



# Les aides à la manutention et les stratégies d'entraide : des ressources pour prendre soin des patients et de sa santé dans un service d'oncologie.

## **Audrey GUFFROY**

Etudiante en Master d'Ergonomie

Université Paris 8 - 2 rue de la liberté - 93 526 Saint-Denis, France

## **Lucie CUVELIER**

Maitre de conférences en Ergonomie

Université Paris 8 – Equipe C3U, Laboratoire Paragraphe (EA 349)

2 rue de la liberté - 93 526 Saint-Denis, France

[lucie.cuvelier@univ-paris8.fr](mailto:lucie.cuvelier@univ-paris8.fr)

## **Cathy TOUPIN**

Maitre de conférences en Ergonomie

Université Paris 8 – Equipe C3U, Laboratoire Paragraphe (EA 349)

2 rue de la liberté - 93 526 Saint-Denis, France

[cathy.toupin@univ-paris8.fr](mailto:cathy.toupin@univ-paris8.fr)

Résumé. Cette étude, menée au sein d'un service d'oncologie médicale d'un centre hospitalier de la région parisienne, porte sur l'utilisation d'aides à la manutention par le personnel soignant. Les analyses réalisées, à partir d'observations en situation réelle et d'entretiens menés auprès d'infirmières et d'aides-soignantes, révèlent que l'utilisation (ou la non-utilisation) des lève-lits repose sur des compromis complexes élaborés par les soignantes. En particulier, l'usage de ces instruments suppose l'élaboration, souvent tacites, de stratégies liées aux caractéristiques des situations de soins (durée des soins, état des patients, contraintes temporelles), aux dimensions collectives du travail, et à l'âge et l'expérience des soignants. Nos résultats permettent de discuter du développement d'organisations du travail et d'instruments adaptés et favorables à l'efficacité des soins, au « *prendre soin* » des patients, et à la préservation de la santé des personnels soignants.

Mots-clés : travail soignant, santé au travail, travail collectif, aide à la manutention.

## Handling equipment and collective work: resources to care for patients and to preserve his health in an oncology department

Abstract. This study, conducted in the department of oncology of a public hospital in France, focuses on the use of manual handling equipment in care. The analyzes, based on observations in real situations and qualitative interviews with nurses and nursing aides, reveal that the use (or non- use) of handling equipment is based on complex trade-offs developed by caregivers. In particular, the use of these instruments requires the often tacit

development of strategies that take into account the characteristics of the care and the cure (duration of care, patient health, time constraints), the collective dimensions of work, as well as the age and experience of care-givers. Our results challenge the design of work organizations and tools that make the healthcare system both efficient and suitable for occupational health.

Key words: healthcare, occupational health, collective work, manual handling equipment

---

---

\*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à La Rochelle du 1<sup>er</sup> au 3 octobre 2014. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Guffroy, A., Cuvelier, L. & Toupin, C. (2014). Les aides à la manutention et les stratégies d'entraide : des ressources pour prendre soin des patients et de sa santé dans un service d'oncologie.

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

## INTRODUCTION

Les salariés du secteur hospitalier sont particulièrement exposés aux risques de lombalgie et aux arrêts de travail. Plusieurs études mettent en évidence l'importance des facteurs de risque biomécaniques dans ces métiers (manutention fréquente, port de charges lourdes, postures penchées vers l'avant, etc.), et notamment chez les infirmières et aides-soignantes (Roquelaure, Moisan, Brinon, & Juret, 2006; Villeneuve, 1999).

Notre étude, menée auprès de soignantes d'un service d'oncologie médicale, porte sur les ressources disponibles dans l'environnement de travail pour assurer efficacement les soins, tout en se préservant physiquement. Nous nous sommes notamment intéressés aux facteurs permettant d'expliquer l'utilisation, ou la non-utilisation, d'une aide-technique (le lève-lit) et aux ressources offertes par le collectif de travail.

## CADRE THEORIQUE

### Des exigences physiques aux régulations de l'activité comme facteurs de santé

Le travail de soin se caractérise par des conditions de travail relativement hétérogènes combinant des contraintes physiques, psychiques et cognitives. Les exigences physiques (variables selon les professions, horaires et services de soins) sont essentiellement associées à la manutention des patients, au maniement des chariots (matériels de soins, appareils de radiographie...), à la réfection des lits, aux nombreux déplacements et à la station debout.

Une étude réalisée dans un service de gériatrie (Lortie, 1986) montre que les aides-soignantes accomplissent en moyenne 22 manipulations de patients par jour. Les conséquences des postures pénibles adoptées dans ces conditions vont du mal de dos à l'émergence de pathologies ostéo-articulaires qui représentent la première cause d'arrêt de travail de ces soignants (Poyen et al., 1992).

