

*Ecole Supérieure Montsouris*  
*Université Paris XII Val de Marne*

Diplôme de Cadre de Santé



***La prévention  
ergonomique :  
Une culture ?***

*Rôle du cadre de santé*

**Mémoire**

**Olivier MARTIN**

2009 - 2010  
DCS@09-10

**Groupement d'intérêt public**

42 bd Jourdan, 75014 PARIS – Tél 01.56.61.68.60 – Fax 01.56.61.68.59  
esm@ecolemontsouris.fr – [www.univ-paris12.fr/montsouris](http://www.univ-paris12.fr/montsouris)

## REMERCIEMENTS

Je remercie les personnes qui ont participé à mon cheminement durant cette année de formation, riche en échange et en diversité d'horizons professionnels.

Je tiens plus particulièrement à orienter mes remerciements dans trois directions, toutes complémentaires.

D'une part, Gilles Desserprit pour son accompagnement en tant que directeur de mémoire,

D'autre part, les équipes et cadres des quatre services enquêtés : ce travail n'a pris forme que grâce à leur intérêt et à leur disponibilité,

Enfin, ma femme et mes deux enfants, qui grâce à leur patience et leur compréhension, m'ont permis de mener de front cette année, et ce travail de fond.

# SOMMAIRE

<b>Glossaire .....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>PARTIE I : PROBLEMATIQUE .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Constats et Question de départ .....</b>	<b>5</b>
1.1. Mon constat .....	5
1.2. Méthodologie .....	7
<b>2. Analyse d'études alimentant ces constats .....</b>	<b>9</b>
2.1. Cadre général .....	9
2.2. Cas des soignants.....	10
<b>3. Rapport au corps .....</b>	<b>17</b>
3.1. Origines du soin / Eléments culturels du soin .....	18
3.2. Culture liée au corps .....	21
3.3. Tradition et prévention .....	25
3.4. Comparaison rééducation / soin .....	27
<b>4. Cadre réglementaire de la manutention .....</b>	<b>34</b>
4.1. Qu'est ce que la manutention ? .....	34
4.2. Le contexte réglementaire de la manutention en France et en Europe .	35
<b>5. Risques professionnels : Troubles Musculo-Squelettique.....</b>	<b>36</b>
5.1. Définition des TMS.....	36
5.2. Des aspects physiologiques : une activité, des muscles et des articulations.....	36
5.3. Prévalence.....	38
<b>6. Dépendance – Prévention – Ergonomie – Culture - Soins / Prendre soin .....</b>	<b>39</b>
6.1. Dépendance.....	39
6.2. Prévention .....	40
6.3. Ergonomie .....	41
6.4. Culture.....	41
6.5. Soins - Prendre soin.....	43
<b>7. Conclusion de ce cadre théorique et hypothèse .....</b>	<b>44</b>
<b>Hypothèse.....</b>	<b>45</b>

<b>PARTIE II : ENQUETE .....</b>	<b>46</b>
<b>1. Cheminement .....</b>	<b>46</b>
<b>2. Environnement .....</b>	<b>47</b>
2.1. Hôpital Casanova de St Denis.....	47
2.2. Configuration des services enquêtés .....	47
<b>3. Méthodologie.....</b>	<b>49</b>
<b>4. Analyse.....</b>	<b>51</b>
4.1. Environnement de l'enquête.....	51
4.2. Délimiter leur environnement de travail dans le domaine ciblé .....	52
4.3. Comprendre l'importance dans leur pratique quotidienne des manutentions de patients dépendants, en terme de quantité et d'impacts (physiques, psychologiques).....	55
4.4. Cerner la valeur que donnent les soignants à cette activité .....	60
<b>5. Limites de la methode .....</b>	<b>69</b>
<b>6. Synthèse de l'étude et vérification de l'hypothèse.....</b>	<b>71</b>
<b>7. Rôle du cadre de santé .....</b>	<b>75</b>
7.1. Cadre réglementaire et missions du cadre .....	75
7.2. Rôles du cadre .....	77
7.3. Modes de management .....	79
7.4. Eléments à prendre en considération avant la mise en place de tout programme d'amélioration.....	80
 <b>Conclusion .....</b>	 <b>84</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>85</b>
<b>Sommaire des annexes .....</b>	<b>I</b>
ANNEXE I.....	II
ANNEXE II.....	V
ANNEXE III .....	XIII
ANNEXE IV .....	XVIII

## GLOSSAIRE

- **CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- **CNRACL** : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.
- **DARES** : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- **IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- **MAS** : Maison d'Accueil Spécialisé
- **MPR** : Médecine Physique et de Réadaptation
- **SUMER** : Surveillance médicale des risques
- **TMS** : Trouble Musculo Squelettique

## INTRODUCTION

Les directions d'établissement ont régulièrement à cœur de réduire l'impact (notamment financier) des accidents et arrêts de travail sur l'organisation et la qualité des soins. Nous savons que les manutentions sont responsables, tous secteurs confondus, de 33% des accidents de travail avec arrêt, et de 29 % des journées perdues pour incapacité temporaire<sup>1</sup>. Pour les personnels soignants, un des facteurs principaux de ces arrêts est l'accident de travail suite à la manutention des personnes.

Il est vrai que la plupart des professionnels du soin réalisent des efforts physiques importants, de façon répétée. Nombre d'entre-eux sont confrontés à des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), voire sont sujets à des accidents de travail, ayant bien évidemment une incidence directe sur leur propre santé et sur l'organisation des soins, ainsi qu'indirectement sur celle de leur collègue (par défaut d'effectif) et des patients (une partie des chutes des patients se passent en situation de manutentions).

Or, ces accidents de travail altèrent de façon importante et durable leur état de santé<sup>2</sup>. Les organisations employeuses se doivent donc de faire tout ce qui est à leur portée pour réduire ces risques, donc ces conséquences d'abord humaines, ensuite économiques (le coût moyen par accident dans le secteur de la santé est de 9830€ ! : cf. point 2.2.2).

Dans ce contexte, le cadre de santé, garant de la qualité mais aussi de la sécurité des soins, sera dans le devoir de considérer cette problématique comme étant prioritaire. Partant d'un constat basé sur notre pratique professionnelle, nous allons nous appuyer sur l'analyse d'études portant sur le domaine général des conditions de travail des soignants, et particulier des manutentions de patients, pour arriver à une hypothèse que le cadre de santé ne pourrait éclipser. Puis, nous mènerons une enquête afin de la vérifier, avant de terminer sur le rôle que pourrait avoir le cadre de santé dans une démarche d'amélioration des pratiques de soin.

---

<sup>1</sup> Ferreira M. « Manutention manuelle ». INRS. In : Aide mémoire juridique, 2003, p. 1 – En ligne. Disponible sur « <http://www.inrs.fr/> » et PENZO A.M., ROGEZ I. « Les manutentions dans l'organisation du travail ». ANACT. In : ARACT – Nord Pas de Calais, 1999, p. 6 – En ligne. Disponible sur « <http://www.actdoc.anact.fr/> »

<sup>2</sup> Trontin C., Glomot L., Sabathé J.P. « Analyse coût-bénéfice des actions de prévention : Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant ». INRS. In : Revue Hygiène et sécurité du travail, n° 215. Collection : Note documentaire, 2009, p. 5 - En ligne. Disponible sur « <http://www.hst.fr/inrs-pub/> »

# PARTIE I : PROBLEMATIQUE

## 1. CONSTATS ET QUESTION DE DEPART

### 1.1. *Mon constat*

Les professionnels travaillant auprès de patients dépendants, concernés quotidiennement par les manutentions à répétition, sont souvent en demande pour « trouver des solutions » afin de limiter au maximum les risques liés à ces manutentions (qui peuvent entraîner fatigue, stress, douleur, accident...).

De nombreuses études réalisées dans les pays occidentaux montrent que l'accumulation des contraintes quotidiennes (physiques, organisationnelles, psychosociales) majore le risque pour ces professionnels de santé de souffrir de Troubles Musculo Squelettique (TMS), voire d'être victime d'accidents du travail. Ces conséquences ont forcément un coût humain et économique.

En tant qu'ergothérapeute, dans le cadre de ces manutentions de personnes dépendantes, j'ai œuvré à des actions de diminution des contraintes physiques des soignants ou des familles, en recherchant le matériel le plus adapté possible à la situation (humaine et environnementale), ou en proposant des formations spécialisées, voire des aménagements des lieux de vie.

Dans la plupart des services accueillant des patients dépendants, se trouve du matériel d'aide à la manutention : mais, parfois, il n'est pas utilisé. Même si la plupart des soignants<sup>3</sup> utilise ce matériel pour réaliser la majeure partie des manutentions lourdes, il reste une partie des soins, effectuée sans ces aides matérielles : soit en demandant assistance à des collègues, soit en les effectuant seul et manuellement, pour des raisons multiples.

Dans des situations où moi-même ou d'autres collègues rééducateurs<sup>4</sup> aurions utilisé le matériel disponible, je me suis souvent demandé pourquoi certains soignants privilégiaient (semblaient préférer) la manutention manuelle.

Ces différents professionnels semblent donc aborder différemment les manutentions.

D'ailleurs, au cours de mes nombreux échanges avec des professionnels de santé, je me suis aperçu que nous n'avions pas, en fonction de notre filière d'origine, tous la même vision du « soin » de manutention.

---

<sup>3</sup> Dans les propos qui suivront, le terme « soignant » ciblera les infirmiers et aides-soignants

<sup>4</sup> Dans les propos qui suivront, le terme « rééducateur » ciblera les ergothérapeutes et masseurs kinésithérapeutes

En tant que cadre de santé, et dans la mesure où les manutentions représentent, par leurs répétitions et accumulations, un risque majeur d'accident et d'arrêt de travail, je me suis demandé **quels étaient ces facteurs tellement prégnants qu'ils étaient en mesure d'entraver l'appropriation par certains soignants** de ce type de matériel.

Ces divers constats et échanges avaient pour but de rassembler les éléments à prendre en compte avec les salariés pour que, dans un second temps, nous puissions améliorer leur pratique et la qualité des soins.

J'ai commencé ma recherche par l'analyse de publications spécialisées dans le domaine des conditions de travail des soignants, pour cibler petit à petit des études traitant des problèmes d'accident ou de « pathologies professionnelles ».

A travers cette double exploration (échanges et analyse de publications), les raisons les plus souvent énoncées pour justifier la non utilisation d'aide à la manutention avec des patients pourtant dépendants, sont :

- Les problèmes organisationnels (dont le manque de personnel, le manque ressenti de temps, l'absence de travail collectif, les difficultés de coordination entre infirmière et aide soignante...)
- du matériel peu disponible car pas assez en nombre, en mauvais état, voire incomplet (manque la batterie, le filet...)
- la non adéquation du matériel aux critères de dépendance ou au poids du patient
- la préférence du patient pour les contacts directs
- la préférence du soignant qui, dans certains cas, trouve le matériel disponible plus stressant que la manutention manuelle
- l'espace non adapté
- le manque d'information et de formation quant à l'utilisation de ce matériel. Par conséquent, ses « modalités d'utilisation [...] sont perçues comme difficiles par les soignants. La surestimation de ces difficultés d'utilisation (souvent par manque de formation), couplée avec des sentiments de perte de temps, conduit le collectif de soignants à la construction de normes de manutention sans aide technique »<sup>5</sup>... les habitudes de travail sans aide technique deviennent la norme... d'autant plus difficile à changer avec le temps.

Dans certains établissements volontaristes, ces connaissances ont permis aux cadres d'introduire des programmes « gestes et postures » tentant de réduire la

---

<sup>5</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. « Instrument de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants ». CNRACL. In : PISTES - VOL.11, numéro 2, 2009, p. 3 - En ligne. Disponible sur « <http://www.pistes.ugam.ca> »



plupart de ces facteurs (en proposant formation, adaptation des lieux, achat de matériels spécialisés, réorganisation du travail).

<sup>6</sup>Mais suite à l'impossibilité d'évaluer l'impact de ces programmes sur la prévention des TMS, certains pays occidentaux (comme l'Amérique du Nord et le Canada) ont opté pour d'autres types de programmes (comme le « zero lift », voire « lifting team»)<sup>7</sup>.

**Comment se fait-il que l'analyse d'un tel problème par une communauté d'experts** (ergonomes, chercheurs, médecins spécialisés...), qui permet de dégager les principales raisons évoquées par les personnels concernés, **ne permette pas d'amener à une diminution conséquente des TMS ?**

**Quelle analyse peut en avoir le cadre de santé pour tenter, à son tour, d'œuvrer à la réduction de la pénibilité du travail de ses équipes, et par voie de conséquence d'améliorer leur santé au travail et la qualité des soins ?**

Comment peut-il optimiser les chances d'introduction d'une culture de la prévention dans son service ?

## **1.2. Méthodologie**

La méthodologie employée est la suivante.

### **1.2.1. Etablissement d'un cadre théorique**

Ce cadre débute par l'analyse de plusieurs études dans le domaine des manutentions afin de confirmer ou infirmer et d'objectiver les constats. Puis, en fonction des autres causes relevées, cadrage plus précisément du rapport au corps spécifique existant entre le soignant et le soigné, qui pourrait justifier le manque d'appropriation dans les services du matériel d'aide aux manutentions. Afin d'affiner notre compréhension de la différence culturelle entre les soignants et les rééducateurs, ce cadre théorique s'appuiera notamment sur la comparaison ciblée des programmes de formation initiale des infirmiers, aides soignants, ergothérapeutes et masseurs kinésithérapeutes, pour se terminer par la précision des termes ou des concepts en lien avec cette réflexion.

- a) Analyse d'études sur le domaine des manutentions
- b) Rapport au corps :
  - Origines du soin / Eléments culturels du soin

---

<sup>6</sup> Ibid. p. 2

<sup>7</sup> Précision en [annexe I](#), pages II à IV

- Culture liée au corps
  - Tradition et prévention
  - Comparaison rééducation / soin.
- c) Définition de termes ou de concepts en lien avec cette réflexion :
- Cadre réglementaire de la manutention
    - o Qu'est ce que la manutention
    - o Le contexte réglementaire de la manutention en France et en Europe
  - Risques professionnels : TMS
    - o Des aspects physiologiques : une activité, des muscles et des articulations
    - o Définition des TMS
    - o Prévalence
  - Dépendance / Prévention / Ergonomie / Culture / Soins – prendre soin
- d) Conclusion de ce cadre théorique et hypothèse

### **1.2.2. Enquête**

- a) Cheminement, environnement et méthodologie
- b) Analyse
- c) Limites de la méthode
- d) Conclusions de l'enquête.

### **1.2.3. Rôle du cadre de santé**

- a) Cadre réglementaire et missions du cadre
- b) Rôles du cadre et modes de management
- c) Moyens proposés afin d'améliorer la situation

## 2. ANALYSE D'ETUDES ALIMENTANT CES CONSTATS

Dans les pays occidentaux, de très nombreuses études portent sur les causes ou les conséquences en terme humain, organisationnel ou financier des accidents de travail. Quelques unes traitent plus particulièrement des contraintes liées aux diverses conditions de travail, d'autres des manutentions ; enfin, certaines abordent ce sujet spécifiquement dans le domaine du soin.

J'introduirai mon propos par la déclinaison des conséquences des manutentions à répétition, au sein de la population générale.

Puis, j'aborderai globalement les facteurs et les conséquences des mauvaises conditions de travail des soignants, avant de cibler l'étude des manutentions au sein de cette population.

### 2.1. Cadre général

A travers plusieurs études, nous repérons que l'une des conséquences de manutentions à répétition est le Trouble Musculo-Squelettique (TMS). Considérant que les TMS et les lombalgies sont la première cause de maladies indemnifiables en France (régime général et fonction publique hospitalière)<sup>8</sup>, et qu'ils sont le problème de santé au travail le plus répandu en Europe, avec une prévalence croissante dans tous les secteurs d'activité et en particulier dans le domaine de la santé (le personnel soignant est donc considéré comme une population particulièrement exposée), nous comprenons combien cette préoccupation est importante pour un établissement et son encadrement.

D'ailleurs, du fait de leur(s) :

- constante augmentation,
- conséquences individuelles :
  - o en terme de souffrance,
  - o de réduction d'aptitude au travail
  - o et de risque de rupture de carrière professionnelle
- conséquences sur le fonctionnement des entreprises
- coût<sup>9</sup>,

les TMS constituent aujourd'hui l'une des questions les plus prégnantes en santé au travail. Par voie de conséquence, une attention toute particulière est portée aux diverses manutentions.

---

<sup>8</sup> Wertenschlag D. « Les troubles musculo-squelettiques chez le personnel soignant en milieu hospitalier ». Hôpital Pasteur de Colmar, 2005, p. 6 - En ligne. Disponible sur « <http://www.anmtph.fr/> »

<sup>9</sup> Ibid. p. 3

## 2.2. Cas des soignants

C'est une population particulièrement surveillée. Et pour cause, parmi le million de salariés qu'emploient les établissements de soins, environ 600 000 d'entre eux sont des personnels soignants autres que médecins<sup>10</sup>. Cette problématique devient donc une question de santé publique !

Dans un premier temps, nous aborderons les diverses contraintes auxquelles sont soumis les personnels soignants.

Puis, nous verrons quelles pourront être leurs conséquences, notamment en terme humain et économique.

Enfin, puisque plusieurs types de matériels peuvent être proposés pour diminuer ces contraintes quotidiennes, nous traiterons plus spécialement de l'introduction d'instrument de manutention des malades auprès d'équipes soignantes, ce qui nous permettra d'aboutir à notre question de départ.

### 2.2.1. Métiers du soin : cumul de contraintes ?

En effet, selon les résultats de l'enquête SUMER<sup>11</sup> menée en 2003, les personnels soignants non médicaux des hôpitaux (principalement infirmiers et aides-soignants) se distinguent nettement de l'ensemble des salariés par un cumul de contraintes horaires, organisationnelles<sup>12</sup> (comme un rythme de travail qui dépend beaucoup de celui de leurs collègues, deux fois plus de plaintes concernant le manque d'effectif par rapport aux autres salariés, un sentiment de responsabilité très fort, le manque d'informations claires pour effectuer correctement leur travail ou disposer d'une formation insuffisante...), et psychologiques (nettement plus forte que l'ensemble des salariés).

De plus, ils signalent plus souvent que les autres salariés manquer de moyens matériels et devoir travailler dans l'urgence.

Les personnels soignants « *sont également fréquemment exposés à diverses contraintes physiques* »<sup>13</sup> qui s'additionnent, telles que :

- les pénibilités physiques souvent associées à un manque de moyens et à un travail en urgence,
- une position debout répétée,
- des manutentions manuelles de charges – le plus souvent les malades – plus de 10 heures par semaine,

---

<sup>10</sup> DARES. « Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003 ». In : Premières Synthèses Informations, n° 41.4, octobre 2009, p. 1 - En ligne. Disponible sur « <http://www.travail-solidarite.gouv.fr> »

<sup>11</sup> Enquête SUMER. En ligne. Disponible sur « <http://www.inrs.fr/> »

<sup>12</sup> DARES. Op. Cit. pp. 1 ; 2

<sup>13</sup> Ibid. p. 4

- le cumul, plus souvent par rapport à la moyenne des autres salariés, de la manutention manuelle de charges avec « des moyens matériels insuffisants ou inadaptés » (28 % contre 18 %) ou avec l'obligation de « toujours se dépêcher » (8 % contre 4 %),
- mais aussi « *l'obligation de se dépêcher cumulée à un manque de moyens matériels* ».

En se référant à l'échelle de Borg (1972, 1982), 75% du personnel soignant considère l'effort physique au cours d'une journée de travail comme dur, très dur ou extrêmement dur. La charge de travail est donc vécue comme une charge physique importante<sup>14</sup>.

<sup>15</sup>Pour rappel, une journée de travail type d'un soignant au niveau gestuel et postural comprend notamment le fait de :

- Rehausser ou transférer le patient (lit ou fauteuil)
- Faire la toilette, prévenir des escarres, retourner le patient
- Le relever du sol, après chute
- Refaire les lits
- Pousser, tirer un chariot
- Pousser, tirer un lit ou un brancard
- Pousser, tirer un fauteuil...

Ces contraintes gestuelles et posturales au cours d'une journée se « résument » en des gestes répétitifs, du travail debout, des postures inconfortables, l'utilisation de matériel de manutention, le port de charges et la torsion des poignets au cours d'un acte technique... Cet ensemble (surtout manutention des patients) fait que les soignants sont surexposés aux contraintes biomécaniques par rapport aux actifs des autres secteurs (risque multiplié globalement par 2,66)<sup>16</sup>.

Ils accumulent aussi « *des risques d'agression verbale et/ou physique* »<sup>17</sup>, et sont sujets aux surexpositions à certains produits chimiques et aux radiations, ainsi qu'une exposition potentielle à des agents biologiques.

De plus, « *du fait d'une demande psychologique élevée, [souvent associée à une faible latitude décisionnelle], ces personnels vivent plus souvent des situations de « jobstrain », susceptibles d'affecter leur santé.* »<sup>18</sup> : le **job strain** est une « **situation à risque pour la santé**, où les marges de manœuvre individuelles ne permettent pas

---

<sup>14</sup> Wertenschlag D. Op. Cit. p. 25

<sup>15</sup> Ibid. pp. 27 ; 28 ; 32

<sup>16</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. p. 4

<sup>17</sup> DARES. « Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003 ». Op. Cit. p. 2

<sup>18</sup> Ibid. p. 1.

aux salariés de faire face aux exigences qu'ils ressentent dans leur travail. »<sup>19</sup> Pour nous donner un ordre d'idée synthétique de la situation, sur 17 secteurs d'activité de l'entreprise étudiés lors de l'enquête SUMER, nous savons maintenant que les personnels de santé (hors médecins) se retrouvent au 3<sup>ème</sup> rang des plus exposés au job strain...

Enfin, le cadre de santé devra composer avec un autre facteur, non négligeable et en lien direct avec la prévalence des risques et accidents : les femmes étant plus exposées au job strain que les hommes (28% contre 20%), et au regard de la forte féminisation de ces métiers (<sup>20</sup>infirmiers, 84,6 % de femmes en 2006, et aides soignants, 92,5%), il est d'autant plus urgent pour lui d'être à l'écoute de ces risques, afin d'en minorer les conséquences. Effectivement, nous imaginons bien l'impact que peut entraîner l'accumulation de toutes ces contraintes sur l'organisation et la qualité des soins, ainsi que sur la santé des personnels.

Donc, les situations à risques pour la santé des personnels sont celles où les exigences du travail sont importantes, la demande psychologique forte, et où les ressources disponibles dans le travail pour y faire face sont insuffisantes, ainsi qu'une latitude décisionnelle faible. Le risque est encore aggravé si le salarié bénéficie d'un faible soutien social.

Voyons maintenant quelles peuvent être les répercussions concrètes de l'ensemble de ces contraintes sur le personnel soignant, mais aussi pour l'établissement employeur.

### 2.2.2. Des conséquences lourdes

Nous venons de voir que les soignants subissaient une accumulation importante de nombreuses contraintes physiques, organisationnelles et psychosociales.

Ceci explique que la grande majorité de leurs maladies professionnelles (il s'agit essentiellement des effets du stress chronique et des TMS, notamment les lombalgies<sup>21</sup>) découle de ces conditions de travail. Dans certaines études, il ressort que 59,2 % des soignants avaient eu des symptômes lombaires pendant l'année précédent l'enquête<sup>22</sup>.

<sup>23</sup>Cette accumulation aboutit également au fait qu'un tiers des personnels soignants (mais 40% des infirmières) est soumis à une situation de « job-strain » (qui

---

<sup>19</sup> DARES. « Les facteurs psychosociaux au travail : Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003 ». In : Premières Synthèses Informations, n° 22.1, 2008, p. 1. En ligne. Disponible sur « <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/> »

<sup>20</sup> INSEE. Enquête Emploi 2006 - En ligne. Disponible sur « <http://www.inegalites.fr/spip.php?article1048> »

<sup>21</sup> INRS. « Soignants, des risques professionnels, des pistes de prévention ». 2009. En ligne. Disponible sur « <http://www.inrs.fr/inrs-pub/> »

<sup>22</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. p. 3

<sup>23</sup> DARES. « Les facteurs psycho sociaux au travail : Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003 ». Op. Cit. p. 4, et graphique 2 p. 5

correspond donc à l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle), susceptible de porter atteinte à leur santé (contre moins de 25% parmi l'ensemble des salariés), tout en précisant que les soignants sont en moyenne largement plus concernés par cette situation que les autres professionnels paramédicaux.

Elle explique probablement aussi que 45 % des infirmières et aides-soignantes jugent leur travail « très fatigant » (contre 28 % de l'ensemble des salariés), « très stressant » (49 % contre 34 %) et ayant des effets néfastes sur la santé (32 % contre 27 %)<sup>24</sup>.

Mais ces répercussions ne sont pas minimes. Elles comprennent des atteintes autant sur le plan musculo-squelettiques, que psychiques et même cardiovasculaires<sup>25</sup>. L'encadrement ne peut donc pas passer à côté de cette réalité, d'autant qu'au niveau institutionnel, les répercussions de ces maladies et arrêts sont aussi conséquentes. A titre d'exemple, la durée moyenne d'arrêt de travail d'une aide-soignante est de 20 journées par an, le double de celle des autres salariés. Un autre effet substantiellement important pour l'encadrement est la « *durée moyenne de vie professionnelle d'une infirmière [qui est] estimée à 5 ans* »<sup>26</sup>... ce qui signifie d'autant plus de turn over !

<sup>27</sup>Par ailleurs, la durée moyenne d'arrêt de travail suite à un accident de travail est de 33 jours. Considérant que le coût total moyen par accident est de 9830€, que celui d'un jour d'arrêt est de 294€, nous imaginons le retentissement financier pour l'institution d'un tel « fléau », d'autant plus grave qu'il concerne chaque année, 16% des soignants (et ceci uniquement pour ce qui est des accidents liés aux manutentions).

Comment gérer des équipes en si grande tension ? Comment ne pas subir un turn over excessif, qui viendra non seulement s'ajouter aux autres problèmes d'organisation du service, mais aussi rajouter des surcharges physiques et psychiques sur les personnels présents ?

### 2.2.3. Réactions des établissements

Puisqu'il a été démontré qu'il y avait un lien symétrique entre certains de ces facteurs (tels que la manipulation de charges plus de 10 heures par semaine) et la probabilité de se trouver, d'une part dans une situation de tension au travail, et d'autre part en risque de subir un accident ou un arrêt de travail, certains

---

<sup>24</sup> DARES. « Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants ». Op. Cit. p. 4

<sup>25</sup> <http://www.paperblog.fr/918280/en-ligne-une-etude-sur-le-job-strain/> 7 mars 2010 et DARES « Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants ». Op. Cit. p. 3

<sup>26</sup> INRS. Op. Cit.

<sup>27</sup> Trontin C., Glomot L., Sabathé J.P. « Analyse coût-bénéfice des actions de prévention : Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant ». Op. Cit. p. 31

établissements de santé se sont sentis concernés. Ils ont alors réfléchi aux possibilités de réduire une partie de ces facteurs engendrant potentiellement des TMS, en introduisant des programmes « gestes et postures » (qui proposaient formation, adaptation des lieux, achat de matériels spécialisés comme des lève- personnes, réorganisation du travail).

Il s'est révélé alors qu'au bénéfice de l'accident évité s'ajoutaient d'autres bénéfices, tels que la <sup>28</sup>« diminution du turn over, une amélioration de la qualité et du nombre de soins ou encore la préservation de l'état de santé du soignant ainsi qu'éventuellement du patient (diminution du risque iatrogène de chute du patient) [...] ». Ce sont autant d'arguments renforçant l'intérêt à prévenir le risque de manutention manuelle ».

En outre, à ces gains de qualité et quantité des soins « s'ajoutent des bénéfices moins tangibles [...] comme l'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'image de l'hôpital » en tant qu'employeur.

Enfin et heureusement, le patient « profite » aussi de ces programmes... En effet, « l'outil d'aide à la manutention permet d'assurer des mobilisations sécuritaires afin de réduire le risque de survenue de chute, de choc ou plus généralement de traumatisme qui altèrent l'état physique du patient et peuvent prolonger son hospitalisation. Il apporte aussi au patient des manipulations gestuelles et/ou mécanisées confortables.»

Mais, dans certains états des Etats-Unis, au Canada, ou en France<sup>29</sup>, même s'il a été montré depuis 10 ans que l'utilisation des lève-personnes a permis de diminuer le nombre d'accidents de travail, cela n'est pas jugé vraiment significatif, surtout en regard des investissements consentis. C'est pourquoi, certains de ces états considèrent les programmes « gestes et postures » comme étant des échecs.

Par conséquent, ils ont parfois purement et simplement abandonné ces programmes de prévention, au profit d'autres solutions plus radicales, type programmes « lifting team»<sup>30</sup>. Dans ce cas, les soignants bénéficient de l'appui d'équipes spécifiquement formées pour les transferts lourds et complexes. Elles travaillent toujours en tandem, ou à trois, avec la présence d'un infirmier. Elles sont constituées pour la plupart d'anciens agents de service hospitalier, qui, par là-même, accèdent à un statut de « soignant », puisqu'en contact direct et rapproché avec le patient.

---

<sup>28</sup> Trontin C., Glomot L., Sabathé J.P. « Analyse coût-bénéfice des actions de prévention : Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant ». Op. Cit. p. 31

<sup>29</sup> BERTRAND S. « Les dispositifs d'aides financières en prévention des risques professionnels dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ». Synthèse réalisée pour le compte de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) du Languedoc-Roussillon, présentée les 13-14 janvier 2009 au salon Aid'O Soins, Montpellier. p. 20. En ligne. Disponible sur « <http://www.aidosoins.com/> »

<sup>30</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. p.3



Ainsi, outre cette « promotion » valorisante pour ces personnels, l'intérêt pour la constitution de telles équipes réside aussi dans la nouvelle responsabilité des équipes soignantes « traditionnelles », qui se retrouvent à superviser de nouveaux professionnels, activité éminemment plus gratifiante. Sans oublier bien entendu l'extrême soulagement physique que cela leur procure, d'autant que selon « Villeneuve et Labrèche-short (2005), l'évaluation de ce dispositif de prévention montre une réduction des accidents du travail liés au transfert de patients [de l'ordre] de 60 %. Les maux de dos ont diminué de 50 %. Entre 2002 et 2004, le coût total des indemnités a baissé de 35 %, soit une économie totale de plus d'un million de dollars »<sup>31</sup> ! La rationalisation et la conceptualisation de la tâche ne pourraient-elles pas être, ainsi, quelques-unes des clés de l'amélioration recherchée ?

Qu'est-ce qui ferait donc que, pour les soignants, malgré des études ergonomiques poussées, des investissements massifs en formation et matériels, les accidents et arrêts de travail ne diminuent pas au prorata de ces « efforts » ?

Qu'est-ce qui, en dehors de ces contraintes physiques (en partie levées par l'introduction de matériel d'aide à la manutention), organisationnelles ou psychosociales, entrerait en compte lors de l'utilisation de ce matériel ?

#### 2.2.4. Recherche d'autres causes

Vu le nombre très important des personnels soignants en situation d'emploi dans les pays occidentaux, et au regard de leur risque majoré d'être victime de TMS ou d'accidents en lien avec des manutentions de patients, de très nombreuses études essayent d'en cibler les causes. Plusieurs d'entre elles ont été identifiées, ce qui a permis dans certains cas à l'encadrement de proposer des aménagements des conditions de travail.

Mais, il y a toujours un questionnement sous jacent.

En effet, ces programmes « gestes et postures » ont finalement un impact limité sur la survenue des conséquences des risques, surtout au regard de ce qu'ils coûtent. C'est-à-dire que le taux d'accidents et d'arrêts de travail en lien avec les activités des manutentions des personnes ne baisse pas proportionnellement au degré d'investissement de l'établissement (en étude, formation et matériel), hormis s'il choisit l'option « lifting team », très rarement mise en place en France.

Si le matériel n'est pas autant utilisé que ce qui était prévu, nous pouvons en comprendre les conséquences.

Mais pour quelle(s) cause(s) ?

