

Démarches participatives en pédiatrie et hospitalisation adulte

Des locaux au service des échanges pluridisciplinaires et de l'accompagnement des malades

Giuliana Milanini-Magny : architecte ; Unité Presst/Sesmat épidémiologie ergonomie SCMT, Hôtel Dieu Parvis Notre dame 75004 Paris France. magnyallo@aliceadsl.fr

Madeleine Estry-Behar : médecin du travail épidémiologiste ergonomiste, même adresse. madeleine.stry-begar@sap.aphp.fr

Hélène Deslandes : ergonome, même adresse. deslandeshelene@yahoo.fr

Anne-Emilie Ravache : ergonome, même adresse. anne-emilie.ravache@wanadoo.fr

Frédéric Garcia : ergonome, même adresse. frederic.garcia@sap.aphp.fr

Elise Chaumon : ergonome, même adresse. elise.chaumon@sap.aphp.fr

Dans le cadre d'une démarche de réorganisation d'espaces et d'activités dans deux services existants de neuropédiatrie et de médecine adulte, une démarche de formation-action a été mise en œuvre. A partir d'observations de journées complètes et de mises en débats, l'objectif a été d'aider les équipes à comprendre les déterminants des dysfonctionnements organisationnels, de promouvoir des stratégies préventives et de valoriser les procédures satisfaisantes déjà mises en œuvre. Cette démarche a ainsi permis la définition d'un projet de réaménagement répondant à la nouvelle organisation. L'unanimité des personnels et le soutien des instances ont permis de convaincre de la justesse des aménagements envisagés, en particulier dans l'établissement de pédiatrie.

Mots clés : démarche participative, architecture, hôpital, échanges pluridisciplinaires

1. De l'analyse ergonomique des déterminants des dysfonctionnements à l'élaboration collective des propositions

Dans le cadre d'un projet de réorganisation dans deux services existants (neuropédiatrie et médecine adulte), une démarche de formation-action a été mise en œuvre. Les directions et les CHSCT ont décidé d'intervenir dans ces services, suite à la présentation des résultats généraux et locaux de l'enquête européenne Presst-Next concernant la santé et la satisfaction des soignants (Estry-Behar, 2008). Les Conseils régionaux d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes ont contribué financièrement à cette démarche, compte tenu de leur responsabilité dans le financement des Instituts de Formation en Soins Infirmiers. Il s'agissait donc de profiter des réaménagements afin d'optimiser l'efficacité des équipes tout en promouvant la satisfaction professionnelle, la fidélisation des soignants et l'attractivité des postes, dans un contexte de pénurie de soignants. Cet objectif d'efficacité passe par l'amélioration des conditions de travail, en rendant les postes de travail compatibles avec le maximum de travailleurs potentiels de tous âges. La formation – action a donc tenté d'aider les équipes à comprendre les déterminants des dysfonctionnements organisationnels actuels, à promouvoir des stratégies préventives et à valoriser les procédures satisfaisantes déjà mises en œuvre, afin de permettre la définition d'un projet de ré-aménagement répondant à la nouvelle organisation. Cette nouvelle organisation doit promouvoir des soins de qualité respectant les règles d'hygiène nécessaires, et favorisant les temps d'explications au malade et à sa famille en tant que partenaires des soins (Noro et Imada, 1991 ; ASSTSAS, 2003).

Une étude ergonomique préalable des postes de travail a été menée. L'analyse des déterminants du fonctionnement des équipes de travail s'est centrée sur trois axes :

- réfléchir aux changements d'organisation permettant la réduction des événements indésirables pour les patients et la réduction du stress pour les soignants ;

- dégager des propositions d'amélioration des situations de travail (agencement des locaux, équipements, liaisons, proximités) ;

- faciliter une appropriation aisée, par les personnels, de leur outil de travail et des outils informatiques qui sont progressivement mis à leur disposition.

Dans les deux cas étudiés, l'espace avait déjà été modifié ces dernières années, pour répondre à l'évolution des besoins. Dans le service de neuropédiatrie, de type monocouloir, des bureaux, insérés au milieu des locaux du service, abritaient des activités sans lien avec la spécialité du service. Dans le service de médecine spécialisée adulte, à îlot central, des locaux de l'hôpital de jour avaient été aménagés récemment dans un des couloirs du service.

