



Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

11-2 | 2009

2e conférence du Groupe de recherche francophone sur les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants

Patient handling tools, use of the body and adopting the collective movements of healthcare workers

Instrumentos de manipulación de pacientes, utilización del cuerpo y apropiación de los gestos colectivos del personal de la salud

Sandrine Caroly, Stéphanie Moisan, Isabelle Juret, Céline Brinon, Marie-Pierre Guillo-Bailly et Yves Roquelaure



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/2368>

DOI : 10.4000/pistes.2368

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2009

Référence électronique

Sandrine Caroly, Stéphanie Moisan, Isabelle Juret, Céline Brinon, Marie-Pierre Guillo-Bailly et Yves Roquelaure, « Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 11-2 | 2009, mis en ligne le 01 novembre 2009, consulté le 10 décembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/2368> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/pistes.2368>

Ce document a été généré automatiquement le 10 décembre 2020.



Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants

Patient handling tools, use of the body and adopting the collective movements of healthcare workers

Instrumentos de manipulación de pacientes, utilización del cuerpo y apropiación de los gestos colectivos del personal de la salud

Sandrine Caroly, Stéphanie Moisan, Isabelle Juret, Céline Brinon, Marie-Pierre Guillo-Bailly et Yves Roquelaure

1. Introduction

- 1 La démarche d'évaluation et de prévention des risques dans le cadre d'un projet CNRACL¹ vise à conduire plusieurs études inter-CHU dans le but de construire une démarche spécifique au milieu hospitalier. L'un des axes porte sur la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) et lombalgies. Elle associe principalement les compétences de deux hôpitaux, celui d'Angers et celui de Grenoble, notamment avec une équipe pluridisciplinaire de chercheurs et d'intervenants en ergonomie, en épidémiologie et en santé au travail.
- 2 Les TMS 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...) (Bourgeois et coll., 2000 ; Vézina, 2000 ;

Roquelaure, 2001). Ces facteurs de risque se retrouvent entremêlés comme le décrivent les travaux en ergonomie et en épidémiologie. Ils découlent des expositions liées à l'évolution des produits, des modes d'organisation de la production, des systèmes de management, des contraintes de relations clients-fournisseurs, etc. (Daniellou, Escriva, 2008). Certains auteurs en ergonomie associent les TMS à un déficit généralisé de marges de manœuvre, à la fois dans l'exécution des gestes professionnels et dans les modes de management de la production et des ressources humaines (Coutarel, 2004 ; Douillet, Schweitzer, 2005 ; Bourgeois et coll., 2000).

- 3 Dans la prévention des TMS, il est nécessaire de prendre en compte les lombalgies, douleurs de la région lombaire (bas du dos) avec des possibilités d'irradiations ne dépassant pas le genou. Le lumbago se définit comme une douleur lombaire aiguë avec une sensation de blocage rachidien (Lasfargue, Roquelaure, Fouquet, Leclerc, 2003). Comme pour les TMS des membres supérieurs, cette pathologie peut être due à l'intensité et la durée d'exposition aux risques liés à la manutention de malades, mais aussi à l'organisation du travail et aux facteurs psychosociaux.

2. Manutention des patients et lombalgie chez les soignants

2.1 Le contexte réglementaire de la manutention en Europe

- 4 Rappelons d'abord quelques éléments du contexte légal de cette étude.
Si la reconnaissance de la lombo-sciatique comme maladie professionnelle chez les soignants (tableau 98) est récente, il existe néanmoins des directives depuis les années 1989 portant sur la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires (4^e directive particulière 90-269 du 29 mai 1990). 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 dorso-lombaires en mettant à la disposition des travailleurs des aides mécaniques ou, à 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).

2.2 Les programmes « zéro lift » nord-américains

- 5 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.
- 6 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 musculo-squelettiques 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).

- 7 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 ;
 - plusieurs systèmes d'aide à la manutention sont plus stressants que la manutention manuelle.
- 8 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.
- 9 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).
- 10 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.
- 11 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.
- 12 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.

3. Connaître les pathologies TMS et rachialgie en milieu hospitalier en France

- 13 D'après les données issues du dispositif de surveillance des TMS et lombalgies du réseau INVS des Pays de la Loire (293 salariés appartenant au secteur santé -Roquelaure et coll, 2005), les risques de lombalgies sont plus élevés dans la population des soignants, qu'ils soient hommes ou femmes, et les risques des TMS sont moindres par rapport à l'ensemble de la population active (Roquelaure et coll., 2006). Plus d'un salarié sur quatre du secteur santé a présenté, au cours des douze derniers mois, des symptômes de lombalgie plus de trente jours consécutifs. La prévalence des symptômes lombaires au cours des douze derniers mois est importante : 59,2 % des salariés du secteur santé rapportent la survenue de symptômes lombaires de type courbatures, gênes et/ou inconforts, 30 % durant les sept jours précédant l'examen clinique. Ces chiffres nous permettent d'évoquer la chronicisation de ces douleurs ou gênes lombaires.
- 14 L'hernie discale opérée en 2003 dans les Pays de la Loire montre que plus de 30 % des femmes du secteur de la santé sont touchées. La sciatalgie est plus élevée pour les femmes du secteur de la santé par rapport aux hommes du même secteur.
- 15 Ces pathologies lombaires sont dues non seulement à des contraintes biomécaniques, mais aussi à des contraintes psychosociales chez les personnels de soin.