---

<sup>31</sup> Ibid. p.3

Une des hypothèses qui pourrait en partie expliquer ce décalage, et qui découle de faits personnellement constatés lors de mon parcours professionnel, serait que dans certains cas les personnels ne souhaitent pas, voire ne « peuvent » pas utiliser le matériel à disposition, quand bien même les conditions matérielles, organisationnelles, spatiales et temporelles seraient réunies. Il est vrai que dans un premier temps, lorsque du matériel d'aide à la manutention est introduit dans les pratiques soignantes, il entraîne une gêne potentielle, et impose des changements dans la relation entre le soignant et le soigné, ne serait-ce qu'au niveau ergonomique (changements dans le positionnement du corps du soignant lorsqu'il utilise ce matériel). D'ailleurs, sur le terrain, certains disent que « *l'identité au travail est modifiée par ce rapport au corps plus distancié* ». <sup>32</sup>

Une partie de la réponse viendrait donc du fait que « *l'usage de l'instrument crée une distance physique entre le soignant et le soigné [...], et que] l'introduction de ce nouveau produit ne correspond au fond ni à la pratique quotidienne des relations entre soignant et soigné, ni au sens du geste des professionnels vis-à-vis du patient. Ce qui peut expliquer en partie un échec d'appropriation de cet instrument et un retour aux pratiques routinières. Le rapport au corps apparaît donc comme une limite d'utilisation de l'instrument.* » <sup>33</sup>

Ainsi, ce matériel viendrait rompre le contact direct entre le soignant et le soigné, et par là même, perturber la base de leur relation.

Donc, si finalement l'utilisation de matériel est à ce point problématique dans la relation de soin, jusqu'à amener des conséquences dramatiques sur le plan humain, ne serait-ce pas lié au fait que « *l'introduction de ce nouvel outil « crée un nouvel artefact dans la relation entre le soignant et le soigné et interroge les fondements du métier de soignant* » <sup>34</sup> ?

L'usage par le soignant de son propre corps, mais aussi de celui du patient, ne serait-il au cœur de cette problématique ?

**Quel impact aurait ce facteur dans la limitation de l'appropriation de ce type de matériel dans les services ?**

**Quel est ce rapport au corps entre le soignant et le soigné,** que l'encadrement devra appréhender et prendre en considération avant de se limiter aux « simples » considérations richement documentées et chiffrées, dont nous venons de voir certains des principaux aspects ?

---

<sup>32</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. p. 9

<sup>33</sup> Ibid. p. 9

<sup>34</sup> Ibid. p. 9

### 3. RAPPORT AU CORPS

Suite à mon constat et à l'analyse de publications spécialisées dans le domaine des manutentions, il ressort donc que les soignants seraient gênés dans l'appropriation de matériel d'aide à la manutention en raison de la mise à distance qu'il imposerait entre les corps des protagonistes, rompant ainsi leur relation « habituelle ». Si nous pouvons avancer le principe de résistance culturelle, de quelle culture parle-t'on ?

L'abord de cette question pouvait être traité sous le versant sociologique, historique ou anthropologique. Partant du principe que le « *le passé est un outil pour comprendre le présent* »<sup>35</sup>, je me suis orienté vers une analyse anthropologique du soin, et du rapport au corps du soignant. Je cherche, à travers ce choix, à comprendre la place qu'avait le corps dans nos sociétés pré-industrielles, afin de comprendre si cette culture populaire imprègne encore aujourd'hui nos façons de faire, et justifierait ce défaut d'appropriation. Il ne s'agit pas pour moi de juger, mais de me servir de ces apports pour comprendre la place de cette culture dans les pratiques soignantes actuelles. Cette démarche me semble d'autant plus importante qu'elle devrait, en m'interrogeant sur ces pratiques, émotions, cultures d'autres soignants, me distancier de mes propres normes, valeurs et habitudes professionnelles.<sup>36</sup> Effectivement, il me paraît primordial d'essayer de comprendre la culture de l'autre avant d'agir uniquement en fonction de mes propres représentations, au risque sinon de prôner une sorte d'acculturation, et par ricochet, de me heurter à des comportements de fuite ou de rejet de la part des équipes encadrées. En effet, « *l'anthropologie permet de connaître les cultures des autres, mais pas dans le but de mieux les « convertir » [sinon on annihile leur culture, donc leur identité], mais pour essayer de dialoguer, de négocier, en respect total de l'autre. Ce n'est qu'à travers ce respect mutuel que celui qui aurait des pratiques vraiment nocives seraient dans la capacité de les modifier, voire de les abandonner, sans pour autant perdre son identité* »<sup>37</sup>. L'enjeu est donc substantiel.

Je vais donc m'intéresser à la particularité du rapport au corps des soignants, dans un ensemble qui forme une culture soignante.

Je débiterai cette partie par l'analyse des origines du soin, de ses éléments culturels, avant d'aborder la culture traditionnelle en relation avec le corps. Je continuerai par la recherche d'éléments culturels en lien avec la notion de prévention, de protection du corps. J'essaierai enfin une comparaison entre les cursus des

---

<sup>35</sup> Loux F. « Traditions et soins d'aujourd'hui : Anthropologie du corps et professions de santé ». 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Interéditions, 1995, p. 29

<sup>36</sup> Vega A. « Soignants / soignés : Pour une approche anthropologique des soins infirmiers », 2<sup>ème</sup> tirage. Bruxelles : De Boeck, 2004, p. 12

<sup>37</sup> Loux F. Op. Cit. p. 120

étudiants soignants et rééducateurs qui pourraient justifier cette différence d'approche corporelle.

### 3.1. Origines du soin / Eléments culturels du soin

Sous l'Antiquité, les premiers médecins privilégiaient l'exercice de l'Art, sans se préoccuper réellement du patient, qui n'est en fait que « l'objet de soin ». Ce sont les religions monothéistes qui vont donner à l'individu une certaine valeur, et attribuer au corps une place particulière, en tant que siège de la conscience. A partir de là, il paraît nécessaire de le préserver.

La pensée chrétienne va beaucoup influencer le soin, d'autant que sous nos contrées, et jusqu'au XI<sup>ème</sup> siècle, les médecins étaient obligatoirement des religieux. Dans la pensée chrétienne, le corps devient le siège de l'âme. Du fait de sa possible résurrection, il doit être préservé et protégé, même si, paradoxalement, il est moins considéré que l'esprit. Les malades, pauvres ou indigents devaient bénéficier de « soin », afin de leur permettre de se présenter devant Dieu dans de bonnes conditions. L'intérêt était double, puisque ceux qui s'occupaient de ces populations, de part leurs actions « louables », leur dévotion, se rapprochaient eux aussi encore plus de Dieu. « *Les [premières] infirmières étaient celles qui avaient comme valeurs et fondements de leurs actions, le malsain, le mauvais (enfer-mier) et la recherche du difficile comme bien en vue d'être assises à la droite de Dieu comme l'annonce la promesse eschatologique* » (« Terme de théologie, d'emploi didactique, qui désigne l'étude des fins dernières de l'homme et du monde »)<sup>38</sup>. « *Plus l'enfermière acceptait d'être en contact avec la puanteur, les excréments, l'expression de la misère, de la honte et de la souffrance, les plaies qui fourmillent de vers, plus elle pouvait espérer gagner son paradis. C'est en assumant d'affronter le difficile, le mauvais et le malsain que l'on devenait infirmière* »<sup>39</sup>.

Parallèlement à ce courant religieux se développe une prise en charge laïque, sans médecins ni religieuses. Prenant appui sur les pratiques séculaires des populations, « *l'activité autour du « prendre soin » s'est progressivement déplacée de la maison [...] vers un espace temps spécialisé, collectif, organisé...* »<sup>40</sup> : l'hôpital général, qui n'est pas à l'origine donc, un établissement médical. Il est un

---

<sup>38</sup> Nadot M. « Des pratiques soignantes révélées par leur histoire à la médiologie de la santé en tant que construit théorique d'une étude sur l'activité professionnelle infirmière ». In : 2<sup>ème</sup> Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones, du 25 au 28 mai 2003. Montpellier. p. 6. En ligne. Disponible sur « <http://www.mno.ch/publi/> »

<sup>39</sup> Nadot M. « La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel ». In : DALLAIRE Clémence (sous la dir. de) : Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. 2008. Montréal : Gaëtan Morin. Chapitre 14, p. 361. En ligne. Disponible sur « <http://www.mno.ch/publi/> »

<sup>40</sup> Nadot M. « Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle ». In : DALLAIRE Clémence (sous la dir. de) : Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. 2008. Montréal : Gaëtan Morin. Chapitre 2, p. 32. En ligne. Disponible sur « <http://www.mno.ch/publi/> »

prolongement de ce qu'on aurait dû/pu réaliser à la maison, en lien avec des soins hautement symboliques, s'exerçant au moment de la naissance, la maladie ou la mort : des soins basés sur la proximité, l'empathie, le maternage. « *Le Nursing était devenu un métier* »<sup>41</sup> : ce terme « *est construit sur l'acte de donner le sein (To nurse), nourrir, réconforter et de là, apaiser* »<sup>42</sup>. On parle bien donc d'activité « maternelle » ou « maternante ». Bien sur, ce n'est pas la seule caractéristique de l'activité des soignants. Elle repose également sur le « prendre soin », qui « *est une longue et insidieuse entreprise de standardisation de l'aide quotidienne permettant parfois de vivre en harmonie avec la nature et, surtout, d'assurer la survie* »<sup>43</sup> et de préserver l'espèce. La relation à l'autre semble donc être la base de ce soin.

Partant de ces remarques, on peut à juste titre se demander, comment dans ce contexte culturel, le soignant pourrait permettre qu'un appareil vienne perturber la relation « maternante » qu'il a avec le patient ? <sup>44</sup>En effet, nous l'avons vu, depuis l'origine de son métier, l'infirmière a un rôle très spécifique et unique par rapport au patient : elle doit l'entourer, physiquement et psychologiquement, le toucher, lui dispenser des soins dans l'intimité la plus totale... ces tâches lui donne un statut très particulier par rapport au patient, qu'il devient difficile de rompre, en tout cas spontanément. Dans certains cas, c'est même le patient qui n'accepte pas cette rupture. Aussi, « *ce rôle qui peut se rapprocher, d'une certaine manière, au rôle de mère avec son enfant* », confère à l'infirmière le « pouvoir » d'autoriser le patient, lorsque son état le permet, à accéder à plus d'autonomie : elle passe du nursing, de la dépendance, à la recherche d'action visant l'autonomie. Dans ce cadre, une mise à distance est possible. Le patient, dans sa phase de soin, peut accepter cette transition qu'il pourrait ne pas accepter à un stade plus précoce : il est lui même pourvoyeur de sa propre dépendance. C'est pourquoi, dans certains cas, quand le soignant utilise systématiquement du matériel d'aide à la manutention, le patient peut considérer cela comme étant une mise à distance non appropriée à son état (de dépendance).

Cette notion de pouvoir, non anodine dans une relation de soin, repose également sur d'autres éléments. En effet, « *le soin, se donne à l'initiative et sous la direction des soignantes. Ces actions sont un service particulier rendu à la personne soignée et à son entourage* »... « *Les soignantes avaient la possibilité d'offrir aux personnes soignées un réconfort, la possibilité de donner un sens à leur expérience et de leur proposer, à tous les âges de la vie, un ensemble de moyens pertinents pour*

---

<sup>41</sup> Nadot M. « Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle ». Op. Cit. p. 34

<sup>42</sup> Nadot M. « Des pratiques soignantes révélées par leur histoire à la médiologie de la santé en tant que construit théorique d'une étude sur l'activité professionnelle infirmière ». Op. Cit. p. 3

<sup>43</sup> Ibid. p. 35

<sup>44</sup> Entretien avec un Cadre Supérieur de Santé infirmier du Centre Hospitalier de Saint Denis (93), le 24 février 2010

leur « bien être » [...] ou parfois d'offrir une digne fin de vie »<sup>45</sup>. Le patient n'a d'autre issue que de s'en remettre « corps et âmes » au soignant qui s'occupe ainsi de lui. Ce réel pouvoir du soignant confère au soigné une position de dépendance d'autant plus importante qu'il se retrouve « aux mains » d'une personne susceptible de pénétrer au plus profond de son intimité.

Mais, cette notion de dépendance est aussi majorée par plusieurs autres facteurs. D'une part, le soigné s'en réfère au soignant pour que celui-ci réalise ses actes de la vie quotidienne, tel l'habillement, le repas, également à haute valeur symbolique (signe d'une très grande dépendance, propre normalement à la petite enfance). D'autre part, « dans les sociétés occidentales [...], la personne est considérée comme bien délimitée, bien distincte des autres individus et de l'environnement. Autrement dit, ces composantes (chair, os, sang, organes...) sont liées les unes aux autres de façon plus intime que ne le sont les individus entre eux »<sup>46</sup> : mais que se passe-t-il lorsque le soignant pratique des soins externes très proches, voire internes ? N'y a-t-il pas « fusion » avec l'autre ? L'autre ne partage-t-il pas une partie de lui ? Certain parle « de détachement, d'infantilisation »<sup>47</sup>. Ce « sacrifice » n'accepterait sans doute pas d'intermédiaire, sachant que beaucoup de ces actes ne peuvent s'effectuer qu'en contact corporel direct... : en tout cas, pour qu'il soit possible, il faut qu'il y ait entre le soignant et le soigné un lien basé sur la confiance et le respect réciproque. Cette dimension spatiale des soins, où le soignant rompt la distance minimale d'intimité, participe certainement au lien si particulier qui existe dans la relation de soin entre les deux protagonistes, et qu'on ne retrouve pas nécessairement avec les rééducateurs.

Ainsi, le rapport particulier qu'entretient le soignant avec le soigné viendrait pour partie de l'origine des soins, proprement basés sur le maternage. Le soignant se retrouve à pratiquer des soins du corps qui nécessitent de « franchir les barrières sociales, briser les tabous et à faire pour autrui des choses que chacun ferait pour soi en privé, tant qu'il en est capable. »<sup>48</sup> Le soigné ne peut que s'en rapporter à cet autre, qui se retrouve en mesure de rompre la « distance sociale de bienséance »<sup>49</sup>, voire de pénétrer dans son intimité. Un état important de dépendance physique, mais aussi intellectuel en découle, qui ne saurait permettre l'introduction sans préparation, de matériel interférant.

---

<sup>45</sup> Nadot M. « La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel ». Op. Cit. p. 368

<sup>46</sup> Loux F. Op. Cit. p. 118

<sup>47</sup> Ibid. p. 96

<sup>48</sup> Casimir Duncan M. « Formation à la pudeur ». Recherche et formation. Objectifs soins, février 2004, n° 123. p.13

<sup>49</sup> Le Breton D. « La sociologie du corps ». 1<sup>ère</sup> éd. Que sais-je. Paris : Presses Universitaires de France, 1992, p. 59

Pour autant, l'accès « privilégié » à ce corps abîmé, meurtri par le temps ou la pathologie, associée à ses odeurs, n'en finit pas de questionner le soignant, qui « oscille en permanence entre, soit une distanciation avec le patient en se limitant à son rôle de soignant de la maladie, soit en cherchant à se rapprocher de la personne en souffrance en entamant une relation de don/contre-don, qui engagera alors la personnalité même du soignant »<sup>50</sup>

Enfin, à ce questionnement quotidien, s'ajoute le fait que, depuis la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'activité du soignant glisse petit à petit vers le biomédical : « En plus de mener des activités liées au « prendre soin » ordinaire, la soignante va alors se trouver avec une nouvelle fonction « d'agent double » au service du médecin, chargée de collecter des données en vue d'une analyse médicale [...] et d'appliquer des prescriptions médicales, [...] ce qui va aussi transformer le quotidien hospitalier et les pratiques ». « Au fur et à mesure que la médecine va s'étendre et que l'hôpital va recevoir plus de malades, les pratiques médico-déléguées vont occuper l'espace hospitalier, augmenter la charge de travail et prendre le pas sur d'autres pratiques »<sup>51</sup>...

Comment, dans ce contexte culturel et quotidien chargé d'ambivalence, le soignant peut-il opter en toute objectivité pour une introduction de matériel qui, nécessairement, l'éloignera physiquement de « son » patient ? La nature même de sa mission, qui déjà est de plus en plus orientée vers le biomédical, ne s'en retrouverait-elle pas biaisée ?

### **3.2. Culture liée au corps**

Le rapport au corps repose dans nos sociétés sur plusieurs principes, eux non plus pas toujours en accord les uns par rapport aux autres. Cela participe sans doute au positionnement parfois paradoxal du soignant. D'un côté, l'histoire et la culture populaire conforte son intervention dans l'intimité des personnes soignées, et valide une relation au corps idéalement jugée comme étant la base du métier, se rapprochant ainsi de la notion de maternage précédemment abordée. De l'autre, une approche manuelle du corps à corps, notamment au cours des toilettes ou des transferts, souvent jugée comme étant salissante, voire dangereuse, et faisant référence aux « sales besognes », amène à la notion de soins subalternes<sup>52</sup>. Et ceci, d'autant que pour certains, lorsque « les soignants touchent le corps, cela signifie être

---

<sup>50</sup> Lebret J.M. « Réflexion philosophie sur la relation soignant/soigné ». En ligne. Disponible sur « <http://www.cadredesante.com/> »

<sup>51</sup> Nadot M. « Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle ». Op. Cit. pp. 42 à 44

<sup>52</sup> Vega A. Op. Cit. p. 34

*en contact avec le tabou et l'impur», ce qui amène à ce que « différents sentiments se mêlent, [entre] attirance et dégoût, compassion et rejet, attention et indifférence »<sup>53</sup>.*

Nous aborderons, dans un premier temps, l'approche du corps au travers de la culture traditionnelle, populaire, qui valide le fait que le soignant doit agir pour le préserver. Puis, nous allons voir comment la considération du corps évolue à partir de la fin du moyen âge, ce qui amènera à se questionner sur cette évolution en terme d'approche et de conséquence pour le patient. Mais paradoxalement, nous verrons aussi que l'évolution des pratiques et de la société, influencée par le dogme biomédical, amènera les soignants à essayer de concilier deux pratiques aux antipodes, le soin rapproché au corps, et sa distanciation au profit d'autres activités.

Jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, le corps était synonyme de force de travail. Il y avait ceux qui pouvaient se permettre de ne pas s'en servir de façon impérieuse, les bourgeois, et les autres, pour qui le corps avait une place centrale. C'était même pour eux le capital le plus précieux, puisque le seul. Il avait valeur d'« *instrument utilitaire* »<sup>54</sup>. D'ailleurs, dans les coutumes populaires, et notamment au travers des proverbes ruraux, l'enjeu pour le corps était d'être apte au travail quotidien. Cela était vital.

Dans ce cadre, la maladie ou le handicap entraînaient la mort, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de la pauvreté, du fait de l'incapacité de subvenir à ses besoins et ceux de sa famille. Il fallait donc le protéger, et surtout « en prendre soin ». Nul doute qu'alors, s'en occuper en tant que soignant devait être valorisé.

Ainsi, dans la culture populaire, le rapport au corps était en lien avec son utilisation : la promiscuité, le travail harassant, les odeurs de la vie quotidienne (sueur, déjections, cuisine...) faisaient partie du « lot » quotidien. Il n'y avait donc pas d'impudeur autour des « *choses du corps* ». La toilette (sommaire), l'hygiène corporelle ou le fait d'aller à la selle devant tous n'étaient pas impudique.<sup>55</sup> Les soins au lit, la pose du « bassin » n'étaient pas un problème en soi, en tout cas tant que cela restait dans le cadre familial.

Dans ce contexte, le soin rapproché du corps de l'autre ne posait pas de problème, et devenait même respectable.

Dès le XVI<sup>ème</sup> et XVII<sup>ème</sup> siècle, le corps bénéficie d'une vision moderne basée sur le fait qu'il est la frontière de la personne, suite au « *passage d'une société de type communautaire à une société de type individualiste* »<sup>56</sup>. L'homme devient un individu à part entière, c'est-à-dire relativement coupé et indépendant des autres.

---

<sup>53</sup> Catanas M. « Le corps dans l'interaction soignant – soigné ». Septembre 2008. En ligne. Disponible sur « <http://www.cadredesante.com/> »

<sup>54</sup> Loux F. Op. Cit. p. 43

<sup>55</sup> Loux F. Op. Cit. pp. 50 à 52

<sup>56</sup> Le Breton D. Op. Cit. p. 29



Dans un cadre plus proche, et selon une approche psychanalytique, « *la peau est l'enveloppe du corps tout comme la conscience tend à envelopper l'appareil psychique* »<sup>57</sup>. Anzieu dit également « *considérer que le Moi, comme la peau, se structure en une interface qui permet ainsi d'enrichir les notions de frontière, de limite, de contenant dans une perspective analytique* ». D'après Le Breton, le corps est « *l'enveloppe du lieu et du temps indiscernables de l'identité. Ce n'est pas un attribut de la personne, donc quiconque le touche d'assez près, voire le pénètre, touche à l'identité de son « porteur »* »<sup>58</sup>. Cette considération, sans doute au cœur de notre sujet, a été abordée par plusieurs auteurs, et certaines études alimentent cette approche. Par exemple, des recherches effectuées auprès d'enfants en crèche montrent que chacun possède « *autour de lui des zones qui vont de celles du contact intime à la bulle dans laquelle il accepte certaines relations, à celle de la présence proche, puis distante. La rupture de cet espace produit des réactions immédiates et brutales* »<sup>59</sup>.

Dans ce contexte, que peut signifier pour les patients de « *laisser une personne étrangère s'approcher de leur corps, les découvrir, le dévêtir, entrer dans leur intimité la plus profonde et gérer leurs salissures* »<sup>60</sup> ? Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la personne soignée, ne pouvant pas en arriver à des réactions extrêmes, se place en situation d'hyper dépendance, lui laissant ainsi la possibilité « d'accepter » cette « intrusion » et le maternage en question. Cette situation serait en partie tolérée grâce à la contrepartie tacite entre le soigné et le soignant, passant par un respect réciproque et un lien corporel direct, sans intermédiaire.

Initialement, donc, les soins apportés au corps par une autre personne que soi se déroulent à des moments clés de l'existence : à la naissance, au cours de maladie (engendrant une dépendance importante, proche de celle de l'enfant en bas âge), et autour de la mort. Ces pratiques, comme la toilette du tout nouveau-né, ou celle du défunt deviennent des actes très emblématiques. Toute l'aura et la symbolique qui entourent ces actes, maintenant médicalisés, confère à ceux qui les pratiquent une sagesse toute professionnelle<sup>61</sup>. Les gestes des soignants sont donc emprunts de respect, d'intimité. D'autant qu'autour de ces deux périodes clés de la vie, beaucoup de rituels existent. Le soignant, dépositaire de l'exécution de ces actes très symboliques devient alors « un maillon » indispensable pour l'exécution de gestes auparavant chargés culturellement. Ainsi, cette très grande responsabilité, qui découle à la fois de l'exécution d'actes très symboliques, mais aussi de la position de grande

---

<sup>57</sup> Anzieu D. « Le moi-peau » - 1995, Editions Dunod. In projet pédagogique IFSI MGEN de la Verrière 2009-2010

<sup>58</sup> Le Breton D. Op. Cit. p. 36

<sup>59</sup> Loux F. Op. Cit. p. 90

<sup>60</sup> Catanas M. Op. Cit. p. 1

<sup>61</sup> Loux F. Op. Cit. p. 43

dépendance du malade (qui se retrouve obligé d'« accepter » une intrusion dans son espace personnel), associée au respect de celui qui l'endosse, amène sans doute le soignant à considérer ce rapport au corps d'une façon toute aussi symbolique, même si paradoxalement, la culture biomédicale bouscule cette approche. Effectivement, parallèlement à cette pratique soignante basée sur la relation à l'autre, où le corps a une place centrale, « *il existe une hiérarchisation implicite des pratiques soignantes très perceptible à l'hôpital, où prédomine l'ascendant médical. Par exemple, la valorisation du paradigme scientifique médical est un trait caractéristique de l'histoire de la médecine en France. En conséquence, le prestige des professionnels de la santé est proportionnel à leur distanciation du corps du malade* », « *une exception concern[ant] le statut privilégié du chirurgien.*»<sup>62</sup> Le soignant peut donc être tenté de s'éloigner de son rapport initial au corps, base pour certain de sa relation professionnelle, surtout dans un contexte où d'autres considèrent ces soins corporels comme étant de « *sales besognes* », amenant à la notion de soins subalternes. Ainsi, les soignants n'ont de cesse de se poser la question « *du geste juste. Tout comme la juste distance avec le patient.* »<sup>63</sup>

Face à ce paradoxe très présent, certains Instituts de Formation en Soins Infirmiers, comme l'IFSI Nord-Marseille<sup>64</sup> ont décidé d'introduire des modules optionnels sur la gestion émotionnelle du soignant dans les soins au corps. Ils travaillent alors sur l'approche du corps pendant le soin, et la distance professionnelle qui doit en découler. Voici quelques exemples des thèmes abordés :

- De la distance physique à la distance symbolique,
- Dans l'intimité de la rencontre,
- Culpabilité et désir de réparation,
- De la distance défensive à la distance injuste,
- Vers la distance juste,
- L'excès de distance est négation de l'acte de soin.

Cette partie de programme montre bien combien le soin au corps a une valeur, avec l'introduction de la distance au soin, qui, lorsqu'elle est trop importante, aboutirait à une « *négation de l'acte de soin* »...

Ainsi, l'accès au corps de l'autre, donc de son enveloppe identitaire, n'est pas autorisé pour tous. Il met la personne soignée dans une situation de grande dépendance, propre aux soins maternels : en acceptant malgré tout ce rapport, la personne soignée met le soignant dans une position de pouvoir et de grande

---

<sup>62</sup> Le Breton D. « Anthropologie du corps et de la modernité », P.U.F., 1990. In Vega A. Op. Cit. p. 34

<sup>63</sup> Taillens F. « Le corps, au cœur de la relation soignante ». In : Soins Infirmiers, décembre 2000. p. 59. En ligne. Disponible sur « <http://www.sbk-asi.ch/archiv/> »

<sup>64</sup> Catanas M. Op. Cit. p. 2

responsabilité<sup>65</sup>, ce qui induit un respect mutuel. Dans ces conditions, où l'accès au corps est logiquement primé bilatéralement, il apparaît que l'activité professionnelle de ceux qui ont ce privilège, mais aussi cette obligation de respect de l'identité, se conçoit sur la base d'une relation directe, sans intermédiaire (d'autant plus s'il devait être matériel), à la fois contrepartie de cette relation déséquilibrée, mais aussi inhérent à l'origine même du soin.

### **3.3. Tradition et prévention**

Nous l'avons vu, le corps était dans les milieux populaires, le seul capital. Mais paradoxalement, ces populations « *ne prêtent guère d'attention à leur corps et l'utilisent surtout comme « outil » auquel ils demandent une bonne qualité de fonctionnement et d'endurance* ». <sup>66</sup> Ce manque d'intérêt envers la prévention venait surtout du coût insupportable des consultations médicales et des traitements médicamenteux, qui faisait que ces familles modestes ne pouvaient se permettre de consulter à titre préventif. <sup>67</sup> Dans ce contexte, se faire examiner sans être malade était une façon excessive de s'écouter. La prévention consistait donc traditionnellement surtout à éviter d'être malade ou de mourir, ce qui correspondait d'ailleurs souvent à la même chose : la maladie ou le handicap entraînaient inexorablement la mort directement, ou indirectement par incapacité de travailler. Cette toute relative prévention passait par des chants, ou surtout des proverbes, « *transmis dans la famille depuis la petite enfance* », qui prônaient la sagesse dans l'utilisation de ce corps, si important. Il n'y avait pas non plus de notion de prévention de la douleur ou de la souffrance. D'ailleurs, les personnes devaient les supporter pour aller travailler (« *s'endurcir au mal* »). Ce n'est que quand elles devenaient insupportables qu'elles entraînaient prise en considération, et soins.

Traditionnellement, c'étaient les membres de la même communauté (en principe les anciens) qui délivraient les conseils. La recommandation était vécue comme une attention qu'un sage prenait le temps de délivrer. Mais aussi, comme tout se savait au sein de la communauté, celui qui ne respectait pas un conseil subissait le mécontentement de ses aïeux, et était vite repris à l'ordre.

A contrario, plus on s'élève dans les classes sociales (donc plus le travail est intellectuel), plus le corps est vécu comme devant être esthétique, et la notion de prévention peut poindre. On devient alors, dans ces milieux, plus sensible aux signes avant coureurs de maladie ou de détérioration, ce qui amène à plus de prévention. Mais, faut-il le rappeler, ce ne sont pas ces personnes qui, d'une part consultaient à

---

<sup>65</sup> Loux F. Op. Cit. p. 194

<sup>66</sup> Le Breton D. Op. Cit. p. 104

<sup>67</sup> Loux F. Op. Cit. pp. 64 ; 67 ; 96 ; 99

l'hôpital, et d'autre part supportaient les plus lourdes charges physiques. De plus, on ne pouvait pas compter sur leur nombre pour diffuser cette culture préventive.

Si l'on compare ce <sup>68</sup>« système de prévention » traditionnel avec celui « de type moderne », le contraste vient notamment du fait que la prévention, dans ce deuxième cadre, est médicalisée. Ainsi, actuellement, il y a « *une différence entre les promoteurs de la prévention et ceux à qui elle s'applique* ». Et si l'on part du principe qu'il n'y aurait pas conseil si l'action était bien réalisée, celui à qui il s'adresse peut, à juste titre, se demander qui peut bien être l'érudit qui se permet d'édicter ainsi de bons usages, surtout s'il ne fait pas partie de la même « caste ». <sup>69</sup>« *Chargés de présumés* », ces conseils sont en capacité de renvoyer une « *image négative* » à celui à qui ils se destinent. La notion de jugement de valeur ainsi induite amène à un rapport de professeur-élève, éducateur-éduqué, rapport assez paradoxal entre deux adultes. Le risque est alors grand d'aboutir in fine à ce que ces conseils soient mal vécus, mal interprétés, voire mal compris, ce qui est la meilleure façon de n'amener aucun changement.

Ce détour historique montre l'intérêt primordial de l'abord anthropologique de la question. En effet, j'ai pu constater très fréquemment au cours de mon parcours professionnel que moi-même, ou d'autres collègues rééducateurs, n'arrivions pas, lors de nos interventions auprès d'équipes pourtant en demande, à insuffler les « bonnes pratiques ergonomiques » en lien avec la manutention. Sans doute était-ce dû à notre méconnaissance des causes du rapport au corps si particulier qu'ont les soignants avec les personnes soignées. Sans doute était-ce aussi dû au fait qu'arrivant avec des « bonnes pratiques », nous nous mettions non seulement en position de maître par rapport à des élèves, mais aussi, et par conséquent, en position de juger l'action de l'autre comme étant négative. Ce jugement de valeur, chargé de présumés, renvoyant une image négative, et associé à la méconnaissance de la relation corporelle basée sur le contact entre les protagonistes, ne pouvaient qu'amener à des non changements de pratiques...

Partant de l'intérêt premier de l'anthropologie abordé en introduction de cette troisième partie, nul doute que ces différents savoirs me permettront, en tant que cadre, « *de dialoguer, de négocier, en respect total de l'autre* », car rappelons-le, « *ce n'est qu'à travers ce respect mutuel que celui qui aurait des pratiques vraiment nocives seraient dans la capacité de les modifier, voire de les abandonner, sans pour autant perdre son identité* »<sup>70</sup>.

---

<sup>68</sup> Loux F. Op. Cit. p. 74

<sup>69</sup> Vega A. Op. Cit. p. 53

<sup>70</sup> Loux F. Op. Cit. p. 120

Après avoir étudié la spécificité du soin et du prendre soin, nous sommes en mesure de nous demander pourquoi et comment les rééducateurs ont une autre approche du soin, et particulièrement, un autre rapport au corps.

