonnateurs et 70 % chez les intervenants. Il y avait des variations selon la profession (médecins : 53 %, techniciens en hygiène : 70 %, infirmières : 77 %) et selon la région.

4.2.2 Les perceptions des répondants à l'égard du Programme de prévention des TMS

- Environ 80 % des coordonnateurs, ergonomistes, et intervenants estiment que c'est le rôle du RSPSAT de soutenir les établissements dans la prévention des TMS.
- Plus de 80 % des infirmières et des médecins perçoivent que c'est leur rôle d'intégrer les TMS dans leurs activités de prévention; cette proportion est toutefois moindre chez les techniciens en hygiène du travail (56 %).
- Plus de 80 % des coordonnateurs et des médecins responsables ayant répondu au sondage indiquent que la prévention des TMS est une priorité pour eux.
- Plus de 85 % des intervenants croient que des interventions en ergonomie peuvent réduire les risques de TMS chez les travailleurs.
- Un peu plus de la moitié des intervenants croient qu'ils ont besoin d'un ergonomiste pour intervenir adéquatement sur les risques des TMS.
- Moins de 50 % des intervenants et des ergonomistes croient que les activités TMS qu'on demande de faire aux intervenants (soit les activités des blocs 1 et 2) favorisent la prise en charge des TMS par les établissements.
- Moins de la moitié des intervenants (41 %) disent avoir suffisamment de temps pour évaluer les risques de TMS dans le cadre des PSSE. Et encore moins (37 %) disent avoir suffisamment de temps pour faire le suivi des activités de prévention des TMS proposés dans le plan d'action du PSSE.
- Le manque de temps est un obstacle également perçu par les ergonomistes : seulement le tiers des ergonomistes perçoivent qu'ils ont suffisamment de temps pour soutenir les intervenants dans la mise en application des activités de prévention des TMS proposés dans le plan d'action du PSSE.

4.2.3 L'implantation des activités du Programme de prévention des TMS réalisées au cours des 12 mois précédant le sondage ou dans le cadre des deux derniers PSSE décrits dans le sondage des intervenants

Les principaux constats de ce sous-volet sont les suivants :

- Les activités d'évaluation sommaire ont été réalisées dans une proportion plus importante dans les régions avec ergonomes comparativement aux régions sans ergonomes, par exemple le repérage des risques de TMS par des observations : 75 % vs 59 %.
- Dans 63 % des établissements dont le PSSE est décrit dans le sondage, les intervenants ne croyaient pas que les risques de TMS représentaient un problème significatif; néanmoins, dans 36 % de ces PSSE, les risques de TMS ont été quand même retenus, incluant même une activité d'information, dans plusieurs cas.

Il y a beaucoup de variabilité dans les critères pour retenir les risques de TMS dans les PSSE.

- Les facteurs qui influençaient le choix de retenir les risques de TMS et de proposer au moins une activité d'information ou de soutien ergonomique selon des analyses statistiques multivariées (de régression logistique multinomiale) étaient :
 - la présence d'un ergonomes dans la région,
 - la perception des acteurs de l'établissement que des risques de TMS sont présents,
 - l'évaluation des risques de TMS par des observations lors de l'évaluation sommaire réalisée par les intervenants,
 - la présence de plus de 20 employés dans l'établissement,
 - la présence d'un syndicat / la présence d'un comité de santé et de sécurité du travail (SST).
- Dans 82 % des établissements où les intervenants croyaient que les risques de TMS représentaient un problème significatif, les risques de TMS ont été retenus au PSSE, alors qu'une activité d'information ou de soutien ergonomique a été proposée dans 67 % de ces PSSE.

Au cours des 12 mois précédant le sondage :

- 60 % des intervenants ont effectué au moins une séance d'information, de sensibilisation ou de formation en prévention des TMS dans au moins un établissement et 19 % dans au moins quatre établissements.
- 56 % des intervenants ont réalisé des activités de soutien ergonomique dans au moins un établissement et 12 % dans au moins quatre établissements.

