

Portrait des troubles musculosquelettiques indemnisés en Estrie

DÉFINITION

Les troubles musculosquelettiques (TMS) se manifestent par des symptômes et des atteintes inflammatoires ou dégénératives qui touchent diverses structures de l'appareil locomoteur, dont les composantes qui permettent d'exécuter des mouvements et des déplacements. Les TMS touchent les tendons, les muscles, les ligaments, les gaines synoviales et les articulations, en incluant les disques intervertébraux, les nerfs et les vaisseaux sanguins. Les TMS incluent aussi les douleurs qui ne font pas encore l'objet d'un diagnostic précis.

Les TMS peuvent se manifester de façon soudaine, mais ils évoluent habituellement de façon progressive à la suite d'un cumul de dommages causés par le dépassement de la capacité d'adaptation et de réparation des structures.

Diagnosics, signes et symptômes associés aux TMS

Les diagnosics de TMS les plus fréquents sont les problèmes de dos et les maladies en « ite », comme les bursites, les tendinites, les épicondylites, etc.

- **Les signes :** La perte de capacité (force et mouvement), l'œdème, la rougeur et la chaleur.
- **Les symptômes :** L'inconfort, la douleur lors des mouvements et/ou au toucher, et/ou au repos, la faiblesse musculaire, la perte de sensation ou de dextérité, l'engourdissement.

Les TMS reliés au travail

Les TMS peuvent être causés et aggravés par le travail ou encore survenir prématurément à cause de ce dernier. Certains facteurs de risque contribuent à l'apparition de ces problèmes :

- les postures contraignantes;
- l'effort;
- la répétition;
- le travail statique;
- le froid;
- les vibrations;
- les facteurs reliés à l'organisation du travail;
- les facteurs psychosociaux.

Ce bulletin utilise le terme TMS indemnisé (TMSI) en référence aux cas de TMS déclarés et acceptés (indemnisés) par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

En résumé

Les TMSI reliés au travail comprennent **tous les diagnosics d'atteinte au système musculosquelettique d'origine professionnelle, et tous les sièges de structures musculosquelettiques de la région cervicale, du dos (rachis), des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que de l'appareil circulatoire et du système nerveux, pour lesquels les circonstances d'accident correspondent aux facteurs de risque des TMS** (ex. : efforts excessifs et mouvements répétitifs).

LES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES INDEMNISÉS (TMSI) EN ESTRIE

La présente publication montre un portrait de la problématique des TMSI pour les travailleuses et les travailleurs du territoire de l'Estrie. Elle s'inscrit dans le cadre de la surveillance de l'état de santé de la population, afin d'établir des priorités d'action pour la prévention de ce type de lésion.

Un des objectifs du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) vise la réduction du nombre de lésions de TMS à partir d'actions concrètes dans les milieux de travail. L'implication des travailleurs, des employeurs, des intervenants et de différents acteurs constitue un atout pour la prévention des TMS liés au travail.

Sources des données

Les données proviennent de deux sources, soit le fichier des lésions professionnelles produit annuellement par la CSST et transmis au RSPSAT, et les recensements de 2001 et 2006. Il faut noter que les données des TMS présentées dans ce portrait sont basées sur la nouvelle définition de TMS du Plan commun de surveillance, utilisée depuis le 18 janvier 2013.

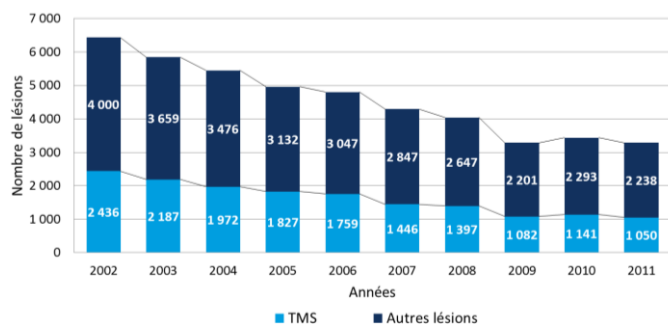
Ces deux sources de données représentent des portraits partiels des TMS, puisqu'elles indiquent seulement ceux qui ont été indemnisés et non l'ampleur réelle de la situation.

Une diminution du nombre total de lésions dans les dernières années

Le nombre de lésions professionnelles indemnisées par la CSST a diminué de 49 % entre 2002 et 2011.