### **3.4. Comparaison rééducation / soin**

Au fur et à mesure des évolutions sociétales et médicales, le rôle professionnel des soignants devenait de plus en plus large et complexe. Vers le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, l'environnement technologique hospitalier était en pleine expansion, et demandait d'approfondir ses compétences, mais également d'en développer de nouvelles. C'est dans ce contexte que se sont développés de nouveaux corps de métier, à la fois dans le champ sanitaire, social et médico-social, étant bien entendu que les soignants ne pouvaient plus continuer à tout faire.<sup>71</sup> Mais, qui dit nouveaux corps de métier, dit nouvelles orientations, nouvelles cultures professionnelles possibles. C'est dans ce cadre que ce sont notamment créés les métiers de masseur kinésithérapeute (loi n° 46-858 du 30 avril 1946), et d'ergothérapeute (décret n°70-1042 du 6 novembre 1970). Ce mouvement faisait suite à celui émergent dès le début de l'ère industrielle, et se développant ensuite sur les bases et conséquences de la première guerre mondiale.<sup>72</sup> En effet, à côté de la médecine basée sur la maladie (qu'il faut soigner et guérir) se développe la rééducation et réadaptation, elles-mêmes basées sur la notion de remplacement, le « *rétablissement de la même situation qu'auparavant, la compensation* ». Stiker précise que le fondement de cette nouvelle pratique repose sur une nouvelle vision de la santé : « *On peut et il faut réparer, rétablir, restaurer : effacer (expier, racheter) [...] ; l'image d'une infirmité va devenir celle d'une insuffisance à compenser, d'une défaillance à faire disparaître. Notion différente de celle de guérison. La guérison est une expulsion et concerne la santé, la réintégration se situe sur le plan social et consiste en un remplacement du défaut.* »

À partir de ce concept de réadaptation (toute personne a le droit d'être intégrée dans la société d'apprentissage, de formation, de production, de consommation, concept appuyé par la loi du 30 juin 1975<sup>73</sup>), on tend à ce que tous puissent vivre ensemble, et profiter des mêmes choses : loisirs, culture, travail... dans une forme d'harmonisation. On attend de la « *prise en charge du handicapé* » qu'il puisse être ramené à la norme.

Ainsi, un pan de la médecine passe d'une obligation morale ou religieuse d'assistance et de soin, à une obligation sociale d'assistance et de restauration du

---

<sup>71</sup> Nadot M. « La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel ». Op. Cit. p. 372

<sup>72</sup> Stiker H.J. « Corps infirmes et sociétés : essais d'anthropologie historique ». 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 2007, pp. 133 et 134

<sup>73</sup> Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. En ligne. Disponible sur « <http://www.aideeleves.net/> »

dommage. L'ère industrielle associée à la première guerre mondiale amène « *une idée de responsabilité et de réparation* », et définit la rééducation physique comme consistant « *à rendre à l'individu la même disponibilité qu'avant, le plus possible. La rééducation mentale, scolaire, affective, sociale consiste également à faire recouvrer les capacités et les connaissances antérieures, voire à les accroître* »<sup>74</sup>. L'approche du soin est donc différente entre ces deux « courants » : pour ce qui est de la réadaptation, le but n'est pas de guérir, mais permettre la participation sociale grâce à la restauration de l'état antérieur. Ceci suppose l'introduction dans les pratiques d'instruments, de matériels de compensation, ce qui participera pour partie à la distanciation d'avec le corps de la personne soignée.

<sup>75</sup>Mais cette différenciation ne porte pas « que » sur la finalité de la pratique, du geste soignant. Elle amène aussi une nouvelle culture, reposant en partie sur le fait que le médecin rééducateur ne « *se prononce [pas qu'] au niveau des thérapies [...], mais aussi au niveau de la suite à donner à son action propre* ». Il soigne, mais aussi donne son avis, voire oriente la personne soignée dans son parcours social. Le regard change : d'une maladie ou un « défaut » qui ne concerne qu'une partie de l'individu (et qui va parfois amener certains praticiens à ne voir le patient que comme « objet du soin, objet de soin »), on passe à l'infirmité où les notions prépondérantes seront « *la globalité [physique mais aussi sociale], d'une part, et l'intégration dans le milieu de vie ou de travail, de l'autre* ».

Soigner ne passe plus « uniquement » par le soin ou le prendre soin : soigner devient un acte global. Cette orientation aura une conséquence majeure sur la pratique des professionnels concernés. Partant du principe que « *le rapport au corps malade n'est pas le même pour la simple raison que souvent on ne guérit pas [...]. On compense, on redresse, on remplace soit de façon chirurgicale, soit par des traitements de longue haleine (kinésithérapie, balnéothérapie, ergothérapie, etc.), mais on ne supprime pas le mal en tant que malformation [...]. Le corps malade est à redresser, mais non à guérir. Dès lors la différence du regard sur le corps de l'autre et sur le corps autre est patente* ». De part cette différenciation importante concernant le rapport au corps, mais aussi du fait de la prise en considération de la globalité physique et sociale de l'individu, quitte à l'orienter tout au long de sa vie (ce qui induit « *un certain projet sur l'autre* »), le rééducateur se pose en « *éducateur* », en « *maître de vie* ». « *Le regard médical sur l'infirme s'est fait plus paternaliste que clinicien, plus éducatif que guérisseur* »... Ceci entraîne entre lui et le patient, mais aussi peut être entre lui et les autres professionnels de la santé dans le cadre de

---

<sup>74</sup> Stiker H.J. Op. Cit. pp. 136 et 169

<sup>75</sup> Stiker H.J. Op. Cit. pp. 169 et 171

préconisations, « *un rapport de maître à disciple* »<sup>76</sup>. La notion de prévention devient prégnante, partant du principe de globalité : afin de ne pas réitérer la problématique amenant à consulter, ou afin de ne pas porter préjudice à une fonction déjà déficitaire, on se doit de prendre en considération « toutes » les autres fonctions, dans l'idée de compensation.

Cette introduction historique nous a permis d'entrevoir la divergence de culture entre les soignants et les rééducateurs.

Ainsi, d'une part, le soin du soignant concerne la maladie, qu'il devra soigner et guérir. Il devra faire en sorte de l'expulser, dans un contexte culturel traditionnel où il n'y a pas beaucoup de place à l'anticipation des stigmates signant la maladie, où la prévention médicale est un signe que l'on s'écoute trop. Sa pratique repose aussi sur la notion du « prendre soin », paradigme de la profession, reposant sur un lien corporel direct avec le soigné, base de la relation soignante.

D'autre part, le soin du rééducateur concerne la déficience, l'incapacité, qu'il faudra compenser. Il est question de restauration ou de renforcement de la fonction, qui passent notamment par l'introduction d'instruments, de matériels. Le soin direct au corps s'en trouve donc impacté. Aussi, on ne parle plus de guérison, mais d'intégration sociale. Ce qui diffère également, et peut être encore plus, provient du fait que la réadaptation prend appui sur la globalité de la personne et de son parcours de vie : elle influence, voire guide son projet de vie. L'accompagnement se situe donc dans la durée, et induit un rapport d'éducateur avec la personne soignée, ce qui facilite l'introduction de la prévention, voire l'induit.

Cette différence culturelle n'aurait-elle que des origines traditionnelles ? Ne se retrouveraient-elles pas aussi dès la formation initiale ?

Nous allons donc maintenant essayer de comprendre quels sont, actuellement, les différents abords et rapports au corps qu'entretiennent ces professionnels, et ceci au travers de leur formation initiale, base de leur culture professionnelle. Pour ce qui est des infirmiers, et puisqu'il est question de culture, définit comme l'ensemble des coutumes, des manifestations intellectuelles, des convictions et manière de voir ou de faire partagées, qui orientent plus ou moins consciemment le comportement d'un individu, d'un groupe<sup>77</sup>, il me paraissait important de m'appuyer sur leur ancien cadre réglementaire. En effet, aucun des professionnels actuellement en poste n'a bénéficié du nouveau programme (mis en place à partir de septembre 2009).

---

<sup>76</sup> Ibid. pp. 171 et 172

<sup>77</sup> Larousse. « Le Larousse des noms communs : Grand dictionnaire de la langue française ». Paris : Larousse, 2010, p. 361

Je m'appuierai donc pour cette recherche sur les textes réglementant les formations des professions d'infirmier<sup>78</sup>, d'aide soignant<sup>79</sup>, de masseur kinésithérapeute<sup>80</sup> et d'ergothérapeute<sup>81</sup> (voir les principaux points en lien avec notre sujet en **annexe II**, pages VI à XII).

### **Ce qui ressort de ces programmes**

- Dans l'enseignement théorique des infirmiers, une grande place est donnée aux diverses affections et à leurs traitements, de façon segmentée.  
Dans le module anthropologie/ethnologie, une place importante est laissée à la notion du prendre soin, du maternage et à la relation soignant – soigné.  
Par contre, nous retrouvons peu de notions d'anatomie de l'appareil locomoteur, pas d'analyse scientifique de l'activité comme au travers de la cinésiologie (analyse du mouvement) et la biomécanique, et quelques notions d'ergonomie.
- L'enseignement théorique des aides soignants est réduit de 3 à 4 fois par rapport à ces trois autres professions, ce qui ne leur permet pas d'approfondir toutes les notions abordées, surtout au regard de leur très grande variété.  
Globalement, les soins réalisés par les aides soignants sont des soins dits de « confort », portant sur l'accompagnement de la personne dans ses activités de la vie quotidienne, et sont basés en grande partie sur le soin au corps et le contact direct.  
Par contre, depuis le programme de 2005, ils bénéficient d'un module d'ergonomie qui permet d'introduire les « *techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes* », sans pour autant pouvoir bénéficier d'analyse scientifique de l'activité (cinésiologie et biomécanique).
- Dans l'enseignement théorique des ergothérapeutes, une grande place est donnée aux matières permettant d'appréhender l'homme en mouvement

---

<sup>78</sup> Formations des professions de santé – Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. UZES : SEDI Equipement. 96 p.

<sup>79</sup> Arrêté du 22 octobre 2005, relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant, et Annexe I. En ligne. 30 p. Disponible sur « <http://www.sante.gouv.fr/> »

<sup>80</sup> Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. En ligne. Disponible sur « <http://www.kine-services.com/> », et Décret n° 89-633 du 5 septembre 1989, modifiant le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, et son annexe. NOR : SPSPM17610. En ligne. 26 p. Disponible sur « <http://www.anks.org/> »

<sup>81</sup> Arrêté du 24 septembre 1990, relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, et Annexe I. Journal Officiel du 26 septembre 1990. Ministère des affaires sociales et de la solidarité – Textes officiels. Classification 8P119. N° de texte : 1581. 27 p.



(cinésiologie, biomécanique...), à l'ergonomie, à l'approche des aides techniques et matériels (notamment de transfert), à la manutention de malades, aux techniques de soins utilisant un médiateur non humain (jeux, activité, matériel).

La relation au patient est aussi abordée, sans qu'il y ait systématiquement contact direct.

Lors des techniques de soins, il y a très souvent un intermédiaire sous la forme de matériels ou d'activités. Le contact direct n'est pas la base de la relation.

- Dans l'enseignement théorique des masseurs kinésithérapeutes, une grande place est aussi donnée aux matières permettant d'appréhender l'homme en mouvement (cinésiologie, biomécanique...), à la manutention de malades, aux techniques de soins utilisant un médiateur non humain (électrothérapie, mécanothérapie, activités sportives, matériel). Contrairement aux ergothérapeutes, plusieurs de leurs techniques de soins passent par un rapport au corps direct (massage, postures, mobilisations passives...). Par contre, par rapport aux soignants, ils ne sont pas soumis à la même pratique culturelle, imprégnée de la tradition. Nous restons dans le cadre de pratique de rééducation, non de nursing ou de maternage.

## **Conclusion de cette première partie théorique.**

### **Nous constatons donc, que :**

Beaucoup de salariés sont victimes d'accident du travail et de TMS, notamment dans la santé, et surtout en lien avec les manutentions des patients.

Les soignants semblent moins enclins que les rééducateurs à utiliser du matériel d'aide à la manutention

Les soignants subissent un cumul de contraintes physiques, organisationnelles et psycho-sociales.

L'ensemble de ces contraintes est mis en cause dans la sous utilisation du matériel à disposition. Parallèlement à ceci, une partie des employeurs met en place des programmes de formation pour diminuer ces risques : mais le personnel concerné ne s'approprie pas ce matériel à la hauteur de l'investissement consenti.

Une étude, appuyée par ma pratique quotidienne, émet l'hypothèse qu'un autre facteur pourrait intervenir dans ce manque d'appropriation de ce matériel : *« l'usage de l'instrument crée une distance physique entre le soignant et le soigné [...], et que] l'introduction de ce nouveau produit ne correspond au fond ni à la pratique quotidienne des relations entre soignant et soigné, ni au sens du geste des professionnels vis-à-vis du patient. Ce qui peut expliquer en partie un échec d'appropriation de cet instrument et un retour aux pratiques routinières. Le rapport au corps apparaît donc comme une limite d'utilisation de l'instrument.»*

Effectivement, une des bases des soins de ces professionnels repose sur le contact direct, à la fois car les traitements utilisés le nécessitent, mais aussi car, traditionnellement, leur métier émane du prendre soin et du maternage. De très nombreux écrits portent sur la relation soignant-soigné, base du métier, et reposant sur un contact corporel direct, sans intermédiaire.

A contrario, les professionnels de rééducation, dont la jeune culture repose sur la réparation, la compensation, la globalité en vue d'une insertion sociale, utilise très souvent du matériel, autant en tant que médiateur qu'assistant thérapeutique. D'une part, leur rapport au corps est tout autre, d'autre part, la base de leur métier repose en partie sur une notion d'éducateur, de maître à disciple. Enfin, une large place est dévolue dans leur cursus initial à l'intellectualisation de l'activité, du mouvement. Ces trois composantes de distanciation valident le fait qu'ils n'ont pas le même rapport au corps avec le patient.

Les programmes de formation des infirmiers et aides soignants confortent cette hypothèse :

- Une large place est donnée aux diverses affections et à leurs traitements, de façon segmentée, reposant implicitement sur un contact humain direct,
- Une place importante est laissée à la notion du prendre soin, du maternage et à la relation soignant – soignée,
- Peu d'enseignements sont dévolus à l'ergonomie, ou autres sciences du mouvement et de la mécanique, ainsi qu'à la prévention autre que celle en lien avec une maladie chronique (éducation thérapeutique).

Dans cette première phase théorique, nous avons essayé de cerner ce qui pouvait entraver l'appropriation par les soignants du matériel d'aide à la manutention de patients dépendants. Nous allons cibler maintenant notre recherche sur les concepts des manutentions et des troubles musculo-squelettiques, pour clore sur la dépendance, la prévention, l'ergonomie, la culture, le soin et le prendre soin.

## 4. CADRE REGLEMENTAIRE DE LA MANUTENTION

### 4.1. Qu'est ce que la manutention ?

Dans le contexte général, la définition de la manutention est l' « *action de manipuler quelque chose, en vue de l'emmagasinage, de l'expédition ou de la vente, déplacement manuel ou mécanique de marchandises, de paquets, comprenant le chargement et le déchargement, le transport des produits en cours de fabrication, le pesage et l'emballage* »<sup>82</sup>. Elle englobe donc à la fois la manipulation, le déplacement, le chargement et déchargement de produits ou marchandises. Lorsque l'on reprend son origine latine, *manu tenere*, qui signifie proprement « *tenir avec la main* »<sup>83</sup>, on se rapproche d'une notion de contact, peut être moins global, moins brutal, de déplacement d'une charge.

Lorsque l'on s'oriente vers les sources en lien avec les conditions de travail, voire le code du travail<sup>84</sup>, il est toujours question d' « *opération de transport, de soutien d'une charge (dont le levage, la pose, la poussée, la traction) qui exige un effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs* »<sup>85</sup>. La notion d'effort physique est donc introduite, qui peut concerner plusieurs personnes simultanément : cette évidence est ainsi clairement prise en considération.

Le cadre se précise donc : nous parlons d'un effort physique, en général impliquant les mains, donc un contact, et consistant à soulever, déplacer une charge.

Enfin, dans le secteur de la santé, la manutention fait référence au « *soulèvement, maintien, déplacement et transport de malades ainsi que les efforts exercés sur des matériels et appareils (intègre la mobilisation des soignés au lit)* »<sup>86</sup>. L'acte de changer le patient de position dans son lit, son fauteuil ou fauteuil roulant, est communément appelé « manutention de patient ». En médecine physique, celui de le soulever, le déplacer ou l'aider à se déplacer d'un endroit à un autre selon des modalités précises est communément nommé « transfert »<sup>87</sup> (terme donc très différemment utilisé par rapport à la psychanalyse et psychiatrie, où il prend une toute autre signification). C'est ainsi que l'on parlera de transfert lorsqu'il sera question de déplacer un patient, par exemple de son lit au fauteuil, ou de son fauteuil roulant aux WC. Il est donc l'une des activités de la vie quotidienne.

---

<sup>82</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/manutention> mars 10

<sup>83</sup> Larousse. « Le Larousse des noms communs : Grand dictionnaire de la langue française ». Op. Cit. p. 836

<sup>84</sup> Article R231-66 du code du travail, Section 7 « Manutention de charges ».

<sup>85</sup> Penzo A.M., Rogez I. Op. Cit. p. 6

<sup>86</sup> Bourchenin P., Granier M., Perrin P. et Al. « Méthode d'analyse des manutentions manuelles destinées aux établissements et personnels de soins ». Recherche établie pour le compte de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). 2005, p. 6. En ligne. Disponible sur « <http://www.inrs.fr/inrs-pub/> »

<sup>87</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/transfert> mars 10

## 4.2. Le contexte réglementaire de la manutention en France et en Europe<sup>88</sup>

Juridiquement (décret du 3 septembre 1992 et arrêté du 15 juin 1993), l'employeur est dans l'obligation d'évaluer les tâches de manutentions manuelles dans son établissement.

Depuis le 28 février 2002, le fait qu'il ne fasse pas tout ce qui est en son pouvoir afin de préserver l'employé d'un quelconque danger (dans l'état des connaissances du moment) peut même être qualifié de faute inexcusable (article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale)<sup>89</sup> : « dorénavant, [selon] la cour de cassation, [...] en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, et le manquement à cette obligation de sécurité de résultat a le caractère d'une faute inexcusable lorsque l'employeur avait, ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ».

Le chef d'entreprise doit donc évaluer et prévenir les risques présents dans son entreprise, ainsi que ceux qui pourraient découler de ses décisions. Il doit, pour cela, faire appel aux compétences présentes dans l'entreprise, ou à défaut, à des compétences extérieures. Il doit ensuite organiser les postes de travail de façon à éviter ou réduire les risques en mettant en particulier à disposition des travailleurs des moyens adaptés et/ou des mesures d'organisation appropriées. Dans ce cadre, il faut souligner le rôle essentiel du médecin du travail, qui est le conseiller de l'employeur à la fois pour l'évaluation et pour la mise en œuvre de transformations.

Les risques liés aux manutentions à répétition étant majeurs, il existe depuis 1989 des directives européennes portant sur la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires (4<sup>e</sup> directive particulière 90-269 du 29 mai 1990)<sup>90</sup>, dans un contexte français où la lombo-sciatique est reconnue comme étant une maladie professionnelle pour les soignants (tableau 98)<sup>91</sup>. Pour sa part, le Code du travail prévoit l'utilisation des outils d'aide à la manutention manuelle : « Lorsque la manutention manuelle ne peut pas être évitée, l'employeur doit organiser les postes de travail de façon à éviter ou à réduire les risques dorsolombaires en mettant à la disposition des travailleurs des aides mécaniques ou, à

---

<sup>88</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. p.7

<sup>89</sup> Barrairon, avis de Mme Barrairon, avocate générale, sur la faute inexcusable. En ligne. Disponible sur « <http://www.courdecassation.fr/> »

<sup>90</sup> Directive 90/269/CEE du Conseil, du 29 mai 1990, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs (quatrième directive particulière au sens de l'article 16 paragraphe 1 de la directive 89/391/CEE). En ligne. Disponible sur « <http://www.adminet.com/> »

<sup>91</sup> Décret n°99-95 du 15-2-99, relatif aux Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes. TABLEAU N° 98

*défaut de pouvoir les mettre en œuvre, les accessoires de préhension propres à rendre leur tâche plus sûre et moins pénible » (extrait de l'article R233-13-3)<sup>92</sup>.*

Enfin, notons également l'existence de directives européennes (JOCE. L 156/9 du 21 juin 1990) concernant le port de charge au poste de travail. Elles limitent le poids des charges à 35 kg pour les hommes et 20 kg pour les femmes ainsi que le tonnage quotidien en fonction du poids de la charge. Ainsi par exemple, pour une charge de 35 kg, le port sera limité à 13t/j. Pour sa part, la France possède une norme (X 35-109 Afnor) qui limite le port de charge à 30 kg pour les hommes et 15 kg pour les femmes.

L'employeur et le cadre de santé ne peuvent donc se permettre de se soustraire à la problématique des manutentions des soignants.

Afin de compléter cet apport théorique sur les manutentions, nous allons maintenant aborder l'un de ses conséquences au niveau physiologique : le trouble musculo-squelettique (TMS).

## **5. RISQUES PROFESSIONNELS : TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUE**

### **5.1. Définition des TMS**

Les TMS<sup>93</sup> sont des affections dues à une hypersollicitation d'origine professionnelle et plurifactorielle : des facteurs biomécaniques liés aux contraintes pesant sur l'exécution des gestes professionnels (fréquence, intensité, durée, posture, vibration, froid), des facteurs psychosociaux (stress, latitude décisionnelle, soutien social, demande psychologique, intérêt au travail, monotonie, etc.) et des contraintes organisationnelles (dépendance, injonctions contradictoires...).

### **5.2. Des aspects physiologiques : une activité, des muscles et des articulations<sup>94</sup>**

Les manutentions entraînent des situations à risques lorsque les conditions dans lesquelles elles sont réalisées peuvent provoquer une atteinte à la santé des salariés (accidents ou maladie).

---

<sup>92</sup> Article R233-13-3, abrogé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. 9 (V)

<sup>93</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. pp.1 et 2

<sup>94</sup> Penzo A.M., Rogez I. Op. Cit.

Rappelons qu'elles sont responsables de :

- 33 % des accidents du travail avec arrêt,
- 29 % des journées perdues pour incapacité temporaire<sup>95</sup>.

Sur le plan physiologique, les manutentions génèrent deux types de pathologies :

- atteintes du rachis,
- atteintes des articulations des membres supérieurs.

En effet, parmi tous les muscles qui agissent dans ces activités, ceux du tronc et des épaules sont les plus actifs lors des manutentions lourdes.

Au niveau lombaire, les douleurs sont liées aux fortes contraintes qui agissent sur la colonne vertébrale et les muscles qui la maintiennent. Ainsi, le soulèvement d'une charge génère la compression des disques intervertébraux. La douleur est déclenchée lorsque les capacités de la colonne vertébrale sont dépassées. Les pathologies les plus fréquentes sont les lombalgies, lumbagos, hernies discales...

La parution récente de deux tableaux de maladie professionnelle n°97 et 98<sup>96</sup> (février 1999) concernant les affections chroniques du rachis lombaire met en exergue ces pathologies, qui peuvent être générées à moyen terme suite aux manutentions manuelles.

Quant aux manutentions plus légères et fréquentes, elles mettent davantage en jeu les muscles et les tendons du bras et de l'avant bras (gestes répétitifs par exemple). Les affections péri-articulaires sont des inflammations déclenchées par une surutilisation (hypersollicitation) des articulations. Sur les lieux de travail, on rencontre essentiellement les tendinites des membres supérieurs : épaules, coudes, poignets, mains, doigts.

Les muscles et les tendons ne sont pas les seuls à souffrir. Ainsi, dans le syndrome du canal carpien, l'inflammation des tendons, liée aux mouvements répétés du poignet et de la gaine péri-articulaire dans laquelle coulisse le nerf médian, va entraîner une compression de celui-ci et des troubles sensitifs et moteurs au niveau de la main. On ne parle plus de tendinite mais de syndrome canalaire.

Ces maladies sont inscrites dans un tableau de maladies professionnelles (tableau n°57)<sup>97</sup> et ouvrent aussi droit à réparation.

Elles sont aujourd'hui la première cause de maladie professionnelle reconnue en France et correspondent à environ deux tiers de l'ensemble des maladies

---

<sup>95</sup> Le mal de dos, s'il apparaît soudainement sur le lieu de travail, sous forme d'une douleur violente et subite, peut être pris en charge par le régime "accident du travail". Travail et Sécurité 06-99 (données 1997). In : Penzo A.M., Rogez I. Op. Cit. p. 6

<sup>96</sup> Décret n° 99-95 du 15-2-99, relatif aux « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier ».TABLEAU N° 97, et Décret n°99-95 du 15-2-99. Op. Cit.

<sup>97</sup> Décret n° 91-877 du 3-9-91, relatif aux « Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ».TABLEAU N°57.

professionnelles reconnues (Travail et Sécurité juin 1999, données 1997). Elles sont aussi très importantes dans d'autres pays industrialisés.

Si elles sont soignées à temps, elles peuvent ne pas être invalidantes. Par contre, même lorsque la maladie sera consolidée, bien souvent la personne ne pourra pas reprendre son poste, surtout s'il n'a pas été aménagé. Faute de quoi, la maladie récidivera et s'installera de façon irréversible. Sur le plan physiologique, les dommages seront fonction de l'association de quatre facteurs :

- la posture prise par le travailleur, l'angle dans lequel l'articulation va travailler,
- la force mise en jeu pour réaliser le geste,
- la fréquence (répétitivité) des mouvements effectués,
- des facteurs personnels (état de santé, âge, hygiène de vie, facteurs psychologiques...).

### **5.3. Prévalence<sup>98</sup>**

61,4% des aides soignants (et 55% des infirmiers) déclarent souffrir de pathologies ostéoarticulaires ou musculaires, et 56,1% des aides soignants (53,3% des infirmiers) s'estiment insatisfaits des conditions physiques de travail, plaçant la France parmi les plus mauvais élèves européens.

Ainsi, de part son ampleur au niveau national et international, notamment dans le secteur de la santé où elles concernent une majorité des soignants, mais aussi au regard des souffrances qu'elles sont susceptibles d'engendrer, les manutentions seront donc une des priorités de l'encadrement.

---

<sup>98</sup> Trontin C., Glomot L., Sabathé J.P. Op. Cit. p.1



## 6. DEPENDANCE – PREVENTION – ERGONOMIE – CULTURE - SOINS / PRENDRE SOIN

### 6.1. Dépendance

La notion de dépendance est relativement récente, puisque son concept serait apparu en gérontologie la première fois en 1973, dans un article d'HUGONOT, «*Prévenir la dépendance*», publié dans le journal *Le Monde*<sup>99</sup>.

Le terme de dépendance peut avoir un sens positif d'échange (la vie est faite d'interdépendances), de solidarité, ou un sens plus péjoratif traduisant la subordination, voire la soumission, l'asservissement<sup>100</sup>. C'est en général dans ce sens qu'il est utilisé en médecine physique. En effet, l'approche restreinte ou biomédicale réduit la dépendance aux problèmes de santé, aux déficiences (somatiques, sensorielles, psychiques) entraînant des incapacités (physiques et/ou psychiques). La dépendance est donc habituellement comprise comme l'incapacité de la personne à réaliser seule ses soins personnels, ou les tâches instrumentales comme s'occuper de ses affaires, du ménage, des courses et se déplacer à l'extérieur de la maison<sup>101</sup>. Concrètement, cela évoque un état de besoin, et signifie le transfert vers un tiers d'actes nécessaires pour assurer les tâches de la vie courantes. Dans ce contexte, la dépendance est le fait d'être sous l'autorité, sous l'influence de quelqu'un, donc le fait d'être à la merci de quelqu'un<sup>102</sup>.

La personne est ou devient dépendante quand elle se trouve dans l'incapacité de réaliser seule (avec ou sans aide technique) des actes de la vie quotidienne.

On ne peut parler de la dépendance sans revenir sur les notions d'aptitude, de capacité et d'incapacité<sup>103</sup> :

- Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. A ses extrémités se trouvent la capacité et l'incapacité.
- La capacité correspond à l'expression positive d'une aptitude
- Une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude à accomplir une activité physique ou mentale.

Effectivement, il faut que le soignant ait à l'esprit cette distinction capacité-incapacité avant de décréter qu'une personne est indépendante, semi-indépendante

---

<sup>99</sup> L'observatoire n°44, Revue d'action sociale et médico-sociale. N°44, 2004. En ligne. Disponible sur « <http://www.revueobservatoire.be/> »

<sup>100</sup> Ibid.

<sup>101</sup> Médecine, Volume 2, N°3, mars 2006. En ligne. Disponible sur « <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/> »

<sup>102</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/dependance> et L'observatoire n°44, Op. Cit.

<sup>103</sup> Fougeyrollas P. et col. « Processus de production du handicap, réseau international sur le processus de production du handicap », 4<sup>e</sup> trimestre, 1998.

ou dépendante. Ainsi, si une personne a conservé certaines capacités dans un domaine, le soignant doit en tenir compte dans le déroulé de ses soins, voire les stimuler dans la mesure du possible.

Ici, nous parlerons de personne dépendante dans l'activité transférée dans la mesure où elle n'est pas en capacité de réaliser seule cette activité, ni d'aider le soignant.

Cette dépendance induit donc que le patient se retrouve sous l'autorité et l'influence du soignant, qui détient par ce fait un pouvoir certain. Ainsi se construit entre ces deux personnes un rapport de soumission et d'asservissement, que le soignant ne peut ignorer, mais qu'il ne doit pas non plus majorer, notamment par un manque de stimulation, voire un langage ou des gestes infantilisants.

## **6.2. Prévention**

La prévention est caractérisée par l'« ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour sauvegarder la santé des sujets sains et éviter des accidents (prévention primaire), pour empêcher une aggravation des maladies (prévention secondaire), ou pour permettre la réinsertion des malades dans une vie proche de la normale (prévention tertiaire) »<sup>104</sup>. Il est donc question de l'ensemble des mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal, pour éviter un « événement qu'on peut prévoir et dont on pense qu'il entraînerait un dommage pour l'individu ou la collectivité. »<sup>105</sup>

Nous voyons bien le caractère d'anticipation lié à ce concept de prévention, mais aussi son impact à la fois sur l'individu et sur la collectivité. Le soignant faisant partie d'une organisation, la prévention des risques qu'il encoure en travaillant, aura donc un retentissement sur lui ainsi que sur le reste du système.

Nous comprenons d'autant plus l'action indispensable que peut et doit avoir le cadre de santé dans ce domaine, d'autant plus, rappelons-le, que le risque d'accident lié aux manutentions est majeur, et que le fait de ne pas tout faire pour préserver l'employé d'un quelconque danger peut être qualifié de faute inexcusable.

---

<sup>104</sup> Manuila L., Manuila A., Nicoulin M. Op. Cit. p. 388

<sup>105</sup> Larousse. « Le Larousse des noms communs : Grand dictionnaire de la langue française ». Op. Cit. p. 1111 et <http://www.cnrtl.fr/definition/prevention> mars 10

### 6.3. Ergonomie

<sup>106</sup>L'ergonomie est généralement définie comme « *l'étude quantitative et qualitative du travail dans l'entreprise, visant à améliorer les conditions de travail et à accroître la productivité.* » C'est aussi l'ensemble des études et des recherches qui ont pour but l'organisation méthodique du travail. Elle vise également la « *recherche d'une meilleure adaptation entre une fonction, un matériel et son utilisateur* ».

En vue d'effectuer une activité donnée, il est donc bien question de rechercher l'utilisation la plus logique, fonctionnelle et méthodique d'une technique ou d'un matériel, ce qui a pour première conséquence de la réaliser en développant un moindre effort, et également d'en limiter les risques inhérents.

L'activité transfert peut donc aussi être abordée suivant un principe de recherche de la technique, du matériel, de la procédure qui permettra au soignant de réaliser des manutentions dans des conditions de sécurité optimales (sécurité personnelle et pour le patient) par rapport au contexte (environnemental et organisationnel), et en prenant en compte sa culture.