4.2.4 Les besoins en formation des intervenants et des ergonomes

Dans le sondage, les intervenants ont identifié plusieurs éléments en prévention des TMS sur lesquels ils souhaitent recevoir une formation ou plus de formation pour mieux intervenir. Ils veulent notamment de la formation en ateliers interactifs ou du *coaching* sur le terrain afin :

- D'identifier les risques de TMS par des observations.
- De juger si les risques de TMS observés représentent un problème significatif.
- De mobiliser les milieux de travail concernant les risques de TMS et leur prise en charge.
- D'effectuer une évaluation approfondie des risques de TMS.
- De soutenir les milieux de travail dans la recherche et l'implantation de solutions.

Les ergonomes ont également exprimé des besoins de formation pour soutenir les intervenants à intervenir adéquatement en prévention des TMS.

Les sujets de formation mentionnés incluent :

- Des stratégies pour la mobilisation des milieux de travail.
- Des méthodes en enseignement pour bien diffuser l'information.
- Les aspects économiques et la rentabilité de la prévention.
- Des principes de base en ingénierie.
- Et quelques sujets spécifiques en ergonomie (ex. : travail à l'écran, manutention sécuritaire, vibrations, etc.).

4.2.5 Les principaux obstacles et facteurs facilitants rencontrés dans l'implantation des activités de prévention des TMS

Les principaux obstacles identifiés par les répondants aux sondages, dans des questions ouvertes, varient selon qu'il s'agisse d'une région avec ou sans ergonome :

- Dans les régions sans ergonome, l'obstacle le plus fréquemment rapporté (25 % des répondants) était le manque de ressources en ergonomie.
- Dans les régions avec ergonome, c'est plutôt le manque de collaboration des entreprises qui est mentionné par la plus importante proportion des répondants (28 %).
- Le deuxième obstacle le plus fréquemment cité par l'ensemble des répondants est le manque de connaissances en prévention des TMS et le besoin de formation de la part des intervenants (un répondant sur cinq).
- Le troisième obstacle mentionné est le manque de temps pour réaliser les évaluations sommaires ou les activités de prévention des TMS (mentionné par un répondant sur six). Un résultat qui concorde avec la perception, de la part de plus de la moitié des intervenants, du manque de temps pour l'évaluation ou la mise en application des activités de prévention des TMS dans les milieux de travail.

- Une trentaine d'intervenants ont décrit leur frustration quant à leur incapacité de répondre adéquatement aux besoins des entreprises et de proposer des solutions. Ils ont le désir d'en faire plus, mais ils n'ont pas les connaissances ou les moyens pour le faire.

La présence de ressources en ergonomie est le facteur facilitant l'implantation du Programme le plus souvent cité par les répondants des régions avec ergonome(s) (37 % l'ont cité dans leur réponse à une question ouverte).

Les autres facteurs facilitant l'implantation évoqués par une proportion importante des répondants sont :

- La formation et le *coaching* des intervenants.
- L'accès aux outils et grilles de repérage.
- La présence d'une bonne collaboration entre les membres de l'équipe SAT qui comprend aussi bien l'appui du coordonnateur que du médecin responsable.
- La présence d'une bonne collaboration des employeurs et les autres acteurs des milieux de travail.

4.2.6 Les stratégies à privilégier pour améliorer le Programme et les pistes de solutions proposées

Les trois sondages ont permis à tous les répondants d'exprimer leurs opinions et intérêts à l'égard de 15 stratégies potentielles de prévention des TMS susceptibles d'améliorer le Programme Réseau de prévention des TMS, en fonction du mandat et des ressources du Réseau. Les stratégies considérées très intéressantes ou intéressantes par au moins 75 % des répondants sont les suivantes :

1. Cibler des situations de travail ou des facteurs de risques de TMS spécifiques et élaborer des outils spécifiques à ces risques (privilégiée par 83 % des répondants).
2. Privilégier l'approche « d'ergonomie participative », c'est-à-dire, la participation des travailleurs et autres acteurs du milieu à l'identification des risques de TMS et à la recherche de solutions (81 %).
3. Cibler un ou des sous-secteurs fortement touchés et élaborer des outils d'intervention en prévention des TMS (78 %).
4. Habilitier les milieux de travail à évaluer les risques de TMS et à chercher des solutions (76 %).
5. Favoriser la prévention des TMS en répondant à des demandes ponctuelles des milieux de travail pour du soutien en ergonomie (75 %).

