

**Brancardage et matériel :**  
**quels critères pour une gestion efficace et humaine ?**  
**une intervention multidisciplinaire à l'hôpital**  
**l'apport de critères de gestion "ergoteurs"<sup>1</sup>**

Marie WALLET, Ergonome, Hôpital Antoine Bécclère, Direction des travaux  
157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart Cedex  
Isabelle DAGUET, Préventrice, DPRS/DEIT/DACT-ES  
12,14 avenue Paul Vaillant Couturier, 94804 Villejuif Cedex  
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

**RESUME**

A l'occasion d'une démarche d'amélioration des conditions de travail dans un Service Central de Brancardage hospitalier (AP-HP), les ergoteurs font valoir que l'analyse des situations de travail entraîne des conséquences en terme de gestion du service concerné, par rapport aux autres services, mais aussi globalement au niveau de l'hôpital, voire de l'institution.

A partir du contexte hospitalier, de l'intervention, et de l'évaluation mise en place, nous abordons les questions et limites posées par la démarche et les résultats, leurs incidences sur le fonctionnement de l'hôpital. Cet état des lieux met en débat, d'une part, les enjeux institutionnels soulevés et leurs répercussions sur les modes de gestion hospitaliers, et d'autre part, les interactions entre modes de gestion, fiabilité et santé, du point de vue du travail.

A travers cette expérience, nous posons l'hypothèse que les modifications de gestion sont, pour l'essentiel, induites par la méthodologie mise en oeuvre et reposent sur la construction de l'intervention. Cette intervention, portant a priori sur le choix de matériels de transport et de manutention, nous a conduit à rechercher des liens avec différents types de gestion (gestion de l'équipe, des courses de brancardage, du matériel) et leur enrichissement par des critères qualitatifs.

*Mots-clés* : critères de gestion, choix de matériel, travail hospitalier, flux transversal, évaluation qualitative.

---

<sup>1</sup> Néologisme franco-québécois issu d'une approche conjointe ergonome et préventeur. Au delà d'une interprétation au premier degré, nous défendons la complémentarité des points de vues prévention et ergonomie dans l'intervention. L'usage de ce terme dans le texte qui suit, convoque à ce sens, au delà du "bruit" qu'il pourrait susciter.

**Brancardage et matériel :  
quels critères pour une gestion efficace et humaine ?  
une intervention multidisciplinaire à l'hôpital  
l'apport de critères de gestion "ergoteurs"<sup>1</sup>**

Marie WALLET, Ergonome, Hôpital Antoine Bécclère, Direction des travaux  
157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart Cedex  
Isabelle DAGUET, Préventrice, DPRS/DEIT/DACT-ES  
12,14 avenue Paul Vaillant Couturier, 94804 Villejuif Cedex  
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

## 1 PROBLEMATIQUE

L'hôpital public a longtemps étayé ses politiques de gestion sur une hiérarchisation entre les services de soins (dont la qualité de la prestation véhicule l'image de l'hôpital auprès des patients) et les "services d'appui" —logistiques et généraux— (pour lesquels une gestion globale amoindrit la reconnaissance de leurs activités). Ces derniers héritent alors des conséquences d'une gestion des ressources humaines, techniques et financières centrée sur les services de soins. Dans cette logique, ces équipes se constituent de fait d'agents "descendus" des services, auxquels le fonctionnement hospitalier, gérant la pénurie, n'attribue que de maigres moyens.

Dans ces conditions, il n'échappe pas aux intervenants dans le champ des conditions de travail que ces services traditionnellement non prioritaires sont confrontés à des situations de travail peu favorables.

A l'occasion d'une démarche d'amélioration des conditions de travail dans le service central de brancardage de l'hôpital Antoine Bécclère (AP-HP), les ergoteurs ont pu faire valoir la réciproque de cette approche : l'analyse des situations de travail du service entraîne des conséquences en terme de gestion du service concerné, par rapport aux autres services, mais aussi globalement au niveau de l'hôpital, voire de l'institution.

Cette intervention, portant a priori sur le choix de matériels de transport et de manutention, nous a conduit à rechercher des liens avec différents types de gestion (gestion de l'équipe, des courses de brancardage, du matériel) et leur enrichissement par des critères qualitatifs.

---

<sup>1</sup> Néologisme franco-qubécois issu d'une approche conjointe ergonome et préventeur. Au delà d'une interprétation au premier degré, nous défendons la complémentarité des points de vues prévention et ergonomie dans l'intervention. L'usage de ce terme dans le texte qui suit, convoque à ce sens, au delà du "bruit" qu'il pourrait susciter.

