



Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants

*Understanding patient handling to increase its standing: a means for the
construction of health for healthcare professionals*

*Comprender la manutención manual de pacientes para valorizarlo : una vía de
construcción de la salud de los profesionales de salud*

Dorothee Malet et Tahar-Hakim Benchekroun



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/834>

DOI : 10.4000/pistes.834

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2012

Référence électronique

Dorothee Malet et Tahar-Hakim Benchekroun, « Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 14-1 | 2012, mis en ligne le 01 mai 2012, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/834> ; DOI : 10.4000/pistes.834

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.



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

Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants

Understanding patient handling to increase its standing: a means for the construction of health for healthcare professionals

Comprender la manutención manual de pacientes para valorizarlo : una vía de construcción de la salud de los profesionales de salud

Dorothee Malet et Tahar-Hakim Benchekroun

Introduction

- Ce travail, centré sur la compréhension des activités de soin liées à la manutention de patient, s'est construit et s'est développé au fil de formations sur la manutention de personne, comme stagiaire et puis comme formatrice. Une longue expérience de terrain en tant que soignante a permis d'étayer cette réflexion sur le lien entre « manutention-soin » et santé des soignants. Il nous a semblé que le passage d'une conception centrée exclusivement sur la biomécanique et le travail physique de type « manutention-port de charge » à une conception centrée sur la finalité et le sens de l'activité de « manutention-soin » participait à faire connaître et à faire « redécouvrir » autrement la dimension du « prendre soin ». Cette réflexion a connu une première démarche de structuration, de conceptualisation et d'évaluation dans un cadre académique¹. Elle s'est prolongée par un travail d'approfondissement centré à la fois sur la définition d'une meilleure grille d'analyse de l'activité de manutention et sur un travail documentaire plus large visant à couvrir le périmètre de la problématique en question.

Contexte général des activités de manutention des patients

- 2 Le secteur de la santé connaît depuis des années une transformation profonde, notamment en France. Les méthodes de gestion réservées un temps aux activités industrielles manufacturières se mettent en place progressivement dans le secteur hospitalier avec une volonté de le rationaliser et d'optimiser ses processus organisationnels et managériaux. La recherche de la maîtrise des coûts ainsi que la démarche qualité ont également conduit à une modification des modes d'organisation du travail (Dougnet et Munoz, 2005). L'emploi ainsi que la gestion des ressources humaines n'échappent pas à ce processus d'optimisation, ils connaissent aussi des ajustements drastiques. La dégradation continue des conditions de travail, le manque de reconnaissance rendent les professions de la santé moins attractives, entretenant ainsi une pénurie de personnel. Ce contexte n'est pas propre à la France ; au Québec, la plupart des établissements de santé, publics ou privés, connaissent également des restrictions budgétaires qui induisent une réorganisation des soins (Lortie, 2002).
- 3 Or, paradoxalement, le besoin en soin ne cesse de croître du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de la prise en charge de pathologies de plus en plus lourdes. L'adéquation entre la demande de soin et le soin effectif devient difficile, accentuant de façon importante les difficultés des soignants ainsi que les risques iatrogènes. Ces difficultés et risques sont relayés régulièrement par les médias, notamment lors de la survenue d'erreurs graves. Le malaise de la profession semble s'accroître (Ravallec, Brasseur, Bondéelle, Vaudoux, 2009) et un tiers du personnel paramédical quitte la profession de façon prématurée (Desriau, 2009). Cette situation de malaise et de dégradation des conditions de travail s'observe aussi au travers des risques auxquels sont exposés les professionnels : risques psychosociaux (stress, burn-out) et risques musculosquelettiques (TMS). Ainsi, la manutention de patient est reconnue dans le milieu comme l'un des facteurs déterminant dans la survenue des TMS, notamment les lombalgies (Läubli, 2006). Toutefois, l'ensemble des soins de base est considéré, d'une façon générale, comme responsable de lombalgies et autres troubles musculosquelettiques (Puyo, 1999). Chaque année, les déclarations de maladies professionnelles liées à ces pathologies croissent inexorablement².
- 4 Pour autant, la manutention constitue avant tout un acte pluriquotidien pour les aides-soignants et les infirmiers. Elle représente une part non négligeable de leur charge physique et, à ce titre, elle constitue un véritable enjeu pour la prévention. Si la manutention de patients semble souvent se restreindre à une tâche « ingrate », coûteuse physiquement, ne suscitant que peu de reconnaissance (Molinier, 2006), elle n'en demeure pas moins un acte essentiel dans la prise en charge d'un patient dont les ressources physiques et/ou cognitives peuvent limiter l'autonomie.

1. Différentes dimensions du « soin de manutention »

- 5 À titre liminaire, on peut s'interroger sur le terme lui-même. La définition du mot « manutention » (du latin « manu » : main et « tenere » : tenir) fait essentiellement référence au traitement de marchandises (Le Petit Larousse illustré 2007). Or, dans le secteur hospitalier, ce même terme est utilisé pour parler d'une action en rapport avec un patient, et non pas avec un produit manufacturé. Pour désigner cette tâche, le terme

« manipulation » s'emploie également. Cependant, dans le langage médical, « manipulation » a déjà une signification précise : il caractérise des techniques thérapeutiques particulières réservées à certaines professions (kinésithérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs). Enfin, le mot « mobilisation » est parfois choisi. Mais « mobiliser » restreint l'acte à une mise en mouvement d'une partie de l'appareil locomoteur, d'un seul membre. Or, le sens de manutentionner est plus large, il englobe, entre autres, les changements de position, les déplacements du patient, les repositionnements, etc. Ainsi, au Québec c'est l'expression « déplacement sécuritaire du bénéficiaire » (DSB) qui est utilisée pour désigner ce soin.