3.1 Exposition aux contraintes biomécaniques

- 16 L'analyse de l'exposition des soignants aux facteurs de risque de TMS et de lombalgies fait apparaître une surexposition au port de charge (Roquelaure et coll, 2006) par rapport à l'ensemble des autres actifs : 10,9 % de port de charges lourdes pour le secteur santé contre 4,1 % pour l'ensemble du réseau et 17,9 % contre 5,6 % pour les salariés souffrant de lombalgie. La manutention de patients apparaît comme une contrainte forte pour le personnel soignant.
- 17 L'enquête ORSOSA (ORganisation du travail SOin et SAnté) (Bonnetterre et coll., 2009), dont la méthodologie comprend trois types d'outils (autoquestionnaire sur les plaintes et les caractéristiques de la nature de la tâche, observation de l'activité et examen clinique), a été réalisée dans les sept CHU du contrat CNRACL auprès de 4200 soignants. Cette enquête donne des précisions sur la nature de la manutention selon la profession à partir du questionnaire sur TMS (Roquelaure, 2005). 79 % des aides-soignantes manipulent de 1 à 10 fois par jour des patients lourds (plus de 100 kg) contre 69 % des infirmières. Le nombre moyen est de 11 patients manutentionnés par jour pour l'aide-soignante et il est de 7 patients pour l'infirmière. Les aides-soignantes rehaussent plus de 6 fois par jour le patient dans le lit ou le fauteuil (67 %), translatent le patient du lit au fauteuil (44 %),

retournent le patient (toilette, prévention escarre) tandis que les infirmières réalisent ces tâches plutôt de 1 à 5 fois par jour. De plus, les aides-soignantes vont avoir d'autres facteurs d'exposition à la manutention : fréquence plus élevée des transferts du lit au fauteuil, du tirer-pousser un lit ou un fauteuil, de la manutention de patients lourds que les infirmières (tableau 1). Les tâches de manutention susceptibles d'engendrer des douleurs aux deux épaules pour les infirmières sont les retournements du patient pour faire un soin ou un acte de nursing.

Tableau 1. Différents types de manutention selon les aides-soignantes et les infirmières atteints des deux épaules

Tâches de manutention		Aides soignantes	Infirmière
	Transfert	Plus de 6 fois***	/
	Retournement	/	Plus de 6 fois***
	Manutention de Patients lourds	Plus de 6 fois*	/
	Pousser lit	Plus de 6 fois*	/
	Pousser fauteuil	Plus de 6 fois*	/

3.2 Des contraintes psychologiques et organisationnelles

- 18 À ce cumul de contraintes physiques s'ajoutent des contraintes psychologiques et organisationnelles qui sont à prendre en compte comme une spécificité du travail hospitalier (Bonnetterre et coll., 2005). Dans le secteur santé, parmi les salariés ayant au moins un des six TMS², 34,4 % ont un faible soutien social, contre 32,3 % des autres secteurs. Les contraintes psychosociales varient selon les professionnels de soins. Les infirmières sont plus touchées par une demande psychologique élevée (34 %), tandis que la latitude décisionnelle est faible pour les aides-soignantes (63 %). Le statut des aides-soignantes et leur poste leur laissent une faible autonomie pour réorganiser leur action et agir sur l'organisation du travail.

4. Problématique de l'usage du corps et d'appropriation collective des instruments

- 19 Comprendre l'usage des outils d'aide à la manutention consiste à explorer, dans une approche d'ergonomie francophone, le rapport du sujet aux instruments et l'appropriation collective. En effet, l'artéfact l'outil d'aide à la manutention s'inscrit dans la relation entre soi, le patient et autrui (équipe de travail, y compris encadrement).
- 20 Ce qui nous intéresse particulièrement est la façon dont se développe au sein du collectif de nouveaux instruments par rapport aux artéfacts existants. Ce travail de recréation de

l'instrument par le collectif de travail a une valeur plus large que celle de l'utilisation des outils. Il révèle de l'efficacité et de l'efficience du collectif de travail dans cette activité d'appropriation par le biais de la « genèse instrumentale » (Béguin, Rabardel, 2000). En effet, il ne suffit pas de connaître l'usage de l'outil. Il faut comprendre son utilisabilité par rapport à l'activité, qui consiste à faire des choix dans son utilisation, à le modifier en fonction des situations rencontrées et à le confronter avec les autres.

- 21 Notre point de vue est qu'il faut pouvoir élargir la genèse instrumentale à la médiation par le collectif de travail, en plus de la relation du sujet à l'outil et du sujet au patient. Vygotski (trad., 1997) disait que « la transformation du milieu passe par la construction de l'outil (outil technique/outil intellectuel) ». Selon Rabardel, le sujet fait corps avec ses instruments par un processus d'instrumentation³ et d'instrumentalisation⁴. De la même façon, la sociologie de l'innovation donne une place centrale aux objets en soulignant que, chez les humains, il est presque impossible de reconnaître une interaction entre eux qui ne ferait pas appel à une technique. L'influence des objets techniques dans les interactions sociales aborde les questions de l'acceptabilité de l'objet, de sa facilité d'usage en intégrant son rôle social.
- 22 Notre problématique sur l'usage des outils d'aide à la manutention n'est pas celle de l'évaluation de l'efficacité de ces outils en matière de coût/bénéfice sur la prévention des lombalgies, comme le font les études nord-américaines. Il s'agit plutôt de décrire les activités de travail en montrant des évolutions des modes opératoires, des stratégies d'expérience, des pratiques collectives. Nous proposons de faire un pas de plus dans la compréhension des difficultés d'usage des outils d'aide à la manutention relatives aux contraintes de temps. Nous nous intéressons particulièrement à la réorganisation collective du travail : la répartition des tâches, les transmissions, etc. De plus, notre point de vue d'ergonome est centré traditionnellement sur le rapport au corps. Nous chercherons à créer un mouvement individuel et collectif par nos méthodes d'intervention.