A travers cette expérience, nous posons l'hypothèse que les modifications de gestion sont, pour l'essentiel, induites par la méthodologie mise en oeuvre et reposent sur la construction de l'intervention, dans ses dimensions sociale et politique. Autrement dit, au delà d'une vision technique matérielle, c'est bien le périmètre du problème posé par la demande initiale qui inclut un certain nombre de critères de gestion que nous allons expliciter. Cela met alors en jeu la volonté et la capacité technique à instruire la question de départ de telle façon que l'intervention remonte jusqu'à la question des critères de gestion et de leur contenu dans le processus de gestion.

## 2 UN CONTEXTE A PLUSIEURS DIMENSIONS

Quelques repères de contenu pour argumenter les questions débattues

### 2.1 L'INTERVENTION PROPREMENT DITE

#### 2.1.1 L'intervention au Brancardage Central initie une dynamique

*Une demande* qui a été portée par le CHSCT dans un contexte de conflit social pour améliorer les conditions de travail des brancardiers, à l'occasion des modifications inhérentes à l'ouverture d'un nouveau bâtiment.

*Plusieurs phases depuis avril 97* : une durée longue qui a eu des effets négatifs —ou plutôt critiques— sur la crédibilité des intentions de faire évoluer la situation, mais aussi positifs, dont la possibilité de construire avec les agents une argumentation qualitative sur la réalité des situations de travail. Qu'il s'agisse des brancardiers et/ou des interactions avec les services demandeurs de courses, services de soins ou secteurs du Plateau Médico-Technique de l'hôpital.

Initialement, on peut faire le constat suivant :

- D'une part, le nombre de brancards attribués au Brancardage (7 brancards), au vu du nombre de courses effectuées par jour (de 200 à 400 par jour dont 80% en position couchée, lit ou brancard) induit forcément un problème de disponibilité du matériel. De ce fait, les brancardiers mettent en oeuvre des stratégies de régulation dans le choix du matériel. Ils préfèrent transporter les patients en lit : seul équipement toujours disponible. Ce choix ne prend plus alors en compte le besoin objectif du patient —en terme de sécurité médicale— évalué par le service demandeur de la course ou le service de brancardage.
- D'autre part, la répartition des dotations en matériel de transport entre le service de brancardage et les autres services de l'hôpital alimente les contradictions entre différentes orientations politico-organisationnelles : face à la mise en place effective d'un service de transport central, on observe une priorité d'attribution de moyens de transport sur d'autres services, et une pénurie de moyens au brancardage central.

*Trois déterminants forts* marquent le contexte dès le départ :

- Le décalage entre les critères de gestion d'une course pour l'hôpital (de l'ordre du prescrit) et l'ensemble des modes de régulation mis en oeuvre par les brancardiers pour pallier aux contradictions de l'organisation du travail ;
- L'inadaptation des moyens du travail, insuffisants et vétustes (3/7 brancards utilisables, moins de la moitié des fauteuils roulants sont disponibles) ;
- Les injonctions qui se révèlent contradictoires pour les agents —contraints "d'absorber" la réduction des moyens tout en assurant une qualité de service— et entraînent des régulations coûteuses pour leur santé physique et mentale, du fait de l'impossibilité de faire "remonter" la réalité de leur quotidien.

Ces déterminants marquent de notre point de vue la relation entre productivité —qui nous renvoie au domaine de la gestion— et charge de travail —qui nous renvoie à celui des conditions de travail et de la prévention— dans des enjeux de définition et de mesure. Travailler ce lien dans l'intervention, par l'introduction du travail et de son coût-santé, permet d'agir sur leur contenu même : on intervient sur un rapport dont les termes ne sont

pas stabilisés, dans un processus où se nouent les deux registres, de façon plus ou moins conflictuelle.

### 2.1.2 L'évaluation du matériel de transport interroge l'organisation du travail

*Du point de vue de la méthodologie mise en place*, la démarche est centrée sur l'évaluation de 5 brancards testés en comparatif, à partir d'une grille de critères quantitatifs et qualitatifs élaborée collectivement au sein d'un groupe de travail transversal.