Sur l'ensemble des lésions indemnisées par la CSST entre 2002 et 2011, 36 % correspondent à des TMS. Entre 2002 et 2011, il y a eu une réduction de 57 % du nombre de TMS.

Figure 1
Nombre de lésions professionnelles indemnisées par la CSST, TMS et autres lésions, Estrie, 2002 à 2011

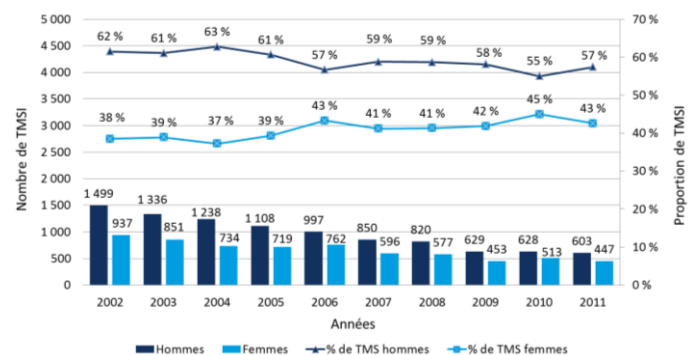


Une diminution importante du nombre de TMSI pour les hommes et les femmes

Les hommes sont plus touchés par les TMSI que les femmes. Entre 2002 et 2011, le nombre de TMSI selon le sexe a montré une tendance à la baisse plus importante pour les hommes. Pour ces derniers, il y a eu une diminution de 60 % dans le nombre de lésions, alors qu'elle a été de 52 % pour les femmes.

L'écart dans la proportion de TMSI entre les sexes est passé de 24 % en 2002 à 14 % en 2011.

Figure 2
Cas incidents de TMSI selon le sexe, Estrie, 2002 à 2011

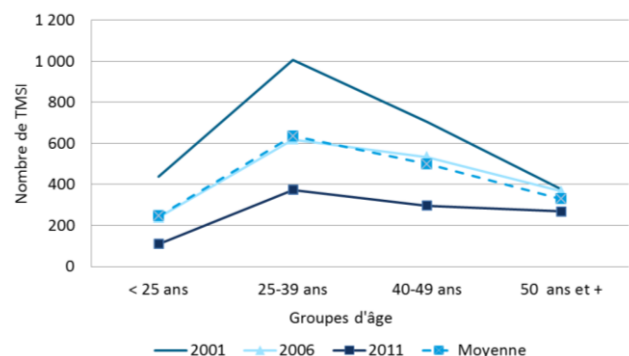


Les travailleurs âgés de 25 à 39 ans développent davantage de TMSI

Entre 2001 et 2011, le groupe d'âge le plus affecté par les TMS est celui des 25 à 39 ans avec en moyenne 37 % des TMSI.

Pour la même période, le nombre de lésions a diminué pour chacun des groupes d'âge d'un pourcentage variant entre 28 % et 75 %. C'est le groupe des 25 à 39 ans qui a connu la plus importante baisse.

Figure 3
Cas incidents de TMSI par groupe d'âge, Estrie, 2001 à 2011



Un taux d'incidence de TMSI plus élevé comparé au reste du Québec

En 2001, le taux d'incidence des TMSI par 1 000 travailleurs équivalent temps complet (TETC) était de 26,03 ‰, une valeur significativement plus haute que pour le reste du Québec avec un taux de 18,38 ‰. En 2006, le taux a diminué, passant de 26,03 ‰ à 18,10 ‰ pour l'Estrie. Malgré cette diminution, le taux d'incidence des TMS en Estrie demeure plus élevé que dans le reste du Québec, soit 14,22 ‰.

