

Didactique Professionnelle – Quatrième Colloque International

**ENTRE PRESSIONS INSTITUTIONNELLES ET AUTONOMIE DU SUJET :
QUELLES ANALYSES DE L'ACTIVITE EN SITUATION DE TRAVAIL EN
DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE ?**

Organisé par l'Association RPDP en partenariat avec le laboratoire CIREL (EA 4354)
Les 6, 7 et 8 juin 2017 - Université de Lille - Sciences et Technologies, France

**Simuler et discuter le travail pour construire
l'espace du « Soin de Manutention Raisoné »**

Dorothee MALET

Ergonome – Doctorante en Ergonomie
Centre de Recherche sur le Travail et le Développement
Conservatoire National des Arts et Métiers, 41 rue Gay-Lussac, Paris
06.71.24.24.79
dorothee.malet(@laposte.net

Christine VIDAL-GOMEL

Enseignante-chercheure
CREN – Université de Nantes, Chemin de la Censive du Tertre, Nantes
02.40.14.14.11.01
christine.vidal-gomel@univ-nantes.fr

Pierre FALZON

Professeur, Chaire d'Ergonomie et neurosciences au travail
Centre de Recherche sur le Travail et le Développement
Conservatoire National des Arts et Métiers, 41 rue Gay-Lussac, Paris
01.44.10.78.07
pierre.falzon@cnam.fr

Thème 3 : Analyse de l'activité en situation de travail pour la formation et l'apprentissage :
entre contraintes institutionnelles et potentiels pour les apprentissages professionnels ?

Compte-rendu de recherche

Résumé

La manutention des patients, tâche ingrate, peu valorisée, génère chaque année de nombreux accidents du travail. Les formations type « gestes et postures », adoptant une approche biomécanique et comportementale, se révèlent peu efficaces pour les prévenir et laissent parfois les soignants démunis face à certaines situations. Cette contribution présente un dispositif de formation dont l'objectif n'est pas d'apprendre le « bon geste » totalement hors contexte, mais bien d'apprendre à construire un geste tenant compte des variabilités de la situation, pertinent, efficace, préservant la santé et favorable à l'autonomie des patients : le « soin de manutention raisonné » (SMR).

Mots-Clés : apprentissage – manutention – soignant – santé

1. Vers un « soin de manutention raisonné »

1.1 La manutention de patient : un acte intégré au rôle propre et un soin

L'article R.4311-5 du Code de la Santé Publique stipule : « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins ... visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement* ».

Dans la liste des actes sont identifiés entre autres ;

- l'installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- la préparation ... du repos et du sommeil ;
- le lever du patient et l'aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation.

Ces tâches font partie de l'activité de manutention de patient donc du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière, or ce rôle propre constitue une opportunité d'affirmer l'autonomie de la profession selon Lheureux (2010). Par ailleurs, au cours de leur formation initiale, les soignants apprennent à élaborer les démarches de soins à partir de besoins référencés dans les « 14 besoins de Virginia Henderson » dont le « besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position ». Enfin, pour Collière (1982), les activités contribuant à « *la continuité de la vie comme [...] se lever, bouger, se déplacer...* » ne sont autre que des soins. Dès lors aucune ambiguïté ne subsiste : la manutention doit être appréhendée comme un soin.

1.2 Education gestuelle versus « soin de manutention raisonné »

Les formations à la manutention de personnes les plus répandues demandent à l'apprenant de « *mettre en œuvre une technique gestuelle* » et d'« *appliquer les règles...* » (formation PRAP : prévention des risques liés à l'activité physique), d'autres ajoutent le terme de « *ré-éducation gestuelle* » dans leurs objectifs pédagogiques (Dotte, 2009, p.35). D'une façon générale ces formations visent l'acquisition « *de gestes et postures sécuritaires* ».

Or la manutention de charge est une activité complexe (Denis, et al, 2013), à laquelle la manutention de patients ajoute une composante et non des moindres : il ne s'agit pas de déplacer un objet mais de collaborer avec une personne pour effectuer un déplacement dans une situation singulière. De notre point de vue, la formation ne peut se réduire à la reproduction d'un geste, à une « imitation » : chaque situation est singulière et demande la « création » d'un geste spécifique, adapté.