Au delà d'une argumentation trop réductrice entre transport en lits (sophistiqués pour la plupart) ou en brancards (en nombre insuffisant et vétustes en majorité) dans le contexte actuel, nous avons identifié les situations nécessitant un transport en lit pour des raisons médicales (cf. tableau<sup>2</sup>), pour s'attacher à une évaluation argumentée des critères prioritaires dans le choix d'un brancard adapté au contexte de travail du Brancardage Central : *"pour un transport en brancard, il faut du matériel adapté et un système de transfert"... nous ajouterions : pour qu'une course en brancard soit efficiente, il faut des brancardiers en bonne santé et disponibles, un patient identifié, prêt et informé, transportable en brancard, un brancard complet, confortable et maniable..., bref, la somme des interactions transversales pour que circule l'information nécessaire et soient réunies les conditions d'une coopération possible...*

- La grille de critères élaborée avec les brancardiers intègre un certain nombre de critères de **fonctionnalité** mais aussi de **confort** et de **sécurité** pour les brancardiers et pour les patients. Ces critères (ex : robustesse, simplicité / diversité du parc) ont donné lieu à l'identification de 31 items regroupés en 7 rubriques (cf. fiche). Le choix du mode de cotations (de 1 à 4) est fait avec les brancardiers, comme représentatif d'un niveau d'usage et dans le respect de la culture de l'équipe.
- Les items et les rubriques sont validés par les brancardiers par rapport aux objectifs qu'ils s'assignent dans leur travail et les valeurs qu'ils défendent dans leurs modes opératoires, pour le confort et la sécurité du patient, parfois au delà du strict cadre prescrit d'une course puisque bien souvent, ils régulent des situations de dysfonctionnements (matériel indisponible, défectueux, non adapté, etc.).

Ainsi, au delà du registre matériel — alibi restrictif de notre point de vue —, cette démarche a également permis de mettre en visibilité et de réinterroger un certain nombre de questions référant à l'organisation du travail, dans ses interactions entre services demandeurs de courses et brancardage central. Elles sont alors travaillées au sein des groupes de travail, réunissant des agents de différents services, qui prennent conscience du travail réel de chacun et de ses contraintes : à quel point le brancardier est un maillon central (et invisible pour certains) dans la qualité de prestation offerte au patient, mais aussi dans son efficacité même, ce qui nous renvoie aux critères de gestion (ex : l'enchaînement des examens pour un bilan préopératoire). Ce travail aboutit à l'élaboration d'un référentiel (exigences réciproques), à des modifications de flux (circuit bloc opératoire) et d'horaires (renforcement de l'équipe de garde). Il a des incidences concrètes sur la gestion du planning de courses (remise à jour et identification des patients).

#### *Du point de vue des "résultats" de l'évaluation des brancards*

**Mode de lecture** : l'analyse des fiches (taux de réponse > 60%) fait apparaître une dispersion des réponses autour de ce qui a été considéré comme une cotation acceptable = 3, retenue pour établir "grossièrement" une moyenne générale par rubrique et conduire une analyse plus fouillée concernant les items prioritaires, indispensables du point de vue de l'usage (cf. tableau). Cette analyse débouche sur l'élaboration d'un cahier des charges qui traduit concrètement le niveau de prestation nécessaire d'un brancard, mais aussi qui trace le

---

<sup>2</sup> Les tableaux et graphiques seront présentés lors de la communication orale.

cadre à négocier vis à vis d'ACHA (service central en charge des appels d'offre) pour faire évoluer la représentation en vigueur du brancard standardisé.

- Le bilan des résultats conduit à un premier niveau d'évaluation. La dispersion des résultats par rapport à la moyenne générale par rubriques et par items fait état d'une cohérence des réponses par marque pour l'usage des brancardiers du service de Brancardage Central.
- Les critères réfèrent au travail (et le feront apparaître dans la problématique du cahier des charges) : du point de vue des brancardiers, la priorité est donnée à la maniabilité du braquage, à la diminution des vibrations, à la solidité des ridelles... ce qui correspond à des points faibles de la conception qui priorise le côté esthétique et commercial. Les "ridelles" (barrières latérales) sont un exemple qui symbolise le paradoxe de la solidité du matériel face à la problématique posée et à la situation dégradée du brancardage central de l'hôpital : comment un service "qui s'en fiche" peut-il poser comme priorité la solidité du matériel ?
- L'élaboration d'un nouveau cahier des charges, établi et validé par les différents interlocuteurs concernés, a pour objectif de modifier les critères en vigueur au niveau de la passation centrale des marchés et de faire évoluer les critères de gestion précités (au vu de l'obligation institutionnelle de commander un matériel figurant "au marché").