Cette situation est d'autant plus problématique dans le contexte socio-démographique actuel, caractérisé par le vieillissement général de la population active, phénomène que l'on retrouve dans le secteur hospitalier. Or, ce vieillissement inéluctable de l'organisme s'accompagne d'une altération de certaines fonctions physiques et cognitives, qui vont rendre d'autant plus difficile l'activité de soignant, déjà pénible par ailleurs, et par conséquent avoir un impact non négligeable sur la santé des soignants.

Mais avec l'avancée en âge et l'expérience, les soignants développent des savoir et savoir-faire, permettant d'établir des compromis entre efficacité productive, préservation de soi et/ou compensation de problème de santé, et place dans le groupe de travail. Gonon a proposé un cadre d'analyse des régulations au travail en lien avec l'âge, l'état de santé des salariés et les caractéristiques du travail à l'hôpital

(2001). Il pointe la mise en œuvre simultanée de plusieurs types de régulation au sein même des unités hospitalières, notamment des régulations individuelles et collectives.

### *Des stratégies individuelles de préservation et de compensation de la santé*

Gonon (2001) a mis en évidence des stratégies permettant de faire face aux contraintes physiques, notamment par l'utilisation de lits électriques pour la manutention des patients. Une étude menée auprès d'auxiliaires familiales donnant des soins à domicile (au Québec) (Cloutier, David, Prévost & Teiger, 1999) montre que les plus de 45 ans (qui sont les plus anciennes) adoptent des postures différentes de celles des plus jeunes pour manipuler les patients, ce qui leur permet de se préserver des problèmes de dos. De plus, dans les relations avec les patients, les plus âgées détectent les nouveaux symptômes, transmettent certaines informations aux patients et aux personnes qui sont susceptibles de les aider.

Grâce à l'expérience acquise (expérience du service de soins, des patients, des types de pathologies), les soignants peuvent également choisir de laisser agir certains patients, ce qui leur permet ainsi d'effectuer moins de gestes, de s'économiser et se préserver (Bleau & Poulin, 2001).

### *Les dimensions collectives de la santé*

Il est désormais acquis que les dimensions collectives de l'activité jouent un rôle essentiel dans la construction de la santé au sens large (Clot, 2010 ; Cuvelier & Caroly, 2011 ; Davezies, 2005). Le partage des connaissances, les régulations collectives, le sens du métier, les possibilités d'entraides sont des notions fortement reliées à la santé au travail.

A l'hôpital, ces régulations collectives contribuent à la fois à la productivité et à la sécurité des soins, et à la préservation de la santé au travail. Les études montrent, par exemple, que les soignants travaillant dans les unités plutôt sélectives (Gonon, 2001), ou de nuit (Barthe, 1999 ; Toupin, 2008) se répartissent certaines tâches et s'entraident de façon ponctuelle pour faire face notamment aux contraintes physiques, physiologiques, cognitives et psychiques de leur activité. Ces aides ponctuelles, très fréquentes et de natures diverses, amènent les soignants à interagir avec l'ensemble des personnels des unités de soins.

Ces activités collectives contribuent par ailleurs au développement des individus et à l'élaboration de l'expérience. C'est le cas par exemple lors des situations de transmissions intergénérationnelles au cours desquelles des connaissances « locales » et « situées » peuvent être transmises entre collègues (Gaudart & Thébault, 2012). Le collectif de travail joue aussi un rôle essentiel dans l'appropriation des dispositifs et le développement des instruments (Cuvelier & Caroly, 2009).

Nous l'avons vu, l'introduction d'outils d'aide à la manutention va permettre de prévenir certaines pathologies à l'hôpital et de travailler avec la

douleur ; mais l'acceptabilité et l'utilisabilité de ces dispositifs sont encore trop souvent questionnées (Bewick & Gardner, 2000 ; Caroly et al., 2009).

### De l'acceptabilité au développement des instruments de manutention

Les travaux sur « l'appropriation » et la « résistance » des salariés à l'égard des équipements de protection individuels et collectifs sont nombreux en ergonomie (Dejours, Dessors, & Molinier, 1994; Noulin, 2000). L'ergonome argumente généralement que lorsque qu'un travailleur n'utilise pas les équipements mis à sa disposition, au dépend de sa propre santé, sa conduite a néanmoins toujours « un sens » : l'activité est finalisée, et c'est le rôle de l'ergonome de tenir compte des objets et motifs des personnes.

En identifiant ces buts, les études révèlent que les équipements de protection prévus dans des situations de travail nominales ne sont pas toujours adaptés à l'activité, et la contraignent trop souvent (gêne à la prise d'informations, déplacement du risques, perturbation des gestes, contraintes temporelles, etc.). La sous-utilisation du matériel peut être liée à des conditions de travail ne favorisant pas son utilisation (accessibilité, environnement de travail, contraintes temporelles, etc.) (Villatte, Gadbois, Bourne & Visier, 1993), ou à des conditions organisationnelles particulières (manque d'effectifs, absences de travail collectif, etc.) (Caroly et al., 2009). Ceci peut impacter l'efficacité et la qualité du travail, accentuer la pénibilité et même parfois accroître le risque du travailleur qui utilise ces protections (Mohammed-Brahim & Garrigou, 2009).

