



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Mémoire de fin d'études
FORMATION DES INFIRMIERS GÉNÉRAUX

Jury : 25 et 26 octobre 2001

**« CONTRIBUTION DE L'INFIRMIÈRE GÉNÉRALE DANS LA
CONCEPTION ET RÉNOVATION DE LOCAUX »**

MARIE POTTIEZ-MAYEUX

Marie POTTIEZ-MAYEUX - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2001

Sommaire

INTRODUCTION	2
<u>1 - L'APPROCHE THÉORIQUE ET CONCEPTUELLE</u>	9
<u>1.1 LE TRAVAIL ET SES CONDITIONS</u>	9
<u>1.1.1 ÉVOLUTION DE L'HÔPITAL</u>	9
<u>1.1.2 DÉFINITION DU TRAVAIL</u>	9
<u>1.1.3 LE CADRE REGLEMENTAIRE</u>	10
<u>1.1.4 LES CONDITIONS DE TRAVAIL : « Problème de société »</u>	12
<u>1.2 L'ERGONOMIE HOSPITALIÈRE</u>	20
<u>1.2.1 DÉFINITIONS</u>	20
<u>1.2.2 ATTRAITS DE L'APPROCHE ERGONOMIQUE</u>	21
<u>1.2.3 LES AXES DE PILOTAGE DE L'ERGONOMIE</u>	22
<u>1.2.4 CONCEPT « TRAVAIL »</u>	22
<u>1.2.5 LE TRAVAIL COMME ACTIVITÉ</u>	23
<u>1.2.6 MODES D'INSERTION DE L'ERGONOMIE À L'HÔPITAL</u>	24
<u>1.2.7 LA DÉMARCHE ERGONOMIQUE</u>	26
<u>1.2.8 LES ESPACES DE TRAVAIL</u>	27
<u>1.3 L'ARCHITECTURE HOSPITALIÈRE</u>	29
<u>1.3.1 LES ACTEURS PRINCIPAUX</u>	29
<u>1.3.2 LES ELEMENTS PRINCIPAUX</u>	29
<u>1.3.3 LA CONDUITE DE PROJET DANS LA CONCEPTION ARCHITECTURALE</u>	31
<u>1.3.4 LA PLACE DE LA PROGRAMMATION DANS UNE CONCEPTION</u> <u>ARCHITECTURALE</u>	32
<u>1.3.5 ARCHITECTURE ET ERGONOMIE</u>	32
<u>2 - CHOIX DE LA MÉTHODE ET DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE</u>	34
<u>2.1 Méthodologie de l'enquête</u>	34
<u>2.1.1 LES ÉTABLISSEMENTS RETENUS</u>	35
<u>2.1.2 PROFIL DE LA POPULATION INTERVIEWÉE</u>	37
<u>2.1.3 DÉROULEMENT DES ENTRETIENS</u>	38
<u>2.1.4 LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ENQUÊTE</u>	39
<u>2.2 ANALYSE PRÉLIMINAIRE</u>	40
<u>2.2.1 POUR LES DSSI/IG</u>	43

2.2.2	<u>POUR LES CADRES INFIRMIERS SUPÉRIEURS</u>	43
2.2.3	<u>POUR LES CADRES DE PROXIMITÉ</u>	44
2.3	<u>ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES RECUEILLIES et verification des hypotheses</u>	45
2.3.1	<u>Mise en exergue des éléments qui ont contribué à réduire les dysfonctionnements organisationnels liés à un défaut de conception des points architecturaux stratégiques dans une unité de soins</u>	46
2.3.2	<u>Mise en exergue des éléments repérés comme ayant induits des dysfonctionnements organisationnels liés à un défaut de conception des points architecturaux stratégiques dans une unité de soins</u>	55
2.3.3	<u>LA VERIFICATION DES HYPOTHESES</u>	61
3 -	<u>EMERGENCE DU PROJET : ASPECTS OPERATIONNELS ET PROSPECTIFS</u>	63
3.1	<u>CONTEXTE ET DONNÉES DE CADRAGE</u>	64
3.1.1	<u>LES GRANDS ENJEUX DE L'HÔPITAL</u>	64
3.1.2	<u>LES PRINCIPALES ATTENTES DU PERSONNEL D'ENCADREMENT</u>	65
3.1.3	<u>LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE</u> ...	66
3.1.4	<u>LA STRATÉGIE INSTITUTIONNELLE</u>	68
3.2	<u>L'INFIRMIÈRE GÉNÉRALE : RESPONSABLE DU SERVICE INFIRMIER</u>	69
3.3	<u>LA CONDUITE DE PROJET</u>	74
3.3.1	<u>LES ÉTAPES CLÉS DU PROJET</u>	74
3.3.2	<u>LE CADRAGE STRATÉGIQUE DU PROJET</u>	75
3.3.3	<u>MOBILISER LES ACTEURS</u>	75
3.3.4	<u>ORGANISER L'ÉQUIPE PROJET</u>	76
3.3.5	<u>ORGANISER LA RÉALISATION DU PROJET</u>	77
3.3.6	<u>ÉVALUER LE PROJET</u>	77
3.3.7	<u>SUIVRE L'ÉVOLUTION DU PROJET</u>	78
3.3.8	<u>ÉTABLIR DES FICHES PROJET : PLANS D'ACTION</u>	78
3.4	<u>CE QUE PEUT APPORTER LA DEMARCHE ERGONOMIQUE À LA CONDUITE DE PROJET</u>	80
	CONCLUSION	85
	BIBLIOGRAPHIE	87
	ANNEXES	89