2. Méthode

2.1 Formation à l'observation du travail réel par les ergonomes et les soignants

Afin de parvenir à la définition de l'espace nécessaire pour des soins de qualité, une réflexion approfondie sur l'organisation du travail a été nécessaire. En neuropédiatrie, après une introduction de deux jours aux fondamentaux de l'ergonomie et une initiation à l'observation, trois observations de journées complètes de travail ont été réalisées par les ergonomes, et trois par le personnel. Les observations ont concerné trois infirmières (IDE), deux aides-soignantes (AS), et un cadre. En médecine spécialisée adulte, suite à la même introduction, quatre observations de journées complètes de travail ont été réalisées par les ergonomes et trois par le personnel (4 IDE, 1 AS, un cadre et une interne). Les relevés ont concerné les temps dans les différents lieux, les activités entreprises, les échanges, les interruptions et les postures (non abordées ici). Les fonctionnements des situations d'usage des installations en mode nominal ou dégradé (Garrigou et al., 2001) ont été identifiés et analysés par le groupe. Les mises en débats ont permis d'étayer les relevés : activités empêchées (Clot, 2002), variabilité des journées...

2.2 Des constats aux propositions

Un va et vient entre formation et diagnostic est caractéristique de cette démarche d'ergonomie participative. La présentation au groupe du contenu très détaillé de la journée de travail de chacun, a fait apparaître tous les savoir-faire et la conscience professionnelle qui présidaient aux choix des priorités réalisées par chacun, tout en favorisant l'expression des craintes. C'est la richesse des apports de chaque métier à la discussion du groupe de travail, qui a convaincu du bénéfice d'un travail inter-catégoriel régulier, pour le suivi des malades et pour la métabolisation du stress lié à certains moments de la relation soignant/soigné. La participation de tous les métiers au groupe de travail (en particulier dans le service de pédiatrie, où 25 professionnels ont participé à la réunion de recherche de solutions) a permis de trouver des solutions considérées comme valides pour tout le monde et aux instances dirigeantes, de suivre le projet, comprendre les motivations des solutions proposées, participer au choix des solutions et des compromis à faire. La simulation sur maquette (voir par exemple Garrigou, 2001) a permis de tester la pertinence et la faisabilité des propositions spatiales, dans un contexte où les propositions se devaient de coûter peu. Puis les propositions architecturales concernant la nouvelle conception de l'unité ont été finalisées. Nous insistons ici sur quelques modifications centrales liant l'organisation du travail et l'architecture.

3. Liens entre espace, organisation et qualité des soins

Au-delà des différences dues à l'activité spécifique de chacun des services il a été démontré que le manque de temps de chaque catégorie professionnelle pouvait être imputé, en partie, à des caractéristiques de l'espace.

3.1 Neuropédiatrie

L'absence de sectorisation du bureau et du poste de préparation des soins entrave la communication en neuropédiatrie. Pourtant la concertation a un rôle important pour

l'organisation de l'activité de l'équipe. D'une façon générale, les consignes et les discussions entre équipes successives sont très limitées et portent principalement sur les difficultés techniques des soins, peu sur les aspects émotionnels, et aucunement sur le contexte familial et les besoins d'accompagnement des proches. L'absence de sectorisation a aussi pour conséquence de fréquents temps d'attente pour la disponibilité des locaux, du matériel, et du mobilier, ainsi que des temps importants liés aux déplacements et la recherche d'informations et de matériel. La transmission inadéquate d'informations, dans des locaux où plusieurs conversations simultanées se mènent, est suivie par des recherches d'informations dans les couloirs et des retours au bureau. Le nombre d'entrées dans les chambres en est multiplié, avec impossibilité de respecter les règles d'hygiène. La qualité d'écoute et le temps dans les chambres en sont largement amputés.

Multiplicité des changements de lieux et brièveté du temps passé auprès des enfants

Dans le service de neuropédiatrie, les infirmiers changent de lieux régulièrement, essentiellement du bureau – poste de soins aux chambres. Ils passent à peine plus du tiers de leur temps de travail dans les chambres (tableau1). Le nombre d'entrées dans une chambre est élevé, rendant difficile le lavage des mains recommandé à chaque entrée et sortie de chambre, et réduisant la disponibilité pour des soins relationnels. L'IDE entre 41 fois dans une chambre dont 22 fois dans les chambres de deux fillettes nécessitant les soins les plus lourds. Elle n'entre pas plus de 3 fois dans chacune des autres chambres et moins de 5 minutes au total dans chacune. Cette IDE retourne 25 fois au poste de soins, où elle utilise 27 fois la partie bureau et 28 fois la partie poste de préparation. La durée moyenne des séjours dans chacune des parties du poste est de 2 à 3 minutes.

