



**Développer les coopérations
aides-soignantes/infirmières : un levier pour la
préservation de la santé des soignantes et la qualité des
soins. Intervention ergonomique dans un centre de
dialyse**

Joëlle Maraschin, Amélie Renonciat

► **To cite this version:**

Joëlle Maraschin, Amélie Renonciat. Développer les coopérations aides-soignantes/infirmières : un levier pour la préservation de la santé des soignantes et la qualité des soins. Intervention ergonomique dans un centre de dialyse. Sciences de l'Homme et Société. 2018. dumas-02138107

HAL Id: dumas-02138107

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02138107>

Submitted on 23 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Master Sciences Humaines et Sociales
Mention Travail et Développement
Spécialité Ergonomie**

**Développer les coopérations aides-
soignantes/infirmières : un levier pour
la préservation de la santé des soignantes
et la qualité des soins**

Intervention ergonomique dans un centre de dialyse

Joëlle Maraschin et Amélie Renonciat

Tuteur : Yannick Lémonie

Septembre 2018

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnels soignants du centre Aura Paris Plaisance pour leur accueil chaleureux et leur participation à cette aventure commune, une première intervention ergonomique dans ce centre de dialyse. Nous avons une pensée particulière pour la cadre de santé d'APP dialyse qui s'est beaucoup investie dans notre démarche.

Nous remercions les enseignants en ergonomie du Cnam Paris et notre tuteur Yannick Lémonie, mais aussi nos collègues auditeurs en Master 2 d'ergonomie, lesquels ont su tout au long de cette année nous accompagner et nous conseiller pour la conduite de cette intervention ergonomique.

Ces remerciements s'adressent aussi et surtout à notre entourage amical et familial et nos conjoints respectifs. Ce fut une année riche mais intense et éprouvante, leur patience et leur soutien nous ont été d'une grande aide.

Table des matières

Introduction	6
1. Analyse stratégique de la demande	7
1.1. Présentation de la dialyse	7
1.1.1. L'hémodialyse	7
1.1.2. Des effectifs réglementaires	9
1.1.3. Manutentions et accidents d'exposition au sang (AES)	10
1.1.4. Contexte social de la dialyse	10
1.2. L'organisation du travail à APP dialyse	11
1.2.1. Séances de dialyse et horaires de travail des soignantes	11
1.2.2. Le processus de dialyse	14
1.3. Les conséquences de la fusion sur le travail	16
1.3.1. Les effets de la convention avec l'hôpital Saint-Joseph	17
1.3.2. Des locaux inadaptés	17
1.3.3. Une souffrance des médecins	18
1.3.4. Une intensification du travail	18
1.4. Analyse des données d'APP dialyse	19
1.4.1. Une population majoritairement féminine et expérimentée	20
1.4.2. Un turn-over de 20 % chez les IDE	20
1.4.3. Un absentéisme pour maladies et AT en augmentation	21
1.4.4. Un absentéisme générateur de l'absentéisme	22
1.4.5. Une augmentation des accidents du travail	22
1.4.6. Les vacataires, une variable d'ajustement	25
1.5. Identification des enjeux des acteurs	25
1.6. Proposition d'intervention ergonomique (PIE)	26
1.6.1. Reformulation de la demande	26
1.6.2. Hypothèses	27
2. Conduite stratégique de l'intervention	27
2.1. Les étapes de notre intervention	27
2.2. Une démarche participative	28
2.3. Entretiens et observations ouvertes	29
2.3.1. Entretiens	29
2.3.2. Observations ouvertes	29
3. Diagnostic ergonomique	30
3.1. De fortes contraintes temporelles	30
3.1.1. Des marges de manœuvre limitées pour les infirmières	30
3.1.2. Les aides-soignantes, une activité de bionettoyage et une activité soignante	36
3.1.3. De nombreuses sources de variabilité de l'activité	38
3.1.4. Temps contraints et aléas	39
3.1.5. Des situations de débordement fréquentes	41
3.2. Des différences de pratiques	43
3.3. Des stratégies individuelles et collectives pour faire face	44
3.3.1. Stratégies d'anticipation	44
3.3.2. Stratégies d'organisation collective du travail	45

3.4. Le soin en dialyse : une activité collective distribuée entre les soignantes et les patients	46
3.4.1. Coopérations et aides entre IDE et ASD	46
3.4.2. La participation des patients aux soins	49
3.5. Notre diagnostic en bref	51
4. Groupes de travail « transformation »	51
4.1. Un diagnostic partagé avec les décideurs et soignantes	51
4.1.1. Préconisations et choix des GT en copil	51
4.1.2. Les réactions des soignantes au diagnostic	53
4.2. Organisation et participation aux groupes de travail (GT)	53
4.2.1. Organisation de quatre GT	53
4.2.2. Une participation dépendante de l'activité	54
4.3. Pistes de transformation, mise en débat des pratiques	54
4.3.1. Expérimentation d'une réorganisation du travail	54
4.3.2. La mise en débat des pratiques	55
4.3.3. Une formation en dialyse plus pointue pour les ASD	56
4.3.4. Un temps de transmissions nécessaire	56
4.3.5. Une volonté de cohésion d'équipe	57
4.3.6. Une concertation avec la logistique et la pharmacie	57
Conclusion	57
Bibliographie	60
Annexes	61
Annexe 1 : Document de PIE remis à la DRH	61
Annexe 2 : Recueil des observations des participations patients	65

Table des figures

Figure 1 : La circulation extra-corporelle pour l'épuration du sang	7
Figure 2 : Photo d'un générateur (gauche) et d'une infirmière renseignant les paramètres de dialyse sur l'interface du générateur (droite).....	7
Figure 3 : Photo d'une infirmière en train de monter les lignes sur un générateur en vue du branchement d'un patient	8
Figure 4 : Une fistule et un branchement	8
Figure 5 : Un bain de dialyse / dialysat / poche d'acide.....	9
Figure 6 : Plan des salles de dialyse	12
Figure 7 : Les soignantes en train de préparer une salle de dialyse	12
Figure 8 : Séances de dialyse et horaires de travail des soignantes	13
Figure 9 : Organigramme partiel.....	14
Figure 10 : Déroulement d'une séance de dialyse et répartition des tâches.....	15
Figure 11 : Turn-over aide-soignant et infirmier de 2014 à 2017.....	20
Figure 12 : Causes de l'absentéisme des IDE et ASD entre 2013 et 2017.....	21
Figure 13 : Durée des arrêts maladie en 2016.....	22
Figure 14 : Nombre d'AT chez les IDE et ASD de 2013 à 2017.....	23
Figure 15 : Types d'AT chez les IDE entre 2013 et 2017.....	23
Figure 16 : Types d'AT chez les ASD entre 2013 et 2017.....	24
Figure 17 : Démarche de l'intervention ergonomique.....	28
Figure 18 : Chroniques d'activité de deux IDE lors des branchements de la séance du matin, de 7h à 8h, et de 8h à 9h.....	31
Figure 19 : Chroniques d'activité de deux IDE pendant la dialyse des patients, de 9h à 10h, et de 10h à 11h	33
Figure 20 : Activité de deux IDE dans le bureau infirmier.....	33
Figure 21 : Chronique d'activité de deux IDE lors du débranchement	34
Figure 22 : Chronique d'activité de deux IDE lors des débranchements et préparation pour la séance suivante	35
Figure 23 : Une aide-soignante (blouse blanche) commence le bionettoyage pendant que l'infirmière (surblouse jaune) comprime le patient qui vient d'être débranché.....	35
Figure 24 : Coopération d'une infirmière (blouse blanche) et d'une aide-soignante (surblouse bleue) pour la réfection des lits.....	36
Figure 25 : Chronique d'activité d'une aide-soignante pendant le débranchement	37
Figure 26 : Une aide-soignante du soir prépare les bacs de matériel de dialyse pour la séance suivante	37
Figure 27 : Chronique d'activité d'une aide-soignante pendant l'installation/branchement.....	38
Figure 28 : Tableau des déterminants de l'activité.....	39
Figure 29 : Activité et relation au temps.....	40
Figure 30 : Planning d'une séance de dialyse (le 2 avril 2018, séance du soir).....	40
Figure 31 : Relevé des aléas rencontrés par journée d'observation.....	41
Figure 32 : Accumulation de retards lors des séances précédentes (30 mars 2018)	42
Figure 33 : Situation de débordement d'une infirmière lors d'un débranchement (30 mars 2018).....	42
Figure 34 : Branchements tardifs lors de la séance du soir (30 mars 2018).....	43
Figure 35 : Tableau descriptif des stratégies d'organisation collective du travail	45
Figure 36 : Planning d'une séance de dialyse (le 3 avril 2018, séance du matin)	46
Figure 38 : Coopérations et aides en salle 2A le 2 mars 2018, en phase de dialyse des patients du matin	47
Figure 37 : Coopérations et aides en salle 2A le 2 mars 2018, en phase de branchement des patients du matin	47
Figure 39 : Coopérations et aides en salle 2A le 2 mars 2018, en phase de débranchement des patients du matin	48

Introduction

Notre intervention ergonomique se déroule au sein de l'association Aura, sur le site d'Aura Paris Plaisance (APP) situé dans le 14^e arrondissement de Paris.

L'Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel (Aura) est une association loi 1901 à but non lucratif relevant du droit privé, créée en 1967. Elle est composée de plusieurs structures de soins en charge du traitement de l'insuffisance rénale terminale par la dialyse.

Une précédente intervention ergonomique a été conduite en 2016-2017 sur le site Aura de St-Ouen par un autre binôme d'auditrices du Cnam en fin de Master d'ergonomie. La Directrice des ressources humaines a sollicité le Cnam pour l'intervention cette année d'un autre binôme sur un site différent, le site Aura Paris Plaisance (APP dialyse). C'est le CHSCT de l'association qui avait demandé cette intervention pour ce centre lourd, c'est-à-dire un centre de soins réservé aux patients polypathologiques.

La demande, formulée par la Direction des ressources humaines et la Direction des soins, porte sur deux points. D'une part, l'amélioration des gestes et postures des soignantes de dialyse (infirmières et aides-soignantes), en réponse à une augmentation des accidents du travail et des plaintes de ces soignantes pour troubles musculo-squelettiques (TMS). D'autre part, l'amélioration de la coordination entre équipes de soignantes du matin et du soir lors du chevauchement d'équipes.

Nous avons instruit cette demande initiale de l'établissement de santé. Nous présentons dans le chapitre 1 notre analyse stratégique de la demande : éléments contextuels sur la dialyse et sur l'organisation du travail au sein du centre APP, analyses des données et documents, observations et entretiens exploratoires, enjeux des différents acteurs. Cette analyse stratégique nous a permis de construire une proposition d'intervention ergonomique. Celle-ci est articulée autour de l'analyse de l'activité des infirmières et des aides-soignantes afin d'identifier les déterminants organisationnels susceptibles de contribuer à l'augmentation des AT et TMS, mais aussi les stratégies individuelles et collectives permettant la réalisation d'un travail de qualité. La conduite stratégique de l'intervention est présentée dans le chapitre 2.

Nos observations, entretiens et nos outils d'analyse de l'activité nous ont permis de mettre en visibilité les situations de débordement des professionnels de santé de l'Aura. Ces situations de débordement peuvent avoir des conséquences sur la santé des professionnels mais aussi sur la qualité de la prise en charge des patients. Nous avons par ailleurs mis en évidence que l'activité de soin est une activité collective distribuée entre les infirmières, les aides-soignantes et les patients. Les coopérations constituent de fait une ressource pour l'activité des soignantes et la qualité des soins. Notre diagnostic ergonomique est détaillé dans le chapitre 3.

A la suite du partage de notre diagnostic ergonomique avec les membres du comité de pilotage et les soignantes du centre APP, nous avons mis en place et animé des groupes de travail constitués de soignantes et de leur encadrement afin d'identifier des pistes pour développer d'une part les coopérations infirmières/aides-soignantes et revaloriser d'autre part le rôle des aides-soignantes. Notre démarche de co-construction des pistes de transformation est présentée dans le chapitre 4. Un rendez-vous de restitution finale de l'intervention avec les membres du copil et les soignantes intéressées a été fixé pour le 31 août.

1. Analyse stratégique de la demande

1.1. Présentation de la dialyse

1.1.1. L'hémodialyse

La dialyse est un traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, elle permet de suppléer au dysfonctionnement du rein. Il existe deux techniques de dialyse : l'hémodialyse, qui se déroule à domicile ou dans une structure d'hémodialyse, et la dialyse péritonéale, effectuée en général à domicile. Au sein du centre APP dans lequel nous intervenons, la technique utilisée est celle de l'hémodialyse.

L'hémodialyse est réalisée grâce à un générateur, lequel permet de faire circuler le sang du patient dans le dialyseur ou rein artificiel. L'hémodialyse nécessite de fait une circulation extra-corporelle (figure 1). Ce sont les infirmières de dialyse, formées à la manipulation de ces machines, qui paramètrent les générateurs en fonction des prescriptions médicales. Ce sont aussi les infirmières qui installent les lignes sur les générateurs, lignes qui permettent la circulation extra-corporelle pour l'épuration du sang (figures 2 et 3).

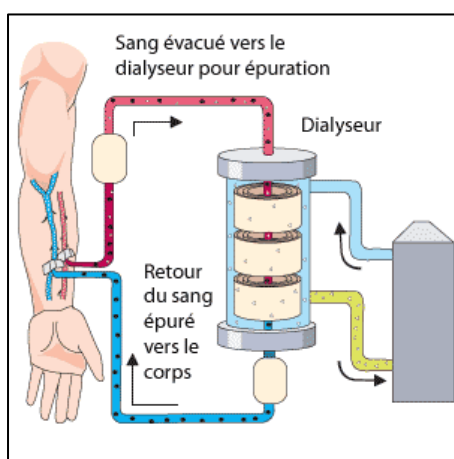


Figure 1 : La circulation extra-corporelle pour l'épuration du sang

Source : www.emaze.com

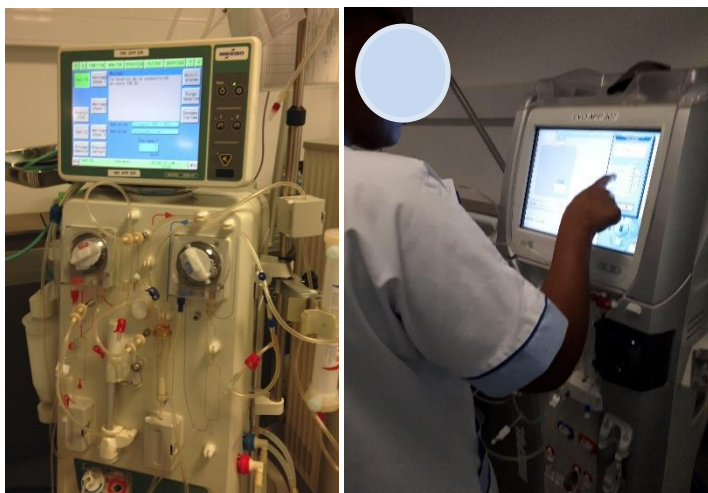


Figure 2 : Photo d'un générateur (gauche) et d'une infirmière renseignant les paramètres de dialyse sur l'interface du générateur (droite)



Figure 3 : Photo d'une infirmière en train de monter les lignes sur un générateur en vue du branchement d'un patient

Le générateur permet de suivre les paramètres cliniques du patient afin de vérifier le bon déroulement de la dialyse. Il est par ailleurs équipé de dispositifs de sécurité, lesquels permettent d'alerter les soignants en cas de problème lors d'une séance de dialyse.

Un abord vasculaire particulier est nécessaire pour la circulation extra-corporelle : une fistule artério-veineuse (figure 4) réalisée lors d'une intervention chirurgicale, c'est-à-dire le détournement du sang artériel vers la veine afin d'assurer un débit sanguin suffisant, ou encore la pose d'un cathéter dans une grosse veine en cas d'impossibilité de réaliser une fistule. La ponction d'une fistule est un geste infirmier spécifique de l'hémodialyse, tout comme la ponction sur cathéter. Le « branchement » d'un patient au générateur, c'est-à-dire la ponction de la fistule et l'installation des lignes de circulation extra-corporelle, et le « débranchement », désinsertion des aiguilles et restitution du sang au patient, sont des gestes techniques infirmiers. Le paramétrage des générateurs de dialyse est également un geste qui relève de la compétence des infirmières.

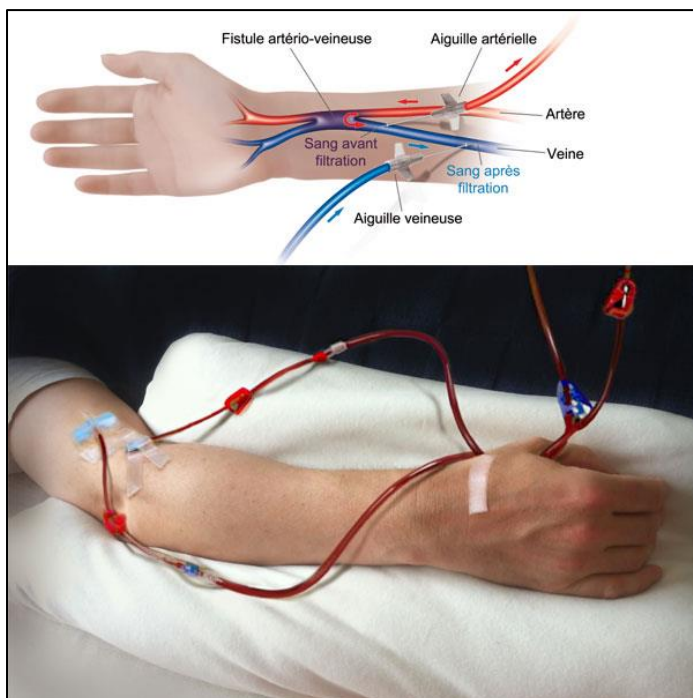


Figure 4 : Une fistule et un branchement

Source : Étude de l'hémodialyse et mise en place de l'hémodiafiltration, Université de Technologie de Compiègne

Les soignantes doivent installer sur les générateurs de chaque patient des bains de dialyse (figure 5), lesquels pèsent cinq ou sept kilos. Ces bains de dialyse ne sont pas tous identiques, le choix de tel ou tel dialysat pour un patient donné est une prescription médicale.



Figure 5 : Un bain de dialyse / dialysat / poche d'acide

La durée de la séance de dialyse est une prescription médicale. Les séances durent généralement quatre heures, et sont renouvelées trois fois par semaine pour permettre une bonne épuration du sang. Le temps de dialyse peut cependant être plus ou moins long, suivant la prescription médicale.

Les patients accueillis dans un centre de dialyse sont des patients chroniques, ils doivent nécessairement être dialysés au même rythme pour continuer à vivre, et ce dans l'attente d'une éventuelle greffe de rein s'agissant des patients éligibles à la transplantation rénale. De fait, l'activité est constante au cours de l'année, il n'y a pas de période creuse. Certains patients peuvent cependant partir en vacances s'ils trouvent une place dans un centre de dialyse proche de leur lieu de villégiature. Ils sont éventuellement remplacés par d'autres patients, par exemple des patients de passage à Paris. Les lits de dialyse du centre APP sont occupés en permanence, une liste d'attente de patients souhaitant être dialysés au sein de ce centre permet à celui-ci de ne pas diminuer son activité.

1.1.2. Des effectifs réglementaires

Le Code de la santé publique a défini en 2002 (Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002) les effectifs médicaux et soignants obligatoires pour l'activité d'hémodialyse. Un centre d'hémodialyse doit assurer « la présence permanente en cours de séance d'au moins un infirmier ou une infirmière pour quatre patients et un aide-soignant ou une aide-soignante, ou éventuellement d'un autre infirmier ou d'une autre infirmière pour huit patients ». Compte-tenu des ambiguïtés de ce texte réglementaire, une circulaire de la Direction des Hôpitaux a précisé les effectifs réglementaires pour chaque structure de dialyse. S'agissant des ratios soignants, un centre « lourd » doit assurer une présence d'au moins deux infirmières et une aide-soignante pour huit patients lors de chaque séance de dialyse.

1.1.3. Manutentions et accidents d'exposition au sang (AES)

Le port des bains de dialyse, notamment parce qu'ils doivent être accrochés à une certaine hauteur sur les portants de dialyse, est une tâche ressentie comme pénible par les soignantes. Un certain nombre de patients dialysés présentent par ailleurs des difficultés de mobilité (patients en surpoids, patients amputés, patients âgés...). L'installation de certains patients dans les lits implique de fait leur manutention.

Deux brancardiers sont disponibles pour l'ensemble des sept salles de dialyse d'APP. En début et en fin de séance, les brancardiers assurent le transport en fauteuil roulant des personnes les moins mobiles. Ils n'ont pas le temps de participer à l'installation des patients dans les lits, laquelle est effectuée par les aides-soignantes et les infirmières. **Des appareils d'aide à la manutention des patients sont disponibles, mais les soignantes ne les utilisent pas. Il faut en effet aller chercher ces appareils, les installer, et les soignantes nous ont fait part de leur manque de temps pour ces opérations.** Par ailleurs, une étude ergonomique a montré que la manutention de patients par les soignants était un soin à part entière, tâche qui mériterait d'être valorisée afin de redonner un statut de soin à ce geste investi (Malet & Benckroun, 2012).

Des formations gestes et postures ont par ailleurs été organisées par l'établissement pour les soignantes afin de prévenir les TMS. Des séances d'ostéopathie sont également proposées.

Les AES font aussi partie des risques professionnels auxquels sont exposées les infirmières, mais aussi dans une moindre mesure les aides-soignantes, en raison d'une part de l'abord vasculaire utilisé lors du branchement et d'autre part de la circulation extra-corporelle (Geres, les risques liés à l'hémodialyse). Les AES exposent les soignantes à des risques de transmission notamment des virus des hépatites et du VIH, ce sont donc des accidents de travail potentiellement graves.

En hémodialyse sont utilisées des aiguilles creuses de gros calibre pour le branchement des lignes, c'est-à-dire des aiguilles pouvant contenir une quantité de sang importante. Lors d'une piqure avec du matériel souillé, le risque de transmission d'une infection éventuelle patient-soignant est d'autant plus élevé que la quantité de sang est importante. Par ailleurs, le débit sanguin est élevé dans une fistule artério-veineuse ou un cathéter, ce qui expose les soignantes à des AES par projection de sang ou de liquide biologique souillé. De même, la circulation extra-corporelle (débit important de la pompe à sang et du dialysat) expose les soignantes à des projections.

1.1.4. Contexte social de la dialyse

Le nombre de patients en dialyse ne cesse d'augmenter en France, en raison de l'augmentation de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale du fait du vieillissement de la population, mais aussi de l'augmentation de l'espérance de vie des patients sous dialyse atteints de maladie rénale autres que celles imputables au vieillissement (données 2016 du réseau Rein, Réseau, Épidémiologie, Informations, Néphrologie). Aussi les patients accueillis en dialyse sont-ils de plus en plus âgés, de fait plus exposés à des polyopathologies.

La dialyse, et plus particulièrement l'hémodialyse, fait depuis trois ans l'objet d'une polémique en raison des coûts de santé qu'elle entraîne. Nous mentionnons ce contexte social car nous

estimons que celui-ci n'est pas sans incidence sur les professionnels de santé qui travaillent dans un centre de dialyse, mais aussi sur les patients pris en charge.

Ainsi, en 2015, un rapport de la Cour des comptes a fait le constat d'une augmentation préoccupante des coûts de la dialyse en France comparativement à d'autres pays d'Europe. L'hémodialyse dans des centres dits lourds ou des unités de dialyse médicalisée se ferait au détriment d'autres techniques moins coûteuses (dialyse péritonéale, greffes rénales, auto-dialyse à domicile, voire absence de dialyse pour les patients les plus âgés en raison de bénéfices incertains). D'après la Cour des comptes, la tarification à l'activité (T2A) est en effet très favorable à la dialyse en centre lourd. Tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont financés selon le mode de la tarification à l'activité : les actes de soins sont forfaitisés par groupes de patients et remboursés en conséquence par l'Assurance maladie.

Afin de maîtriser cette envolée excessive des dépenses, la Cour des comptes a préconisé de revoir l'orientation jugée abusive des patients vers les centres lourds, mais aussi de supprimer les contraintes de moyens (obligation d'un infirmier pour quatre malades dans les centres de dialyse ou d'un nombre minimal de médecins) dans les centres lourds.

Les préconisations de la Cour des comptes ont été dénoncées par les sociétés savantes de néphrologues, opposées à toute révision à la baisse des effectifs médicaux et soignants dans les centres de dialyse. Des associations de patients, comme l'association Renaloo, ont cependant salué ce rapport de la Cour des comptes. Cette association dénonce en effet l'orientation systématique des patients vers la dialyse en centre lourd pour des raisons lucratives au détriment d'autres modalités de traitement de l'insuffisance rénale terminale (transplantation rénale, auto-dialyse...). Cette polémique a fait l'objet de plusieurs articles de presse, certains évoquant un « scandale de la dialyse » (Viva Magazine, La Provence, février et mars 2016).

