

Témoignage d'un cadre supérieur paramédical : Manager ou gestionnaire de contraintes ?

Françoise Duclaud

Cadre de santé, CHU de Bordeaux

Olivier Lhospital

Ergonome interne, CHU de Bordeaux

1. Le cadre de santé de pôle paramédical

Olivier Lhospital

Je suis ergonome dans le SST au CHU de Bordeaux. Françoise Duclaud et moi-même allons vous apporter le témoignage d'un cadre supérieur de santé sur le travail conjoint que l'on peut avoir en partenariat ergonome-manager.

Françoise Duclaud

Je suis cadre supérieur de santé au CHU de Bordeaux, hôpital public, depuis de nombreuses années. Je m'occupe d'un pôle de soin où j'encadre 250 agents au travail : infirmiers/aides-soignants en collaboration avec une équipe de 7 cadres.

1.1. Le cadre de santé du pôle paramédical

Avant, le terme de « cadre » n'était pas utilisé, on lui préférait le terme de « surveillant ». Ainsi, on pouvait soit « surveiller », soit « veiller sur ».

Le travail du cadre supérieur de santé est très stratifié, parfois très complexe. Il existe une grande différence entre le travail prescrit et le travail réel. Nous travaillons sous l'autorité du directeur d'établissement, du directeur de soin et en collaboration avec le médecin-chef de pôle. Ainsi il faudrait presque être tricéphale pour pouvoir travailler avec la totalité de ces collaborateurs. Je pose alors la question suivante : « Est-ce qu'être manager, ce n'est réussir qu'à échouer ? »

Je suis en charge de :

- La mise en œuvre du projet d'établissement, du projet de pôle ainsi que du projet de soin.
- La prise en charge des patients. Nous avons plus de 135 000 entrées par an au CHU de Bordeaux. Ceci représente une part importante de nos activités de soins.
- L'organisation et l'évaluation des pratiques professionnelles de la gestion des risques pour le personnel au travail non médical et en particulier le personnel infirmier et aide-soignant.

Mes domaines d'activités principaux sont :

- Conception et coordination des organisations de soin et des prestations associées.
- Gestion des RH et matérielle (embauche, effectifs).
- Animation, encadrement des équipes pluridisciplinaires avec la collaboration des cadres de proximité.

- Gestion et développement des compétences au travail par le biais en particulier des formations.

1.2. Approche managériale

Mon approche managériale est centrée sur trois points :

1. **La qualité du service rendu au patient** : tous les opérateurs sont recrutés pour être au service de la prise en charge des patients. Mon approche managériale est centrée sur le fait que le patient reçoive un soin adapté, dispensé au bon moment par un personnel soignant qualifié et compétent, et qu'il y ait de la satisfaction pour ce patient, mais également pour l'agent au travail.
2. **La notion de dynamique d'équipe au travail et de considération individuelle.** Le cadre de santé, que je suis, est dans une perpétuelle recherche d'équilibre entre individu au travail et collectif au travail : il est important de réfléchir ensemble pour une répartition équitable des tâches au travail en tenant compte des compétences de chacun et des possibilités de chacun. Aujourd'hui, les possibilités dans le monde de l'hôpital peuvent être réduites en particulier par le biais des restrictions d'aptitudes. C'est sur ce sujet que j'ai pu rencontrer et travailler avec Mr Lhospital.
3. **Une connaissance et une analyse parfaite des activités de soins.** Je suis infirmière à l'origine, j'ai exercé ce métier pendant 15 ans. À l'hôpital public aujourd'hui, devenir manager pour une activité et un métier que l'on connaît est une réelle richesse. À une période, une réflexion a été menée sur le fait d'intégrer des managers issus d'écoles de commerce ou autre et je fais partie de ceux qui pensent que ce ne serait pas une bonne chose. Être issu du métier est quelque chose d'important pour être manager, y compris au niveau n+2. On occupe ce poste de manager un peu de la manière dont on en a envie : il est pour moi l'occasion de m'exprimer. Il est important de bien connaître les activités de soin et le travail : qui le réalise et de quelle manière ? Il est également important d'avoir une bonne connaissance des profils de postes requis. Ceci va permettre de mener une réflexion permanente sur la dynamique de travail et d'essayer d'adapter les activités et les ressources à mobiliser au travail. Dans cette dynamique managériale, quand le patient est satisfait du soin qui lui a été donné cela signifie qu'il y a de la qualité. Il est nécessaire d'avoir également de la qualité de vie au travail pour les soignants. Quand il y a de la qualité de vie au travail pour les agents, le premier bénéficiaire est le patient. Quelqu'un qui se sent bien dans son travail, qualifié, compétent, et reconnu pour ce qu'il fait, fera son travail de façon qualitative, très bien et même, en fera peut-être plus que ce qui lui est demandé.

