

ERGONOMIE ET CONCEPTION DES UNITES DE SOIN

Analyse des difficultés à partir de trois expériences.

M.F. Forissier¹, C. Volckmann¹, G. Pugniet², P. Davezies³.

1 : Médecin du travail,

2 : psychologue,

3 : médecin du travail, ergonomiste.

Communication au Colloque International Ergonomie à l'hôpital, Paris, Juillet 1991.

Mots clés : ergonomie, conception, hôpital.

Les conditions de travail du personnel hospitalier sont souvent pénibles et pourtant il est très difficile pour le médecin du travail d'obtenir des améliorations significatives à partir de ses observations. Faute de pouvoir initier nous mêmes des transformations à partir d'une analyse centrée sur les difficultés du personnel et les atteintes à sa santé, nous avons décidé de privilégier chaque fois que possible l'intervention sur les secteurs dans lesquels des transformations étaient prévues pour d'autres motifs afin de tenter d'y greffer nos préoccupations.

L'accueil que nous avons reçu de la part des directions s'est avéré encourageant et nous avons eu l'occasion de participer à trois reprises à des processus de rénovation d'unités hospitalières (un service de rhumatologie, un service de chirurgie maxillo-faciale et un laboratoire de parasitologie et d'immunologie). Les résultats de ces expériences ont été positifs mais il nous paraît nécessaire de faire le bilan des difficultés que nous avons rencontrées.

Les problèmes liés à l'intervention dans un projet peuvent s'organiser sur trois axes : le temps, les compétences et les relations sociales.

1°) Le temps

La difficulté la plus évidente concerne le temps. Il y a, de la part des responsables, une tendance à n'ouvrir que fort tardivement le travail de confrontation du projet avec l'expérience du personnel et sa connaissance fine de l'activité.

Les demandes d'intervention nous ont toutes été adressées dans les mois qui précédaient l'ouverture du chantier alors que les projets étaient en discussion depuis longtemps, parfois depuis plusieurs années.

Le travail doit alors être réalisé dans l'urgence et il faudrait quasiment tout abandonner pour se consacrer à l'examen du projet ce qui n'est évidemment pas possible.

De plus, dans deux interventions, il est apparu que le projet comportait des faiblesses qu'il aurait fallu traiter très en amont.

Le premier n'était nourri par aucune prospective concernant l'évolution prévisible de l'activité du service.

Le second prévoyait, sur un plateau de dimensions fixes, l'installation de sanitaires individuels dans toutes les chambres, tout en maintenant inchangé le

nombre de lits. Les espaces de circulation et de travail s'en trouvaient réduits de façon très inquiétante .

L'intervention trop tardive n'a pas permis de jouer sur ces aspects du projet et il est certain qu'une intervention plus précoce aurait été plus efficace.

Pourtant notre expérience montre que, même lors d'une intervention tardive, il est encore possible d'obtenir des résultats tout à fait tangibles. Il est certain que notre intervention a permis dans chaque cas de rectifier des erreurs de conception et que les conditions de travail sont plus favorables que si nous n'étions pas intervenus.

2°) La mobilisation des compétences

Sur le terrain des compétences, les difficultés sont de deux ordres :

- D'une part, le groupe de projet ne rassemble pas toujours l'ensemble des compétences nécessaires,
- et d'autre part, même lorsque ces compétences sont disponibles, les participants sont volontiers tentés de dépasser les limites de leur propre compétence.

Nous avons eu une expérience très positive avec un groupe de projet composé par un représentant de la direction, des représentants des services techniques, le chef de service et la surveillante.

En revanche à deux occasions nous avons eu des difficultés.

Dans l'un des projets nous n'avions le contact direct qu'avec les ingénieurs et techniciens des services techniques. Quel que soit leur compétence et leur ouverture d'esprit, le pilotage du projet par les membres des services techniques tend à contenir le débat au niveau des seules solutions techniques compatibles avec l'enveloppe préalablement définie par la direction et interdit d'aborder les éléments d'orientation générale même s'il apparaît au cours du travail qu'ils nécessiteraient des rectifications.

L'expérience la plus pénible a été la quasi-disparition du groupe de projet à la suite de la mutation du directeur responsable et la prise en charge directe par le chef de service du travail de conception.

Ceci permet d'introduire l'autre type de difficulté. Il existe dans les modes spontanés de conduite de projet une forte tendance à la confusion des fonctions, des compétences et des responsabilités entre les différents partenaires et intervenants. La situation dans laquelle un chirurgien, qui ne travaille qu'au bloc, dessine les plans de la salle de soins du service en est une illustration. Dans un tel contexte, nous sommes confrontés de la part de nos partenaires à des demandes qui témoignent d'une très grande surestimation du champ d'intervention de l'ergonome ou du médecin du travail. Il arrive que le médecin du travail au nom de ses compétences en ergonomie soit poussé vers la planche à dessin, sur des tâches qui relèvent de la compétence de l'architecte ou des services techniques. Il nous semble indispensable de rester très ferme la position : on ne peut attendre de nous que des connaissances générales sur le fonctionnement humain et des analyses et pronostics sur le travail et les atteintes à la santé.