5. Une démarche méthodologique de comparaison d'outils d'aide à la manutention et d'accompagnement des équipes de soignants

5.1 Comparaison de l'utilisation de trois instruments d'aide à la manutention

- 23 La méthodologie suivie pour évaluer l'utilisation du matériel d'aide à la manutention est une analyse globale de l'activité corroborée par des entretiens avec les différents acteurs des services de soins étudiés et des observations systématiques. Trois aides techniques ont été particulièrement étudiées (figure 1) : alèse, lève-patient sur rail au plafond (LPRP), lève-patient mobile au sol (LPMS). L'alèse et le LPMS ont été particulièrement étudiés car ils sont plus fréquemment présents dans les services. Le LPRP est une aide à la manutention incorporée au bâtiment lors de la construction.
- 24 Pour chacun de ces matériels, nous avons fait une étude de la durée, des postures et des aspects psychologiques et organisationnels.

Figure 1. Alèse, lève-patient mobile au sol, lève-patient sur rail au plafond



5.2 Essai d'une blouse avec poche

- 25 Avec ces trois outils, des expérimentations sur des prototypes de blouses avec poches ont été réalisées. Ces blouses possèdent des poches qui permettent au patient de s'agripper pour faciliter les tâches de manutention par les soignants.
- 26 Les objectifs des essais étaient d'évaluer du côté des soignants si ce nouveau matériel soulage leur dos et leur permet de lever seul un patient. Du côté des patients, il s'agissait de mesurer la participation active du patient à la manutention. Les essais ont été réalisés dans un service de gériatrie auprès de cinq soignants durant cinq jours dans quatre tâches de manutention (transfert lit-fauteuil, rehausser au fauteuil, lever du malade au lit, toilette) et auprès d'une ergothérapeute durant un mois. Les supports utilisés pour l'évaluation ont été la passation d'un autoquestionnaire d'évaluation journalier des cinq soignants et de l'ergothérapeute sur plusieurs critères d'efficacité, d'effort, de douleur, de sécurité, et d'une observation sur les postures avant/après introduction du matériel. De plus, un questionnaire a été administré au patient pour évaluer ses capacités et sa satisfaction, comme dans les études de Nelson (2006). Cependant, notre questionnaire construit par notre équipe de recherche n'a pas fait l'objet d'une validation.

5.3 Accompagnement des équipes à l'introduction de ces matériels d'aide à la manutention dans les activités des services de gériatrie

- 27 Afin de comprendre les difficultés d'utilisation du matériel d'aide à la manutention, nous avons réalisé des analyses du travail dans un service de gériatrie comprenant une unité de rééducation et une unité de long séjour. La population de ce service se caractérise par des agents d'un âge peu élevé et d'une ancienneté faible. Les cadres et direction de ce service nous avaient alertés sur les difficultés de stabilité du personnel en gériatrie. Notre méthodologie s'est basée sur la réalisation d'observations sur le terrain d'une dizaine d'agents volontaires : 6 infirmières, 2 aides-soignantes et 2 agents hospitaliers. Les tâches en gériatrie correspondent principalement à des actes de soins et de nursing. L'observation a porté sur les gestes, les postures, les déplacements, et les verbalisations, en lien avec les outils de travail et les relations avec les collègues, l'encadrement et le patient. Ces observations ont eu lieu sur différentes séquences de travail pour comprendre la diversité des situations de travail. Après des restitutions individuelles et collectives visant une coanalyse du diagnostic global, l'axe de l'organisation du travail a été travaillé en sous-groupe de professionnels pour la mise en œuvre de transformations de la situation de travail.

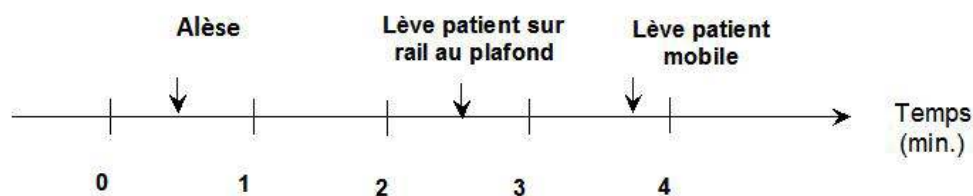
- 28 La méthodologie d'intervention a eu pour but d'amorcer un travail de construction d'une organisation collective du travail visant à prévenir durablement les TMS et lombalgies. Nous sommes partis du constat d'une désorganisation du travail dans ce service pour inviter les professionnels à ne plus être en solitude face à l'activité, en travaillant spécifiquement sur des séquences de travail. Il s'agissait de trouver avec eux des nouveaux modes de coordination entre les professionnels facilitant la manutention des patients avec l'usage des outils, d'organiser la répartition des tâches et d'avoir une réflexion collective sur ce que change l'usage d'artéfacts matériels dans le rapport au corps et dans la relation avec le patient.
- 29 Après plusieurs échanges entre les professionnels et des simulations en grandeur nature de modes d'organisation du travail, construits par le collectif, associant la coordination des autres activités, nous avons réalisé une évaluation à six mois.

6. Les résultats

6.1 Usage des instruments d'aide à la manutention

- 30 Si l'on compare l'usage de trois types d'instruments pouvant aider à la manutention de patients, nous observons des différences selon la nature de l'activité, le niveau de dépendance du patient, les efforts de soulèvement et les contraintes temporelles (Moisan, Brinon et coll., 2006).
- L'alèse est plus utilisée pour le transfert du lit au fauteuil, le réajustement de l'assise, le relever du sol pour les patients légers et de dépendance partielle ou forte.
 - Le lève-patient mobile au sol est principalement utilisé pour le transfert du lit au fauteuil. Les patients sont lourds, de dépendance forte ou totale⁵.
 - Le lève-patient sur rail au plafond est utilisé pour le transfert du lit au fauteuil ou le transfert lit-douche. Les patients sont lourds, de dépendance forte ou totale.
- 31 Des chroniques d'activité montrent une diminution des contraintes lors de la manutention avec des aides adaptées au degré d'autonomie du patient, mais pas de suppression pour autant des contraintes. L'utilisation de lève-malades sur rail au plafond engendre moins d'efforts de soulèvement que le lève-patient et ensuite que l'alèse. Par contre, l'utilisation de l'alèse est préférée en temps d'intervention (moins de 1 min), tandis que le lève-malade sur rail au plafond prend en moyen 2 1/2 min. et le lève-patient mobile au sol environ 3 1/2 min (cf. figure 2).