1.2. L'organisation du travail à APP dialyse

1.2.1. Séances de dialyse et horaires de travail des soignantes

L'établissement Aura Paris Plaisance est composé d'un centre de dialyse et d'un service d'hospitalisation en néphrologie. Le champ de notre intervention se limite au centre de dialyse. Le centre APP dialyse est ouvert du lundi au samedi de 7h00 à minuit. Il est équipé de 60 postes de dialyse, répartis dans sept salles et sur deux étages. Une salle de dialyse « standard » peut accueillir huit patients. Un plan des salles est représenté figure 6.

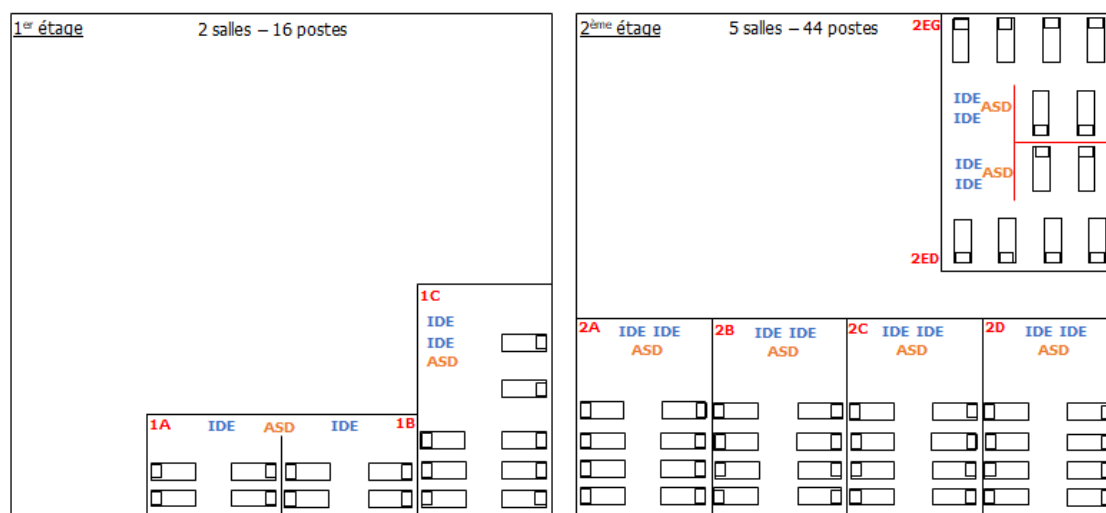


Figure 6 : Plan des salles de dialyse



Figure 7 : Les soignantes en train de préparer une salle de dialyse

Trois séances de dialyse sont programmées les lundis-mercredis-vendredis (matin, après-midi et soir), deux séances les mardis-jeudis-samedis (matin et après-midi). Les L-Me-V, les deux équipes de soignantes, du matin et du soir, se succèdent, avec une période de chevauchement entre 12h30 et 15h20. Les Ma-J-S, les deux séances de dialyse sont prises en charge par la seule équipe du matin.

Les horaires et le rythme de travail sont identiques entre infirmières (IDE) et aides-soignantes (ASD) d'une même équipe, mais différent entre équipes. L'équipe du soir travaille trois jours par semaine (les L-Me-V), en grande journée de 12h20 à minuit, soit 11,67h de travail journalier. L'équipe du matin alterne d'une part entre une semaine de quatre jours de travail et

une semaine de trois jours de travail, et d'autre part entre des petites journées de 8,75h de travail (6h45-15h30) et des grandes journées de 11,67h (6h45-18h25). La figure 8 schématise cette organisation.

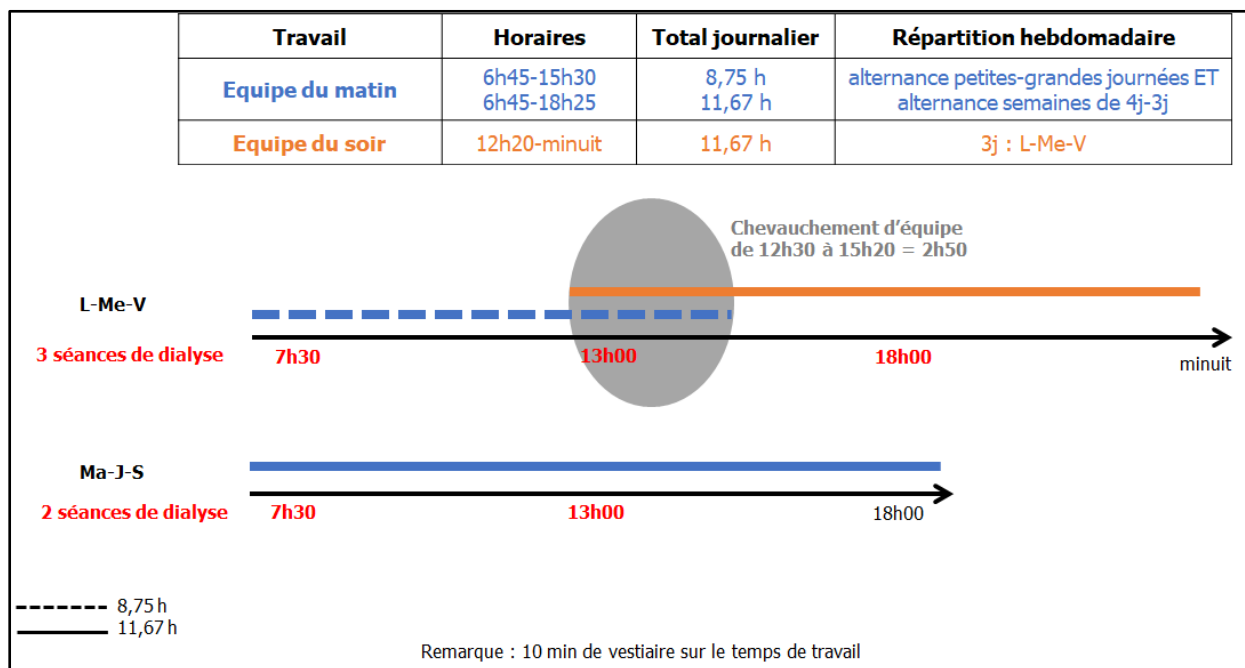


Figure 8 : Séances de dialyse et horaires de travail des soignantes

Infirmières et aides-soignantes appliquent les prescriptions médicales établies par les médecins, mais il n'existe pas de lien de subordination entre les médecins et les soignantes. Les soignantes sont en effet rattachées au pôle des services des soins avec à sa tête une Directrice des soins (voir organigramme de la figure 9) ; l'encadrement de proximité est composé d'un cadre de santé et de trois infirmières-majors. Les médecins et internes sont sous la direction d'un médecin chef de service.

Les infirmières-majors ont pour mission d'organiser et de planifier l'accueil des patients. Le cadre de santé gère le personnel (plannings, évaluations, recrutements, formations...). En son absence, ce sont les infirmières-majors qui sont responsables du personnel.

Le centre APP dialyse prend en charge une file active de 320 patients. À cette file active s'ajoutent les patients du service d'hospitalisation d'APP, les patients de l'hôpital Saint-Joseph ayant besoin d'une dialyse en urgence (convention avec l'Aura), et des patients en transit (en vacances à Paris par exemple). Les lits du centre APP dialyse sont rarement inoccupés. L'accueil des patients donne lieu à des réorganisations quotidiennes de plannings par les infirmières-majors, notamment lorsque les patients ne font pas partie de la file active habituelle (patients hospitalisés, en transit...).

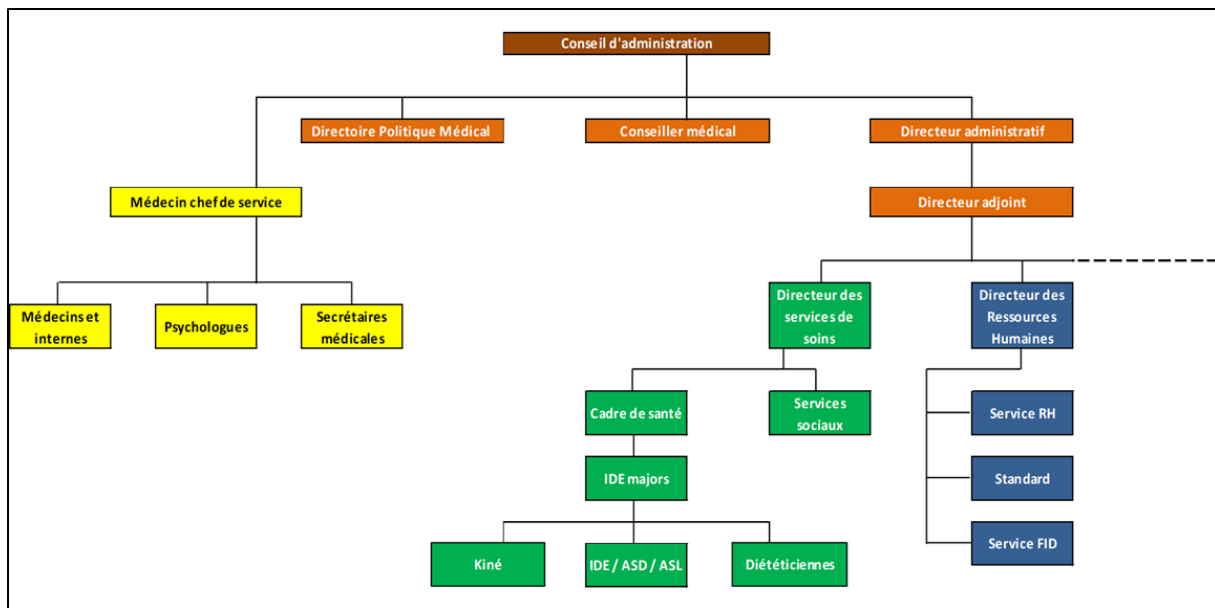


Figure 9 : Organigramme partiel

1.2.2. Le processus de dialyse

Une salle de dialyse « standard » accueille huit patients, dans laquelle travaille un trinôme de deux infirmières et une aide-soignante. La cadre de santé prévoit dans les effectifs une infirmière et une aide-soignante « volantes », c'est-à-dire deux soignantes qui ont pour mission de venir en aide à leurs collègues en salle si besoin. Le matin et le midi, une infirmière « d'accueil » accueille les patients les plus fragiles lors de leur arrivée au centre de dialyse. Soignantes volantes et d'accueil peuvent être affectées dans des salles en cas d'absentéisme non programmé.

À la demande des soignantes, qui souhaitent ne pas toujours travailler avec les mêmes collègues mais aussi avec les mêmes patients, une rotation est organisée tous les quatre mois : les soignantes changent alors de salle, les trinômes intervenant dans une salle donnée sont reconstitués. Mais d'après les soignantes, les trinômes varient dans les faits plus souvent que tous les quatre mois en raison notamment d'une réorganisation des équipes du fait de l'absentéisme.

Une séance de dialyse se déroule schématiquement en quatre étapes : préparation de la salle et des générateurs, branchement des patients aux générateurs, réalisation de la dialyse, débranchements des patients. Chaque professionnel a un rôle différent à jouer : l'IDE (Infirmière Diplômée d'État) effectue les gestes techniques et soins infirmiers qui relèvent de sa compétence, l'ASD (Aide-Soignante Diplômée) l'aide dans la réalisation de ces soins, mais est aussi en charge du confort du patient et du « bionettoyage », c'est-à-dire du nettoyage des générateurs, des lits et du sol selon des règles prescrites d'asepsie. La figure 10 représente schématiquement le déroulement d'une séance de dialyse et la répartition des tâches entre IDE et ASD.

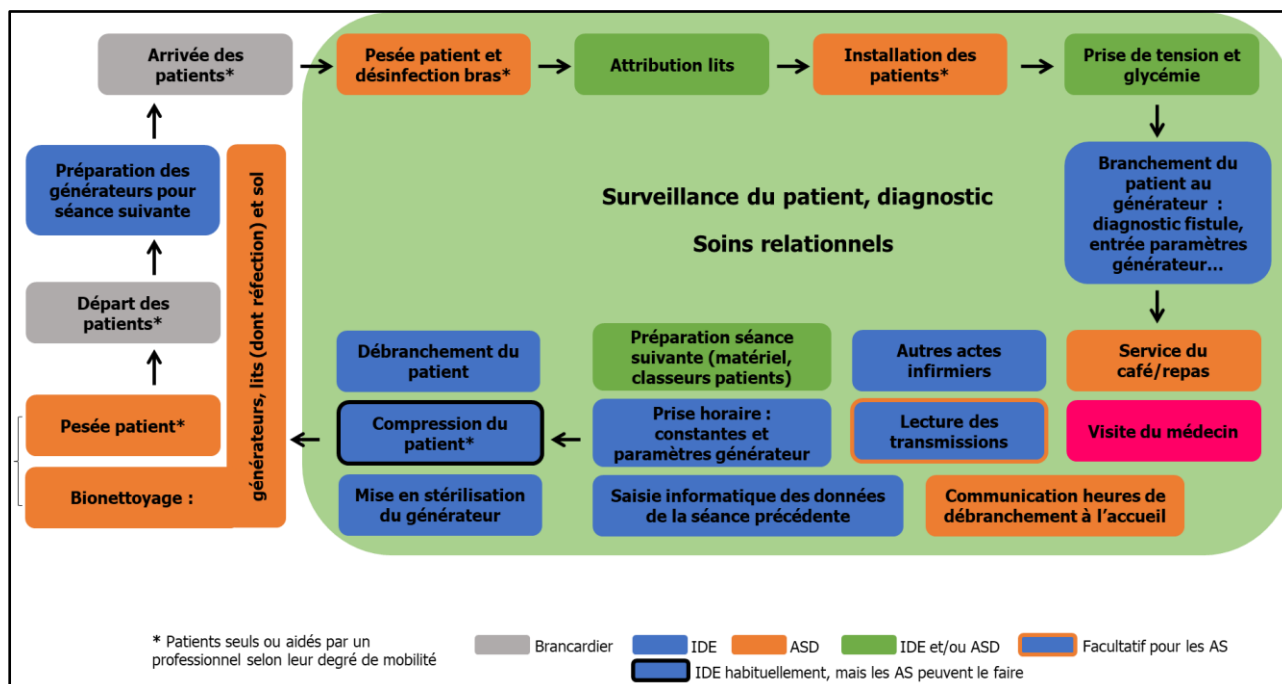


Figure 10 : Déroulement d'une séance de dialyse et répartition des tâches

À son arrivée (seul ou accompagné par un brancardier ou l'infirmière d'accueil), le patient se pèse et désinfecte sa fistule, puis se voit attribuer un lit. La pesée permet de déterminer le poids en eau pris depuis sa dernière séance de dialyse, et donc le poids à perdre lors de cette séance. Selon leur degré d'autonomie et de mobilité, les patients effectuent ces actions seuls ou aidés par l'ASD, voire par une IDE si l'aide-soignante est occupée. Tension et glycémie sont ensuite prises, par l'IDE ou l'ASD (pour ce qui est de la tension, car les ASD n'ont pas le droit de prendre la glycémie). Puis l'IDE branche le patient : elle fait un diagnostic de sa fistule, pique le patient, paramètre le générateur (durée de la dialyse, poids à perdre, etc.) et note toutes les informations dans le classeur du patient (constantes, paramètres du générateur, observations éventuelles). Une infirmière branche à chaque séance quatre patients.

Pendant que les patients dialysent, les aides-soignantes leur servent un repas ou une collation et communiquent les heures de débranchement aux agents d'accueil, afin que celles-ci les transmettent aux ambulanciers pour organiser le retour des patients à leur domicile.

Les infirmières quant à elles préparent le matériel pour la séance suivante, elles peuvent être aidées ou non par les ASD. Les infirmières lisent les transmissions, réalisent les éventuels actes infirmiers supplémentaires (bilans sanguins, etc.), saisissent dans le logiciel de dialyse les données relatives aux patients de la séance précédente, accompagnent le médecin lors de la visite des patients, et effectuent une prise horaire des constantes.

Lorsque la dialyse s'achève, l'IDE débranche le patient, met le générateur en stérilisation. L'infirmière ou l'aide-soignante « compriment » le patient s'il est dans l'incapacité de le faire seul. La compression prend une dizaine de minutes, elle vise à stopper l'écoulement du sang par la fistule après la désinsertion des aiguilles. Éduqués à ce geste par les soignantes, de nombreux patients se compriment eux-mêmes. Mais certains ne sont pas en mesure de le faire (troubles de la coagulation, manque de dextérité, problèmes de vue, troubles cognitifs...).

Une fois les patients débranchés, l'ASD commence le bionettoyage. Elle contrôle également la deuxième pesée du patient. Les IDE préparent quant à elles les générateurs et le matériel pour la séance suivante.

Ce cycle se répète deux ou trois fois selon les jours. Les L-Me-V, les deux équipes de soignantes se « chevauchent » de 12h30 à 15h20 et effectuent ensemble l'interséance du midi, c'est-à-dire l'enchaînement du débranchement des patients du matin et du branchement des patients de l'après-midi. Pour apporter une solution au manque de communication constaté entre les équipes du soir et matin, la cadre de santé a mis en place peu de temps après notre arrivée le « branchement à quatre mains » pour la séance de l'après-midi. Une IDE du matin s'occupe de la ponction de la fistule tandis qu'une IDE du soir paramètre le générateur.

À noter que ce temps de chevauchement, de co-présence des deux équipes, bien qu'il dure en théorie 2h50, est en réalité beaucoup moins long, puisqu'après avoir préparé ensemble la salle de dialyse pour la séance suivante, puis branché les patients de l'après-midi, chaque équipe part successivement en pause déjeuner, l'équipe du matin dans un premier temps puisque celle-ci est au travail depuis plus de six heures, puis l'équipe du soir. Lorsque l'équipe du soir revient de déjeuner, c'est l'heure du retour à domicile pour les soignantes du matin.

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène de l'Aura (EOH) et l'encadrement préconisent la mise en place de « salles blanches » entre chaque séance de dialyse afin de limiter les infections nosocomiales, c'est-à-dire des infections bactériennes ou virales transmises en milieu de soins. La salle blanche consiste en ce qu'il n'y ait plus aucune activité ni circulation dans la salle, pendant 10 à 15 minutes, une fois celle-ci totalement bionettoyée. **À l'heure actuelle, les salles blanches ne sont pas, ou rarement, respectées. Les soignantes n'ont en effet pas le temps de dégager le temps nécessaire pour ces salles blanches.**

Alors que nous étions en intervention, nous avons appris par les médecins que le taux d'infections sur les fistules buttonhole (des fistules particulières) devenait très préoccupant. Les causes de ces contaminations bactériennes n'étaient pas encore identifiées à l'été dernier, mais il n'est pas exclu qu'il s'agisse d'infections nosocomiales.

Nous avons constaté que le temps est un élément central en dialyse et une source de stress chez les soignantes. Elles verbalisent une « course au temps », en raison notamment des réorganisations causées par l'absentéisme et par les fréquents mouvements dans le planning des patients.

1.3. Les conséquences de la fusion sur le travail

Le centre APP est né de la fusion en janvier de 2015 de deux précédents centres parisiens de dialyse de l'Aura, le centre Henri Kuntzinger (15^e arrondissement) et le centre de Notre-Dame-de-Bon-Secours (14^e arrondissement). Cette fusion s'est faite à effectifs constants de personnels de santé. Des équipes qui ne se connaissaient pas et qui pouvaient avoir des habitudes de travail différentes ont de fait été amenées à travailler ensemble.

1.3.1. Les effets de la convention avec l'hôpital Saint-Joseph

Les locaux du nouveau centre APP ont été installés sur le site de l'hôpital Saint-Joseph dans le 14^e arrondissement. L'objectif de la fusion et de cette installation du centre sur un site hospitalier était de disposer d'un plateau technique de proximité en cas de besoin pour la population de patients polypathologiques accueillie dans le centre APP. Une convention a été passée avec l'hôpital Saint-Joseph. Le centre APP a la possibilité de faire hospitaliser si besoin ses patients dans les services de l'hôpital Saint-Joseph. L'hôpital peut de son côté orienter ses patients hospitalisés vers le centre APP lorsque ceux-ci nécessitent une dialyse.

L'hôpital Saint-Joseph est un hôpital qui a fait le choix d'informatiser l'ensemble de ses documents, notamment les dossiers patients. Il n'y a donc pas de documents papiers transmis aux personnels de santé d'APP en charge de la dialyse. L'environnement informatique étant différent au sein du centre APP, les soignants ne sont pas toujours en mesure d'avoir les informations nécessaires sur les patients de Saint-Joseph qui leur sont envoyés pour être dialysés. La prise en charge de ces patients (environ un ou plus par jour) donne lieu à des déclarations d'évènements indésirables de la part des soignants via le système dédié à la déclaration de ces évènements : celle-ci entraîne une surcharge de travail (soignants et médecins dans l'obligation d'appeler le service pour obtenir les informations nécessaires) et une désorganisation du service, voire une qualité des soins dégradée pour la prise en charge de ces patients. Au début de notre intervention, plusieurs réunions devaient être organisées entre les gestionnaires des risques de deux établissements de santé pour résoudre ce problème.

1.3.2. Des locaux inadaptés

Les personnels de santé d'APP dialyse déplorent l'aménagement des locaux du nouveau centre, tant pour l'activité de travail que pour l'accueil des patients, aménagement pour lequel l'avis des professionnels de santé n'a pas été considéré. Certains locaux sont jugés inadaptés : vestiaires trop petits pour permettre l'habillage de l'ensemble des soignantes, réserves de matériel trop exigües et non adaptées à un rangement de matériels facilitant leurs préhensions...

Les patients sont par ailleurs accueillis au rez-de-chaussée et doivent patienter devant les ascenseurs avant de pouvoir monter dans les salles de dialyse situées au premier et second étages. Il n'y a pas de salle d'attente au rez-de-chaussée permettant un accueil dans de bonnes conditions. Dans les étages, les quelques sièges d'attente ne permettent pas non plus d'accueillir l'ensemble des patients. Nous avons rencontré un représentant des patients siégeant à la commission des usagers. Le principal motif de plaintes des patients concerne l'inadaptation des nouveaux locaux à l'accueil. Depuis l'installation dans ces nouveaux locaux, les personnels de santé d'APP dialyse sont confrontés à une augmentation des incivilités, voire des agressions de patients.

Les possibilités de revoir cet aménagement sont très limitées. Les locaux ont été conçus en fonction de l'implantation des postes de dialyse, lesquels nécessitent une lourde infrastructure pour chaque poste (circuits d'eau spécifique par exemple).

1.3.3. Une souffrance des médecins

Dès le début de notre intervention, la DRH a évoqué des difficultés au sein de l'équipe médicale, et notamment avec le chef de service. Une psychosociologue était alors en cours d'intervention auprès de l'équipe de médecins. Plusieurs démissions de médecins et des arrêts maladie sont des indicateurs de ce malaise. Le médecin du travail : « *Plusieurs médecins d'APP dialyse sont en souffrance. Et quand les médecins, qui sont les prescripteurs du travail des soignantes, vont mal, c'est tout le personnel qui va mal* ». Nous nous sommes entretenues avec un médecin, membre de la commission Qualité de Vie au Travail mise en place par la direction et ancien élu au CHSCT. D'une part, la décision de nommer un chef de service, recruté à l'extérieur de l'Aura, a été mal vécue par les médecins. Ceux-ci s'organisaient auparavant de façon collégiale en l'absence de chefferie de service.

Surtout, les médecins regrettent que leur avis ne soit plus pris en compte dans les orientations stratégiques de l'Aura. Par exemple, la direction de l'établissement a pris la décision de fermer plusieurs petites unités de dialyse en Ile-de-France pour développer en priorité l'activité du centre APP dialyse, plus lucrative au regard de la tarification à l'activité. **Par ailleurs, l'éducation thérapeutique des patients ne serait pas à la hauteur de ce qu'elle devrait être alors que les médecins estiment que cette éducation permettrait d'améliorer la qualité de vie et l'espérance de vie des patients.** Un groupe de travail éducation thérapeutique, animée par la Direction des soins, doit se réunir deux heures par mois pour réfléchir à la mise en place d'un programme. **Mais ce groupe ne se réunit pas toujours, puisque les soignantes n'ont parfois pas la possibilité d'y assister en raison d'un absentéisme dans les équipes.**

1.3.4. Une intensification du travail

La création du centre APP dialyse a eu pour effet selon les professionnels de santé d'intensifier leur travail en raison notamment de nombreux changements organisationnels :

- Diminution de la durée journalière de travail de 12,00 h à 11,67 h : activité effectuée avec 20 minutes de moins, et temps de chevauchement entre les équipes du matin et du soir diminué de 20 minutes.
- Augmentation du nombre de patients à prendre en charge par IDE pour celles provenant d'un des deux précédents centres (15^e arrondissement de Paris) : passage de 2,5 à 4 patients par IDE.
- Suppression des horaires en longues journées les L-Me-V pour l'équipe du matin (« grand matin ») : auparavant une des deux IDE et l'ASD de l'équipe du matin travaillaient en 12h, c'est-à-dire qu'elles restaient avec l'équipe du soir jusqu'à 18h45. Cela signifie que dans chaque salle, trois IDE et deux ASD étaient donc présentes pour prendre en charge l'interséance du soir. Aujourd'hui, pour rappel, elles sont deux IDE et une ASD.
- Suppression des horaires « taquets » sur décision médicale pour le débranchement des patients du soir (débranchements des patients à 23h, que la dialyse soit terminée ou non pour garantir à l'équipe du soir une fin de garde à minuit).
- Stockage de matériel à l'extérieur des salles, alors qu'auparavant les salles de dialyse disposaient de réserves de matériel. Cette nouvelle configuration spatiale augmente le nombre de déplacements des soignantes et impacte leur organisation du travail dans la

préparation du matériel étant donné que deux soignantes doivent toujours être présentes simultanément en salle de dialyse.