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

CI : Cadre Infirmier

CIS : Cadre Infirmier Supérieur

CP : Cadre de Proximité

CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail

CS : Cadre de Santé

IG : Infirmier(e) Général(e)

DSSI : Directeur du Service de Soins Infirmiers

« Comprendre, est-une activité sans fin par laquelle nous nous ajustons au réel, nous réconcilions avec lui et nous efforçons d'être en accord ou en harmonie avec le monde »

Hannah ARENDT

INTRODUCTION

Le service public hospitalier est considéré à plusieurs titres comme le pivot du système de santé de notre pays et autour de lui s'organise la réponse aux besoins de la population. Les établissements de santé publics concentrent autour de leurs activités très diversifiées, des ressources humaines et matérielles considérables afin d'assurer leur mission de service public en matière sanitaire. Ils assument des soins de haute technicité comme des soins de proximité.

Depuis ces dernières décennies, le paysage hospitalier a entamé une profonde mutation, sociologique, médicale et scientifique. Une nouvelle étape s'engage pour l'hôpital. Elle s'articule autour de priorités réaffirmées : adapter l'offre de soins aux besoins de la population, promouvoir la qualité et la sécurité des soins, réduire les inégalités dans l'accès aux soins.

L'hôpital est une organisation très complexe qui, comme toute organisation et peut-être davantage que d'autres, implique la participation et la coopération la plus large des personnels au fonctionnement des services.

L'amélioration de la qualité des soins donnés aux malades nécessite en priorité que les agents se sentent bien dans leur travail, et qu'ils en soient satisfaits, qu'ils s'y épanouissent de telle sorte qu'une vie d'équipe soit possible. Cette vie d'équipe est indispensable à l'hôpital étant donné la difficulté liée aux conditions physiques de travail mais aussi à la confrontation à la maladie et souvent à la mort.

Les conditions de travail agissent en effet directement sur la satisfaction des agents et sur leurs relations professionnelles, éléments fondamentaux de la qualité de la prise en charge des malades. Le travail à l'hôpital est physiquement et psychiquement éprouvant. Les agents perçoivent un accroissement de leur charge mentale, tout en indiquant qu'ils sont plus autonomes que par le passé, plus impliqués dans la bonne marche de l'établissement. La tendance à l'intensification du travail, la complexité croissante des techniques, la montée des exigences liées à la prévention des risques infectieux, aggravent les contraintes dans un contexte de tension sur les effectifs.

Cette situation ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les conditions et l'organisation du travail. Les coûts pour la collectivité justifient que le débat social et scientifique fasse aux conditions de travail une large place. Le souci de la qualité des soins comme celui de la santé du personnel impose de prendre des mesures de prévention de « l'usure professionnelle » des soignants. De plus, les aspirations des individus à l'égard de leur travail professionnel se font plus exigeantes avec l'élévation du niveau de vie et du niveau d'instruction. Il ne saurait y avoir de politique hospitalière, y compris la maîtrise des coûts, sans une attention particulière accordée au travail des participants au service de la santé. C'est sur ces derniers que reposent au fond la qualité et l'efficacité des prestations hospitalières.

L'évolution de la prise en charge globale du malade visant à son autonomie oblige à revoir les standards de rénovation et de conception des locaux. Elle met en lumière des contradictions entre l'histoire de l'hôpital, la rationalité d'une conception fonctionnelle et l'humanisation d'un lieu d'accueil des malades et de qualité de vie au travail des personnels.

Les contraintes architecturales et organisationnelles ont une influence sur la charge de travail et sur l'état de santé des agents. Ces aspects conditionnent aussi la qualité des soins, qui a elle-même une grande influence sur la satisfaction professionnelle et celle de l'usager.

La plupart des hôpitaux sont dans des phases de renouveau architectural avec la construction de pavillons neufs ou la rénovation d'anciens locaux. L'aménagement des bâtiments hospitaliers est certainement l'un des aspects des conditions de travail où la nécessité d'un point de vue ergonomique apparaît la plus manifeste. En effet, « L'ergonomie aide à comprendre l'activité professionnelle et non pas à la juger. Elle cherche à faciliter le travail de chacun à partir de la valorisation des compétences d'une équipe. Appliquée à l'hôpital, elle peut contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des soignants et des patients »¹. L'analyse de l'activité, pierre angulaire de l'approche ergonomique, apporte une information spécifique, décisive pour assurer l'adéquation des locaux aux besoins des usagers. De ce fait, le milieu hospitalier est l'un des domaines où l'ergonomie est essentielle car les erreurs flagrantes de conception ne sont pas exceptionnelles et une fois construit l'édifice et son aménagement réalisé, il est extrêmement malaisé et onéreux de faire un retour en arrière pour remédier à des erreurs de conception.