Tableau 1 : pourcentage du temps total de travail et nombre de séjours passé dans les chambres, le poste-bureau infirmier et le couloir, par des soignants de neuropédiatrie en 2008,.

	A S 13h35 21h35	AS 14h17 21h09	IDE 6h50 14h10	IDE 13h35 21h30	IDE 13h45 22h15	Cadre 8h 16h30
Chambres Nombre	25	49	41	20	37	4
Chambres Pourcentage	23,8%	28,6%	34,6%	23,2%	30,6%	1,6%
Poste Nombre	18	21	25	18	20	
Poste Pourcentage	23,6%	29,2%	33,6%	34,6%	24%	10,2%
Couloirs Nombre	24	37	89	50	42	21
Couloirs Pourcentage	25,7%	11,5%	12,1%	14,6%	12,7%	18,3%

La distance entre le poste de soins et la dernière chambre était de 44mètres, avec une longueur totale du service de 70 mètres. De plus, un seul bureau de 8m² et un seul poste de 8m², contigus, étaient utilisés, la surface totale libre de mobilier étant de 10m², et le passage par le bureau obligatoire pour accéder au poste de préparation. La dimension du poste et l'accès à la pièce par un couloir de moins d'un mètre de large explique qu'à 13 reprises elle sort du poste, pour chercher du matériel sur des chariots qui restent dans le couloir car il est impossible de les faire entrer et de les laisser dans le poste. Le fractionnement de l'activité est donc déterminé par la difficulté à préparer dans le poste de soins, mais aussi par l'impossibilité de se concerter de façon pluridisciplinaire, en particulier avec les médecins, du fait de l'absence de lieux compatibles et des distances à parcourir. C'est pourquoi, pour l'IDE observée le matin, les transmissions orales de début et de fin de poste ne durent qu'environ 10 minutes chacune. En revanche, les difficultés de circulation de l'information et les réajustements entraînent 63 épisodes de concertation brefs.

Nous constatons que, même si les soignants utilisent les deux parties du poste, ils ont souvent besoin parallèlement des rangements ou plans de travail situés du même côté. Le nombre de soignants présents dans le poste en même temps que l'IDE reste donc très élevé et fluctuant dans cet espace réduit (26,5% de son temps dans le poste avec 5 personnes ou plus). De ce fait, pendant plus du quart du temps (28,6% de son temps dans le poste), où l'IDE doit réfléchir à ses priorités, préparer des dilutions, vérifier des dates de péremptions et se concerter ou tutorer un étudiant infirmier, il se déroule, proche d'elle, une autre conversation sur des sujets voisins, pouvant être source d'erreurs.

Place limitée des échanges parlés

L'IDE du matin a 166 moments d'échanges parlés dans sa journée. Ils ont une durée moyenne inférieure à 2 minutes, sauf les échanges collectifs (12 pour 57 minutes). Pour l'IDE d'après-midi, le temps des échanges avec les collègues (1 h 35) est presque égal au temps avec enfants et familles (1 h 15). Les échanges avec les internes, ont lieu uniquement pendant les soins, et ne permettent pas à l'infirmière d'avoir une compréhension à moyen terme des perspectives des enfants dont elle s'occupe. Il lui est difficile, dans ce contexte, de parler aux familles ou de stimuler, avec conviction, les enfants au cours des soins.

L'AS d'après-midi a 66 échanges brefs avec les autres soignants. Leur durée moyenne a varié de 15 secondes pour les 5 échanges avec un médecin à 1 min 20 pour les 2 échanges avec le cadre. Cet AS d'après-midi passe pourtant 2 heures dans le poste de soins en 21 épisodes, soit 29,2% de son temps de travail. Il n'a pas assisté aux transmissions de prise de poste, et celle de fin de journée a occupé 12 minutes, mais la concertation, en sus des échanges accompagnant les soins et leur préparation, émaille toute la journée : 17 épisodes brefs d'une durée moyenne de 2 minutes, occupant finalement 8,8 % de la journée.

3.2 Service de médecine adulte spécialisé : un seul local par fonction pour 3 secteurs

Dans ce service, l'îlot central aveugle concentre le bureau médical, le bureau infirmier et le poste de préparation. Le bureau unique exigü, et le besoin de concentration pour la saisie, ne permettent que peu de discussions entre infirmiers, et empêchent l'association des AS à celles-ci. La salle d'écriture et le bureau des médecins sont étroits et longs, et sont aussi des espaces de circulation. La forme de la salle d'écriture ne permet pas le travail de groupe : sur la table, située face au mur, sont installés les 3 postes informatiques, 1 poste est installé sur un plan de travail. Ce service utilise un dossier médical informatisé dont la lenteur et le manque d'adéquation au travail réel entraînent un temps de traçabilité des actes très long, dans le bureau infirmier ou médical, et dans le couloir sur des ordinateurs portables. Aucun soignant ne passe plus du tiers de son temps de travail dans les chambres (tableau 2).