Figure 2. Temps d'utilisation des trois matériels d'aide à la manutention dans une tâche de transfert lit-fauteuil



- 32 Le relevé d'activité de manutention avec l'alèse indique un fléchissement du tronc entre 20 et 45°, provoquant une pression exercée sur les disques lombaires. La manutention de patients à l'aide de l'alèse, réalisée dans des postures inconfortables (à cause de difficultés

d'accessibilité), augmente les risques de lombalgie. De plus, la manutention à l'aide de l'alèse comporte un risque de déséquilibre et de chute du patient et nécessite une force importante de retenue du corps par le soignant seul et une bonne coordination des forces pour des soignants travaillant à deux.

- 33 Le lève-patient mobile comporte deux grands types de risques : le risque d'erreur dans la hauteur d'attache des sangles ou quand le soignant maintient le patient en posture assise au moment d'attacher les sangles à la potence ; la difficulté à fixer les freins pendant l'activité du soignant peut conduire à des risques de chutes ou de déséquilibre. On trouve aussi un déplacement des risques biomécaniques : pousser le matériel et rotation du tronc comme dans les études Jocelyn Villeneuve (1994).
- 34 Tout comme le lève-patient mobile, le lève-malade sur rail au plafond engendre des retournements sur le côté pour disposer le hamac mais pas de flexion $\geq 45^\circ$. On observe des postures avec un bras au-dessus du niveau des épaules pour tirer le moteur et un effort pour accompagner le déplacement du corps du patient dans le hamac du lit au fauteuil. À ce propos, les professionnels se sont plaints de changements de localisation des douleurs depuis l'utilisation de ce matériel : passage de douleur du bas du dos aux épaules.
- 35 Selon Villeneuve (1997) et Daguet (2000), le lève-personne sur rail au plafond améliore la qualité de soins et réduit de moitié les accidents du travail à l'origine de maux de dos. Cet appareil apparaît comme l'aide mécanique présentant le meilleur rapport coûts/bénéfices.

6.2 Essai d'un nouveau matériel

- 36 L'observation de la manutention avec la blouse à poches dans la situation de transfert du lit au fauteuil indique une posture principale « penchée en avant » et aucune posture avec les bras tendus. La blouse avec poches semble mieux adaptée du point de vue des contraintes posturales pour les tâches de levers du lit que pour celles de rehaussements dans le lit ou le fauteuil et les tâches de transfert. Une nouvelle utilisation de la blouse est apparue à la suite des essais avec les professionnels : l'aide à la marche. Il s'agit là de la recréation de l'usage de l'artéfact en instrument. En effet, les soignants ont créé un déplacement dans l'utilisabilité de cette blouse. Ce mouvement des professionnels vers une autre utilisation de la blouse que celle qui était prévue initialement montre un processus d'instrumentalisation et une appropriation collective de cet instrument. Le rapport du sujet et du collectif à la blouse ouvre à d'autres fonctionnalités dans la réalisation de la tâche, notamment en élargissant les possibilités relationnelles avec le patient.
- 37 Une des limites d'utilisation de cette blouse est celle de la compréhension du patient et de sa capacité de coopération. Le soignant lui demande de mettre ses mains dans les poches. Le temps nécessaire pour comprendre où sont les prises et s'accrocher est assez court (environ 11 secondes), mais tous les patients ne comprennent pas ce qu'on leur demande de faire (par exemple, patient ayant des troubles psychologiques ou neurologiques). Par ailleurs, les patients arrivent moins spontanément à atteindre les poches au niveau des bras ou des épaules indiquées par le soignant que celles situées dans la zone ventrale ou de la poitrine, zone d'agrippement habituelle sur les vêtements des professionnelles. Le geste quotidien du patient est perturbé par l'introduction d'un nouvel artéfact dans la

relation de soin. Certains patients n'ont pas non plus la force de s'agripper ou de serrer leur main dans la poche. Le travail collectif entre le soignant et le soigné est empêché.