¹ ESTRYN-BEHAR M., « Pour une ergonomie participative à l'hôpital », in Objectif soins, n° 26, octobre 1994

Toutefois le développement de l'ergonomie dans la conception et la rénovation des bâtiments hospitaliers, auquel nous consacrerons un chapitre, pose des problèmes sur deux plans : les uns d'ordre technique, les autres relatifs aux modalités d'insertion de l'approche ergonomique dans le déroulement du processus de conception des locaux.

Ce mémoire sera centré sur la question de recherche suivante :

« Pourquoi constatons-nous régulièrement des dysfonctionnements sur les points architecturaux stratégiques dans les unités de soins dont l'impact est très significatif sur l'organisation et la qualité des soins ? ».

D'autre part, il nous semble important pour notre exercice professionnel futur d'envisager les différents aspects et de répondre à ces interrogations :

- **« Comment résoudre cette problématique, afin de procurer une qualité de vie aux soignants et aux soignés,**
- **Comment anticiper lors d'un projet de conception ou rénovation de locaux ?**
- **Comment conduire le projet avec les équipes, les véritables experts du terrain».**

L'expérience de la conception ou rénovation de locaux devrait enrichir notre culture professionnelle mais aussi personnelle pour la future fonction occupée, compte-tenu des enjeux économiques, organisationnels, et culturels. Cette recherche tentera modestement de mieux cerner la contribution de l'infirmière générale dans cette vaste problématique.

NOS MOTIVATIONS POUR CE TRAVAIL

Avant d'aborder l'approche contextuelle, il nous semble important d'énoncer les prémices qui ont contribué à mener cette réflexion.

À l'aube de notre fonction de cadre infirmier puéricultrice, nous avons été missionné pour élaborer le cahier des charges du nouveau service de Pédiatrie du pôle Mère-Enfant, véritable challenge au sortir de l'École des cadres. Tout un questionnement émergeait.

Dès cette époque, privilégier la qualité de vie au travail des soignants constituait pour nous un élément majeur dans les prises de décision concernant ce projet. Les conditions d'exercice dans un service de médecine générale de Pédiatrie sont délicates de part la confrontation à la souffrance mais aussi à la mort et le fait du jeune âge de la population touchée. Un travail d'équipe se révélait nécessaire afin de prendre en compte, ensemble, la pénibilité des conditions de travail voire de prévenir « la souffrance au travail ».

Nous avons eu la chance dans l'établissement où nous étions de bénéficier, dans le cadre du contrat d'amélioration des conditions de travail, d'une formation-action dont les objectifs poursuivis étaient de permettre aux cadres d'acquérir une méthode d'analyse des situations de travail afin de conduire à moyen et long terme une action de changement en matière d'organisation du travail, d'améliorer la qualité des soins, d'améliorer les conditions et les relations de travail.

Lors de notre stage dans un Centre Hospitalier Universitaire, courant février 2001, nous avons pu côtoyer le personnel d'encadrement qui venait de participer à la rénovation d'un ancien pavillon, qui partageait nos mêmes préoccupations. Il était assisté par un ergonomiste.

Dernier élément, le Centre Hospitalier, où nous serons affecté, est en plein renouveau architectural, avec une phase de conception suivie d'une phase de rénovation d'anciens locaux, comme maintes structures hospitalières.

Il nous a donc paru intéressant de profiter de l'expérience passée avec toutes ses difficultés, des recherches sur le terrain qui confirmaient ou infirmaient nos hypothèses, nos constats, pour aborder ce que pourrait être le rôle de l'infirmière générale dans cette problématique.

APPROCHE CONTEXTUELLE

La qualité du séjour dans un établissement de santé, telle qu'elle est perçue par l'usager, découle en partie de la qualité des soins. Elle dépend également de la qualité des relations entre les différents acteurs qui le soignent, des relations qu'entretient le personnel soignant avec le patient et de façon plus large avec l'environnement hospitalier.

La volonté d'humanisation des hôpitaux a été l'occasion de nombreuses réflexions sur cet environnement. Le but recherché est l'optimisation du système entre les ressources humaines et les outils, pour privilégier la prise en charge globale et optimale du patient.

Même si l'idée à progresser, qu'il existe des liens entre qualité de vie du patient et qualité de travail des soignants, nous sommes loin d'en avoir tiré toutes les conséquences en matière de choix architecturaux.

Un programme de recherche, mené par Madeleine ESTRYN-BEHAR, conseillère en ergonomie et médecin du travail à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, a mis en évidence les conséquences sur l'état de santé des personnels lorsque les contraintes architecturales ne se sont pas adaptées au travail réel. En effet, les difficultés de prise en charge et de surveillance des malades risquent d'avoir des conséquences graves si l'aménagement de l'espace, des moyens d'approvisionnement, de la transmission de l'information qui constituent les déterminants du travail réel, ne tiennent pas compte de la complexité du travail des équipes et des différents types de relations qui s'y établissent.