- Augmentation pour les soignantes des manutentions de patients et ports de charges : avant, un aide-technicien (et non l'ASD ou l'IDE) plaçait les acides sur les générateurs; d'autre part, les ambulanciers installaient les patients dans leurs lits. Aujourd'hui, les ambulanciers ne sont plus autorisés à monter en salles de dialyse.
- Organisation du stockage du matériel de dialyse et choix des équipements utilisés par les soignantes (chariots, etc.) sans concertation avec celles-ci.
- Patients de l'hôpital Saint-Joseph.

D'après les soignantes, les réorganisations d'horaires ont impacté l'esprit d'équipe, notamment entre les soignantes du matin et celles du soir. La diminution du temps de chevauchement ne facilite pas les transmissions entre équipes, les soignantes du soir arrivant dans le service à un moment particulièrement tendu de l'activité. De plus, la présence auparavant d'une infirmière et une aide-soignante de l'équipe du matin jusqu'au branchement de la séance du soir permettait d'une part une meilleure cohésion des équipes et d'autre part des transmissions orales sur les soins et l'état des patients.

Cette intensification s'accompagne pour certaines d'une perte de sens du travail. Une IDE (30 ans d'ancienneté dont 15 à l'Aura) : « *Nous n'avons plus le temps de faire du relationnel. Cela me manque énormément, je suis de la vieille école* ». Une IDE (moins d'un an d'ancienneté) : « *La question est de savoir si on ne fait que brancher ou si nous pouvons nous occuper de la prise en charge globale du patient comme cela nous a été enseigné à l'école* ». La même IDE : « *Est-ce vraiment pertinent de continuer la dialyse pour ce patient en fin de vie qui ne supporte plus la dialyse ?* ».

1.4. Analyse des données d'APP dialyse

Nous avons demandé, obtenu et analysé un certain nombre de documents et données de l'entreprise :

- le livret d'accueil remis aux nouveaux embauchés, comprenant notamment l'organigramme, une présentation de l'Aura et des statuts, le règlement intérieur et la charte du personnel, afin de comprendre le fonctionnement de l'association.
- les données sociales depuis 2013 : effectifs, bilan social, absentéisme, accidents du travail, et mouvements de personnels. Nous voulions en effet pouvoir observer l'évolution de ces indicateurs entre avant la fusion (dans les deux précédents centres) et après la fusion et l'ouverture d'APP.
- les plannings de l'ensemble du personnel soignant d'APP dialyse, dans le but de comprendre l'organisation du service.
- les comptes-rendus des réunions CHSCT depuis 2015, afin de pouvoir retracer les événements sociaux survenus depuis la fusion et les réponses apportées par la direction.
- les données spécifiques relatives aux accidents d'exposition au sang (AES), vu qu'ils représentent un risque important chez les infirmières.

- les données relatives aux événements indésirables, afin de comprendre le circuit de cet outil qui permet de rendre compte des dysfonctionnements dans l'organisation du travail.
- les fiches de postes des infirmières et aides-soignantes, pour connaître le travail prescrit par l'Aura.
- les comptes-rendus de la commission Qualité de Vie au Travail mise en place en décembre 2015, dans le but de découvrir le travail réalisé dans ce cadre et les pistes d'amélioration déjà proposées par ses membres.

1.4.1. Une population majoritairement féminine et expérimentée

Le personnel soignant à APP dialyse constitue une équipe importante, laquelle regroupe 71 infirmières et 35 aides-soignantes. Ces soignants comptent 85 % de femmes. Sur l'ensemble, 68 % ont plus de 40 ans ; chez les aides-soignantes ce chiffre atteint 90 %.

52 % du personnel soignant a plus de cinq ans d'ancienneté à l'Aura. 16 % a moins d'un an d'ancienneté ; dans 80 % des cas il s'agit d'infirmières. À noter cependant qu'une faible ancienneté à l'Aura ne signifie pas nécessairement faible ancienneté en dialyse, les soignantes ayant pu exercer dans d'autres services de dialyse avant d'être embauchées à l'Aura.

1.4.2. Un turn-over de 20 % chez les IDE

Les graphes suivants représentent les entrées et sorties des IDE et ASD par année.

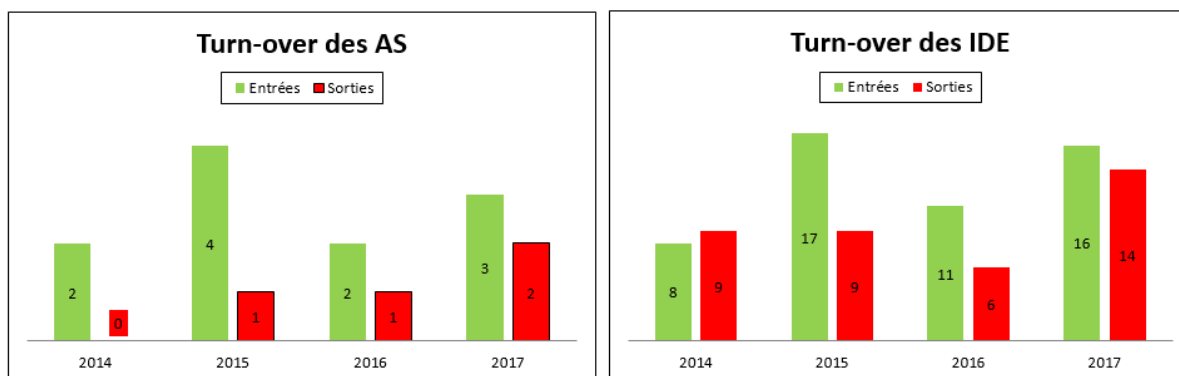


Figure 11 : Turn-over aide-soignant et infirmier de 2014 à 2017

Rapportés aux effectifs des deux populations professionnelles concernées, ces graphes montrent que le turn-over des infirmières est toujours supérieur à celui des aides-soignantes.

En 2017, le turn-over chez les infirmières d'APP dialyse était d'environ 20 %. Nous avons analysé plus en détail les motifs de sortie et constaté que les départs à la retraite (trois départs à la retraite en 2017) ne peuvent à eux-seuls expliquer le turn-over chez les IDE. Les démissions représentent la première cause de sortie des IDE, et ce quelle que soit l'année concernée.

Ce turn-over infirmier n'est pas sans conséquence pour la performance de l'établissement de santé. Chaque nouvelle recrue est formée aux soins spécifiques de dialyse (formation sur le maniement des générateurs et l'abord vasculaire notamment) par des IDE formatrices, et ce durant sept semaines. C'est aussi le cas pour les aides-soignantes, formées pendant quatre semaines par leurs paires pour les tâches de bionettoyage et d'accueil des patients de dialyse. Les cadres de santé de l'établissement estiment qu'il faut environ six mois d'ancienneté pour une infirmière dans l'établissement pour acquérir l'ensemble des compétences nécessaires.

1.4.3. Un absentéisme pour maladies et AT en augmentation

L'analyse des données de l'entreprise montre une nette augmentation en 2017 de l'absentéisme toutes causes confondues chez les infirmières, et dans une moindre mesure chez les ASD. À noter que nous n'avons pas eu le détail des effectifs exacts de chaque catégorie de soignantes pour chaque année. La Direction des ressources humaines nous a indiqué que les effectifs étaient à peu près équivalents avant et après la fusion. Nous avons considéré que les effectifs sont similaires chaque année pour nos calculs.

À partir des données brutes de l'entreprise, nous avons analysé les causes de l'absentéisme : arrêts maladie, absentéisme dû à un accident de travail, temps partiels thérapeutiques ou encore invalidité. L'invalidité fait le plus souvent suite à un arrêt maladie de longue durée. Les graphes ci-dessous présentent cette analyse différenciée de l'absentéisme (hors congé maternité et enfants malades).

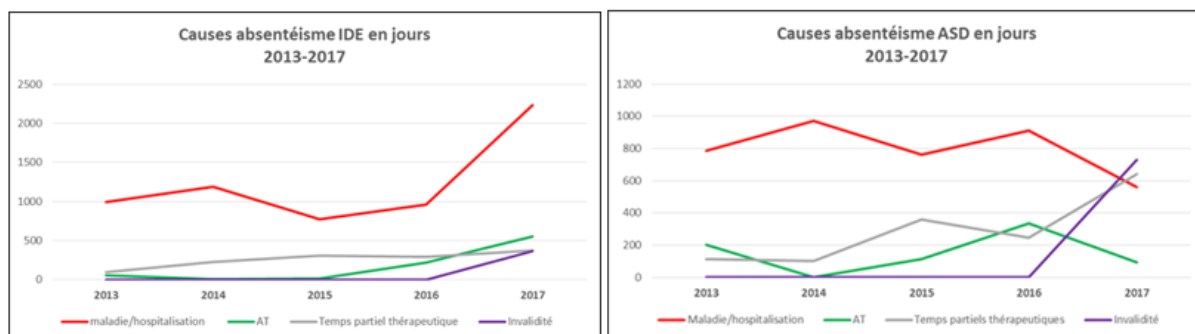


Figure 12 : Causes de l'absentéisme des IDE et ASD entre 2013 et 2017

Pour les infirmières (figure de gauche), nous constatons une nette augmentation des arrêts maladie en 2017 (courbe rouge) et une augmentation de l'absentéisme pour AT en 2016 et 2017 (courbe verte). Globalement, nous avons calculé que le nombre de jours d'absence est 2,5 fois plus élevé chez les infirmières en 2017 qu'en 2016 ou 2015.

S'agissant des aides-soignantes (figure de droite), nous observons certes une diminution des arrêts maladie en 2017, mais une augmentation de l'absentéisme pour invalidité (courbe mauve), mais aussi des temps partiels thérapeutiques (courbe grise). L'absentéisme pour accident du travail a quant à lui augmenté depuis 2014, mais nous notons une légère baisse en 2017. L'augmentation de l'absentéisme est moins importante que celle constatée pour les

infirmières, mais reste conséquente : 1,5 fois plus de jours d'absence en 2017 comparé aux deux années précédentes.

1.4.4. Un absentéisme générateur de l'absentéisme

Nous faisons l'hypothèse que l'absentéisme génère de l'absentéisme. Bien que l'établissement fasse appel à des vacataires pour assurer le fonctionnement des salles de dialyse, toutes les absences de personnel ne peuvent être anticipées. De fait, les IDE et ASD doivent parfois assurer leur travail sans disposer de renforts en termes d'effectifs (IDE et ASD volantes, IDE d'accueil). L'absentéisme contribue de fait à augmenter la charge de travail. Par ailleurs, plusieurs professionnelles de santé estiment que l'implication des vacataires dans les soins n'est pas identique à celle des titulaires. Une ASD : « *C'est un problème avec les vacataires. Très souvent ce que nous nous faisons, les vacataires ne se sentent pas dans l'obligation de le faire* ».

Nous avons également analysé la durée des arrêts maladie des infirmières et des aides-soignantes au cours de l'année 2016.

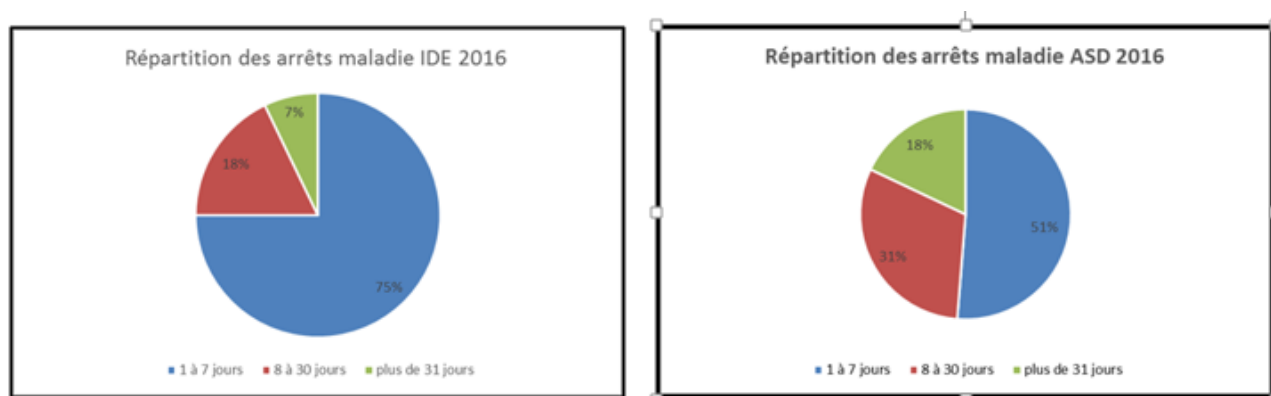


Figure 13 : Durée des arrêts maladie en 2016

Nous observons que les arrêts maladie des soignantes sont majoritairement des arrêts maladie de courte durée (un à sept jours). Chez les IDE, les $\frac{3}{4}$ des arrêts maladie sont de courte durée. Ces données suggèrent que les arrêts maladies seraient le fruit d'une régulation des soignantes au regard de l'intensification du travail depuis la fusion. Cet absentéisme augmente la charge de travail pour les soignantes et les contraintes temporelles.

1.4.5. Une augmentation des accidents du travail

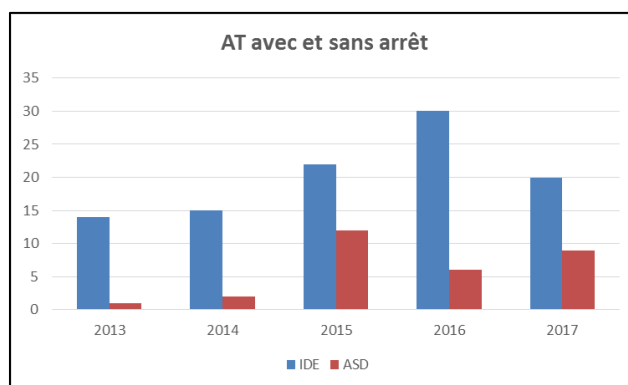


Figure 14 : Nombre d'AT chez les IDE et ASD de 2013 à 2017

Nous observons une augmentation du nombre d'AT déclarés chez les soignantes à partir de 2015, année de la fusion des deux centres de dialyse. Par rapport à 2016, année où il y eu le plus d'accidents du travail chez les soignantes, en particulier chez les infirmières, on peut constater une baisse des accidents du travail au cours de l'année 2017. Cette baisse ne concerne qu'une seule année, elle mérite d'être interprétée avec prudence.

Le nombre d'accidents du travail est plus important chez les infirmières que chez les aides-soignantes. D'une part, la population des IDE d'APP dialyse est deux fois plus importante que celle des ASD. D'autre part, une analyse plus détaillée des AT par catégories montre que les IDE ont beaucoup plus d'AES que les aides-soignantes. Les gestes propres infirmiers (ponction des fistules, glycémie, injections de médicaments, branchement et débranchement des lignes...) les exposent en effet plus particulièrement à ce type d'accident du travail.

1.4.5.1. Des profils d'AT différents selon les métiers

À partir des données brutes d'accidents du travail fournies par l'établissement de santé, nous avons classé l'ensemble des AT survenus chez les IDE et ASD de 2013 à 2017 : accidents d'exposition au sang/piqûres (lorsque nous ne savions pas si la piqûre avait été causée par une aiguille souillée ou non), TMS (douleurs musculo-squelettiques suite à un mouvement, une posture, un port de charges ou une manutention de patients), chutes/glissades, brûlures/contusions/coupures, agressions par un patient, autres. Au total, nous avons analysé un peu plus de 130 déclarations d'accidents du travail chez les infirmières et aides-soignantes d'APP dialyse au cours de la période considérée (accidents du travail avec arrêt et sans arrêt).

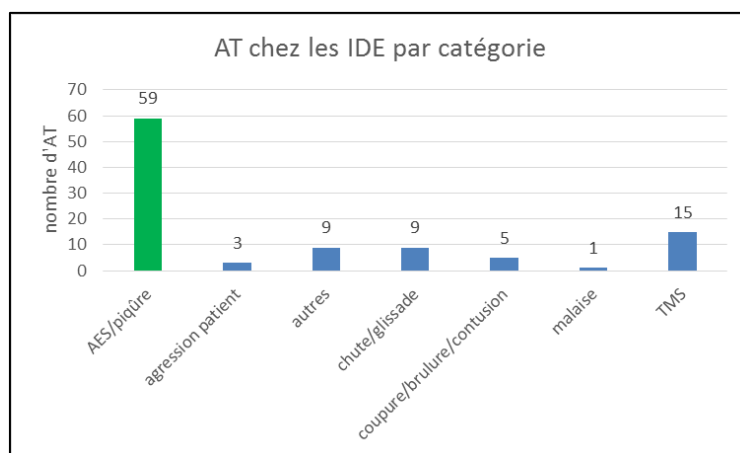


Figure 15 : Types d'AT chez les IDE entre 2013 et 2017

La figure 15 montre que les AES et les piqûres sont les accidents du travail les plus fréquents chez les infirmières, ils représentent près de 60 % des AT chez les infirmières au cours de la période considérée. Les TMS représentent environ 15 % des accidents du travail déclarés. La situation est différente chez les aides-soignantes, comme le montre l'histogramme suivant.

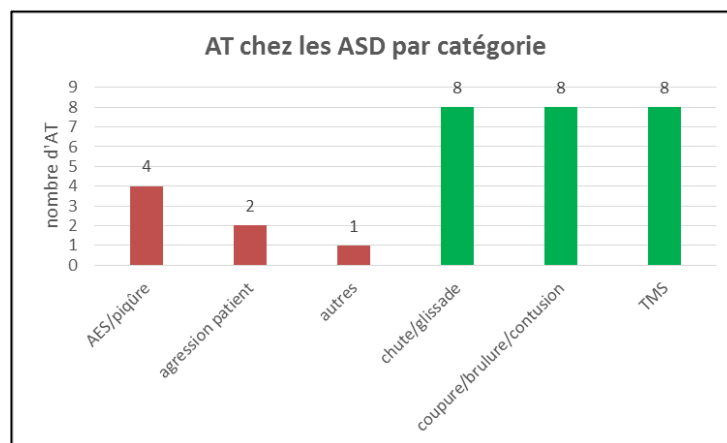


Figure 16 : Types d'AT chez les ASD entre 2013 et 2017

Pour les aides-soignantes, les accidents du travail les plus fréquents sont les chutes/glissades, les coupures/brûlures/contusions ainsi que les TMS. Les AES représentent environ 10 % de tous les AT déclarés chez les aides-soignantes.

1.4.5.2. AES, expérience et arbitrage

S'agissant plus particulièrement des AES, notre analyse montre que ces accidents du travail touchent plus particulièrement les infirmières moins expérimentées. Sur 33 cas que nous avons pu documenter de 2013 à 2017, 19 AES, soit plus de la moitié, ont concerné des professionnelles de santé de moins d'un an d'ancienneté à l'Aura. Nos données rejoignent d'ailleurs en partie celles de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène.

Pour l'EOH, 60 % des AES surviennent chez les soignantes de moins de deux ans d'ancienneté. Au 31 décembre 2017, 25 % des soignantes avaient moins de deux ans d'ancienneté sur le site d'APP dialyse. 40 % des AES surviennent les soignantes de plus de deux ans d'ancienneté, mais celles-ci représentent 75 % des effectifs. Ces ratios montrent que les infirmières moins expérimentées sont les premières victimes des AES.

Nous observons que 60 % des AES surviennent chez les soignantes de moins de deux ans d'ancienneté (25 % de l'effectif). Ainsi, les IDE qui ont une ancienneté de moins de deux ans sont quatre fois plus victimes d'AES que les IDE plus expérimentées.

Ces résultats posent question au regard de la composition des équipes soignantes (plus expérimentées et moins expérimentées) et la transmission des savoir-faire de prudence. Par ailleurs, une étude sur les AES des professionnels de santé travaillant pendant une durée de 12 heures a montré que ces accidents de travail étaient plus fréquents les deux dernières heures de travail (Macias et al., 1996).

Pour l'EOH, beaucoup d'AES sont imputables à des fistules transpercées par non-respect de l'ordre de ponction des aiguilles (veine, puis artère). Plusieurs IDE avec lesquelles nous nous sommes entretenues commencent la ponction de la fistule par l'artère, car elles estiment que le protocole de sécurité est inadapté à leurs gestes professionnels (gêne par les tubulures en cas de

ponction de la veine en premier, risque de coagulation pour le patient). Ce protocole n'est donc pas appliqué car jugé peu pratique et potentiellement source de complication pour le patient. Cette violation routinière des protocoles paraît être le fruit d'un arbitrage des IDE entre sécurité et confort, pour elles-mêmes et pour les patients.

1.4.6. Les vacataires, une variable d'ajustement

Le centre APP dialyse ne peut théoriquement pas fonctionner si les effectifs réglementaires en termes de personnels soignants et médicaux sont insuffisants. Aussi le centre fait-il appel à des vacataires pour remplacer les absences programmées.

Nous avons calculé pour les infirmières le nombre de vacataires (en équivalent temps plein) nécessaires chaque mois pour assurer l'activité du service : 3,69 en 2015, 5,32 en 2016 et 6,11 en 2017. Nous n'avons pas noté de grandes différences mensuelles au regard du recours aux vacataires soignants, hormis les périodes de vacances estivales. Nous observons cependant une augmentation des vacataires durant les deux dernières années d'exercice, que nous pouvons corrélérer à l'augmentation de l'absentéisme dans cette population. Pour les aides-soignantes, le nombre de vacataires (moyenne mensuelle en équivalent temps plein) a été constant au cours des deux dernières années d'exercice : 3,04 en 2016 et 2,9 en 2017.

1.5. Identification des enjeux des acteurs

L'ensemble des entretiens des différents acteurs de cet établissement de santé nous a permis de mieux appréhender les principaux enjeux et attentes au regard de l'intervention ergonomique, que nous résumons ci-après.

Pour la DRH, il s'agit de comprendre et de prévenir les accidents du travail et les TMS du personnel soignant. La DRH a par ailleurs répondu à une demande des membres du CHSCT, lesquels souhaitaient une intervention ergonomique en raison de cette augmentation de la sinistralité et du malaise des soignants (nombreux courriers envoyés à la DRH). Les enjeux de la direction sont aussi financiers : cotisation de l'établissement à la branche AT/MP, emplois de vacataires pour assurer l'activité en cas d'absentéisme...

La Direction des soins souhaite de son côté améliorer la transmission entre équipes du matin et du soir, transmission nécessaire pour la qualité et la continuité des soins.

Pour la cadre de la santé du centre APP dialyse, l'intérêt d'une intervention ergonomique est plus de prévenir l'usure physique des professionnels de santé qu'elle juge préoccupante. Les infirmières majors insistent quant à elle sur l'importance des salles blanches pour prévenir les risques d'infections nosocomiales, une prescription peu respectée par manque de temps. Les réorganisations quotidiennes du service causées par un absentéisme en augmentation augmentent leur charge de travail et contribuent au mécontentement des professionnelles qu'elles encadrent.

Le médecin-chef de service entend de son côté se positionner comme étant à l'écoute des difficultés des professionnels paramédicaux, et ce d'autant plus qu'il doit faire face à une situation conflictuelle avec son équipe médicale.

Les infirmières et aides-soignantes attendent de cette intervention que les contraintes et difficultés de leur travail soient mises en visibilité et reconnues par la direction et leur encadrement. Des préconisations en matière de gestes et postures sont aussi attendues.

S'agissant des quelques patients avec lesquels nous avons pu nous entretenir, ils souhaitent notamment une amélioration de l'accueil dans le nouvel établissement. Une meilleure reconnaissance de leur savoir expérientiel est aussi un enjeu pour les patients atteints de maladie chronique.

1.6. Proposition d'intervention ergonomique (PIE)

1.6.1. Reformulation de la demande

Pour rappel, la demande initiale de la direction porte sur l'amélioration des gestes et postures des soignantes de dialyse d'une part, suite à l'augmentation des accidents du travail et des plaintes pour TMS, et d'autre part sur l'amélioration de la coordination entre équipes de soignantes du matin et du soir.

Nous avons proposé au comité de pilotage ou copil (composition détaillée dans la partie conduite stratégique de l'intervention) une proposition d'intervention ergonomique ou PIE. Sur la base de nos observations, analyses de données et premiers entretiens, nous avons réalisé un PowerPoint présenté et discuté en copil ainsi qu'un document écrit remis à la DRH (voir annexe 1). Ce document écrit a été transmis par la DRH aux membres du copil ainsi qu'aux membres du CHSCT.