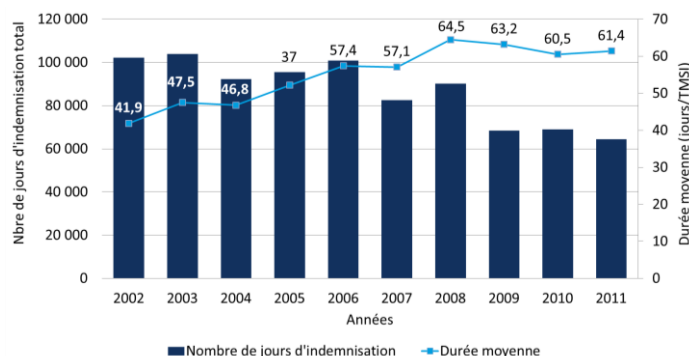
Région de travail	Nombre TMSI	Nombre TECT	Taux ‰ TETC*	Comparaison
2001				
Estrie	2 522	96 880	26,03	(+)
Reste du Québec	44 023	2 394 663	18,38	
2006				
Estrie	1 759	97 163	18,10	(+)
Reste du Québec	36 094	2 537 824	14,22	

*Le taux d'incidence des TMS est calculé uniquement pour 2001 et 2006, soit les années pour lesquelles un nombre estimé de travailleur ETC est disponible. Le (+) signifie que le taux d'incidence des TMS en Estrie est plus élevé que dans le reste du Québec au seuil de 1 %.

Une réduction du nombre de jours indemnisés, mais une augmentation de la durée moyenne d'indemnisation

Entre 2002 et 2011, le nombre total de jours d'indemnisation a diminué de 37 %. Cependant, pour la même période, la durée moyenne d'indemnisation a augmenté progressivement, passant de 41,9 jours en 2002 à 61,4 jours en 2011. Il y a donc moins de travailleurs indemnisés, mais la durée moyenne d'indemnisation de chaque travailleur est plus longue.

Figure 4
Nombre total de jours d'indemnisation et durée moyenne d'indemnisation en raison de TMSI, Estrie, 2002 à 2011

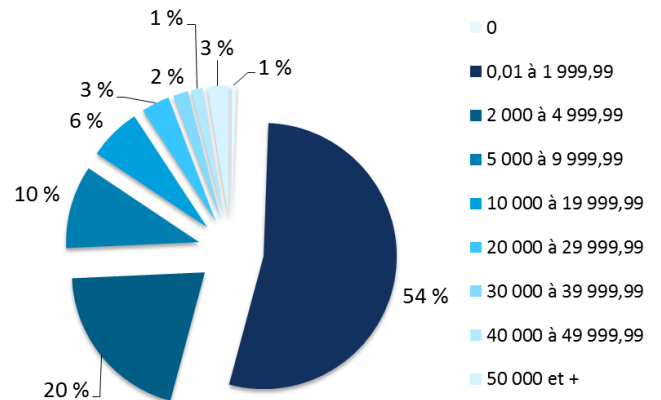


La majorité des TMSI ont entraîné des indemnités de remplacement du revenu (IRR) inférieures à 5 000 \$

En 2011, la CSST a versé en IRR entre 0,01 \$ et 4 999,99 \$ pour 74 % des TMSI. Pour l'intervalle de 0,01 \$ à 1 999,99 \$, la durée d'indemnisation moyenne était de 8 jours. Quant à l'intervalle de 2 000 \$ à 4 999,99 \$, la durée d'indemnisation moyenne était de 29 jours.

Les lésions les plus coûteuses, soit celles de 50 000 \$ et plus, avaient une durée d'indemnisation moyenne de 584 jours et représentaient 3 % des TMSI.

Figure 5
Indemnités de remplacement du revenu versées en 2011 pour les TMS, Estrie, 2011

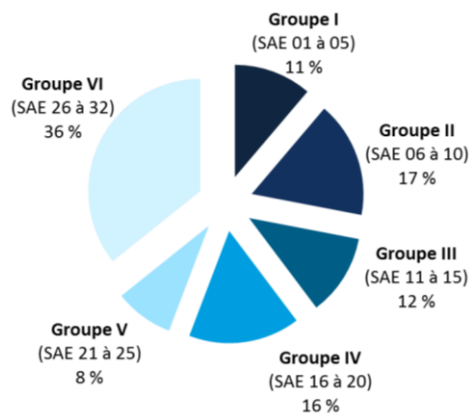


Une plus grande proportion de TMSI dans les groupes non prioritaires

Les établissements sont divisés en 32 secteurs d'activité économique (SAE). Les SAE sont classés en six groupes par la CSST, déterminant l'ordre de priorité pour l'implantation de services de prévention en milieu de travail. Le RSPSAT intervient majoritairement dans les trois premiers groupes prioritaires regroupant les SAE 01 à 15.