Madeleine ESTRYN-BEHAR a conduit des analyses ergonomiques, qui ont démontré que l'architecture, l'organisation du travail, le mode de transmission de l'information, le niveau de connaissances initiales des salariés, de leur formation continue et l'expérience professionnelle dans le service concerné, avaient une influence sur la part indirecte des soins.

Les facteurs architecturaux et organisationnels ont aussi une influence sur les soins directs (soins donnés directement à la personne soignée). En effet, les interruptions occasionnées par la recherche d'informations et de matériels en des lieux éloignés entraînent le fractionnement de l'activité de soins directs.

Les interruptions obligent à une reprise ultérieure de l'acte initial, elles sont donc la cause d'une parcellisation des actes qui rend très complexe la mémorisation et nécessite une reprogrammation mentale des priorités. Cette difficulté n'est pas atténuée par le caractère souvent court des interruptions. Elles augmentent la durée globale des soins, peuvent empêcher la réalisation de l'acte de soins selon les standards d'hygiène enseignés, se répercuter sur l'ordre des gestes, l'aspect relationnel... Cela met en évidence une restructuration permanente du planning de travail par les soignants : l'activité devient une discontinuité hétéroclite d'actes qui exigent néanmoins une continuité mentale.

La prise en charge globale et personnalisée des patients nécessite un travail d'équipe et requiert de la disponibilité. Cependant, la rationalisation du travail en une somme d'actes programmés tient peu compte de cette nécessité, pas plus que des divers facteurs organisationnels et architecturaux, qui réduisent le temps disponible auprès des patients.

Cette tension entre l'idéal professionnel et l'exigence de productivité est douloureusement vécue par les soignants, source de stress, de souffrance au travail.

PROBLÉMATIQUE

Dans ce contexte et en référence à son champ de compétence, la participation de l'infirmière générale s'inscrit parmi les missions définies par le **décret du 18 octobre 1994, article 2**: « Les infirmiers généraux coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et assurent l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers. ***Sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, ils participent à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux.*** ».

À partir de cette approche contextuelle, un questionnement émerge :

Quelle est la place et le rôle de l'infirmière générale au sein de l'établissement dans un contexte de conception ou de rénovation de locaux ?

Comment l'infirmière générale peut-elle prendre en compte l'ergonomie hospitalière et utiliser cette approche comme une stratégie d'anticipation à la pénibilité du travail, dans la complexité du milieu hospitalier ?

L'infirmière générale est-elle un interlocuteur privilégié, parmi tous les protagonistes, dans un contexte de renouveau architectural ?

Quelle est la place et le rôle de l'infirmière générale au confluent des différentes logiques d'acteurs ?

Quelle démarche participative peut-elle mettre en place pour éviter les dysfonctionnements architecturaux, source de pénibilité au travail et parfois de non-qualité des soins pour le patient ?

Du questionnement à la problématique :

Ce mémoire sera, donc, centré sur la question de recherche suivante :

« Pourquoi constatons-nous régulièrement des dysfonctionnements sur les points architecturaux stratégiques dans les unités de soins dont l'impact est très significatif sur l'organisation et la qualité des soins ? ».

HYPOTHÈSES

L'analyse pluridimensionnelle du thème de cette recherche ainsi que la problématique posée amènent les hypothèses suivantes :

- **L'absence d'anticipation des besoins réels**, compte-tenu des caractéristiques spécifiques des utilisateurs, de leurs activités et des exigences liées à la prestation hospitalière, **génère des dysfonctionnements organisationnels une fois la conception et/ou rénovation réalisée.**
- La démarche conduite de projet est émaillée d'imperfections. Il ne semble pas que les décisions aient été prises **en intégrant les potentialités d'apport de connaissances de chacun des acteurs.** De même, il ne semble pas devant les aspects itératifs de la conduite, **que les acteurs concernés aient été interrogés de nouveau pour certaines options déterminantes.**

Nous traiterons le sujet en trois étapes. Dans un premier temps, nous poserons le cadre théorique et conceptuel. Dans un second temps, nous présenterons l'enquête sur le terrain et enfin, en nous appuyant sur les apports de la théorie et de l'enquête, nous proposerons quelques solutions pour tenter de remédier à cette problématique.

1 - L'APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE

1.1 LE TRAVAIL ET SES CONDITIONS

1.1.1 ÉVOLUTION DE L'HÔPITAL

L'hôpital est devenu un établissement de soins et de diagnostic, très médicalisé à l'origine de cette profonde mutation deux facteurs : l'élargissement des assurances sociales et l'évolution des techniques médicales. À cela s'ajoute l'imbrication des différentes évolutions qu'elles soient économique, technique ou sociale.

Sur le plan économique, le mode de gestion passe au budget global (1984) en imposant une gestion rigoureuse du matériel et des ressources humaines. La performance n'est plus liée à l'augmentation de la durée moyenne de séjour d'où la nécessité d'optimiser les ressources, et d'homogénéiser la population traitée.