### 6.4. Culture

La culture est généralement définie comme l'ensemble des coutumes, des manifestations intellectuelles, des convictions et manière de voir (ou de faire) partagées, qui orientent plus ou moins consciemment le comportement d'un individu, d'un groupe.<sup>107</sup>

Pour sa part, Bernoux<sup>108</sup> fait référence aux « *valeurs* », « *représentations* », « *système de valeurs* » ou « *mentalités collectives* » qui organisent le groupe, le système. Pour lui, la culture implique « *signifiants, modèles, comportements* » : des modèles ou des signifiants différents entraînent des comportements différents. La culture n'est donc pas une notion figée : l'individu ou le groupe est en mesure de s'approprier une autre culture, ou un complément de culture, dans la mesure où il est en situation d'être « imprégné » de ces nouveaux signifiants ou modèles.

Crozier et Friedberg<sup>109</sup> complètent cette idée en avançant que la structure, le système dans lequel se trouve l'individu ou le groupe est en capacité de lui transmettre ses « *attitudes, normes et valeurs* ». Un individu vivant obligatoirement au cœur de structures, son bagage culturel est fortement dépendant d'elles, voire inséparable : cela forme un système où les deux éléments (structures et culture) se

---

<sup>106</sup> Larousse. « Le Larousse des noms communs : Grand dictionnaire de la langue française ». Op. Cit. p. 513 et <http://www.cnrtl.fr/definition/ergonomie> mars 10

<sup>107</sup> Ibid. p. 361

<sup>108</sup> Bernoux P. « La sociologie des organisations », 6<sup>ème</sup> éd. Paris : Du Seuil, 2009, p. 210

<sup>109</sup> Crozier M. – Friedberg E. « L'acteur et le système », 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Du Seuil, 1977, pp. 204 et 212

conditionnent mutuellement. Ainsi, si la structure amène d'autres éléments culturels, ceux qui la composent se les attribueront.

La notion de culture professionnelle, dont il est souvent question dans le secteur de la santé, fait référence à l'ensemble des « *prescriptions et/ou de proscriptions, de manières de se comporter, d'agir... relevant a priori d'un bon sens (professionnel) partagé par les membres d'un groupe professionnel.* »<sup>110</sup> Il y est aussi question des traditions, savoir-faire, « *connaissances, valeurs et des idéologies* »<sup>111</sup> acquises par une ou plusieurs personnes, qui assurent au groupe un code de comportement implicite, ainsi que sa cohésion.

Dans le domaine qui nous intéresse, suite à notre comparaison des cultures de soins et de rééducation, nous avons pu dégager ce qui caractérise en partie la culture professionnelle de ces deux secteurs. Nous avons vu, d'un côté, des pratiques soignantes empruntées d'une culture traditionnelle basée sur des activités très symboliques et sur la relation directe à l'autre. Ces pratiques sont liées à des cursus de formations initiales non orientés vers l'analyse scientifique de l'activité (cinésiologie et biomécanique), ce qui ne facilite pas l'intellectualisation de l'activité transferte, et donc la distanciation du corps. De l'autre, nous avons mis en évidence un parcours de rééducation où le rapport à l'autre est basé sur les notions de compensation et de relations de type maître à disciple, base de la prévention moderne. Leur parcours de formation initiale comprend, quant à lui, de nombreux enseignements en rapport avec les sciences de l'activité du mouvement, et leurs pratiques intègrent très souvent du matériel, autant en tant que médiateur qu'assistant thérapeutique. Nous pouvons supposer que toutes ces différences concourent aux écarts de pratiques professionnelles constatées sur le terrain, et confirmées par les écrits.

Ainsi, dans le cas de risques liés aux manutentions des patients, le cadre de santé devrait être en mesure, s'il s'en donne les moyens, de s'appuyer sur ces différences de pratiques afin d'amener les membres de son organisation à adopter de nouvelles habitudes. Il ne s'agira pas de « passer en force », mais bien au contraire de mettre les personnes dans une « ambiance » ergonomique : des attitudes adaptées, ainsi que du temps, permettront aux collaborateurs d'être « imprégnés » de ce nouveau paradigme, pour qu'à terme ceux qui composent la structure puissent se l'approprier.

---

<sup>110</sup> Ndiaye A. « Sociographie d'un rapport au temps comme fondement de la culture professionnelle ». In : Culture professionnelle : revue de sociologie. Paris : CNRS. En ligne. Disponible sur « <http://sociologies.revues.org/> »

<sup>111</sup> Entretien mail avec Michel Nadot, 19-20 janvier 2010

## 6.5. Soins - Prendre soin

Le terme de « soin » est on ne peut plus polysémique, et englobe parfois le « prendre soin », avec lequel il est assimilé de temps en temps. Globalement, les notions de « soin » et de « prendre soin » font référence à l'intérêt, l'attention que l'on a pour quelqu'un. Ils signifient parfois se faire du souci pour autrui, être inquiet. Lorsque je prends soin de l'autre, je veille sur lui, j'effectue des actes de sollicitude, de prévenance ; j'agis dans le but de m'occuper de sa santé, de son bien-être physique, matériel et moral ; mais aussi j'agis dans le but de rétablir ou entretenir son hygiène, sa propreté, l'esthétique de son corps ou d'une partie de son corps<sup>112</sup>.

Mais, pour beaucoup d'auteurs, il faut tout de même distinguer le soin « médical » (« cure ») du prendre soin (« care »).

Effectivement, nous trouvons souvent derrière le « cure » les notions de remède, de guérison. Il se définit aussi par les « *moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade* »<sup>113</sup>. Nous sentons bien ici la prégnance des sciences médicales.

Par contre, le « care » amène à la notion plus personnelle, moins technique, sans doute plus en lien avec les relations humaines, du prendre soin. Il est alors question de s'intéresser à, de faire attention à l'autre, de s'occuper de lui.<sup>114</sup> Certains vont même jusqu'à avancer que le « *care est une pratique ou encore une « théorie morale contextuelle » (et non un ensemble de règles) qui s'articule autour des « concepts de responsabilité et de liens humains » où les situations ne seraient pas définies en termes de droit mais par la recherche d'un équilibre entre le souci de soi et le souci des autres.* »<sup>115</sup>. D'après Nadot<sup>116</sup>, le prendre soin ferait référence à des valeurs qui orienteraient la relation « soignant-soigné ». Aussi, le prendre soin pourrait « *d'abord s'entendre comme une activité générique qui réclame une attention particulière à ce qui nous est confié que l'on s'approprie, et qui met en œuvre certaines compétences en vue de favoriser la vie où les conditions de vie.* »

On le voit, ces notions, au cœur de nos pratiques quotidiennes, n'ont pas pour autant les mêmes significations, ni approches ou finalités. Comment le soignant prend-il soin du patient et de lui même lors de l'acte de manutention ou du transfert ? Quel usage fait-il de son corps, et de celui du patient pendant ces moments pluriquotidiens ? Quel rapport au corps pour quel rapport à l'autre ?

---

<sup>112</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/soin> , mars 10

<sup>113</sup> Larousse. « Dictionnaire de la médecine ». 5<sup>ème</sup> éd. Paris : Larousse, 1985, p. 602

<sup>114</sup> <http://www.wordreference.com/fr/>

<sup>115</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. p. 9

<sup>116</sup> Nadot M. « Des pratiques soignantes révélées par leur histoire à la médiologie de la santé en tant que construit théorique d'une étude sur l'activité professionnelle infirmière ». Op. Cit. p.28

## 7. CONCLUSION DE CE CADRE THEORIQUE ET HYPOTHESE

Après avoir constaté un manque d'appropriation par les soignants du matériel d'aide à la manutention de patients dépendants, ceci malgré des demandes de leur part, l'analyse bibliographique permet à la fois d'objectiver ce constat, mais aussi de mettre en lumière l'accumulation des contraintes quotidiennes (physiques, organisationnelles et psychosociales) qui impactent leur pratique. Ces freins souvent énoncés (comme le manque de temps ou le manque de formation) aboutiraient au fait que les habitudes de travail sans aide matérielle deviennent la norme, et invalident la plupart des tentatives de changement ou d'application de programmes geste et posture.

Cette recherche bibliographique a également permis de relever deux autres facteurs nous intéressant, et à priori majeurs.

L'un concernerait les conséquences de l'état de dépendance du patient, très particulières pour le soignant : le patient se retrouvant dans une posture unique en tant qu'adulte, à savoir sous l'autorité et l'influence du soignant, ce dernier peut tout d'abord ne pas avoir d'intérêt (même inconscient) à changer de pratique, mais aussi peut ne pas vouloir rompre le « contrat de confiance et de respect » les unissant, et perturbant ainsi le socle de leur relation.

L'autre facteur est encore très peu mis en avant dans les écrits scientifiques portant sur les causes et conséquences des manutentions à répétition. Il serait pourtant très en lien avec l'origine de la relation thérapeutique qu'entretient le soignant avec la personne soignée, à savoir un rapport au corps particulier et très symbolique, en phase avec leur bagage culturel. En effet, celui-ci est basé en partie sur la tradition des soins (en lien avec le nursing et le maternage), et sur des cursus de formations initiales qui ne permettent pas la rationalisation de l'activité corporelle en général, et celle de manutention en particulier. Ceci aboutit à ce que l'activité transfert reste purement manuelle, corporelle ou relationnelle. Le rapport au corps spécifique qui en découle aboutirait in fine à appréhender le matériel d'aide aux manutentions comme potentiellement source de mise à distance de l'autre.

Le cadre de santé, dont l'un des objectifs est la double protection des membres de son équipe et des patients soignés, doit donc, avant d'initier toute tentative de modification des usages, prendre la mesure de ces éléments de culture professionnelle et « d'effet secondaire » induit par la pratique ou le niveau de capacités des patients.

## HYPOTHESE

Du fait de la distanciation physique qu'il implique, l'usage de matériel d'aide à la manutention modifie le rapport au corps des protagonistes. Ceci ne correspond ni à la culture du soin et du prendre soin, ni aux pratiques, ni au sens de la relation habituelle entre le soignant et la personne soignée. De plus, les études initiales des soignants n'intègrent que peu d'enseignements qui permettraient d'appréhender l'homme en mouvement (cinésiologie, biomécanique...), l'ergonomie, les aides techniques et matériels de transfert, la manutention de malades... qui faciliteraient sans doute cette distanciation. Enfin, la culture soignante met au centre de ses pratiques la relation directe au corps de l'autre, ce qui induirait une ambivalence lors de l'utilisation de matériel. Au final, il n'est donc pas intégré aux pratiques.

J'émetts donc l'hypothèse suivante :

La culture traditionnelle du soin et du prendre soin ne favorise pas l'appropriation du matériel d'aide à la manutention, car la **distanciation physique que celui-ci impose va à l'encontre du paradigme soignant, basé sur un rapport au corps direct.**

En nous appuyant sur le cadre conceptuel développé précédemment, nous mènerons une enquête de terrain afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

## **PARTIE II : ENQUETE**

### **1. CHEMINEMENT**

Initialement, j'ai souhaité enquêter dans plusieurs services différents, de diverses structures. Chacune d'entre-elles accueillait des personnes dépendantes. C'était pour une part l'hôpital Casanova de Saint Denis dans lequel j'ai effectué un stage : il concentre des services de gériatrie, maison de retraite, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), mais aussi un centre de rééducation (comprenant un service d'hospitalisation complète, un service d'hospitalisation de jour, et un service d'hospitalisation à domicile). D'autre part, il s'agissait de la Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) de l'Association Notre Dame de Neuilly Sur Seine. Cette structure comprend un centre de rééducation pour enfants « handicapés moteurs » scolarisés (pour lequel je travaille), ainsi que cette MAS, accueillant des personnes de plus de 20 ans, très déficientes au niveau moteur, et habitant sur place.

Les premiers entretiens pré-exploratoires se sont donc déroulés au sein de ces deux établissements.

Dès ces premiers rendez vous, je me suis aperçu que ma démarche ne pouvait convenir. En effet, ni la population accueillie, ni les « soignants », ni les structures et organisations n'avaient le même profil. En ce qui concerne les types de personnels, ils sont, à la MAS, quasiment exclusivement d'origine éducative (aide médico-psychologique, auxiliaire de vie, éducateurs spécialisés, une seule infirmière) ; à l'hôpital, ce sont des personnels exclusivement issus de la branche infirmière et aide soignante. Pour ce qui est de l'organisation, nous n'avons pas, dans ces deux types de structures, les mêmes types de soins, ni les mêmes ratios en personnel. Tout ceci faisant que les cultures et pratiques sont très variées.

Je me suis donc centré sur l'accueil et le soin de personnes dépendantes en service hospitalier. Ce choix partait de deux principes. D'une part, n'ayant quasiment jamais travaillé en centre hospitalier, une étude dans ce cadre me permettait de m'excentrer de ma pratique quotidienne, de mes représentations et valeurs. D'autre part, la plupart des écrits professionnels sur les manutentions concerne la population des soignants d'origine infirmière, contre très peu pour ceux d'origine éducative : mon choix était donc aussi stratégique.

Je me suis orienté vers un public accueilli en gériatrie (maison de retraite et EHPAD), car beaucoup de patients dans ces services sont dépendants, et les tâches



correspondent principalement à des actes de soins et de nursing<sup>117</sup>. D'autre part, j'ai aussi enquêté dans le service de rééducation puisque, les soignants côtoyant continuellement des rééducateurs et collaborant avec eux quotidiennement, je voulais voir si leurs pratiques étaient différentes.

Enfin, ces entretiens pré-exploratoires m'ont permis de consolider certaines questions, notamment en intégrant dans le questionnaire quelques remarques ou items (comme les cinq critères de la question n°10) (cf. *annexe III*, p. XVI).

## 2. ENVIRONNEMENT

### 2.1. Hôpital Casanova de St Denis<sup>118</sup>

L'hôpital Casanova fait partie du Centre Hospitalier de Saint Denis, qui est l'un des sept centres hospitaliers publics du département de la Seine-Saint-Denis (93).

Il est constitué de plusieurs unités organisées en deux pôles : gériatrie et Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), d'un total de 300 lits.

Le service MPR accueille des patients présentant des pathologies neurologiques ou orthopédiques, dès la sortie du court séjour jusqu'au retour à domicile.

Le service de gériatrie est constitué de plusieurs unités accueillant des patients ayant une dépendance variée, ou des « résidents » en maison de retraite. Ces derniers sont en principe pour partie autonomes.

### 2.2. Configuration des services enquêtés

#### 2.2.1. EHPAD

Service constitué de deux unités situées à deux endroits différents de l'hôpital.

Chaque unité comprend deux ailes, chacune regroupant une vingtaine de patients dépendants.

Personnel soignant de jour :

Chaque unité EPHAD			
	Matin	Après midi	Nombre moyen de patients
Infirmiers	2	1	
Aides soignants	6	4	

<sup>117</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. p. 6

<sup>118</sup> Hôpital de saint denis. En ligne. Disponible sur « <http://www.ch-stdenis.fr/> »

Nombre, type et lieu de stockage du matériel de manutention :

Deux lève-personnes pour l'unité, donc un seul dans chaque aile, (pour 22 patients dépendants, 4 soignants le matin et 2 à 3 l'après midi).

### 2.2.2. Maison de retraite

Située sur trois étages.

Chaque étage (unité) comprend aussi deux ailes regroupant chacune une dizaine de résidents.

Personnel soignant de jour :

Maison de retraite			
	Matin	Après midi	Nombre moyen de patients
Infirmiers	2 à 3	1 à 2	68
Aides soignants	6 à 7	4 à 5	

Nombre, type et lieu de stockage du matériel de manutention :

La maison de retraite possède deux lève-personnes pour trois niveaux, car une des unités n'accueille normalement que des résidents autonomes (ce qui n'est pas toujours le cas). Par conséquent, lorsque cette unité accueille un ou plusieurs résidents dépendants, les soignants (9 le matin et 6 l'après midi) doivent aller chercher le matériel pour les transferts à un autre étage. En résumé, il y a un seul lève-personne pour l'unité, donc pour 22 patients.

### 2.2.3. Service de rééducation

Ce service d'hospitalisation complète de médecine physique et de réadaptation est organisé en deux ailes comprenant chacune une douzaine de patients.

Personnel soignant de jour :

Rééducation			
	Matin	Après midi	Nombre moyen de patients
Infirmiers	2	1	25
Aides soignants	3	2	

Nombre, type et lieu de stockage du matériel de manutention :

Habituellement, il est prévu deux lève-personnes pour le service, répartis dans chacune des deux ailes. Au moment de l'enquête et depuis un certain temps, un des

deux matériels était hors d'usage (matériel neuf à qui il manquait la sangle de transfert), l'autre était assez vétuste (donc difficile à manœuvrer). Concrètement, il n'y avait qu'un seul lève personne pour 25 patients (dont certains sont dépendants), 5 soignants le matin et 3 l'après-midi.

### 3. METHODOLOGIE

Le public visé par mon enquête était donc des soignants en service hospitalier auprès de patients dépendants.

Afin de pouvoir explorer des faits, et analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratique et aux événements auxquels ils sont confrontés, j'ai conduit mes rendez-vous sur la base d'entretiens semi-directifs, à l'aide d'un questionnaire.

Comme indiqué en son début, l'étude portait « uniquement » sur les manutentions en lien avec :

- Le retournement dans le lit
- La sortie et mise au lit
- Le transfert du patient vers les WC.

J'avais le choix d'éditer un questionnaire concentrant cinq-six questions portant uniquement sur le thème, ou alors un autre, un peu plus conséquent, qui permettait de « diluer » ces questions parmi d'autres. Ces dernières étant pour partie déjà traitées dans d'autres études, elles pouvaient paraître superflues. Par contre, je pensais que le fait de les insérer permettrait aux soignants de ne pas se focaliser sur le sujet. Ainsi, et comme je souhaitais orienter le moins possible les réponses, j'ai choisi de développer un questionnaire conséquent, comprenant 14 questions, pour partie fermées (3), semi-ouvertes (8) et ouvertes (3) (cf. [annexe III](#), pages XIV à XVII).

#### **Les objectifs recherchés lors de ces entretiens étaient de :**

1) Délimiter l'environnement de travail du public visé, dans le domaine de l'étude : base des questions 6 - 8 - 12 et 13. Elles concernaient :

- Le nombre de matériel,
- La formation dans le domaine des manutentions,
- La gestion du matériel,
- Le rôle du cadre de santé dans le domaine des manutentions.

2) Comprendre l'importance dans leur pratique quotidienne des manutentions de patients dépendants, en terme de quantité et d'impacts (physiques, psychologiques) :

base des questions 1 - 2 - 3 - 4. Elles devaient aider à circonscrire :

- Ce que signifie pour chacun la notion de manutention,
- Le nombre de manutentions qu'ils réalisent quotidiennement auprès de patients dépendants,
- Les conséquences physiques de ces manutentions à répétition.

3) Cerner la valeur que donnent les soignants à cette activité : base des questions 5 - 7 - 10 - 11 - 14. Elles devaient aider à :

- Coter la valeur de cette activité, avec et sans matériel, parmi 4 autres activités relevées comme étant « de base »,
- Rechercher les causes principales ressenties, qui justifient d'après eux la non utilisation systématique du matériel auprès de patients dépendants,
- Cerner si l'utilisation de matériel va à l'encontre de leurs valeurs en tant que soignant, et
- Cerner ce que leur apporte l'activité de manutention du patient.

Afin de privilégier une bonne fluidité de lecture, j'ai choisi d'insérer dans le cœur de ce document toutes les questions au fur et à mesure de l'analyse.

Puis, pour ne pas alourdir le document, j'ai inséré la plupart des graphiques en annexe, ainsi que le complément des résultats du questionnaire.

Enfin, cette enquête repose sur une vingtaine de rendez vous, qui durait chacun 30 à 45 minutes.

Afin de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse, nous allons aborder maintenant l'analyse de ce questionnaire.

## 4. ANALYSE

### 4.1. Environnement de l'enquête

Services de soins de suite / long séjour (EHPAD), maison de retraite et de rééducation.

Total de 24 personnes

<b>Hôpital de Saint Denis (93)</b>		
Nombre de personnes interrogées par Service		
EHPAD	Maison de retraite	Rééducation
8	6	10
Gériatrie : 14 (58%)		Rééducation : 10 (42%)

<b>Répartition</b>			
Femmes	Hommes	Infirmiers	Aides soignants
21 (87%)	3 (13%)	5 (21%)	19 (79%)

La moyenne de femme dans la répartition des soignants est très légèrement inférieure à celle nationale (88,55%<sup>119</sup>).

<b>Expériences</b>	
<b>Durée moyenne d'exercice professionnel diplômé</b>	<b>Durée moyenne dans la fonction</b>
<b>6,7 ans</b> (base 10), allant de 0 année de diplôme pour une aide soignante faisant fonction depuis 1 an, jusqu'à 29 ans.	<b>7,7 ans</b> : cette différence s'explique par le fait que certains aides soignants sont employés en tant que faisant fonction, avant de faire les études correspondantes. L'expérience des soignants de ces services va de 3 mois à 30 ans.

---

<sup>119</sup> Insee. Op. Cit.

## **4.2. Délimiter leur environnement de travail dans le domaine ciblé**

Base des questions 6 – 8 – 12 – 13 ; elles concernent :

- Le nombre de matériel : ce qui m'a permis de renseigner le point 2.2 de cette partie II.
- La formation dans le domaine des manutentions : nous savons, d'après l'enquête SUMER<sup>120</sup> (cf. page 12) que les personnels soignants s'estiment être insuffisamment formés. Qu'en est-il vraiment ?
- La gestion du matériel
- Les rôles effectifs et souhaités du cadre de santé dans le domaine des manutentions

Question 8 : Formation dans le domaine de la manutention :

- o Dans votre parcours personnel ou vos études initiales, avez-vous été initié à la prévention des maux de dos ou des Troubles Musculo Squelettiques (TMS) ?
- o Avez-vous déjà suivi une formation spécifique dans le domaine des manutentions ?

Si non, pourquoi ?

Si oui :

- Il y a combien de temps ?

- Combien de temps a-t-elle durée ?

### Rééducation

80% des soignants se rappellent avoir reçu quelques enseignements au cours de leur formation initiale, mais « succincts » pour la majorité.

40% des soignants de ce service ont reçu, par la suite, une formation spécifique dans le domaine des manutentions, ayant durée 2 ou 3 jours, sachant qu'une des personnes interrogées en a bénéficié il y a 5 ans.

Donc, 60% des personnels soignants n'ont jamais reçu de formation dans le domaine suite à leur formation initiale. A ce propos, certains d'entre-eux estiment que l'encadrement ne les sollicite pas assez pour intégrer les formations proposées dans ce domaine à l'hôpital.

---

<sup>120</sup> Enquête SUMER. Op. Cit.

### EHPAD

Ils ne sont que 67% à se rappeler avoir eu ce type d'enseignement en formation initiale, et ne sont que 25% à avoir bénéficié d'une formation dans le domaine une fois en poste (il y a 6 mois pour la plus récente, 2 ans pour la plus ancienne), alors que le service est constitué de patients quasiment tous dépendants. Une partie de ces soignants dit pourtant s'inscrire sur les listings prévisionnels de formation, mais que faute de crédit, ils ne sont pas nombreux à en bénéficier.

### Maison de retraite

Ils sont 50% à se rappeler avoir eu ce type d'enseignement en formation initiale, et 83% à avoir bénéficié de formation postérieure, d'une durée de 3 jours. La plus récente date de 1 an, la plus ancienne de 5 ans.

Il est important de constater que malgré le fait que la formation participe grandement à la rationalisation de l'activité, source d'une mise à distance de la pratique corporelle (cf point 3.4., partie I), 50% des soignants ne profitent d'aucune formation post diplôme d'Etat, alors même qu'initialement, ils ne bénéficient que de très peu d'enseignements en lien avec l'analyse scientifique de l'activité et du mouvement.

Il apparaît aussi que dans le service de rééducation, où les stimulations et sollicitations ergonomiques sont régulières (voire quotidiennes), les soignants sont imprégnés d'une certaine culture ergonomique. Ceci rejoint ce que soulignaient Crozier et Friedberg<sup>121</sup> en avançant l'idée que la structure, le système dans lequel se trouve l'individu ou le groupe est en capacité de lui transmettre ses « *attitudes, normes et valeurs* ». Un individu vivant obligatoirement au cœur de structures, son bagage culturel est fortement dépendant d'elles, voire inséparable : cela forme un système où les deux éléments (structures et culture) se conditionnent mutuellement.

### **Les soignants en rééducation se sont appropriés une partie de la culture des rééducateurs.**

Question 12 : Si, dans votre service, il y a ce type de matériel, qui s'occupe de :

- son achat ?
- son entretien ?
- de la formation des nouveaux arrivants ?

---

<sup>121</sup> Crozier M. et Friedberg E. Op. Cit. pp. 204 et 212

Y a-t-il un « référent » spécifiquement pour ce matériel ?

- Non
- Oui :
  - Qui est -il ?
  - Quel est son rôle, sa mission ?

Ce qui ressort des réponses est que l'ensemble des rôles dans ce domaine est mal défini, et que très peu de soignants savent s'il existe dans le service un référent, et lorsqu'il y en a un, qui il est. La mission de l'entretien du matériel est elle aussi floue, autant dans son contenu que dans son intérêt pour les acteurs concernés. On peut en déduire que dans ces trois services, **le matériel d'aide à la manutention n'est pas du tout investi.**

Question 13 : D'après vous, à quel niveau se situe l'intervention du cadre de proximité dans le domaine des manutentions ?

Au regard de toutes les missions dévolues au cadre de santé (voir point 7.), ce qui ressort le plus régulièrement dans ces services est que le cadre de proximité devrait faire tout ce qui est en son pouvoir pour obtenir plus de matériel (car chacun pense qu'il n'y en a pas suffisamment), et pour que ce matériel soit plus adapté aux patients (ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas). Nous rejoignons là une des conclusions de l'enquête SUMER. Un de ses rôles attendus serait aussi d'être plus actif dans la formation des nouveaux arrivants, ainsi que dans la formation des soignants aux nouveaux matériels.

Lorsque le cadre tient le rôle de supervision et de contrôle dans le domaine, cela est plutôt bien vu par les agents qui disent avoir besoin de ces rappels : pas un seul ne pense le contraire.

Enfin, la majorité des rôles attendus dans le domaine reste en lien, d'une part avec la gestion et l'achat du matériel, d'autre part avec le côté moteur de ses actions : il **doit être leader** dans l'utilisation du matériel, répéter les consignes, faire le nécessaire pour l'achat et les formations... Nous retrouvons ici le rôle clé du cadre décrit par Mintzberg (cf. point 7.2.). Ces stimulations participent à une promotion culturelle ergonomique, qui permettrait, d'après eux, d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, mais aussi d'en faciliter l'appropriation par l'ensemble des soignants.



### **4.3. Comprendre l'importance dans leur pratique quotidienne des manutentions de patients dépendants, en terme de quantité et d'impacts (physiques, psychologiques)**

Base des questions 1-2-3-4, qui permettent de circonscrire à la fois ce que signifie pour chacun la notion de manutention, le nombre de manutentions qu'ils réalisent quotidiennement auprès de patients dépendants, et les conséquences physiques sur eux de ces manutentions à répétition.

#### Question 1 : Qu'est ce que la « manutention des patients » évoque pour vous ?

68% des réponses sont en rapport avec les déplacements des patients, ou avec l'effort physique que cela implique. Les notions de transferts (donc de déplacements), de manipulations, de mobilisation, de changement de position prévalent. Les efforts que les manutentions induisent prédominent donc dans le ressenti spontané des intervenants.

18% concernent principalement l'abord ergonomique de l'activité : les manutentions évoquent les programmes gestes et postures, ainsi que la meilleure façon de réaliser l'acte pour le confort et la sécurité de tous. Ce pourcentage paraît faible au regard de son importance pour un déroulé d'activité dans les conditions les moins dangereuses possibles. Ceci orienterait l'hypothèse que la culture ergonomique n'est pas forcément très dynamisée dans ces services.

12% des réponses sont en lien avec l'intérêt relationnel de cette activité : elle apporterait la possibilité d'aider le patient à développer ses capacités, mais serait aussi une des bases de la communication entre les protagonistes. Les intervenants ne voient finalement qu'en dernier l'intérêt que peut avoir cette activité dans leur entrée en relation avec le patient. Notons que les personnes mettant l'accent sur le bien être, ou l'attention qu'il porte à l'autre durant cet acte, sont les mêmes que celles qui, pour la question 14 (sur le ressenti personnel lié à cette activité), mettent l'accent sur son abord positif.

Enfin, cette activité n'évoque rien pour une faisant fonction aide soignante (depuis 1,25 an), qui réalise pourtant une cinquantaine de manutention par jour : la formation permettrait donc dans ce domaine de notamment conceptualiser et mettre des mots sur la pratique quotidienne.

Ainsi, les énormes contraintes physiques qu'induit cette activité semblent primer sur tout le reste.

**Donc, pour la très grande majorité des soignants de ces services, la manutention des patients renvoie spontanément à des notions d'ergonomie et de déplacements (donc notion de charge physique sous jacente), plutôt qu'à des notions de soins permettant un contact privilégié.**

Question 2 : Combien de manutentions effectuez-vous par jour ?

Complément de graphiques en **annexe IV**, pages XIX - XX.

Le nombre de gestes dans les trois domaines de l'étude est très disparate entre les infirmiers (moyenne de 4 par jour), et les aides soignants (moyenne de 50 par jour). Cela montre bien l'orientation que donnent les infirmiers, ou que l'on donne aux infirmiers, concernant leur pratique : plus de tâches liées à la communication et à l'information, aux gestes techniques et à la planification ou la coordination, et moins de tâches de soins corporels<sup>122</sup>, quels qu'ils soient.

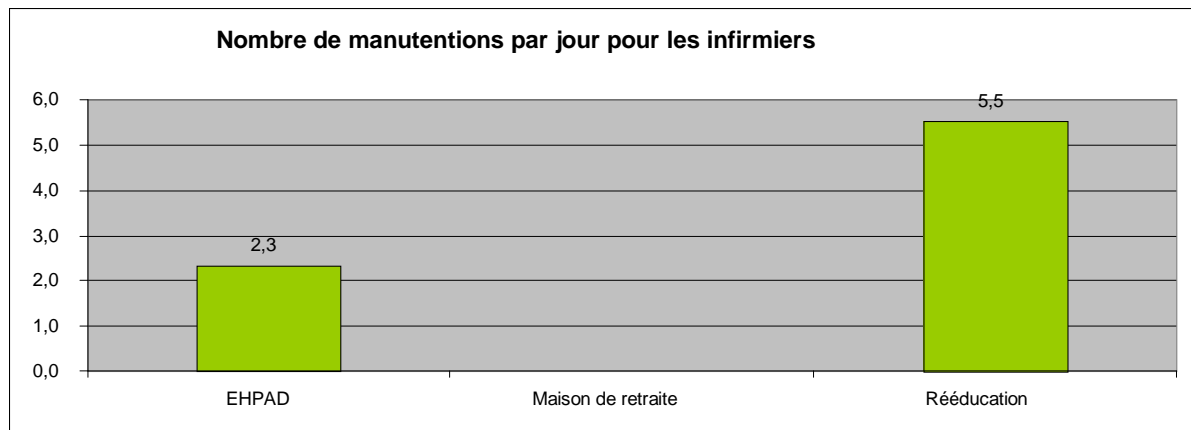
Pour ce qui est de la véracité des estimations, autant les entretiens avec les infirmiers ont permis de cibler précisément le nombre de manutentions de patients réalisées quotidiennement (vu leur nombre limité), autant ceux réalisés auprès des aides soignants n'ont pas permis, visiblement, de cerner le nombre qui se rapprocherait de la réalité de leur pratique. Lorsque nous prenions le temps de compter ce qu'ils réalisaient vraiment, nous approchions plus des 100 manœuvres que des 50 « perçues ». Peu d'études ou de réflexions sont apportées à ce domaine dans ces services, ce qui gêne finalement son intellectualisation, donc notamment son décompte, mais surtout son ancrage culturel. En effet, pour qu'une activité soit réalisée en connaissance de cause, elle doit d'abord être analysée, soit en amont (notamment au cours de la formation initiale), soit en aval.

Paradoxalement, c'est un domaine qui intéresse tous les protagonistes (soignants et encadrement) : toutes les personnes sollicitées étaient visiblement intéressées par cette réflexion.

Voyons maintenant la décomposition de ces activités par métier et par service.