L'IDE observé l'après-midi travaille 66% de sa journée seul. Nous avons distingué trois possibilités, selon les interactions dans un même lieu. La coopération (travailler ensemble dans un même but) intervient peu : 3,6% de son temps de travail. Cela concerne principalement les transmissions et les petits moments de concertation. Nous observons cette coopération dans la salle de détente, le couloir et le poste mais surtout en salle d'écriture et dans le bureau des médecins. En effet, pour pouvoir parler sans gêner les autres et sans être gênés par eux, l'IDE et sa collègue de nuit vont dans le bureau des médecins. La co-activité (les personnes poursuivent individuellement leur travail dans le même lieu) est observée dans le bureau des cadres et en salle d'écriture, pendant 30,4% de la journée. Dans la salle d'écriture, travaillent jusqu'à 9 soignants (l'IDE et 8 de ses collègues) alors que la pièce n'offre que quelques sièges. La circulation dans la pièce devient très difficile du fait du grand nombre de personnes présentes et du mobilier en place. Les conversations se croisent. Pour ne pas gêner les autres IDE qui saisissent, les IDE travaillent en silence dans la salle d'écriture. L'AS ou l'interne s'abstiennent de venir.

Tableau 2 : Pourcentage du temps total de travail et nombre de séjours dans les chambres, le poste infirmier les bureaux et le couloir, par des soignants de médecine spécialisée dans un CHU.

	AS 13h50 21h10	IDE 7h17 14h36	IDE 7h30 15h15	IDE 13h34 21h36	IDE 13h37 21h30	Cadre 8h30 16h30	Interne 8h50 19h30
Chambres Nb. de séjours	66	26	37	47	36	15	25
Temps Chambres	2h24	2h11	2h02	2h32	2h33	0h51	3h27
Chambres Pourcentage	32,7%	29,9%	26,2%	31,6%	32,7%	10,6%	32,4%
Poste Nb. de séjours	12	26	44	56	29	7	1
% temps Poste	5,1%	17,9%	26,9%	27,2%	21,2%	2,7%	0,2%
Bureau Nb. de séjours	5	19	34	44	21	12 B.IDE + 22 B.cadre	6 B.IDE + 23 B.int.
% temps Bureau salle d'écriture	8,6%	18,7%	23,0%	15,2%	23,3%	6%B.IDE +42% B.cadre	1,7% B.IDE +27,5% B.int
Couloirs Nb. de séjours	70	51	7	92	19	53	32
% temps Couloirs	13,8%	13,5%	1,8%	11,8%	7,5%	17,7%	19,7%

L'AS, quant à elle, travaille dans les chambres 32,7% du temps. Elle recueille de l'information qu'elle ne peut partager avec les IDE, mais elle manque d'informations sur l'état des malades. Elle parle 28 fois avec un patient ou une famille, 12,6% de son temps de travail, mais seulement 18 fois avec un infirmier, 4,5% de son temps de travail, et jamais avec un médecin. Ses interlocuteurs principaux sont les autres AS (41 échanges pour 7,4% du temps). Il est possible d'y rajouter la période du Staff pendant laquelle l'AS a parlé 3 minutes sur les 54 minutes de réunion. Au moment des transmissions, jusqu'à 8 personnes sont dans la salle écriture, avec 3 conversations simultanées, et 4 personnes assises devant les postes informatiques. L'AS ne trouve alors pas sa place, s'assoit derrière le groupe et écrit sur ses genoux, mais reste à l'écart.

L'interne gère ses besoins de saisie et de concertation sur plusieurs lieux.