Une proportion importante des répondants a également trouvé intéressantes les stratégies suivantes :

- Privilégier le *coaching* (sur le terrain) concernant l'évaluation des risques de TMS, par des ergonomes, de l'ensemble des intervenants des équipes locales, est une stratégie d'un grand intérêt pour plus de 85 % des coordonnateurs et des ergonomes et pour plus de

75 % des médecins et des infirmières, mais seulement pour la moitié des techniciens en hygiène.

- Les coordonnateurs régionaux (94 %) et les ergonomes (80 %) sont également très intéressés par les interventions intégrées de prévention des TMS de concert avec la CSST. Par contre, moins de 60 % des autres intervenants trouvaient cette stratégie intéressante au moment des sondages.
- Pour les techniciens en hygiène du travail, la stratégie la plus intéressante que le RSPSAT devrait privilégier était d'offrir un soutien en ergonomie en répondant à des demandes ponctuelles des milieux de travail.

Tous les répondants ont également été invités à s'exprimer, grâce à une question ouverte, sur les pistes de solutions qui pourraient, selon eux, améliorer l'implantation des activités de prévention des TMS. Plus de 70 % des répondants ont proposé des pistes de solutions, ce qui témoigne de l'intérêt porté au Programme.

- La piste de solution la plus fréquemment invoquée par les répondants des régions sans ergonome(s) (20 %) et par les répondants des régions avec ergonome(s) (26 %), concerne l'accès aux ressources en ergonomie. Ils veulent surtout des ergonomes qui se déplacent sur le terrain.
 - Les répondants des régions avec ergonome(s) soulignent l'importance d'avoir des ergonomes dans chaque équipe locale ainsi que la nécessité d'augmenter le *coaching* des intervenants sur le terrain;
 - les répondants des régions sans ergonome, quant à eux, parlent du besoin d'avoir accès, lorsque nécessaire, à des ressources en ergonomie et de l'importance d'avoir au moins un ergonome attiré par région.
- Environ 15 % des répondants (20 % dans les régions sans ergonome) ont souligné l'importance de la formation continue et du *coaching* des intervenants sur le terrain.

4.3 VOLET 3 : RÉSULTATS DES ATELIERS

À l'automne 2012, des ateliers ont été menés, en personne ou en visioconférence, avec des coordonnateurs, des intervenants terrain des équipes SAT et des ergonomes, dans chacune des 15 régions qui ont participé aux autres volets du projet. Dans trois ateliers, les participants de deux régions ont été jumelés. En moyenne, 13 personnes du RSPSAT ont participé à chaque atelier (écart de 3 à 24 personnes). Les participants ont pris connaissance des principaux résultats de l'étude incluant le portrait de l'implantation du Programme, au niveau de l'ensemble des régions du Québec ainsi qu'un aperçu des résultats propres à leur région. Les échanges ont permis aux participants de s'exprimer sur leur vécu dans le cadre du Programme, leurs difficultés, leurs réussites et l'évolution des activités de prévention des TMS dans leur région depuis les sondages. Ils ont également eu l'occasion de fournir des explications et de proposer d'autres interprétations des résultats.