---

<sup>122</sup> Nadot M. « La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel ». Op. Cit. pp. 374 à 376



En ce qui concerne les infirmiers, on se rend compte de la délégation de cette tâche en gériatrie, qui devient entièrement ou quasiment entièrement dévolue aux aides soignants. Le phénomène est un peu moins marqué en rééducation.

Globalement, les infirmiers questionnés donnent d'abord comme explication que l'ensemble des autres tâches qu'on leur demande de réaliser (Nadot décline 14 activités principales, dont la plus importante selon lui serait en lien avec la « *pratique complexe de l'information* »<sup>123</sup>) les éloigne petit à petit de ces tâches de manutention, après lesquelles d'ailleurs « ils ne courent pas non plus », au regard de ce qu'elles « coûtent »...

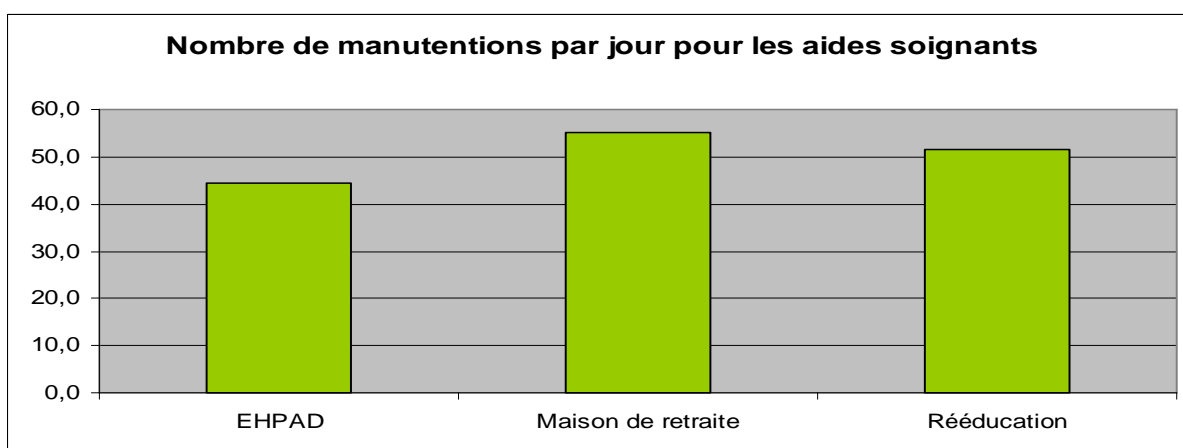
Ceux travaillant en rééducation disent que c'est le travail en collaboration avec les rééducateurs qui orienterait leur type de fonctionnement. En effet, ceux-ci les informent des progrès des patients, et le binôme ainsi constitué (infirmier et rééducateur du patient) essaie ensemble, dans la chambre, les techniques de manutentions les plus adaptées à ces nouvelles capacités. Si les aides-soignants n'ont pu être présents pendant les essais, il appartiendra à l'infirmier de faire le point sur cette évolution avec eux. Il est donc réellement question de collaboration, qui permet aux soignants de se distancier de leurs pratiques culturelles. Cela rejoint la remarque précédente. En effet, nous savons que l'activité manuelle n'a que peu de valeur en France. La manutention, peu intellectualisée, est moins noble que d'autres soins. A ce titre, elle doit être réalisée rapidement car elle apparaît spontanément comme n'étant pas importante pour la collectivité, voire comme étant une « sous tâche ».

Or, la discussion, le questionnement portés par les soignants et rééducateurs autour des capacités du patient amènent à intellectualiser la tâche, de prime abord très manuelle. Le binôme cherchera à optimiser les placements et déplacements de chacun des protagonistes, ce qui amènera le soignant à la réaliser en prenant de la

<sup>123</sup> Nadot M. « La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel ». Op. Cit. pp. 374 à 376 et [annexe I](#)

distance avec ses pratiques corporelles, distance physique permise par la distanciation intellectuelle.

Le fait qu'à partir du moment où la manutention devient moins manuelle, l'infirmier se la réapproprie, corroborerait cette hypothèse, d'autant que nous avons déjà cette orientation lors de l'introduction des programmes « lifting team ». En effet, à cette occasion, les soignants passaient du rôle d'acteurs de premier plan à superviseurs, ce qui leur donnait plus de responsabilité, donc plus de valorisation, que le « simple » fait de réaliser personnellement cette activité manuelle. Et à partir de ce moment là, ils la percevaient positivement (cf. point 2.2.3., partie I).

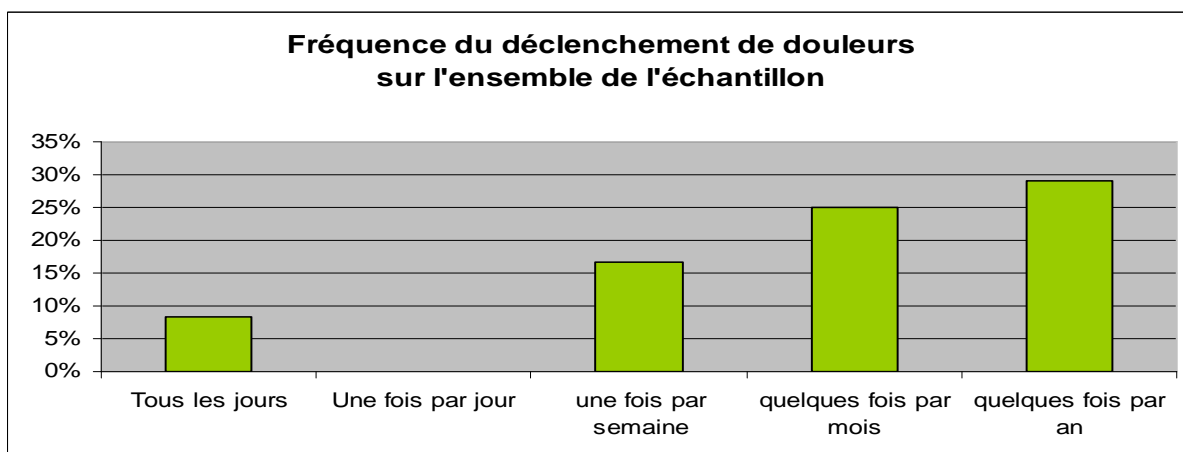


Nous voyons qu'en ce qui concerne les aides soignants, la charge de travail en lien avec cette activité varie peu quelque soit le service concerné, et qu'elle est globalement intense. Ceci laisse d'autant moins de place pour l'intellectualiser, dans un contexte où cette activité ne fait pas partie, en plus, ni de la culture traditionnelle, ni de la culture en lien avec leur formation initiale (surtout avant 2006).

Question 3 : Vous êtes-vous déjà fait mal suite à une manutention ?

Une très large majorité (83%) des soignants s'est déjà fait mal suite à une manutention : 59% des douleurs se situent au niveau des lombaires, le reste (41%) se situant ailleurs (autres localisations vertébrales, épaules, poignets, chevilles).

La fréquence est, elle aussi, préoccupante :



En effet, si presque 30% des soignants concernés par des douleurs lors de manutentions ne le sont « que » quelques fois par an, 42% le sont chaque semaine ou quelques fois par mois, et 8% chaque jour.

Si l'on s'en tient aux 83% des personnes concernées, ces taux passent à 53% de personnes ayant des douleurs de une à quatre fois par mois, et plus de 10% ayant des douleurs liées aux manutentions chaque jour.

Cette activité est donc bien, dans ces services, un problème de santé publique.

#### Question 4 : Avez-vous des craintes liées aux manutentions ?

Vus les efforts physiques conséquents et l'extrême fréquence des douleurs en lien avec cette activité, les actes de manutention amènent 75% des soignants à avoir des craintes pour eux mêmes (surtout se faire mal, notamment au dos). 88% d'entre-eux ont des craintes pour les patients (surtout le faire tomber ou lui faire mal). Notons tout de même que certains d'entre eux expriment la crainte de ne pas avoir de matériel disponible, voire d'en avoir un non adapté à la situation, facteurs déjà soulevés par l'enquête SUMER (cf. point 2.2., partie I). Le cadre de santé peut agir rapidement pour résoudre ces dernières inquiétudes.

Cette activité, à fort risque de douleur, est fortement anxiogène, même si elle permet des contacts privilégiés.

C'est pourquoi le cadre de santé doit faire le nécessaire afin de mettre en place les moyens adéquats à l'environnement spatial, organisationnel et humain (soignants et patients). Il en va de sa responsabilité, qui, rappelons-le, peut être engagée dans

ce domaine très bien réglementé (cf. point 5.2., partie I, sur le contexte réglementaire de la manutention en France et en Europe).

Ce qui ressort globalement de cette première partie de questionnaire est qu'**un environnement sollicitant et stimulant facilite l'imprégnation d'une culture.**

Ainsi, **un des rôles** attendu **du cadre de santé** serait d'**être moteur** dans la programmation des achats et l'utilisation du matériel adapté, ce qui faciliterait son appropriation par l'ensemble des soignants, d'ailleurs en attente de supervision. Ce rôle de leader est considéré, d'ailleurs, comme étant le plus important des dix rôles du cadre définis selon Mintzberg. Le cadre devra, de plus, être très attentif à son **rôle pédagogique** dans ce domaine, notamment en ayant une démarche facilitante par rapport à la formation de ses subordonnés, souvent en demande.

On s'aperçoit aussi que l'activité très intense ne facilite pas sa rationalisation. **Ce manque de distanciation intellectuelle, majoré par des cursus initiaux qui ne se penchent que très peu, voire pas du tout sur l'analyse scientifique de l'activité** (notamment au travers de la cinésiologie ou la biomécanique), **aboutit à freiner la prise de distance physique.**

Ceci a comme première conséquence un taux extrêmement élevé de douleurs secondaires, d'autant que leur fréquence est elle aussi préoccupante, mais aboutit également à ce que **cette activité devienne anxiogène**, ce qui peut poser question vu sa répétition.

Nous allons maintenant essayer de cerner la valeur que donnent les soignants à cette activité.

#### ***4.4. Cerner la valeur que donnent les soignants à cette activité***

Cette partie correspond au cœur du questionnement de départ.

Pour cela, les questions 5-7-10-11-14 interrogent sur :

- La valeur de cette activité, avec et sans matériel, parmi 4 autres activités de « base »,
- Les causes principales ressenties, qui justifient d'après eux la non utilisation systématique du matériel,
- Le fait que l'utilisation de matériel va à l'encontre ou non de leurs valeurs en tant que soignant,
- Ce que leur apporte l'activité de manutentionner le patient.

Question 5 : Sur une échelle de 1 à 10 (1 étant la note la moins bonne, et 10 la meilleure), cotez LA VALEUR que vous donnez à :

- La toilette : / 10
- Le nursing : / 10
- Les transmissions : / 10
- La communication avec le patient : / 10
- La manutention sans matériel : / 10
- La manutention avec matériel : / 10

Graphiques en [annexe IV](#), page XXIII.

Ce qui se détache de cette étude confirme ce qui a été relevé dans le cadre théorique en ce qui concerne la valeur donnée par les soignants pour les activités de toilette et de nursing. En effet, ils sont 92% à donner une valeur très importante à ces activités très symboliques et apportant un rapport au corps privilégié, et spécifique.

Dans un autre registre, et malgré tout ce qu'elle suppose, l'activité de manutention a aussi globalement une valeur très importante pour près de 60% des soignants. Ceci est contradictoire avec les résultats de la première question (cf p. 63). Peut être est-ce en lien avec le positionnement très différent dans le questionnaire de ces deux questions. En effet, nous pouvons supposer qu'au début de l'entretien, la personne n'a pas eu le temps de se détacher de l'objectif premier du questionnaire, via son introduction et son titre : répondre à des questions portant sur les manutentions de patients dépendants. Ce thème, chargé de représentations et de « *mentalités collectives* », orientent en soi une partie de la réponse, en tout cas au début. En effet, dans un contexte où la manutention est surtout abordée sous le versant ergonomique, technique, puisque collectivement, c'est ce qu'elle renvoie (manutention va avec souffrance, accident, risque...), le soignant très concerné n'aura sans doute pas eu le temps de prendre de la distance d'avec ses pratiques quotidiennes, basées dans ce domaine sur le technique. Il faut sans doute un certain temps à la personne questionnée pour lui permettre de prendre la distance nécessaire à l'expression de sa réelle subjectivité. Ainsi, nous pouvons supposer que le positionnement d'une question dans un questionnaire peut être source de biais.

Ce qui ressort aussi des réponses recueillies est que la communication avec le patient apparaît comme étant centrale (pour 88% des soignants). Par contre, les transmissions n'apparaissent pas comme étant une activité centrale dans l'activité de soin, pour 33% des soignants.

## Ciblons maintenant la valeur donnée aux manutentions de personnes dépendantes, avec et sans matériel

Graphiques en **annexe IV**, pages XXIV et XXV.

On s'aperçoit que malgré les énormes contraintes physiques qu'induit l'activité de manutention de personnes dépendantes, ainsi que les risques majeurs d'accident, plus de la moitié des soignants estiment très important de pouvoir la réaliser sans matériel. Ne serait-ce pas en lien, d'une part avec le rapport privilégié que cette activité leur permet, notamment en induisant une plus value relationnelle ? Et d'autre part avec le faible taux de formation continue dans le domaine ? (qui freine leur distanciation culturelle).

Ces résultats contradictoires avec ceux de la question n°1 (mais harmonieux avec les réponses concernant les deux premiers items de cette question) corroborent sans doute mon hypothèse de premier biais dans le questionnaire.

Ils sont aussi 63% à donner une valeur très importante à ces manutentions avec du matériel. Cela est contradictoire avec les réponses précédentes, et avec la pratique, où les soignants avouent (question suivante, n°7) préférer la manutention à plusieurs, donc manuelle.

Ceci montre bien la grande ambivalence entourant cette activité. D'un côté, le soignant préfère la réaliser manuellement (ce qui était déjà ressorti des constats), afin d'être en contact direct et privilégié avec le patient. De l'autre, la réalité objective et collective, du fait de conséquences dramatiques, rappelle au soignant son « devoir » de protection, et l'oriente vers une mécanisation.

### Question 7: Dans le cas de soins auprès de patient dépendant, et si vous aviez le choix, que préféreriez-vous :

- Manutentionner le patient seul avec une aide technique
- Manutentionner le patient à plusieurs.

Les soignants sont 59% à préférer la manutention à plusieurs (donc manuelle) de patients dépendants.

### Pourquoi ?

S'ils avaient le choix, les soignants qui n'utiliseraient pas le matériel disponible trouvent deux fois plus de raisons pour « justifier » ce fait que ceux qui l'utiliseraient.



Ils sont quasiment aussi nombreux à dire qu'utiliser le matériel permet de gagner du temps (3/7), qu'à dire qu'il est facteur de perte de temps (4/7). Ce facteur ne semble donc pas central dans leur décision finale.

Par contre, ceux qui estiment qu'utiliser le matériel n'est pas pratique sont deux fois plus nombreux que ceux qui le trouvent commode.

Globalement :

- Les personnes qui préfèrent utiliser le matériel le font car cela permet, d'après elles, de plus solliciter le patient, ce qui lui offre ainsi plus de possibilité de montrer que l'on peut avoir confiance en lui. Elles insistent aussi sur le fait que dans le cas où le service est doté de matériel adapté, il n'y a pas de raison de demander de l'aide aux autres, ce qui implique, qu'à cette occasion, le soignant est seul acteur. Il contrôle ainsi l'activité, sait alors exactement ce qui se passe, ce qui n'est pas forcément le cas lorsqu'ils sont plusieurs. De façon sous-jacente, il est ici question de sécurité.
- Les personnes qui préfèrent agir à plusieurs insistent beaucoup sur le fait que cela permet d'être plus en sécurité, à la fois pour eux et pour le patient. L'utilisation de matériel n'est, d'après eux, pas du tout rassurant, ni pour eux, ni pour le patient. Certains disent même que le matériel peut être traumatisant pour le patient, d'autres, qu'ils n'ont pas confiance... Du matériel adapté, en très bon état ainsi qu'une formation adéquate doit permettre de changer ces représentations.

Aucun soignant n'a justifié son choix de ne pas utiliser le matériel en évoquant une quelconque différence de rapport au corps. Ils évoquent plus des raisons pratiques, de sécurité ou d'organisation.

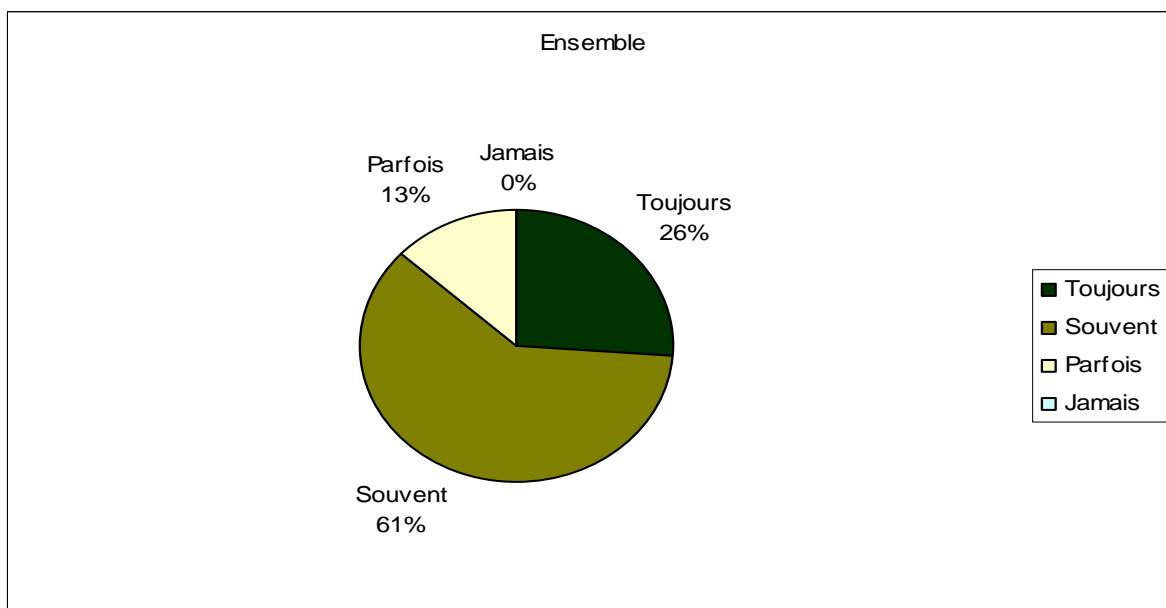
En tout état de cause, l'hypothèse d'un éventuel biais d'interprétation de la précédente question (n°5 : au niveau de la différenciation de l'activité réalisée Avec ou Sans matériel) semble confirmée par ces résultats : effectivement, au travers cette question n°7, les soignants disent préférer à une large majorité l'option de manutention de patient manuellement.

**Donc malgré ce qu'elle coûte, la manutention manuelle semble permettre ce contact direct décrit dans le cadre théorique, et sur lequel j'ai basé mon hypothèse.**

Question 10 : Pour les manutentions des patients dépendants, utilisez-vous le matériel disponible?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

Globalement, les soignants des divers services ne sont que 26% à toujours utiliser le matériel disponible, contre 61% souvent, et 13% parfois.



Pour revenir à l'une de nos préoccupations de départ, à savoir est-ce que les soignants côtoyant des rééducateurs quotidiennement ont des pratiques différentes, il est intéressant d'analyser les réponses en fonction de chaque secteur (gériatrie et rééducation), voire en fonction de chaque service.

<b>Utilisation du matériel en fonction des secteurs et des services</b>				
	<b>Toujours</b>	<b>Souvent</b>	<b>Parfois</b>	<b>Jamais</b>
<b>Rééducation</b>	40%	60%	0%	0%
<b>Gériatrie</b>	15%	62%	23%	0%
Maison de retraite	0%	67%	33%	0%
EHPAD	29%	57%	14%	0%

Nous nous apercevons alors que si l'on compare la rééducation à la gériatrie, ils sont 100% en rééducation à utiliser le matériel, toujours (40%), ou souvent (60%), contre 77% en gériatrie : seulement 15% toujours et 62% souvent (plus 23% parfois).

**Le travail en collaboration avec des rééducateurs modifie donc les pratiques quotidiennes des soignants : l'intellectualisation de l'activité permet de prendre de la distance avec sa pratique quotidienne, basée sur le lien corporel, et induit donc un changement de pratique.**

Si l'on cible encore plus, on s'aperçoit que 0% des personnels travaillant en maison de retraite utilisent systématiquement le matériel, contre 29% en EHPAD.

Une des causes évoquée en entretien par les personnels de la maison de retraite serait que le matériel n'est pas du tout en nombre suffisant. Il y a même des moments où il faudrait aller le chercher à un autre étage ! Une autre raison importante vient du fait que cette structure a initialement été créée pour n'accueillir que des personnes indépendantes. Les espaces n'ont de ce fait pas du tout été pensés pour accueillir des personnes dépendantes : c'est ainsi que le matériel nécessaire à certaines personnes n'est pas en mesure de franchir le seuil de la chambre.

Ces deux raisons doivent à elles seules justifier cet important écart entre ces deux services de gériatrie. On ne pourra s'étonner des conséquences de telles erreurs.

2<sup>ème</sup> partie de la question :

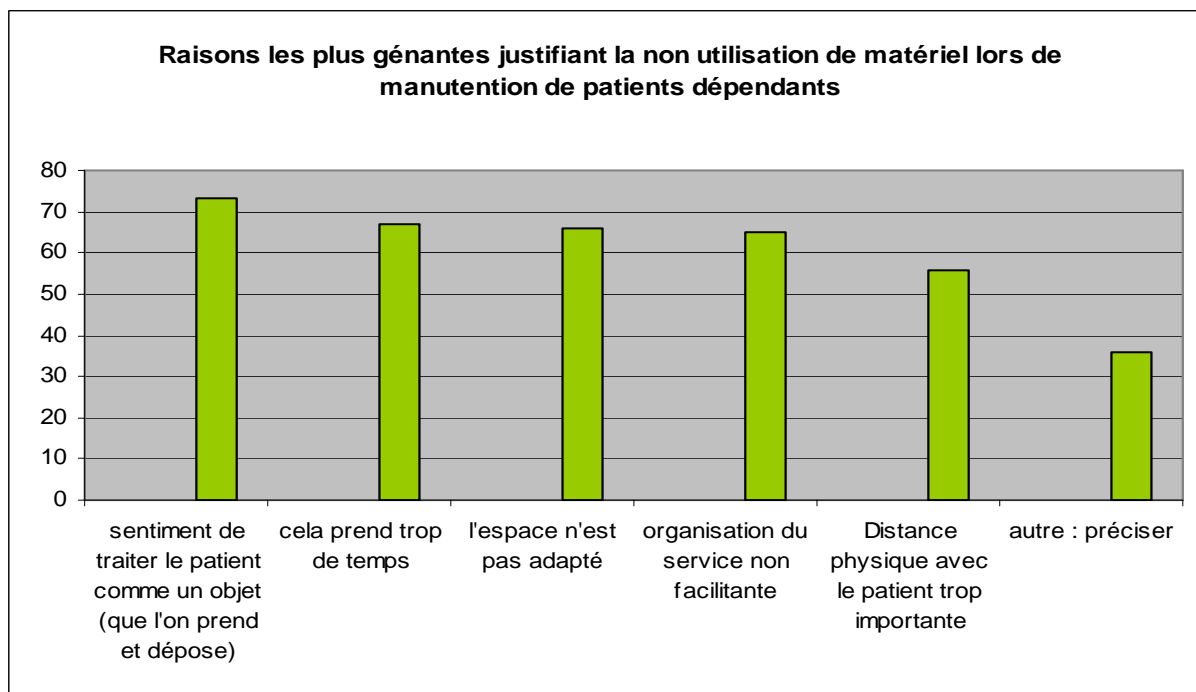
Si vous avez coché l'une des 3 dernières cases, qu'est-ce qui vous empêche d'utiliser ce matériel ? :

CLASSER par ordre d'importance de 1 à 6 les raisons pour lesquelles vous le l'utilisez pas (1 étant la raison qui vous gêne le moins, 6 la raison qui vous gêne le plus dans l'utilisation)

(NB : tous les items ont une note différente : une seule note = 1, une seule note = 2...)

- Cela prend trop de temps : /6
- L'espace n'est pas adapté : /6
- Sentiment de traiter le patient comme un objet  
(que l'on prend et dépose) : /6
- Distance physique avec le patient trop importante : /6
- Organisation du service non facilitante : /6
- Autre : préciser : /6

Ces cinq critères sont très largement ressortis des entretiens pré-exploratoires, comme étant les cinq critères les plus récurrents pour « justifier » d’une non utilisation systématique du matériel en principe disponible.



Lorsque l’on demande aux soignants de ces unités, la raison la plus gênante qui justifierait la non utilisation de matériel lors de manutention de patients dépendants, c’est le fait d’avoir le sentiment de traiter le patient comme un objet (que l’on prend et dépose) qui revient le plus souvent.

Viennent ensuite une utilisation de matériel chronophage, un espace non adapté à cette pratique, une organisation de service non facilitante, et une distance physique avec le patient trop importante.

Les autres facteurs sont souvent en lien avec le fait que le matériel n’est pas suffisamment en nombre, ou n’est pas adapté à la situation, voire qu’il est hors service. Certains soignants estiment aussi qu’ils manquent de formation dans le domaine, ou qu’ils préfèrent faire appel aux collègues disponibles ; ou enfin, que le patient n’aime pas être déplacé par le matériel. Nous remarquons que ces quatre points (soulignés) rejoignent les conclusions de la première partie de ce questionnaire (p. 68), qui acculent le cadre de santé à agir pour régler ces problèmes.

Au final, ce qui ressort de ce positionnement est que les soignants estimeraient que l’utilisation de matériel engendrerait un sentiment de non respect de la personne,

ce qui justifierait en premier lieu la non utilisation de matériel. Pour autant, la distance physique arrive très prêt des trois grands facteurs toujours déclinés, signe de son importance. Nous pouvons remarquer que jamais ces deux éléments n'ont été précédemment cités dans les études effectuées dans le domaine.

Question 11 : Pensez-vous que l'utilisation de ce type de matériel va à l'encontre de vos valeurs en tant que soignant ?

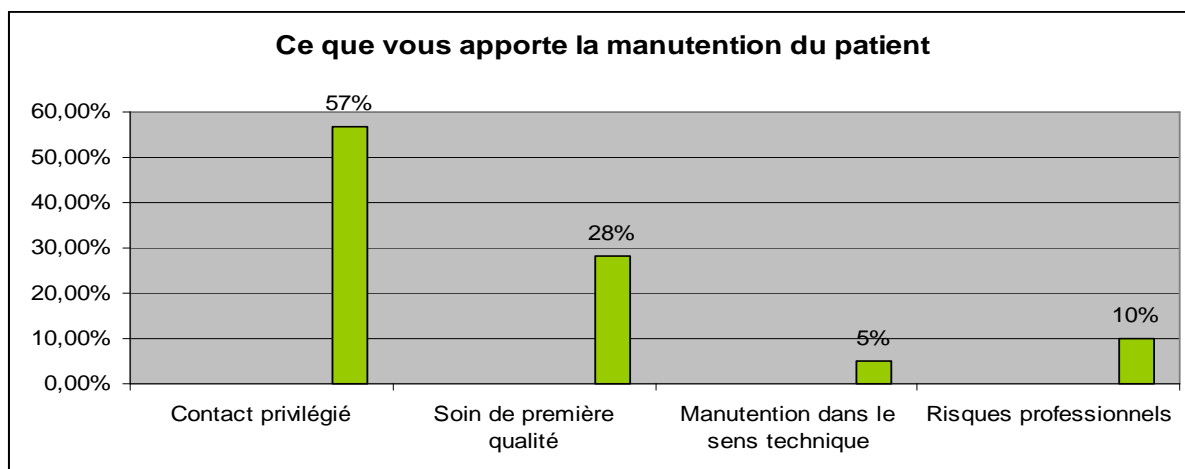
- Non,
- Si oui, pourquoi

Spontanément, 92% des soignants répondent non à cette question. Cela est donc sans appel.

Néanmoins, je me suis aperçu à posteriori, en discutant avec certains de ces soignants, que leurs réponses différaient diamétralement lorsque je faisais référence, dans la question, à la notion du rapport au corps. Si, donc, j'ajoutais à cette question, « par rapport à votre approche corporelle », une plus grande partie de soignants estimaient alors que « oui », l'utilisation de matériel pouvait aller à l'encontre de leurs valeurs, car cela pouvait les éloigner du patient. En ne voulant pas faire référence dans la question à la différence de rapport au corps induite par l'utilisation de matériel, ceci afin de ne pas trop orienter la réponse, j'ai construit une question orientant d'autres réponses. Ceci est donc sans doute un autre biais de cette enquête.

Une des personnes ayant répondu « oui » à cette question a donné comme raison le fait que l'utilisation de matériel entraîne moins de contact, moins de touché avec le patient. Une autre estimait que le matériel montrait au patient qu'elle ne prenait pas « la peine de s'occuper de lui ». Elle ajouta : « *Ce n'est pas un objet que l'on manipule contre sa guise* ». Il ressort de ces entretiens qu'un fort sentiment de culpabilisation les poussait à ne pas utiliser le matériel disponible.

Question 14 : Personnellement, qu'est-ce que vous apporte la manutention du patient ?



J'introduisais cette question ouverte en disant que le sujet portait sur la manutention en général, et pas particulièrement celle s'effectuant avec du matériel. Les soignants ont répondu par 60 réponses, qui peuvent être regroupées en 4 catégories :

- Les réponses faisant référence au contact privilégié que leur apporte cette activité soignante (près de 60% des réponses) ; voici quelques exemples :
  - o être plus proche de lui (sens relationnel et physique),
  - o être en contact direct avec le patient
  - o permet la confiance mutuelle, et de communiquer avec lui,
  - o c'est un contact privilégié, comme avec nos parents,
  - o permet une certaine intimité.
  
- Celles faisant référence au fait que cette activité est un soin de première qualité (presque 30% des réponses) ; voici quelques exemples :
  - o soin de confort pour le patient et pour le soignant,
  - o soin indispensable,
  - o toujours agréable pour le soigné et le soignant, « *que de bonnes choses* »,
  - o le « *fait de bien manipuler un patient permet de se sentir bien* » ; « *le fait de le voir bien installé permet de sentir que le travail a été bien fait* »...

- Celles se rapportant au fait que la manutention peut être comprise comme un art, une technique de portage qui permet de se protéger (ergonomie) (5% des réponses)
- Et enfin, celles faisant référence aux risques professionnels qu'induisent les manutentions de patients (10%).

Ce qui ressort de ces réponses est que les soignants, malgré le fait que cette activité apporte des risques professionnels majeurs, impactant gravement sur leur santé, éprouvent le sentiment qu'elle leur permet d'avoir avec le patient un contact privilégié (physique et relationnel). 85% des réponses vont dans le sens que la manutention leur apporte une plus value dans leur rapport au patient. Seulement 10% d'entre elles font référence aux risques induits.

## 5. LIMITES DE LA METHODE

- o En rapport avec la formulation des questions

Pour essayer de rester le plus objectif possible, mais sans passer par des interviews ou uniquement des questions ouvertes pour des raisons de temps, j'ai essayé de construire un questionnaire relativement complet, qui aborde trois champs différents dans le domaine des manutentions. J'aurais pu, en théorie, me passer de l'ensemble des questions 2-3-4, puisque beaucoup d'études abordent ces problématiques. Cela m'aurait fait gagner du temps, mais ne m'aurait sans doute pas permis de « diluer » les 5 questions qui représentaient le cœur de l'enquête, ni surtout de percevoir certaines contradictions dans les réponses des soignants aux diverses questions, signes d'ambivalence et de biais.

Toujours dans le souci de ne pas trop orienter les réponses, j'ai formulé volontairement certaines questions de façon peu directives. Une des conséquences non désirées a été que les personnes enquêtées n'ont pas toutes compris les mêmes choses pour ces questions, ce qui a biaisé leur réponse.