- 6 L'article R.4311-5 du Code de la santé publique français stipule que la manutention doit se concevoir dans le cadre du rôle propre de l'infirmier(e). Le professionnel accomplit à ce titre des actes ou dispense des soins visant à assurer le confort, la sécurité de la personne et de son environnement. Ainsi, par exemple, l'installation du patient est différente selon la pathologie ou la déficience. Les compétences de l'infirmier(e) vont lui permettre de positionner la personne de façon adaptée. Lorsque ce soin est réalisé par l'aide-soignant (e), il est alors exécuté sous la responsabilité de l'infirmier(e), dans le contexte de la délégation des tâches.
- 7 Considérer la manutention comme un soin ne constitue pas toujours une évidence. Certes, si l'on s'arrête à la définition de l'édition du Petit Larousse illustré 2007, le rapprochement entre les deux termes ne s'impose pas d'emblée. En effet, le soin y est défini comme « une attention, une application portée à quelque chose ». Cette approche ne confère pas le statut de soin à l'acte de manutentionner. Cependant, en élargissant à la littérature paramédicale, on peut s'arrêter sur la conception de Florence Nightingale, citée par Collière (1982) dans son ouvrage « Promouvoir la vie ». Cette infirmière britannique (1820-1910), pionnière dans l'histoire des sciences infirmières, définissait, dès le milieu du XIX^e siècle, le soin comme « une réponse à un besoin exprimé par un malade ». Plus récemment, B. Walter (1988) caractérise le soin comme une aide pour la personne soignée, afin de pallier un déséquilibre. Pour Collière (1982), les soins représentent l'ensemble des activités qui assurent « *la continuité de la vie comme [...] se lever, bouger, se déplacer...* » L'idée du soin, comme aide pour compenser une faiblesse, une déficience, est omniprésente dans ces conceptions de l'art de soigner. Au vu de ces éclairages, la manutention devrait être considérée comme un soin. Elle ne se réduit pas à la simple opération de soulever, de déplacer ou transporter un corps. Elle permet à un soignant(e) de rendre possible une mobilisation, car seul, le patient serait dans l'incapacité d'accomplir le déplacement.
- 8 Le concept de soin se trouve souvent décomposé en deux dimensions renvoyant à des activités différentes mais fortement liées. La première, le « *care* », regroupe l'ensemble des fonctions du quotidien, les soins les plus fondamentaux, les soins d'entretien de la vie. Quant à la seconde, le « *cure* », elle désigne les actes curatifs, ceux qui viennent en réparation (Amar et Gueguen 2007, p. 49 à 55 ; Prouff et Crepin, 1995). Comme il ne s'agit pas ici de faire un point sur ces différentes notions, les théories sur le sujet ne seront donc pas développées. On peut cependant retenir que le « travail réalisé en réponse aux besoins des autres » fait partie du « *care* » (Molinier, 2006, p. 145) : la manutention se situe dans cette catégorie. Qu'il soit du domaine du « *care* » ou du « *cure* », la majorité des professionnels s'entendent pour considérer qu'un soin de qualité doit répondre à trois critères. Tout d'abord, l'objectif du soin doit être atteint pour aboutir à une réalisation

efficace de la tâche prescrite. Ensuite, il doit se dérouler dans un souci de confort pour le patient et enfin il doit instaurer une relation de qualité (Douguet et Munoz, 2005).

- 9 En fait, ces différentes définitions et conceptions citées en début de paragraphe définissent des actions que le patient n'est pas en capacité de réaliser seul, du fait d'une restriction de ses capacités physiques et/ou cognitives. Ce bref panorama des vocables utilisés renvoie, à notre sens, aux différentes conceptions et représentations que l'on adopte pour désigner cet acte. Un acte dont la complexité mobilise différentes sphères biomécanique, cognitive, relationnelle et subjective, ce qui nous conduit à le considérer et à l'instruire dans sa globalité selon une approche multidimensionnelle.

1.1 Les dimensions biomécaniques et physiologiques de l'acte de manutention

- 10 Depuis longtemps, le métier de soignant est reconnu pour sa pénibilité liée à la charge physique (Askenasy, 2004). Parmi les différentes tâches à réaliser, la manutention des patients paraît omniprésente dans l'activité du soignant. Elle constitue une source de risques professionnels liés principalement au contexte d'urgence et aux caractéristiques physiques et cognitives propres à chaque patient (Gollac et Vollkof, 2000, p. 29). L'approche ergonomique des situations de soin, qui s'est développée durant les années 1970-1980 (Martin et Gadbois, 2004), a permis de mettre en évidence l'importance de la charge physique des soignants objectivée par les efforts posturaux, les manutentions ainsi que les déplacements (Cazabat, Barthe et Cascino, 2008). La stabilité du soin constitue un autre facteur essentiel pour la sécurité du soignant et celle du soigné (Ledoux, 1997). En effet, les réactions du patient ne sont pas toujours prévisibles et, de ce fait, les astreintes biomécaniques induites par les ajustements nécessaires à cette stabilité en cours de soin peuvent varier de façon importante. Une étude réalisée en laboratoire par U. Rehder³ a démontré que la manutention de patient implique un dépassement des valeurs de sécurité habituellement citées, à savoir une compression du disque intervertébral inférieure à 3500N. Les conditions d'exécution du travail imposent ainsi au personnel d'aller au-delà des limites préconisées (Meyer et coll., 1999).
- 11 Lors des situations de manutention, le soignant va ainsi être amené à solliciter ses muscles, ses articulations, dont celles du rachis, pour permettre la transmission de la force indispensable au soulèvement ou au déplacement du patient. La pression subie par le disque intervertébral est importante. Mais cette contrainte sur le bas de la colonne vertébrale est fonction également de la distance de prise de la charge. Il s'agit du principe du « bras de levier » : plus cette distance est grande, plus la pression est importante. Les conditions de la manutention imposent au professionnel d'adopter régulièrement des postures délétères ou le contraignent à exécuter des mouvements préjudiciables pour sa santé. Il associe bien souvent antéflexion et torsion du rachis. Ces mécanismes, reconnus comme pathogènes, génèrent des lombalgies, mais également des pathologies plus lourdes comme les hernies discales. Les deux derniers disques lombaires sont très exposés dans ce type de mouvements, ils subissent en effet les pressions les plus importantes. Les articulations de la région lombo-sacrée ne sont toutefois pas les seules à être soumises à des contraintes biomécaniques conséquentes. Ainsi, les articulations scapulo-humérales sont parfois très sollicitées, notamment lors d'efforts importants. Ces situations, même si elles sont peu fréquentes, augmentent le risque de TMS (Aptel et coll., 2007) et contribuent, entre autres, à l'apparition de tendinopathies de la coiffe des rotateurs.