6.3 Le rapport au corps, une limite d'utilisation de l'instrument

- 38 À partir de la question « comment trouver un instrument qui s'inscrive dans l'activité des soignants tout en diminuant les contraintes d'exposition au risque de manutention ? », nous avons exploré les raisons de la non-utilisation du matériel d'aide à la manutention dans les services de soins.
- 39 La sous-utilisation du matériel est liée d'une part à des conditions de travail ne favorisant pas son utilisation (accessibilité, espaces et environnement de travail, manque d'information et de formation, contraintes temporelles...) (Villatte et coll., 1993). Elle trouve aussi d'autre part son origine dans la non-adéquation du matériel aux critères de dépendance du patient (poids, désordre mental...) ou dans des conditions organisationnelles ne favorisant pas son utilisation (absence de travail collectif, manque d'effectifs, difficultés de coordination entre infirmières ou aides-soignantes...). Ces résultats sont déjà connus et bien documentés dans la littérature nord-américaine (Nelson, 2006).
- 40 Nos travaux nous amènent à entrevoir une autre hypothèse en complément des explications déjà avancées. L'introduction d'un outil d'aide à la manutention crée un nouvel artefact dans la relation entre le soignant et le soigné et interroge les fondements du métier de soignant. Rappelons brièvement que l'infirmière ou l'aide-soignante fait traditionnellement l'usage de son corps pour manutentionner un patient. La figure du soignant correspond à l'image de quelqu'un qui touche, porte, soutient, maintient l'autre, tout en gardant une attitude bienveillante. L'identité professionnelle des soignants est fondée sur un usage du corps dans la relation de soin (Molinier, 1992, Carpentier-Roy, 1995). L'introduction d'un matériel de manutention dans cette relation de soins pose des questions sur le sens du geste professionnel, sur la « dimension subjective de l'activité » (Clot, 2004).
- 41 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. L'éthique du *care* s'inscrit donc dans un mouvement de réhabilitation des émotions et des sentiments dans la théorie morale et sociale. Soares (2000) défend l'idée que le travail est la scène de la (re)production de différentes émotions. Cet auteur cherche à comprendre une forme particulière de l'expression des émotions : les larmes au travail. Il nous fait découvrir cette dimension à partir de témoignages recueillis auprès de travailleurs et travailleuses œuvrant dans le secteur des services.
- 42 Dans le cas du matériel de manutention, l'usage de l'instrument crée une distance physique entre le soignant et le soigné. Dans le cas des essais des blouses, 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.

- 43 L'approche de l'ASTASS sur la « manutention relationnelle » (Bleau, Poulin, 2001) apporte un regard complémentaire sur l'usage du corps par le soignant dans sa relation avec le soigné. En utilisant le matériel de manutention, le soignant doit prendre soin de l'autre pour prendre soin de lui. Il continue à poursuivre des objectifs de sollicitation au maximum des capacités du patient pour l'aider à conserver son autonomie. Le fait d'aider totalement un client âgé le « prive de ses mouvements, l'enferme dans une paresse neurologique, puis dans une dégradation intellectuelle » (Bleau, Poulin, 2001). Il s'agit donc de s'interroger sur l'approche de la manutention relationnelle pour éviter de « tout faire à la place du client » et trouver des moyens de s'économiser dans la santé physique et psychique des soignants.
- 44 Nos observations de terrain nous ont permis d'explorer ces difficultés pour les soignants. Nous les avons confrontés par groupe de professionnels (les infirmières, les aides-soignantes, séparément) sur ce que l'introduction d'un artéfact matériel change dans la relation avec le patient et la façon dont il sollicite le patient. Il apparaît que l'identité au travail est modifiée par ce rapport au corps plus distancié, mais qu'il est possible de retrouver du sens dans son travail en mobilisant les capacités motrices du patient et en assurant la poursuite d'un lien affectif. Ces échanges ont permis aux soignants de réorganiser le travail autour de « ne pas tout faire à la place du client », ce qui nécessite une certaine confiance mutuelle au sein du collectif de travail.

6.4 Appropriation de gestes collectifs des soignants

- 45 Une question reste encore ouverte : « Les instruments de manutention permettent-ils à l'agent une manutention dans une économie rachidienne des conditions de sécurité (mentale et physique) et des conditions optimales pour le patient ? »
- 46 Notre étude apporte quelques éléments sur cette recherche de compromis qui reste à approfondir. L'utilisation d'instruments d'aide à la manutention n'est rendue possible que dans le cadre d'un travail collectif situé à deux niveaux : agent/patient et agent/agent.
- 47 En effet, l'étude sur l'usage des instruments apparaît comme un moment propice pour questionner l'activité des professionnels, et notamment la nature des échanges avec le patient, l'organisation du travail, les relations entre les métiers. D'abord, les modalités d'utilisation des instruments d'aide à la manutention 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. Un accompagnement à l'introduction d'un nouveau matériel laissant des possibilités de développement de l'instrument en fonction des pratiques professionnelles de chacun est ici essentiel pour assurer une utilisation optimale de ces artéfacts.
- 48 Par exemple, dans le service de gériatrie, la démarche ergonomique a conduit les professionnels à interroger leur organisation du travail à partir d'une confrontation sur des séquences d'action source de TMS et de lombalgies (Caroly, 2005). La séquence du petit-déjeuner est particulièrement intéressante pour l'illustrer. C'est le moment d'une activité collective entre les infirmières, les aides-soignantes et les agents de services hospitaliers, où chacun est pris dans des tâches spécifiques de soins, de toilettes ou de distribution des plateaux repas, et concourt en même temps à un but commun - « que les patients soient bien installés pour manger ». Les premières observations lors de cette séquence avec l'équipe montrent une désorganisation du travail, un manque de

coordination conduisant à des situations à risque de TMS et de lombalgies. Ainsi, le patient rehaussé le premier dans le lit a glissé quand le plateau arrive et l'agent hospitalier doit à nouveau le rehausser, le patient manifeste son mécontentement lorsque le plateau arrive et qu'il n'a pas été rehaussé par l'infirmière et n'a pas reçu ses médicaments, etc. La construction collective d'un circuit de distribution des petits-déjeuners n'a été possible qu'à partir d'une confrontation sur les conditions réelles du travail, qui obligeait les professionnels à sortir de leurs réclamations « manque d'effectif, manque de moyens », discours en référence à la tâche. Lorsque nous avons introduit plus tard du matériel de manutention dans ce service, les échanges entre les professionnels portaient davantage sur les modalités de conception de leur organisation du travail et des modalités de coopération en lien avec l'activité de travail.