Le plan technique voit l'émergence de nouvelles techniques, de nouveaux modes d'investigation, un nouveau système de communication intégrée permettant d'optimiser les relations. Tout cela n'est pas sans incidences sur l'organisation, les conditions de travail, les compétences, la qualification des agents.

Quant à l'approche sociale, elle voit apparaître l'exigence de plus en plus accrue du patient, la reconnaissance de ses droits avec la charte du patient hospitalisé. Pour les agents, nous notons l'augmentation de la qualification du personnel, un effectif constant, le vieillissement de la population, ainsi qu'une modification de la charge de travail.

1.1.2 DÉFINITION DU TRAVAIL

En un siècle, bien des tâches pénibles ont disparu. Si les problèmes ne se posent pas au même niveau qu'en 1900, ils ne sont pas réglés pour autant. Et de nouveaux problèmes apparaissent, à cause des nouveaux outils, des nouveaux produits, des nouvelles formes de travail. Nous assistons à un changement d'attitude et de motivation affectant le plus grand nombre des travailleurs qui portent ce thème au premier plan des désirs et des objectifs de la société contemporaine ainsi qu'une intervention plus prononcée des partenaires sociaux avec une augmentation de leurs productions écrites.

Mais qu'est-ce que le travail ?

« Le travail est une activité finalisée, réalisée de façon individuelle ou collective par un homme ou une femme donnés, dans une temporalité donnée, située dans un contexte particulier qui fixe les contraintes immédiates de la situation. Cette activité n'est pas neutre, elle engage et transforme en retour celui ou (celle) qui l'accomplit.² »

1.1.3 LE CADRE REGLEMENTAIRE

Les textes de lois formalisent l'intérêt de la qualité de vie au travail (annexe 1) . Nous reprendrons ici les principaux textes relatifs au registre hospitalier. À noter, le renouveau du dialogue social à partir de deux grands conflits catégoriels de 1988 et surtout de 1991 avec la médiatisation des conflits infirmiers.

- **La loi de décembre 1973** fixe le cadre de négociations sur les conditions de travail. Elle crée pour les entreprises de plus de 300 salariés des commissions paritaires. À cette époque fut également fondée l'Agence Nationale pour les Conditions de Travail **ANACT(1973)**, sous tutelle du ministère du travail. L'objectif essentiel de cette agence est de promouvoir et populariser des actions-pilotes, avec un appui technique et financier. Ainsi le législateur, en se préoccupant des conditions de travail, contribue à l'entrée de l'ergonomie dans les entreprises. Le **bilan social**, introduit par la **loi du 12 juillet 1977**, comporte un volet sur les conditions de travail.
- **Loi AUROUX du 23 décembre 1982 relative à la création des CHSCT**
Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail est une instance représentative du personnel présidée par le chef d'établissement ayant pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des agents ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.
- **Protocole d'accord du 21 octobre 1988 dit « Accord EVIN » :**
Premier accord national concernant les conditions de travail dans les hôpitaux publics. Il rappelle les compétences des C.H.S.C.T, prévoit notamment la mise en œuvre de nouvelles méthodes d'analyse des charges de travail. Il est issu de la négociation provoquée par le premier conflit infirmier en 1988.

² TEIGER C, « *L'approche ergonomique : du travail humain à l'activité des hommes et femmes au travail* », in Éducation Permanente n° 116, Comprendre le travail, Première partie, 1993, pp.71-96.

- **La loi hospitalière du 31 juillet 1991**

Poursuit la réorganisation interne des hôpitaux et le réaménagement du système hospitalier dont l'un des objectifs est d'améliorer la concertation et le dialogue au sein de l'hôpital par la création d'instances nouvelles de participation (conseils de service, le droit à l'expression directe et collective..)

- **L'ordonnance du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée dont une des perspectives est la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation destinées à améliorer la qualité de l'offre hospitalière. Elle consacre dans l'axe de la Gestion des Ressources Humaines en référence 10 : *« L'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le projet social de l'établissement »*, un plan annuel d'amélioration des conditions de travail doit être entrepris, suivi et évalué. Dans la référence 11 *« Des processus sont en place afin d'examiner et d'améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines »*, l'enquête concernant la satisfaction des personnels est un critère défini comme hautement souhaitable. Par la richesse de son contenu, le manuel d'accréditation est un outil essentiel qui trouvera toute sa place dans la démarche projet.

- **Protocole d'accord du 15 novembre 1991 dit « Accord National pour l'Amélioration des Conditions de Travail » ou « Accords DURIEUX » :**

Accord national en trois volets dont le dernier traite des conditions de travail dans les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier. Il prévoit notamment la réduction du temps de travail de nuit à 35 heures en moyenne hebdomadaire, un dispositif de contrats d'amélioration des conditions travail (contrats Piquet ou Durieux) signés entre les établissements et l'État après avis favorable du Comité Technique d'Établissement (C.T.E), un dispositif de suivi et d'évaluation. Son préambule caractérise les conditions de travail du personnel à l'hôpital, reconnaissant pour la première fois la difficile confrontation à la mort et à la souffrance.