Les principaux constats concernant l'évolution des activités de prévention des TMS au cours de 2011 et 2012 tels que rapportés par les participants aux ateliers sont les suivants :

- Plusieurs nouveaux ergonomes ont été embauchés au niveau régional et local :
 - À l'automne 2012, dix régions avaient des ergonomes (vs huit en 2010) et le RSPSAT comptait 22 ergonomes comparativement à 15 au moment du sondage des ergonomes.
 - Plusieurs régions ont intégré des ergonomes aux équipes locales des CSSS et ces équipes SAT appréciaient énormément ces ergonomes et leur soutien sur le terrain.
- Des comités « ergo » avec des représentants des intervenants des CSSS et des ergonomes ont été établis dans plusieurs régions avec ergonome afin de coordonner les activités de prévention des TMS et pour améliorer les outils d'évaluation sommaire ou d'intervention.
- En général, les équipes SAT ont commencé à utiliser le volet « TMS » du SISAT de façon systématique et le trouvent utile.
- Dans deux régions, il y avait une restructuration des activités de prévention des TMS et une clarification des rôles respectifs des intervenants et des ergonomes; plusieurs autres régions percevaient le besoin de clarifier ces rôles.
- Quelques régions ont modifié leur plan d'action des PSSE qui décrit désormais les actions de prévention devant être réalisées par l'employeur et pas seulement les activités à réaliser par les intervenants du RSPSAT.
- Dans neuf régions, l'évaluation sommaire des risques de TMS a été intégrée dans tous les PSSE; les équipes SAT de quelques régions traitent les risques de TMS au même titre que les autres risques.
- Dans deux autres régions, il y a peu d'évaluations sommaires, mais les intervenants retiennent les risques de TMS et donnent des séances d'information.
- Quelques régions ont élaboré des séances de sensibilisation adaptées à l'établissement avec des photos et des vidéos sur les situations à risque dans l'établissement; d'autres donnent la même présentation à tous les établissements où l'on rencontre des risques de TMS.
- Les grilles QEC proposées par la CSST ont été abandonnées par plusieurs régions, puisqu'elles n'étaient pas perçues adéquates pour bien évaluer des postes avec des contraintes variables et le score ne reflétait pas toujours le risque de TMS.
- Dans plusieurs autres régions, les TMS restent moins prioritaires que les autres risques.
- Quelques équipes ne priorisent qu'un ou deux risques dans chaque PSSE et ce sont rarement les risques de TMS.

- Par contre, dans quelques régions avec ergonome(s), un plus grand nombre d'établissements ont reçu un soutien en ergonomie par l'ergonome, parfois en collaboration avec les autres professionnels de l'équipe de SAT (activités de bloc 3 déjà commencées) :
 - Dans quelques régions, des outils d'intervention spécifiques à un risque, une profession ou un sous-secteur particulier ont été élaborés (ex. : soudure, outils à main, forêt, abattoirs, industrie de la fabrication de meubles en bois, travail à l'ordinateur).
- Dans trois régions sans ergonome, les activités de prévention des TMS n'ont pas évolué de façon positive. L'absence d'évolution positive fut attribuée aux raisons suivantes :
 - démotivation des intervenants par manque de soutien en ergonomie,
 - priorisation d'autres risques,
 - roulement de personnel,
 - mandat d'intégrer l'évaluation sommaire des TMS dans seulement deux PSSE par année et pas toujours réalisé.
- Les recommandations à privilégier qui ont été le plus souvent mentionnées dans les ateliers incluent :
 - préciser des critères pour retenir les risques de TMS et pour déterminer si les risques de TMS sont significatifs,
 - élaborer des guides de pratique selon la problématique et des outils simples et conviviaux,
 - clarifier les rôles des intervenants et des ergonomes,
 - adapter les séances d'information à l'établissement ou les réaliser en association avec un soutien en ergonomie.

5 DISCUSSION ET SOMMAIRE

Ce projet a démontré que la grande majorité des membres du Réseau de santé publique en santé au travail perçoivent que la problématique des TMS est importante et que le Réseau a un rôle à jouer en prévention des TMS. Il a montré également que les équipes SAT se sont mobilisées de façon importante pour implanter les blocs 1 et 2 du Programme de prévention des TMS. Néanmoins, le programme n'est pas bien implanté partout, particulièrement dans quelques régions sans ergonome et il y a de grandes variabilités dans l'implantation de chacun des éléments du programme.