- 49 L'appropriation collective d'un nouvel instrument modifie en profondeur les stratégies opératoires et conduit au développement de l'activité de chacun dans certaines conditions. Il s'agit d'avoir les conditions de construction ou d'investissement des marges de manœuvre pour développer des modalités d'action avec cet instrument et élaborer des gestes possibles. Le collectif de travail joue un rôle important dans la réorganisation du travail. Prendre en compte l'action collective dans l'appropriation d'un outil d'aide à la manutention c'est faire référence plus à l'activité qu'à la prescription.
- 50 Il existe au sein de l'équipe de travail une répartition informelle du travail entre les soignants jeunes et ceux âgés. Les personnels jeunes font davantage les tâches de manutention (rehausser le patient) tandis que les personnels plus âgés ont une activité de planification du travail, d'organisation de l'action (approvisionnement du chariot, gestion de l'information, etc.). D'après les données issues du questionnaire TMS de l'enquête ORSOSA, on observe une augmentation des douleurs TMS et des maux de dos avec l'avancée en âge. Cependant, la localisation des douleurs varie selon l'âge. Les jeunes de 20 à 30 ans ont plus de douleurs lombaires et au dos. Tandis que les femmes âgées de 50 à 60 ans ont plus de douleurs aux épaules, aux coudes ou aux mains, qu'elles soient infirmières ou aides-soignantes. Bien que des phénomènes de sélection puissent être à l'œuvre (les personnels âgés quittent leur emploi quand les douleurs lombaires sont trop élevées), nous pouvons penser aussi qu'avec l'avancée en âge, les soignants ont développé des stratégies dans le travail qui leur permettent de préserver leur santé tout en assurant la performance. Par exemple, nous avons observé des aides-soignantes ou des infirmières âgées qui adoptent des gestuelles leur évitant de se faire mal, comme coller son buste ou sa jambe contre le lit pour avoir un point d'appui lors de la manutention, demander une coopération au patient lors du transfert du lit au fauteuil, apporter dans la chambre tout le matériel de soins pour anticiper sur les déplacements au chariot situé dans le couloir et éviter l'interruption dans les tâches de manutention, etc.
- 51 Par ailleurs, on observe une différence sur l'aide demandée à un collègue pour manutentionner le patient selon la profession : les infirmières sont plus aidées quelque fois dans la semaine, les aides-soignantes soit pas du tout ou quelques fois dans la journée. Cependant, qu'elles soient infirmières ou aides-soignantes, 34 % d'entre elles se font aider à chaque fois. Des modes d'organisation du travail différenciés et des possibilités de travail collectif apparaissent dans certaines équipes de soins. Les infirmières utilisent de façon moins fréquente le matériel d'aide à la manutention que les aides-soignantes. Ces résultats confirment une différence d'activité entre ces deux catégories de soignants. Si des facteurs communs apparaissent pour ces deux professions, « le travail bousculé » et les « interruptions des tâches » fréquentes, il n'en reste pas moins

que « *travailler très vite* » et « *travailler intensément* » est plus important pour les infirmières. Nous observons plus de constitutions de binômes d'une même profession qu'entre différents professionnels (aide-soignante et infirmière).

- 52 Nous sommes ici loin des expériences de *lifting team* ou de *zéro lift*, développés en Amérique du Nord et au Canada. En effet, nous nous interrogeons sur les raisons des difficultés d'usage des matériels d'aide à la manutention afin de conduire une prévention des risques plus durable. Dans le cas du milieu hospitalier, les cadres infirmiers sont des acteurs clés de l'organisation du travail. Leur conception de l'organisation du travail repose sur un modèle de gestion, soumis à des impératifs de production et de qualité, qui ne prend finalement pas beaucoup en compte les régulations individuelles et collectives du personnel soignant.
- 53 Les directions hospitalières font de gros investissements dans les lits à hauteur variable ou le matériel de manutention, pensant résoudre ainsi les TMS (zéro manutention manuelle). Or, les critères de performance sont à saisir davantage dans l'activité de travail, les formes d'organisation collective du travail, les besoins en formation, les stratégies mises en œuvre avec l'âge et l'expérience pour préserver sa santé.

7. Conclusion et retombées de la recherche

- 54 Sur les unités de gériatrie au CHU de Grenoble, la mise en place de lève-personnes avec rail au plafond complétée par une réorganisation collective du travail et une réflexion sur l'évolution des pratiques professionnelles, et notamment le rapport au corps, conduit à une diminution de l'absentéisme pour lombalgie de 10 %, alors que les absences issues d'un accident de travail relatif à une lombalgie par suite d'une manutention étaient élevées pour l'année 2003 (37 %) dans ces services de gériatrie. On observe par ailleurs une réduction de *turn-over*.
- 55 Au-delà de ces aspects de mesure de l'impact de l'introduction des lève-personnes avec rail au plafond sur l'absentéisme, cette étude a permis d'enrichir le cahier des charges des concepteurs. Elle a non seulement amélioré les critères ergonomiques du matériel (poignée de direction, pied pouvant s'encaster dans le mobilier, réglage de la largeur de l'embase, poignée de maintien du patient, roues, freins, capacité de levage, etc.), mais elle a facilité surtout l'acquisition d'une connaissance plus fine des concepteurs sur les situations de travail des soignants. Une démarche d'achat d'équipement a été entreprise dans les hôpitaux d'Angers et de Grenoble : analyse des situations de travail, analyse des besoins réels, constitution d'un dossier de demande, essais comparatifs en équipe multidisciplinaire, achat consensuel, évaluation par les agents et le patient (retour d'expérience pour d'autres services).
- 56 Les retombées les plus significatives de cette recherche sont celles d'une implication institutionnelle et des partenaires sociaux sur la priorité donnée à la prévention des lombalgies et des TMS, et celles d'une amélioration de l'organisation du travail et des modalités de coopération dans la manutention avec les outils d'aide au levage. Le développement de l'activité des soignants favorise un regard critique sur les changements techniques et organisationnels et permet de discuter du travail dans les évolutions du métier. Aujourd'hui, les soignants disent savoir comment l'autre travaille et ont construit des relations de confiance sur la façon de réaliser le travail seul ou à deux, avec une meilleure répartition des contraintes de travail au sein de l'équipe soignante.