Les contraintes managériales d'aujourd'hui :

- **Les contraintes économiques et budgétaires** : l'hôpital est devenu une entreprise presque comme toutes les autres. Autrefois nous fonctionnions avec une dotation globale de fonctionnement. Depuis 2009, un système de tarification à l'activité est appliqué. C'est-à-dire qu'aujourd'hui nous sommes financés en fonction de l'activité que l'on produit. Cela paraît plus équitable, mais cela a mis les hôpitaux dans une situation délicate. Le système fait que la valorisation des séjours baisse tous les ans. Pour maintenir notre dotation financière, il faudra travailler davantage. La durée moyenne des séjours est en baisse et la prise en charge des patients est plus dense. Cette situation crée un turnover rapide des patients et une augmentation de la prise en charge directe et de toutes les activités afférentes aux soins. Nous sommes rentrés dans l'ère de la performance. Une performance qui est nécessaire pour maîtriser les coûts. On nous demande d'avoir aujourd'hui des effectifs au travail efficient. Autrement dit, il va falloir faire mieux avec moins. On nous demande

également de maintenir et de développer les compétences avec une obligation légale d'intégrer les nouvelles techniques de manière toujours améliorée.

- **Complexité de prise en charge des patients** : des contraintes liées à la prise en charge de patients de plus en plus âgés, pathologiques, avec des problématiques sociales et psychologiques, qui rendent la prise en charge plus complexe. Cette charge que représentent les patients est aussi une charge physique pour les agents : avoir à prendre en charge physiquement des patients lourds, au sens propre et figuré entraîne parfois un certain nombre de pathologies en lien avec l'usure du travail.
- **Contraintes autour de la vie au travail et de la qualité de vie au travail des agents** : cette pénibilité au travail existe et est exprimée au sein du secteur hospitalier. Aujourd'hui, pour le cadre que je suis, je dois prendre en compte les notions de complexité dans l'articulation de la vie au travail et de la vie privée des agents. Il est difficile aujourd'hui de travailler à l'hôpital public et d'assurer des horaires extrêmement difficiles à gérer.
- **L'évolution du rapport au travail** : nous étions pour ma génération dite « X » extrêmement dévoués à notre travail et aujourd'hui les agents de la génération « Y » voient les choses tout à fait autrement.

1.3. Gérer le maintien dans l'emploi

- Mon objectif était, pour des agents avec des difficultés de santé et en particulier des restrictions physiques de travail, de pouvoir gérer, avec l'aide de l'ergonome, le maintien dans l'emploi et également pouvoir travailler sur les organisations du travail. Elles sont parfois difficiles à modifier sur le plan structurel, mais elles peuvent être questionnées au niveau de l'organisation du travail.
- L'ergonome a été d'une aide précieuse pour le travail sur les représentations d'équipe, le handicap au travail, qu'il faut aujourd'hui pouvoir accompagner. Il a également participé à une bonne collaboration avec la médecine du travail concernant des demandes que celle-ci nous formulait.

2. La demande

2.1. Présentation du cas de l'AS CH d'orthotraumatologie

Olivier Lhospital

Je vais vous présenter l'un des services dans lequel je suis intervenu, en sachant qu'il y avait 3 agents concernés par ce dispositif au moment de l'évaluation.

- Le service concerné est celui d'ortho traumatologie. Il comporte 24 lits pour une durée de séjours de 5 jours et demi. Il y a 60 % d'activité programmée et 40% d'urgences. Il est composé de 13 infirmières ETP et de 12 aides-soignantes ETP. La moyenne d'âge des patients est d'environ 70 ans.
- Ce service traite de la traumatologie périphérique (c'est-à-dire les bras et les jambes), faisant suite à de l'accidentologie de la vie, du sport, du travail ou de la voie publique. Il y a 3 à 4 décès par an dans le service. Le travail est organisé en binôme : une infirmière et une aide-soignante par secteur. Une aide-soignante correspondante hôtelière fait tout le service et intervient en soutien.
- L'Aide-soignante concernée par l'étude a plusieurs pathologies de l'épaule et du dos. Elle a 33 ans d'ancienneté à l'hôpital, dont 8 ans dans le service en tant qu'aide-soignante. Elle occupe le poste de correspondante hôtelière depuis 2011. Ces horaires sont 8h / 15h30. Elle

s'occupe des tâches hôtelières et des tâches afférentes. Elle participe peu aux activités de cœur de métier.