Il y a toutefois consensus sur les stratégies à poursuivre. Plusieurs répondants aux sondages perçoivent que les activités d'évaluation sommaire et de transmission d'information sur les risques de TMS (blocs 1 et 2) ne sont pas suffisantes à elles seules pour favoriser la prise en charge des TMS par les établissements. La grande majorité de ces personnes croient qu'une recherche de solutions et un soutien à leur implantation sont nécessaires. Il y a une volonté de la part d'une majorité des intervenants à offrir des solutions, mais on invoque un manque de connaissances et de temps pour y parvenir. Il n'y a pas de consensus concernant le rôle des intervenants et des ergonomes dans ce processus et plusieurs façons de faire sont envisagées.

Les résultats des sondages et des ateliers démontrent que les intervenants perçoivent qu'ils ont besoin de formations pratiques et interactives sur la mobilisation des milieux de travail et l'identification des risques de TMS. Ces formations proposeraient, entre autres, des critères plus précis permettant d'identifier les risques de TMS en milieu de travail et juger si ces risques présentent un problème significatif. Les intervenants aimeraient également des guides de pratique pour des problématiques spécifiques qui favorisent la recherche, l'implantation et l'évaluation des solutions. Ils souhaitent des outils d'intervention simples et conviviaux et des formations spécifiques à ces problématiques.

6 RECOMMANDATIONS

Les résultats et constats nous amènent aux recommandations suivantes :

1. Que l'accès à des ressources en ergonomie soit assuré dans chaque région, par exemple, par l'embauche d'un ergonome ou par le partage d'une telle ressource entre deux régions.
2. Que la TCNSAT poursuive l'implantation du Programme Réseau de prévention des TMS et s'assure, en collaboration avec le CPRE, du déploiement des blocs 3 et 4, de manière à ce que les équipes SAT soient davantage en mesure de fournir aux établissements ayant des risques importants de TMS, du soutien et des interventions de mobilisation favorisant une prise en charge de ces risques.
3. Que dans chaque région et chaque équipe SAT des CSSS, le rôle des ergonomes et de chaque type de professionnel-intervenant en évaluation des risques, en mobilisation des milieux de travail et en soutien en ergonomie, soit mieux défini tout en respectant la diversité de pratiques selon la région ou le CSSS.

Notes :

- Nous ne croyons pas à une formule de répartition des tâches uniforme qui puisse convenir à toutes les équipes et à toutes les régions. La formule peut varier énormément d'une région à l'autre, voire d'un point de service à l'autre. Ce qui est important, c'est la réflexion collective sur les rôles et la prise de décision qui convient aux contextes de chaque CSSS, point de service ou région.
 - La formation offerte par le RSPSAT concernant le Programme de prévention des TMS doit être adaptée en fonction des divers rôles des intervenants (en évaluation des risques de TMS, en mobilisation des milieux de travail, en soutien ergonomique et/ou en suivi des interventions) établis dans chaque région ou CSSS. Ainsi, la formation peut varier selon la région ou le CSSS et même selon la profession de l'intervenant.
 - Les ergonomes et toute personne ayant un mandat de formation dans le contexte de ce programme doivent être formés en techniques de pédagogie afin d'être de bons formateurs en développement professionnel continu.
4. Que le RSPSAT établisse une nouvelle concertation pour cibler des problématiques (risques de TMS spécifiques, professions à risque) ou des sous-secteurs à risque élevé de TMS et élabore des outils d'intervention adaptés à ces problématiques.

Notes :

- Avoir des outils spécifiques qui facilitent l'évaluation des risques associés à une problématique, une situation du travail ou un sous-secteur particulier et qui proposent des pistes de solutions adaptées à la problématique ou au sous-secteur en question facilitera l'implication des intervenants en prévention des TMS, particulièrement chez ceux qui n'ont pas accès à des ressources en ergonomie.

- Les intervenants devront être formés à utiliser ces outils dans des formations pratiques et expérientielles incluant du coaching sur le terrain.