Pour exemple, la grille de lecture du service central (ACHA), fait état dans son cahier des charges de critères quantitatifs éco-techniques, ce qui a pour résultat une prestation de qualité "planche à roulettes", où tous les critères fonctionnels apparaissent en option ; ne figurant pas sur le modèle de base, elles ne sont jamais prises en compte lors des commandes. Par ailleurs, le brancard C, le moins bien côté à l'unanimité (sur des critères essentiels de solidité, maniabilité, sécurité) est justement celui qui a été retenu au marché précédent. Face au renouvellement de marché, il y a donc opportunité à faire évoluer ces critères institutionnels de gestion du matériel.

## **2.2 QUELQUES ELEMENTS DE CONTEXTE POUR DISCUTER LA PROBLEMATIQUE**

### **2.2.1 Contexte actuel de l'entreprise**

Nous partons du constat qu'aujourd'hui, l'entreprise semble le plus souvent "être gérée" en dehors du travail. Ceci nous amène à décliner plusieurs registres de questions : quels critères de gestion l'entreprise se donne-t-elle ? Quels liens peut-on faire avec la fuite des compétences, en tant que conséquence d'une non reconnaissance du métier, du savoir faire de ceux qui font le travail ? Quels liens également peut-on établir avec les critères d'une démarche qualité, qui implique parfois une pléthore d'intervenants, comme "experts" du travail ?

Dans le contexte particulier du milieu hospitalier, on assiste à la mise en place d'indicateurs multiples nationaux et/ou institutionnels (ISA, CIRES, TSA) —quantitatifs— de "l'activité produite" pour évaluer du qualitatif. Pour exemple, la procédure d'accréditation<sup>3</sup>,

---

<sup>3</sup> "L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont réunies (p. 21). ... La procédure d'accréditation constitue un temps particulier d'appréciation ... au sein d'un processus continu d'amélioration de la qualité (p. 19)." in Manuel d'accréditation de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé), version expérimentale, juillet 1998.

considérée comme un outil pertinent pour une meilleure gestion, d'où va découler un recentrage d'activités et l'attribution de moyens pour les hôpitaux.

Quels moyens l'intervention<sup>4</sup> peut-elle mettre en place pour débattre de ces questions, déplacer la problématique, voire rééquilibrer les tendances ?

Les ergoteurs argumentent la nécessité de réintroduire le point de vue du travail pour que la gestion intègre efficacement les critères de production et de santé. Ils négocient les conditions favorables à une réelle participation de ceux qui tiennent l'expérience de l'activité dans le processus de gestion-décision. Il ne s'agit pas uniquement d'enrichir un référentiel par de nouveaux critères (ce qui ne changerait pas le mode de gestion), mais bien d'agir sur la déconstruction-reconstruction d'un autre cadre, élargi tant du côté de la production que de la santé au travail. En disant cela, nous avons conscience des enjeux qui le sous-tendent, mais il nous semble important d'ouvrir la confrontation sur les perspectives d'évolution du processus de gestion.

### **2.2.2 Contexte social du dossier brancardage**

Le déclenchement de l'intervention est motivé plus par un taux d'absentéisme important et une menace de grève, que par la volonté d'améliorer les conditions de travail. Face à ce constat factuel, la demande adressée aux ergoteurs est d'ordre strictement matériel (Cf. 3.1).

Ce dossier "chaud" a été pris en charge par l'hôpital avec l'objectif explicite de trouver les moyens, en termes de solutions pour gérer le conflit et résoudre le problème, mais aussi "calmer le jeu", voire "faire taire" les brancardiers.

Si dans un premier temps, seule une solution matérielle avec de nouveaux brancards et l'installation de Lève-Patients Sur Rail Au Plafond (LPSRAP, sigle québécois) était envisagée, la structure de travail mise en place a montré un certain nombre d'interactions entre services demandeurs et prestataires et les enjeux à prendre en compte les besoins des brancardiers pour une meilleure qualité de prestation auprès du patient.