- **Circulaire DH/FH1/91 du 23 décembre 1991**

Cette circulaire est relative à l'application de l'accord national sur l'amélioration des conditions de travail qui précise : *« L'implication des agents, leur motivation, sont étroitement liées à la satisfaction qu'ils retirent de leur travail./.../ Or l'organisation et les relations de travail, comme les conditions de travail des agents, sont des éléments fondamentaux de cette qualité du service. L'évolution des techniques médicales a profondément modifié le contenu du travail, la répartition de la charge de travail dans le temps/.../. Les acteurs se multiplient autour du malade avec des*

*logiques professionnelles différentes./../. Il est donc indispensable de s'attacher à diminuer la pénibilité du travail, à faire évoluer les relations humaines dans le travail, et **rendre les personnels hospitaliers partie prenante de l'organisation du travail** ».*

- **Protocole du 13 MARS 2000 dit protocole « AUBRY »**

Comprend :

- Des mesures immédiates **dont l'amélioration des conditions de travail** :

« Afin d'améliorer les conditions de travail et de vie au travail, des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail feront l'objet de financements spécifiques par les agences régionales de l'hospitalisation.....

Ils permettront de financer des actions de prévention, des actions de formation, du matériel, des équipements adaptés, des travaux d'aménagement des locaux ainsi que tout projet visant à alléger la charge physique et psychique du personnel...

Le suivi de ces contrats sera réalisé par le CHSCT, dans le cadre de ses attributions ».

- La modernisation de l'hôpital
- Ouverture d'autres chantiers dont le principal est la réduction du temps de travail
- Le renforcement du dialogue social
- La création d'une instance de suivi du protocole.

1.1.4 LES CONDITIONS DE TRAVAIL : « Problème de société »

DÉFINITION

Potentiellement toute caractéristique du travail a vocation à devenir une « condition de travail ». Il appartient au débat social de dire s'il est légitime de la traiter comme telle.

EN EUROPE

Un rapide tour d'horizon en Europe qui voit des différences d'un pays à l'autre
« La France a un revenu par habitant parmi les plus élevés d'Europe. Pourtant, c'est un des États membres où les conditions de travail sont les plus médiocres, si on en croit les déclarations recueillies dans l'enquête européenne. La charge physique (postures pénibles,

charges lourdes) apparaît élevée. Les possibilités d'ajuster l'environnement de travail sont relativement peu développées. Le rythme de travail dépend souvent directement de la demande. Du point de vue de l'autonomie ou de la participation, la France se situe seulement dans la moyenne européenne »³.

EN FRANCE

Dans les préoccupations de santé publique en France, la place des conditions de travail reste modeste : « *La population se contente encore trop souvent d'intérioriser le discours médical sur la santé, qui tend à confiner ces problèmes au niveau individuel sans tenir compte de l'impact de l'environnement professionnel* »[Cassou, 1997]. Cette carence renvoie à la visibilité des conditions de travail, à leur construction sociale. Elle interroge aussi la recherche scientifique : comment comprendre et évaluer les effets du travail (avec ses diverses composantes) sur la santé (sous ses divers aspects) au long de la vie active ?

Si l'on admet que le travail peut être un « opérateur de santé », on est en droit de proposer une acception élargie de la santé [Davezies, 1998] avec trois composantes :

« *Être en forme ; [...] ; se sentir libre, ce qui implique autant le sentiment d'avoir barre sur les choses que la connaissance et l'acceptation de ses propres limites ; enfin, percevoir la suite des événements comme une unité susceptible de faire sens et de constituer une histoire* ». ⁴

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

L'approche globale invite à s'interroger sur ce qu'est la qualité de vie au travail.

Albert RIPON, praticien et enseignant en Psychologie du travail et des organisations à Bordeaux, examine les dimensions de la qualité de vie de travail dans son livre.⁵ Nous assistons, dit-il, à une crise des valeurs où celle de la qualité de vie émerge et d'autres sont radicalement remises en cause. La qualité de vie, dans l'ici et maintenant, est aujourd'hui prônée. La notion ne se rattache pas à l'utopie d'un retour au passé, ni même aux rêveries d'un retour à la nature, malgré ses résonances écologiques. En revanche, elle fait référence à un bonheur de vivre en travaillant.

Ce concept apparaît alors qu'une prise de conscience collective d'une crise du travail s'accroît. D'une part, avec les luttes syndicales, les politiques des directions, et la

³ GOLLAC M, VOLKOFF S, *Les conditions de travail*, in collection Repères, 2000, 120 pages.

⁴ Ibid 3

⁵ RIPON A., *La qualité de vie de travail*, Éditions PUF, 1983, 257 pages.

survenue des phénomènes sociaux (1968), des changements d'attitudes et de motivation affectent le plus grand nombre des travailleurs et portent ce thème au premier plan des désirs et des objectifs de la société contemporaine. Ce qui amène les partenaires sociaux à réaliser des productions écrites. Ce concept se renforce et évolue, à la suite des transformations de la vie économique et des rapports sociaux survenus lors de la dernière décennie. D'autre part, dans ce contexte d'évolution des idées, des textes de lois rendent formel l'intérêt de la qualité de vie au travail.