Par exemple, ce n'est qu'à la fin de l'enquête que je me suis aperçu que la question 5 (portant sur la valeur que les soignants donnent à six de leurs principales activités) portait à confusion, quant au sujet des manutentions. Lorsque la question était : « *sur une échelle de 1 à 10, cotez la **valeur** que vous donnez à la manutention sans matériel* », et plus loin « *avec matériel* », je faisais référence à la valeur<sup>124</sup> dans le sens de l'intensité, de la qualité intrinsèque et morale (donc subjective) que

---

<sup>124</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/valeur> , avril 2010

pouvaient donner ces soignants à la manutention en générale, particulièrement en tant que soin. Mais comme le sujet central du questionnaire portait sur les manutentions des patients dépendants, la plupart ont compris que la question cherchait à cibler quelle pouvait être la valeur collective envers cette activité quotidienne qui doit être normalement réalisée avec du matériel, notamment au regard des normes de travail. Ainsi, ils ont plutôt répondu dans le sens où collectivement, objectivement, il était de bon ton de penser que la manutention avec matériel avait plus de valeur que celle effectuée sans matériel, cette dernière étant plus dangereuse. Lorsque je me suis aperçu de ce biais, j'avais questionné 21 personnes. Me restant 3 personnes à voir, j'ai fait attention à la formulation de cette question, en précisant ce que je souhaitais qu'ils comprennent. Sur ces 3 personnes, toutes ont alors répondu que pour elles, la manutention réalisée sans matériel avait, en tant que soin, plus de valeur que celle effectuée avec matériel, ce qui n'a pas été la réponse de la grande majorité des 21 personnes précédentes.

J'ai retrouvé cette forme de biais pour les questions 7 et 11 : le cœur du questionnaire !

Ceci m'a obligé, à la fin, à devoir préciser le sens de certaines questions, afin que les personnes interrogées se détachent du thème pour ne répondre qu'en fonction de leur ressenti ou leur parcours, et non pas en fonction de ce qu'elles croyaient qu'on attendait d'elles. Ceci est préjudiciable pour l'analyse des résultats et la cohérence du tout. D'ailleurs, les résultats obtenus sont parfois contradictoires : l'analyse n'en a été que plus difficile.

- Public enquêté trop restreint

La base de mon hypothèse partant de la culture des soignants, qui découle en partie de la culture traditionnelle, j'aurai aussi aimé avoir des entretiens avec des patients afin de recueillir leur impression et ressenti par rapport à cette activité.

- Manque de précision dans les éléments retenus pour appréhender l'environnement de l'enquête

Je n'ai pas le ratio de patients dépendants par service, ce qui est une limite pour une éventuelle critique organisationnelle.



## 6. SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE ET VÉRIFICATION DE L'HYPOTHÈSE

Cette enquête nous a permis de mettre en exergue qu'effectivement le contexte organisationnel et matériel est loin d'être facilitant dans l'appropriation du matériel d'aide à la manutention. Par exemple, tous les soignants enquêtés disent que le nombre insuffisant et le mauvais état du matériel sont vraiment freinant pour son utilisation. Une partie du défaut d'appropriation constaté peut donc être imputée à l'organisation. Globalement, ces ressentis sont confirmés d'une part par le fait que ce matériel n'est pas du tout investi par ces équipes, et d'autre part car il y a très peu de référence aux notions ergonomiques dans l'évocation de ce que sont les manutentions, malgré un très fort sentiment de contraintes physiques induites. A ce propos, l'activité dans ce domaine est tellement intense qu'elle engendre des douleurs pour 83% de l'ensemble des soignants, avec une fréquence inquiétante pour 50% de l'ensemble (des douleurs « plusieurs fois par mois », à « chaque jour »). Cette activité est donc très traumatisante pour l'ensemble de ce personnel, et fortement anxiogène (pour 75% d'entre eux). Il est donc vraiment important pour l'encadrement d'aller au delà de ces constats.

Paradoxalement, nous nous apercevons que près de 50% des soignants n'ont pas reçu de formation complémentaire dans le domaine des manutentions après leur cursus initial, alors même que celui-ci n'aborde que peu ou pas du tout l'analyse scientifique de l'activité. Ce fait devient contradiction lorsque nous savons que dans les quatre services sondés, les manutentions font censément parties d'une journée ordinaire de travail, et d'autre part, que la formation participe à la distanciation intellectuelle nécessaire à une distanciation corporelle. Ceci est d'autant plus dommageable qu'à la fois l'activité est intense dans ce domaine, ce qui ne peut aider à sa rationalisation (donc à son ancrage culturel), mais aussi que la plupart des agents souhaiterait bénéficier de formation. Enfin, de nombreuses personnes n'utilisent pas le matériel craignant pour leur sécurité ou celle du patient : ce manque de formation est bien un problème central.

Nous comprenons mieux pourquoi les soignants pensent globalement que leur cadre de santé manque de leadership dans ce domaine. Ceci est d'autant plus dommageable, d'une part car des auteurs tel Mintzberg affirment que de tous les rôles du cadre, c'est précisément celui-ci le plus important, mais aussi car tous les agents disent apprécier lorsque le cadre joue son rôle de supervision et de contrôle dans ce domaine : cela faciliterait d'après eux, leur appropriation des matériels et techniques ergonomiques.

Parallèlement à ces résultats, nous nous sommes aussi aperçus que dans le service de rééducation, où les stimulations et sollicitations ergonomiques sont régulières (voire quotidiennes), les soignants se sont appropriés une partie de la culture des rééducateurs, par imprégnation. Ceci rejoint ce que soulignaient Crozier et Friedberg<sup>125</sup> en avançant l'idée que la structure, le système dans lequel se trouve l'individu ou le groupe est en capacité de lui transmettre ses « *attitudes, normes et valeurs* ». Donc, si la structure amène d'autres éléments culturels, ceux qui la composent se les attribueront. Cet élément est fondamental pour le cadre de santé désireux d'optimiser ou d'introduire une culture de prévention.

Cette enquête montre aussi le fait que l'activité de manutention est d'autant moins investie par les soignants qu'elle reste manuelle et non rationalisée. A contrario, lorsqu'elle devient source de réflexion (par collaboration avec les rééducateurs ou supervision dans le cadre de programme « *lifting team* »), elle « s'anoblit » et permet aux infirmiers de se la réapproprier en utilisant des techniques moins corporelles : preuve que la rationalisation et la conceptualisation de la tâche, qui permettent son analyse fine, induisent de nouvelles pratiques basées sur une distanciation physique. Le cadre devra donc avoir des actions amenant cette rationalisation : discussions, séminaires, formations personnalisées, démonstrations...

Ceci montre bien le lien serré qu'il y a entre pratique ergonomique et culture professionnelle, qui s'appuie en partie sur la formation initiale. Mais, n'oublions pas que la différenciation des usages des soignants et des rééducateurs ne repose pas uniquement sur leur culture liée à leur formation initiale. Une grande partie de leur culture émane, pour chacun d'eux, d'histoires et de pratiques différentes. L'encadrement ne pourra faire l'économie de la prise en compte de ce double tableau, au risque sinon, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, de se heurter à un défaut d'appropriation du programme « *geste et posture* ».

Nous sommes bien au cœur d'un sujet complexe, et les résultats de l'enquête, s'ils ne sont pas francs, confortent ce constat. Pour parfaire la difficulté, j'ai mis beaucoup de temps à comprendre que les personnels interrogés répondaient pour partie, non pas en fonction de leur ressenti et valeur, mais plutôt en rapport avec ce que la collectivité véhicule sur le sujet : les manutentions étant source de problèmes de santé majeurs, il était logique pour eux de penser que nous attendions d'eux des réponses adaptées à cette problématique.

Ce qui ressort effectivement de l'enquête est que les soignants semblent vraiment être au cœur d'une ambivalence lorsqu'il s'agit de l'activité de manutention.

---

<sup>125</sup> Crozier M. et Friedberg E. Op. Cit. pp. 204 et 212

D'un côté leur culture professionnelle, à la fois imprégnée par la culture traditionnelle, mais aussi par leur formation initiale qui ne leur permet pas de se distancier de cette pratique, oriente leurs pratiques vers une considération avant tout corporelle de la personne soignée. D'ailleurs, ils sont la moitié à dire que la manutention leur apporte un contact privilégié (physique et relationnel), tout en insistant sur le fait qu'elle est aussi un soin de première qualité.

De l'autre, les conséquences sur leur santé, du fait d'hypersollicitations, amèneraient à ce qu'ils s'éloignent de ces mêmes pratiques.

Nous retrouvons régulièrement sur le terrain, et dans l'enquête, cette ambivalence. Par exemple, nous obtenons, ici, des réponses contradictoires à des questions qui pourtant devraient amener à une certaine unité, dans un sens ou dans l'autre. Ainsi, globalement et malgré ce qu'elle induit en terme de santé, l'activité de manutention a une valeur très importante pour près de 60 % des soignants. Cette côte de valeur est aussi très importante pour ce qui est des manutentions manuelles, malgré le fait qu'elles majorent énormément les risques d'accidents pour les deux protagonistes. Ceci s'explique en partie par la culture professionnelle basée sur la relation et le soin corporel, ainsi que par le sentiment exprimé de manque de respect lorsqu'il y a utilisation de matériel. D'ailleurs, seulement 26 % estiment utiliser systématiquement le matériel à disposition pour manutentionner des patients dépendants, contre 61 % souvent, et quand même 13 % parfois. Ceci montre bien le besoin de contact direct. Ils nous disent aussi, pour justifier la non utilisation de matériel avec des patients dépendants, que ce qui les gêne le plus est le sentiment de traiter le patient comme un objet, que l'on prend et dépose. Si on analyse de prêt d'autres réponses, on s'aperçoit également que la distance physique induite par ce matériel est un argument qui ne se place pas très loin de tous les autres facteurs toujours dénoncés dans toutes les études dans le domaine (temps, espace, organisation) : preuve que ce facteur est important.

En résumé, les raisons habituellement avancées (temporelles, spatiales et organisationnelles) pour justifier la non utilisation du matériel disponible ressortent également dans l'enquête. Elles ont donc effectivement une part de responsabilité dans le défaut d'appropriation du matériel d'aide à la manutention par les soignants.

Paradoxalement, cette activité désignée comme source de tant de maux, induit un lien privilégié pour les deux protagonistes. Elle autorise un contact relationnel et physique unique qui pousse les soignants à préférer majoritairement sa réalisation manuelle plutôt qu'avec une aide matérielle, pour effectuer les manutentions le plus directement possible, sans intermédiaire, et sans donner l'impression au soigné et à eux mêmes d'une manipulation objet.

Ainsi, au travers de l'enquête, il est montré qu'une des bases de la relation soignante repose sur le besoin de contact direct, en partie liée à la conception traditionnelle du soin dont l'origine est le nursing et le maternage. La relation de dépendance du patient au soignant, associée à un cursus de formation initiale où l'analyse, donc l'intellectualisation de l'activité est peu développée, aboutissent au fait que culturellement, le soignant exerce son art avec peu de distanciation physique.

A contrario, les rééducateurs bénéficiant d'une autre culture professionnelle et de cursus de formation initiale prenant grandement en considération l'analyse scientifique de l'activité, ne se heurtent pas à la même problématique.

Nous sommes donc en mesure de penser que l'hypothèse de départ, portant sur le fait que la culture traditionnelle du soin et du prendre soin ne favorise pas l'appropriation du matériel d'aide à la manutention, car la distanciation physique que celui-ci impose va à l'encontre du paradigme soignant, basé sur un rapport au corps direct, est validée.

Partant des bases de cette recherche, nous pouvons prolonger et terminer notre réflexion en nous penchant, maintenant, sur le rôle du cadre de santé dans cette dynamique de prévention ergonomique, sans entrer dans le détail de la résolution de problème ou de la gestion de projet.

Nous allons dans un premier temps définir le cadre réglementaire et les missions du cadre, avant de dégager ses principaux rôles et modes de management.

Nous nous intéresserons, pour finir, aux éléments que doit prendre en considération le cadre de proximité avant la mise en place de tout programme d'amélioration.

## 7. ROLE DU CADRE DE SANTE

### 7.1. Cadre réglementaire et missions du cadre

Nous pouvons évoquer de façon détaillée les rôles et missions du cadre de santé, à travers des extraits :

- d'une part, de l'annexe à la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990<sup>126</sup> (non parue au Journal Officiel, ni au Bulletin Officiel),
- d'autre part, du rapport de la Mission Cadres Hospitaliers<sup>127</sup>, dit « rapport de Singly », diffusé en septembre 2009.

Le premier déclare que le cadre « *est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé [...]. Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité [...], de formation, de coordination et de recherche.*

*Il élabore en équipe [...] des objectifs de service, [...] définit la démarche de soins et les outils de travail correspondants, [...] aide les différents acteurs de l'équipe soignante à déterminer les besoins des malades, à les analyser, à rechercher les moyens et les réponses adaptées, à évaluer les actions déterminées ou réalisées, à prévoir les réajustements éventuels. Il propose une organisation évolutive de soins.»*

*« Il participe à travers la formation permanente à l'évolution de l'unité et des techniques [...], est responsable de la qualité du soin, de l'hygiène générale de l'unité et du confort des malades. »*

Au niveau organisation des soins et du travail, « *il établit des relations de travail avec tous les professionnels de santé intervenant dans l'unité ainsi qu'avec [..., notamment] le médecin de médecine préventive.» « Il évalue l'organisation du travail et introduit les procédures adaptées aux changements [...]. Il sensibilise les agents aux risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'hygiène et à la sécurité. » « Il conçoit et propose des améliorations au niveau du fonctionnement du service et des conditions de travail des personnels. »*

*« Il est garant de la qualité des soins et de son organisation et est responsable de l'utilisation optimale des ressources utilisées à l'unité [...]. »*

---

<sup>126</sup> Annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990. « Missions et fonctions principales des surveillants ». En ligne. Disponible sur : « <http://www.cadredesante.com/> »

<sup>127</sup> De Singly C. « Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers ». Ministère de la santé et des sports. Septembre 2009, pp.20 à 28. En ligne. Disponible sur « <http://www.ehesp.fr/> »

A travers l'annexe de cette circulaire, il ressort que le cadre a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité, mais aussi un rôle de coordination, de recherche, de prévention et de formation.

Ses missions sont déclinées selon quatre axes :

- Technicité : le soin, la gestion, la formation (initiale et continue) et la recherche
- Information,
- Relation / communication,
- Contribution économique.

Quant à lui, le « rapport de Singly » précise que cette « *fonction d'encadrement* », désignée comme « *l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés [...]* contribue « *d'une manière décisive à définir au quotidien les critères du « bon travail »* ». Dans ce contexte, le cadre de santé se doit de faire le « *lien concret, quotidien, entre les directives reçues [notamment celles concernant le code du travail et les conditions de travail] [...] et le travail au jour le jour* ».

Cette annexe de circulaire et ce rapport mettent bien en évidence la multiplicité et la diversité des activités du cadre. Catalyseur d'une équipe, le cadre dynamise, motive, fédère pour répondre avec efficacité aux besoins des personnes soignées, mais aussi des personnels dont il a la responsabilité. « *Au jour le jour* », **il est garant de la qualité des soins et de leur organisation, ainsi que de la protection des membres de son équipe.**

Il aura donc notamment comme buts de :

- Réduire la pénibilité du travail, les TMS et les accidents du travail.
- Privilégier :
  - o La **santé des salariés,**
  - o La **sécurité et la qualité des soins,**
  - o Une **organisation** du service **facilitante.**

Ses ENJEUX seront :

- La diminution des contraintes physiques des soignants de l'équipe, donc la réduction de leur fatigue, usure, souffrance, des accidents, mais aussi la diminution du risque de mauvais traitement. Des retentissements devraient se faire sentir sur :

- la qualité du travail et des soins,
  - l'absentéisme
  - la démotivation au travail des professionnels
  - le confort et le respect du bénéficiaire dans sa manutention, voire sa participation.
- L'amélioration de l'organisation du travail avec une meilleure répartition des tâches, ce qui implique la prise en compte de tous les facteurs impactant la manutention de patient.

## 7.2. Rôles du cadre

Quant à lui, Henry Mintzberg<sup>128</sup> considère que tous les cadres ont les mêmes rôles (répartis en 10 rôles principaux), et que c'est le contexte, l'environnement, le niveau hiérarchique et la fonction de ce cadre dans l'organisation qui feront que tel ou tel rôle aura plus d'importance. Par contre, pour tous, il considère clairement le **rôle de leader** comme étant le plus important. « *L'organisation se tourne vers celui qui est à sa tête pour y trouver direction à suivre, conseil, motivation.* » : presque toutes les actions du cadre sont examinées avec attention par ses subordonnés, qui cherchent des indices leur montrant la voie à suivre. L'objectif essentiel du rôle de leader étant d'effectuer l'intégration entre les besoins des individus et les buts de l'organisation.

En ce qui concerne le cadre de proximité, quatre autres rôles semblent décisifs aussi, regroupés sous le titre de « rôles décisionnels » :

- rôle d'entrepreneur
- rôle de régulateur
- rôle de répartiteur de ressources
- rôle de négociateur.

Dans son rôle d'entrepreneur, « *le cadre prend l'initiative et assure la conception de la plupart des changements contrôlés<sup>129</sup> affectant son organisation* », sachant que la décision peut se décomposer en deux phases :

- la phase de conception, qui correspond à la phase de recherche et d'évaluation des alternatives,
- la phase de choix : sélection ou acceptation des alternatives disponibles.

---

<sup>128</sup> Mintzberg H. « Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre ». 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Editions d'Organisation, 2009, 283 p.

<sup>129</sup> Signifie que ce rôle comprend toutes les activités dans lesquelles le cadre effectue des changements de son propre chef

Piloter une équipe projet sur une mission d'amélioration des pratiques professionnelles entre dans ce rôle.

Dans son rôle de régulateur, le cadre modère les perturbations au sein de l'organisation, soit avant qu'elles n'apparaissent, soit lorsqu'elles posent problème (et risquent de désorganiser le tout). Le nombre d'accidents de travail pose problème, tant pour l'organisation du service qu'en terme de protection des salariés. Le cadre doit donc traiter cette « perturbation ».

Son action amène à des changements, soit en termes d'ajustement à court terme (pour de petites perturbations), soit en termes de changements structurels. Le traitement de ces perturbations est donc aussi un rôle très important.

Le cadre est aussi « répartiteur de ressources » (matérielles, humaines, temporelles, équipement, budget...) dans l'élaboration qui répond à la stratégie de son organisation. Quelles compétences mobiliser et comment les répartir pour atteindre les objectifs fixés en termes de prévention ergonomique ?

En étant le porte-parole des valeurs de son organisation, ainsi que le répartiteur des ressources sans lequel quasiment rien n'est autorisé, le cadre est en contact avec les instances hiérarchiques ou fonctionnelles de l'établissement dont il dépend, mais aussi avec les organismes extérieurs. Il est donc en capacité de négocier, autant à l'extérieur qu'à l'intérieur de son organisation. Ainsi, il peut être amené à négocier avec la direction des ressources humaines ou financières pour obtenir et justifier les ressources nécessaires à la performance de son organisation (demandes de formation pour développer les compétences des collaborateurs, budget pour développer un projet,...), ou avec ses collaborateurs en vue d'insuffler une nouvelle organisation, l'application de nouveaux protocoles...

Grâce à la communication, le cadre apporte des informations et favorise les échanges permettant ainsi d'entretenir la connaissance du rôle de chacun. Il contribue ainsi à la réflexion sur des missions communes centrées sur le patient ou sur l'organisation du service. Pour H. Mintzberg, dans ses rôles liés à la formation, le cadre est « *observateur actif, diffuseur et porte-parole* ».

Le cadre de proximité sera donc en capacité de communiquer, d'informer, de négocier, d'entreprendre, de réguler, de répartir les ressources... A l'occasion de l'anticipation de perturbations, voire de leur résolution, nous voyons bien que c'est aussi de la responsabilité du cadre d'impulser ou d'accompagner les changements nécessaires à l'adaptation de l'organisation, ou en amont, à la prévention.

Mais quel type de management adopter selon la situation ?



### 7.3. Modes de management

Selon Bernoux<sup>130</sup>, la question n'est pas de rendre les gens heureux en leur donnant accès aux décisions, mais d'organiser leur travail de manière à valoriser leurs capacités. Il n'y a pas de lien démontré entre satisfaction au travail et augmentation de la productivité. Par contre, l'augmentation de la motivation entraîne une augmentation de la productivité, et la diminution de la satisfaction entraîne une augmentation de l'absentéisme... Pour en tenir compte, le cadre de santé devra donc adapter son mode de management, notamment en fonction de l'activité demandée ou anticipée, mais aussi de ses collaborateurs... Tout en sachant que le management de soignants doit prendre en considération leur haut niveau d'autonomie, notamment en lien avec leur degré de qualification et leur Diplôme d'Etat. Ils sont donc en capacité, plus que d'autre salariés, de créer en partie les conditions d'exercice (donc de travail) dans lesquelles ils évoluent.

Pour se faire, le cadre ne peut être uniquement un hyper technicien : il doit aussi savoir assumer sa « *fonction de conseil, de proposition et surtout d'écoute* ». <sup>131</sup>

Pour que le salarié trouve un sens à ce qu'il fait (ce qui est une priorité), il ne faut pas seulement expliquer, intégrer et le faire participer. Il faut aussi le considérer comme un acteur à part entière, ce qui suppose qu'il ait un certain degré d'interaction sur son environnement, un certain pouvoir... Bernoux parle d'« *interdépendance des facteurs humains et techniques* ». <sup>132</sup>

Le cadre pourra donc « user » d'un style :

- persuasif : si le collaborateur ne sait pas faire, peut faire et veut faire,
- participatif : si le collaborateur sait faire, veut faire mais ne peut pas faire,
- délégatif : si le collaborateur sait faire, peut faire et veut faire.

Le mode de management a une influence sur le niveau d'autonomie du personnel, sa motivation, sa responsabilité en favorisant le passage de la compétence individuelle à la compétence collective (à l'échelle d'une équipe). Au niveau ressources humaines, ce passage est un vecteur fort dans l'efficacité de l'organisation. D'ailleurs, à partir du moment où un groupe voit que l'on s'intéresse (positivement) à lui, il répondra inconsciemment en améliorant sa productivité (effet « Hawthorne »<sup>133</sup>). Il est donc intéressant de partir de l'expérience des acteurs : ceci permet de valoriser leurs compétences, de montrer que l'on s'intéresse à eux, mais aussi permet de ne

---

<sup>130</sup> Bernoux P. Op. Cit. pp. 102 à 109

<sup>131</sup> Bernoux P. Op. Cit. p. 85

<sup>132</sup> Ibid. p. 87

<sup>133</sup> Ibid. p.83

pas arriver avec notre projet ou nos idées en tant que « maître » dans un rapport d'éducateur à élève. Dans le cadre d'amélioration des pratiques, il va donc de soi qu'ayant des compétences, une histoire, une culture, le collaborateur ne peut qu'être dans l'attente d'une prise en considération de son expérience mais aussi de ses besoins. Par contre, lorsque Philippe Perrenoud<sup>134</sup> précise que « *l'autonomie est une condition incontournable d'un déploiement de la compétence, parce que la compétence n'existe que si l'acteur a ou se donne une marge d'initiative et de décision* », il insiste aussi sur le fait qu'elle « *ne va pas sans responsabilité* »... ; c'est pourquoi le cadre de santé se retrouvera, dans certaines circonstances, face à des collaborateurs qui refuseront cette autonomie, pour ne pas avoir, du coup, à rendre compte des conséquences, et qui attendront qu'on leur dise ce qu'ils ont à faire... Ce comportement aboutira donc à un autre type de management.

Le mode de management devra donc être adapté à chacun, ainsi qu'au contexte et à l'environnement, mais pour quel changement ?

#### ***7.4.Éléments à prendre en considération avant la mise en place de tout programme d'amélioration***

Le but de cette dernière partie n'est pas de proposer une démarche de résolution de problème ou de gestion de projet (qui mériterait, pour qu'elle soit complète, qu'on lui consacre une réflexion beaucoup plus approfondie).

Par contre, je souhaitais examiner les divers éléments que l'encadrement doit prendre en considération avant toute introduction d'un programme d'amélioration.

Ainsi, suite à un constat de dysfonctionnement, le premier rôle du cadre sera d'analyser ses causes potentielles. Celles visibles, logiques ou transmises par l'équipe devront être traitées rapidement. Ceci permettra à chacun de voir que le problème est pris en considération, et d'en déduire que leur travail a une valeur, ce qui joue en général sur la motivation. Dans le domaine des manutentions, il faut d'autant moins se réserver pour agir que les conséquences de dysfonctionnement ne se font pas, elles, attendre très longtemps. Et vu leur impact majeur sur la santé des personnels, sur celle des patients, mais aussi sur l'organisation, l'immobilisme est coûteux.

<sup>135</sup>Bien sûr, il ne faut pas se limiter à ces présupposés classiques (organisationnels, matériels...), mais essayer de prendre en considération tout le système. En effet, le changement ainsi demandé ne peut se concevoir qu'à partir du

---

<sup>134</sup> Perrenoud P. « L'autonomie, une question de compétence ? ». In : Résonances n°1, septembre 2002, pp.16 à 18. En ligne. Disponible sur « <http://www.unige.ch/fapse/> »

<sup>135</sup> Crozier M. et Friedberg E. Op. Cit. pp. 375 et 379

moment où tous les éléments seront étudiés : le soignant fait partie d'un système culturel et organisationnel. Ne s'attacher qu'à l'organisation ou au matériel présupposerait que l'acteur n'a pas de valeur dans ce système. Ce serait oublier que l'organisation ne peut changer si ses membres ne changent pas eux mêmes. C'est sans doute ce sur quoi se heurtent tous les programmes « geste et posture », tellement orientés vers le versant technique, ergonomique ou organisationnel de la tâche. C'est à ce concept de « *phénomène systémique* » auquel font référence Crozier et Friedberg, en appuyant le fait que ce sont avant tout les hommes qui changent, et que « *non seulement ils ne changent pas passivement, mais qu'ils changent dans la collectivité, et comme une collectivité : non pas individuellement, mais dans leur relation les uns avec les autres et dans leur organisation sociale* ».

Par contre, toute demande de changement peut également être vécue comme également une contrainte, une uniformisation, qui amène une impression de perte d'identité<sup>136</sup>. Et même si « *les membres d'une organisation ne sont pas attachés de façon passive et bornée à leur routine* »<sup>137</sup>, ils doivent juger rapidement de ce que pourrait leur faire gagner ce changement, parallèlement à ce qu'il va forcément leur faire perdre. Ce n'est que lorsque le gain ressenti sera supérieur à la perte, mais également lorsque l'acteur sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement<sup>138</sup> (en terme de pouvoir), que le changement pourra être vécu comme autre chose qu'un risque ou un déracinement<sup>139</sup>.

Les soignants devront en quelque sorte « surfer » sur un paradoxe, où on leur demande de changer d'habitudes, d'élaborer un <sup>140</sup>« *nouveau construit collectif* », mais forcément sur la base « *du construit collectif ancien, qui représente la seule expérience humaine disponible* ». Ils devront donc partir d'un modèle pour en ériger un autre qui « *ne peut s'élaborer que contre lui* ».

C'est pourquoi ils doivent promptement trouver « *leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose* », à défaut de quoi les risques ressentis aboutiraient à l'échec du changement engagé.

Mais, nous l'avons vu dans notre développement, il serait tout aussi inapproprié de penser qu'il suffirait d'amener les solutions, tel un maître avec ses élèves, pour que l'organisation, voire la culture du service soient modifiées. Le cadre de santé se doit d'intégrer, dès la phase d'évaluation du problème, tous les membres de l'organisation (**phase 1 : réflexion systémique**), ce qui participera d'ailleurs à une forme de valorisation, donc de promotion. La création de groupes de travail stables permettra d'orienter la réflexion sur l'évolution des pratiques professionnelles, notamment en ce

---

<sup>136</sup> Loux F. Op. Cit. p. 291

<sup>137</sup> Crozier M. et Friedberg E. Op. Cit. p. 381

<sup>138</sup> Bernoux P. Op. Cit. pp. 224 à 235

<sup>139</sup> Loux F. Op. Cit. p. 30

<sup>140</sup> Crozier M. et Friedberg E. Op. Cit. p. 402

qui concerne le domaine du rapport au corps pendant les soins, ou permettra de verbaliser le travail effectif, les liens avec les collègues, avec les patients, l'encadrement, et lors de l'utilisation de matériel. Cette réflexion aidera à revenir également avec eux sur ce que change l'usage d'artéfacts matériels dans le rapport au corps et dans la relation avec le patient, mais aussi sur comment imaginent-ils telle ou telle réorganisation du travail (répartition des tâches, coordinations des actions de chacun, amélioration des transmissions...). La réflexion ainsi entamée pourra se baser sur la réalité quotidienne du service, et permettra d'intellectualiser les usages, source nous l'avons vu, d'amélioration des pratiques. Ce n'est que dans ce cadre d'actions participatives et multidisciplinaires<sup>141</sup> (qui pourra intégrer le médecin du travail, le CHSCT<sup>142</sup>, la Direction...) que chacun dégagera les avantages qu'il pourrait en tirer.

C'est pourquoi il apparaît que l'introduction d'une nouvelle culture, fût-elle de limitation des risques, ne peut se concevoir qu'à travers une progression lente et calculée. Il s'agira alors de conduire conjointement des actions sur les hommes et les structures, dans une préoccupation systémique. A ce propos, Bernoux<sup>143</sup> insiste sur le fait que dans l'ordre des facteurs de réussite permettant le changement, il y a en premier les facteurs humains dans lesquels nous retrouvons l'importance du projet aux yeux de tous les acteurs concernés, en second les facteurs organisationnels. Le cadre de santé considèrera donc, en premier, les faits concernant les <sup>144</sup>hommes, en initiant des actions de discussion, de réflexion et de formations (qui doivent déboucher sur de nouvelles prérogatives, au risque sinon de s'exposer à l'augmentation de la frustration et à la diminution de l'intérêt), de promotion et de gestion du personnel. Mais n'oublions pas, dans notre cadre, que 50 % des personnels concernés n'ont pas reçu de formation dans ce domaine, suite à leur formation initiale. Le cadre de santé doit donc multiplier ses efforts auprès de la direction pour qu'enfin les personnels, qui sont en plus en demande, aient accès à des formations de qualité, qui prennent en compte leurs besoins et la réalité de leur quotidien. Ces **formations** seront la **deuxième étape** qui permettra l'appropriation de cette nouvelle culture ergonomique, après la phase de réflexion, de concertation qui aura permis de poser les choses. Parallèlement à ces actions de formation, le cadre de santé gardera le leadership en **stimulant l'utilisation des bonnes pratiques (phase 3)** en montrant l'exemple, en accompagnant les équipes lors de l'introduction des matériels et en orientant les achats pour que ce matériel soit à la hauteur de l'enjeu : en nombre et en qualité. Il devra aussi mettre en place l'organisation favorisant les **échanges d'information (phase 4)**, les transmissions, entre pairs, mais aussi entre

---

<sup>141</sup> Wertenschlag D. Op. Cit. p. 4

<sup>142</sup> CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

<sup>143</sup> Bernoux P. Op. Cit. p. 267

<sup>144</sup> Crozier M. et Friedberg E. Op. Cit. p. 415

professionnels de diverses filières : nous l'avons vu, les échanges interprofessionnels améliorent l'appropriation du matériel d'aide à la manutention. Le cadre de proximité sera aussi en mesure de dynamiser l'importance de chacun en **nommant des référents** dans le domaine (**phase 5**), voire en permettant la création d'une « cellule manutention », qui peut être composée du médecin du travail, de formateur interne manutention, de représentants des services des soins, de lui-même... : tout ne doit pas reposer sur une seule et unique personne. Les avantages de ce système sont multiples. Il permet à la fois d'impliquer officiellement les acteurs, de leur donner de nouvelles prérogatives, pour certaines plus valorisantes que leur tâche de « base ». Il donne aussi la possibilité de décentrer le savoir, donc le pouvoir mais aussi le contrôle, vers le terrain, et de se rapprocher, in fine, du modèle traditionnel de prévention qui passe par les pairs. Ce système de référents permet aussi de tenir la politique que l'on s'était donnée de formation des nouveaux arrivants, voire des personnes déjà en poste concernant les nouveaux matériels, actions indispensables à l'établissement dans la durée de nouvelles pratiques.