Dans le domaine des soins, l'introduction de ces outils questionne aussi l'évolution de la relation entre le soignant et le patient : par exemple, l'usage du matériel de manutention crée une distance physique entre le soignant et le soigné. Cet usage peut aussi aller à l'encontre des principes de mobilisation des capacités motrices, et du maintien de l'autonomie des patients (Carminati, Cuvelier, Faye & Decortis, 2013 ; Caroly et al. 2009).

Cette prise en compte des objets de l'activité est au cœur de la théorie instrumentale. Dans cette approche, un instrument est défini comme une entité mixte constituée d'un artefact (dans notre étude un artefact matériel : le lève-lit) et d'un (ou plusieurs) schème(s) d'utilisations associé(s). Ces schèmes résultent d'une construction du sujet ou d'une réutilisation de schèmes sociaux. Cette approche met ainsi l'accent sur le fait que les instruments ne sont pas donnés tels quels aux travailleurs. Ils sont développés par ces derniers et ils cristallisent de l'expérience accumulée au fil du temps (Folcher & Rabardel, 2004).

Les liens entre l'âge, l'expérience et l'usage de dispositifs techniques ont déjà fait l'objet d'études. Ces liens sont complexes et souvent à double tranchant. Au cours des années de travail, l'expérience de l'opérateur se construit dans un domaine de compétences donné pour lequel il devient alors

« expert ». L'expérience dans l'utilisation d'un nouveau matériel (tout comme l'âge) est donc à aborder en termes de ressource et de contrainte car elle renferme à la fois des éléments de rigidité et de plasticité (Delgoulet, 2001 ; Gaudart, 2000).

Dans cet article, nous avons souhaité investiguer davantage ces relations entre santé, âge, expérience et usage des outils d'aide à la manutention dans le secteur hospitalier.

### OBJECTIFS ET MÉTHODE

L'étude présentée dans cet article s'appuie sur des analyses détaillées de l'activité de travail d'infirmières et d'aides-soignantes d'un service d'oncologie médicale d'un centre hospitalier de la région parisienne. Cette unité accueille des patients atteints de cancers, pour la majorité digestifs, urologiques, et mammaires. L'activité des soignants est particulièrement exigeante, autant physiquement que psychologiquement.

Après une phase d'observation ouverte, nous avons choisi d'analyser finement l'activité réelle de ces soignants à partir d'observations systématiques (auprès de 16 soignants), et d'entretiens (menés auprès de 3 infirmières et 5 aides-soignantes). En tout, 65 situations de soins ont été observées, avec des soignants d'âge et d'expérience très variés (cf. tableau 1). Précisons que l'expérience et l'âge ne sont pas toujours corrélés dans notre échantillon : certaines soignantes sont plutôt jeunes (moins de 30 ans), mais néanmoins considérées comme expérimentées.

Infirmières (IDE)		Aides-soignantes (AS)	
Age	Ancienneté	Age	Ancienneté
22 ans	1 an	22 ans	1 an
24 ans	2 ans	23 ans	3 ans
25 ans	11 mois	26 ans	1 an
25 ans	1 an	35 ans	13 ans
25 ans	3 ans	38 ans	10 ans
26 ans	1 an	48 ans	26 ans
26 ans	4 ans	50 ans	25 ans
30 ans	5 ans		
32 ans	6 ans		

Tableau 1 : Age et ancienneté des soignants

Les observables choisis, et les analyses réalisées selon les critères et méthodes de l'intervention ergonomique, étaient focalisés sur :

- les types de stratégies mises en place par les soignantes pour réaliser le soin ;

- les situations d'entraide au sein du collectif de soignants (Qui est concerné ? A quel moment de la journée ? Pour quels types de tâches / de soins ?) ;
- les facteurs (déterminants) susceptibles d'être en lien avec l'utilisation, ou la non-utilisation, des lève-lits mis à la disposition des soignantes dans le service de soins (Qui les utilise : statuts, âges, expériences ? A quels moments de l'activité ? Pour quels types de tâches / de soins ? Pour quels types de patients ?).

Nous faisons notamment l'hypothèse que la durée des soins, le degré d'autonomie des patients mais aussi l'âge, l'expérience et les dimensions collectives du travail sont susceptibles d'avoir des liens avec l'utilisation du lève-lit.