3°) La complexité des relations sociales

La potentialisation des compétences et des expériences n'est qu'une face de l'organisation du travail. Le rapport salarial implique la subordination à une autorité. L'intervention s'inscrit donc dans un contexte de relations hiérarchiques qui doivent elles aussi faire l'objet d'une grande attention.

La première difficulté que nous avons rencontrée concerne l'exercice de l'autorité. A deux reprises le directeur avec lequel nous travaillions a été promu. Un changement

dans la composition de la direction constitue un obstacle à la continuité du travail. D'autant que se greffe une deuxième source de difficultés, particulière au secteur hospitalier : l'existence d'une double hiérarchie. Nous avons déjà évoqué la situation dans laquelle le relais a été pris par le chef de service qui avait de la conduite de projet une conception tout à fait différente.

Une autre difficulté a trait aux relations avec l'encadrement soignant. Nous nous sommes rendu compte que les directions ne nous demandaient pas d'intervenir sur n'importe quel projet. Dans deux cas il existait un important problème d'animation de l'unité avec un net fossé entre l'encadrement et le personnel. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'un hasard. Dans un cas au moins la direction attendait de façon quasi-explicite que nous nous substituions à la surveillante dans la réflexion sur le projet. Telle n'est pas la conception que nous nous faisons de notre rôle. Nous nous efforçons au contraire d'aider la surveillante dans son travail d'animation de l'équipe soignante et évitons toute action qui risquerait de déstabiliser plus encore la structure de l'équipe.

Enfin la participation du personnel aux groupes de travail sur le projet n'est pas toujours bien comprise. "J'ai déjà participé à une rénovation du même type -nous dit un chef de service-. On avait demandé son avis au personnel et ça ne donne rien". Nos interlocuteurs interprètent notre intervention comme une volonté de mettre en place une sorte de gestion démocratique du projet. Il est parfois difficile de faire comprendre que nous nous efforçons, à partir de l'analyse du travail et des connaissances du personnel, d'anticiper les difficultés qui vont de toutes façons se poser au moment du démarrage, de préciser les enjeux sous-jacents aux débats, et d'éclairer les logiques en présence. Il faut faire entendre les nuances qui séparent représentation du personnel et intervention ergonomique. Le point de vue de l'activité n'est pas strictement superposable au point de vue du personnel. Le processus de mobilisation des compétences pour la réussite du projet n'est pas une procédure de consultation démocratique.

Travail d'explication pénible lorsque notre interlocuteur s'en tient à un leitmotiv du type : "baratin, théorie, perte de temps que tout cela, donnez nous du concret" - traduction : "donnez nous des recettes qui nous dispensent de recourir au savoir du personnel".

Enfin, lorsque malgré tout le travail est engagé, lorsqu'un accord a été conclu sur ses modalités, lorsque les résultats commencent à apparaître, nous constatons que les directions se laissent volontiers reprendre par une conception asymétrique de la communication. Les directions sont très généralement intéressées à voir des informations sur le travail remonter jusqu'à elles. En revanche elles ne perçoivent pas toujours spontanément la nécessité de répondre aux objections soulevées par le personnel. C'est ainsi que nous avons vu une direction intégrer à son projet des modifications suggérées par les groupes de travail sans juger utile d'en faire part au personnel...

4°) Pour faire mieux, éviter les ambiguïtés

Une grande partie de ces difficultés peut se ramener à une tendance à la confusion des rôles, des responsabilités et des compétences.

Certes nos interventions sont précédées d'une négociation au cours de laquelle nous expliquons ce que sont pour nous les conditions d'un travail fructueux sur le projet. Mais il s'agit d'une négociation qui débouche sur un accord purement oral.

Ce défaut de formalisation laisse la porte ouverte à toutes les dérives et nous impose de ré-expliquer régulièrement ce que nous considérons comme relevant de notre responsabilité et ce qui relève de la responsabilité d'autres partenaires.

Nous considérons aujourd'hui qu'à partir du moment où une démarche de projet vise à mobiliser l'ensemble des compétences disponibles sur l'hôpital, il est nécessaire de disposer d'un document qui formalise l'accord sur les modalités de travail et auquel chacun des partenaires puisse se référer.

Un tel document devrait rappeler les principaux éléments qui ont de toutes façons été négociés au début du travail:

- les objectifs de l'intervention avec la définition de ce que peut amener l'ergonome et de ce qui relève d'un autre champ de compétence ou de responsabilité,
- les moyens de son intervention : possibilité de mettre en place des groupes de travail au sein du personnel, constitution d'un groupe qui assure le pilotage du projet et soit à même de travailler sur les éléments fournis par l'intervention,
- le volume de l'intervention en fournissant d'emblée une indication sur le temps qui pourra être consacré,
- les modalités de circulation de l'information.

Ce document devrait être soumis pour avis aux instances représentatives du personnel et en particulier au CHS-CT qui serait alors en mesure de suivre l'évolution du projet.

Un tel document pourrait peut-être faire office de garde fou et éviter au médecin du travail qui pratique déjà l'ergonomie d'être successivement assimilé par ses différents interlocuteurs à l'architecte, au dessinateur, au maquettiste, au responsable du service achats, à la surveillante, au délégué du personnel, voire à la direction...