Au terme de son ouvrage, il dégage trois axes principaux :

- Le premier plaide pour une évaluation psychologique des conditions de travail. Il se dégage de la recherche sur le concept qualité de vie au travail, des informations et actions accumulées sur le terrain qui peuvent être gage d'une amélioration en la matière.
- Le second insiste sur la reconnaissance de la pluralité des modes d'adaptation de l'homme au travail, et, en retour suscite la nécessaire prise en compte de cette pluralité dans l'action pour l'amélioration de la qualité de vie au travail.
- Le troisième axe amène une conception du rôle du psychologue du travail et des organisations dans le processus continu de changement vers une amélioration effective de la qualité de vie au travail.

Le thème de la qualité de vie au travail est repris au sein des organisations internationales tels l'OCDE (Organisation des Communautés pour le Développement Économique) qui en 1973 inscrit ce thème parmi sa liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays membres, et depuis lors, cette organisation a suscité de nombreux rapports.

PÉNIBILITÉ DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Les salariés sont de plus en plus nombreux à évoquer leurs mauvaises conditions de travail, en dépit de la part croissante du secteur tertiaire dans l'économie et la modernisation des entreprises.

Si la qualité des conditions de travail est régie par des facteurs économiques et macrosociaux, les mauvaises conditions de travail ont des coûts individuels et collectifs considérables. Même s'il est difficile à estimer, le **coût économique des mauvaises conditions de travail** ne doit pas être négligé. L'efficacité et les performances pourraient

largement être accrues en améliorant les conditions de travail, en évitant des erreurs, des gaspillages, des défauts de qualité.

Jusqu'à présent, lorsque la santé au travail est évoquée, il est fait davantage état de sécurité que de santé. Les facteurs physiques, biologiques qui causent les accidents et maladies professionnelles sont mieux repérés que les facteurs psychosociaux ou organisationnels qui peuvent être source de stress professionnel. Si les causes du stress sont multiples : conjoncturelles, organisationnelles, professionnelles. À la première place sur le banc des accusés, nous trouvons l'intensification du travail.

INTENSIFICATION DU TRAVAIL

Dans la plupart des économies développées, le travail s'intensifie depuis les années quatre-vingt [Dhondt, 1986]. Les contraintes multiples ou serrées empêchent les travailleurs d'anticiper le travail à venir et de s'organiser en conséquence.

L'intensification retentit sur les conditions de travail. Elle peut d'abord amener à augmenter les mêmes opérations par unité de temps. Autre conséquence directe de l'intensité du travail : le « stress ». La pression temporelle forte est pour l'organisme une agression. L'urgence est en soi une mauvaise condition de travail. Travailler dans l'urgence restreint les marges de manoeuvre et rend les pénibilités moins évitables. Ces marges de manoeuvre concernent notamment la possibilité de réaliser des soins de qualité personnalisés, ou celle d'un réel travail d'équipe.

Ainsi la manière dont l'organisation des prestations hospitalières rend possible ou non, pour chaque soignant, des marges de manoeuvre est déterminante en matière de plaisir ou de souffrance dans le travail.

Mais le lien entre intensité et conditions de travail est souvent plus compliqué. L'intensification du travail va surtout ébranler le compromis construit par chaque travailleur entre les objectifs de la production, les compétences dont il dispose et le souci de préserver sa santé.

Dans les hôpitaux, l'intensification du travail conduit les agents à renoncer à l'usage de matériel destiné à diminuer la pénibilité des conditions de travail. D'une part, la mise en place a une composante temps qui n'est pas négligeable. D'autre part, la gestion serrée de leur temps les incite à recentrer leur activité sur les seuls actes techniques. L'impact de

l'intensité du travail sur les conditions de travail est surtout aggravé par le fait que le travail devient imprévisible.

Il est difficile de maintenir durablement un auto-investissement bénéfique dans le travail. L'intensification du travail est donc un facteur de fragilisation, facteur d'un nouveau mal : les troubles musculo-squelettiques.

TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

L'épidémie de TMS, mal de notre siècle, peut être considérée comme un signe de l'intensification du travail. Les TMS peuvent être définis selon le cas de « syndrome d'hyper-sollicitation », ou de « lésions pour efforts répétés ».

L'urgence contraint à opérer de la façon la plus rapide, en sollicitant toujours les mêmes muscles ; ou à intervenir dans des postures peu commodes au prix d'efforts ponctuels intenses.

F.HUBAULT⁶ définit les TMS comme la résultante d'une cristallisation de ce que coûte à l'individu la souplesse de l'organisation.

LES PÉNIBILITÉS PSYCHOLOGIQUES

Qu'entend-on par STRESS PROFESSIONNEL ?

Le stress est une expression, qui littéralement veut dire en anglais « contrainte ». Elle a été utilisée par SELYE, physiologiste canadien, en 1946 pour désigner la réponse de l'organisme à une agression. Les agressions ne sont pas limitées aux seules agressions physiques, mais incluent toutes les situations où l'individu risque d'être en difficulté dans ses rapports avec son environnement social aussi bien que physique.