Toutefois, la fréquence de l'ensemble des affections péri-articulaires des membres supérieurs, même si elle est en augmentation, demeure inférieure à celle des lombalgies (INSERM, 2000). Ainsi, les blessures du dos restent un enjeu majeur en santé au travail (Lortie, 2002).

- 12 Les forces de levage, c'est-à-dire les forces verticales, de bas en haut, sont fréquemment traitées dans la littérature. Or, même si elles sont moins souvent abordées, les forces horizontales sont utilisées par les soignants dans nombre de manutentions, notamment lors des différents types de transferts (Lortie, 1986). Ces activités de transfert se retrouvent dans la pratique quotidienne (Ledoux, 1997) puisqu'elles sont utilisées lors du passage d'un lit à un brancard entre autres. Aucune étude ne semble indiquer que les recommandations « dos droit-genoux fléchis » sont protectrices pour des manutentions horizontales (Saint-Vincent, 1986).
- 13 Par ailleurs, des études physiologiques ont mis en évidence qu'au bout de quelques heures de travail une augmentation des besoins en oxygène se produit avec l'installation d'une fatigue musculaire. Or, un muscle fatigué impacte la qualité de l'action mécanique, donc la stabilité lombaire, et va de ce fait augmenter le risque de blessure. Ainsi, on peut penser qu'une économie d'efforts pourrait avoir un effet favorable, notamment sur la prévention des lombalgies (Denys, 2007). Cette hypothèse explique en partie l'efficacité de certaines stratégies adoptées par les opérateurs experts lors des manutentions qui, s'écartant de la prescription classique « dos droit-genoux fléchis », limitent les efforts.
- 14 Réaliser une manutention conduit le soignant à rechercher un compromis qui, selon lui, est le meilleur à l'instant précis (Bourgeois et coll., 2006). En fonction de l'environnement, de son état personnel, de la pathologie du patient, mais aussi de ses connaissances et des outils disponibles, il va décider d'un mode opératoire pour exécuter son travail en opérant un arbitrage entre différents objectifs. Pour une profession, encore très empreinte de son histoire (Lazure, 1985), « la santé du patient passe avant sa propre santé »⁴, les compromis adoptés se fondent ainsi bien souvent sur le bien-être du patient au détriment de la sécurité du soignant.

1.2 La manutention au cœur de la relation soignant-soigné

- 15 Le terme « relation », selon la définition du Petit Larousse, se définit comme un lien entre des choses, des personnes. Appliqué au milieu hospitalier, ce mot exprime le rapport qui se crée entre un soignant et un soigné. La relation s'installe pour permettre la réalisation du soin quel qu'il soit, même si elle ne permet pas d'obtenir la collaboration du patient. Cette relation peut se limiter, dans certains cas, à légitimer l'acte à réaliser (Couturier et Daviau, 2003). La dimension relationnelle constitue une des composantes fondamentales du soin (Amar et Gueguen, 2007). Son bénéficiaire est avant tout un être humain et non pas un objet, il est une « *personne unique en interaction constante avec un environnement de changement* » (Walter, 1988). Tout l'art consiste, pour le soignant, à construire la relation en tenant compte de la singularité de la personne et en intégrant l'ensemble des paramètres de la situation, pour aboutir à un soin de qualité répondant aux critères précédemment cités.
- 16 Lors de l'activité de manutention, la mobilisation des capacités physiques et cognitives du patient par le soignant va les placer tous deux en situation de coopération : le soigné devient le partenaire du professionnel dans le contexte de la réalisation de l'acte. Tous deux travaillent sur un objet commun : la manutention. La progression dans l'exécution

du soin s'effectue grâce à la mise en œuvre commune des moyens physiques et cognitifs disponibles de part et d'autre, et ce, en fonction de la spécificité de chaque individu. Le soignant guide ainsi son partenaire et s'ajuste à lui en fonction des effets observés et de l'objectif à atteindre. Le soin est réalisé à deux, grâce à cette situation de complémentarité des acteurs (Falzon et Lapeyrière, 1998). La relation se construit et se développe dans le déroulement du soin et n'est pas figée. Le professionnel évalue dans un premier temps les capacités du patient, puis il va le guider pour utiliser les ressources disponibles de façon optimale, l'encourager, le féliciter, détecter les difficultés, anticiper les défaillances, etc. Les aptitudes physiques et/ou cognitives sont très différentes d'un patient à l'autre, d'un moment à l'autre : ce sera au professionnel de s'adapter à chaque fois. Toutefois, la relation peut parfois être altérée par un défaut de collaboration du patient et induire chez le soignant des émotions préjudiciables à la réalisation du soin : colère, impuissance, culpabilité (Bigaouette, 2001).

- 17 Parler de la manutention pose la question de l'utilité et de l'utilisation des outils d'aide comme les lève-personnes. Selon des auteurs (Chabert et coll., 1991), la manutention assistée mécaniquement risquerait parfois d'assimiler le patient à un objet. Les modalités de la présentation de l'outil et la capacité du professionnel à l'intégrer dans la construction du soin sont déterminantes dans la réussite de la manutention si l'on veut préserver la dimension relationnelle. Certaines situations rendent le recours aux outils d'aide incontournable, en particulier la manutention de patients bariatriques. Dans ce cas, l'aide mécanique permet de concilier préservation de la santé du personnel, sécurité de la personne obèse et respect de sa dignité (Poulin et Plante, 2007). Les risques sont plus importants lors de ce type de soins (Mulz et Gerlach, 2007) et le recours à l'outil d'aide apparaît alors bénéfique pour les deux parties : le patient n'a pas l'impression de n'être qu'une masse à soulever et le soignant n'est pas rebuté par l'effort à produire. Toutefois, le matériel d'aide à la manutention nécessite une prise en compte globale de l'environnement du patient et des caractéristiques des autres équipements utilisés lors de la manœuvre (Ledoux, 1997).
- 18 En se référant à l'étymologie du mot manutention, on trouve la racine « manu » qui signifie « main » en latin. Or, outre la fonction de préhension, la main permet le toucher. Ce sens tactile constitue avant tout un moyen de communication (Lazure 1985, p. 16). Selon Pezé (2002, p. 12), « *le symbolisme relationnel de la main est fondateur de l'être humain* ». Le toucher constitue un support fondamental de la relation et se révèle être un mode de communication privilégié en situation de manutention. Ainsi, le type de prise utilisé pour effectuer le soin devient essentiel : une prise « en pince » qui enserre le poignet se révèle donc plus agressive qu'une prise « en cuillère » qui le soulève simplement.