La démarche pédagogique présentée ci-dessous relève de la formation continue. Elle propose au soignant de comprendre dans un premier temps ce qu'est l'activité du patient, pourquoi lorsque le soignant demande au patient de participer à un soin, le résultat se solde parfois par un échec. L'apprenant explore, analyse ces nouvelles données au travers de ses propres possibilités de mobilisation, de déplacement en fonction de capacités disponibles... Il s'agit en quelque sorte d'une approche de type maïeutique c'est-à-dire « aider à exprimer ce que l'on sait mais que l'on ne sait pas que l'on sait » (Teiger, 1987).

A partir de cette étape les nouveaux savoirs proposés par la formation, associés à la compréhension de l'activité du patient, doivent permettre aux soignants d'élaborer des solutions nouvelles et de comprendre en quoi certaines pratiques anciennes (et récurrentes) peuvent être délétères, à la fois pour le patient et pour le professionnel. En résumé, la formation au SMR cherche à accompagner l'apprenant dans son raisonnement pour lui permettre de créer un soin singulier, adapté préservant la santé, la sécurité, l'autonomie des deux acteurs du soin.

1.3 Former par la simulation

Le recours à la simulation comme outil pour l'apprentissage se développe. Son utilisation est à présent codifiée dans le secteur de la santé par le biais du *Guide de bonnes pratiques de simulation en santé* (2012)¹. Le recours à ce type d'outils est toutefois ancien du fait des mises en situation pédagogique dans certaines formations. Dès qu'une situation de travail comporte un problème à résoudre elle peut faire l'objet « *d'une transposition didactique sous forme de simulation* » (Weil-Fassina & Pastré, 2004, p. 228).

D'une façon générale trois étapes sont identifiées lors d'une simulation : la préparation de la séance ou briefing, la simulation au cours de laquelle l'apprenant construit des compétences opérationnelles et enfin la phase d'analyse ou débriefing suscitant une activité réflexive (Samurçay, 2005). La simulation à visée didactique cherche à réunir les conditions permettant à l'apprenant d'acquérir les compétences nécessaires à la maîtrise des situations ciblées par la formation (Vidal-Gomel, 2005).

2. Déroulement d'une formation au SMR

Le dispositif de formation présenté a connu des évolutions successives. Il se décline à présent en deux étapes : niveau 1 et niveau 2, ce dernier correspondant à un « recyclage ». Des observations ouvertes (Leplat, 2000) réalisées en situation réelle ont permis de concevoir les scénarii des simulations qui comportent « un problème à résoudre et/ou à construire » (Pastré, 2011, p. 261). Ces simulations à grande échelle jouées devant un public d'apprenants sont filmées. Les vidéos sont utilisées comme support lors du debriefing.

Pour les objectifs de l'étude, les échanges durant cette dernière phase sont enregistrés, retranscrits puis analysés. Des auto-confrontations viennent compléter le dispositif.

2.1 Formation niveau 1

La première partie de la formation cible deux objectifs : partager des connaissances et les mettre en lien avec les situations réelles. Ainsi concernant la partie plutôt « théorique » consacrée à l'épaule, des liens sont faits entre les plaintes de type douleur de certains professionnels et des pratiques récurrentes issues du terrain, par exemple le rehaussement au lit ou au fauteuil avec les mains du soignant positionnées au niveau des creux axillaires du patient.

La seconde étape du niveau 1 utilise la simulation : plusieurs soignants sont invités à jouer leur rôle à partir des scénarios préparés par le formateur. Les apprenants n'ont pas la possibilité d'anticiper puisqu'ils découvrent le sujet en entrant dans la pièce. Les acteurs ne sont pas influencés par le jeu de leurs collègues car ils n'assistent pas aux séquences sur le même thème tant qu'ils n'ont pas joué la situation.

2.2 Formation niveau 2

Les apprenants ont déjà suivi la formation de niveau 1 quelques mois auparavant (entre 10 et 30 mois) et ont donc expérimenté l'exercice de la simulation.