Lors de cette présentation, nous avons insisté sur l'origine multifactorielle des TMS. La littérature en ergonomie montre que des facteurs organisationnels, psychosociaux, biomécaniques, individuels ou d'ambiance physique contribuent à l'apparition des TMS. Or, la question des TMS est encore bien souvent abordée dans les établissements de santé sous le seul angle gestes et postures (Bertrand et al., 2015). S'agissant des accidents du travail, nous avons souligné que ceux-ci ne sont pas liés à un problème de comportement individuel, mais qu'ils doivent être plutôt appréhendés comme le symptôme d'un dysfonctionnement, souvent de type organisationnel.

La reformulation de la demande a été présentée aux membres du copil comme ci-après.

Nous proposons d'analyser l'activité ou travail réel des personnels soignants (IDE et ASD), afin de :

- Identifier les déterminants organisationnels susceptibles de contribuer à l'augmentation des AT et des TMS
- Valoriser les régulations et stratégies, individuelles et collectives, qui permettent la réalisation de leur travail.

L'objectif de notre intervention est double : préserver la santé et améliorer les conditions de travail du personnel soignant tout en préservant ou développant la qualité des soins.

Cette reformulation de la demande a été bien accueillie par le copil.

Nous avons par ailleurs présenté au copil notre démarche participative de co-construction et notre méthodologie. Le copil a décidé que les groupes de travail envisagés dans le cadre de l'action pour la Qualité de Vie au Travail seraient mis en place après notre intervention afin de ne pas créer de confusion chez les personnels.

1.6.2. Hypothèses

Les trois hypothèses suivantes, qui n'ont pas été discutées en comité de pilotage, ont guidé notre analyse de l'activité.

- Les contraintes temporelles au regard d'une organisation en flux tendu sont susceptibles d'entraîner des situations de débordement, lesquelles peuvent contribuer à une fatigue et un stress chez les soignantes.
- Coopération, entraide et anticipation semblent être les stratégies et régulations collectives et individuelles mises en place par les personnels soignants pour faire face aux contraintes temporelles et pour s'économiser physiquement.
- La participation des patients dans la réalisation de leurs soins semble être une ressource pour l'activité des soignants.

Pour cette dernière hypothèse, nous avons en effet observé des participations de patients à leurs soins, tant dans les gestes (lavage, compression de la fistule...) que dans les échanges avec les soignantes sur leurs soins. Les soins sont une forme particulière de relation de service (Cerf & Falzon, 2005). Le patient est à la fois un objet du travail mais aussi un acteur d'une situation de travail coopératif. En matière de sécurité des soins, laquelle fait partie de la qualité des soins, la coopération du patient reste sous-exploitée alors que plusieurs études ont montré son importance (Pernet, 2013).

2. Conduite stratégique de l'intervention

2.1. Les étapes de notre intervention

Notre intervention ergonomique s'est déroulée d'octobre 2017 à fin août 2018. La phase d'analyse stratégique de la demande (ASD) a duré d'octobre 2017 à fin janvier 2018. La proposition d'intervention ergonomique (PIE) a été présentée le 5 février 2018. De mars à mai, nous avons procédé à l'analyse de l'activité et à la construction du diagnostic, présenté à APP début juin. La phase de co-construction de pistes d'actions s'est étalée sur juin et juillet. La restitution finale à APP est prévue le 31 août en présence des membres du copil ; l'ensemble des soignants de dialyse y sera également convié. La figure 17 représente notre démarche d'intervention ergonomique.

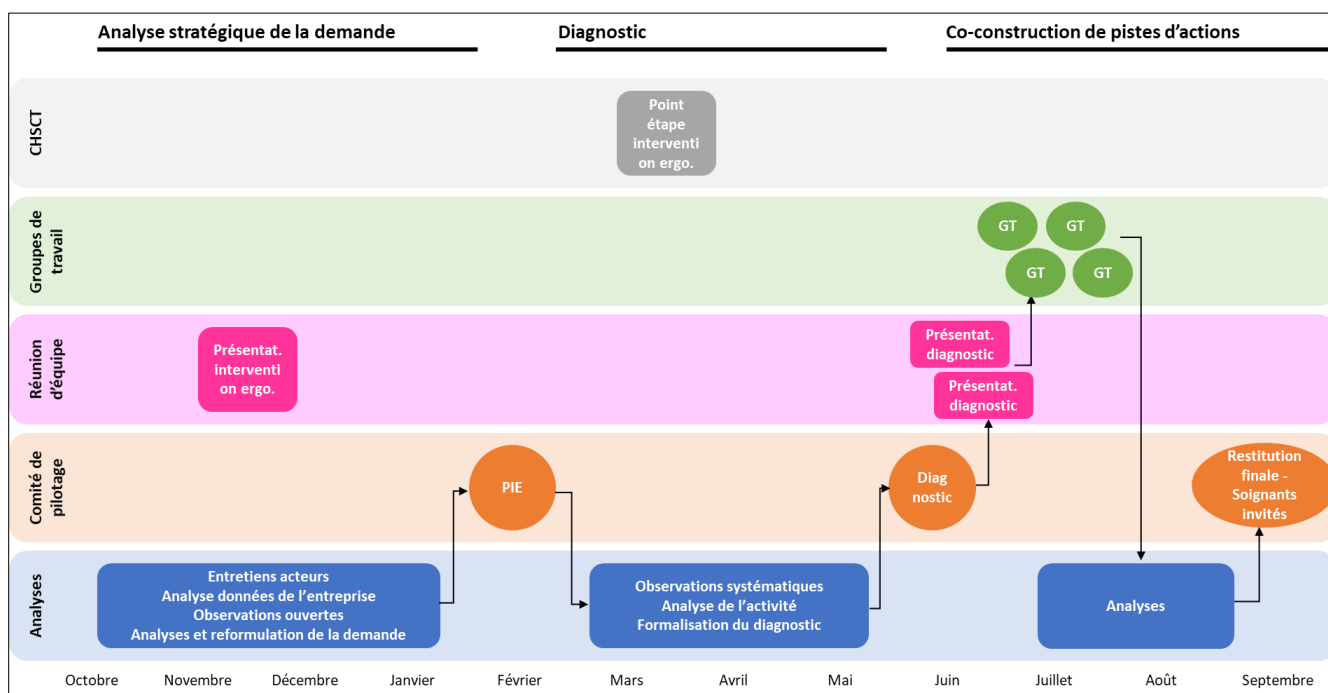


Figure 17 : Démarche de l'intervention ergonomique

2.2. Une démarche participative

La démarche participative de notre intervention a notamment reposé sur la mise en place de deux instances, un comité de pilotage et des groupes de travail « transformation ».

S'agissant du comité de pilotage, nous avons choisi sa composition afin que cette instance puisse être décisionnelle : les demandeurs (DRH et Directrice des soins), l'encadrement des soignantes, à savoir la cadre de santé et une infirmière major, la secrétaire du CHSCT, et le médecin-chef de service.

Notre proposition d'intervention ergonomique (PIE), puis notre diagnostic ergonomique, ont été présentés et discutés en copil le 5 février (PIE) et le 5 juin (diagnostic). Les groupes de travail transformation ont été organisés en juin et juillet.

À côté de la mise en place de ces deux instances, nous avons souhaité organiser plusieurs réunions avec les soignantes d'APP dialyse afin de les associer à notre intervention. Nous avons ainsi participé à une réunion d'équipe des soignantes dès le début de notre intervention le 15 novembre pour présenter les objectifs et la méthodologie de notre intervention ergonomique (les réunions d'équipe sont organisées par la cadre de santé tous les mercredis, une vingtaine de soignantes est conviée). Nous avons souligné que nous souhaitions aborder la question des accidents du travail et TMS sous l'angle de l'organisation du travail plutôt que sous le seul angle gestes et postures. Nous avons par ailleurs présenté et discuté notre diagnostic ergonomique en réunion d'équipe les 6 et 13 juin. L'objectif était aussi de mobiliser les soignantes pour participer à nos groupes de travail. Notre présentation PowerPoint de diagnostic a été transmise par mail à l'ensemble des soignantes afin que tous puissent en prendre

connaissance. Nous avons affiché dans les salles de repos de petits posters rappelant les dates et les thèmes des groupes de travail.

Le CHSCT a aussi été associé à notre intervention : d'une part, la secrétaire du CHSCT a fait partie de notre comité de pilotage, d'autre part nous avons présenté notre proposition d'intervention ergonomique à l'ensemble des élus lors du CHSCT du 13 mars. Cette rencontre fut l'occasion de rassurer les membres du CHSCT sur notre indépendance vis-à-vis de la direction dans la conduite de notre intervention.

2.3. Entretiens et observations ouvertes

2.3.1. Entretiens

Pendant cette étape de l'analyse stratégique de la demande, nous avons rencontré en entretiens les acteurs susceptibles de nous permettre d'instruire la demande, de déterminer leurs enjeux, mais aussi de mieux comprendre la situation de travail : l'encadrement des soignants (cadre de santé et infirmière major), le responsable qualité et gestion des risques, le médecin-chef de service, la secrétaire du CHSCT, le médecin du travail en charge de l'établissement, l'infirmier hygiéniste, l'infirmière référente de l'équipe du soir, un patient siégeant à la Commission des Droits des Usagers, l'équipe de psychologues de l'établissement.

Nous avons mené ces entretiens en binôme, afin d'une part de pouvoir être toutes deux identifiées auprès des acteurs de terrain comme les ergonomes en fin de formation, et d'autre part de nous compléter dans la conduite de ces entretiens. Ces entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des acteurs interviewés, puis retranscrits et analysés.

2.3.2. Observations ouvertes

Nous avons réalisé trois journées d'observations ouvertes fin novembre et mi-décembre dans trois salles de dialyse différentes afin de mieux comprendre la situation de travail et informer l'ensemble des soignantes de notre intervention. Ces journées d'observations nous ont permis de prendre nos premières notes d'observation, mais aussi de réaliser des entretiens simultanés avec infirmières et aides-soignantes dès que l'activité le permettait.

Nous voulions par nos observations ouvertes couvrir au maximum la variabilité des situations de travail : les deux équipes de soignantes, les différents trinômes, le chevauchement d'équipe les L-Me-V et l'absence de double équipe les Ma-J-S, les différentes phases de dialyse (branchement, déroulement de la dialyse et débranchement), les différents profils de patients, et les différents moments de la journée.

3. Diagnostic ergonomique

Nous avons, pour notre analyse de l'activité et la construction de notre diagnostic, réalisé des observations systématiques. En lien avec nos hypothèses, elles ont porté sur :

- les activités individuelles de l'infirmière et de l'aide-soignante, afin de bien saisir ce que chacune fait, relever leurs stratégies et régulations individuelles.
- la dimension collective du travail en salle de dialyse, afin de comprendre le fonctionnement de l'activité au sein du trinôme, mais aussi lorsque d'autres soignantes interviennent (volantes par exemple), et pouvoir ainsi mettre en lumière les stratégies et régulations collectives qui s'opèrent.
- la dimension temporelle et le rapport des soignantes au temps. L'objectif était de pouvoir s'expliquer cette « course au temps » décrite par tous (soignantes et encadrement), les effets qu'elle produit sur les soignantes, et les stratégies que celles-ci mettent en place pour (tenter d') y faire face.
- la participation des patients à leurs soins et les interactions soignants-patients.

Comme lors des observations ouvertes, il était intéressant d'analyser la variabilité des situations de travail, la diversité des soignantes (âge et ancienneté en dialyse), leurs modes opératoires et pratiques, et la diversité des patients. Nous avons effectué quatre journées d'observations en binôme dans quatre salles de dialyse différentes, à des jours et des horaires différents : le vendredi 2 mars de 6h45 à 14h00 en salle 2A, le jeudi 8 mars de 10h30 à 16h00 en salle 2B, le vendredi 30 mars de 11h00 à 19h30 en salle 2C, et le lundi 2 avril 2018 de 16h30 à minuit en salle 2D. Ces observations furent une nouvelle occasion de sensibiliser les soignantes présentes à l'objet de notre intervention et à la démarche participative que nous allions mettre en place.

Nous avons, simultanément à nos observations lorsque l'activité le permettait ou à des moments plus opportuns, interrogé les soignantes afin de nous faire expliciter leur activité, mettre en lumière leurs stratégies opératoires, et recueillir leurs témoignages. Nous avons estimé que cette méthodologie était la plus adaptée à la situation de travail et à l'activité. Elle comporte toutefois des limites : présence de collègues pouvant limiter la parole des personnes interrogées, attention focalisée sur leur travail.

Au total, nous avons réalisé plus d'une quarantaine d'entretiens.

3.1. De fortes contraintes temporelles

3.1.1. Des marges de manœuvre limitées pour les infirmières

Notre analyse de l'activité de deux infirmières d'une salle de dialyse de 7h00 à 13h00 (du branchement au débranchement des patients de la séance de dialyse du matin à la préparation de la salle pour la séance de l'après-midi) est détaillée dans les figures suivantes. Ces chroniques montrent de fortes contraintes temporelles pour les infirmières pour cette grande demi-journée de travail.

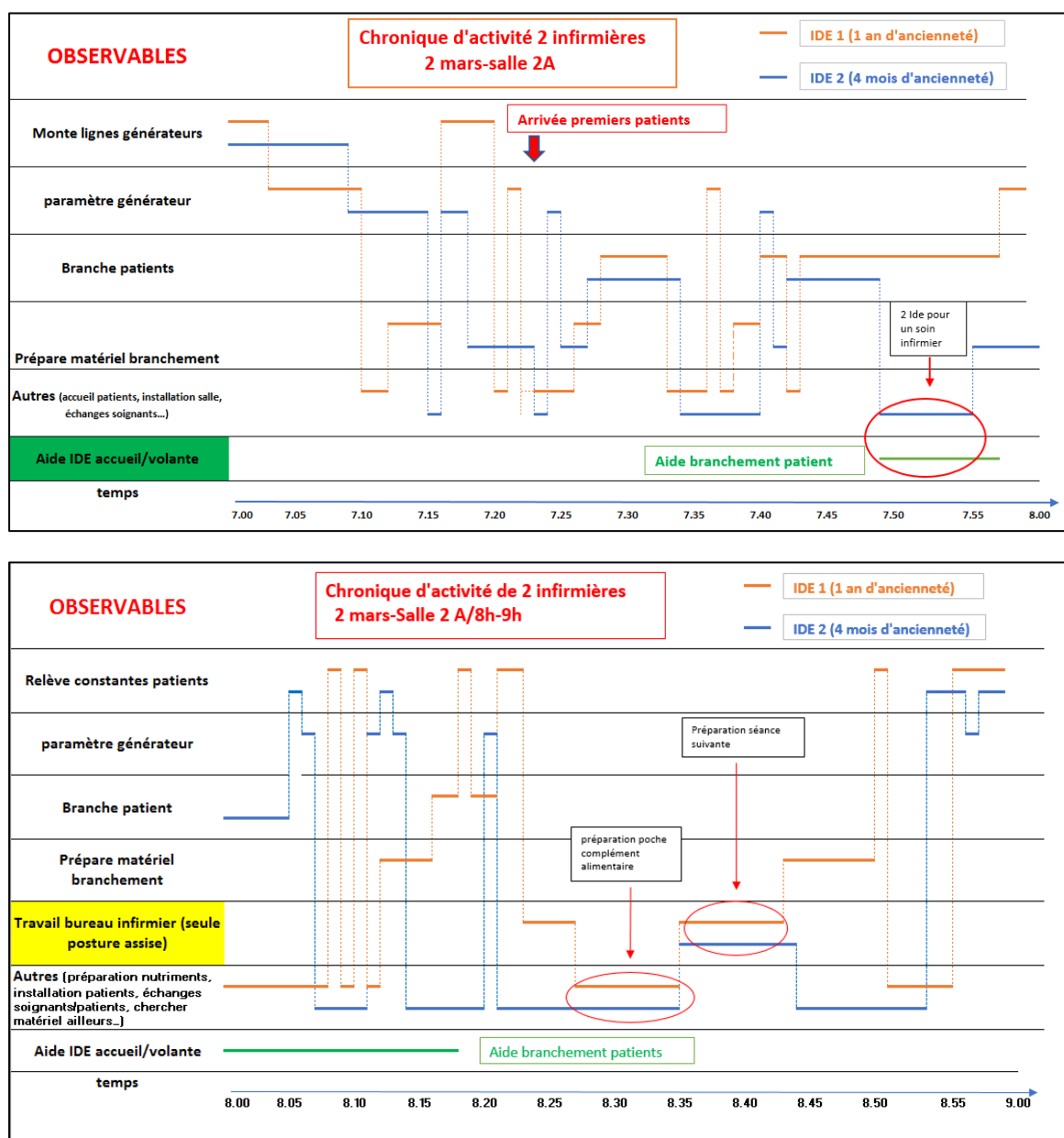


Figure 18 : Chroniques d'activité de deux IDE lors des branchements de la séance du matin, de 7h à 8h, et de 8h à 9h

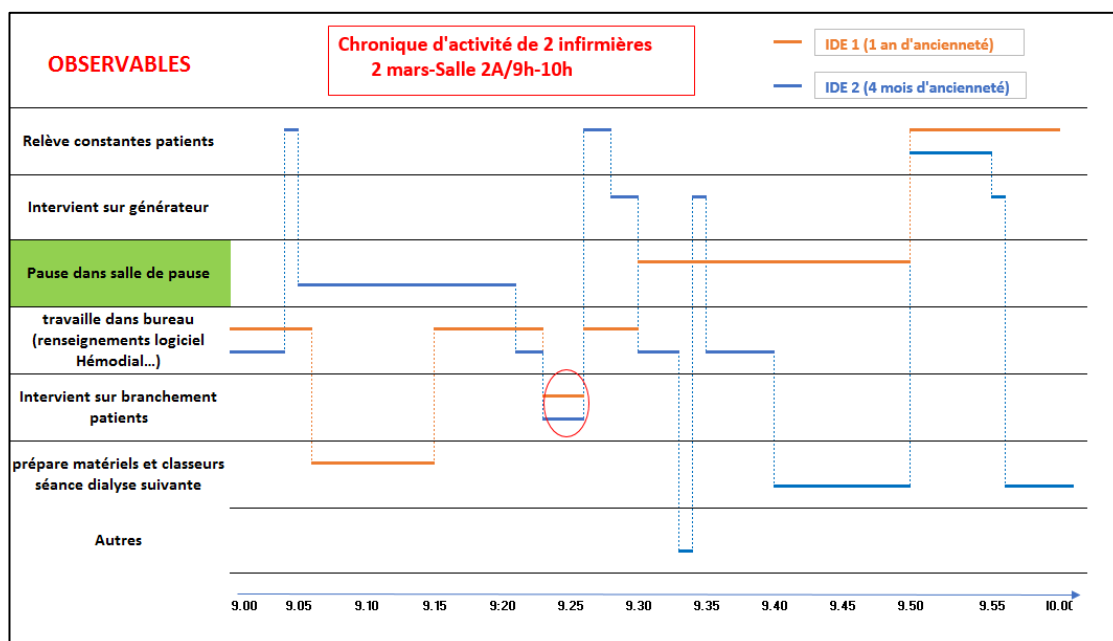
Nous avons commencé notre analyse de l'activité à 7h00 (les horaires du matin commencent à 6h45, mais les IDE ont dix de minutes de temps de vestiaire). La figure 18 présente l'activité des deux IDE de 7h00 à 9h00. À noter que nombre des IDE du matin interrogées nous ont dit qu'elles arrivaient à l'Aura vers 6h30, voire 6h15, pour avoir le temps nécessaire pour préparer leurs salles et les générateurs, mais aussi pour s'organiser entre elles sur la répartition des patients à brancher. En effet, les patients montent en salle à partir de 7h20. Avec les horaires prescrits, les IDE estiment ne pas avoir le temps nécessaire pour préparer leur matériel. Cette régulation n'est pas connue de la direction.

Le branchement de l'ensemble des huit patients accueillis dans cette salle de dialyse se termine dans cet exemple vers 8h20. Une IDE volante est venue aider ses collègues pendant une trentaine de minutes, de 7h50 à 8h20, pour terminer à temps les branchements. Comme nous l'avons observé, en cas d'absentéisme non programmé, les IDE volantes ne sont pas disponibles pour une aide éventuelle dans les différentes salles de dialyse puisqu'elles occupent alors le poste de la professionnelle absente.

Dès que le branchement des patients est terminé, les deux IDE commencent à préparer la séance suivante : organisation de la séance dans le bureau infirmier, préparation du matériel, etc. (de 8h35 à 8h50). Cette activité d'anticipation est discontinuée car les IDE doivent aussi relever les paramètres des patients dialysés ou encore préparer des médicaments spécifiques (poche de nutriments dans cet exemple).

Nous observons dans cette chronique une co-activité des deux IDE lors de la période de branchement, chacune d'elles s'occupant des patients et des générateurs dont elle a la charge. Cependant, certaines tâches infirmières demandent une coopération entre professionnelles de santé : préparation de certains médicaments (poche de nutriment), organisation de la séance suivante, coopération avec l'IDE volante pour un soin infirmier particulier, etc.

La figure 19 retrace l'activité de ces deux IDE pendant que les patients dialysent, entre 9h00 et 11h00.



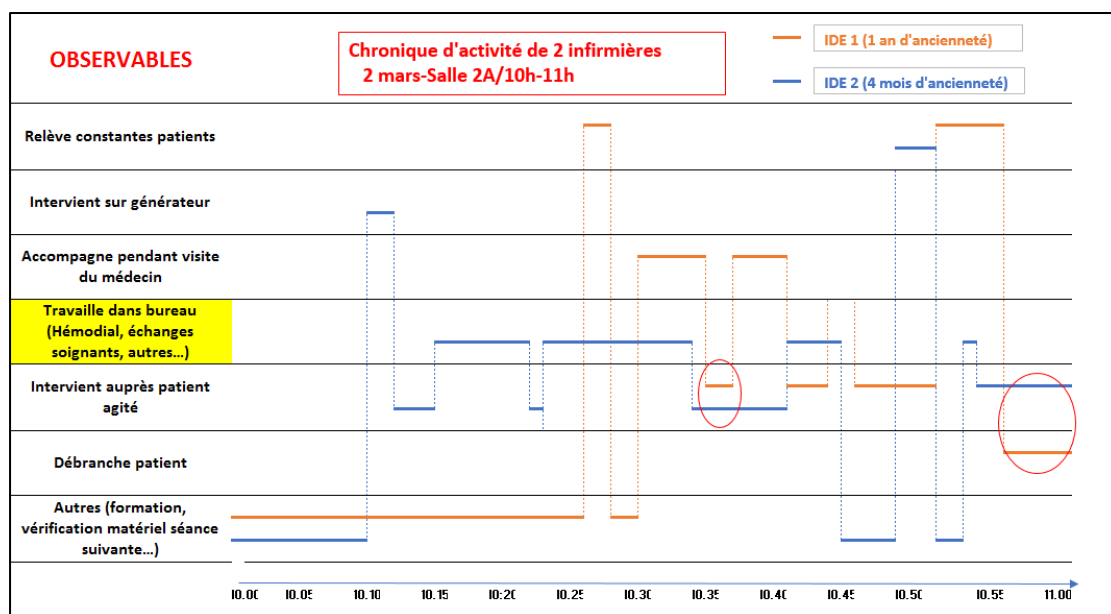


Figure 19 : Chroniques d'activité de deux IDE pendant la dialyse des patients, de 9h à 10h, et de 10h à 11h

Ces chroniques montrent que même lorsque les patients sont branchés, les infirmières restent occupées : à effectuer leurs tâches (prise horaire des constantes, saisie des paramètres patients sur le logiciel dédié Hémodial et préparation de la séance suivante dans le bureau infirmier, accompagnement lors de la visite du médecin...), mais aussi à gérer les aléas (alarmes des générateurs, patient agité car supportant mal la dialyse...). Elles interviennent parfois en coopération en cas d'aléa : rassurer à deux le patient supportant mal la dialyse, débranchement de ce patient par l'une pendant que l'autre continue de rassurer le patient. Le temps de dialyse n'est de fait pas « un temps mort », contrairement à ce que pense la direction.

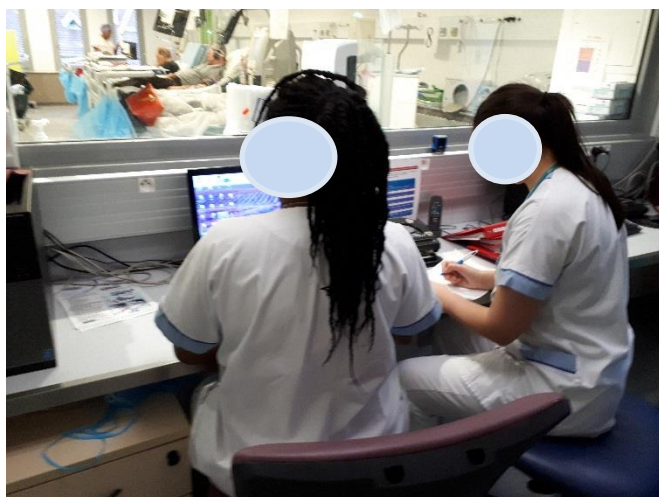


Figure 20 : Activité de deux IDE dans le bureau infirmier

La photo 20 montre deux IDE en activité dans le bureau infirmier : elles préparent la séance suivante (classeurs des patients avec prescriptions et traitements), renseignent les paramètres patients sur Hémodial. Le bureau vitré permet une surveillance constante des patients dialysés, surveillance qui permet une intervention soignante en cas de problème.