1.3 Le collectif et la manutention

- 19 Le travail du soignant, dont l'activité s'exerce essentiellement au sein d'un collectif, est à concevoir en tant qu'expérience sociale au sein de laquelle se construit un ensemble de règles (Davezies, 1993). Les communications au sein de l'équipe apparaissent comme un élément fondamental dans l'organisation de la coordination du collectif. Elles permettent de rendre opérationnelle ce que Grosjean et Lacoste (1999) appellent « *l'intelligence collective* ». Chaque membre de l'équipe exécute des tâches qui lui sont propres mais qui convergent toutes vers un but commun : dispenser au patient un soin de qualité en toute sécurité. Il s'agit en fait, pour un soignant au sein de l'équipe, de prendre en compte

l'activité de son collègue et de trouver des réponses adaptées en matière de coopération ou d'entraide (Benchekrone et Weill-Fassina, 2000 ; Martin et Gadbois, 2004). Dispenser un soin repose sur une coordination et une coopération de l'ensemble des personnels (Gonnet, 1988 citée par Douguet et Munoz, 2005).

- 20 Cependant, si le collectif revêt une importance dans l'exécution du soin, il joue également un rôle déterminant dans la préservation de la santé du soignant. En effet, il peut cristalliser le moyen pour l'individu de s'économiser, de se protéger (Pavageau, Nascimento et Falzon, 2007). Les régulations collectives vont intégrer la charge de travail de chacun et permettre une redistribution des contraintes entre les opérateurs concernés (Benchekrone et Weill-Fassina, 2000). Ce type de régulation collective, présent dans les soins de manutention, offre une source de soutien mutuel dans les situations difficiles (Douguet et Munoz, 2005), mais il permet également d'équilibrer la charge de travail en répartissant les tâches, en apportant une aide ponctuelle.
- 21 Outre la préservation de la santé, la régulation collective permet également la recherche de fiabilité (Gonon, 2003). Le collectif donne l'opportunité d'enrichir les connaissances de chaque membre du groupe par la confrontation des savoirs et des expériences. Les échanges vont ainsi favoriser la transmission des compétences. (Pavageau, Nascimento et Falzon, 2007).

2. Construction de la santé

2.1. La manutention : un geste construit et situé

- 22 En se fondant sur le travail de Chassaing (2006), qui caractérise le geste en geste composé, investi, situé et construit, manutentionner ne s'improvise pas : des connaissances spécifiques sont requises pour que le soin soit exécuté de façon efficace, tout en préservant la sécurité du patient, mais aussi la santé du soignant. Il s'agit, en respectant la dignité du soigné, de limiter certains désagréments et/ou risques comme les situations d'inconfort, les douleurs, le stress, les chutes... Mais il s'agit également de préserver la santé du soignant tant sur le plan physique que psychique.
- 23 L'apprentissage initial constitue la première étape de la construction de ce savoir. Selon le cursus suivi, les soignants ne disposent pas des mêmes savoirs initiaux pour aborder la manutention à leur entrée dans la vie professionnelle. Ainsi en France, la formation des aides-soignant(e)s, telle que définie par l'arrêté du 22 octobre 2005, comporte un module intitulé « ergonomie » qui intègre les techniques gestuelles ainsi que la notion de prévention des risques liés à l'activité physique. En ce qui concerne les étudiants en soins infirmiers, ils ne bénéficient pas de formation spécifique sur la manutention et les enseignements dispensés dans le domaine semblent dépendants des politiques propres à chaque institut de formation. Mais, quelle que soit la formation initiale, elle va s'enrichir au fil des années de pratique. Toutefois, la formation à la manutention fait, semble-t-il, bien souvent l'impasse sur la façon d'articuler les différentes connaissances acquises avec les informations recueillies au moment du soin (Lortie, 2002).
- 24 D'une façon générale, un savoir adapté et spécifique est nécessaire à la réalisation de tout acte infirmier. Si le savoir pratique permet la réalisation du soin, d'autres savoirs sont également indispensables : savoir scientifique, savoir-être, savoir-information (Walter, 1988). Ces savoirs vont constituer le savoir utile aux soins infirmiers sur lequel le

professionnel s'appuie pour construire les gestes du métier, signe de l'appartenance à une communauté professionnelle. L'activité va s'organiser à partir du savoir de base. Chaque soignant va développer un savoir-faire propre, en fonction de son parcours professionnel. Les gestes au travail s'articulent donc autour de deux éléments : les savoirs et les savoir-faire, ces derniers étant plus difficilement transmissibles (Vézina, 2001).

- 25 La construction d'un soin de manutention s'élabore à partir de l'évaluation précise du patient, de ses capacités, de sa motivation : il représente en effet un facteur déterminant des conditions de travail du soignant (Falzon et Lapeyrière, 1998). Le professionnel intègre ainsi l'ensemble des déterminants de l'activité dont le comportement potentiel du patient. Comme évoqué précédemment (paragraphe 1.1), les capacités d'anticipation du soignant limitent la survenue d'accidents et leurs conséquences. Un geste intempestif peut en effet surprendre et nuire à la réalisation de la manutention. Les analyses d'accidents du travail mettent ainsi en évidence l'importance du rôle du patient, notamment pour les accidents d'effort dans lesquels son comportement a été déterminant (Lortie, 1986). Le choix du mode opératoire va conditionner la qualité de l'acte avec toujours des impératifs d'efficacité et de sécurité sous-jacents. En résumé, le soin de manutention en milieu hospitalier se révèle beaucoup plus complexe que prévu (Lortie, 2002) du fait de particularités inhérentes au domaine du soin-manutention. Certains facteurs spécifiques comme, entre autres, l'évaluation approximative du poids, la variabilité des prises, les capacités du bénéficiaire, sa motivation sont autant de paramètres à intégrer dans le processus de décision.
- 26 Les choix de compromis varient en fonction de l'expérience des soignants. On remarque ainsi que certains développent des modes opératoires privilégiant une posture sûre et stable plutôt que les prescriptions habituelles « dos droit-genoux fléchis ». En outre, pour certaines techniques utilisées lors des transferts, les compromis adoptés « prise d'appui et rapprochement du soignant du centre de gravité du patient » semblent de prime abord plus contraignants en ce qui concerne la posture. Pourtant, en diminuant le bras de levier, cette solution diminue la charge physique et allège donc la contrainte biomécanique. Les stratégies élaborées sont ainsi très variables. Il apparaît que les experts détectent les situations potentiellement dangereuses et élaborent des modes opératoires pour mener à bien leur tâche, tout en sachant préserver leur santé (Lortie, 2002).
- 27 Bien souvent, la formation dispensée se base sur un idéal, plus ou moins réaliste, éloigné de la réalité des situations de travail (Lortie, 2002). Cet écart explique partiellement l'efficacité limitée des formations dites « gestes et postures » dans lesquelles l'ensemble des paramètres de l'activité des soignants n'est pas intégré. Elles n'offrent pas bien souvent les outils qui permettent de construire des pratiques adaptées au terrain. Pourtant c'est la richesse des solutions à disposition qui permet au soignant expert de faire face aux situations complexes. Ce savoir-faire influe directement sur la relation et la confiance de la personne soignée : plus cette confiance est solide, plus le bénéficiaire accepte de mettre ses capacités à contribution pour collaborer. Ainsi se construit progressivement un soin de manutention qui articule sécurité, confort pour le soigné, mais également pour le soignant.
- 28 La diversité des modes opératoires disponibles témoigne du degré d'expérience du professionnel. Ainsi, lors de manutentions susceptibles d'être algiques pour le bénéficiaire, cette expérience permet la mise en œuvre de techniques plus ou moins