Puis ses actes se porteront sur les structures, avec, pour commencer, **l'analyse de son organisation** et de ses sous systèmes (**phase 6**). A défaut, l'action sur l'un sur l'autre séparément, sera vécue comme de la manipulation, et entraînera un échec, ou un moindre effet, corrélé à un impact négatif sur la motivation.

N'oublions pas, que dans le cas de la gestion des risques liés aux manutentions des patients, les équipes sont globalement en attente d'un cadre se positionnant bien comme étant un leader, insufflant réflexion, rigueur et méthode, et sur lequel elles pourront compter, à force de stimulations, sollicitations et contrôles, pour amener dans le temps de nouvelles habitudes. Il sera donc bien question de « passer en douceur », de mettre les personnes dans une « ambiance ergonomique », pour qu'à terme, les membres qui composent la structure puissent s'approprier cette nouvelle culture.

## CONCLUSION

Cette recherche aura permis de dégager une vision globale des problèmes liés aux manutentions de patients : depuis les conséquences, tant décrites, et qui pousseraient presque l'encadrement à agir dans l'urgence tellement elles sont majeures, aux principales causes, organisationnelles, matérielles, mais aussi et peut-être surtout culturelles.

Ainsi, nous avons montré qu'un environnement sollicitant et stimulant pouvait faciliter l'imprégnation d'une culture. En ce qui concerne le domaine de l'amélioration des conditions de travail, le cadre de santé, fort de son rôle essentiel de leader, pourra donc amener progressivement toute l'équipe à s'orienter vers de nouvelles habitudes, au travers d'actions favorisant réflexion et rationalisation. Mais la tâche n'est pas simple, et la prévalence des accidents de travail en lien avec les manutentions des patients ne peut que pousser l'encadrement, au sens large du terme, à ne plus négliger ce versant de leur mission, au bénéfice de tous : les équipes, les patients, mais aussi l'encadrement lui-même.

Mais, faut-il le rappeler, il ne sert à rien de ne « traiter » qu'une partie de la problématique, pour privilégier au contraire une préoccupation globale, systémique. Enfin, rien ne saurait se faire non plus sans les principaux intéressés, d'autant que les relations professionnelles ne tournent pas uniquement autour de l'environnement et de l'organisation. L'acteur doit aussi jouer son rôle (grâce à son autonomie et son adaptation) : c'est l'interaction entre l'environnement et l'autonomie de chacun qui aboutit à l'organisation<sup>145</sup>, dans un système d'éléments interdépendants<sup>146</sup>.

Solliciter l'autonomie de chacun... N'est-ce pas là, d'ailleurs, l'un des plus importants challenge du cadre ?

---

<sup>145</sup> Bernoux P. Op. Cit. p. 131

<sup>146</sup> Ibid. p. 159

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

- BERNOUX Philippe, La sociologie des organisations. 6<sup>ème</sup> éd. Paris : Du Seuil, 2009, 466 p.
- CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Du Seuil, 1977, 500 p.
- FORMATIONS DES PROFESSIONS DE SANTE – PROFESSION INFIRMIER. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. UZES : SEDI Equipement. 96 p.
- LE BRETON David, Corps et sociétés : essai de sociologie et d'anthropologie du corps. 2<sup>ème</sup> tirage. Paris : Méridiens Klincksieck, 1988, 230 p.
- LE BRETON David, La sociologie du corps. 1<sup>ère</sup> éd. Que sais-je. Paris : Presses Universitaires de France, 1992, 125 p.
- LOUX Françoise, Traditions et soins d'aujourd'hui : Anthropologie du corps et professions de santé. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Interéditions, 1995, 307 p.
- MINZBERG Henry, Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Editions d'Organisation, 2009, 283 p.
- PLANE Jean Michel, Théorie des organisations. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Dunod, 2008, 126 p.
- SAPIR Michel, Soignant - soigné : le corps à corps. Paris : Payot, 1985, 216 p.
- STIKER Henri Jacques, Corps infirmes et sociétés : essais d'anthropologie historique. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 2007, 253 p.
- VEGA Anne, Soignants / soignés : Pour une approche anthropologique des soins infirmiers. 2<sup>ème</sup> tirage. Bruxelles : De Boeck, 2004, 156 p.

## Parties d'ouvrage

- FOUGEYROLLAS P. et col (1998), Processus de production du handicap, réseau international sur le processus de production du handicap, 4<sup>è</sup> trimestre, 164 p.
- LAROUSSE, Dictionnaire de la médecine. 5<sup>ème</sup> éd. Paris : Larousse, 1985, 693 p.
- LAROUSSE, Le Larousse des noms communs : Grand dictionnaire de la langue française. Paris : Larousse, 2010, 1510 p.
- MANUILA L., MANUILA A., NICOULIN M., Dictionnaire médical. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 1989, 541 p.
- MARZANO Michela (sous la dir. de), Dictionnaire du corps. 2<sup>ème</sup> tirage. Paris : Quadriga / Presses Universitaires de France, 2007, 1048 p.

## Articles, documents

- ANZIEU Didier, Le moi-peau. Paris : Dunod, 1995, 291 p. In : Projet pédagogique IFSI MGEN de la Verrière 2009-2010.
- BARRAIRON, avis de Mme Barrairon, avocate générale, sur la faute inexcusable. En ligne. Disponible sur :  
« [http://www.courdecassation.fr/jurisprudence\\_2/assemblee\\_pleniere\\_22/barrairon\\_avocate\\_409.html](http://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/assemblee_pleniere_22/barrairon_avocate_409.html) », consulté en avril 2010.
- BERTRAND S. Les dispositifs d'aides financières en prévention des risques professionnels dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. En ligne. Synthèse réalisée pour le compte de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) du Languedoc-Roussillon, présentée les 13-14 janvier 2009 au salon Aid'O Soins, Montpellier. 46 p. Disponible sur :  
« [http://www.aidosoins.com/pages\\_htm/conferences2009.html](http://www.aidosoins.com/pages_htm/conferences2009.html) », consulté en février 2010.
- BOURCHENIN P., GRANIER M., PERRIN P. et Al. Méthode d'analyse des manutentions manuelles destinées aux établissements et personnels de soins. En ligne. Recherche établie pour le compte de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). 2005, 100 p. Disponible sur « [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ED%20862/\\$file/ed862.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ED%20862/$file/ed862.pdf) », consulté en janvier 2010.



- CANNASSE Serge. Article sur M. Nadot. En ligne. In : Revue Carnets de Santé. Février 2009. Disponible sur « <http://www.carnetsdesante.fr/Nadot-Michel> », consulté en janvier 2010.
- CAROLY S., MOISAN S., JURET I. et Al. Instrument de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. En ligne. Enquête réalisée pour le compte de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). In : « PISTES » - VOL.11, numéro 2, novembre 2009, 14 p. Disponible sur « <http://www.pistes.uqam.ca/v11n2/pdf/v11n2a8.pdf> », consulté en janvier 2010.
- CASIMIR DUNCAN Mireille. Recherche et formation. Formation à la pudeur. Objectifs soins, février 2004, n° 123.
- CATANAS Marc. Le corps dans l'interaction soignant – soigné. En ligne. Septembre 2008. Disponible sur :  
« [http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/Module\\_optionnel.pdf](http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/Module_optionnel.pdf) », consulté en janvier 2010.
- DEBOND Marie Annick. Soins gérontologie, janvier/février 2006, n° 57.
- DE SINGLY C. Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. Ministère de la santé et des sports. En ligne. Septembre 2009, 124 p. Disponible sur « <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2009/09/rapport-final-11092009.pdf> », consulté en janvier 2010.
- Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES). Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003. En ligne. In : Premières Synthèses Informations, n° 41.4, octobre 2009, 5 p. Disponible sur « <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-de,76/etudes-et-recherche,77/publications-dares,98/premieres-informations-premieres,102/2009-41-4-les-expositions-aux,10536.html> », consulté en mars 2010.
- Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES). Les facteurs psychosociaux au travail : Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. En ligne. In : Premières Synthèses Informations, n° 22.1, mai 2008, 8 p. Disponible sur « [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1\\_v3.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf) », consulté en mars 2010.
- Enquête SUMER. En ligne. Disponible sur « <http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject->

[accesParIntranetID/OM:Document:EC84248F4DBD2896C1256F9A004EA5C9/\\$FILE/visu.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/TF%20148/$file/tf148.pdf) », consulté en janvier 2010.

- EVANOFF B. Etudes d'intervention ergonomique chez les soignants. En ligne. Article établi pour le compte de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). In : revue Documents pour le médecin du travail, n° 106. Collection : Etudes et enquêtes, 2006, 8 p. p. 187-194. Disponible sur « [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/TF%20148/\\$file/tf148.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/TF%20148/$file/tf148.pdf) », consulté en février 2010.
- FERREIRA M. Manutention manuelle. En ligne. Synthèse établie pour le compte de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). In : collection Aide-mémoire juridique, 2003, 20 p. Disponible sur « [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/TJ%2018/\\$FILE/tj18.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/TJ%2018/$FILE/tj18.pdf) », consulté en mars 2010.
- INRS, Soignants, des risques professionnels, des pistes de prévention. En ligne. 2009. Disponible sur « [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObjectaccesParReference/DV%200387/\\$FILE/Visu.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObjectaccesParReference/DV%200387/$FILE/Visu.html) », consulté en mars 2010.
- LEBRET Jean- Marc. Réflexion philosophie sur la relation soignant/soigné. En ligne. Disponible sur : « [http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/reflexions\\_philosophique\\_Lebret.pdf](http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/reflexions_philosophique_Lebret.pdf) », consulté en février 2010.
- L'OBSERVATOIRE. Revue d'action sociale et médico-sociale. En ligne. N°44, 2004. Disponible sur « <http://www.revueobservatoire.be/parutions/44/YlieffD44.htm> », consulté en mars 2010.
- NADOT Michel. Au commencement était le « prendre soin ». En ligne. In : Soins, n°700. Novembre 2005, pp. 37-40. <http://www.mno.ch/publi/auteurs/mna.html>2005. Paris : Masson. Disponible sur « [http://www.mno.ch/publi/doc/142\\_prendre\\_soin.pdf](http://www.mno.ch/publi/doc/142_prendre_soin.pdf) », consulté en février 2010.
- NADOT Michel. Des pratiques soignantes révélées par leur histoire à la médiologie de la santé en tant que construit théorique d'une étude sur l'activité professionnelle « infirmière ». En ligne. In : 2<sup>ème</sup> Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones, du 25 au 28 mai 2003. Montpellier. 33 p. Disponible sur « [http://www.mno.ch/publi/doc/25\\_montpellier2003.pdf](http://www.mno.ch/publi/doc/25_montpellier2003.pdf) », consulté en janvier 2010.

- NADOT Michel. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. En ligne. In : DALLAIRE Clémence (sous la dir. de) : Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. 2008. Montréal : Gaëtan Morin. Chapitre 14, (359-382). Disponible sur « [http://www.mno.ch/publi/doc/199\\_mna.pdf](http://www.mno.ch/publi/doc/199_mna.pdf) », consulté en janvier 2010.
  
- NADOT Michel. Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle. En ligne. In : DALLAIRE Clémence (sous la dir. de) : Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. 2008. Montréal : Gaëtan Morin. Chapitre 2, (27-51). Disponible sur « [http://www.mno.ch/publi/doc/198\\_mna.pdf\\_10\\_jan\\_10](http://www.mno.ch/publi/doc/198_mna.pdf_10_jan_10)», consulté en janvier 2010.
  
- NDIAYE Abou. Sociographie d'un rapport au temps comme fondement de la culture professionnelle. En ligne. In : Culture professionnelle : revue de sociologie. Paris : CNRS. Disponible sur « <http://sociologies.revues.org/index1232.html> », consulté en mars 2010.
  
- PENZO A.M., ROGEZ I. Les manutentions dans l'organisation du travail. En ligne. Enquête réalisé pour le compte de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), In : ARACT – Nord Pas de Calais, novembre 1999, 45 p. Disponible sur :  
« <http://www.actdoc.anact.fr/Record.htm?idlist=2&record=19105003124919232859> », consulté en février10.
  
- PERRENOUD P. L'autonomie, une question de compétence ? En ligne. In : Résonances n°1, septembre 2002, pp.16-18. Disponible sur « [http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2002/2002\\_24.html](http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2002/2002_24.html) », consulté en mars 2010.
  
- Répartition homme femme pour les infirmières et aides soignantes, en France en 2006. En ligne. Disponible sur « <http://www.inegalites.fr/spip.php?article1048> », consulté en mars 2010.
  
- SCHENEVEY PERROULAZ Eliane. L'apprentissage de l'approche du corps, une réalité périlleuse. En ligne. Etude réalisée auprès d'étudiants de 1<sup>ère</sup> et 4<sup>e</sup> année. In : Soins Infirmiers. Juin 2003 (p.38-42). Disponible sur « [http://www.sbk-asi.ch/archiv/2003/06\\_2003/S38\\_42\\_06\\_2003.pdf](http://www.sbk-asi.ch/archiv/2003/06_2003/S38_42_06_2003.pdf) », consulté en février 2010.
  
- TAILLENS Françoise. Le corps, au cœur de la relation soignante. En ligne. In : Soins Infirmiers, décembre 2000. pp.58-62. Disponible sur « [http://www.sbk-asi.ch/archiv/2000/12\\_2000/S58\\_62-12\\_2000.pdf](http://www.sbk-asi.ch/archiv/2000/12_2000/S58_62-12_2000.pdf) », consulté en février 2010.

- TRONTIN C., GLOMOT L., SABATHÉ J.P. Analyse coût-bénéfice des actions de prévention : Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant. En ligne. Article pour le compte de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). In : Revue Hygiène et sécurité du travail, n° 215. Collection : Note documentaire, 2009, 6 p. p. 29-34. Disponible sur « [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ND%202310/\\$file/nd2310.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ND%202310/$file/nd2310.pdf) », consulté en février 2010.
- WERTENSCHLAG D. Les troubles musculo-squelettiques chez le personnel soignant en milieu hospitalier. En ligne. Résultats d'une enquête menée à l'hôpital Pasteur de Colmar au Centre pour Personnes Agées. Novembre 2005. 64 p. Disponible sur « <http://www.anmtph.fr/documents/23171007.pdf> », consulté en janvier 2010.

### **Textes législatifs**

- LOI n° 46-858 du 30 avril 1946 portant création du métier de masseur kinésithérapeute. En ligne. Disponible sur : « [http://www.aderf.com/index.php?goto=aderf\\_cadre](http://www.aderf.com/index.php?goto=aderf_cadre) », consulté en avril 2010.
- LOI n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. En ligne. Disponible sur « <http://www.aideeleves.net/reglementation/loide75.htm> », consulté en avril 2010.
- DECRET n°70-1042 du 6 novembre 1970 portant création du diplôme d'Etat d'ergothérapeute. En ligne. Disponible sur : « [http://www.anfe.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=59&Itemid=76](http://www.anfe.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=76) », consulté en avril 2010.
- DECRET n° 89-633 du 5 septembre 1989 modifiant le décret du 29 mars 1963 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. NOR : SPSPM17610. En ligne. 26 p. Disponible sur « [http://www.anks.org/TEXTES/d\\_89-633.htm](http://www.anks.org/TEXTES/d_89-633.htm) » le 09/11/2006, consulté en mars 2010.
- DÉCRET n° 2000-577 du 27 juin 2000, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. En ligne. Disponible sur « [http://www.kine-services.com/kine-services/kine\\_decret.htm](http://www.kine-services.com/kine-services/kine_decret.htm) », consulté en février 2010.

- DECRET n° 91-877 du 3-9-91, relatif aux « Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ».TABLEAU N°57. Date de création : 9 novembre 1972. En ligne. Disponible sur :  
« [http://www.ucanss.fr/services/textes\\_documents/bareme\\_invalidite/Tableaux\\_mp/tab\\_pdf/tableau57.pdf](http://www.ucanss.fr/services/textes_documents/bareme_invalidite/Tableaux_mp/tab_pdf/tableau57.pdf) », consulté en avril 2010.
  
- DECRET n° 99-95 du 15-2-99, relatif aux « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier ».TABLEAU N° 97. Date de création : J. O. du 16-2-99. En ligne. Disponible sur  
« [http://www.ucanss.fr/services/textes\\_documents/bareme\\_invalidite/Tableaux\\_mp/tab\\_pdf/tableau97.pdf](http://www.ucanss.fr/services/textes_documents/bareme_invalidite/Tableaux_mp/tab_pdf/tableau97.pdf) », consulté en avril 2010.
  
- DECRET n°99-95 du 15-2-99, relatif aux « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes ». TABLEAU N° 98. Date de création : J.O. du 16-2-99. En ligne. Disponible sur  
« [http://www.ucanss.fr/services/textes\\_documents/bareme\\_invalidite/Tableaux\\_mp/tab\\_pdf/tableau98.pdf](http://www.ucanss.fr/services/textes_documents/bareme_invalidite/Tableaux_mp/tab_pdf/tableau98.pdf) », consulté en avril 2010.
  
- DECRET n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. 9 (V), Article R233-13-3, relatif aux mesures complémentaires applicables pour l'utilisation des équipements de travail servant au levage de charges. En ligne. Disponible sur  
« <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018511800&dateTexte=20100516> », consulté en avril 2010.
  
- ARRETE du 24 septembre 1990, relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, et Annexe I. Journal Officiel du 26 septembre 1990. Ministère des affaires sociales et de la solidarité – Textes officiels. Classification 8P119. N° de texte : 1581. 27 p. (p. 21 à 48)
  
- ARRETE du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant, et Annexe I. En ligne. 30 p. Disponible sur :  
«<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-01/a0010052.htm> », consulté en avril 2010.
  
- ANNEXE à la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990. Missions et fonctions principales des surveillants. En ligne. Disponible sur :  
« <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article74> », consulté en mars 2010.
  
- DIRECTIVE 90/269/CEE du Conseil, du 29 mai 1990, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges

comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs (quatrième directive particulière au sens de l'article 16 paragraphe 1 de la directive 89/391/CEE). En ligne. Disponible sur :

« [http://www.adminet.com/eur/loi/leg\\_euro/fr\\_390L0269.html](http://www.adminet.com/eur/loi/leg_euro/fr_390L0269.html) », consulté en avril 2010.

- ARTICLE R231-66 du code du travail, Section 7 « Manutention de charges ». Abrogé par [Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. 9 \(V\)](#). En ligne. Disponible sur « <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018512727&dateTexte=20100516> », consulté en avril 2010.

### Sites ressources

- Centre National de ressources textuelles et lexicales : « <http://www.cnrtl.fr/> », consulté de février à mai 2010.
- Centre de Recherche Inter-langues sur la Signification en COntexte (CRISCO). EA 4255 de l'Université de Caen. Dictionnaire des synonymes : <http://www.crisco.unicaen.fr/cgi-bin/cherches.cgi>, consulté en mars 2010.
- HOPITAL de SAINT DENIS. Disponible sur « <http://www.ch-stdenis.fr/> », consulté en novembre 2009.
- MEDECINE. En ligne. Volume 2, N°3. 2006. Disponible sur « <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/16/9C/article.md?type=text.html> », consulté en mars 2010.
- Word Reference : traducteur en ligne. Disponible sur « <http://www.wordreference.com/fr/> », consulté en mars 2010.

## SOMMAIRE DES ANNEXES

- **ANNEXE I** : Les programmes « zéro lift » « lifting team » nord-américains
- **ANNEXE II** : Comparaison des divers programmes de formation initiale en ce qui concerne notre sujet
- **ANNEXE III** : Questionnaire
- **ANNEXE IV** : Complément des résultats du questionnaire

## **ANNEXE I**

### **LES PROGRAMMES « ZERO LIFT » « LIFTING TEAM »**

#### **NORD-AMERICAINS<sup>147</sup>**

« En Amérique du Nord et au Canada, la prévention des lombalgies repose sur des programmes de « zéro lift ». Le programme zéro lift, réduction au maximum du soulèvement, est basé sur les principes suivants : faire glisser, rouler et pivoter et faire participer le patient. Il vise à rechercher les meilleures pratiques sur l'usage généralisé d'aides techniques plus performantes.

Ces programmes se sont construits par suite d'un échec de l'évaluation de l'impact de la formation gestes et posture sur la prévention des TMS. Dans le « zéro lift », il s'agit de réduire les efforts physiques lors des manœuvres de repositionnement au lit ou au fauteuil et lors des transferts dans les situations de travail quotidien des soignants.

Selon Nelson (2006), l'introduction de ces programmes dans un objectif de « safe patient handling and movement in high risk units » réduit l'incidence (31 %) et la gravité des troubles musculosquelettiques des personnels de soin au bout de deux ans avec des bénéfices financiers sur un an équivalents à 128 000 dollars. Il faut trouver les solutions techniques, conduire une évaluation ergonomique, créer une culture sécurité et appliquer réellement les solutions (base d'algorithme).

Nelson propose le développement de six algorithmes : transfert avec chaise, transfert latéral, repositionnement dans le lit, dans la chaise, relever le patient au sol. Il faut assurer l'acquisition de compétences dans l'usage des instruments. À chaque problème une solution est trouvée en y intégrant des aspects techniques et organisationnels (quantité suffisante, espace de travail, maintenance).

À long terme, les bénéfices l'emportent sur les coûts. Les outils d'aide à la manutention diminuent les risques de TMS ou de lombalgies, mais ce n'est pas toujours une évidence :

- émergence de nouveaux efforts pour bouger, stabiliser et positionner le patient lors de l'usage du matériel d'aide à la manutention ;
- des raisons de non-utilisation des équipements : pression temporelle, disponibilité, contraintes de l'espace de travail, préférence du patient ;

---

<sup>147</sup> Caroly S., Moisan S., Juret I. et Al. Op. Cit. pp. 2 et 3



- plusieurs systèmes d'aide à la manutention sont plus stressants que la manutention manuelle.

Il apparaît que l'implantation d'outils d'aide à la manutention chez les soignants nécessite une approche ergonomique et une formation adaptée aux soignants.

Au Québec, un programme d'ergonomie et de formation d'instructeurs au PDSB (Principes pour le Déplacement Sécuritaire des Bénéficiaires) a été mis en œuvre depuis les années 2000.

L'évaluation de ce dispositif montre un retour sur investissement au bout de quatre ans et une réduction des lésions de 58 % après un an d'implantation seulement (Villeneuve, 2006). Il faut dépasser les résistances des salariés à utiliser les outils techniques par des formations axées sur

le renforcement positif et construire une véritable culture de la prévention. Il est nécessaire, pour une bonne implantation et une gestion quotidienne des outils techniques, de désigner un « leader organisationnel » (Villeneuve, 2006).

L'investissement massif d'équipements et d'aides techniques sans orientation stratégique ne donnera pas les résultats attendus. Les cadres ont besoin d'être mobilisés et la direction impliquée dans le projet.

Depuis 2003, l'approche relationnelle de soins de l'ASSTSAS enrichit le programme PDSB (Bleau, Poulin 2001) : améliorer la santé, la conserver et accompagner l'autonomie du patient. Une recherche évaluative sur l'implantation du programme PDSB a été réalisée par Diane Berthelette et Nicole Leduc en 2006, grâce à un financement de l'IRSST. Les résultats indiquent que les formateurs font varier le contenu et les méthodes pédagogiques de la formation quand l'activité est complexe pour les soignants. Leur activité de formation a davantage un impact sur le comportement du personnel soignant que sur les situations de travail. Plusieurs recommandations sont proposées pour améliorer la formation, notamment la nécessité d'inclure les changements organisationnels issus de ce programme dans l'évaluation de l'efficacité de la prévention des lombalgies.

**L'approche « lifting team »** a fait également ses preuves aux États-Unis et au Canada. Il s'agit de constituer des équipes spécialisées dans le transfert des bénéficiaires. Avec l'appui de la direction, deux équipes de « lifting » ont été mises en place à l'hôpital général de Tampa, nécessitant l'embauche de six agents à plein temps et l'achat d'équipements. Ces équipes viennent en aide aux équipes de soin pour les transferts lourds et complexes (ex : patients lourds ou intubés). Ces équipes travaillent toujours en tandem ou à trois avec la présence d'une infirmière dans l'équipe. Selon Villeneuve et Labrèche-short (2005), l'évaluation de ce dispositif de prévention montre une réduction des accidents du travail liés au transfert de patients

(diminution de 60 %). Les maux de dos ont diminué de 50 %. Entre 2002 et 2004, le coût total des indemnités a baissé de 35 %, soit une économie totale de plus d'un million de dollars. De plus, le personnel et son encadrement manifestent une grande satisfaction vis-à-vis de ce dispositif ».

## ***ANNEXE II***

### **COMPARAISON DES DIVERS PROGRAMMES DE FORMATION INITIALE EN CE QUI CONCERNE NOTRE SUJET**

Infirmier	Volume horaire	Aide Soignant	Volume horaire	Masseur kinésithérapeute	Volume horaire	Ergothérapeute	Volume horaire
Module <b>anatomie / physiologie / pharmacologie</b> : notamment anatomie et physiologie de l'appareil locomoteur	100 h			Module 1, 1 <sup>ère</sup> année : <b>anatomie – morphologie - cinésiologie et biomécanique de l'appareil locomoteur</b> . Notamment, - Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle des membres, du rachis, des ceintures et de la cage thoracique - <u>Cinésiologie et biomécanique</u> : Acquisition des notions spécifiques de mécanique statique et dynamique applicables à l'étude du corps : - <u>Rappel de mécanique statique et dynamique appliquée à la cinésiologie et à la biomécanique</u> : - les forces, notions de mécanique des systèmes de points matériels - principe fondamental de la dynamique - théorème du mouvement du centre de gravité - vecteur vitesse et d'accélération - notions de mécanique des fluides et de résistance des matériaux. - <u>Organisation biomécanique et fonctionnelle de l'appareil locomoteur</u> : notamment tronc, postures, mouvements.	296 h	Module 3 : <b>anatomie – biomécanique – cinésiologie de l'appareil locomoteur</b> . Objectif : acquérir la connaissance de l'homme en mouvement (morphologie ; composants cinétiques et biomécaniques de l'activité humaine) - <u>cinésiologie</u> - élément de mécanique appliquée - forces extérieures - énergie cinétique - forces internes - <u>biomécanique</u> : - travail des chaînes musculaires	230 h





				<p><b>travail</b> des intéressés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de <b>susciter une participation active</b> de l'individu</li> <li>- <b>Prévention</b> et masso-kinésithérapie : notamment, <ul style="list-style-type: none"> <li>- prévention des surcharges imposées au squelette</li> <li>- prévention du vieillissement ostéo-articulaire. Prévention de la lassitude au poste de travail par une éducation articulaire et musculaire générale.</li> </ul> </li> <li>- <b><u>Ergonomie</u></b></li> </ul> <p><b>Module 11</b>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année : Kinésithérapie et sports. Notamment,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>physiologie du mouvement</b></li> <li>- <b>physiologie de l'effort</b></li> <li>- <b>prophylaxie</b></li> </ul>	30 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>- équipements mobiliers et immobiliers</li> <li>- accessibilité</li> </ul> <p>l'homme et le travail : activités scolaires et professionnelles</p>	
--	--	--	--	---	------	--	--

Infirmier	Volume horaire	Aide Soignant	Volume horaire	Masseur kinésithérapeute	Volume horaire	Ergothérapeute	Volume horaire
Module <b>soins infirmiers</b> aux personnes atteintes <b>d'affections du système nerveux</b> , électrophysiologie : notamment pathologie : <b>sciatique</b>	60 h			Module 4, 2è et 3è année : <b>Rééducation et réadaptation en neurologie</b> : anatomie et physiologie du système nerveux central. Notamment, - Le mouvement et son contrôle, notamment, - développement de la motricité - le contrôle sensoriel de la motricité, le rôle de la proprioception, réaction d'équilibre et de posture - organisation du mouvement - le schéma corporel	150 h	Module 9 : <b>Affections neurologiques</b>	180 h



Infirmier	Volume horaire	Aide Soignant	Volume horaire	Masseur kinésithérapeute	Volume horaire	Ergothérapeute	Volume horaire
				<p><b>Module 4</b>, 1<sup>ère</sup> année : Masso-kinésithérapie (activité physique et sportive).</p> <p><i>Objectifs</i> : acquisition des techniques fondamentales et développement des capacités d'habileté manuelle, gestuelle et de palpation.</p> <p>Notamment,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Massages</li> <li>- Méthode de facilitation neuro-musculaire proprioceptive</li> <li>- <b>Gymnastique médicale et postures</b> thérapeutiques : notamment, <b>maîtrise des positions fondamentales</b></li> <li>- <b>Renforcement musculaire</b> et <b>mécanothérapie</b> : notamment, <b>principes, lois de mécanique</b></li> <li>- <b>Manutention des malades.</b></li> </ul> <p><b>Prévention</b> des troubles de décubitus : notamment, <b>techniques de manutention et de transfert des malades et des handicapés.</b></p>	394 h	<p><b>Module 5</b> : activités de rééducation et de soins, techniques et outils d'intervention. Notamment,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>manutention de malades</b></li> <li>- <b>aides techniques</b> relatives à : <ul style="list-style-type: none"> <li>- la sécurité</li> <li>- la manipulation</li> <li>- les <b>transferts</b></li> <li>- les déplacements et transports</li> </ul> </li> </ul>	310 h



***ANNEXE III***

**QUESTIONNAIRE**

# MANUTENTIONS DES PATIENTS DEPENDANTS en service hospitalier

Questionnaire dans le cadre de la production  
d'un mémoire de recherche de fin d'études  
« dans un but, non d'évaluer, de critiquer, mais de comprendre »

**Etude ne portant que sur :**

- **RETOURNEMENT DANS LIT**
- **SORTIE ET MISE AU LIT**
- **TRANSFERT WC**

Age :	DATE :
Sexe : Féminin <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/>	
Fonction : IDE <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> AMP <input type="radio"/>	
Nombre de patients dans le service :	
Année du diplôme :	Ancienneté :
SERVICE :	

1) Qu'est-ce que « la manutention des patients » évoque pour vous ?

2) **Combien** de manutentions effectuez-vous par jour ?

3) Vous êtes-vous déjà fait mal suite à une manutention ?

- Non
- Oui, à quel niveau ?

à quelle fréquence ? (ENTOURER la réponse se rapprochant le plus de votre situation)

Tous les jours      Une fois par jour      Une fois par semaine  
Quelques fois par mois      Quelques fois par an

4) Avez-vous des craintes liées aux manutentions ?

- a. Vous concernant ? (lesquelles)
- b. Concernant le patient ? (lesquelles)

5) Sur une échelle de 1 à 10 (1 étant la note la moins bonne, et 10 la meilleure),  
**cotez LA VALEUR que vous donnez à :**

- |  |   |      |
|--|---|------|
| a. La toilette                         | : | / 10 |
| b. Le nursing                          | : | / 10 |
| c. Les transmissions                   | : | / 10 |
| d. La communication avec le patient    | : | / 10 |
| e. La manutention <u>sans</u> matériel | : | / 10 |
| f. La manutention <u>avec</u> matériel | : | / 10 |

6) Existe-t-il du matériel d'aide à la manutention dans votre service ?

- Non. Pourquoi d'après vous ?
- Oui, - Combien ?  
- Lesquels ?  
- Où se trouve-t-il ?

7) Dans le cas de soins auprès de **patient dépendant**, et **si vous aviez le choix**,  
que préféreriez-vous :

- Manutentionner le patient seul avec une aide technique
- Manutentionner le patient à plusieurs.

Pourquoi ?

8) **Formation** dans le domaine de la manutention :

- a. Dans votre parcours personnel ou vos études initiales, avez-vous été initié à la prévention des maux de dos ou des Troubles Musculo Squelettiques (TMS) ?
- b. Avez-vous eu des informations ou des démonstrations sur le sujet par des revendeurs/fabricants ?

- Non,
- Si oui, Il y a combien de temps ?  
Vous ont-elles servies par la suite ?

c. Avez-vous déjà suivi une formation spécifique dans le domaine des manutentions ?

- Si non, pourquoi ?
- Si oui :
  - Il y a combien de temps ?
  - Combien de temps a-t-elle duré ?
  - Vous a t-elle servie par la suite ?