Pour leur part, au travers d'une pirouette de reformulation de la demande initiale —qui concerne "l'évaluation du matériel le plus performant" — les ergoteurs ont montré :

- *quels sont les enjeux de gestion* à installer directement un matériel sans en passer par l'appropriation d'une démarche par les acteurs du projet (importance de notre positionnement pour l'une en externe et l'autre en interne à la structure) ;
- *comment différentes temporalités entrent en interaction* : dans un premier temps, on court après le projet pour construire le décalage de la problématique ; le partenariat avec la DACT signifie au départ pour l'hôpital un préventeur "expert" et un ergonome "pompier" intervenant sur un matériel vétuste (solutions clés en mains avec des brancards "parfaits" et un LPSRAP "polyvalent") ; finalement, il y a recentrage sur la problématique globale du brancardage, en tant que service transversal (flux, régulations) et mise en relief de l'apport de l'intervention (ergonome / préventeur).

## **3 DEMARCHE ET RESULTATS**

---

<sup>4</sup> L'intervention est l'acte "par lequel un tiers, qui n'était pas originellement partie dans une contestation judiciaire s'y présente pour y prendre part". Intervenir, c'est "prendre part à une action dans l'intention d'influer sur son déroulement", "jouer un rôle" (Dictionnaire Robert). Qu'en est-il de cette action et de ce rôle dans le champ de l'ergonomie et de la prévention ? Nous posons l'hypothèse que les ergoteurs peuvent (et doivent) "prendre part" et "influer sur le déroulement" des processus de décision et de gestion dans l'entreprise par le cadre méthodologique négocié et porté dans l'intervention.

### **3.1 UNE DEMARCHE "GIGOGNE"**

Soucieuse de "régler le problème du brancardage", la direction de l'hôpital a souhaité s'inspirer des méthodes de conduite de projet. Le directeur adjoint chargé des ressources humaines a été nommé chef de projet, mission confiée depuis à la directrice des services de soins infirmiers. On devine ici que le chef de projet jouit d'une autonomie et de moyens limités (le chef de projet actuel n'a pas théoriquement en charge la gestion des personnels du brancardage).

Un comité de pilotage se nourrit des travaux menés dans différents groupes de travail thématiques (effectif, matériel, ...). La mise en commun des points de vue ne s'effectuant qu'à ce niveau, les brancardiers ont pu se sentir pris en otage dans les groupes. Et, devant la généralité des thèmes développés, la plupart d'entre eux ont du encore se scinder en sous-groupes. Cette structure gigogne, qui a le mérite de prendre en compte la globalité, a semblé lourde à coordonner et à dynamiser. Ce constat nous invite à nous interroger sur les conditions d'une conduite de projet pour en garder la cohérence globale.

### **3.2 LES RESULTATS INITIENT DES QUESTIONS ET DES LIMITES**

#### **3.2.1• Incidences sur le fonctionnement local**

*Au niveau des services* : quelques services "clients" du service central de brancardage (hospitalisation et secteurs du Plateau Médico-Technique) sont également dotés de matériels pour le transport des patients et sont à même d'effectuer des courses de brancardage pour leur propre compte. La réparation des matériels existants et l'achat de matériels neufs au service central peuvent constituer des moyens permettant de mieux répondre aux demandes, tant en terme de prise en charge du patient, que de valorisation de la prestation des brancardiers auprès de autres équipes, en arborant un équipement fonctionnel et rutilant. La "colorisation"<sup>5</sup> du service aura-t-elle des effets sur le nombre de demandes de courses ? Au delà de l'image, le sens de la question posée fait écho aux points 2-1-1 et 2-2-1, quand la seule prise en compte des conditions matérielles de travail peut n'être qu'un "soupondrage" et ne rien changer au processus de gestion.

On remarque alors que l'un des enjeux de l'intervention est de définir un mode de gestion des dysfonctionnements qui doit s'inscrire dans le temps et la plasticité face aux variations des situations de travail. Si la valorisation de l'image de marque du service tend effectivement à modifier la demande, il faudra s'attacher à ce que le service ait des moyens de travail toujours adaptés en nombre et en qualité, tant en terme de matériels que de personnels. Quels critères de gestion sont à mettre en place pour tenir compte de cette évolutivité ?

Cette modification du parc de matériels permet aussi au service central de brancardage de disposer d'une offre de transport plus grande et plus adaptée aux patients. La gestion des demandes, réalisée en continu au cours de la journée, s'en trouve ainsi facilitée. Parallèlement, les brancardiers pourraient ainsi retrouver de l'intérêt pour leur travail, au delà d'une quelconque image ou reconnaissance ; mais tout simplement en leur offrant la possibilité de mobiliser leur intelligence pratique dans le choix du matériel le mieux adapté parmi un éventail élargi. De ce fait, peut-on supposer que la dotation en matériel a un

---

<sup>5</sup> Nous utilisons cette image au sens de la remise à flot du parc existant (matériel neuf aux couleurs vives).



impact sur la gestion des ressources humaines en favorisant la maintien des personnels dans le service de brancardage ?