La figure suivante présente l'activité de ces deux IDE lors du débranchement.

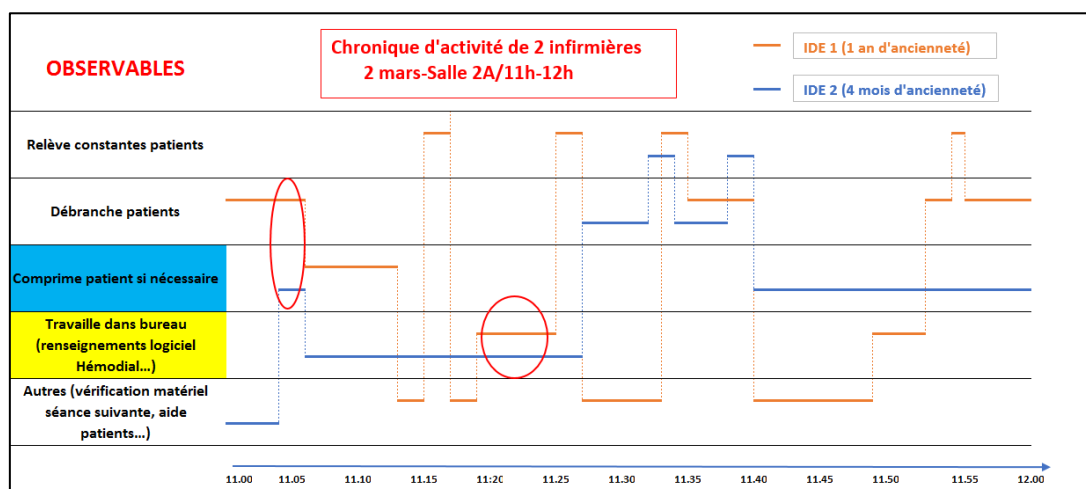


Figure 21 : Chronique d'activité de deux IDE lors du débranchement

Le débranchement du patient supportant mal la dialyse (prurit et inconfort) a été initié plus tôt que prévu, après avis et discussion avec le médecin néphrologue. Ce patient agité était une source de stress pour les infirmières, stress qu'elles ont verbalisé entre elles à plusieurs reprises. Un patient agité peut en effet involontairement désinsérer une des aiguilles de sa fistule. Compte-tenu du débit important du générateur de dialyse, le patient peut se vider de son sang en quelques minutes.

Dans cette salle, le débranchement des autres patients a commencé à 11h25. Chacune des infirmières a débranché le patient dont elle avait la charge. Cependant, un long temps de compression effectué par l'une des infirmières a été nécessaire pour un patient (tracé bleu, compression à partir de 11h40). Cette IDE étant occupée à ce geste, l'autre IDE a continué les débranchements des patients qui avaient terminé leur temps de dialyse. Il y a de fait une attention constante des infirmières à l'activité de l'autre afin d'assurer la qualité des soins et le confort des patients.

La figure 22 présente quant à elle l'activité des deux IDE de la fin des débranchements des patients à la préparation de la salle dialyse pour la séance suivante. Sur cette chronique d'activité, nous pouvons voir que l'une des IDE est toujours occupée à comprimer un patient pendant que l'autre continue les débranchements. L'IDE volante est venue aider ses collègues pour terminer les débranchements et aider à préparer les générateurs pour la séance suivante.

Les patients sont tous débranchés vers 12h25. Les infirmières commencent alors à préparer les générateurs (mise en stérilisation...) et leur matériel pour la séance suivante. Nous n'avons pas reproduit sur cette chronique l'activité de l'aide-soignante, mais nous avons observé que celle-ci commence le bionettoyage des lits, des tablettes, des générateurs et du sol dès qu'un patient commence à être débranché afin de ne pas perdre de temps (figure 23). C'est une synchronisation opératoire qui demande une attention flottante de la part de l'aide-soignante.

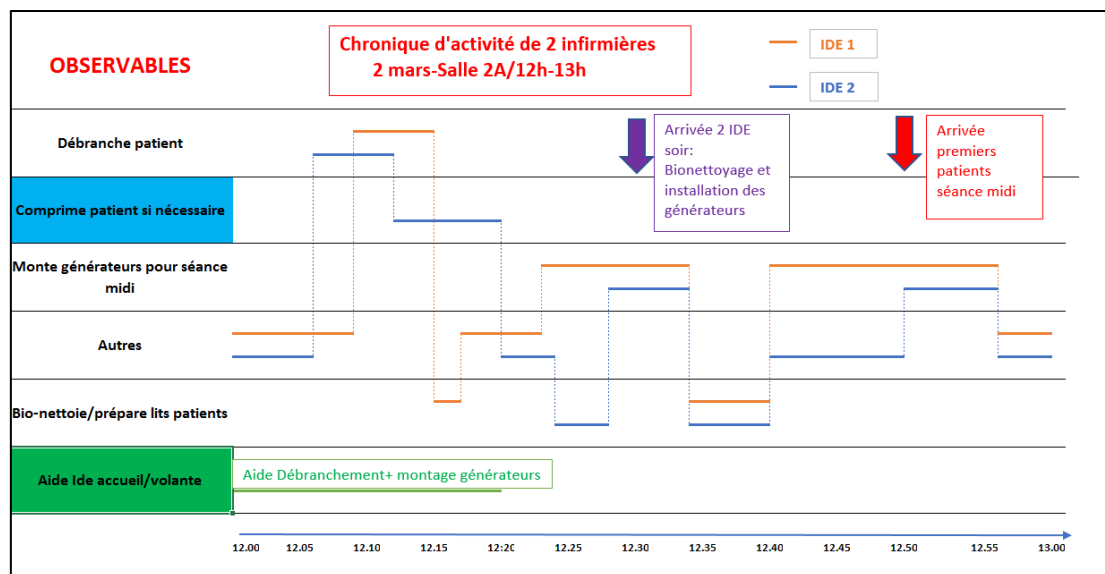


Figure 22 : Chronique d'activité de deux IDE lors des débranchements et préparation pour la séance suivante



Figure 23 : Une aide-soignante (blouse blanche) commence le bionettoyage pendant que l'infirmière (surblouse jaune) comprime le patient qui vient d'être débranché

Occupées par la préparation des générateurs et du matériel de dialyse pour la séance suivante, les infirmières peuvent cependant coopérer à certains moments avec l'aide-soignante pour le bionettoyage et à la réfection des lits (figure 24).



Figure 24 : Coopération d'une infirmière (blouse blanche) et d'une aide-soignante (surblouse bleue) pour la réfection des lits

L'équipe du soir arrive à 12h30, à un moment particulièrement tendu puisqu'il faut nettoyer et préparer la salle pour accueillir les patients de la séance de dialyse de l'après-midi. Comme nous le verrons plus loin, l'équipe du matin et l'équipe du soir n'ont de fait pas de temps pour communiquer ensemble à ce moment-là. Les patients de la séance de l'après-midi commencent à arriver en salle à partir de 12h50, soit 25 minutes après les derniers débranchements de la séance précédente.

3.1.2. Les aides-soignantes, une activité de bionettoyage et une activité soignante

Le bionettoyage, la réfection des lits et l'installation des patients représentent les principales tâches prescrites aux aides-soignantes de l'Aura. Une cadre de santé : « *Les aides-soignantes n'ont pas énormément de choses à faire en dialyse* ». L'activité des aides-soignantes est encadrée par le Code de la santé publique, elles ne sont pas autorisées, à l'Aura comme ailleurs, à effectuer des actes de soins qui relèvent des compétences infirmières. Pour autant, nous avons observé des glissements de tâches, certaines aides-soignantes très expérimentées effectuant parfois des gestes infirmiers (glycémie, mise en stérilisation des générateurs...). En effet, les aides-soignantes effectuaient auparavant des tâches qui relèvent aujourd'hui des compétences infirmières. Les plus anciennes continuent d'effectuer les tâches qu'elles ont apprises par le passé.

D'après l'arrêté relatif au référentiel de formation des aides-soignants, l'aide-soignante exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmière, dans le cadre du rôle propre dévolu à celle-ci. Ce référentiel de formation, texte réglementaire encadrant le champ d'intervention des aides-soignantes, liste l'ensemble des tâches susceptibles d'être effectuées par les aides-soignantes.

Bien qu'il existe des représentations différentes du métier, les aides-soignantes d'APP dialyse ne se cantonnent pas aux tâches de bionettoyage et d'installation du patient. La chronique d'activité représentée sur la figure 25 montre que l'aide-soignante est aussi une ressource pour le travail infirmier, notamment lors des phases de débranchements et branchements des patients

considérées comme des moments d'activité intense par les soignantes, mais aussi lors de situations de débordement.

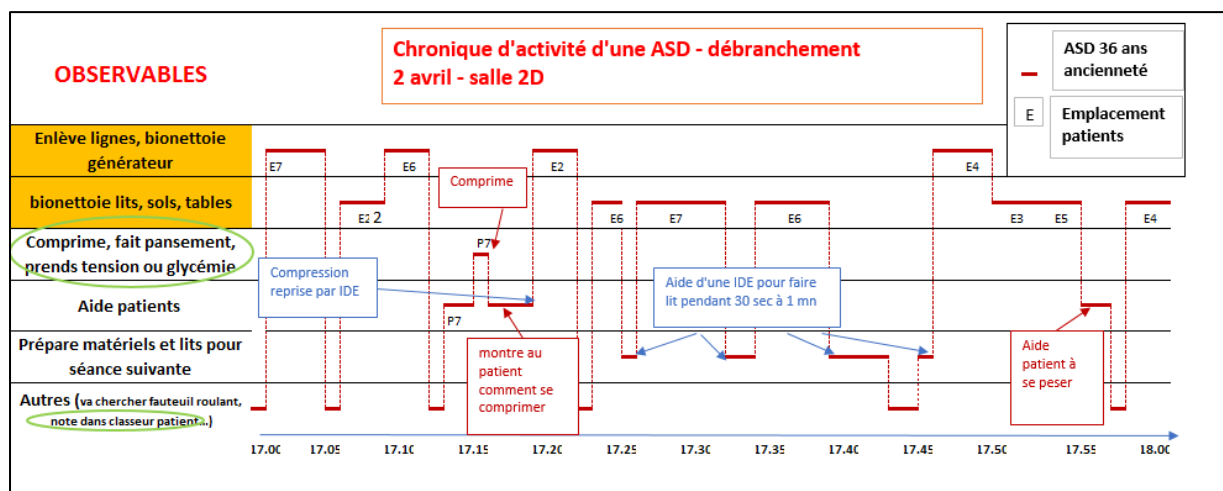


Figure 25 : Chronique d'activité d'une aide-soignante pendant le débranchement

Sur cette chronique d'activité, nous observons une coopération aide-soignante/infirmière dans les soins. Nous avons entouré en vert les moments lors desquels l'aide-soignante est une ressource pour le travail infirmier. L'aide-soignante ne fait pas que du bionettoyage même si cette activité est importante lors de la phase de débranchement. L'aide-soignante intervient également si besoin pour la compression des patients. Elle a aussi un rôle d'éducation thérapeutique puisqu'elle montre par exemple à un patient comment se comprimer. Enfin, l'aide-soignante peut aussi noter dans les classeurs patients certains paramètres. Une IDE : « Certaines aides-soignantes font les pansements ou préparent notre matériel. Pour nous, c'est top, ça nous aide beaucoup ». Les aides-soignantes du soir préparent les bacs de matériels pour les séances suivantes, une aide appréciée par les infirmières du soir qui disent ainsi retrouver plus de temps pour se consacrer aux soins infirmiers.



Figure 26 : Une aide-soignante du soir prépare les bacs de matériel de dialyse pour la séance suivante

Les infirmières coopèrent aussi avec les aides-soignantes pour les aider dans des tâches qui leur sont dévolues, notamment la réfection des lits ou encore l'installation des patients à mobilité réduite. Nous avons observé que la manutention des patients se faisait le plus souvent à deux soignantes, une stratégie pour s'économiser physiquement et préserver sa santé.

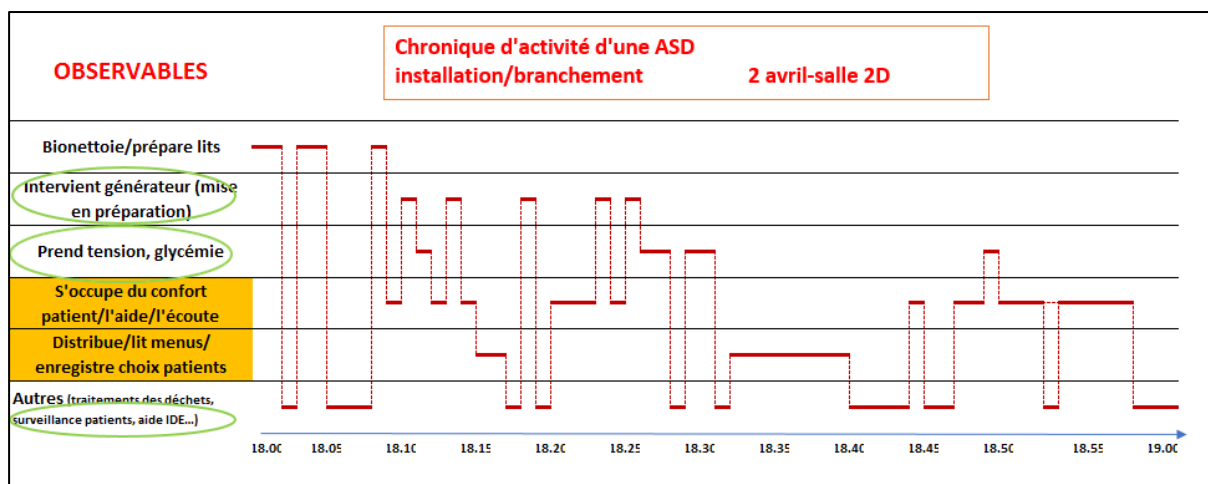


Figure 27 : Chronique d'activité d'une aide-soignante pendant l'installation/branchement

La figure 27 détaille l'activité d'une aide-soignante pendant la phase d'accueil, d'installation et de branchement des patients (à partir de 18h10 sur cette chronique d'activité). C'est l'aide-soignante qui installe les patients, veille à leur confort. Cette aide-soignante très expérimentée intervient aussi sur les générateurs (mise en préparation des générateurs). Bien que l'aide-soignante soit une ressource pour le travail infirmier lors de la phase de branchement, son activité visant à assurer le confort des patients (aide, écoute, enregistrement des souhaits des patients pour leur diner...) est importante. Cette activité fait partie des missions exclusives des aides-soignantes, les infirmières occupées au branchement des patients et au réglage des paramètres des générateurs n'y participent pas.

3.1.3. De nombreuses sources de variabilité de l'activité

Les soignantes d'APP dialyse doivent composer avec une grande variabilité des situations de travail, auxquelles elles doivent quotidiennement s'adapter. Les principaux déterminants de l'activité sont détaillés dans la figure 28.

Les patients	Connaissance du patient, relation au soignant, état de santé physique et psychique, réaction à la dialyse, participation aux soins, humeur, historique des soins, état de la fistule, maîtrise du français
L'organisation du travail	Salle d'affectation, nombre de patients, effectif de personnels, constitution du trinôme, constitution de l'autre équipe quand chevauchement (L-Me-V), événement particulier

Les membres du trinôme	Expérience d'avoir travaillé ensemble, qualité/nature de la relation, âge, ancienneté, façon de travailler
L'activité des autres acteurs	Ambulanciers, brancardiers, ASH, autres membres du trinôme, autre équipe soignante, volants, IDE d'accueil, médecins, magasiniers, patients (participation)
Les prescriptions médicales et protocoles	Durée de dialyse pour chaque patient, nécessaire de dialyse, bilans sanguins, soins infirmiers supplémentaires, protocoles d'hygiène
Le matériel	-Poids, disponibilité, lieu de stockage, état de fonctionnement -Matériel infirmier et de dialyse, générateurs, chariots, lits et TV des patients, produits de bionettoyage et d'hygiène...
La soignante elle-même	Son état physique et psychologique

Figure 28 : Tableau des déterminants de l'activité

3.1.4. Temps contraints et aléas

La figure 29 représente dans sa partie haute la succession des tâches à réaliser par les soignantes pour une séance de dialyse, et illustre dans sa partie basse l'impact généré par la survenue d'un aléa sur le déroulement du reste de la séance de dialyse.

Les soins en dialyse sont jalonnés de nombreux temps incompressibles (figure 29, partie haute, encadré trait plein) : la durée de la dialyse, l'heure de débranchement du patient, le temps de compression du patient, la durée de stérilisation du générateur. Des tâches incontournables doivent être réalisées par les soignantes (encadré en pointillés) : préparation des générateurs, branchement et débranchement du patient, bionettoyage de la salle. Enfin, les contraintes temporelles sont aussi celles de la qualité des soins et du confort des patients : les soignantes ont à cœur de prendre en charge à l'heure les patients pour leur éviter d'attendre ou de rentrer trop tard à leur domicile.

La survenue du moindre aléa (figure 29, partie basse), comme par exemple la nécessité de faire venir le médecin pour un patient, est susceptible d'impacter en cascade l'activité des soignantes pour le reste de la séance. Ainsi, pour reprendre l'exemple, ce patient pour qui un avis médical est nécessaire sera donc branché plus tard, sera de fait débranché plus tard, et son lit libéré plus tard. Chaque salle étant composée de huit postes, cela multiplie d'autant les risques de survenue d'aléas et la contrainte temporelle pesant sur les soignantes. Considérant enfin que deux ou trois séances se succèdent par jour, les séances de dialyse suivantes peuvent également être bousculées par la survenue de cet aléa. La phase d'interséance (débranchement puis branchement de la séance suivante) constitue à tous ces égards une phase particulièrement tendue de l'activité.

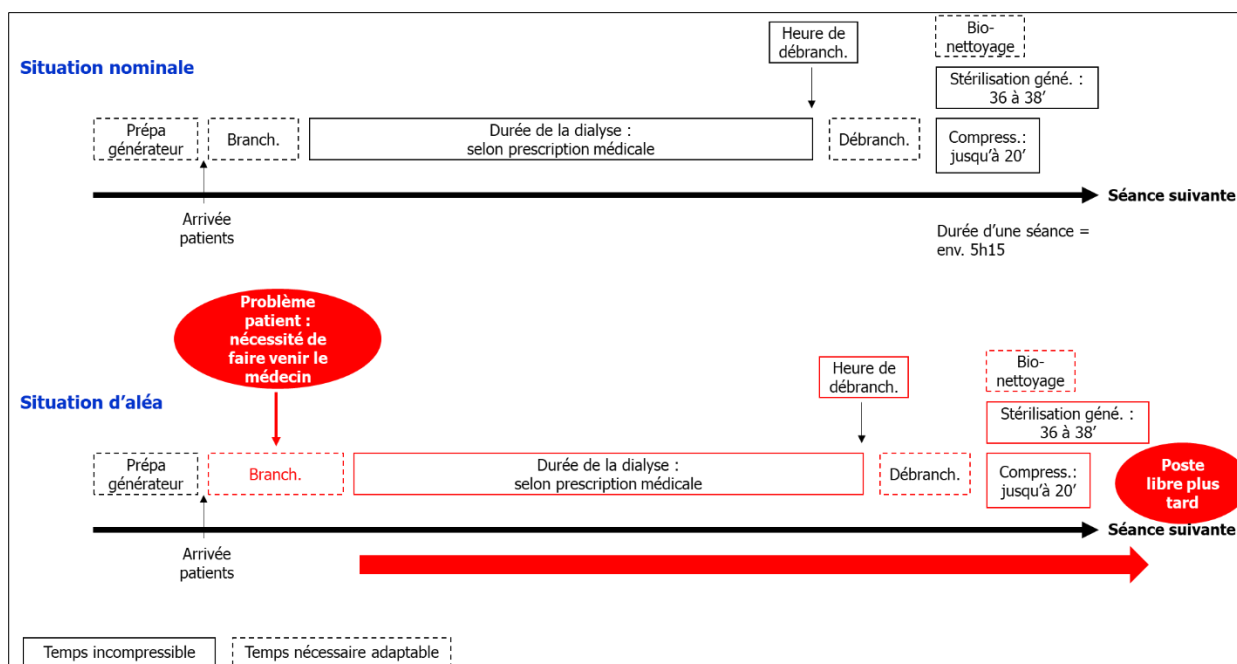


Figure 29 : Activité et relation au temps

Les soignantes doivent assurer les débranchements des patients en fonction des durées de dialyse prescrites, mais ces débranchements peuvent être très proches dans le temps (voir un exemple figure 30). Les infirmières s'organisent entre elles et mettent en place des stratégies pour débrancher les patients sans les faire attendre. Par ailleurs, il leur faut se dépêcher pour la prise en charge des patients de la séance suivante (bionettoyage et préparation de la salle et du matériel).

Heures de débranchements Liste des patients et protocoles prévus
Séances du 02/04/2018

Patient	Durée séance	Dialyseur	Abord Vasculaire	Concentré Acide	Isolément
APP-2D - Hémodialyse					
6 Hervé N	04:00	NIPRO ELISIO 21 H**	FAV Radiale Gauche	APP-CITRASATE 467 K2/CA1.69	
APP-2D - OL-HDF POST-DILUTION					
1 Marc N	03:30 <i>22H20</i>	NIPRO ELISIO 21 H**	FAV Radiale Gauche	APP-CITRASATE 460 K2/CA1.5	
2 Laurent F	4:30 <i>22H50</i>	NIPRO ELISIO 25 H	FAV Humero Cephalique Droite	APP-HCL3 Belco948 K2/CA1.75	
3 Michel F	04:00 <i>20H25</i>	NIPRO ELISIO 21 H**	FAV Humero Basiliq Droite	APP-HCL3 Belco948 K2/CA1.75	
5 Michèle F	03:30 <i>20H35</i>	NIPRO ELISIO 21 H**	FAV Humero Basiliq Droite	APP-HCL3 Belco945 K3/CA1.5	
7 Frédéric F	03:30 <i>21H50</i>	NIPRO ELISIO 25 H	FAV Radiale Droite	APP-HCL3 Belco942 K2/CA1.5	
APP-2D - OL-HDF PRE-DILUTION					
2 René F	4:00 <i>22H30</i>	MEDITOR TORAY TS-2.15L SULFONE**	FAV Radiale Droite	APP-CITRASATE 463 K3/CA1.5	

Figure 30 : Planning d'une séance de dialyse (le 2 avril 2018, séance du soir)

Les aléas sont fréquents en dialyse, comme le montrent nos observations (figure 31).

Journée d'observation	Aléas rencontrés
Vendredi 2 mars	<ul style="list-style-type: none"> - Patient difficile à piquer car coagulation - Patiente à repiquer - Patient qui souffre de maux de tête - Patient agité car souffre de démangeaisons
Jeudi 8 mars	<ul style="list-style-type: none"> - Patient qui a mal comprimé et saigné - Manque de matériel - Patient de dialyse quotidienne déplacé exceptionnellement dans cette salle
Vendredi 30 mars	<ul style="list-style-type: none"> - Lit balance qui ne fonctionne pas - Supervision d'une élève IDE en stage - Nécessité de faire venir le médecin avant de brancher une patiente (faux anévrisme au niveau de la fistule) - Patient en transit qui a coagulé pendant la dialyse - Filtre manquant
Lundi 2 avril	<ul style="list-style-type: none"> - Patient pas venu car en vacances aux Antilles - Ajout d'un patient supplémentaire à la séance du lendemain matin

Figure 31 : Relevé des aléas rencontrés par journée d'observation

Ces aléas, fréquents, augmentent encore les contraintes temporelles et le ressenti de stress des soignantes. Celles-ci peuvent alors être en situation de débordement.

3.1.5. Des situations de débordement fréquentes

Les soignantes que nous avons rencontrées nous ont précisé que l'activité soignante en dialyse pouvait entraîner du stress. D'une part, les contraintes temporelles sont importantes, comme nous l'avons montré. Le moindre aléa augmente ces contraintes temporelles et diminue de fait les marges de manœuvre des soignantes. D'autre part, la dialyse n'est pas sans risque pour les patients : compte-tenu du débit nécessaire pour l'épuration du sang, un patient peut rapidement se vider de son sang en cas de désinsertion accidentelle des aiguilles du circuit de branchement. Une IDE : « *Cela paraît tranquille, de l'extérieur, une salle de dialyse. Mais c'est vraiment du stress pour nous. Nous devons assurer une surveillance constante, au cas où...* ». Nombre des patients sont polypathologiques, une surveillance rapprochée est nécessaire pour prévenir d'éventuels événements indésirables lors de la séance de dialyse. Une IDE : « *Ce qui nous stresse le plus c'est le temps, on sait qu'on a d'autres patients derrière* ».

Nous présentons ci-après une situation de débordement lors de la séance du soir, situation consécutive à une accumulation de retards lors des séances précédentes.