## RÉSULTATS

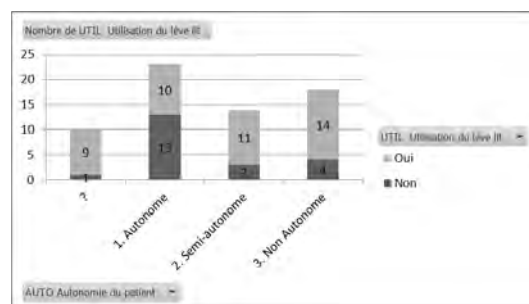
### Facteurs d'utilisation - ou de non-utilisation - du lève-lit

Sur les 65 situations de soins observées, 34 d'entre elles concernaient exclusivement l'activité d'infirmières, 23 l'activité d'aides-soignantes, et 8 l'activité de binômes mixtes de soignantes (1 infirmière et 1 aide-soignante).

Le lève-lit a été utilisé dans 2 situations sur 3 (44 cas sur 65). Il a été utilisé en grand nombre chez les aides-soignantes (20/23) et dans les binômes mixtes (7/8), et dans une situation sur deux chez les infirmières (17/34). Ces résultats sont à mettre en lien avec les exigences respectives des tâches attendues dans chaque corps de métier, et notamment des tâches de nursing particulièrement sollicitantes physiquement pour les aides-soignantes.

Mais d'après nos observations et entretiens, d'autres facteurs permettent d'expliquer l'utilisation, ou non, du lève-lit par les personnels soignants : l'autonomie des patients, la longueur du soin prodigué, et le flux d'activité.

Le graphique ci-dessous montre que les soignants utilisent le lève-lit dans 78% des cas quand le patient est semi-autonome (le patient a besoin d'une aide pour se mobiliser) ou non autonome (le patient ne peut rien réaliser seul, et ne bouge plus), et dans seulement 44% des cas lorsque le patient est autonome (le patient n'a besoin d'aucune aide).



Graphique 1 : Utilisation du lève-lit selon de le niveau d'autonomie du patient.

L'utilisation, ou non, du lève-lit par les soignants semble également liée à la durée du soin à réaliser. Les observations montrent que le dispositif technique est mobilisé sur une diversité de tâches, depuis des soins plutôt courts (moins de 10 minutes ; dans le cas des « pansements typiques ») jusqu'aux soins très longs (plus de 30 minutes ; pour les soins d'escarres, les toilettes, etc.). Mais, globalement, plus le soin est court, moins le dispositif est utilisé (16/39). Et pour tout soin supérieur à 30 minutes (soin très long), le dispositif sera systématiquement mobilisé. Précisons ici que nous n'avons pas observé de lien manifeste entre la durée du soin prodigué et l'autonomie du patient : les soins les plus longs ne sont pas nécessairement ceux faits aux patients les moins autonomes. A titre d'exemple, la durée d'un soin de type « changement de pansement pour un escarre » requiert un très temps variable selon l'importance de la plaie, tandis que l'autonomie du patient n'impacte pas la durée du soin.

Les soignantes nous expliquent, à ce sujet, que le dispositif est en effet contraignant car il est à long à mobiliser. Dans les entretiens, elles déclarent que le matériel est « lent », et qu'il engendre « une perte de temps ». Cette perte de temps est d'autant moins acceptée que le soin est court : « je n'ai pas envie de prendre cinq minutes à monter le lit alors que je peux faire le soin en 1 minute. C'est plus pour éviter de perdre du temps bêtement » ; en revanche, « pour les soins où il y a le temps, là je l'utilise ».

De même, cette contrainte temporelle pèse plus en moment de « rushs ». Les éléments recueillis au cours des entretiens montrent que l'utilisation du lève-lit dépend également du flux de l'activité : lorsque l'activité est forte et dense, « quand il y a un rush », certaines disent ne pas l'utiliser, voire oublier de le faire. Une infirmière indique ainsi utiliser une stratégie particulière : pour certains soins à réaliser au chevet des patients (comme par exemple une prise de sang ou une perfusion, qui ne durent pas longtemps), elle va s'installer sur une chaise à hauteur du lit. Cette stratégie lui permet de ne « pas perdre de temps », et elle est mieux installée pour réaliser un soin de qualité. Tout est histoire de compromis entre sa propre santé (se préserver, travailler avec la fatigue et les éventuelles douleurs) et l'efficacité et la qualité des soins (faire vite et bien le soin).

Enfin, la non-utilisation du lève-lit peut également être expliquée par des objectifs visant, non seulement le soin, mais également le « prendre soin » du patient. Il s'agit parfois de chercher à mobiliser les capacités motrices des patients, et à leur laisser de l'autonomie. Ne pas utiliser le lève-lit peut également permettre de soulager autrement les patients algiques : « Le fait que ça monte vite, ça peut être brutal pour eux, surtout s'ils ont des douleurs. C'est vrai que pour nous ça serait peut-être plus facile à l'utilisation quotidienne, mais pour eux je ne sais pas si ça serait mieux ».