algogènes. La douleur exprimée par le patient devient alors un indicateur impactant l'image que le professionnel aura de lui-même.

2.2 La manutention : un geste investi

- 29 Le droit à la reconnaissance est un enjeu individuel, collectif et social dans la profession. Les soignants « *attendent une reconnaissance de la réalité de ce qu'ils font [...] en échange de leur engagement dans le travail* » (Dejours, 1993). Elle porte sur le constat par autrui de la réalité de l'apport du sujet à l'organisation réelle du travail, une reconnaissance au sens de gratitude (Dejours, 1995). Cette reconnaissance est fondamentale, car lorsque le travail contribue à satisfaire l'individu, il lui permet d'éprouver du plaisir (Alderson, 2004). Cependant, dès que cette « *dynamique de la reconnaissance* » est perturbée, la transformation de la souffrance en plaisir devient alors impossible et le malaise s'installe (Dejours, 2000). Différentes études s'entendent ainsi pour reconnaître le rôle significatif de l'insatisfaction au travail comme facteur de risque d'apparition des lombalgies. Toutefois, ce manque de satisfaction doit plutôt être considéré comme un signal d'alerte à explorer (INSERM 2000, p. 55-66). Au quotidien, le professionnel est en recherche permanente du meilleur compromis entre les différentes prescriptions : faire vite, faire bien, faire au moindre coût et faire en sécurité. Il se doit d'intégrer l'ensemble des aléas avec, en ligne de mire, une constante : effectuer au mieux la tâche (Molinier, 2006). Les résultats ne sont pas toujours à la hauteur de son attente et malgré son investissement dans le travail, la reconnaissance fait parfois défaut. Ainsi, les soins du domaine du « *care* » qui, comme cela a été précisé, incluent la manutention, « *sont plus invisibles que d'autres* » (Molinier, 2006, p. 145). Ce manque de visibilité induit inéluctablement un défaut de reconnaissance.
- 30 Par ailleurs, l'impossibilité de réaliser la tâche dans le respect des règles de l'art peut conduire au mal-être du soignant. Le manque de moyens, l'incapacité d'effectuer le soin comme il le voudrait, comme son éthique professionnelle le demande, provoque chez lui cette sensation négative. Pourtant, surmonter une difficulté au terme d'efforts peut devenir une source de plaisir, mais à condition toutefois que la difficulté soit abordable (Molinier, 2006). Pour cela, le soignant doit trouver les ressources nécessaires pour y faire face. Si les moyens et les connaissances mis à sa disposition ne lui permettent pas de gérer la situation, s'ils ne lui donnent pas la possibilité d'accomplir les soins comme il le souhaite (Poulin, 2001) ou si la qualité du travail produit n'est pas « *défendable à ses yeux* » (Clot, 2008), le mal-être peut alors s'installer et devenir profond. Clot (1999) souligne et insiste sur le fait que « *le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir...* » ce qui risque, à terme, d'être générateur de pénibilité et de souffrance.
- 31 Ainsi, la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées peut engendrer chez le soignant un sentiment d'impuissance, de dénuement quant à la stratégie à adopter pour réaliser le soin. La manutention peut se transformer en moments difficiles à vivre à la fois pour le soigné, le soignant et également pour l'équipe. Les gestes sont parfois interprétés comme des agressions par le patient. La peur générée provoque en retour une certaine violence. Lorsque les mécanismes de survenue de ce comportement sont incompréhensibles, la réponse du personnel risque de ne pas être adaptée. Il existe alors une inadéquation entre la façon dont le soignant exécute son travail et ce que son éthique lui demande de faire. Le ressenti induit par ces prises en

charge est incompatible avec les critères de jugement d'utilité et de beauté décrits en psychodynamique du travail (Molinier, 2006). Pourtant, si le soignant possède les outils nécessaires, comme entre autres une formation adéquate pour comprendre la situation et décrypter la réaction potentielle du patient, sa perception de la tâche se trouve modifiée. Le soin de manutention redonne alors du sens au travail et le transforme en source de satisfaction. Le travail est vécu différemment, en attribuant « aux soins la chaleur et l'humanisme qui en font la qualité » (Phaneuf, 2007).

- 32 D'une façon plus générale, le soignant, en mobilisant les capacités motrices du patient et en développant un lien relationnel, arrive à retrouver le sens de son travail (Carolly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M.P., Roquelaure, Y., 2009). En effet, la sollicitation du patient dans un but de préservation de son autonomie répond ainsi à deux dimensions du soin. La dimension éducative d'une part, puisqu'en stimulant le patient les capacités disponibles sont mobilisées et le risque de dépendance est minimisé. D'autre part, cette sollicitation va impacter la dimension préventive du soin en limitant les conséquences inhérentes à une perte d'autonomie pouvant aller jusqu'au syndrome de glissement. Le professionnel préserve ainsi le sens de son travail puisqu'il retrouve le sens du « prendre soin », cœur de son métier. Ainsi, la satisfaction du besoin de reconnaissance passe sans doute par la réappropriation de ce « prendre soin » par les soignants et sa valorisation « *puisque prendre soin de la vie demeure tout aussi vital pour les hommes d'aujourd'hui que pour ceux d'hier* » (Catanas, 2008).