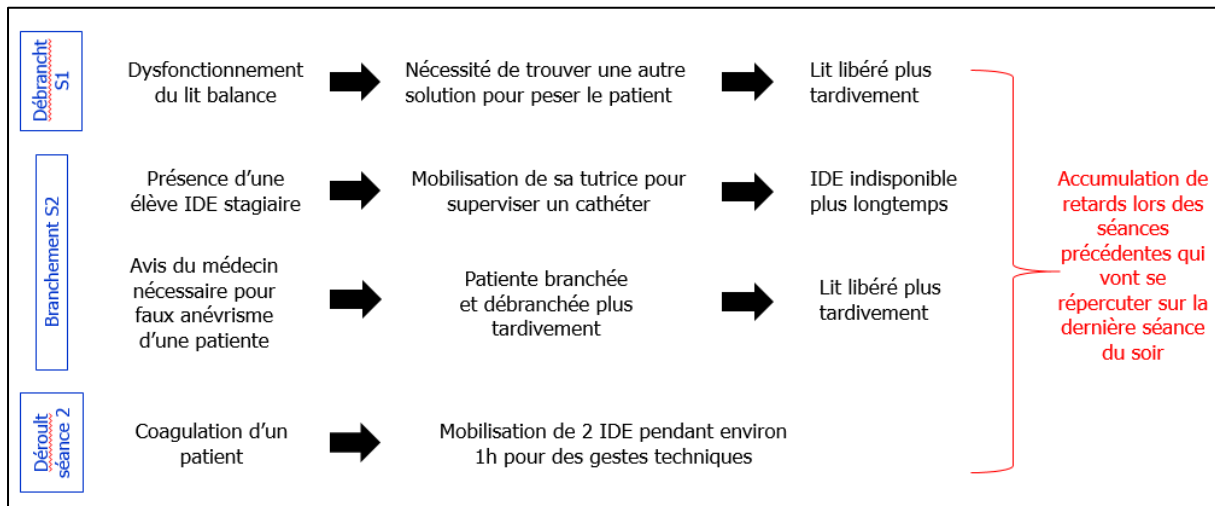


Figure 32 : Accumulation de retards lors des séances précédentes (30 mars 2018)

Lors du débranchement de la séance de l'après-midi, les soignantes avaient trois patients à débrancher au même moment et deux patients qui nécessitaient une intervention soignante pour la compression.

De plus, il y avait ce jour une soignante absente dans l'équipe du soir. L'infirmière volante prévue dans les effectifs du soir a donc été affectée à une autre salle de dialyse pour assurer l'activité. Elle n'a donc pas pu apporter une aide à ses collègues infirmières confrontées à des aléas et à une accumulation de retards.

La figure 33 représente la chronique d'activité d'une infirmière du soir lors du débranchement de la séance de l'après-midi (IDE de sept mois d'ancienneté) dans ce contexte. Nous avons indiqué sur cette chronique en rouge les verbatims de cette infirmière en situation de débordement. Ils expriment un ressenti négatif et un stress.

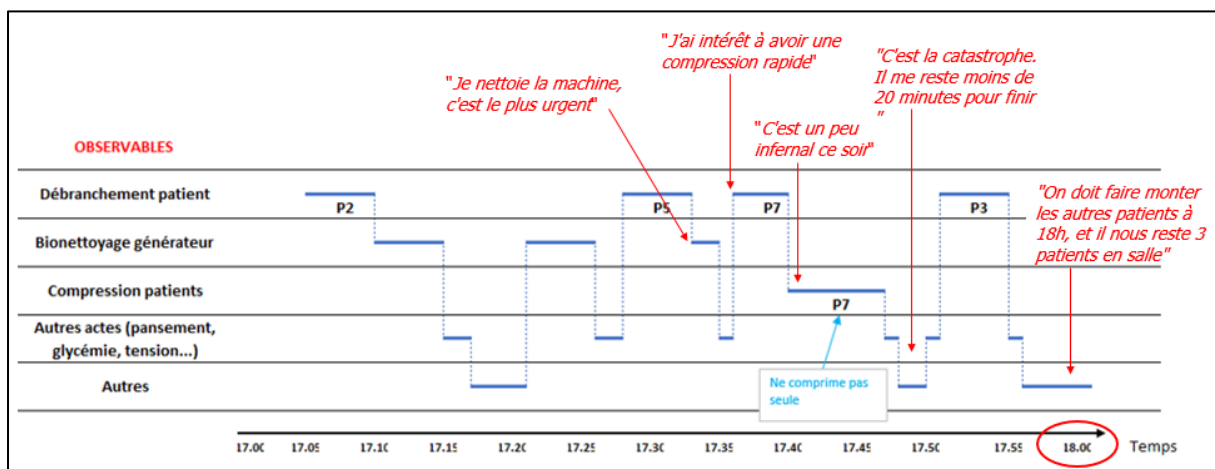


Figure 33 : Situation de débordement d'une infirmière lors d'un débranchement (30 mars 2018)

Les verbatims de l'infirmière illustrent le stress et la situation de débordement dans laquelle elle se trouve. Les soignantes ont pris du retard, et les premiers patients sont accueillis en salle de dialyse avec une vingtaine de minutes de retard, comme le montre la figure 34. L'infirmière s'excuse de ce retard auprès d'un patient de la séance du soir. Un branchement tardif entraîne un retour au domicile plus tardif des patients de la séance du soir. Or, ces patients sont accueillis en séance du soir car ils ont une activité professionnelle.

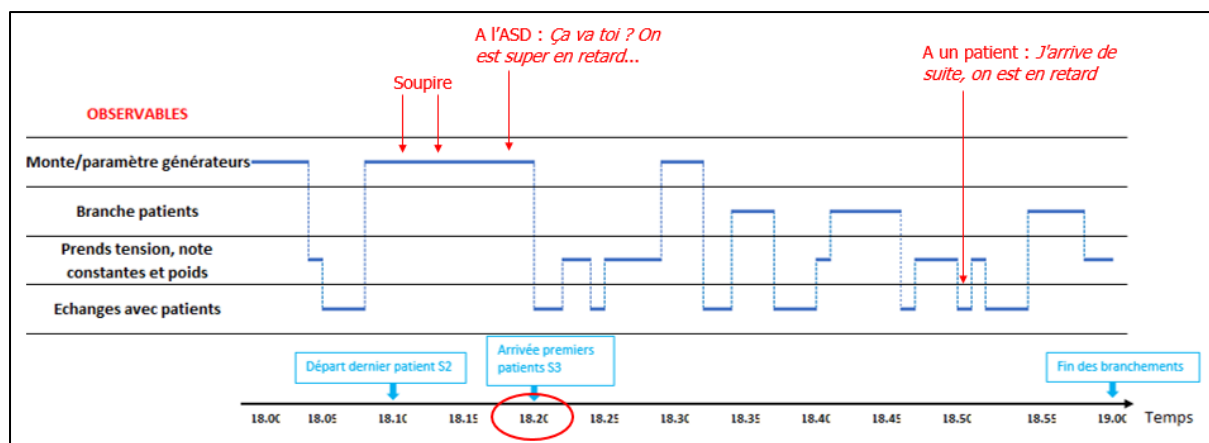


Figure 34 : Branchements tardifs lors de la séance du soir (30 mars 2018)

Cette situation de débordement, illustrée par ces chroniques et verbatims, est loin d'être exceptionnelle. Ces situations de débordement ont tendance à devenir la norme compte-tenu d'une part des contraintes temporelles et d'autre part de l'absentéisme en augmentation dans les équipes soignantes. Nous avons nous-même observé d'autres situations de débordement lors de nos observations. Comme nous l'a précisé la cadre de santé, les infirmières et aides-soignantes volantes, prévues dans les effectifs par la cadre de santé pour apporter une aide en cas d'aléas, permettent bien souvent de remplacer au pied levé les absences.

3.2. Des différences de pratiques

Nous avons observé des différences de pratiques entre les aides-soignantes de l'équipe du matin et celles de l'équipe du soir : alors que les ASD du soir préparent les bacs de matériel de dialyse nécessaires pour chaque patient pour les séances suivantes (acides, rein, tubulures, embouts...), les ASD du matin le font rarement. Les entretiens menés avec les soignantes (ASD et IDE) nous permettent de comprendre qu'il persiste entre les deux équipes des différences de représentations du rôle de l'aide-soignante, tant chez les infirmières que chez les aides-soignantes elles-mêmes. Une majorité de soignantes du matin estiment que la préparation des bacs relève des attributions de l'infirmière, car il s'agit de matériels infirmiers, et se plaignent d'erreurs quand la préparation est faite par les aides-soignantes du soir. Du côté de l'équipe du soir, les infirmières apprécient cette aide de l'aide-soignante, qui elle se sent revalorisée et voit son activité diversifiée.

Ces différences de pratiques sont en lien avec le site d'appartenance de la soignante avant la fusion. Comme nous l'avons quelque peu décrit plus haut, à la fusion, les soignantes se sont

retrouvées du jour au lendemain dans un tout nouvel espace, à devoir travailler avec des inconnues dont l'organisation du travail et les pratiques différaient. Cela renvoie à ce que la littérature en ergonomie désigne par le *collectif de travail*. Il « se construit entre des opérateurs et des opératrices qui partagent des objectifs renvoyant à la réalisation d'un travail de qualité – c'est-à-dire renvoyant aux critères d'efficacité du travail selon eux et au sens qu'ils accordent à ce travail » (Caroly et Barcellini, 2013). La fusion a créé un « nouveau » collectif de travail, mais qui n'a pas été construit ou favorisé en amont de celle-ci. Les soignantes de deux établissements n'ont pas eu l'occasion de débattre de leurs modes opératoires réciproques, de discuter leurs critères de qualité du travail, et d'élaborer ensemble des « routines de travail ». Certaines soignantes déplorent même le fait que la fusion ait détruit l'esprit d'équipe qui dominait pourtant avant dans chacun des deux précédents sites.

D'autre part, nous avons relevé des différences de représentations de la charge de travail entre équipes du matin et du soir, chacune s'estimant supporter une charge plus importante que l'autre. Toutes ces disparités ne favorisent pas non plus le *travail collectif*, l'autre dimension de l'activité collective à laquelle s'articule le collectif de travail, et qui correspond à la manière dont coopèrent les soignantes pour réaliser le travail. Certaines infirmières nous ont en effet rapporté qu'en fonction du trinôme avec qui elle devait travailler et du niveau de confiance régnant entre les membres, les journées pouvaient s'avérer agréables ou au contraire plus fatigantes.

Nous avons par ailleurs perçu chez les soignantes un ressenti parfois négatif du travail : manque de reconnaissance et sentiment de ne pas être écoutées, sources de démotivation. Certaines infirmières expriment une perte de sens dans leur travail, un sentiment de ne faire « que brancher ». Certaines aides-soignantes regrettent quant à elles que leur poste soit réduit à du bionettoyage.

Les soignantes de dialyse sont enfin peu associées aux réunions et échanges interdisciplinaires. Elles ne sont en effet pas conviées à certaines réunions de staff, et lorsqu'elles le sont à d'autres réunions, les horaires de celles-ci sont peu compatibles avec leur activité.

Au regard de tous ces éléments, et compte-tenu du fait que « le collectif de travail participe à la préservation des ressources psychosociales et à la prévention des troubles musculo-squelettiques » (Caroly et Barcellini, 2013), il nous semble fondamental de renforcer les possibilités de coopération entre infirmières et aides-soignantes, et faire réfléchir les principales intéressées à une répartition des tâches favorisant l'entraide et revalorisant le rôle de l'ASD.

3.3. Des stratégies individuelles et collectives pour faire face

Pour faire face aux contraintes temporelles, les soignantes de dialyse ont développé des stratégies d'anticipation et d'organisation collective du travail, stratégies souvent invisibles.

3.3.1. Stratégies d'anticipation

Nous avons tout d'abord relevé des stratégies d'anticipation des tâches :

- elles préparent la séance de dialyse suivante (bacs de matériel de dialyse, matériel infirmier, classeur du patient) dès que les patients sont branchés
- elles anticipent le débranchement, en profitant des minutes précédant l'heure de fin de dialyse pour préparer tout le nécessaire au lit du patient, et ainsi être prêtes à débrancher le patient dès que l'alarme du générateur retentit.
- elles saisissent dans Hemodial les données de la séance de dialyse précédente dès que les patients sont branchés.

En anticipant, en faisant le travail dès que possible, les soignantes se créent ainsi des marges de manœuvre temporelles afin d'être en capacité de réagir face au(x) éventuel(s) futur(s) aléa(s) qui pourraient survenir (et surviennent généralement).

3.3.2. Stratégies d'organisation collective du travail

Nos observations ont d'autre part permis de mettre en lumière une part de l'activité des soignantes souvent invisible et ignorée de la direction : leurs stratégies d'organisation du travail. Le tableau représenté sur la figure 35 les décrit.

Tâche	Stratégie ou critère de choix
Attribution des lits aux patients	<ul style="list-style-type: none"> - Heure de disponibilité du lit (/fin de dialyse précédente) - Durée de la dialyse - Type de générateur nécessaire (prescription médicale) - Nécessité de lit balance - Heure d'arrivée du patient - Préférence du patient ou priorité - Côté de la fistule
Ordre et répartition des branchements	<p><u>Ordre</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients qui dialysent longtemps en 1ers - Patients prêts <p><u>Répartition</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une rangée par IDE - Préférence IDE pour buttonhole ou fistule classique - Connaissance du patient/de sa fistule
Préparation de la séance suivante	<ul style="list-style-type: none"> - En petite journée, 1 IDE prépare les bacs et l'autre les classeurs ; en grande journée (soit 2 préparations de séance suivante), elles alternent la préparation sur les 2 séances - Initiative de l'une et synchronisation de l'autre
Ordre et répartition des débranchements	<ul style="list-style-type: none"> - Principe de continuité des soins : celle qui a branché débranche - Compression du patient (patients qui ne compriment pas seuls en dernier) - Heures de débranchements

Figure 35 : Tableau descriptif des stratégies d'organisation collective du travail

L'attribution des lits aux patients ne se fait pas au hasard : il s'agit au contraire de trouver le meilleur compromis en prenant en considération de nombreux paramètres, d'importance variable (heure de disponibilité du lit, durée de la dialyse, etc.). Les soignantes essaient, dans la mesure du possible, d'attribuer les lits de façon à réduire au minimum les manutentions de charges (déplacements de lits et générateurs). La figure 36 montre un exemple de planification des lits.

Attribution des lits

APP-2D - OL-HDF POST-DILUTION

Patient	Durée séance	Dialyseur	Abord Vasculaire	Concentr. Acide	Isolément
1. Matin	04:00	HEMOTEC APS 21 H**	FAV Humero Basilaire Gauche	APP-HCL3 Belco945 K3CA1,5NOR	
2. Patient	04:00	MEDTOR TORAY TS-2,1SL SULFONE**	Portage Veineux Humero Basilaire Droite	APP-HCL3 Belco945 K3CA1,5	
3. Claude	04:00	HEMOTEC APS 21 H**	FAV Humero Basilaire Gauche	APP-CITRASATE 467 K2/CA1,55	
4. Claudine	04:00	HEMOTEC APS 21 H**	FAV Humero Cephalique Gauche	APP-HCL3 Belco942 K2/CA1,5	
6. Jean Claude	04:00	HEMOTEC APS 21 H**	FAV Humero Cephalique Gauche	APP-HCL3 Belco942 K2/CA1,5	
5. Deyl	03:00	NIPRO ELISO 21 H**	FAV Humero Cephalique Gauche	APP-HCL3 Belco945 K3/CA1,5OUI	
8. Samba	04:00	HEMOTEC APS 21 H**	FAV Radiale Droite	APP-HCL3 Belco945 K3/CA1,5	

APP-2D - OL-HDF PRE-DILUTION

Patient	Durée séance	Dialyseur	Abord Vasculaire	Concentr. Acide	Isolément
7. Germain	04:00	HEMOTEC APS 21 H**	FAV Radiale Gauche	APP-HCL3 Belco942 K2/CA1,5	

Figure 36 : Planning d'une séance de dialyse (le 3 avril 2018, séance du matin)

Une fois les patients arrivés, les soignantes se répartissent entre elles les patients à brancher : la règle implicite prévoit que chaque infirmière branche les patients de la même rangée ; le partage se fait aussi en fonction des préférences ou aisances techniques de chacune et de leur connaissance des patients. Pour l'ordre de branchement, elles branchent en priorité les patients qui dialysent le plus longtemps. Dès que les patients sont branchés, les soignantes préparent le matériel et les classeurs pour la séance suivante.

Enfin, la phase d'interséance constituant une phase particulièrement tendue de l'activité, la façon dont le débranchement va être organisé représente un enjeu pour le déroulement de la suite. Il est d'usage que l'infirmière qui a branché un patient le débranche. Toutefois, lorsque les débranchements sont très rapprochés voire simultanés, il n'est pas toujours possible d'appliquer cette règle. Par ailleurs, certains patients ne sont pas en mesure de se comprimer seuls, une infirmière peut donc être occupée à une compression pendant 10 minutes au plus. Les soignantes doivent donc s'organiser collectivement en permanence pour assurer la continuité des soins.

3.4. Le soin en dialyse : une activité collective distribuée entre les soignantes et les patients

3.4.1. Coopérations et aides entre IDE et ASD

La réalisation des séances de dialyse reposant sur le trinôme affecté à la salle, nous nous sommes intéressées à l'activité collective en salle et en particulier aux coopérations/aides entre les soignantes. Les observations ont eu lieu le 2 mars 2018 en salle 2A entre 7h00 et 12h30. Ce jour-là, l'équipe du matin a bénéficié du renfort de deux volantes, une infirmière et une aide-

soignante, une situation de travail jugée plus confortable. Les figures 37, 38 et 39 détaillent ces coopérations/aides entre toutes ces soignantes, respectivement en phases de branchement des patients, de dialyse, et de débranchement. Les flèches partent de la soignante qui apporte son aide vers celle qui en profite. L'IDE 1 est une jeune diplômée, ce poste à APP est son premier poste ; elle a un an d'ancienneté en dialyse. L'IDE 2 a une dizaine d'années d'expérience professionnelle en tant qu'infirmière, mais seulement quatre mois d'ancienneté en dialyse.

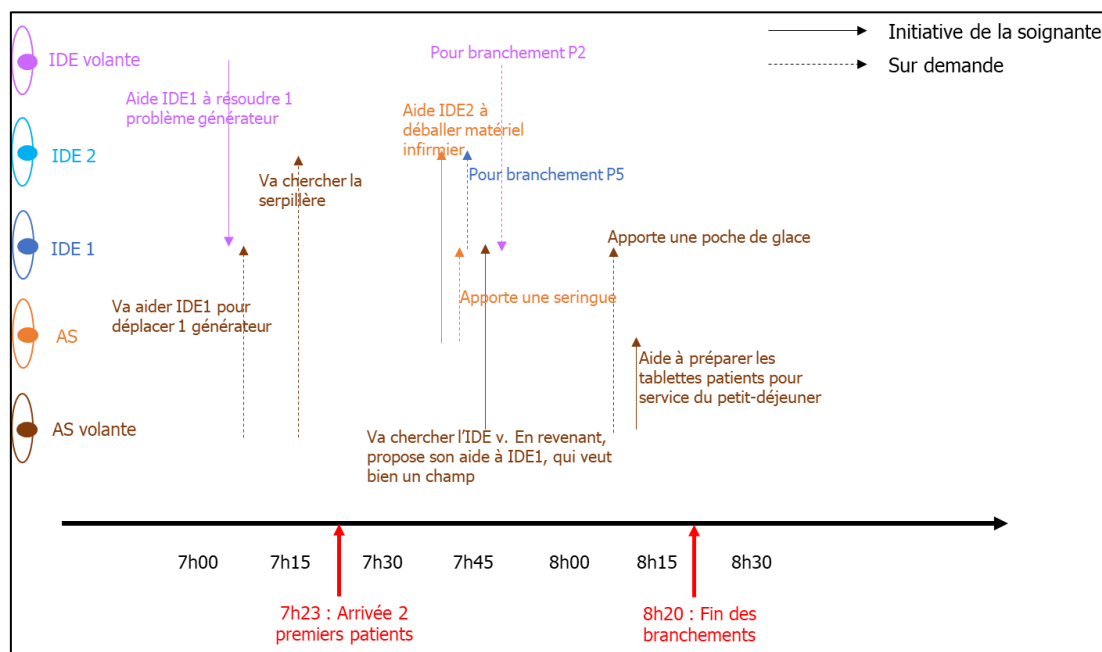


Figure 38 : Coopérations et aides en salle 2A le 2 mars 2018, en phase de branchement des patients du matin

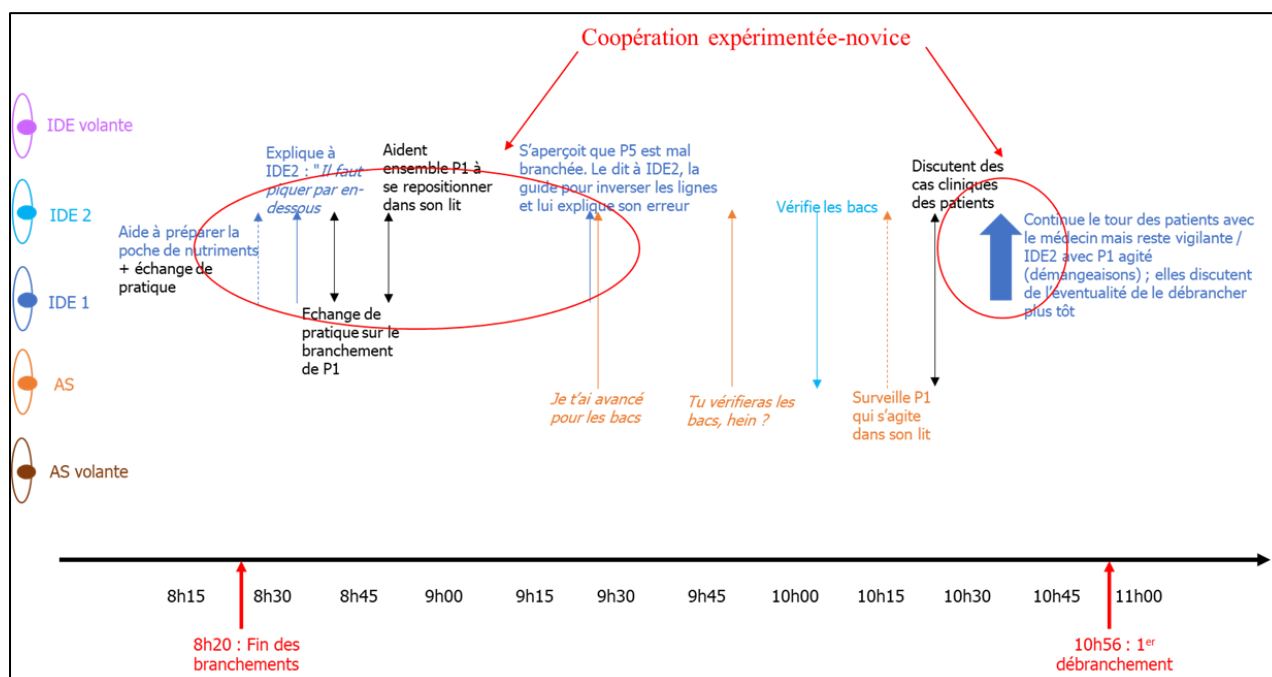


Figure 378 : Coopérations et aides en salle 2A le 2 mars 2018, en phase de dialyse des patients du matin

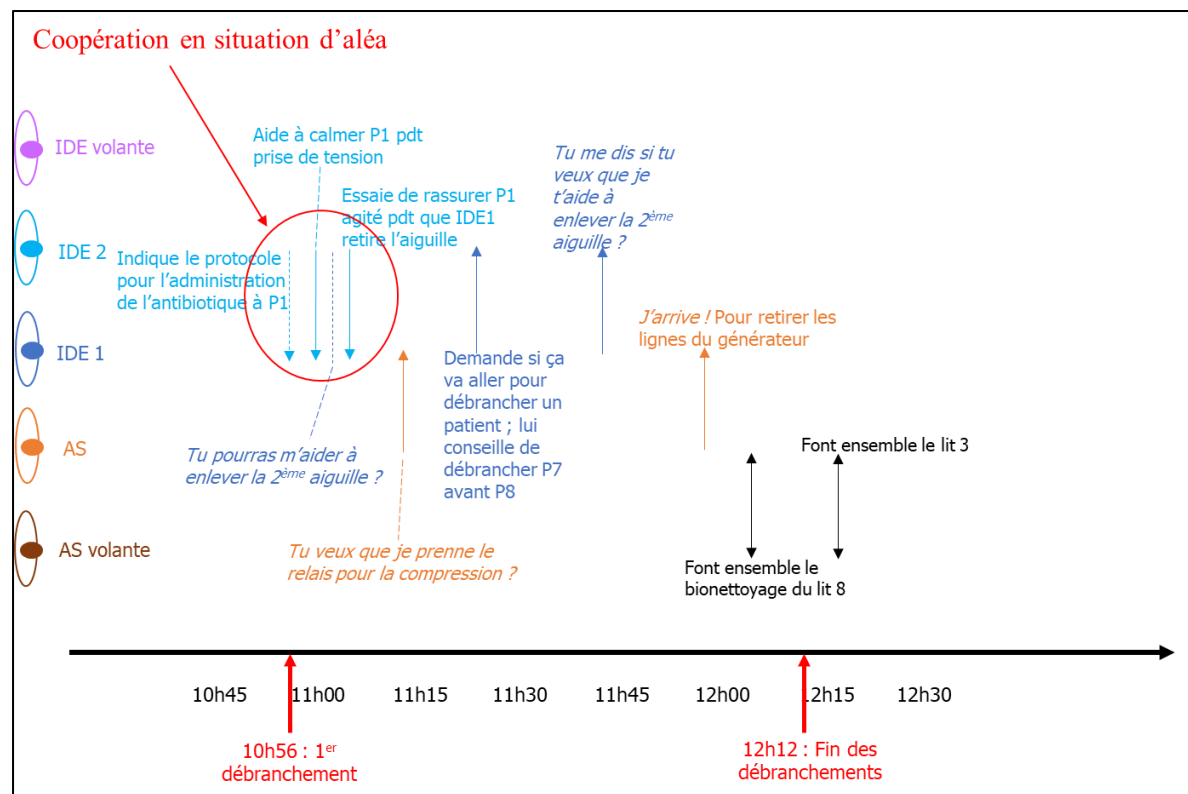


Figure 399 : Coopérations et aides en salle 2A le 2 mars 2018, en phase de débranchement des patients du matin

Nous pouvons constater que les coopérations/aides sont nombreuses, elles se produisent à toutes les phases de la dialyse, et toutes les soignantes sont impliquées. L'aide-soignante de la salle et les volantes jouent un rôle particulièrement important de soutien auprès des infirmières en phases de branchement et débranchement. Après analyse de la situation et des verbatims, nous comprenons que ces stratégies collectives permettent aux soignantes de réaliser le travail, c'est-à-dire prodiguer des soins de qualité aux patients et les prendre en charge à l'heure. Elles leur permettent de plus de s'économiser physiquement et de gagner du temps.