En 2011, une plus grande proportion de TMSI se trouve dans les groupes non prioritaires (60 %). Ces groupes (4, 5 et 6) sont composés d'industries diverses, autant dans le secteur des services que celui de la fabrication de biens. Les groupes prioritaires (1, 2 et 3) incluent principalement les industries de première transformation. Pour ces groupes, la proportion de TMSI est de 40 %.

Figure 6
Répartition des TMSI selon tous les groupes, Estrie, 2011

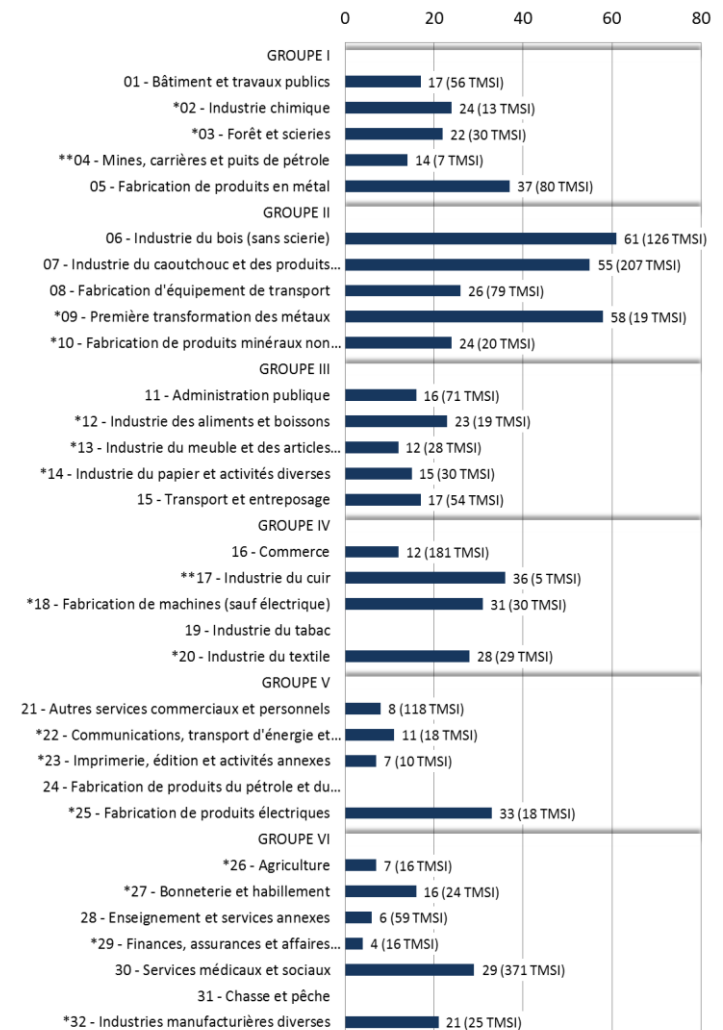


Les risques de développer des TMSI sont présents dans tous les SAE en Estrie

Les secteurs comptant le plus de TMSI par 1 000 travailleurs ETC en 2006 sont dans les groupes prioritaires (1, 2 et 3). Plus précisément, il s'agit des secteurs 06-Industrie du bois (sans scierie) avec un taux d'incidence de 61 %, 07-Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique avec un taux d'incidence de 55 %, et 09-Première transformation des métaux avec un taux d'incidence de 58 %. Il faut noter que ce dernier compte seulement 19 TMSI, contrairement au secteur 06 qui en compte 126 et au secteur 07 qui en dénombre 207.

Le secteur 30-Services médicaux et sociaux représente le secteur où le nombre de TMSI est le plus élevé, soit 371 en 2006. Il s'agit cependant d'un secteur qui compte un grand nombre d'employés.

Figure 7
Taux d'incidence (pour 1 000 travailleurs) des TMSI et nombre de TMSI par secteur d'activité économique, Estrie, 2006



Le nombre brut de TMSI est présenté entre parenthèses.

*Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

**Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

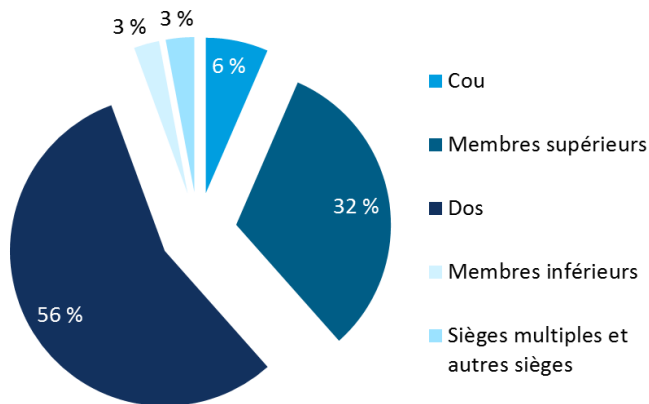
Les TMSI touchent majoritairement les structures du dos et des membres supérieurs

Les sièges de lésions de TMSI sont classifiés en 5 catégories :

1. Cou, incluant la gorge.
2. Membres supérieurs : épaules, bras, poignets, mains, doigts, ongles, sièges et membres supérieurs multiples.
3. Dos : tronc, dos, colonne vertébrale.
4. Membres inférieurs : région pelvienne, membres inférieurs non précisés, jambes, chevilles, pieds sauf orteils, orteils et ongles d'orteils.
5. Sièges multiples et autres.

En Estrie, entre 2002 et 2011, les TMSI ont affecté principalement le dos avec 9 113 lésions (56 %), suivi par les membres supérieurs avec 5 198 lésions (32 %) et le cou avec 1 062 lésions (6 %). Loin derrière se retrouvent les lésions aux membres inférieurs, au nombre de 432 (3 %), et celles à des sièges multiples et autres sièges avec 484 lésions (3 %).

Figure 8
Cas incidents des TMSI selon le siège de la lésion, Estrie, 2002 à 2011



COMMENT PRÉVENIR LES TMS?

Des professionnels avec une expertise pour promouvoir la prévention des TMS et disponibles pour travailler conjointement avec les milieux de travail

Les services en santé au travail de la région de l'Estrie sont sous la responsabilité de la directrice de santé publique et sont offerts par une équipe régionale à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, ainsi que par une équipe locale au Centre de santé et des services sociaux du Haut-Saint-François.

Les équipes sont formées de professionnels ayant des expertises diversifiées : médecins, infirmières, techniciens en hygiène du travail, hygiéniste du travail et ergonomes. Ils sont supportés par des agents administratifs ainsi que par des coordonnateurs.

La prévention des TMS liés au travail fait partie des services offerts en santé au travail. Les équipes de santé au travail contribuent à la réduction ou à l'élimination des risques de TMS, via :

- l'évaluation des postes ou des tâches ayant des risques de TMS, en collaboration avec les responsables des milieux concernés, soit l'employeur, les travailleurs et les membres du comité de santé et sécurité;
- l'évaluation approfondie de certaines situations de travail à risque, en apportant l'expertise-conseil d'un ergonomiste et des autres membres de l'équipe de santé au travail pour proposer des solutions adaptées aux milieux de travail;
- des activités d'information données aux travailleurs et aux employeurs en fonction des problématiques identifiées;
- le soutien à la prise en charge des milieux de travail.

La prévention de TMS réalisée par les intervenants en santé au travail s'inscrit principalement dans le cadre d'un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE). Les PSSE sont réservés aux groupes prioritaires 1, 2 et 3 en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

L'INTERVENTION EN ERGONOMIE : UNE PARTIE DE LA SOLUTION POUR LA PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES

L'ergonomie étudie la relation entre l'être humain, ses moyens, ses méthodes et son milieu de travail. Elle permet de concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui peuvent être utilisés avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité, ce qui constitue une contribution majeure pour prévenir les TMS liés au travail.

L'ergonomie consiste à adapter le travail, les outils et l'environnement à la personne. Parmi les actions de prévention en ergonomie se retrouvent : l'aménagement de l'espace de travail, l'adaptation des outils à une tâche spécifique, la diminution de mouvements ou gestes répétitifs, la variation du travail pour réduire les postures contraignantes, le partage des stratégies et des méthodes de travail ayant montré de bons résultats dans des milieux semblables, etc.

Le succès des interventions en ergonomie s'explique par l'implication des milieux de travail. De plus en plus, ils se préoccupent des TMS. En santé au travail, la prévention des TMS est l'un des principaux objectifs.