## Des situations d'entraide

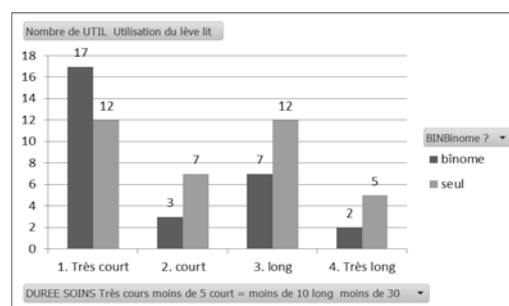
Au cours de nos observations systématiques, nous avons relevé 44 situations d'entraide (entre infirmières, entre aides-soignantes, et entre infirmières et aides-soignantes). Nous avons questionné les soignantes sur les motifs de ces entraides : 19 situations ont pour objectif d'alléger la charge physique, 16 d'aller plus vite, 5 de superviser l'activité d'une stagiaire, et 4 de diminuer la difficulté de la tâche.

Tout d'abord, il semble que les patients autonomes et semi-autonomes soient davantage pris en charge pas des personnes seules, alors que les soins auprès des patients non autonomes sont prodigués collectivement. Lorsque les soignantes sont face à un patient lourd, ou difficile à mobiliser, elles auraient toujours tendance à s'entraider. Cette entraide leur permet de préserver leur dos, et d'atténuer l'intensité de la tâche à réaliser. Par exemple, les opératrices s'entraident très souvent dans le cas de la réalisation des toilettes et de la distribution des repas des patients non autonomes ou semi-autonomes car ces tâches demandent des manipulations pour l'installation des patients. Dans ce cas, l'entraide vise bien la préservation de la santé au travail ou la compensation de douleur par allègement de la charge physique. Par ailleurs, les marges de manœuvre dont disposent les soignantes leur permettent d'organiser leur activité entre elles. Dans cette équipe, elles se concertent en début de service, afin de séparer le couloir en deux. Chacune prend alors en charge les patients d'un côté ou de l'autre, sans tenir compte des spécificités des patients (pathologies, états de santé, autonomie, etc.), ou de la nature des tâches à réaliser. L'âge et l'expérience des opératrices ne sont pas non plus des critères pris en compte lors de la répartition des patients entre soignantes. Contrairement à ce que d'autres auteurs ont pu mettre en évidence (Caroly et al., 2009), nous n'avons pas observé de répartitions informelles des tâches entre les soignantes, en fonction de leurs âges et expériences.

Lorsque le patient est suffisamment autonome une situation d'entraide particulière (pour laquelle nous n'avions initialement pas envisagé d'observable) peut être mise en place par les soignants : l'aide apportée par le patient. En effet, plusieurs aides-soignantes ont précisé qu'elles demandent, quand cela était possible, de l'aide au patient. Cela leur permet : d'une part d'alléger les sollicitations physiques et posturales de leur activité ; d'autre part de préserver une certaine autonomie chez les patients : *« De me préserver ; et même pour solliciter le patient. Je pense à mon dos. Quand le patient peut le faire je le laisse faire le plus possible. (...) Je demande une aide au patient pour coopérer ».*

Si on s'intéresse à la longueur des soins, les observations systématiques montrent que, contrairement à ce que l'on pouvait supposer initialement, les soins très courts sont majoritairement réalisés par des binômes de soignants (17 situations

/29), alors que les soins longs et très longs sont plutôt pris en charge par des personnes seules (17/26) (cf. graphique 2 ci-dessous). Les entretiens permettent d'avancer une explication : la réalisation d'un soin en binôme viserait aussi à diminuer la durée des soins. Ceci dans le but d'améliorer le confort du patient. En plus de l'entraide, les régulations collectives sont donc aussi tournées vers la qualité du soin et portent un double objectif : le bien être du patient et la santé des soignants. C'est ce qu'illustre l'extrait ci-dessous. *« Quand c'est des pansements d'une heure tu es obligé d'être à deux. Là on a pris le temps, à deux, de le faire pour être moins sollicitées au niveau du dos, parce que ça tire sur le dos. Et puis, pour le patient, rester une heure sur le côté, à se faire un petit peu arracher la peau, ce n'est pas terrible. Quand on est deux, c'est moins long, et on est plus efficace, et pour le patient c'est mieux ».*



Graphique 2 : Situations d'entraide selon la durée du soin

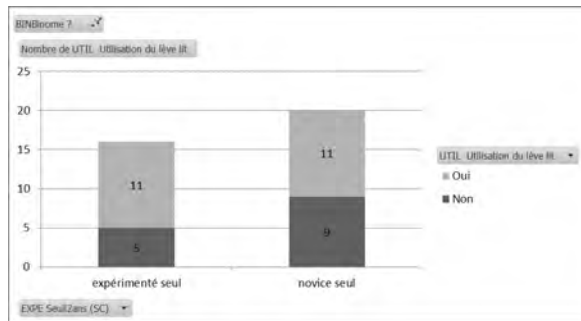
Enfin, le fait de prodiguer un soin à deux ne se substitue pas à l'utilisation du lève-lit. Sur 44 situations d'utilisation du lève-lit, la moitié se fait en binômes. Alors que 14 des 21 situations de non utilisation du matériel (soit 67% des cas) correspondent à des situations de travail individuel. Lorsqu'on regarde plus finement ces résultats, en prenant en compte la durée des soins, on constate que cet usage du matériel par le binôme est observé sur les différents temps de soin : très court, court, long, ou très long. Mais proportionnellement, l'utilisation en binôme est plus fréquente sur les durées moyennes (courtes et longues).