Nous notons par ailleurs l'importance de la coopération au sein du binôme lorsque celui-ci est composé d'une infirmière peu expérimentée en dialyse, dans la prévention ou le rattrapage d'erreurs et la transmission des savoir-faire. En effet (figure 38), nous observons qu'en phase de dialyse, l'IDE 1, plus expérimentée, profite d'un acte infirmier sur un patient pour prodiguer des conseils à IDE 2 sur la façon de piquer ce patient. Puis, lors de la prise horaire des constantes, elle s'aperçoit que la patiente en 5 est mal branchée ; elle explique son erreur à IDE 2 et la guide pour rebrancher la patiente. Puis, alors qu'elle fait le tour des patients avec le médecin et qu'IDE 2 essaie d'apaiser un patient agité à cause de démangeaisons, IDE 1 reste vigilante vis-à-vis de sa collègue au cas où celle-ci aurait besoin d'aide avec ce patient. Enfin, elles décident ensemble de débrancher plus tôt ce patient qui supporte mal la dialyse.

Elles vont d'ailleurs coopérer pour débrancher ce patient agité, l'une tentant de le calmer pour que l'autre puisse effectuer le retrait des aiguilles en toute sécurité (figure 39). Nous relevons donc le rôle également essentiel de la coopération/aide entre infirmières en situation d'alerta(s).

L'activité de soignante en dialyse est donc une activité collective. Ce collectif constitue une ressource pour l'activité, notamment en situation d'aléa, et aussi potentiellement un rempart contre la surcharge de travail et les situations de débordement. Dans une perspective constructive, il nous semble tout à fait nécessaire de pouvoir le préserver, voire de le développer.

3.4.2. La participation des patients aux soins

Nous nous sommes intéressées à la participation des patients à leurs soins et à la sécurité des soins. Nous avons considéré que celle-ci pouvait représenter une ressource pour le travail des soignantes. De plus, IDE comme ASD ont pour mission de contribuer au développement de l'autonomie des patients.

La grande majorité des patients accueillis participe à leurs soins d'une manière ou d'autre autre : lavage de leur fistule avant le branchement, pesée avant et après la séance de dialyse, compression... Cette participation active est encouragée par les soignantes, elle permet de rendre le patient acteur de ses soins. S'ils en ont le souhait et s'ils le peuvent (certaines personnes ont des problèmes de mobilité ou de vue, d'autres personnes d'origine étrangère parlent et comprennent difficilement le français...), certains patients participent de façon plus importante à leurs soins. Nous avons observé quatre branchements (32 patients) et cinq débranchements (40 patients). L'ensemble de nos relevés de participations patients ainsi que leur classification sont présentés dans la figure en annexe 2. Nous avons relevé quatre catégories de participations ressources pour le travail des soignantes (à l'exception de lavage fistule, pesée, lever le bras pour placement du champ stérile, tenir les lignes dans la main, compression) dans 34 cas. Les quatre catégories de participation des patients sont détaillées ci-après avec quelques exemples :

- Informe la soignante sur son dossier, sa santé, son protocole de soin
 - ✓ IDE dit à un patient qu'il a une petite tension ; le patient lui dit que c'est habituel
 - ✓ Un patient indique à l'IDE qu'il n'y a pas pour lui ce jour d'examen de BVM (Blood Volume Monitoring)
- Est consulté par le soignant pour geste technique ou avis
 - ✓ IDE demande à un patient si elle prolonge ou non la dialyse, le patient répond que c'est suffisant
 - ✓ ASD demande à un patient si le générateur a été nettoyé, le patient l'informe qu'il ne l'a pas été
- Guide ou conseille le soignant pour geste technique
 - ✓ Élève IDE comprime un patient. Celui-ci la guide dans les gestes à effectuer pour avoir une bonne compression.
 - ✓ Un patient guide une IDE lors de la ponction de la fistule et lui précise l'angle idéal pour la ponction.
- Effectue des gestes/actes habituellement effectués par les soignantes
 - ✓ Des patients se piquent eux-mêmes, d'autres font eux-mêmes leurs pansements une fois qu'ils sont débranchés.
 - ✓ Des patients débarrassent leur lit et vont jeter leurs draps jetables dans les containers réservés à cet effet.

Ces éléments montrent que les soins en dialyse sont le fruit d'une activité collective distribuée entre les patients et les soignantes. La participation des patients est une aide valorisée par les

professionnelles de l'Aura, expérimentées ou novices, comme le montrent les verbatims suivants :

IDE expérimentées

IDE, 2 ans d'ancienneté. « Certains patients se connaissent très bien et on peut jouer sur la perte de poids s'ils nous préviennent qu'ils commencent à sentir des crampes. On prend en considération ce qu'ils disent. C'est appréciable, cela évite les crampes en fin de dialyse et de d'autres gestes, par exemple un bolus, qui seraient alors nécessaires pour soulager leurs douleurs ».

IDE, 28 ans d'ancienneté : « Certains patients connaissent très bien leurs paramètres à renseigner dans le générateur, ça peut aider même si on vérifie derrière ».

IDE novices

IDE en formation : « Quelques patients connaissent très bien leurs fistules et nous guident. Ça m'aide beaucoup, surtout si je ne connais pas les patients que je dois piquer ».

IDE, 4 mois d'ancienneté. « Des patients nous aident beaucoup dans les soins, ils nous disent par exemple, n'oubliez pas de faire ceci ou cela. Ils savent déjà le poids qu'ils doivent perdre. Ils sont acteurs. D'autres nous disent de piquer plutôt à tel endroit, ils connaissent très bien leurs fistules »

IDE 6 mois d'ancienneté en réaction à un patient qui l'a guidé pour piquer son buttonhole : « C'est vraiment appréciable que vous m'ayiez aidée, votre buttonhole est très particulier. ».

La participation des patients est donc susceptible d'améliorer la qualité des soins et de faire gagner du temps aux professionnelles. À noter cependant que les patients qui se piquent eux-mêmes ne font pas pour autant gagner du temps aux IDE. Mais cette participation est encouragée par les professionnels de santé afin de favoriser l'autonomie des patients.

IDE, 3 ans ½ d'ancienneté : « Les patients qui s'autopiquent ne font pas nécessairement gagner du temps car ils prennent leur temps pour se piquer. De plus, il faut être présent et surveiller/aider ».

Toutefois, certaines soignantes expriment des réserves quant à la participation des patients à leurs soins, cette culture n'est pas unanimement partagée.

IDE, 28 ans d'ancienneté : « Il faut faire attention aux faux amis, le patient qui dit connaître sa fistule, mais qui en vérité ne la connaît pas ».

Un médecin : « Certaines infirmières sont très favorables à ce que les patients participent à leurs soins, d'autres beaucoup moins ».

Une ASD, 20 ans d'ancienneté. « Cette patiente nous fait des réflexions sur notre bionettoyage, comme si c'était une soignante. Elle ne connaît pas notre métier aussi bien que nous quand même ! ».

3.5. Notre diagnostic en bref

En conclusion de toutes ces analyses et éléments de compréhension de l'activité des soignantes d'APP dialyse, nous posons le diagnostic suivant.

L'activité de soignante en dialyse est caractérisée par de nombreuses sources de variabilité, une gestion quotidienne d'aléas, et est réalisée sous contraintes de temps. Pour se créer des marges de manœuvre temporelles, les soignantes déploient des stratégies individuelles d'anticipation, et des stratégies collectives d'organisation. Le collectif constitue également une ressource pour l'activité (coopérations), tout comme les participations des patients. Toutefois, nous avons mis en évidence des situations de débordement, lesquelles tendent à devenir la norme en raison d'un absentéisme en augmentation, d'une diminution du temps de chevauchement et de l'intensification du travail. Ces situations dégradées génèrent chez les soignantes du stress, susceptible de diminuer la mobilisation de leurs savoir-faire de prudence. Les régulations des soignantes sont d'autre part contrariées par des différences de représentations et de pratiques au sein du collectif. Ces facteurs peuvent contribuer à la survenue d'accidents du travail et favoriser le développement de TMS.

4. Groupes de travail « transformation »

4.1. Un diagnostic partagé avec les décideurs et soignantes

Le partage de notre diagnostic ergonomique, tant auprès des membres du comité de pilotage qu'auprès des équipes soignantes, est un élément clé vers la transformation du travail. Nous avons choisi de présenter en premier lieu notre diagnostic en copil. Nous souhaitons notamment nous assurer auprès de la DRH que les éventuelles heures supplémentaires des soignantes participant aux groupes de travail seraient prises en compte, mais aussi mobiliser le CHSCT pour la phase de transformation. C'est de fait le copil qui a choisi les thématiques de groupes de travail parmi celles que nous avons proposées. Dans un second temps, nous avons partagé notre diagnostic avec les soignantes lors de deux réunions d'équipe.

4.1.1. Préconisations et choix des GT en copil

Nous avons présenté et discuté le 5 juin en copil l'ensemble de notre diagnostic ergonomique. Nous avons recommandé à l'entreprise d'analyser plus finement les données de l'absentéisme puisque nous manquons de données pour une analyse plus approfondie :

- Croisement AT et âge, ancienneté, équipe matin / soir, absentéisme non programmé, dysfonctionnement ou manque de matériel, moment de la journée ou de la soirée...
- Croisement absentéisme et âge, ancienneté, équipe matin / soir, absentéisme non programmé, aléas, patients de Saint-Joseph pris en charge...

À noter que l'établissement de santé a décidé de se pencher sur les accidents du travail. Une formation destinée aux soignantes volontaires doit être mise en place afin de les former à l'analyse des causes profondes des accidents du travail. Nous avons salué cette démarche de l'Aura.

Nous avons constaté un certain déni de la DRH et des cadres de proximité au regard de l'absentéisme. D'une part, la DRH a pointé le cas personnel d'une soignante, laquelle s'absenterait très fréquemment et serait de fait responsable de l'augmentation de l'absentéisme. D'autre part, la DRH a souligné que le taux d'absentéisme au sein de l'Aura n'était pas plus important que dans d'autres établissements de santé.

La cadre de santé nous a fait part de son embarras sur cette question, cet absentéisme lui étant reproché par la direction. Elle a estimé qu'il n'était pas en lien avec les conditions de travail. Par ailleurs, elle nous a informées en aparté qu'il lui avait été demandé de recruter préférentiellement de jeunes soignantes, a priori moins susceptibles de s'absenter pour raisons de santé. Mais selon ses estimations, l'absentéisme chez les plus jeunes est loin d'être négligeable.

La partie de notre diagnostic sur les différences de pratiques entre ASD du matin et du soir a interpellé la DRH, laquelle s'est demandé s'il n'était pas nécessaire de revoir les fiches de postes des aides-soignantes.

À la suite de la présentation argumentée de notre diagnostic, nous avons proposé la mise en place de plusieurs groupes de travail constitués de soignantes. Quatre thématiques différentes ont été proposées aux membres du copil (en italique, justification des choix de thématiques) :

- Comment reconnaître et valoriser le savoir expérientiel et la participation des patients à leurs soins ?

Soin : activité collective distribuée entre infirmières, aides-soignantes et patients.

- Comment renforcer le travail collectif entre IDE et ASD ?
Afin de :
 - ✓ Diversifier l'activité et reconnaître le rôle des ASD
 - ✓ Soutenir le travail infirmier, notamment en situation de débordement

Représentation différente du rôle des ASD chez les ASD, les IDE, entre équipes du matin et du soir. Situations de régulation susceptibles d'être contrariées par des différences de pratiques.

- Comment favoriser la mise en débat du travail collectif avec les autres professionnels ?

Les soignantes et les médecins nous ont fait part du cloisonnement qui existait entre les deux corps professionnels.

- AES : comment allier une pratique de soins en sécurité pour la soignante et le confort du patient ?

Arbitrage des infirmières entre sécurité réglée et confort et sécurité du patient

En dépit de notre argumentaire, la thématique de la participation des patients a été écartée par la DRH au motif qu'il existe au sein d'APP dialyse un groupe de travail sur l'éducation thérapeutique. De même, la thématique sur les AES a été désapprouvée par la direction puisque l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène est précisément missionnée pour travailler dessus.

La thématique sur le renforcement du travail collectif entre infirmières et aides-soignantes a été unanimement retenue par les membres du copil. La secrétaire du CHSCT a de son côté proposé un autre groupe de travail sur le thème de « la gestion du stress et des contraintes temporelles ». Compte-tenu de l'accueil favorable des autres membres du copil à cette proposition, nous avons proposé par la suite une orientation plus ergonomique autour de la question des marges de manœuvre et des coopérations : comment libérer des marges de manœuvres temporelles pour les soignantes en mobilisant les coopérations entre infirmières et aides-soignantes ?

In fine, nous avons acté avec le copil la mise en place de quatre séances de groupes de travail organisées en juin et juillet, trois sur la question du travail collectif entre IDE et ASD, et un sur la thématique des marges de manœuvre et des coopérations. Nous avons choisi avec la cadre de santé des horaires et des jours pour ces GT susceptibles de perturber le moins possible l'activité. La DRH s'est engagée à prendre en compte si nécessaire les heures supplémentaires des participantes. Enfin, nous avons décidé d'une restitution finale fin août en présence des membres du copil et des soignantes volontaires.

4.1.2. Les réactions des soignantes au diagnostic

Comme nous nous y étions engagées au début de notre intervention, nous avons présenté notre diagnostic en réunion d'équipe du mercredi, le 6 juin et le 13 juin. Les participantes à cette réunion d'équipe sont habituellement désignées par la cadre de santé. De fait, nous n'étions pas dans le cadre d'une démarche de participation volontaire, mais la présentation de notre diagnostic lors de ces réunions a permis de susciter des premières réactions et des discussions entre les soignantes sur les éléments de notre diagnostic.

Nous avons également demandé aux soignantes leur avis quant à la participation de leurs cadres aux groupes de travail. Les soignantes ont opté pour des groupes de travail en présence d'au moins une de leurs cadres, un choix pertinent pour travailler à la transformation du travail avec l'encadrement de proximité.

Notre diagnostic ainsi que la thématique d'un de nos GT sur le renforcement du collectif de travail infirmières/aides-soignantes ont été accueillis avec grand intérêt. Compte-tenu des différences de pratiques entre les équipes du matin et du soir, plusieurs soignantes ont approuvé l'idée de réfléchir ensemble aux moyens de développer les coopérations. Certaines soignantes ont cependant souligné les contraintes imposées par des locaux exigus ou encore du matériel inadapté : manque d'espace dans les locaux poubelles, chariots inadaptés au transport du matériel. D'autres ont regretté les changements organisationnels depuis la fusion et l'installation dans les nouveaux locaux. Enfin, certaines soignantes nous ont dit qu'elles attendaient des solutions en termes de gestes et postures.

4.2. Organisation et participation aux groupes de travail (GT)

4.2.1. Organisation de quatre GT

En concertation avec la cadre de santé, nous avons organisé nos quatre groupes de travail les lundis et vendredis après-midi de 14h30 à 16h00, c'est-à-dire pendant la période de

chevauchement entre les équipes du matin et du soir. Ce créneau horaire devait nous permettre de réunir des soignantes du matin et du soir. Idéalement, nous avions projeté de réunir deux IDE et deux aides-soignantes, soit une professionnelle de chaque équipe, en présence de la cadre de santé ou de l'une des IDE majors. Les lundis 25 juin, 2 juillet et le vendredi 6 juillet ont été consacrés à la première thématique (renforcer le travail collectif), le lundi 9 juillet étant réservé à la seconde (libérer des marges de manœuvre).

Pour les trois premières thématiques, nous avons préparé un court support de présentation PowerPoint : rappel de notre diagnostic, objectifs du groupe de travail, tâches susceptibles de faire l'objet d'une coopération entre infirmières et aides-soignantes.

Tous les échanges lors des groupes de travail ont été enregistrés et retranscrits. À la suite du premier GT, nous avons introduit les séances suivantes par une brève synthèse des échanges précédents.

4.2.2. Une participation dépendante de l'activité

Peu de soignantes de l'équipe du soir ont participé à nos groupes de travail : deux soignantes du soir, une IDE et une ASD, et huit soignantes du matin au total. D'après la cadre de santé, les soignantes du soir sont occupées en début d'après-midi, c'est-à-dire lors de la période de chevauchement, à l'organisation de la séance du soir. Or, ce créneau horaire était le seul qui nous aurait permis de réunir soignantes du matin et du soir. Le peu de participation des infirmières et ASD du soir à nos GT peut en creux signifier que les équipes du matin et du soir n'ont guère d'espaces temporels pour communiquer entre elles.

La participation des soignantes au GT sur les coopérations est la suivante : GT 25 juin : 2 ASD, 1 IDE ; GT 2 juillet : 1 IDE, 1 ASD ; GT 6 juillet : 2 IDE, 3 ASD. Une représentante de l'encadrement de proximité a par ailleurs été présente à chacune de ces trois sessions.

Pour autant, la participation des soignantes a été moins importante que nous le souhaitions, en raison notamment des aléas propres à l'activité ou encore de l'absentéisme. Ainsi, la séance du 2 juillet n'a réuni qu'une seule infirmière et une seule aide-soignante bien que d'autres soignantes nous aient informées de leur intention d'y participer. Ce jour-là, les soignantes n'ont pu se libérer en raison d'absences non programmées.

La séance du 9 juillet, consacrée aux marges de manœuvre, n'a visiblement pas eu de succès. Aucune soignante ne s'est présentée pour participer à ce GT. Nous ne savons pas si l'information a mal circulé, si les départs probables en congés estivaux ont empêché les participations, si la thématique retenue a été bien comprise ou si des aléas ont retenu les soignantes en salle de dialyse.

4.3. Pistes de transformation, mise en débat des pratiques

4.3.1. Expérimentation d'une réorganisation du travail

Le premier groupe de travail que nous avons organisé a été l'occasion pour la cadre de santé d'APP dialyse d'informer les soignantes d'une réflexion en cours visant à réorganiser le travail des aides-soignantes. Si nous ne sommes pas à l'initiative de ce projet, nous avons néanmoins considéré que notre diagnostic ergonomique avait pu être un moteur pour engager cette réflexion au sein de l'encadrement. Il s'agit d'expérimenter une nouvelle répartition des tâches entre ASH (assistants de services hospitaliers) et aides-soignantes. Les ASH sont essentiellement affectés au service des repas aux patients dans la salle de restauration au rez-de-chaussée. Une ASH serait sortie des effectifs dédiés à la restauration pour aider les aides-soignantes au bionettoyage des sols des salles de dialyse, afin notamment de permettre l'organisation des « salles blanches ».

Nous avons questionné les aides-soignantes participant à nos GT sur cette expérimentation. Toutes ont accueilli favorablement ce projet. L'aide d'une ASH pour le bionettoyage permettrait en effet de redonner aux aides-soignantes des marges de manœuvre pour coopérer avec les infirmières dans les soins aux patients. Par ailleurs, les aides-soignantes se plaignent régulièrement d'avoir « à passer le balai », une tâche qui leur semble difficilement compatible avec leurs fonctions soignantes. Une ASD : *« Ce n'est pas dégradant de faire les sols. Mais quelle est ma crédibilité quand je passe le balai devant le patient et que je dois faire son pansement ? Je ne suis plus du tout crédible vis-à-vis des patients, je passe de la personne qui fait le ménage à la personne qui fait le pansement ».*

Nous ne savons pas si cette expérimentation se fera à effectif constant ou non. Par ailleurs, nous n'avons pas pu questionner les ASH pour recueillir leur avis sur cette nouvelle répartition des tâches. Si une seule ASH est en charge du bionettoyage se pose la question de l'aide réellement apportée pour l'ensemble des trinômes. En effet, les branchements et les débranchements se font quasiment en même temps dans toutes les salles. On imagine difficilement comment une seule ASH pourrait apporter une aide au bionettoyage des sept salles. Enfin, dans la perspective d'une réorganisation à effectif constant, la sortie d'une ASH des effectifs auparavant dédiés à la restauration devrait avoir un impact sur l'activité des autres ASH. Une autre piste est aussi à l'étude, à savoir faire appel à une société extérieure spécialisée dans le bionettoyage.

4.3.2. La mise en débat des pratiques

Les coopérations aides-soignantes/infirmières ne sont pas identiques dans les équipes du soir et du matin, les aides-soignantes du soir ayant l'habitude de préparer les bacs des patients pour la séance suivante. Ces différences de pratiques ont nourri nombre des échanges au cours des trois GT consacrés aux coopérations. Les IDE du soir ont ainsi pu témoigner de l'aide apportée par les ASD puisque celles-ci préparent les bacs, ce qui leur permet de se libérer des marges de manœuvre pour les soins infirmiers.

Les ASD du soir se sentent valorisées par cette tâche qui leur est confiée, celles du matin ont en revanche l'impression d'être de plus en plus éloignées des soins et reléguées au seul rôle du bionettoyage. Pour autant, même au sein des ASD du matin, certaines considèrent que la préparation des bacs ne relève pas de leurs compétences. Les IDE du matin se plaignent en effet fréquemment d'erreurs dans les bacs préparés le soir par les ASD pour la séance du lendemain matin. Certaines ne comprennent pas que les IDE du soir délèguent la préparation des bacs aux soignantes. Une IDE du matin : *« Tout ce que veulent les IDE du soir, c'est piquer, c'est tout. Le reste elles mettent ça sur le dos des ASD ».*

Un consensus semble cependant s'être dégagé au fil des échanges : préparation des bacs par les ASD, soir et matin, mais une vérification systématique par les IDE. Les cadres ont rappelé que cette vérification du travail des ASD par les IDE devait être une obligation, ce sont en effet les IDE qui sont responsables du matériel et des dispositifs médicaux utilisés ainsi que des médicaments dispensés aux patients. Une décision de l'encadrement pour harmoniser les pratiques entre équipe du matin et du soir est souhaitée par les soignantes.

4.3.3. Une formation en dialyse plus pointue pour les ASD

S'agissant plus particulièrement de la connaissance du matériel de dialyse, que ce soit pour la préparation des bacs, le remplissage des tiroirs en salle de dialyse ou encore pour la coopération dans les soins en cas d'une demande d'une IDE d'un matériel précis, les ASD ont signalé à leurs cadres que la formation de quatre semaines dispensée à l'arrivée dans l'établissement n'était pas suffisante. Cette formation est principalement orientée vers les tâches de bionettoyage. Les jeunes recrues ont ainsi très peu de connaissance sur le matériel infirmier.

D'une part, cela fait perdre du temps aux infirmières comme aux aides-soignantes. Lorsqu'une infirmière demande à une aide-soignante qui ne connaît pas le matériel de lui apporter telle ou telle aiguille par exemple, l'aide-soignante a des difficultés pour répondre à la demande. Elle ne sait pas où la trouver, si c'est ou non le bon matériel. Certaines IDE ont ainsi pris l'habitude de demander le moins possible aux aides-soignantes de les aider dans les soins. Certaines ASD, considérant qu'elles n'avaient pas été formées à la connaissance de ce matériel, pensent qu'elles n'ont pas à remplir les tiroirs de matériels. Elles ne participent donc pas à cette tâche, une posture qui a étonné l'encadrement. D'autre part, ce manque de connaissance du matériel peut entraîner des erreurs, notamment lors de la préparation des bacs.