- 57 En conclusion, notre recherche sur l'appropriation des instruments d'aide à la manutention donne, d'une part, des critères d'utilisation de ces instruments dans l'activité de soins utiles pour faire des recommandations aux concepteurs de matériel qui s'orientent vers la prise en compte de la relation de soins entre le soignant et le patient, y compris l'usage du corps dans la manutention, et des ressources du patient. D'autre part, la relation avec le patient nécessite des conditions de sécurité et un temps d'apprentissage pour que la manutention se réalise avec un moindre effort, rapidité et confort. La transformation porte aussi sur la construction du collectif de travail dans le but de faciliter une réorganisation du travail, source de santé physique et psychique.

BIBLIOGRAPHIE

- Bleau, J., Poulin, P. (2001). La manutention relationnelle : « Vous êtes capable madame ! ». *Objectif prévention*, vol. 24, n° 5.
- Bonnetterre, V., De Gaudemaris, R., Caroly, S. (2005). Quantification of Psychosocial & Organizational Factors at Work (« POW Factors »): Special tools for Healthcare Workers Epidemiology, 4th ICOH, Newport Beach, 9-11 March 2005.
- Bonnetterre, V., Elhinger, V., Balducci, F., Caroly, S., Jolivet, A., Sobaszek, A., de Gaudemaris, R., Lang, T. (2009). Measuring organisational constraints among hospital workers. Validation of an extended version of the Revised Nursing Work Index-Organisation: the RNWI-F. *Occupational and Environmental Medicine* (à paraître).
- Beguïn, P., Rabardel, P. (2000). Designing for instrumented mediated activity. In Berstelson, O., Bodker, S. (ed.). Information technology in human activity. *Scandinavian Journal of Information Systems*, vol. 12, 173-190.
- Berthelette, D., Leduc, N. (2006). Les activités PDSB dans les établissements de santé : résultats de l'étude. *Objectif prévention*, vol. 29, n° 3.
- Bourgeois, F., Lemarchand, C., Hubault, F., Brun, C., Polin, A. et Faucheux J.M. (2000). *Troubles musculosquelettiques et travail. Quand la santé interroge l'organisation*. Éditions ANACT, collection Outils et méthodes.
- Caroly, S. (2005). Conditions de la prévention durable des lombalgies des personnels hospitaliers : intervenir sur l'organisation collective du travail. 40^e Congrès de la SELF, Ergonomie et prévention durable, 21-23 septembre 2005, La Réunion, p. 266- 274.
- Carpentier-Roy, M.C. (1995). *Corps et âme, psychopathologie du travail infirmier*, Liber.
- Clot, Y. (1998). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. La découverte, Paris, 275 p.
- Coutarel, F. (2004). *La prévention des troubles musculo-squelettiques en conception : quelles marges de manœuvre pour le déploiement de l'activité ?* Thèse, Université Bordeaux 2, LESC, France.
- Daguet, I. (2000). Lève-personne sur rail, pour améliorer la qualité des soins. *Objectif prévention*, vol. 23, n° 5.

- Daniellou, F., Escriva, E. (2008). Les conditions d'une prévention durable des TMS. *Santé et travail*, n° 62 - 04/2008.
- Douillet, P., Schweitzer, J.M. (2005). Les conditions d'une prévention durable des TMS. Éditions ANACT, Études et document, Lyon, 6-12.
- Floury, M.C., Rouxel, C., Vinck, L., Magaud-Camus, I. (2006). La manutention manuelle de charges en 2003 : la mécanisation n'a pas tout réglé. *Premières synthèses*, n° 11.3, mars 2006. Darès.
- Lasfargue, G., Roquelaure, Y., Fouquet, B., Leclerc, A. (2003). *Pathologie d'hypersollicitation périarticulaire des membres supérieurs*. Masson, Paris.
- Moisan, S., Brinon, C., Juret, I., Roquelaure, Y., Caroly, S., Josselin, V., Ripault, B. (2006). Utilisation des matériels dans le milieu hospitalier. *Actes du 41^e Congrès de la SELF*, Caen, septembre 2006, p. 331-338.
- Molinier, P. (1992). *L'acte de compatir dans le travail infirmier*. Mémoire de DEA de psychologie clinique. Université Paris VII. 69 p.
- Nelson, A. (2006). *Safe Patient Handling and Movement. A Practical Guide for Health Care Professionals*. Springer.
- Roquelaure, Y. (2001). Caractérisation des TMS. *Santé et travail*, 35, 32-33.
- Roquelaure, Y., Ha, C., Sauteron, M. (2005). *Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de Loire ; Surveillance en entreprises en 2002*, Rapport INVS.
- 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., 24 p.
- Soares (2000). Au cœur des services : les larmes au travail. *PISTES*, vol. 2, n° 2 www.pistes.uqam.ca/v2n2/articles/v2n2a5.htm
- Vézina, N. (2000). Quelles sont les relations entre travail et TMS ? In INRS (eds.) *Prévenir les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur. De la réflexion à l'action*. Paris, p. 14-18.
- Villatte, R., Gadbois C., Bourne, J.P., Visier, L. (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital*. InterÉditions, Paris.
- Villeneuve, J. (1994). Étude comparative de deux concepts de lève-personne pour les manutentions des bénéficiaires dans les soins de longue durée. *Actes du congrès de l'IEA*, Toronto.
- Villeneuve, J. (1997). Les équipements d'aide au transfert. *Objectif prévention*, vol. (quel numéro ?), n° 2, 25-28.
- Villeneuve, J. (2005). Le « lifting-team » une approche qui a fait ses preuves aux États-Unis ! *Objectif prévention*, vol. 28, n° 3, 4-6.
- Villeneuve, J. (2006). La tendance en Amérique du Nord : zéro soulèvement manuel. *Objectif prévention*, vol. 29, n° 3.
- Villeneuve, J. (2008). Les meilleures pratiques de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) reliés au transfert de patients en Amérique du Nord. Actes du 2^e Congrès francophone sur la prévention des TMS, 18-19 juin, Montréal, Québec, www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSSST/Conference-TMS-2008.pdf
- Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage* (F. Sève, trad.), 3^e éd. Paris : La Dispute.