Des divergences s'opèrent donc entre les soignantes en matière d'organisation. Certaines travailleront seule, afin que le travail soit partagé et s'achève ainsi plus vite ; alors que d'autres réaliseront ensemble certaines tâches difficiles physiquement. Dans certaines situations, elles utiliseront le lève-lit ; dans d'autres, non.

Nous l'avons vu, ces façons de faire tiennent compte des caractéristiques du travail et des patients pris en charge. Mais l'âge des soignantes, les conditions de santé dans lesquelles elles se trouvent, et leur expérience vont également jouer un rôle.

## Impacts de l'âge et de l'expérience des soignantes

Lorsqu'on s'intéresse aux situations de soins prises en charge par des individus seuls, on constate que les soignantes dites expérimentées, c'est-à-dire les plus anciennes dans le métier, ont davantage tendance à utiliser le lève-lit (11 situations /16) que les novices (11/20) (cf. graphique 3)<sup>38</sup>.



Graphique 3 : Utilisation du lève-lit selon l'ancienneté des soignantes

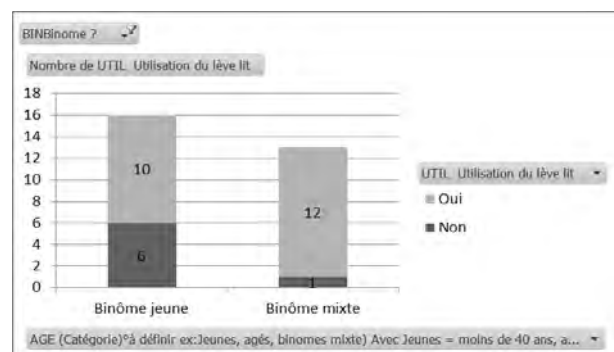
Si on s'intéresse, non plus à l'expérience, mais à l'âge des soignants (rappelons que ces variables ne sont pas nécessairement corrélées dans notre étude) : on constate que les soignantes âgées (plus de 40 ans) utilisent plus souvent le lève-lit (6 situations / 7) que les plus jeunes (16/29). Ainsi, il semble qu'au fil du temps, avec l'âge et l'expérience, les soignantes ont davantage recours au dispositif.

Dans les entretiens, les soignantes, jeunes comme plus âgées, nous ont dit beaucoup se préoccuper de leur santé, car leur activité est très sollicitante et pénible physiquement. Les plus âgées, conscientes des difficultés et douleurs plus importantes au fil des années, disent être généralement forcées d'utiliser les ressources présentes dans leur environnement de travail pour pouvoir se préserver : « J'essaie de l'utiliser tous les jours (le lève-lit). On l'utilise à chaque fois qu'on peut parce que le dos il le ressent très vite » ; « Arrivé à un moment on peut avoir mal tout le temps, comme la plupart des collègues qui sont ici, qui ont des problèmes de dos, des problèmes aux bras... parce que je pense qu'elles ont tiré sur la corde, et puis maintenant elles l'utilisent tout le temps ». C'est donc généralement

lorsque les douleurs sont installées que les opératrices changent leur façon d'opérer et de penser concernant notamment le matériel mis à leur disposition : « C'est pas une contrainte pour moi c'est une amélioration du travail ». Les jeunes, bien que conscientes de la charge que représente leur activité, avouent pour la plupart attendre de ressentir des douleurs, de ne plus pouvoir procéder autrement pour utiliser le lève-lit : « J'en ai conscience, mais tant qu'il n'y aura pas quelque chose je pense que je ne le ferai pas plus que ça, jusqu'au jour où. Ce n'est pas bien je sais, mais je préfère privilégier les soins pour les patients que moi ».

Nous avons alors cherché à comprendre comment se comportaient les binômes. Les résultats montrent que les binômes expérimentés emploient toujours le lève-lit (5/5), les binômes novices dans 58% (7/12) des cas seulement, et les binômes mixtes dans 83% (10/12).

Du point de vue de l'âge, nous n'avons pas observé de binômes âgés. Comme le montre le graphique 4, les binômes jeunes utilisent le lève-lit dans une proportion proche de celle des jeunes seuls (10/16). Les binômes mixtes, quant à eux, se comportent de façon plus comparable à celle des âgés seuls : ils utilisent le lève-lit très majoritairement (12/13). On retrouve donc, dans les stratégies des binômes, les mêmes modalités d'usage du dispositif selon l'âge et l'expérience : avec l'âge et/ou l'expérience, les binômes ont d'avantage recours au dispositif. On note, en plus, que les binômes mixtes (en âge ou expérience) sont plutôt favorables à l'utilisation du dispositif. Nous pouvons alors penser que, dans ce type de binôme mixte, le plus âgé et/ou expérimenté transmet sa manière de faire avec l'instrument au plus jeune ou moins expérimenté. Ceci ouvre des conclusions et des perspectives pour transformer les situations de travail des personnels soignants.