5. Que le RSPSAT recherche une meilleure concertation en prévention des TMS avec la CSST.

Notes :

Plusieurs types de collaboration avec la CSST sont envisageables :

- Des interventions intégrées impliquant, par exemple, le RSPSAT, la direction régionale de prévention de la CSST, des Associations sectorielles paritaires (ASP), des organismes d'employeurs et/ou des syndicats.
- Un soutien de la CSST aux intervenants du Réseau afin de leur permettre de communiquer aux employeurs les coûts associés aux TMS.
- L'établissement de critères et d'un processus de signalement pour les risques de TMS dans les cas d'établissements récalcitrants.
- La promotion de la prévention des TMS auprès des milieux de travail et du grand public par des campagnes de publicité.
- Une meilleure communication entre la CSST et le RSPSAT concernant les établissements ciblés pour la prévention des TMS.

6. Que le RSPSAT élabore des formations pour les intervenants incluant :

- Une formation pratique (avec des ateliers et des vidéos) concernant l'évaluation sommaire et devant comprendre des balises pour juger si les risques de TMS sont significatifs.
- Une formation sur les stratégies de sensibilisation et de mobilisation des milieux de travail sur les risques de TMS et leur prise en charge.

Notes :

- Il est primordial d'accroître la capacité des intervenants à mobiliser les milieux de travail selon le stade de réceptivité de l'employeur.
- Pour le bloc 2, nous recommandons de privilégier des séances d'information spécifiques à l'établissement au lieu des séances qui communiquent à chaque milieu de travail ciblé les mêmes informations générales sur les TMS et leur prévention.

7. Que la TCNSAT demande au Comité provincial médical en santé au travail, en concertation avec le CPRE et des représentants des infirmières, des techniciens en hygiène et de la TCNSAT, d'élaborer un modèle-cadre de PSSE pour les TMS qui précise le niveau de détail minimal de description des risques de TMS et du plan d'action lorsque les risques de TMS sont retenus.

8. Que, dans la mesure du possible, les interventions en prévention des TMS proposées par le RSPSAT soient basées sur des mesures d'intervention démontrées efficaces dans la

littérature scientifique. En l'absence de telles preuves, l'impact des interventions proposées doit être évalué.

9. Que le Groupe scientifique sur les TMS liés au travail de l'INSPQ, en concertation avec le RSPSAT, réalise des projets d'évaluation de l'impact ou de l'efficacité de différents types d'interventions de prévention des TMS effectuées par le RSPSAT lorsque le programme aura été bonifié.
10. Que le RSPSAT encourage la CSST et le ministère du Travail à élaborer des normes de performance en ergonomie pour le Québec basées sur les meilleures pratiques et la meilleure réglementation internationale.

RÉFÉRENCES

Commission de la santé et de la sécurité du travail. Plan stratégique 2010-2014. http://www.csst.qc.ca/publications/300/Documents/DC300_1020web.pdf

Michel C., Arcand R., Crevier H., Dovonou N., Martin R., Pelletier P., et coll. (2010). Portrait national des troubles musculo-squelettiques (TMS) 1998-2007 : TMS sous surveillance. Institut national de santé publique du Québec et Agences de la santé et des services sociaux/Directions de santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé 2003-2012 — mise à jour 2008. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2008.

Stock S., Caron D., Gilbert L., Gosselin L., Tougas G., Turcot A. (2005). La prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail : Réflexion sur le rôle du réseau de santé publique et orientations proposées pour la santé au travail. Institut national de santé publique du Québec et Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux/Directions de santé publique. <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/428-PreventionTroublesMusculosquelettiques.pdf>.

Stock S., Funes A., Delisle A., St-Vincent M., Turcot A., Messing K. (2011). Chapitre 7. Les troubles musculo-squelettiques. Dans Vézina M., Cloutier E., Stock, S., K. Lippel, É. Fortin et autres (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec. 650 p. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1336_EngQuebCondTravailEmpSantSecTravail.pdf.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