Une formation intégrant la connaissance du matériel de dialyse pourrait d'une part valoriser le rôle des ASD en développant leurs compétences et d'autre part permettre une meilleure coopération entre infirmières et aides-soignantes. Les ASD se sentent de manière générale de plus en plus éloignées des soins, de moins en moins investies d'une fonction soignante par rapport au rôle qu'elles occupaient il y a quelques années. Cette limitation, en partie imputable à une réglementation qui encadre de plus en plus les actes pouvant être effectués par tel ou tel soignant, est difficilement vécue. Une ASD : « *Comment une ASD peut-elle s'investir si on la limite, si on ne la prend pas en compte pour les soins ?* ».

4.3.4. Un temps de transmissions nécessaire

Pour répondre à l'accroissement de l'activité à la fusion, la direction a supprimé les « grands matins » en chevauchement avec l'équipe du soir les L-Me-V, et raccourci de 20 minutes les horaires des grandes journées de travail. Si l'ensemble des soignantes considère qu'un moment de transmissions de 10 à 15 minutes serait souhaitable, beaucoup estiment qu'elles n'ont pas le temps de se poser pour échanger. Le branchement à quatre mains, décidé par l'encadrement pour susciter ces échanges entre infirmières du soir et du matin, n'est pas toujours respecté. Certaines considèrent d'une part que cela leur ajoute de la contrainte aux débranchements du soir (trop rapprochés dans le temps ou au contraire trop éloignés), et d'autre part qu'elles ne savent plus vraiment quels sont les patients dont elles ont la charge.

4.3.5. Une volonté de cohésion d'équipe

Nous avons interrogé les participantes sur ce qui pourrait favoriser les coopérations entre infirmières et aides-soignantes, permettant à la fois de valoriser le rôle de l'ASD tout en allégeant la charge de travail de l'IDE. Certaines estiment que le service souffre d'un manque de cohésion d'équipe et de communication, qui de fait ne favorise pas la coopération. Un esprit d'équipe qui ne semble pas non plus toujours véhiculé pendant la formation des nouvelles recrues à la dialyse, les tâches de chaque professionnelle étant formellement distinguées. Aussi a-t-il été suggéré que ces formations à l'embauche intègrent également un volet sur le travail collectif, et sensibilisent les nouvelles embauchées à une culture du collectif.

D'autre part, nous avons pu constater que les soignantes présentes à nos GT ont apprécié de pouvoir échanger entre elles au sujet de leur travail, toutes les volontaires prenant activement part au débat. Les GT ont d'ailleurs permis de rétablir certaines informations erronées, et de clarifier ainsi le malentendu autour du remplissage des tiroirs de matériel infirmier par les aides-soignantes. Il a ainsi été soumis l'idée d'instaurer une réunion ou temps d'échanges entre les soignantes des deux équipes, sans l'encadrement de proximité, *« pour remettre les choses à plat, car tout le monde n'a pas conscience de ce que font les autres »*.

4.3.6. Une concertation avec la logistique et la pharmacie

Il est par ailleurs ressorti de nos groupes de travail une inadaptation des locaux et des outils de travail pour l'activité des soignantes. Les aides-soignantes ont signalé les difficultés qu'elles avaient pour manipuler les poches d'acides dans la réserve lorsque celles-ci se trouvent dans des tiroirs. Elles ont demandé s'il n'était pas possible de revoir avec le service de logistique l'agencement des rangements dans les réserves afin de faciliter les manutentions des poches d'acides. S'agissant des chariots de transport du matériel, ceux-ci ont été choisis par la pharmacie alors qu'ils sont utilisés par les soignantes. Les soignantes ont exprimé le souhait de se rapprocher de la pharmacie pour choisir ensemble des chariots plus adaptés à leur activité.

Conclusion

La demande initiale à l'origine de cette intervention ergonomique portait d'une part sur les accidents du travail et les troubles musculo-squelettiques et d'autre part sur les transmissions soignantes, en particulier entre les équipes du matin et du soir. La précédente intervention de nos collègues auditrices du Master d'Ergonomie, certes sur un site différent de celui dans lequel nous sommes intervenues, avait notamment proposé des pistes de transformation de l'outil informatique utilisé par les soignants et les médecins pour les transmissions. À notre connaissance, les transformations préconisées sont toujours à l'étude. Soucieuses de ne pas recommencer une intervention déjà menée (les outils informatiques utilisés pour la transmission

étant identiques dans les deux sites), nous avons traité la question des transmissions sous l'angle plus global des coopérations.

Cette demande d'amélioration des transmissions a été principalement énoncée par la Directrice de soins, par ailleurs à l'initiative d'une réorganisation du temps de travail ayant entraîné une diminution des temps de chevauchements entre équipes du matin et du soir. La diminution des horaires quotidiens de travail a permis de limiter les jours de repos dus aux soignantes dans un contexte d'accroissement de l'activité du centre APP. Se pose cependant la question de la qualité de la prise en charge. Comme nous l'avons vu, les soignantes n'ont plus le temps de mettre en place des « salles blanches », ce qui augmente le risque d'infections nosocomiales. La diminution du temps de chevauchement entraîne également une diminution du temps nécessaire pour les transmissions.

La création du centre APP s'est par ailleurs accompagnée d'une intensification du travail, selon les témoignages des soignantes. Pour évaluer cette intensification, nous avons demandé à la direction de nous communiquer l'évolution de l'activité du centre APP. Si nous avons eu confirmation d'une augmentation de cette activité, nous n'avons pu obtenir les données chiffrées. Cette intensification du travail n'est pas non plus sans conséquence sur la qualité des soins. Les soins dits relationnels et l'éducation thérapeutique des patients pâtissent de cette intensification. Ce ne sont pas des soins cotés en tant que tels dans la tarification à l'activité. Les directions des établissements de santé ont comme enjeu d'équilibrer leurs comptes, ce qui passe bien souvent par une augmentation de l'activité. Compte-tenu des effets de la T2A et du malaise hospitalier actuel, le ministère de la santé doit annoncer mi-septembre une réforme de l'hôpital et des moyens de financement des établissements de santé.

Sans surprise au regard des représentations habituelles de l'ergonomie, une partie des acteurs rencontrés attendait de notre intervention des recommandations en matière d'amélioration des gestes et postures. Des formations en ce sens sont pourtant déjà organisées par l'établissement de santé. Nous avons expliqué à plusieurs reprises que l'origine des TMS était multifactorielle. Quelques soignantes ont exprimé une certaine déception lors de la présentation de notre diagnostic ergonomique. Toutefois, la mise en visibilité des situations de débordement des soignantes a été accueillie avec grand intérêt par celles-ci. Nous ne parlions pas que du poids des poches de dialysat qu'elles doivent manipuler, mais de la réalité de leur travail et de ses contraintes. Notre intervention a aussi permis de mettre en évidence les stratégies de coopérations des soignantes et d'organisation collective du travail, ce qui est déjà en soi une valorisation.

S'agissant de la transformation, nous aurions souhaité travailler avec les soignantes sur les moyens de développer la coopération des patients à leurs soins. Nous pensons en effet que le « développement des capacités des patients » (Pernet, 2013) constitue une ressource pour l'activité des personnels soignants. Si les cadres de santé présents au copil ont salué ce projet de transformation, la DRH de l'établissement n'a pas retenu notre proposition.

Nous aurions pu proposer une simulation organisationnelle sur la question des horaires de travail et des marges de manœuvre. Les longs horaires de travail du personnel soignant ne sont pas sans conséquence sur la santé des soignants, la sécurité et la qualité des soins comme l'ont montré plusieurs études (Weibel et al., 2014). Mais de nouveaux horaires de travail ont été fixés par la direction lors de la création du centre APP, en dépit du mécontentement des soignants qui souhaitaient conserver leurs précédents horaires. Il nous a de fait semblé difficile vu le contexte de proposer une telle simulation.

Nous avons pu néanmoins organiser des groupes de travail sur la question des coopérations infirmières et aides-soignantes afin de mettre en débat les pratiques différentes des unes et des autres. Comme nous l'avons évoqué, ces coopérations peuvent permettre aux infirmières de se dégager des marges de manœuvre. Les aides-soignantes, qui se plaignent d'être reléguées aux seules tâches de bionettoyage, pourraient quant à elles y trouver une reconnaissance de leur fonction soignante.

Nous avons eu des difficultés à réunir les soignantes pour participer à nos groupes de travail. Moins de 10% des soignantes ont assisté à nos groupes de travail. En dépit de nos affiches, de notre présence aux réunions d'équipe, toutes n'étaient pas informées de ces groupes de travail. De plus, il est difficile de sortir les soignantes des salles de dialyse en raison des obligations réglementaires en termes de ratios soignants/patients.

Nous sommes conscientes des limites de notre intervention ergonomique. D'une part, nous n'avons pas disposé de toute la latitude nécessaire pour organiser des groupes de travail sur l'ensemble des thèmes qui nous semblaient importants. D'autre part, la participation des soignantes aux groupes de travail que nous avons programmés a été moins importante que nous l'espérions. Nous n'avons pu organiser que quatre groupes de travail, compte-tenu des congés estivaux et de la date de fin de cette intervention. La démarche participative de transformation est initiée, mais elle n'est pas terminée selon nous. Nous aurions aimé approfondir certains aspects de notre diagnostic et de notre démarche participative. Il est difficile d'achever une intervention ergonomique. De nouvelles pistes s'ouvrent au fur et à mesure que nous avançons avec les soignantes. La DRH de l'Aura envisage d'ailleurs de faire de nouveau appel aux auditeurs en ergonomie de la future promotion de master 2 du Cnam afin de continuer le travail.

Bibliographie

Bertrand, C., Chabaud, P., Clairet, G., Longere, L., Mismacq, N., Pasquier, J., Pinon, T., Richoux, P., Robuchon, P. (2015). *Troubles musculo-squelettiques (TMS) et maintien dans l'emploi en établissements de santé*. Module interprofessionnel de santé publique EHESP, groupe n°23, 2015. Paris : EHESP.

Caroly, S., Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. In P. Falzon (dir.), *Ergonomie constructive* (pp. 33-45). Paris : Presses Universitaires de France.

Cerf, M., Falzon, P. (2005). *Situations de service : travailler dans l'interaction*. Paris : Presses Universitaires de France.

Groupe d'étude sur les risques d'exposition des soignants aux accidents d'exposition aux sang Geres (2016). *Les risques spécifiques à l'hémodialyse*. Site Internet du Geres.

Macias, D., Hafner, J., Brillman, J., Tandberg, D. (1996). Effect of time of day and duration into shift on hazardous exposures to biological fluids. *Academic Emergency Medicine*. Juin 1996, volume 3/numéro 6.

Malet, D., Bencheikroun, T.-H. (2012). 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*. 14-1 | 2012.

Pernet, A. (2013). *Coproduire un soin sûr et efficace : le développement des capacités des patients en radiothérapie*. Thèse d'Ergonomie, Cnam, Paris.

Rapport annuel du Rein (2016). *Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique*. Agence de biomédecine.

Vieille, E. (2017). Ephéméride, un outil d'information ascendante, au service de la répartition de la charge de travail des soignants. Pour une amélioration des conditions de travail et de la qualité de prise en charge des patients. Mémoire de Master d'Ergonomie, Cnam, Paris.

Weibel, L., Herbrecht, D., Imboden, D., Junker-Mois, I., Bannerot, B. (2014). Organisation du travail en 2x12 h : les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. *Références en santé au travail*, INRS, N°137, mars 2014.

Annexes

Annexe 1 : Document de PIE remis à la DRH

Proposition d'intervention ergonomique Aura Paris Plaisance 19 février 2018

Cette proposition d'intervention ergonomique fait suite à une première réunion du Comité de pilotage tenue le 5 février 2018, réunion au cours de laquelle nous avons présenté et discuté avec les membres dudit comité les principaux axes de notre intervention.

Votre demande

Suite à une précédente intervention ergonomique sur le site Aura de St-Ouen, vous nous avez sollicité pour intervenir sur un autre site de votre association, le site Aura Paris Plaisance (APP).

Votre demande d'intervention ergonomique, que vous nous avez présentée en octobre avec Mme Parmentier Directrice des soins, porte sur deux points :

- Amélioration des gestes et postures des infirmières (IDE) et aides-soignantes (ASD) de dialyse au regard de l'augmentation des accidents du travail et des plaintes de troubles musculo-squelettiques (TMS)
- Amélioration de la coordination entre équipes de soignants du matin et du soir.

AURA Paris Plaisance

Aura Paris Plaisance (APP) est un centre lourd de dialyse, né de la fusion en 2015 de deux précédents centres de l'Aura. Il accueille une file active d'environ 350 patients pour des séances de dialyse de quatre heures, à raison de trois séances par jour les lundis, mercredis et vendredis (jours de « chevauchement » des équipes du matin et du soir), et deux séances par jour les mardis, jeudis et samedis.

Plusieurs éléments caractérisent le site APP, et la dialyse en centre lourd en général :

- Fusion en 2015 à l'origine de changements organisationnels (horaires de travail, etc.) génératrice de tensions
- Une structure d'envergure traversée par de nombreux flux de personnes
- Des contraintes réglementaires en termes d'effectifs de soignants par postes de dialyse et d'hygiène (salles blanches)

- Des spécificités liées à la dialyse : patients chroniques, pression temporelle lors des interséances, activité identique toute l'année, ports de charges quotidiens, risques liés aux accidents d'expositions au sang (AES)
- Des patients vieillissants et polypathologiques
- Une nécessaire prise en considération des impératifs personnels des patients
- Une structure en évolution pour améliorer la qualité des soins : personnels volants en renfort de l'équipe du matin, branchements à quatre mains pour favoriser la communication entre équipes du matin et du soir, priorité de la montée en salles des patients à mobilité réduite...

Première analyse et entretiens

Analyse des données APP

L'absentéisme pour accidents du travail avec arrêt chez les IDE et ASD augmente significativement depuis 2015. Les AT avec et sans arrêt ont augmenté depuis 2015. Les deux causes principales des accidents du travail sont représentées par les AES et les TMS. S'agissant des arrêts maladies, ils sont majoritairement de courte durée (1 à 7 jours).

Premiers entretiens

Plusieurs entretiens conduits auprès des acteurs d'APP nous ont donné un premier aperçu des difficultés ressenties par les soignants :

- Douleurs liées à la manutention, aux gestes opérés sur les générateurs, aux postures adoptées
- Pression temporelle et stress, en particulier lors des interséances
- Manque de reconnaissance
- Soins techniques prédominants par rapport aux soins relationnels
- Désorganisations quotidiennes du service, liées à l'absentéisme du personnel et aux patients de St-Joseph à prendre en charge
- Difficultés à mettre en place les salles blanches
- Accueil des patients à améliorer
- Difficultés de communication entre professionnels
- Difficultés pour l'encadrement à être présent sur le terrain...

Le regard de l'ergonomie sur les TMS et AT

Pour l'ergonomie, les TMS ne sont pas seulement la conséquence de « mauvaises » postures ou gestes. Leurs causes sont multifactorielles : facteurs biomécaniques, organisationnels, psychosociaux, environnementaux, individuels. Les accidents du travail ne sont pas liés à un problème de comportement individuel, ils doivent être appréhendés comme le symptôme d'un dysfonctionnement, souvent de type organisationnel.

Notre proposition d'intervention ergonomique

L'objectif de notre intervention

Au regard de votre demande, de nos observations, entretiens et premières analyses, nous vous proposons d'analyser l'activité ou travail réel des personnels soignants (IDE et ASD), afin de :

- Identifier les déterminants organisationnels susceptibles de contribuer à l'augmentation des AT et des TMS
- Valoriser les régulations et stratégies, individuelles et collectives, qui permettent la réalisation de leur travail.

L'objectif de notre intervention est double : préserver la santé et améliorer les conditions de travail du personnel soignant tout en préservant ou développant la qualité des soins.

Une intervention participative de co-construction

Notre intervention ergonomique se fonde sur une démarche participative et de co-construction. Deux instances seront constituées : Comité de pilotage (DRH, Directrice des soins, cadre de l'unité de dialyse, chef de service, IDE major, secrétaire du CHSCT) et groupes de travail regroupant personnels soignants et autres acteurs si besoin. Ces groupes de travail auront pour objet de proposer des pistes de transformation. *Comme adopté en comité de pilotage, les groupes de travail envisagés dans le cadre de votre action pour la Qualité de Vie au Travail seront mis en place après notre intervention afin de ne pas créer de confusion chez les personnels.*

Situations de travail étudiées

Au regard de notre analyse préliminaire, nous estimons qu'il est important d'analyser le travail lors des interséances, lesquelles représentent les situations de travail à forte pression temporelle. Nous étudierons plus spécifiquement les interséances suivantes : interséance du lundi ou mercredi ou vendredi lors de la séance du midi (chevauchement équipe matin/soir) et lors de la séance du soir (équipe du soir seule), et interséance du mardi ou jeudi ou samedi (équipe du matin seule).

Calendrier prévisionnel de notre intervention

- **Février** : entretiens avec le médecin du travail, une psychologue d'APP, un représentant des usagers et le secrétaire du CE.
- **Mars-avril** : Analyse du travail par nos outils ergonomiques (entretiens avec les soignantes, observations du travail). Nous veillerons à ne pas perturber le travail des équipes. Participation au CHSCT du 13 mars.
- **Mi-fin avril** : Diagnostic ergonomique présenté en Comité de pilotage. Constitution des groupes de travail.
- **Mai** : Réunion des groupes de travail
- **Juin** : Présentation au Comité de pilotage et au CHSCT des pistes co-construites en groupes de travail. Restitution à l'ensemble des personnels ayant participé aux groupes de travail.

Nos besoins pour cette intervention

Pour cette intervention ergonomique, nous aurons besoin :

- D'accéder aux situations de travail (salles de dialyse)

- De mener des entretiens avec les personnels soignants
- D'enregistrer, filmer et photographier l'activité des personnels soignants et des patients, sous réserve de leur accord.

Nos engagements

Notre déontologie d'ergonomes repose sur les principes suivants :

- Participation des acteurs sur la base du volontariat
- Anonymat et confidentialité des propos recueillis, photos, enregistrements audio ou vidéos, et données RH nominatives (notamment celles relatives à l'absentéisme). Nous nous engageons à ce qu'aucun de ces éléments ne soit divulgué ou utilisé dans un cadre autre que celui de notre intervention.

Le 19 février 2018,

Joëlle Maraschin
Amélie Renonciat
Ergonomes en formation, Cnam Paris

DRH Aura

Annexe 2 : Recueil des observations des participations patients

	Informe le soignant sur son dossier, sa santé, son protocole de soin
	Est consulté par le soignant pour geste technique ou avis
	Guide ou conseille le soignant pour geste technique
	Effectue des gestes/actes habituellement effectués par le soignant

Date	Salle	Heure	Contexte	Patient	Participation du patient (à l'exception de : lavage fistule, pesée, lever le bras pour placement du champ stérile, tenir les lignes dans la main, compression)	
Jeudi 08/03	2B	11h45	Débranchement S1	P2	Prévient IDE que la 1ère compression est finie	
		12h06		P3	Appelle IDE car sa 2ème compression est terminée	
		12h44	Branchement S2	P2	Prend un sac vestiaire dans le placard sous le point d'eau	
		12h50			Note son poids dans le classeur	
		12h53		P6	Dit à l'IDE qu'il y a 2 erreurs dans son dossier médical	
					A mal au moment de la piqûre, dit à l'IDE : "Vous devez pas être dedans "	
					Au sujet des sparadrap : "Il y a de vos collègues qui font comme ça ", en montrant à l'IDE	
14h13			Discute avec l'IDE au sujet de la quantité de perte à prévoir			
14h15	P5*	L'IDE lui demande où piquer				
		L'IDE lui dit qu'il a une petite tension ; P5 lui dit que c'est habituel				
Vendredi 30/03	2C		Débranchement S1	P6	IDE lui demande si elle prolonge ou non la dialyse ; P6 répond que c'est bon	
		Env. 11h40		P2	Retire les draps jetables de son lit avant de partir	
		11h51		P4	AS lui demande si le générateur a été nettoyé ; P4 répond que non	
		11h55		P1	Indique sa tension à IDE qui lui demande	
		Env. 11h55			Met son gant pour débranchement	
		12h02		P7	Répond à l'IDE qu'elle comprime seule et met ses pansements seule	
					Retire draps jetables et va les jeter	
		Env. 12h10		P5	"Je pense que ça coagule, la ligne est très noire. C'est le fer qui fait ça"	
					P5 retire elle-même l'aiguille	
					Elève IDE comprime P5. P5 demande : "Ça fait combien de minutes ? » -> 5 « Commencez à relâcher un petit peu. Surtout ne jamais jeter un œil à 2 minutes, car ça se calme mais pour repartir de plus belle, et ça rallonge le temps de compression. Et cela embête les infirmières "	
		12h15			P5 indique à l'élève IDE comment faire avec la compresse et la bande : "Au départ vous allez serrer un peu et après vous laisserez je ferai" . "Pourquoi vous mettez pas votre bande dans l'autre sens ? "	
		12h52	Branchement S2	P2	Indique à l'IDE qu'il n'y a pas de BVM (blood volume monitoring) pour lui ce jour	
		12h53			Dit à IDE qu'il va la guider pour piquer son buttonhole particulier	
		12h55			Lui précise d'étendre la peau d'une certaine façon pour piquer	
		12h58			Précise l'angle de pique à l'IDE qui n'y arrive pas	
		Env. 17h15	Débranchement S2	P4	"Vous avez fait la glycémie ? "	
		17h20		P2	"Je fais toujours mon pansement, ça évite de déranger les soignantes "	
		18h20	Branchement S3	P1	Prépare son matériel pour s'autopiquer	
		18h25				IDE lui demande si on met le BVM
		18h32				S'autopique
		18h35				IDE lui demande si tout est ok et effectue le branchement
		Env. 18h30		P2	A trié les aiguilles à jeter dans le conteneur dédié	
					Prépare tout le matériel et s'autopique	
					Lance sa 2ème tension	
		18h30			Alors que l'IDE baisse le lit, P2 lui dit qu'il peut le faire	
18h45	P8	Apprend à s'autopiquer sous supervision de l'IDE référente soir remplaçante				
18h38				S'est autopiqué et trie ses déchets de soins		
Env. 18h40	P6	Indique à l'IDE comment piquer son buttonhole qu'il connaît bien				
Env. 18h50	P4	Prépare tout le matériel et s'autopique				
		P5	Apporte le dextro à son lit			
Lundi 02/04 (férié) : changement de salle pour IDE2 et AS	2D	Env. 17h15- 18h	Débranchement S2	P2	Préfère garder son brassard de tension car il fait des chutes de tension quand il se lève	
				P5	Enfile son gant	
		18h15	Branchement S3	P8	Fait son pansement seul	
		Env. 18h25			Patient à mobilité réduite veut descendre seul pour conserver son autonomie	
		Env. 18h35		P2	Echange avec l'IDE sur le poids de perte à programmer aujourd'hui	
		Env. 18h45			S'autopique	
					Prend sa tension	
					Indique à l'IDE que sa tension est un peu élevée	
		Env. 22h00	Débranchement S3	P3	Indique à IDE2 que IDE1 "sait où brancher au millimètre près "	
		22h25				Conseille à IDE2 de demander à IDE1
		22h27		P5	Informe IDE2 et AS que sa tension "est toujours élevée quand j'arrive puis elle redescend "	
		Env. 22h15				Prépare le champ stérile
		Env. 23h				
	P8	Demande combien il reste de temps de dialyse (38 minutes), et propose à IDE1				
		"d'augmenter de 200" pour anticiper				
		Demande à l'IDE de baisser de 100 sa perte de poids car sent des crampes venir				
	P1	IDE baisse la perte de poids et demande au patient ce qu'il faut indiquer dans le dossier				
		Anticipe et demande à IDE2 le masque				
	P5	Prend sa glycémie avec son patch sur le bras				
		"C'est une bande qu'il faut me mettre, pas de collant, hein Madame ?"				

Développer les coopérations aides-soignantes/infirmières : un levier pour la préservation de la santé des soignantes et la qualité des soins

Intervention ergonomique dans un centre de dialyse

Résumé

Ce mémoire présente une intervention ergonomique conduite au sein du centre de dialyse Aura Paris Plaisance (APP), menée d'octobre 2017 à fin août 2018. La demande initiale de la direction portait principalement sur l'augmentation des accidents du travail (AT) et des troubles musculo-squelettiques (TMS) chez les infirmières et aides-soignantes. Cette augmentation de la sinistralité a été constatée à la suite de la création en 2015 du centre APP, né de la fusion de deux centres de dialyse différents. Nous faisons l'hypothèse d'un lien entre la survenue de ces AT et TMS et les situations de débordement auxquelles est confronté le personnel soignant. Les situations de débordement peuvent s'expliquer par une intensification du travail des personnels soignants, un absentéisme en hausse pour maladies mais aussi par un affaiblissement des collectifs de travail. Nos analyses montrent que les soins de dialyse à APP sont une activité collective distribuée entre infirmières, aides-soignantes et patients. Cette activité collective est une ressource pour la préservation de la santé des soignants et pour la qualité des soins. L'objectif de notre intervention a été de favoriser la mise en débat du travail afin d'une part de revaloriser le rôle des aides-soignantes et d'autre part de développer les coopérations entre infirmières et aides-soignantes.

Mots-clés :

Dialyse – personnel soignant – coopérations – collectif de travail – situations de débordement – accidents du travail – troubles musculo-squelettiques.