3. Discussion et conclusion

3.1 Pouvoir d'agir

- 33 Dans cette contribution, nous avons soutenu que la manutention est avant tout un soin. Répertoire dans les soins dits « care » (Molinier, 2006, p. 145), considérée comme un soin-relation par opposition au soin dit « technique » (cure), ne faudrait-il pas d'une certaine façon reconsidérer la frontière entre ces deux entités ? On sait que les conditions d'exercice de la profession imposent de perpétuels ajustements entre l'aspect technique et l'aspect humain : les deux sont pourtant interdépendants (Gaudart, 2009). Pour que le soignant arrive à construire lui-même des modes opératoires en adéquation avec cette conception du prendre soin, il faut lui permettre de développer ses savoirs et ses compétences. Le lien entre les connaissances et l'action ne se dessine qu'en situation, donc les savoirs mobilisés n'apparaîtront qu'en cours d'exécution du soin (Grosjean et Lacoste, 1999). Le travail collectif permet, par la confrontation des pratiques, de devenir un support et un environnement propice à cette transmission des savoirs entre les membres de l'équipe. Chaque soignant peut ainsi développer, au fil du temps, des compétences qui pourront lui permettre de mieux aborder le soin par la construction et le développement permanent de gestes professionnels efficaces.

3.2 Estime de soi

- 34 Mettre l'accent sur la complexité du travail est un moyen de le rendre visible, de le valoriser pour reconquérir l'estime de soi (Molinier, 2006). La réussite par le soignant d'un soin difficile lui renvoie une image positive. Ainsi, effectuer un soin de manutention chez un patient hyperalgique sans augmenter sa douleur est valorisant : le sentiment

d'estime de soi peut alors apparaître ou réapparaître à cette occasion. Actuellement, les soignants souffrent de façon récurrente d'un manque de reconnaissance de leur travail. Pourtant, la manutention, comme nous cherchons à la caractériser du fait de sa richesse et de sa complexité, pourrait être une des voies pour retrouver le sens du « prendre soin », cœur du métier du soignant. Surmonter l'obstacle pour construire, pour créer devient une voie pour découvrir ou redécouvrir le plaisir au travail. L'activité empêchée devient alors une ressource pour l'individu, car « *la riposte ou encore la réplique créative grandit le sujet* » (Clot, 2008). Les savoirs acquis demandent ainsi à être confrontés, associés en vue d'inventer et de construire un soin-manutention singulier, adapté à la variabilité des situations et relevant des règles de métier. Les gestes construits au cours de ce soin « *transforment les mouvements du corps en langage* » Pezé (2002), permettent l'entrée en relation avec le patient et vont participer à la construction de l'identité du soignant et à la reconnaissance indispensable à son épanouissement personnel et professionnel.

3.3 Prévention, un enjeu pour la santé

- 35 En milieu hospitalier, la manutention demeure la cause principale des lombalgies et autres TMS. Les facteurs biomécaniques, psychosociaux, organisationnels sont largement incriminés dans l'étiologie de ces pathologies. La complexité du processus du déclenchement des troubles explique la difficulté pour trouver des solutions efficaces et pérennes. Pourtant, il nous semble que la prévention dans ce domaine constitue un enjeu essentiel pour la santé au travail.
- 36 Au sein des établissements de santé, les objectifs de soins se surajoutent aux objectifs de prévention, sans véritable articulation entre les deux dimensions (Chabert et coll., 1991). L'amélioration de la prévention suppose un changement des représentations que les professionnels ont de leur activité. Et si, comme l'écrit Davezies (1991) « ... Santé, développement de la compétence professionnelle, et créativité sont [...] liés », alors la préservation de la santé des soignants doit explorer de nouvelles pistes en (re)découvrant le plaisir d'innover dans le « prendre soin » du patient pour arriver au « prendre soin » de soi. Aussi, nous pensons indispensable d'élargir l'approche de la manutention en mettant en exergue cette dimension du prendre soin, cœur du métier de soignant pour effacer l'image de la tâche ingrate et délétère et enfin considérer la manutention comme un moyen de construction de la santé et un outil de développement personnel. On peut tenter de rapprocher cette conception multidimensionnelle de la manutention avec la notion d'« environnement capacitant » : gestion des stratégies collectives pour protéger les plus fragiles, possibilité de développer de nouveaux savoirs, d'acquérir de l'autonomie, de préserver la santé, etc. (Pavageau, Nascimento et Falzon, 2007).

3.4 Démarche de prévention et développement des compétences

- 37 Les axes prioritaires en matière de prévention se limitent encore trop souvent aux classiques formations dites « gestes et postures » qui montrent aujourd'hui leurs limites (Teiger, 2002 ; Martin et Gadbois, 2004). L'intégration des seuls principes de manutention sécuritaire n'est pas efficace (Legault, 2001). La conception de formations, tout comme le choix d'outils d'aide, doivent se faire en adéquation avec le travail réel et le pouvoir d'action des acteurs (Teiger, 2002). La démarche de prévention constitue avant tout un

processus complexe à envisager comme un projet permanent (Bourgeois, F. et coll., 2006) impliquant l'ensemble des acteurs. Les « processus collectifs de production de changement » générés par la formation peuvent permettre d'aller au-delà de la simple acquisition de savoirs et de savoir-faire (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2007). Les conditions entourant cette étape d'apprentissage, l'engagement dans une pré et post-formation sont des facteurs favorables au développement des compétences et à la réussite de la démarche de prévention.