2.2. Le diagnostic

Pour faire une présentation très courte du diagnostic, il y a des activités très variées et des activités complémentaires aux activités de binôme Infirmière/ AS d'hôtelière.

- Activités d'hôtellerie : gestion des pichets (jusqu'à 40% de leurs temps du matin), distribution des repas, aide au repas, etc.
- Activités de soins : aide à la toilette, prise de constantes, etc. Ces activités de soins sont beaucoup moins importantes que les activités d'hôtellerie.

Ces activités se font malgré leurs handicaps, elles passent outre leurs handicaps et leurs restrictions pour donner malgré tout le soin aux patients.

Un constat important que l'on fait est qu'elles sont éloignées de leur cœur de métier. Elles se sont investies dans les tâches hôtelières, et regrettent pour certaines d'avoir fait ce recul vis-à-vis de leur cœur de métier. Elles font un deuil de leur métier, celui d'être proche du patient. Certaines d'entre elles ont parfois des difficultés à le gérer. Ces aides-soignantes sont mal intégrées au binôme infirmière / aide-soignant du secteur. Même si elles travaillent ensemble, elles ne sont pas vraiment intégrées à l'équipe. Elles participent très peu aux transmissions (entre deux équipes, sur l'état du patient, sur le traitement en cours). Pendant les transmissions, le travail n'est jamais abordé et encore moins l'organisation du travail qui se joue entre l'équipe fixe et l'aide-soignante supplémentaire qui devrait avoir un rôle de soutien pour l'équipe. Mais malgré tout, elles sont reconnues comme indispensables par les équipes et sont très bien perçues sur ce poste. On sait pourquoi elles ont ce poste de jour et elles participent pleinement à la vie du service.

2.3. Interactions Ergonome Manager

Pour moi, le cadre de santé manager est le facilitateur du déploiement de l'intervention. C'est Mme Duclaud qui m'a invité à des réunions régulières, avec les cadres pour leur présenter le projet, c'est elle qui a permis la création d'un groupe de travail à la suite du diagnostic pour repenser le travail des aides-soignantes et repenser l'intégration de ce poste dans l'équipe. De plus, on bénéficie d'un appui de la direction générale des Ressources Humaines du CHU, qui nous a dit de ne pas hésiter à défaire les organisations pour ouvrir des possibilités. L'hôpital rencontre une grande difficulté à maintenir les agents au CHU et il est absolument nécessaire aujourd'hui de passer à un autre niveau d'action pour les maintenir à leurs postes plutôt que de laisser les agents chez eux pendant plusieurs mois voire même plusieurs années.

Françoise Duclaud

L'intérêt pour le cadre de voir l'intervention de l'ergonome c'est d'avoir un avis d'expert pour retravailler les organisations, non pas entre cadre, mais avec les acteurs eux-mêmes parce qu'aujourd'hui ce sont les agents qui sont en train de retravailler leurs fiches de poste. Effectivement, lors du diagnostic, la demande des agents de réintégrer leur cœur de métier dans une certaine dimension : la dimension de leurs possibilités, était forte. Dans mon travail de manager, retravailler les organisations ne correspond pas totalement à mon cœur de métier, je connais les activités, mais pour l'organisation du travail j'ai besoin d'un expert. Ensuite, je ne pense pas que l'ergonome ait toute sa place pour revaloriser les activités de ces agents-là aux yeux de la totalité d'une équipe. Il m'a aidé à construire une dynamique faisant que, même si ces agents-là aujourd'hui sont bien intégrés, ils auront quand même des activités

différentes. Ce que je souhaite c'est que ces agents soient totalement intégrés à l'équipe. On y travaille et la valorisation par l'ergonome de ce travail-là est importante.

2.4. Suites de l'intervention

Olivier Lhospital

On travaille sur la refonte de la fiche de poste adaptée avec un socle commun pour l'ensemble des personnes qui sont sur ce dispositif. Le but ici est d'intégrer le poste au sein de l'équipe, de le rendre invisible et de l'intégrer complètement à l'organisation. Il ne faut pas le stigmatiser par le positionnement d'une pathologie dans l'équipe ou bien d'un agencement plus particulier pour ce personnel-là.

Je me pose une dernière question pour répondre à notre titre, Mme Duclaud : est-ce que vous êtes un manager ou bien un gestionnaire de contraintes ?

Françoise Duclaud

Je dirais que je suis les deux, et pour répondre avec une petite note d'humour je dirais que tous les matins j'arrive à l'hôpital et dans mon bureau se trouve un cocotier. J'y monte tous les jours, j'en tombe, mais le lendemain j'y remonte.