Dans ce cas, l'intervention a certainement aussi permis de pointer l'importance de la maintenance des matériels —même si aujourd'hui on se situe plutôt dans le curatif que dans le préventif— créant une occasion de la programmer et de la systématiser ; et ce, par l'introduction d'un nouveau critère qui devrait en induire la gestion (politique de l'hôpital, analyse des besoins, planification achats-entretien).

Cette somme d'investissements de tous ordres contribue à un meilleur fonctionnement global du service et donc à une meilleure production : réduction de conflits et de leurs conséquences, moindre coût d'exploitation (les personnels restent plus longtemps dans le service, les matériels sont moins dégradés).

*A l'échelle de l'hôpital*, l'intervention a initié des espaces de débat sur les problèmes rencontrés par les brancardiers lors d'une course et sur les situations conflictuelles. Cette confrontation dans une structure transversale regroupant agents, cadres, techniciens, a constitué un élément de gestion du conflit, resituant les interactions du flux transversal :

- *La formalisation des problèmes* rencontrés contribue à la reconnaissance des brancardiers et favorise un processus de coopération entre agents des services. En contribuant à leur rendre leur dignité (par l'expression de leur vécu sur leur travail et la mise à disposition de moyens de travail "décent"), les agents de l'équipe de brancardage se présentent sous un autre jour auprès de leurs collègues "clients", ce qui favorise les échanges entre les structures.

L'approche par l'Amélioration des Conditions de Travail (ACT), intégrant une argumentation centrée sur le travail et la réalité du site (contraintes spatiales et organisationnelles), a permis d'identifier le lien entre matériels, effectifs et organisation du travail, et ainsi d'enrichir la démarche initiale par des critères qualitatifs de gestion :

- *Les espaces de débat* internes à l'équipe, entre les équipes et avec les partenaires sociaux ont permis d'objectiver le problème des effectifs et de l'organisation du travail. Ils ont aussi fait infléchir la politique de gestion sociale et financière du service de brancardage (dotation de personnels et de matériels).

- *L'intervention* permet également d'instruire un choix politique de transport des patients en lit ou en brancard, intégrant différentes logiques en présence : confort du patient, sécurité médicale, optimisation du transport, ... ce qui a finalement une incidence sur le management de l'hôpital.

A ce stade, des actions concrètes en terme d'effectifs et de matériels ont été conduites, comme pour matérialiser les avancées du dossier. Toutefois, ces changements ne permettent pas de prendre en compte l'ensemble des composantes socio-organisationnelles révélées par l'intervention. Certaines questions touchant aux interactions entre les différents services de l'hôpital sont aujourd'hui sans réponse. De fait, les enjeux de gestion financiers et sociaux ne sont pas inscrits dans une dynamique prospective. Ce point d'étape interroge donc les limites de l'action propre aux ergoteurs et la conduite de projets de changement, quels qu'ils soient, lorsque tous les acteurs concernés, et notamment les décideurs, ne sont pas entièrement engagés dans la démarche. On est bien alors sur la question de la dynamique d'intervention qui engage les acteurs y compris ceux qui tiennent le point de vue de la gestion, contrairement au statut de l'expertise dont s'accommoderaient plus confortablement certains gestionnaires voire décideurs.

### **3.2.2 Répercussions sur les modes de gestion hospitaliers**

**Globalement à l'AP-HP** : la fonction de brancardage se révèle essentielle dans les hôpitaux (ces services ont déjà fait l'objet d'au moins 6 interventions d'ergonomes, à l'AP-HP). La présence d'un intervenant positionné sur le site offre une proximité avec les acteurs et une plus grande réactivité par rapport à l'évolution de l'intervention. Les données recueillies sont donc plus nombreuses. La participation d'un préventeur extérieur au site permet d'établir une analyse plus distanciée des événements tout en disposant de la richesse des informations, apporte des connaissances techniques et des outils développés sur d'autres sites. Ces points de vue croisés à plusieurs niveaux (différents métiers et positionnements) assurent la crédibilité transversale sur des questions récurrentes et initient la capitalisation d'une démarche et de ses résultats sur d'autres sites notamment par les échanges d'informations et d'expériences entre l'hôpital et l'institution.