L'interne observé passe 2 h 56 min dans le bureau des internes en 23 épisodes, soit 27,5 % de son temps de travail. Il passe 3 h 27 min dans les chambres de malades en 25 épisodes, soit 32,4 % de son temps de travail. Mais ces examens, ces discussions avec les malades et les médecins séniors, les réajustements de traitement, ne sont pas discutés avec les infirmiers et encore moins avec les AS. Pour transmettre brièvement des informations aux infirmières, l'interne se rend seulement 6 fois dans la salle d'écriture des IDE. Aucun séjour n'a duré plus de 3 minutes. Il travaille par épisodes très brefs à la banque d'accueil à l'entrée (39 min à la banque en 10 épisodes) qui est le lieu d'écriture des dossiers pour l'hôpital de jour, tant pour les médecins que les IDE, et dans le bureau des cadres et de la secrétaire hospitalière (16 minutes, 8 épisodes). Il y répond au téléphone et y rédige des ordonnances car les ordonnanciers s'y trouvent, pour en assurer la sécurité. Il passe 2 h 06 min dans le couloir soit 19,7 % de son temps de travail. L'importance du couloir comme lieu de travail provient de l'usage de l'ordinateur portable au cours de la visite, et de la discussion avec les médecins séniors, qui y ont lieu. En revanche, les examens des entrants dans les chambres se font un par un avec retour dans le bureau des internes pour saisir les prescriptions.

4. Préconisations

Afin de répondre aux objectifs de qualité des soins, les locaux de support des soins doivent promouvoir la connaissance globale des informations, l'approche multidisciplinaire au cours

d'échanges réguliers, l'éducation du patient comme partenaire de santé, l'aspect psychologique et émotionnel de la prise en charge. La qualité de cet espace, de ce cœur du service, doit être valorisée pour réduire le risque d'évènements indésirables dans un contexte de réduction de la durée de séjour des malades.

Les bureaux infirmiers doivent permettre un travail sectorisé, pour plusieurs raisons complémentaires : minorer les activités simultanées entraînant des risques d'erreurs et des pertes d'informations, majorer les échanges pluridisciplinaires réels rendus difficiles lorsque de trop nombreux personnels sont présents et lorsque tous les patients d'un service doivent être abordés, et éviter ainsi les recherches d'informations chronophages... L'entraide est déjà fréquente entre secteurs, mais le partage des informations médico-psycho-sociales peut être plus approfondi sur un secteur comportant la moitié des patients, réduisant les interruptions et améliorant la qualité des soins.

Un bureau d'une équipe, s'occupant de 8 à 14 malades, doit permettre une transmission entre équipes successives, avec débats sectorisés, et asseoir 2 IDE, 2 AS, 2 étudiants en soins infirmiers, et idéalement 1 médecin, 1 cadre et d'autres intervenants selon les besoins. L'espace pour 2 secteurs doit permettre de séparer deux tables pouvant accueillir cette discussion du « collectif de travail ». L'optimisation du temps médical (les médecins dépassant souvent des journées de travail de 11 heures) nécessite aussi par un aménagement ergonomique des locaux hospitaliers. L'utilisation des dossiers par les médecins, la dictée des comptes-rendus, le travail en réseau, nécessitent un bureau médical à proximité des bureaux infirmiers et au centre du service. La contiguïté, ou une proximité en vis à vis, du poste de préparation avec le bureau infirmier d'hospitalisation classique est nécessaire pour limiter les déplacements, mais aussi faciliter la mémorisation et la traçabilité.

Au-delà de ces considérations générales, les compromis ont été différents en fonction des possibilités budgétaires et du bâti.

4.1 Neuropédiatrie : Partage du service en deux secteurs

Afin d'éviter les déplacements de lits, l'hypothèse de leur sectorisation a été retenue : 12 lits grands enfants et 12 lits petits, avec possibilité de variante pour 1 chambre par secteur. Cette sectorisation nécessite une réduction des distances. Au centre de chaque secteur sont placés un poste de soins, un bureau infirmier, un office alimentation et une réserve ; au centre du service les locaux communs : bureaux médicaux, locaux du personnel et logistiques. La sectorisation de locaux logistiques offre une plus grande autonomie aux secteurs (figure 1).

Création, par secteur, d'un bureau infirmier séparé et en face du poste de préparation

Cela facilite l'informatisation et limite les recherches de dossiers et d'informations : les internes n'emmènent dans leur bureau que les dossiers nécessitant réflexion, les prescriptions se font dans le bureau IDE. Dans le bureau sont stockés les dossiers des patients utilisés lors des visites. L'agrandissement du poste de préparation permet d'y préparer sans bousculade les chariots de soins et non plus dans le couloir), ce qui limite les risques d'erreurs et respecte la sécurité incendie. Chaque secteur doit donc disposer d'un espace de préparation complètement équipé permettant l'installation de deux postes de travail.

Sécurité, surveillance, faibles déplacements : Les bureaux infirmiers et les postes de préparation sont séparés des chambres mitoyennes par une paroi vitrée sur allège, attribuées aux enfants les plus instables. Les bureaux infirmiers doivent aussi être vitrés vers le couloir pour surveiller ce dernier et favoriser le contact avec les familles.