Répartis en deux groupes, les scénarios sont conçus par les participants eux-mêmes à partir des consignes suivantes :

¹ Le guide des bonnes pratiques de simulation en santé est téléchargeable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf

- la situation doit être crédible et réalisable avec les moyens disponibles ;
- les capacités du patient doivent être définies précisément (à cette fin une grille à compléter est fournie²) ;
- chaque situation sera jouée par les deux équipes.

Les simulations sont filmées et les vidéos sont exploitées lors du débriefing collectif.

3. Une séance de formation au SMR

Cette communication se limitera à la présentation du scénario d'une session de niveau 2 auquel ont participé 4 infirmières et 2 aides-soignantes de différents services : cardiologie, unité en soins intensifs en cardiologie, chirurgie et urgences. Elles sont réparties en 2 groupes lors de la journée.

Le scénario est élaboré et testé puis présenté aux apprenants de l'autre groupe afin qu'ils puissent proposer leur solution en la jouant. Le groupe concepteur fait ensuite une proposition, cette proposition ayant fait l'objet d'un débat et d'essais lors de l'élaboration du scénario (photo1).

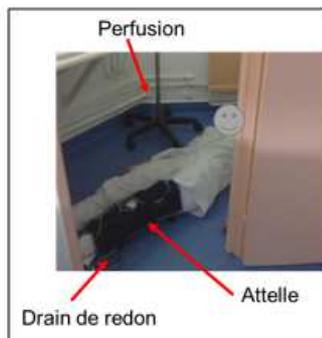


Photo 1 : début de la séquence

SCENARIO

Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, mesurant 1,80m et pesant 90kg. Il a été opéré la veille pour une ligamentoplastie du genou. Le patient a été accompagné au cabinet de toilettes par le kinésithérapeute et installé sur une chaise pour la toilette.

Alors qu'il faisait sa toilette le patient a été victime d'un malaise et a chuté.

Les solutions proposées par les 2 groupes sont différentes :

- Les soignantes du groupe B aide le patient à se relever en plaçant leurs mains sous les bras de la patiente, au niveau du creux axillaire (photos 2 et 3)



Photo 2 : les soignants placent leurs mains



Photo 3 : le patient est relevé

- le groupe A, concepteur du scénario, sollicite les capacités du patient et met à sa disposition un outil pour qu'il puisse se relever seul (photos 4 et 5).

² Pour les aider dans cette étape, la grille demande à préciser par exemple le niveau de mobilité des articulations, l'existence de douleurs...



Photo 4 : un repose-pied est avancé



Photo 5 : le patient se relève

Toutefois les apprenants du groupe A ne reproduisent pas à l'identique ce qu'ils avaient prévu : le patient a plus de difficultés à se relever car, lors de l'essai, le repose-pied avait été placé du côté de la jambe valide.

3.1 Co-concevoir un scénario pour partager les expériences du réel

La spécificité de la séquence présentée réside dans la conception des scénarios par les apprenants eux-mêmes. Alors que classiquement cette étape est réalisée en amont par le formateur avant la séance, elle est ici utilisée comme outil pour faire un pont entre le réel du travail et la formation et provoquer l'émergence des situations sur lesquelles les apprenants pourront débattre entre pairs.

Le thème choisi par le groupe A s'est rapidement orienté vers la chute d'un patient dans le cabinet de toilettes du service de chirurgie. Une des infirmières évoque alors une expérience concernant le malaise vagal d'un patient « jeune » lors d'une prise de sang aux urgences. Ce témoignage conduit le groupe à reconsidérer le choix du patient : il aura 30 ans alors qu'initialement il s'agissait d'une « personne âgée ». L'élaboration du scénario est le fruit des compromis opérés par les apprenants à partir de leurs expériences mais également de leurs objectifs vis-à-vis de l'autre équipe en intégrant des éléments qui devraient être des sources de difficultés comme dans cet exemple l'immobilisation d'une jambe par une attelle.