NOTES

1. CNRACL- Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.
 2. Les six principales localisations des TMS retenus sont les douleurs à la main, au coude, à l'épaule, cervicales, lombaires, au bas du dos.
 3. L'instrumentation désigne le processus de genèse instrumentale orienté vers le sujet lui-même, par l'assimilation de nouveaux artefacts aux schèmes et l'accommodation des schèmes aux nouveaux artefacts.
 4. L'instrumentalisation désigne le processus de genèse instrumentale orienté vers l'artefact, par la spécification et l'enrichissement de ses propriétés par le sujet qui lui donne un statut de moyen pour l'action et l'activité.
 5. Les patients totalement dépendants ne peuvent pas apporter d'aide ou de coopération au soignant lors de la manutention.
-

RÉSUMÉS

L'objectif de cet article est double : comprendre les effets de l'utilisation d'instruments d'aide à la manutention sur les contraintes d'exposition au risque de lombalgie et faire des recommandations aux professionnels de santé sur la façon de faire évoluer leur rapport aux instruments, ainsi que sur les critères et modalités d'utilisation sur lesquelles pourront s'appuyer les concepteurs. Les raisons motivant cette orientation de l'étude sont les suivants : constat d'une faible utilisation du matériel d'aides à la manutention dans les services de soins, des accidents lombalgiques très élevés lors de la manutention de patient, des préoccupations des décideurs des CHU centrés sur l'achat d'équipement.

La méthodologie choisie repose sur un diagnostic ergonomique des activités de manutention de patients, à partir d'observations accompagnées de mesures comparant trois outils d'aide à la manutention de patient (alèse, matériel mobile, rail au plafond), de données issues d'expérimentation de nouveau matériel, et de données épidémiologiques sur les relations entre contraintes de manutention et effet sur la santé.

The aim of this article is twofold: 1) to understand the consequences of using patient handling tools on the risk factors for Upper Extremity Musculoskeletal Disorders (UEMSDs) and low back pain; and 2) to make recommendations to health professionals about how to improve their relationship with the tools as well as about the utilization criteria and methods on which designers can base their work. The reasons for studying this aspect was the low use of patient handling tools in real practice, the high number of low back injuries during patient handling, and the concerns of UHC management about the purchase of equipment.

The chosen methodology was based on an ergonomic diagnosis of patient handling activities, from observations accompanied by measurements comparing three patient handling tools (quilted pads, mobile equipment, rail on the ceiling), data resulting from testing new material, and epidemiological data on the relationships between handling constraints and health impacts.

El objetivo de este artículo es doble : comprender los efectos de la utilización de instrumentos de ayuda a la manipulación de pacientes sobre los riesgos de exposición al riesgo de lumbalgias y hacer recomendaciones a los profesionales de la salud sobre la manera de hacer evolucionar su relación con tales instrumentos así como sobre los criterios y modalidades que puedan apoyar los conceptores de tales instrumentos. Las razones que motivan esta orientación del estudio son las siguientes : se constata la poca utilización del material de ayuda a la manipulación de pacientes en las unidades hospitalarias ; existe un número elevado de accidentes que producen lumbalgias durante esta manipulación ; los decididores de los centros hospitalarios universitarios (CHU) están centrados en la compra de este material. La metodología seleccionada reposa sobre : un diagnóstico ergonómico de las actividades de manipulación de pacientes a partir de observaciones con tres instrumentos de ayuda (sábana, material móvil, riel en el techo) ; el análisis de datos recogidos durante la experimentación de nuevos instrumentos, el análisis de datos epidemiológicos sobre las relaciones entre las dificultades de manipulación y su efecto sobre la salud del personal.

INDEX

Mots-clés : instruments de manutention, lombalgie, travail collectif, soignants, corps

Keywords : handling tool, lower back pain, collective work, caregiver, body

Palabras claves : instrumentos de manipulación, lumbalgia, trabajo colectivo, personal de la salud, cuerpo

AUTEURS

SANDRINE CAROLY

PACTE - Politique Organisations, U.M.R. CNRS/ (CRISTO), Université Pierre Mendès France de Grenoble, BP47- 38 040 Grenoble Cedex 9, Sandrine.Caroly@upmf-grenoble.fr

STÉPHANIE MOISAN

Service de santé au travail- CHU- 49933 Angers cedex 09, StMoisan@chu-angers.fr

ISABELLE JURET

Service de santé au travail- CHU- 49933 Angers cedex 09

CÉLINE BRINON

Service de santé au travail- CHU- 49933 Angers cedex 09

MARIE-PIERRE GUILLO-BAILLY

Laboratoire d'Epidémiologie et d'Ergonomie en Santé au Travail, UFR Médecine- 49933 Angers

YVES ROQUELAURE

Laboratoire d'Epidémiologie et d'Ergonomie en Santé au Travail, UFR Médecine- 49933 Angers