3.5 Et la responsabilité des décideurs ?

- 38 Dans cet article, nous soutenons l'idée que permettre au soignant de retrouver le sens du prendre soin doit être une voie à privilégier pour préserver la santé des soignants en redonnant du sens au travail. Attendu que l'impact social et économique des lombalgies et autres TMS n'est plus à démontrer, la santé doit devenir une véritable préoccupation des décideurs (Estryn-Behar, 2007). Les exigences organisationnelles tendent à complexifier les tâches les plus simples et les plus fondamentales, les procédures se multiplient : tout semble devoir être codifié. Conserver au travail sa « fonction possible d'opérateur de santé » (Clot, 2010) nécessite de donner aux professionnels les moyens pour leur permettre de concevoir et de construire le soin de manutention dans la notion du « prendre soin », cœur de leur métier de soignant.

BIBLIOGRAPHIE

- Alderson, M. (2004). *La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques*. www.erudit.org/revue/smq/2004/v29/n1/008833ar.pdf
- Amar, B. et Gueguen, J.P. (2007). Concepts et théories. *Nouveaux cahiers de l'infirmière*, p. 47-55. Masson, Paris.
- Aptel, M., Cail, F. et Aublet-Cuvelier, A. (2007). *Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur (TMS-MS). Guide pour les préventeurs*. Paris : INRS.
- Askenazy, P. (2004). *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*. La République des idées. Seuil, Paris.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M. et Brun, P. (2007). Conditions et processus menant à des changements à la suite d'interventions en santé et en sécurité du travail : l'exemple d'activités de formation, PISTES, vol. 9, n° 1. www.pistes.uqam.ca/v9n1/articles/v9n1a1.htm
- Benchekroun, T.H. et Weill-Fassin, A. (2000) *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*, p. 6 -12. Octarès édition, Toulouse.
- Bigaouette, M. (2001), Quand la relation du client fait défaut, *Objectif prévention*, vol. 24, n° 5, <http://www.asstsas.qc.ca/>

- Bourgeois, F., Lemarchand, C., Hubault, F., Brun, C., Polin, A., Faucheux, J.M., Douillet, P. et Albert, E. (2006). *Troubles musculosquelettiques et travail. Quand la santé interroge l'organisation*. ANACT, Lyon.
- Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M.P., Roquelaure, Y. (2009). Instruments de manutention de malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. PISTES, vol. 11, n° 2. www.pistes.uqam.ca/v11n2/pdf/v11n2a8.pdf
- Catanas, M. (2008). Évolution socio-historique des professions de soins : place de l'infirmière dans cette évolution. <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>
- Cazabat, S., Barthe, B. et Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ? Étude exploratoire dans un service de gériatrie. PISTES, vol. 10, n° 1. www.pistes.uqam.ca/v10n1/articles/v10n1a5.htm
- Chabert, C., Davezies, Ph., Denis, M.N., Wolkmann, C., Forrissier, M.F., Pugnet, G., Gabet, V. et Serignat, J. (1991). Mobilisation manuelle ou lève-malades ? *Revue de l'aide soignante*, n° 2, p. 9-12.
- Chassaing, K. (2006). *Élaboration, structuration et réalisation des gestuelles de travail : les gestes dans l'assemblage automobile, et dans le coffrage des ponts d'autoroute*. Thèse d'ergonomie, CNAM, Paris.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. PUF, Paris.
- Clot, Y., (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses Universitaires de France, (coll. Le travail humain).
- Clot, Y., (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte, Paris.
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie*. Inter Éditions, Paris.
- Comité Secteur Santé de l'Association Internationale de Sécurité Sociale (2006).
- Couturier, Y. et Daviau, J. (2003). Modèles de pratique en sciences infirmières et nécessités d'intervenir. Mais que vient faire la notion d'intervention dans la pratique infirmière ? *Esprit critique. Revue internationale de sociologie et de sciences sociales*. vol. 05, n° 1. www.espritcritique.fr/0501/esp0501article01.pdf
- Davezies, P. (1991). *De l'épreuve à l'expérience au travail. Identités et différences*. Intervention au colloque GRAPH-HCL : Le défi des identités professionnelles à l'hôpital. Être soi avec les autres. 28 juin 1991. <http://philippe.davezies.free.fr>
- Davezies, P. (1993). Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation permanente*, n° 116, p. 33-46.
- Dejours, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions du travail réel, *Comprendre le travail, Éducation permanente*, 66.
- Dejours, C. (1995). *Le facteur humain*. PUF, Paris.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale*. Bayard éditions, Paris.
- Denys, D. (2007). La formation en manutention : existe-t-il une seule bonne façon de manutentionner les charges sans se blesser ? www.irsst.qc.ca
- Desrioux, F. (2009). Malaise à l'hôpital. *Santé et travail*, n° 66, p. 25.
- Douquet, F. et Munoz, J. (2005). *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*. N° 48, p. 61-155. www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud48.pdf

- Estryn-Behar, M. (2007). Promouvoir la santé des soignants. *Le concours médical*. Tome 129 29/30 du 9-10-2007.
- Expertise collective (2000). *Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ?* Éditions Inserm.
<http://lara.inist.fr/handle/2332/1449>
- Falzon, P. et Lapeyrière, S. (1998). L'usager et l'opérateur ; Ergonomie et relations de service. *Le travail humain*, tome 61, n° 1, p. 69-90.
- Gaudart, C. (2009). Un personnel soignant désorienté. *Santé et travail*. N° 66 avril, p. 28-30.
- Gonon, O. (2003). Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *PISTES*, vol. 5, n° 1.
www.pistes.uqam.ca/v5n1/articles/v5n1a1s.htm
- Gollac, M. et Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. La Découverte, Paris.
- Grosjean, M. et Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Läubli, T. (2006). Journées de la société suisse pour l'ergonomie. *Ergonomie à l'hôpital CHUV Lausanne 7 et 8 septembre 2006*.
- Lazure, H. (1985). *L'infirmière*. <http://classiques.uqac.ca/>
- Ledoux, E. (1997). Les équipements d'aide au transfert, *Objectif prévention*, vol. 20, n° 2.
<http://1734063.sites.myregisteredsite.com/documentation/op/202014.htm>
- Legault, L. (2001). La santé psychologique au travail au service de la réduction des efforts excessifs. *Objectif prévention*, vol. 24, n° 5. www.asstsas.qc.ca
- Lortie, M. (1986). Analyse du travail de manutention de patients des aides-soignants dans un hôpital pour soins prolongés. *Le travail humain*, vol. 49, n° 4, p. 315-332.
- Lortie, M. (2002). Manutention : prise d'information et décision d'action. *Le travail humain*, tome 65, n° 3/2002, p. 193-216. Presses Universitaires de France. www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2002-3-page-193.htm
- Martin, C. et Gadbois, C. (2004). L'ergonomie hospitalière. In *Ergonomie*, ed. P. Falzon, p. 602-619. PUF, Paris.
- Meyer, J.P., Gary, Y., Lafaurie, S. et Leprince, A. (1999). Pathologies lombaires dans les professions de soin. *Documents pour le médecin du travail*. N° 77. INRS.
- Molinier, P. (2006) *Les enjeux psychiques du travail*. Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- Mulz, M. et Gerlach, S. (2007). Réduire les risques liés à la manutention des patients bariatriques, *Objectif prévention*, vol. 30, n° 5.
- Pavageau, P., Nascimento, A. et Falzon, P. (2007), Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle. *PISTES*, vol. 9, n° 2. www.pistes.uqam.ca/v9n2/pdf/v9n2a6.pdf
- Pezé, M. (2002). *Le deuxième corps*. La dispute, Paris.
- Phaneuf, M. (2007). *Le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux*.
<http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/phaneuf.pdf>
- Poulin, P. (2001). Prendre soin de soi en prenant soin des autres. Conférence d'Yves Gineste (France), *Objectif prévention*, vol. 24, n° 4.