Graphique 4 : Utilisation du lève-lit selon l'âge des binômes de soignantes

## CONCLUSION

Cette étude montre l'existence, chez les soignantes du service d'oncologie, de stratégies et de compromis subtils entre contraintes temporelles, qualité et efficacité des soins, et préservation/compensation de la santé. Ces stratégies sont mises en œuvre tant sur

<sup>38</sup> On rappelle ici que, contrairement à ce que d'autres auteurs ont pu mettre en évidence (Caroly et al., 2009), nous n'avons pas observé de répartitions informelles des tâches entre les soignantes, en fonction de leurs âges et expériences.

le plan individuel que collectif, et elles évoluent avec l'âge et l'expérience.

Ces stratégies dépendent des caractéristiques de la situation de travail (notamment la durée des soins à prodiguer, la charge de travail et le flux d'activité, et l'état des patients), mais également de l'état de santé du soignant et de l'expérience acquise au fil du parcours professionnel. Ainsi, les plus âgées et les plus expérimentées - qui ont développé des connaissances relatives à leur activité, mais également à l'évolution de leur état de santé au fil des années -, utilisent davantage le dispositif d'aide à la manutention, et sollicitent plus souvent de l'aide que leurs collègues jeunes et/ou novices.

Nous avons également vu que les régulations collectives ne se substituaient pas à l'utilisation du lève-lit. Les binômes mixtes de soignantes (en âges et/ou expériences) semblent même être favorables à l'usage de ce type de dispositif. Nous pouvons faire l'hypothèse que, dans ce type de binôme mixte, le plus âgé et/ou expérimenté incite à l'utilisation du lève-lit et transmet, dans la situation, sa manière de faire au plus jeune ou moins expérimenté. Ce type de régulation collective favoriserait donc la transmission de savoir, et notamment de savoir-faire de prudence.

Nos résultats montrent ainsi que la multifonctionnalité des compétences des soignantes leur permet de se maintenir dans les situations de travail, de maintenir une certaine efficacité, tout en préservant le plus possible leur santé, et en visant le bien-être de leurs patients. Des compromis sont sans cesse opérés entre ces différents pôles de leur activité.

Cependant, les régulations (individuelles et collectives) mises en œuvre restent fragiles car elles sont tributaires des caractéristiques de la tâche de soins, et de l'organisation du travail. Nous l'avons vu, les ressources évoquées précédemment peuvent, dans certaines situations, présenter des limites.

L'utilisation du lève-lit n'est pas systématique, du fait notamment des contraintes temporelles et de sa durée de mise en œuvre (avoir des organisations temporelles moins serrées, davantage de temps pour les soignantes, permettrait une optimisation et une meilleure utilisation des dispositifs d'aide).

Les situations d'entraide permettent certes d'atteindre des objectifs communs (aller plus vite, alléger sa charge physique, se préserver physiquement), mais encore faut-il que la composition des collectifs de travail (en termes d'effectifs et en termes d'âge et d'expérience) permette ces régulations.

Cette étude a également permis de mettre en évidence la manière dont les soignantes s'approprièrent leur espace de travail. Nous avons vu que le mobilier mis à disposition dans les chambres pouvait être utilisé à des fins stratégiques. Il s'agit, par exemple, d'utiliser une chaise pour s'asseoir et se mettre à hauteur du lit pour ne pas avoir à monter le lève-lit jugé « trop lent ». Un mobilier pouvant facilement être déplacé, avec un espace suffisant,

permettrait ainsi aux soignantes de pouvoir réorganiser leur espace de travail, afin de réaliser leurs soins avec le moins de gêne possible.

Ces résultats ouvrent des perspectives en termes de conception et de prévention. Il s'agit de concevoir des organisations du travail « capacitanes » (Falzon, 2013), qui encouragent : d'une part les régulations collectives et le travail en binômes (notamment mixtes, en termes d'âge et d'expérience) ; d'autre part l'usage et le développement d'instruments adaptés aux caractéristiques, exigences et contraintes de l'activité de soins à l'hôpital. Et ce avec le souci de concevoir des situations favorables et adaptées aux soins et au « *prendre soin* » des patients, et préservant la santé des personnels soignants. Car ces enjeux de prévention de la santé des soignants croisent évidemment des enjeux beaucoup plus larges, de sécurité des patients et de qualité des soins.