Plus précisément dans le domaine du brancardage, cette démarche soulève des questions relatives aux modes de transfert des patients, à la cohérence des équipements dans les services de soins et généraux et aux critères de choix des matériels de brancardage dans l'élaboration des cahiers de charge en vue de la passation de marchés publics.

**Incidences à prospecter** : nous posons l'hypothèse de la pertinence d'une argumentation, tant quantitative que qualitative dans les négociations budgétaires, en référence au Plan d'Amélioration des Conditions de Travail (PACT) et de sa plus-value dans une négociation entre la direction du site et le siège, face à l'obligation de passer par les contrats annuels (établis dans le cadre du marché de clientèle). Cela montrerait l'intérêt —au delà de la nécessité d'enrichir le cahier des charges du service central ACHA de critères qualitatifs référant au travail réel— de jouer sur le modèle de gestion prévalent pour en élargir le cadre dès les futurs appels d'offres.

**Incidences auprès des Ministères de tutelle et de l'Agence Régionale d'Hospitalisation** : dans le cadre de la mise en concurrence entre les établissements de santé publics et privés, il semble que certaines conclusions pourraient constituer des éléments d'une politique de rationalisation des coûts : nos collègues québécois ont déjà démontré les gains de temps, de santé et d'argent obtenus dans l'installation de lève-patients sur rail au plafond, dans les chambres d'hospitalisation. Qu'en est-il lorsque qu'on optimise le transfert du patient hors de sa chambre ?

De fait, la prise en compte des résultats des interventions au niveau régional et national participerait à la prise en compte du travail dans ces sphères décisionnelles, prescriptrices de la politique de soins et des moyens à mettre en oeuvre.

Les Agences Régionales d'Hospitalisation créées pour répartir les moyens budgétaires entre les différents établissements, en s'appuyant sur les rapports d'accréditation à partir de 2001, pourraient également enrichir leurs actions en développant des critères plus proches du travail.

Par ce biais, l'intervention sur le brancardage, en tant que service général et logistique, est d'autant plus d'actualité et pertinente que ces services sont particulièrement concernés par ce nouveau dispositif.

## 4 CONCLUSIONS

*Une distance réflexive* nous permet de discuter les apports et limites de la structure transversale de travail dans l'intervention, en ce qu'il s'agit :

- *d'un facteur de décloisonnement* mais aussi de déstabilisation des acteurs, au travers du décalage de la problématique ;
- *d'une dynamique enclenchée*, mais qui reste fragile et nécessite un travail d'appropriation à poursuivre.

De nouveaux critères qualitatifs ont été mis en place pour le choix du matériel de transport des patients par les brancardiers. Pour notre part, nous posons qu'ils induisent de nouveaux critères pour la gestion du matériel et son incidence dans la gestion de la fonction de transport dans l'hôpital. Mais leur pertinence ne pourra être évaluée qu'à "l'aune des synergies" prospectées à ce jour :

- > intégration de ces critères au cahier des charges pour les futurs appels d'offres ;
- > transfert de la démarche à d'autres types de matériel ;

Celles-ci dépendent alors :

- *d'une "volonté politique"* et d'un positionnement des acteurs concernés —les ergoteurs en font partie— pour en valider la "faisabilité technique" dans une démarche de construction collective.

### ***L'apport de nouveaux critères de gestion***

Dans le cadre de la restriction budgétaire appliquée aux hôpitaux, et plus particulièrement en Ile-de-France, les hospitaliers connaissent une phase douloureuse de changement de représentations. Par la présence d'intervenants dans le champ de conditions de travail, l'AP-HP bénéficie d'un avantage certain pour prendre ce "virage". En effet, depuis quelques années, les expériences de transformations de l'organisation du travail amènent les hôpitaux à entrevoir l'absolue nécessité de centrer leurs actions sur l'efficacité des services et des équipes existantes, en tenant compte notamment des questions de santé au travail et de fiabilité des systèmes. Car, actuellement nous constatons de nombreuses tentatives de restructuration qui s'opèrent au nom des contraintes budgétaires et qui, paradoxalement, se révèlent coûteuses à court et long terme.