Pôle central de bureaux médicaux : Les bureaux médicaux, près des bureaux infirmiers, facilitent la concertation et le partage de dossiers avec l'équipe paramédicale du service et les autres auxiliaires médicaux, ainsi que la prise de connaissance des examens, prescription de réajustement et préparation des ordonnances et dossiers de sortie.

Offices séparés pour répondre aux besoins des patients, différents selon l'âge : Un deuxième office est créé dans le secteur des « petits » qui ont besoin de la préparation de biberons. L'office actuel continue à servir le secteur des « grands ».

Permettre une meilleure animation dans le service : La salle de jeu est agrandie et installée au centre du service. La toilette de la chambre transformée en salle de jeu, sert après réaménagement, comme rangement pour les jouets et autres matériels.

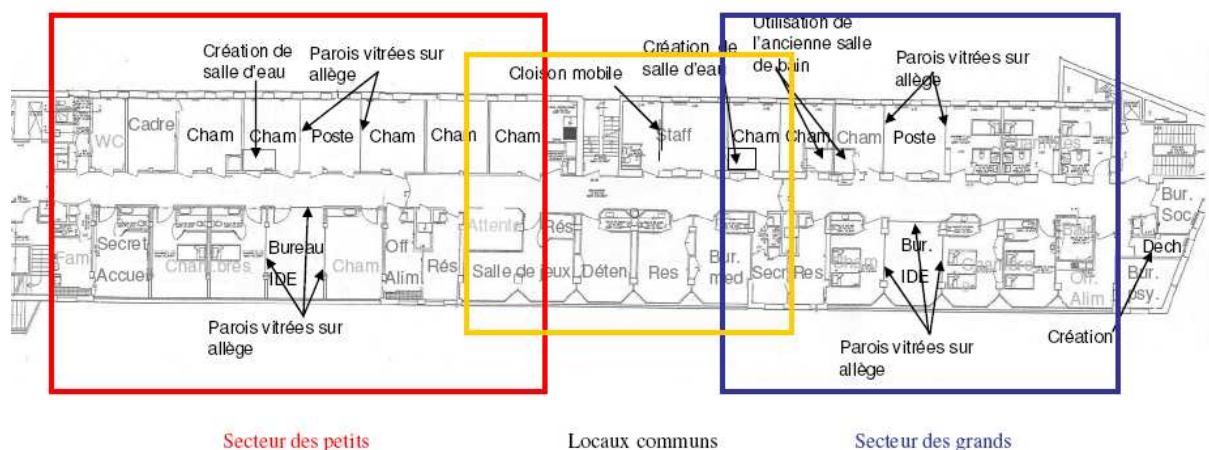
Mise aux normes des salles d'eau des chambres pour répondre aux critères d'accessibilité aux handicapés : Des lèves malades sur rail au plafond et des équipements spécifiques sont installés pour les « grands ». Pour les chambres des petits, l'installation dans les chambres d'une baignoire sur paillasse est suffisante.

Réserves en nombre suffisant et centrales pour deux secteurs : Ces petites réserves réduisent les distances parcourues pour rechercher le matériel. Une grande réserve commune sert au matériel encombrant et répond aux normes de sécurité en évitant l'encombrement des couloirs.

Création d'une salle de déchets et linge sale : Cette pièce, nécessaire à l'hygiène, est créée en sortie de service vers l'ascenseur d'évacuation des déchets. Y sont stockés les déchets et les chariots de linge sale des deux secteurs.

Zone d'accueil et filtre des arrivées à l'entrée du service : Elle comprend le secrétariat d'accueil, la salle des familles et ses sanitaires, le bureau des cadres.

Figure 1 : plan du service de neuropédiatrie avec description des réaménagements



4.2 Partage du service de médecine pour adultes en deux secteurs

L'hypothèse d'une sectorisation des lits pendant la journée a été retenue (8 à 10 lits par secteur), afin d'améliorer la sécurité des soins, de réduire les interruptions et de faciliter la circulation des informations (figure 2). La réunion des supports d'informations la nuit devant rester possible, le bureau et le poste sont centraux par rapport aux chambres. Pour réduire le temps perdu en déplacements, le poste commun et le bureau infirmier de chaque secteur ont été placés à moins de 20 mètres d'une chambre. Il aurait été souhaitable de ne pas interrompre la suite des chambres avec des locaux autres, car cela augmente la distance entre le poste et la dernière chambre et est source de dérangement pour les patients. Cependant, compte tenu des contraintes économiques, aucun local déjà existant n'a été déplacé dans ce but.