A : « l'idée de mettre une attelle pour immobiliser la jambe :
S : oui comme ça il a une jambe raide... pour se relever...
A : c'est plus dur ! »

Ce moment de co-conception du scénario est également une opportunité pour aborder des difficultés du quotidien comme celles liées à l'absentéisme par exemple. Dans le scénario, le personnel imaginé est en sous-effectif suite à un arrêt maladie du jour. Des allusions concernant entre autre l'organisation émergent alors :

IDE A : « ben comme d'habitude... Le service RH a pas fait son boulotc'est le matin faut le temps de remplacer quand même!
IDE B : ben non ...
IDE A : en général elles (comprendre les personnes du bureau du personnel) remplacent vers 13 h ou un peu moins...elle sera remplacée vers 13h00...
IDE A : ... et plus ça va pire ça sera les gens préviennent pas... ils ne viennent pas et puis...

La construction du scénario intègre donc des caractéristiques de l'organisation du travail quotidien des acteurs. Les débats se focalisent sur les difficultés organisationnelles en

cherchant à trouver une explication. La discussion s'engage : responsabilité du service des ressources humaines versus attitude des soignants quant à leur engagement dans le travail. Au cours des échanges apparaît également un élément de la réussite du soin. Il s'agit en l'occurrence de l'attitude du patient face à certains événements comme un saignement imprévu. Les soignants abordent alors le point de la priorisation des tâches.

S : « *mais là je pense que... avant de l'encourager à s'asseoir euh... Après avoir regardé d'où ça saigne... Parce le patient il est tellement angoissé, faut le rassurer...*
A : *avant tout*
S : *si on ne rassure pas par rapport aux sources de saignement il sera incapable de faire quoi que ce soit, parce que là ...*
ML : *oui parce que ...*
A (anticipant la réaction du patient) : *" je vais me vider de mon sang..."*
ML : *si y'a du sang partout ...*
A : *et après il tourne de l'œil*
S : *voilà c'est ça...*
ML : *le rassurer sur...*
A : *sur l'origine du sang »*

La construction du scénario devient ainsi un outil pour identifier des paramètres spécifiques de la situation et définir la stratégie à adopter. Les soignants « vivent » en quelque sorte la situation de façon collective au fur et à mesure de la conception du scénario.

3.2 Simuler pour prendre conscience de la complexité du SMR

La simulation offre une possibilité d'expérimentation des nouvelles connaissances proposées par la formation. Elle permet en outre aux apprenants de tester de nouveaux modes opératoires, sans danger pour le patient, autorisant ainsi une forme de créativité autour du SMR (Malet, & al., 2016). Un travail de collaboration se met en place : le patient est co-acteur du soin (Falzon, & Lapeyrière, 1998), il est véritablement sujet et non objet (Hesbeen, 2002).

Au cours de la conception les apprenants peuvent appréhender l'importance de chaque « détail ». Ainsi lors du test, une soignante pose une question concernant son positionnement sur le sol du patient-acteur :

« *Tu crois que ça va changer beaucoup... droit ou gauche pour te relever ...* », sans obtenir de réponse sur l'instant.

Lors de la simulation devant le groupe complet, la réponse à la problématique de positionnement de l'outil émerge : le repose-pied a été placé du côté de la jambe opérée, contrairement à ce qui avait été réalisé à la répétition. Le patient-acteur a ainsi éprouvé des difficultés pour se relever. Cet élément ne passe pas inaperçu au sein de groupe et fait l'objet d'un échange lors du débriefing.

D (ASD – groupe 2) : « moi je trouve qu'elle a galéré...avec le ... euh...truc
E (IDE 1 - Groupe2) : avec le fauteuil
A (IDE 1- groupe 1) : non c'est parce qu'il était pas tourné du bon côté!
S (IDE 2- groupe1) : d'accord, OK
N (IDE 2- groupe 1) : d'accord, OK
F : y'avait un tout petit delta qui avait changé et...
S : c'est ça oui
D : mais c'était bien sinon
[...]
F : et vous vous souvenez de ce que vous aviez fait en répétitions ?
ML (ASD- groupe 1) : de l'autre côté... les jambes de l'autre côté et c'était beaucoup plus facile....
S : oui ... Et ben oui
N : mais c'est bien vous vous êtes compliqué un peu la vie...
F : mais c'est bien ça montre...
S : comme quoi ce n'est pas instinctif ! Faut réfléchir... »

Le formateur guide la réflexion. Chaque élément de la situation devient important et l'intérêt de « réfléchir » émerge.