L'intervention des ergoteurs dans le service central de brancardage de l'hôpital Antoine Béchère ouvre la question de l'évolution des modes de management hospitaliers :

- y a-t-il pour autant prise de conscience que la résolution d'un conflit passe nécessairement par l'amélioration des conditions de travail ? Et au delà,
- l'amélioration des conditions de travail peut-elle être un moteur dans l'application des "ordonnances Juppé", dans un contexte de mise en concurrence inter-hospitalière : planification des dotations de matériels, conditions de vie au travail, mesures d'organisation et de management, lois du marché... ?

A ce stade, il apparaît que l'hôpital évolue vers la prise en compte de la gestion des Ressources Humaines (fiche de poste généralisée, entretien d'évaluation) et de l'organisation du travail au même titre que la gestion budgétaire et financière, pour son propre compte et indépendamment de l'exercice des contre-pouvoirs institutionnels.

Prospectivement, nous pouvons nous poser la question de l'évolution actuelle et à venir des jeux d'acteurs dans l'entreprise (au regard des congrès syndicaux nationaux et des dispositifs européens).

### ***Un lien entre les 3 thèmes du congrès, quelques sophismes... à débattre :***

- *la gestion de l'entreprise* détermine-t-elle la fiabilité des systèmes et des organisations, ce qui de notre point de vue, serait déterminant de la santé au travail, en ce qu'il conditionne la qualité de vie au travail ?

- *l'existence d'un lien entre gestion et fiabilité* va-t-il de soi, de même que le lien entre travail et gestion, ce que nous tentons de discuter au travers des questions posées. De même, cette communication introduit-elle des liens entre travail et fiabilité ?
- *quel lien construire entre critères de gestion et santé* au travers de la question du travail —dimension à privilégier de notre point de vue— du fait des incidences de la gestion sur l'état de santé du personnel (gestion de la pénurie à l'hôpital et santé des soignants, de l'usure du matériel à l'usure professionnelle) ; autrement dit, quelle gestion de la santé à l'hôpital, tant pour ceux qui y sont soignés que pour ceux qui y travaillent ?

Cette question nous met face au paradoxe : assurer la fiabilité en regard de ce qui serait de l'ordre des marges de manoeuvre que les agents peuvent mettre en oeuvre pour y parvenir. L'intervention montre alors comment les processus de gestion s'affrontent aux processus d'action, elle cherche à "éclairer l'affrontement" plutôt que régler le problème, elle contribue à construire une autre représentation de l'organisation<sup>6</sup>, à faire évoluer la représentation des endroits où se joue l'incertitude. L'enjeu de l'intervention —par la dynamique qu'elle crée— est bien de révéler —au delà de la description des processus concrets— par l'analyse qu'elle en fait, les raisons et le sens qui relèvent d'une théorie de la réalité. Patiemment, cette confrontation à l'épreuve des faits et à la structuration des différents niveaux de décision-gestion, contribue à identifier les liens entre moyens du travail, orientations stratégiques, politiques et enjeux de santé publique, et à investir leurs espaces de jeu.

## REPERES BIBLIOGRAPHIQUES

Cette communication est le fruit d'une réflexion collective dans laquelle nous tenons à saluer la contribution de François Hubault pour la part essentielle qui lui revient.

Séminaire DESUP/DESS Paris 1, (1999). Contributions sur la problématique des services, in Performances humaines et techniques, n° hors série septembre 99 (à paraître)

Boiré, A. (1997). *Intervention ergonomique en vue de la réorganisation du service de brancardage central de l'hôpital A. Béclère*. Mémoire DESS Paris I (non publié)

Daguet, I. (1997). *L'introduction de matériel d'aide à la manutention dans le milieu hospitalier*. Mémoire Etude et prévention des risques professionnels, Paris 1 (non publié)

Dejours, C. (1995) *Le facteur humain*. PUF

Hubault, F. (1999). *Engagement du travail et engagement dans le travail : les enjeux de la mesure de la productivité du travail*. Séminaire DESUP/DESS Paris 1, in Performances humaines et techniques, n° hors série septembre 99 (à paraître)

---

<sup>6</sup> Si l'enjeu de l'organisation est de mettre de l'ordre face à une menace d'incertitude, l'enjeu de l'intervention est de montrer en quoi travailler est s'affronter au risque de l'incertitude du résultat, que chaque agent individuellement et collectivement gère cette tension dans son activité de travail.

Pour la Psychodynamique du travail, la définition de l'organisation prescrite du travail est indissociable de celle du travail réel : "le travail, c'est l'activité coordonnée déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui, dans une tâche utilitaire, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite du travail".

Péneff, J. (1992). *L'hôpital en urgence*. Edition Métailié