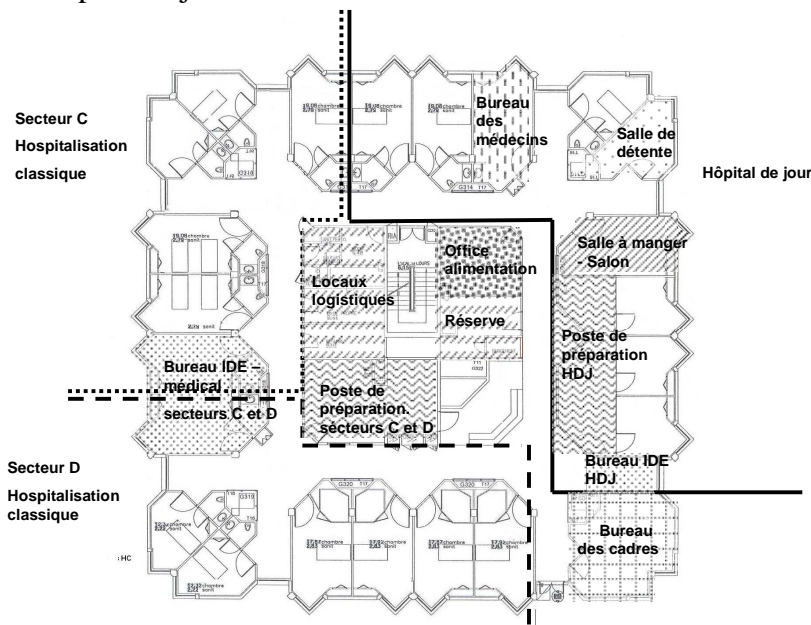
Séparation du poste de préparation et du bureau infirmier

Un bureau infirmier pour chaque secteur d'hospitalisation traditionnelle et un pour l'hôpital de jour ont été prévus. Le bureau infirmier des secteurs d'hospitalisation traditionnelle est central par rapport aux chambres et partagé en deux parties proches et communicantes. Le bureau pour l'hôpital de jour est installé près du poste infirmier correspondant. Deux chambres à deux lits ont été réaffectées pour créer les deux bureaux mitoyens. La cloison séparant les chambres

initialement, a été maintenue entre les deux espaces afin de permettre à chaque secteur la discussion sans dérangement des autres groupes. L'équipe doit pouvoir regrouper les secteurs la nuit et en fin de semaine. L'entrée prévue est donc commune et le passage, entre les deux espaces, facile. L'espace de bureau ne doit pas être un lieu de passage : l'entrée à chaque partie se fait donc par le couloir de façon autonome.

Pour l'hôpital de jour, la salle à manger des patients, initialement dans un bout de couloir ayant la lumière naturelle, devient trop petite du fait de l'augmentation du nombre de chambres de l'hôpital de jour. Elle sera donc utilisée comme bureau infirmier, l'utilisation de cette zone demandant la fermeture de l'espace par une paroi vitrée, afin de garantir la confidentialité des échanges, tout en permettant le contrôle visuel et l'éclairage du couloir.

Pour la préparation des soins, un seul grand espace est prévu pour les deux secteurs d'hospitalisation traditionnelle. Il est installé dans la zone de l'actuel bureau infirmier et poste de préparation. Chaque secteur doit disposer dans la salle d'un espace de préparation complètement équipé avec installation d'une paillasse pour chaque secteur, afin d'éviter les mélanges pendant les préparations. Pour répondre à la demande, l'espace de préparation actuel de l'hôpital de jour est maintenu.



*Figure 2 :
Plan du service de médecine spécialisée avec description de la nouvelle affectation des locaux*

Sécurité et surveillance : L'espace du bureau infirmier doit permettre la surveillance du couloir et l'orientation des visiteurs, sans que les personnes travaillant à des tâches administratives soient dérangées par l'entrée intempestive dans le bureau de personnes extérieures. Il sera donc fermé par une paroi vitrée garantissant la confidentialité des échanges.

Création d'un bureau médical central : Un bureau central, pour les raisons expliquées précédemment, est mis à disposition de tous les médecins intervenants dans le service hospitalisation classique et hôpital de jour. Une chambre à deux lits est affectée à ce bureau.