4. Conclusion

L'approche par le « soin de manutention raisonné » favorise la créativité des soignants et leur permet de développer leur autonomie dans le cadre du rôle propre. Elle conduit à partager des expériences et incite à une activité réflexive sur les pratiques (Mollo & Falzon, 2004). La co-construction des scénarios, l'élaboration de solutions offrent au soignant la possibilité de « parvenir à se servir de son expérience pour faire d'autres expériences » et permettre à chacun d'élargir son pouvoir d'action (Clot, & Faïta, 2000, p. 38). Les apprenants explorent de nouvelles perspectives d'autonomie des personnes, professionnel et patient, (re)donnant à la manutention du patient un véritable statut de soin.

Ce dispositif ouvre le débat sur des approches différentes de la formation à la manutention des patients — en dépassant une approche simplement préventive pour aller vers approche soignante —, et pose de nouvelles questions sur l'évaluation : que doit-on évaluer dans la formation : l'acquisition d'un « bon » geste ou la compréhension et l'analyse d'une situation complexe pour agir ? Avec quels moyens et quand ? Quelles doivent être les compétences de l'animateur-formateur : soignant et/ou préventeur ? Amener les acteurs à concevoir des simulations pour leurs collègues les conduit à transposer eux-mêmes des dimensions des situations réelles dans la formation. Est-ce que cela favorise en retour la transposition des nouveaux acquis dans le réel ?

Bibliographie

- Clot, Y., & Faïta, D. (2000), Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*. 4 : 7-42.
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris : Inter Editions.
- Denis, D., et al. (2013). Proposition d'une définition de la compétence en manutention et impacts sur la formation. *Le Travail Humain*. 2013/2. Vol.76, pp. 129-153.
- Dotte, P. (2009). *Méthode de manutention des malades. Ergomotricité dans le domaine du soin*.
- Falzon, P. & Lapeyrière, S. (1998). L'usager et l'opérateur ; Ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*. Vol. 61, n°1, pp 69-90.
- Hesbeen, W., (2002). La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective infirmière. 2ème édition. Paris : Masson.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu de son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès.
- Lheureux, F. (2010). Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie. *Psychologie du travail et des Organisations*. 16(4), pp 312-325.
- Malet, D., Benchekroun, T-H., Falzon, P., & Vidal-Gomel, C. (2016). Patient handling as an healthcare activity: a simulation-based training methodology. HEPS 2016 « Healthcare and society, new challenges, new opportunities», International Ergonomics Association, Toulouse, 5-7 octobre 2016.
- Mollo, V. & Falzon, P. (2004). Auto-and allo-confrontation as tolls for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35, 531-540.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes. Formation et pratiques professionnelles*. Paris : Presses Universitaires de France, 318p.
- Samurçay, R., (2005). Concevoir des situations simulées pour la formation professionnelle : une approche didactique. In P.Rabardel& P.Pastré. *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques activités développement*. pp. 53-71.Toulouse : Octarès.
- Teiger, C. (1987). Ce qui se passe dans les sessions de formation. In Dejours, C. (Ed). *Souffrance et plaisir au travail*. pp.89-94. Paris : CNRS.
- Vidal-Gomel, C. (2005). Situation de simulation pour la recherche : quels apports pour la formation professionnelle ? Un exemple dans le domaine de la maintenance des systèmes électriques. In P. Pastré (Ed.), *Apprentissage par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels*. pp. 156-180. Toulouse : Octarès.
- Weill-Fassina, F., & Pastré, P. (2004). Les compétences professionnelles et leur développement. In P. Falzon (Ed.) *Ergonomie*. pp.213-231. Paris : Presses Universitaires de France.