- Poulin, P. et Plante, G. (2007). Être soigné dans la dignité, aussi une question de sécurité. *Objectif prévention*, vol. 30, n° 5.
- Programme de prévention des lombalgies pour les soignants. « Allégez la charge ». Prix européen de bonnes pratiques *Semaine européenne de la santé et de la sécurité au travail 22-26 octobre 2007*.
- Prouff, P. et Crépin, S. (1995). *Système de santé*. Tome 4, p. 2-35. CEDIS SA., Rouen.
- Puyo, J.P. (1999). Le maintien à domicile : le point de vue du travail. *Bulletin Société de Pharmacie de Bordeaux*. 138 p. 165-168. www.socpharmbordeaux.asso.fr/pdf/pdf-138/138-165-168.pdf
- Ravallec, C., Brasseur, G., Bondéelle, A., Vaudoux, D. (2009). Personnels soignants en milieu hospitalier. Des performances sous perfusion. *Travail et sécurité*, n° 693, p. 25-39.
- Saint-Vincent, M. (1986). Évaluation d'un programme de formation à la manutention en milieu hospitalier. *Profil recherche* 68. IRSST.
- Teiger, C. (1993). Représentation du travail, travail de la représentation. In *Représentations pour l'action* Eds A. Weill-Fassina, P. Rabardel et D. Dubois, E. Octarès, Toulouse.
- Teiger, C. (2002). *Origines et évolution de la formation à la prévention des risques « gestes et postures » en France*.
www.erudit.org/revue/ri/2002/v57/n3/006885ar.pdf
- Vézina, N. (2001). La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture de l'interdisciplinarité. *Comptes-rendus du congrès SELF-ACE. Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonome*, p. 44-60 (version française).
- Walter, B. (1988). *Le savoir infirmier. Construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Lamarre, Paris.

NOTES

1. Master professionnel d'ergonomie du Conservatoire national des arts et métiers, Paris, France.
2. Chiffres disponibles sur <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>
3. Étude citée dans « Pathologies lombaires dans les professions de soin ». *Documents pour le médecin du travail* n° 77.
4. Groupe hospitalier Paris Saint Joseph, Prix européen 2007 des bonnes pratiques « Allégez la charge » p. 3.

RÉSUMÉS

La manutention de patient appartient au quotidien des soignants. Souvent considérée comme une tâche ingrate, coûteuse physiquement et peu reconnue, elle est chaque année à l'origine d'accidents de travail et de maladies professionnelles. Pour autant ce soin fait partie du prendre soin, cœur du métier de soignant. Il semble que la compréhension de la manutention par l'identification et l'analyse de ses différentes dimensions puisse modifier l'image initiale de la tâche en la valorisant. Cette valorisation permet de (re)donner un statut de soin à part entière à

la manutention de personne. L'approche du soin proposée dans cet article pourrait ainsi offrir aux soignants une piste pour (re)trouver un sens au travail et contribuer à préserver, construire, développer leur santé.

Patient handling is part of the daily work of nursing staff. Often considered as an unrewarding, physically grueling, and rarely acknowledged task, it is the source of many occupational accidents and diseases every year. This task is nonetheless a crucial part of caretaking, at the very heart of the nursing occupation. Understanding patient handling and identifying and analyzing its various aspects may help alter the image of this task and improve its standing in health care. This would allow patient handling to once again be accorded care status. The approach to caretaking proposed in this paper may help professionals in the field to find – or rediscover – meaning in their work, thereby helping to preserve, build, and improve their health.

La manutención manual de pacientes forma parte del trabajo diario de los profesionales de la salud. Frecuentemente considerado como una tarea ingrata, físicamente demandante y poco reconocida, es cada año el origen de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales. Sin embargo, este cuidado forma parte del servicio de atención al paciente, corazón del oficio del profesional de la salud. Se piensa que una mejor comprensión de la manutención manual de pacientes, por medio de la identificación y el análisis de sus diferentes dimensiones, pudiese modificar la imagen de la tarea, valorizándola. Esta valorización permitiría volver a otorgarle un estatus de cuidado integral. El enfoque del cuidado que se propone en este artículo podría ofrecer a los profesionales una vía para recobrar el sentido de su trabajo y contribuir a preservar, construir y desarrollar su salud.

INDEX

Mots-clés : manutention de patient, geste investi, prendre soin, construction de la santé, estime de soi

Palabras claves : manutención manual de pacientes, gesto invertido, dar atención, construcción de la salud, autoestima

Keywords : patient handling, gesture invested, caretaking, construction of health, self-esteem

AUTEURS

DOROTHÉE MALET

Centre ressources risques professionnels en secteur santé, Groupe hospitalier Paris Saint Joseph, 185, rue Raymond Losserand, 75674 Paris Cedex 14, France, dorothee.malet@laposte.net

TAHAR-HAKIM BENCHEKROUN

Conservatoire national des arts et métiers, Centre de recherche sur le travail et développement (CRTD), 41, rue Gay Lussac, 75 005 Paris, France, tahar-hakim.benckekroun@cnam.fr