Installation des locaux logistiques : Pour répondre à la demande d'économie, la localisation initiale des locaux logistiques a été respectée, mais la réserve et l'office ont nécessité des changements. Ces locaux vont être créés dans l'espace aveugle du bureau médical initial. L'office alimentation peut être aveugle, car ne sert plus qu'à mettre les aliments en température ou préparer des petits déjeuners, goûters et tisanes. L'office actuel, naturellement bien éclairé, sera réaffecté au salon – salle à manger des patients de l'hôpital de jour qui seront plus nombreux. Aucune réserve n'est prévue actuellement, entraînant des rangements éclatés, des pertes de temps et de la pénibilité physique. Mais elle peut éventuellement être installée en utilisant la surface restante après installation de l'office alimentation.

5. Conclusion

Malgré l'évolution actuelle vers une flexibilité des affectations et un regroupement des zones de support, l'analyse ergonomique partagée a permis d'étayer et de coordonner l'argumentaire de chaque professionnel pour justifier les choix de sectorisation. La formation visant l'action permet la mobilisation des acteurs et la transformation des situations de travail. Cette démarche clarifie des facteurs qui facilitent le changement ou la transformation, comme l'ont montré Montreuil et Bellemare (2001). L'unanimité des soignants, de l'AS au praticien hospitalier, et le soutien du CHSCT ont permis de convaincre, en particulier dans l'établissement de pédiatrie. Le personnel observé se retrouve aisément dans les diagnostics, regrette presque systématiquement les problèmes de concertation et les lie souvent à la volonté affichée de flexibilité et de mutualisation des moyens humains et matériels. Malgré la tendance générale à la mutualisation des soignants sur un pôle de 5 à 6 services, la stabilité des soignants dans le secteur peut être parfois maintenue localement et permettre une confiance entre soignants dans le secteur mais également sur l'ensemble du service. La combinaison des contraintes architecturales et budgétaires peut être plus ou moins problématique. En particulier, perdre des chambres d'hospitalisation représente un coût direct conséquent pour une institution. Mais ce choix délicat peu permettre de structurer de réels « collectifs de travail », à certaines conditions : temps conséquents de coordination et de chevauchement, déplacements moindres (réserves à proximité)... Dans cette optique, les choix les plus ambitieux sont aussi les plus faciles à concrétiser : une direction qui investit davantage appuie davantage pour que l'ensemble des conditions utiles soient présentes. En ce sens, la démarche mise en œuvre en neuropédiatrie représente un idéal trop rarement accessible, du point de vue de l'efficacité organisationnelle et des dynamiques collectives mises en place pour favoriser la santé et l'efficacité : les temps de coordination assez conséquents, dans un lieu « sanctuarisé », s'y superposent à des temps de soutien émotionnel. Mais les compromis plus délicats doivent également être présentés dans la littérature, afin d'éviter un trop grand écart entre une littérature ergonomique qui prescrit en décalage avec la pratique des ergonomes « de terrain ». C'est ainsi que les choix dans le service d'hospitalisation adulte permettront apparemment de vrais progrès dans l'efficacité organisationnelle et les possibilités de coordination pluridisciplinaires, mais ceux-ci devraient être évalués en toute rigueur une fois les travaux finalisés.

Bibliographie

ASSTSAS (2003) Ergonomie participative dans la conception des bâtiments hospitaliers - (L') - PARC 8, Montréal Québec Canada, 60 pages.

<http://www.asstsas.qc.ca/publication.asp?DocPubliID=2&DocSubCatPubliID=12&link=publication#206>

Clot, Y. (2002). *La fonction psychologique du travail. Troisième édition augmentée*. Paris : Presses Universitaires de France.

Estryn-Behar, M. (1996) *Ergonomie hospitalière Théorie et pratique*, Estem eds, 568 pages.

Estryn-Behar, M. (2008) *Santé et satisfaction des soignants en France et en Europe*, Presses de l'école des hautes études en santé publiques, 383 pages

Garrigou, A., Thibault, J.F., Jackson, M., & Mascia, F. (2001). Contributions et démarche de l'ergonomie dans les processus de conception. *Pistes*, 3 (2). <http://www.pistes.uqam.ca/v3n2/pdf/v3n2a6.pdf>

Montreuil, S., & Bellemare, M. (2001). Ergonomie, formation et transformation des milieux de travail : introduction *Relations industrielles/Industrial Relations*, 56 (3), 459-464.

Noro, K. Imada, A.S. (1991). *Participatory ergonomics*. Taylor et Francis : London.

Villeneuve, J. (2003) *Ergonomie participative dans la conception des bâtiments hospitaliers (L') - PARC 8* Montréal Québec Canada, 47 pages. <http://www.asstsas.qc.ca/article.asp?DocID=486>

Rocher, M. (1998) Conditions de travail. L'ergonomie de conception : un défi pour l'hôpital. *Travail et sécurité INRS*. 572 ; 16-33.