9) Utilisez-vous du matériel, des aides techniques ?

- Si oui, Dans quelle situation ?  
Pourquoi l'utilisez-vous dans cette situation ?
- Si non, pourquoi ?

10) Pour les **manutentions des patients dépendants**, utilisez-vous le matériel disponible?

Toujours  Souvent  Parfois  Jamais

**Si vous avez coché l'une des 3 dernières cases, qu'est-ce qui vous empêche d'utiliser ce matériel ? :**

**CLASSER par ordre d'importance de 1 à 6 les raisons pour lesquelles vous le n'utilisez pas (1 étant la raison qui vous gêne le moins, 6 la raison qui vous gêne le plus dans l'utilisation)**

(NB : tous les items ont une note différente : une seule note = 1, une seule note = 2...)

- **Cela prend trop de temps** : /6
- **L'espace n'est pas adapté** : /6
- **Sentiment de traiter le patient comme un objet** (que l'on prend et dépose) : /6
- **Distance physique avec le patient trop importante** : /6
- **Organisation du service non facilitante** : /6
- **Autre** : préciser : : /6

11) Pensez vous que l'utilisation de ce type de matériel va à l'encontre de vos valeurs en tant que soignant ?

- Non,
- Si oui, pourquoi :

12) Si, dans votre service, il y a ce type de matériel, qui s'occupe de :

- son achat ?
- son entretien ?
- de la formation des nouveaux arrivants ?

- Y a-t-il un « référent » spécifiquement pour ce matériel ?

- Non
- Oui :
  - Qui est -il ?
  - Quel est son rôle, sa mission ?

13) D'après vous, à quel niveau se situe l'intervention du cadre de proximité dans le domaine des manutentions ?

14) Personnellement, qu'est-ce que vous apporte la manutention du patient ?

## ANNEXE IV

### COMPLEMENT DE RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

Question 1 : qu'est ce que la manutention des patients évoque pour vous ?

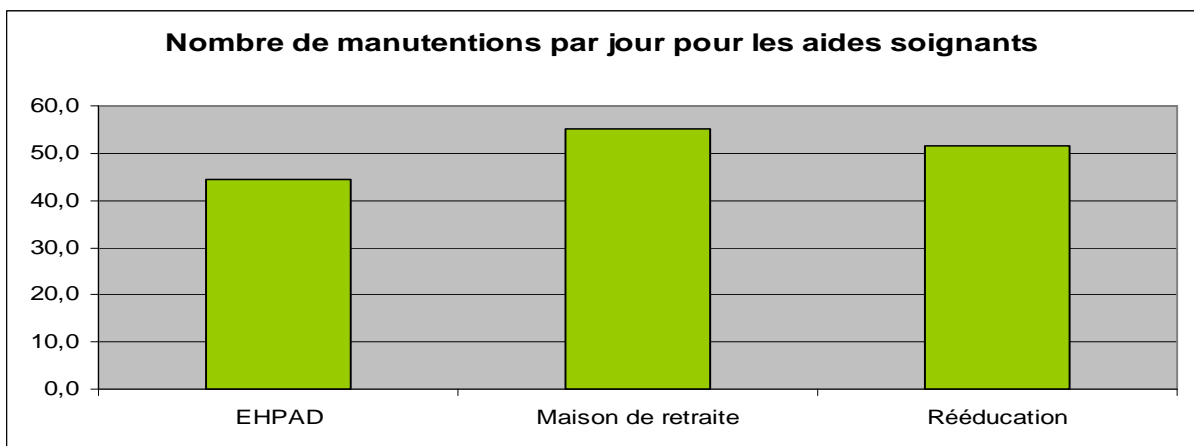
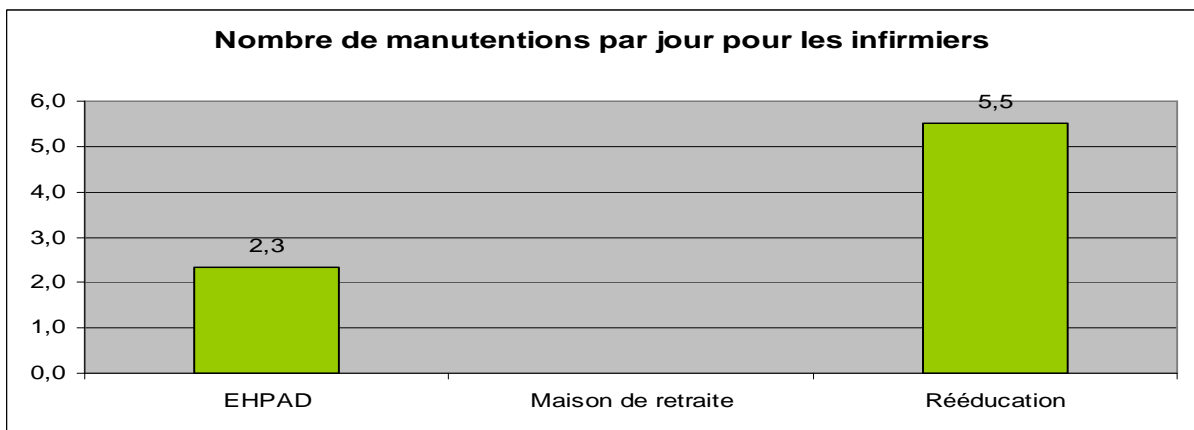
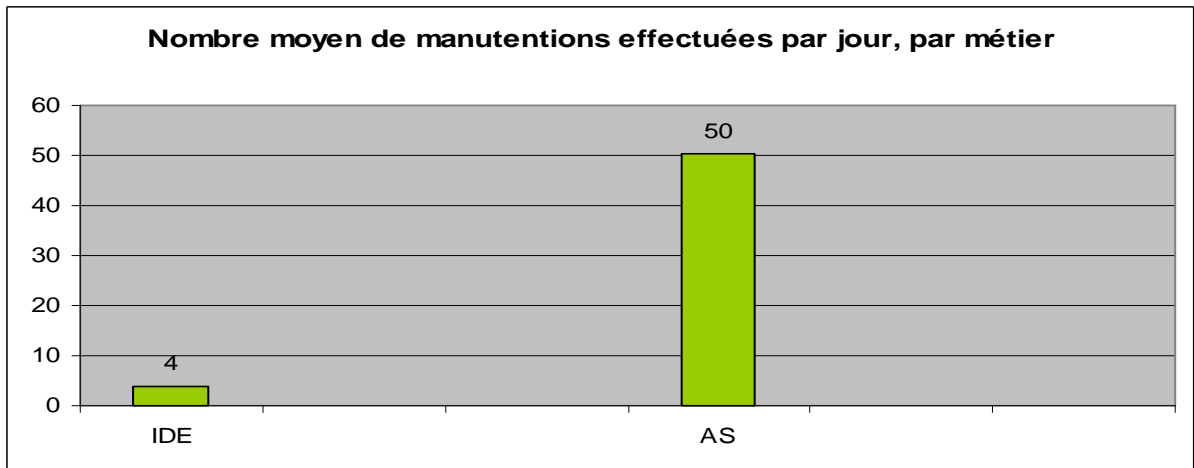
Question 1		RATIO
<b>Qu'est ce que "la manutention" évoque pour vous ?</b>		
<b>Rapport aux déplacements / Mécanique / Physique</b>	<b>34</b>	<b>68%</b>
Transfert d'un lieu à un autre	9	
Manipulation des patients	6	
Transfert lit fauteuil	3	
Mobilisation	3	
Déplacer les patients	3	
Remonter / redressement dans le lit	2	
Changement de position, de côté	2	
Tout ce qui a rapport avec les mouvements et les déplacements	1	
Mettre un bassin	1	
Les réinstaller pour manger, pour aller au lit	1	
Les lever	1	
Le retournement	1	
Installation	1	
Technique	1	
Règle pour préserver le patient et le soignant	1	
Portage des malades	1	
Plutôt un moyen	1	
Geste et posture	1	
Ergonomie	1	
Ergomotricité	1	
Effort physique	1	
Comment faire avec les patients	1	
<b>Rapport avisé Geste et Posture</b>	<b>9</b>	<b>18%</b>
<b>Rapport plutôt relationnel</b>	<b>6</b>	<b>12%</b>
Mélange entre tâches manuelles et faire attention	1	



Dialogue	1	
Bien-être	2	
Aider la personne à se déplacer dans les activités de la vie quotidienne	1	
L'apprentissage du patient vers la vie active, afin d'être autonome	1	
<b>Ne sait pas</b>	<b>1</b>	<b>4%</b>
<b>TOTAL des réponses</b>	<b>50</b>	

Question 2 : Combien de manutentions effectuez-vous par jour ?

<b>Question 2</b>					
<b>combien de manutentions effectuez-vous par jour ?</b>					
<b>IDE</b>			<b>AS</b>		
EHPAD	Maison de retraite	Rééducation	EHPAD	Maison de retraite	Rééducation
1		6	3	15	20
3		5	40	100	60
3			88	100	40
			35	30	60
			50	30	70
			50		60
<b>Moyennes par service et par métier</b>					
2,3		5,5	44,3	55	51,7
<b>Moyennes par métier</b>					
4			50		



Question 3 : Vous êtes-vous déjà fait mal suite à une manutention ?

Question 3					
Vous êtes-vous déjà fait mal suite à une manutention ?					
OUI		NON			
IDE	AS	IDE	AS		
4	16	1	3		
Total OUI		Total NON			
20		4			
83%		17%		RATIO	

A quel niveau			
Lombaire		Total	Autre
16		27	11
59%		RATIO	41%

A quelle fréquence					
Tous les jours	Une fois par jour	une fois par semaine	quelques fois par mois	quelques fois par an	
2		4	6	7	
RATIOS par rapport à l'échantillon total				24	
8%	0%	17%	25%	29%	79%
Sous total		19			
RATIOS par rapport aux personnes ayant des douleurs					
11%	0%	21%	32%	37%	100%

Question 4 : Avez-vous des craintes liées aux manutentions ?

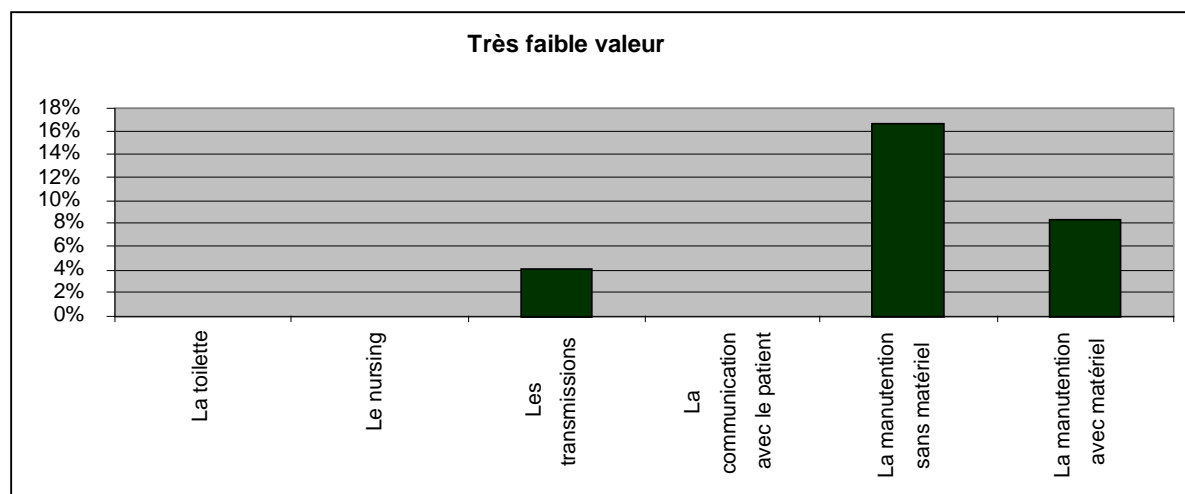
Question 4							
Avez-vous des craintes liées aux manutentions ?							
OUI				NON			
Vous concernant		concernant le patient		Vous concernant		concernant le patient	
mal de dos	8	chute	13	6		3	
se faire mal	9	faire mal	11				
de ne pas avoir le matériel disponible	1	faire un mauvais geste	1				
de ne pas avoir le matériel adapté	1	qu'il s'oppose au geste	1				
qu'elles augmentent la fatigue	1	de l'angoisse du patient	1				
de ne pas avoir de bons appuis	1						
<b>Total des craintes</b>				<b>Total des non craintes</b>			
Vous concernant		concernant le patient		Vous concernant		concernant le patient	
21		27		6		3	

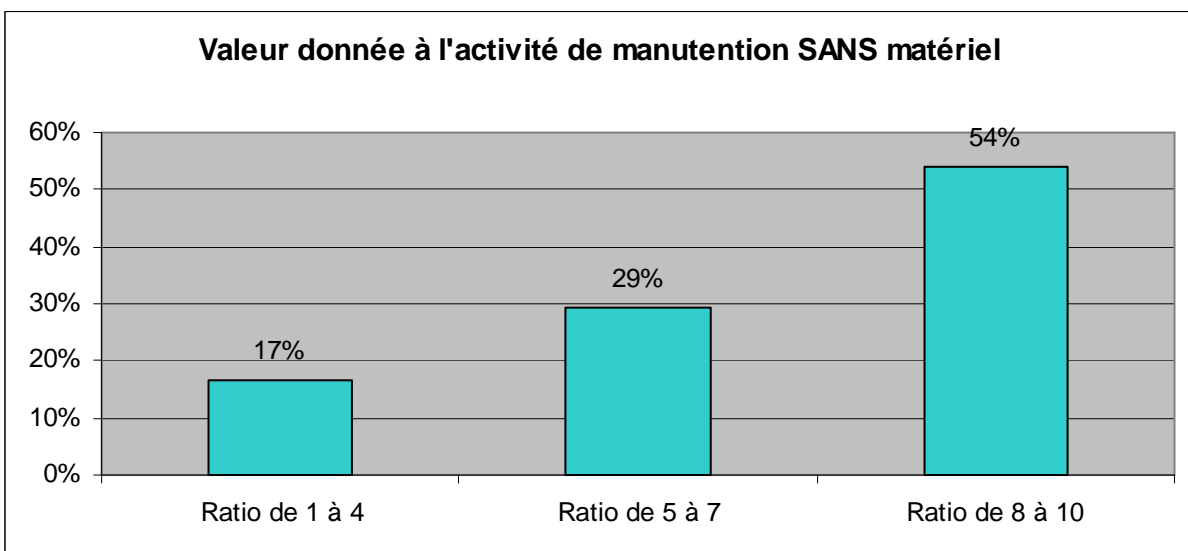
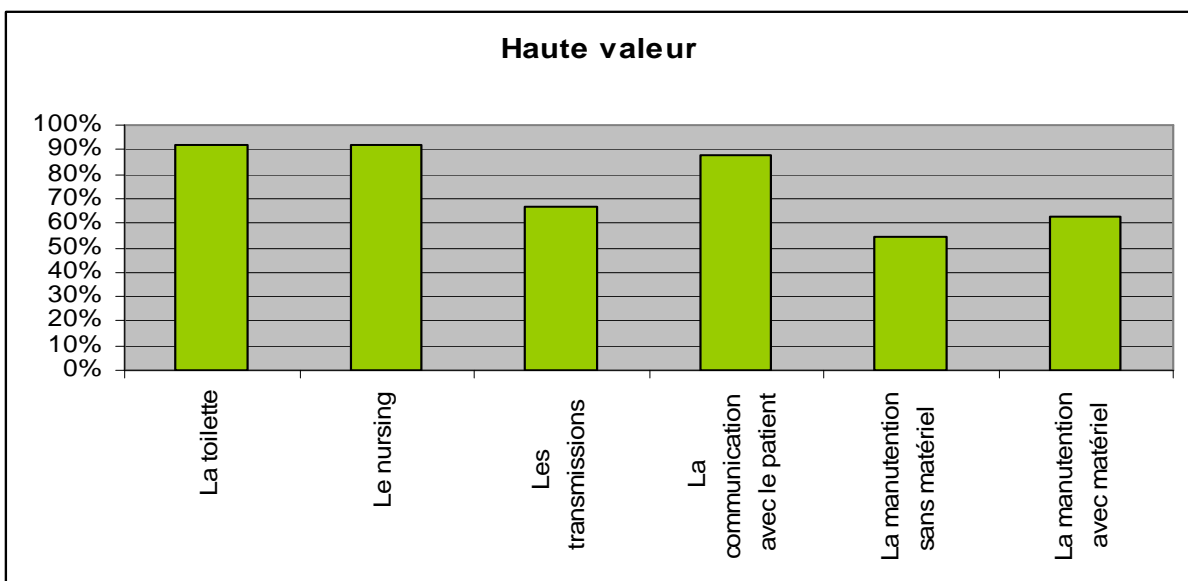
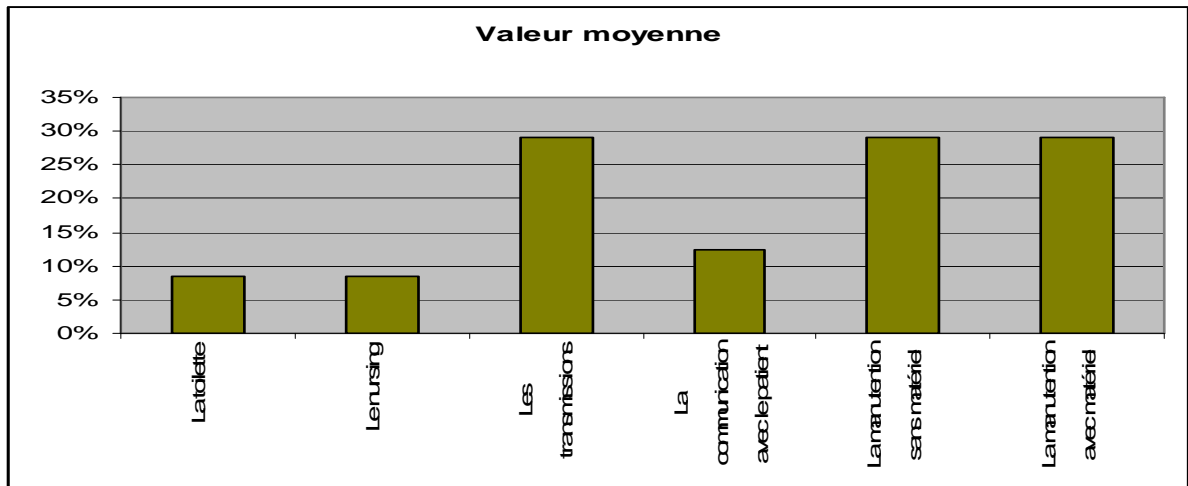
<b>Ratio de non crainte :</b>	vous concernant	6 pers / 24	25%
	Concernant le patient	3 pers / 24	12,5%

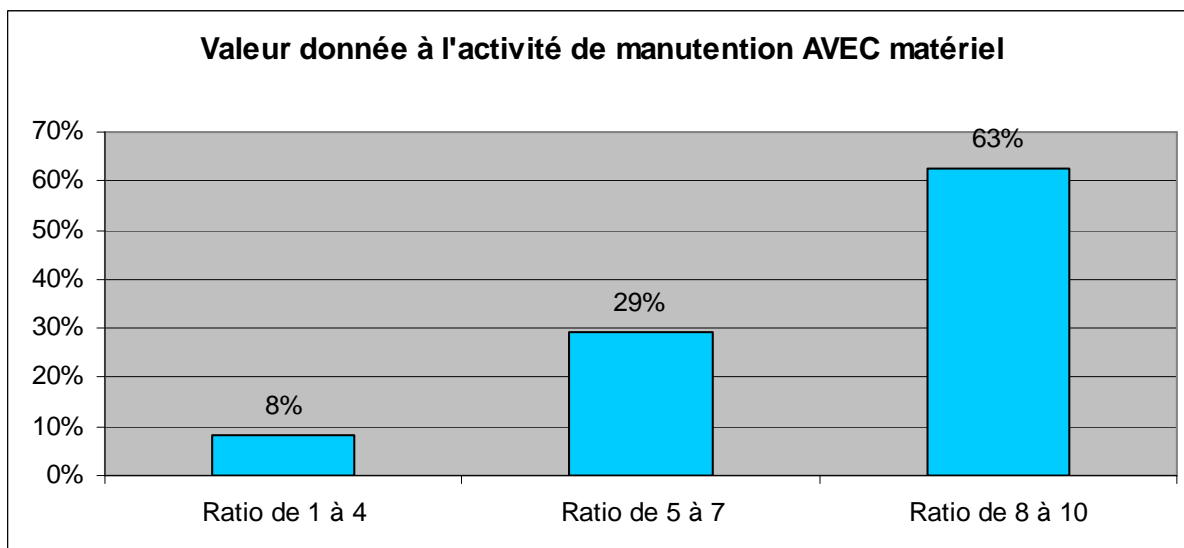
Question 5 : Sur une échelle de **1 à 10** (1 étant la note la moins bonne, et 10 la meilleure), **cotez LA VALEUR que vous donnez à ...**

Sur une échelle de 1 à 10 (1 étant la note la moins bonne, et 10 la meilleure), cotez la valeur que vous donnez à :

Note	La toilette	Le nursing	Les transmissions	La communication avec le patient	La manutention sans matériel	La manutention avec matériel	Total
De 1 à 4	0	0	1	0	4	2	7
De 5 à 7	2	2	7	3	7	7	28
De 8 à 10	22	22	16	21	13	15	109
Total	24	24	24	24	24	24	144
Ratio de 1 à 4	0%	0%	4%	0%	17%	8%	5%
Ratio de 5 à 7	8%	8%	29%	13%	29%	29%	19%
Ratio de 8 à 10	92%	92%	67%	88%	54%	63%	76%







Question 7 : Si vous aviez le choix, que préféreriez-vous ?

Dans le cas de soins auprès de patient dépendant, et si vous aviez le choix, que préféreriez-vous :		
		Ratio
Manutentionner le patient seul avec une aide technique	9	41%
Manutentionner le patient à plusieurs	13	59%
Total	22	100%

Pourquoi ?			
Manutentionner le patient seul avec une aide technique		Manutentionner le patient à plusieurs	
		plus rapide	2
question de pratique	1	car le matériel n'est pas adapté	2
plus rapide	1	car pas assez de temps	2
gain de temps pour le reste de l'équipe	2	pour la sécurité du patient	3
je sais ce que je fais	1	pour la sécurité du soignant	2
préfère travailler seul	1	pour des raisons de sécurité	2
si l'aide est adaptée, pas de raison de demander de l'aide	1	pour des raisons pratiques	2
permet de s'améliorer dans ses pratiques	1	plus de confort	1
		plus rassurant pour le patient	2

se sent plus proche du patient	1	car machine traumatisante pour le patient	1
car à plusieurs, cela peut effrayer le patient	1	pas confiance dans le matériel	1
permet au patient qu'on lui fasse confiance	1	plus rassurant pour le soignant	1
		plus de chance de réussite	1
		pour mieux faire	1
		pour limiter les efforts des soignants	1
		car plus convivial, plus riche au niveau de la communication	1

Question 8 : Formation dans le domaine de la manutention

	EHPAD (8)		Maison de retraite (6)		Rééducation (10)	
<b>Initiation pendant le parcours personnel ou en formation initiale</b>						
OUI	5	62,50%	3	50%	8	80%
NON	3	37,50%	3	50%	2	20%
<b>Formation spécifique dans le domaine des manutentions</b>						
OUI	2	25%	5	83%	4	40%
il y a combien de temps	6 mois, 18 mois, 2 ans,		1 an, 2 ans, 4 ans, 5 ans		1 mois, 2mois, 5 ans	
combien de temps a-t-elle durée	2 j, 3j,		3j,		2 j, 3 j	
NON	5	75%	1	17%	6	60%



Question 10 : Utilisez-vous le matériel disponible pour les manutentions ?

Toujours				Souvent			
EHPAD	Maison de retraite	Rééducation		EHPAD	Maison de retraite	Rééducation	
2		4		4	4	6	
			6				14
33%		67%	Sous Ratio	29%	29%	43%	Sous Ratio
			RATIO / Total				RATIO / Total
			26%				61%

TOTAL	23
-------	----

Parfois				Jamais			
EHPAD	Maison de retraite	Rééducation		EHPAD	Maison de retraite	Rééducation	
1	2	0					
			3				0
33%	67%	0%	Sous Ratio				Sous Ratio
			RATIO / Total				RATIO / Total
			13%				0%

Ensemble		Ratio
Toujours	6	26%
Souvent	14	61%
Parfois	3	13%
Jamais	0	0%
Total	23	

Maison de retraite		
		Ratio
Toujours	0	0%
Souvent	4	67%
Parfois	2	33%
Jamais	0	0%
Total	6	

EHPAD		
		Ratio
Toujours	2	29%
Souvent	4	57%
Parfois	1	14%
Jamais	0	0%
Total	7	

<b>Gériatrie</b>		
		Ratio
Toujours	2	15%
Souvent	8	62%
Parfois	3	23%
Jamais	0	0%
Total	13	

<b>Rééducation</b>		
		Ratio
Toujours	4	40%
Souvent	6	60%
Parfois	0	0%
Jamais	0	0%
Total	10	

<b>total = Valeur du point X nombre de fois</b>	
sentiment de traiter le patient comme un objet (que l'on prend et dépose)	<b>73</b>
cela prend trop de temps	<b>67</b>
l'espace n'est pas adapté	<b>66</b>
organisation du service non facilitante	<b>65</b>
Distance physique avec le patient trop importante	<b>56</b>
autre : préciser	<b>36</b>

**Classer par ordre d'importance de 1 à 6 les raisons pour lesquelles vous ne l'utilisez pas (1 étant la raison qui vous gêne le moins, 6 la raison qui vous gêne le plus dans l'utilisation)**

		6	5	4	3	2	1	TOTAL
cela prend trop de temps		5	3	1	2	5	2	<b>67</b>
l'espace n'est pas adapté		1	6	4	3	1	3	<b>66</b>
sentiment de traiter le patient comme un objet (que l'on prend et dépose)		6	3	1	4	2	2	<b>73</b>
distance physique avec le patient trop importante			4	3	4	5	2	<b>56</b>
organisation du service non facilitante		2	1	7	4	4		<b>65</b>
Autre : préciser	matériel hors service						2	<b>36</b>
	collègue disponible						1	
	Nombre insuffisant de matériel	2	1				1	
	Manque de réflexe pour l'utiliser	1						
	matériel non adapté			1				
	Le patient n'aime pas cela					1	1	
	manque de formation					1		

Question 13 : D'après vous, à quel niveau se situe l'intervention du cadre de proximité dans le domaine des manutentions ?

<b>EHPAD</b>	<b>Maison de retraite</b>	<b>Rééducation</b>
gère l'entretien, l'achat	rôle actif dans l'achat de matériel	doit permettre de limiter les accidents
doit former les nouveaux arrivants	participer à la tâche quand nécessaire	rôle de soutien en cas d'accident
devrait commander plus de matériel et faire en sorte qu'il soit adapté aux patients	doit s'assurer du bon fonctionnement du matériel	devrait organiser plus de remise à niveau
rôle de protection de son personnel	doit s'assurer que le matériel soit bien utilisé	devrait faire en sorte qu'il y ait plus de matériel et que l'organisation soit plus facilitante
devrait avoir plus de rôle de contrôle et de supervision dans le domaine	pas de rôle car ce sont les soignants qui utilisent le matériel	devrait prendre plus de temps pour former au nouveau matériel
doit être moteur dans l'utilisation du matériel		est la référente matériel en cas de problème technique
doit solliciter régulièrement les agents dans ce domaine		fait les transmissions en lien avec l'évolution du patient
		rappel de ne pas mettre en danger le patient, donc met en garde

Question 14 : Personnellement, qu'est ce que vous apporte la manutention du patient ?

	<b>RATIO</b>	
<b>Contact privilégié</b>	<b>57%</b>	
être plus proche de lui (sens relationnel)		6
permet d'aider la personne, le soutenir		3
lui réapprendre à se sentir en confiance, optimiser l'autonomie		3
bon contact avec le patient (contact privilégié)		3
être en contact direct avec le patient		3
permet de communiquer avec lui, c'est très important		3
stimule l'autonomie si pas de matériel		2

quand il y a du matériel, c'est une aide, donc cela apporte du soulagement			2
demande de mettre en confiance le soigné			1
permet la confiance mutuelle			1
c'est un contact privilégié, comme avec nos parents			1
permet une certaine intimité			1
lui montrer qu'il peut faire			1
est un acte autour duquel se retrouvent les soignants et les rééducateurs			1
permet d'éviter des douleurs du patient et du soignant			1
le fait d'utiliser le lève personne n'est pas gênant, car on peut avoir le contact autrement			1
le fait d'utiliser le lève personne instaure une distance avec le patient			1
	<b>Sous total</b>		34
<b>Soin de première qualité</b>		28%	
complète le reste des soins			3
le fait de bien manipuler un patient permet de se sentir bien, d'avoir bien fait son travail			3
toujours agréable pour le soignant et le soigné			3
c'est un soin de première qualité			2
soins de confort pour le patient, et pour le soignant			2
permet d'apporter du confort au patient (changement de position)			2
c'est un soin indispensable			1
que de bonnes choses			1
			<b>Sous total</b>
<b>Manutention dans le sens technique</b>		5%	
se protéger			1
apporte des compétences spécifiques			1
permet de mettre en pratique ce qu'on a appris			1
	<b>Sous total</b>		3
<b>Risques professionnels</b>		10%	
à terme malgré des formations et toujours des risques, risque de douleur, de lombalgies.			2
c'est une aide efficace pour le patient, et des efforts physiques pour le soignant			1
Souffrance			1
c'est fatigant			1
c'est une obligation.			1
	<b>Sous total</b>		6
		<b>TOTAL</b>	<b>60</b>

**Diplôme de Cadre de Santé  
2009 - 2010 (DCS 09 - 10)**

**TYPE DE DOCUMENT**

Mémoire

**TITRE DU DOCUMENT**

Rôle du cadre de santé dans la limitation des risques professionnels liés aux manutentions des patients dépendants. **La prévention ergonomique : une culture ?**

**AUTEUR**

Olivier MARTIN

**MOTS-CLÉS**

Risques professionnels, rôle du cadre, manutention, dépendance, culture, ergonomie

**KEYWORDS**

Professional risks, nurse manager's mission, handling, dependence, culture, ergonomics

**RÉSUMÉ**

Les directions d'établissement essaient régulièrement de réduire l'impact financier des accidents et arrêts de travail sur l'organisation et la qualité des soins. Nous savons que les manutentions sont responsables d'1/3 des accidents du travail avec arrêt, et de 29 % des journées perdues pour incapacité temporaire.

Dans ce contexte, l'étude des facteurs pouvant limiter ces accidents devient une priorité pour les établissements souhaitant allier protection de ses personnels et qualité de travail.

Quelle analyse peut en avoir le cadre de santé pour tenter, à son tour, de concourir à la réduction de la pénibilité du travail de ses équipes, et par voie de conséquence d'améliorer leur santé au travail et la qualité des soins ?

Dans une première partie, nous étudierons le cadre conceptuel en lien avec les notions de manutention, d'ergonomie, de dépendance, ainsi que le rapport au corps des soignants pendant ce geste quotidien.

Nous analyserons dans une deuxième partie ce qui peut freiner l'appropriation par les soignants du matériel de manutention, au travers d'une enquête réalisée auprès de professionnels, infirmiers et aide soignants de 4 services hospitaliers accueillant des personnes dépendantes.

**ABSTRACT**

Organisations regularly try to reduce the financial impact of accidents and sick leaves on organisation and care quality. We know that lifting and handling are responsible for a third of work accidents with sick leave, and 29 % of days lost for temporary disability.

In this context, the study of the factors which could limit has become a priority for health care centres wishing to combine protection of their employees and work quality.

How can the nurse manager attempt to help limit work strenuousness for his team, and hence to improve their health at work and the care quality?

Firstly, we will study the conceptual frame concerning handling, ergonomics and dependence notions, as well as the image of the nurses have of their body for this daily activity.

We will then analyse what can impede the appropriation by nurses of handling equipment, through an investigation carried out with professionals, nurses and nursing aides of 4 hospital units catering for some dependent people.