## BIBLIOGRAPHIE

- Barthe, B. (1999). Gestion collective de l'activité de travail et variation de la vigilance nocturne : le cas d'équipes hospitalières en postes de nuit longs. Thèse de Doctorat nouveau régime en Ergonomie, Université Toulouse Le Mirail, Toulouse.
- Bewick, N., & Gardner, D. (2000). Manual handling injuries in health care workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 6(2), 209-221.
- Bleau, J., Poulin, P. (2001). La manutention relationnelle : « Vous êtes capable madame ! ». *Objectif prévention*, vol. 24, n°5.
- Carminati, S., Cuvelier, L., Faye, H., & Decortis, F. (2013). Les évolutions technologiques en radiothérapie : quels impacts sur l'activité des soignantes et la sécurité des soins ? *50ème congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF)*, 28-30 Aout, Paris, France.
- Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M.P., & Roquelaure, Y. (2009). Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. *PISTES*, 11(2).
- Cloutier E., David H., Prévost J., Teiger C., 1999, Importance of experience for older home care workers in facing up to the constraints of work, *Experimental Aging Research*, 25(4), pp. 405-410.
- Clot, Y. (2010). Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux: La Découverte.
- Cuvelier, L., & Caroly, S. (2009). Appropriation d'une stratégie opératoire : un enjeu du collectif de travail. *Activités*, 6(2), 61-82, <http://www.activites.org/v66n62/v66n62.pdf>.
- Cuvelier, L., & Caroly, S. (2011). Transformation du travail, transformation du métier : Impacts sur la santé des opérateurs et sur l'activité collective. *Pistes*, 13(1), <http://www.pistes.uqam.ca/v13n11/articles/v13n11a12.htm>.
- Davezies, P. (2005). La santé au travail, une construction collective. *Santé et Travail*, 52, 24-28.
- Dejours, C., Dessors, D., & Molinier, P. (1994). Pour comprendre la résistance au changement. *Documents pour le médecin du travail*, 58, 112-117.
- Delgoulet, C. (2001). La construction des liens entre situations de travail et situations d'apprentissage dans la formation professionnelle. *PISTES*, 3(2).
- Falzon, P. (2013). *Ergonomie constructive*. Paris: PUF.



- Folcher, V., & Rabardel, P. (2004). Hommes, artefacts, activités : perspective instrumentale. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 251-268). Vendôme: PUF.
- Gaudart, C. (2000). Conditions for maintaining ageing operators at work - a case study conducted at an automobile manufacturing plant. *Applied Ergonomics*, 31, 453-462.
- Gaudart, C., & Thébault, J. (2012). La place du care dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 67( 2), 242-262.
- Gonon, O. (2001). Les régulations organisationnelles, collectives et individuelles en lien avec l'âge, la santé de salariés et les caractéristiques du travail : le cas d'un centre Hospitalier Universitaire. Thèse de Doctorat nouveau régime en Ergonomie, Université Toulouse Le Mirail, Toulouse.
- Knibbe, J-J., & Friele, R-D. (1996). Prevalence of back pain and characteristics of the physical workload of community nurses. *Ergonomics*, 39(2), 186-198
- Lortie, M. (1986). Analyse du travail de manutention de patients des aides-soignants dans un hôpital pour soins prolongés. *Le Travail Humain*, 49(4), 313-332.
- Mohammed-Brahim, B. , & Garrigou, A. (2009). Une approche critique du modèle dominant de prévention du risque chimique. L'apport de l'ergotoxicologie. *Activités*, 6(1), 49-68.
- Noulin, M. (2000). Penser la prise de risque. La prise de risque est-elle un problème ? Comprendre que travailler c'est penser : un enjeu industriel de l'intervention ergonomique. Séminaire de Paris 1. Toulouse: Octarès.
- Poyen D., Gonfard P., Roques P., Santelli B., Bonaric C., Delarque A., 1992, Bilan d'une action de formation à la manutention de malades, *in* M. Estry-Behar, C. Gadbois, M.Pottier (Eds) : *Ergonomie à l'hôpital*, Octarès, Toulouse, pp. 229-233.
- Roquelaure, Y., Moisan, S., Brinon, C., & Juret, I. (2006). Troubles musculo-squelettiques du membre supérieur et des lombalgies dans le secteur santé : données du réseau de surveillance épidémiologique des Pays de la Loire de 2002 à 2004 : Rapport du LEEST- contrat CNRACL.
- Toupin, C. (2008). Expérience et redéfinition de la tâche dans le travail des infirmières de nuit : une recherche menée dans des unités de pneumologie Thèse de doctorat en ergonomie, Cnam, Paris.
- Villatte, R., Gadbois, C., Bourne, J.-P., & Visier, L. (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital*. Paris : Inter Editions.
- Villeneuve, J. (1999). Des équipements et des aménagements du pire vers le meilleur, Pour l'Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur Affaires Sociales. Objectif prévention, 22(3).

## REMERCIEMENTS

Ce projet a bénéficié de l'aide de la Mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MiRe-DREES) dans le cadre de l'IReSP.