La notion de stress concerne alors le processus d'adaptation de l'individu à cet environnement.

Parmi les travaux du courant organisationnel, ceux de Karasek et Theorell sont particulièrement intéressants car ils mettent en rapport, comme sources de stress potentielles, deux choses :

⁶ F. HUBAULT, professeur à l'Université Paris 1, Ergonomie et Écologie Humaine.

- D'une part, les exigences physiques et psychologiques de la tâche,
- D'autre part l'autonomie et le contrôle que l'on a sur elle.

Le modèle de KARASEK étudie le stress professionnel : Les exigences psychologiques et physiques par rapport au degré d'autonomie de décision. (annexe 2)

Des travaux de psychologie du travail comme ceux de Robert Karasek et des modèles plus récents [Lidvan et Girault-Lidvan, 1999], ont établi le caractère multidimensionnel des conditions psychologiques de travail. Plusieurs faits émergent :

- L'écart entre le conçu et le vécu étant au cœur des tensions observées au travail, il n'est pas surprenant que ces travaux puissent s'insérer dans la problématique du stress professionnel pris au sens large.
- Le développement personnel (dans le milieu professionnel ou en dehors) ou au contraire la souffrance psychique dépendent de l'autonomie, de la pression et du soutien perçus dans le travail.
- « L'ambivalence du rapport au travail, le fait que celui-ci soit source de souffrance mais aussi de plaisir, l'écart entre la vision subjective du travail et sa réalité objective sont nécessaires à l'accomplissement du travail » écrit BOURDIEU en 1996.

Quant à C.DEJOURS, directeur du laboratoire de psychologie du travail et professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers, interviewé dans le monde du 18/02/1998, dit : « Personne ne peut travailler sans avoir d'abord à faire à la souffrance. Nous souffrons dans le travail parce que quelque chose nous résiste. Pour souffrir moins, nous sommes donc dans l'obligation de mobiliser notre intelligence et notre subjectivité. Ce que l'on appelle traditionnellement la « motivation ». Cette ingéniosité quand elle atteint son but, permet de transformer la souffrance en plaisir ».

Nous pouvons affirmer que plaisir et souffrance ne résultent pas d'un seul élément du travail (autonomie, pression, soutien, reconnaissance), mais des relations des éléments entre eux.

LE BURN-OUT ou syndrome d'épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel, encore appelé burn-out, a été défini en 1974 par Freudenberg. Le burn-out, constaté surtout dans des services sanitaires ou sociaux, est dû à une combinaison de fatigue extrême et d'insatisfaction chronique vis-à-vis des résultats du travail.

R. POLETTI le définit comme un « état d'être dans lequel la personne ne trouve plus l'énergie et les ressources intérieures pour faire face aux demandes de son entourage

personnel et professionnel ».⁷ Elle le compare à une bougie qui n'aurait plus de cire et qui s'éteint faute de combustible, d'où le terme burn-out qui signifie se consumer jusqu'au bout. C. MASLACH affine cette définition : « le burn-out est un syndrome d'épuisement physique et émotionnel impliquant le développement d'une vision de soi négative, d'attitudes négatives vis-à-vis du travail et d'une perte d'intérêt et de sentiments vis-à-vis des malades ».⁸

Dans une enquête qui s'est déroulée dans deux hôpitaux parisiens sur les conditions de vie professionnelle de 520 infirmières, il semble que les facteurs professionnels les plus corrélés à l'épuisement émotionnel se rattachent essentiellement **au dysfonctionnement de la structure hospitalière** (lié à l'évolution de l'hôpital. Le travail des infirmières se complexifie. Les infirmières sont passées à une conception plus autonome de leur fonction, pour répondre aux besoins des malades) et **à la charge ergonomique** (qui regroupe tout ce qui résulte de mauvaises conditions de travail).⁹

LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL

L'étude de Baudelot et Gollac, montre que l'expression des souffrances est statistiquement associée à l'absence de perspectives. Elle est liée à une faible autonomie et à une forte pression. Ces conditions empêchent l'individu concerné de développer une activité authentiquement personnelle, de trouver une issue positive aux difficultés qu'il ressent.

Madeleine Estryn-Béhar utilise les écrits de C. Dejours pour analyser ce phénomène. Elle relie directement cette souffrance au travail, à la dimension psycho-affective du travail.¹⁰

Il est nécessaire de réfléchir à cette dimension du travail pour réduire les risques de décompensation psychique des soignants. Il semble nécessaire d'utiliser certaines connaissances plus classiques de l'ergonomie hospitalière pour prévenir la souffrance au travail.

⁷ POLETTI R, *Le « burn-out »*, in Objectif Soins, N° 16, Octobre 1993, pp 35-36..

⁸ Les guides de l'AP-HP, « Conditions de travail en milieu hospitalier », Paris, 1995, 66 pages.

⁹ RODARY C., GAUVAIN-PIQUARD A., « Stress et épuisement professionnel », in Objectif Soins, Octobre 1993, N°16, pp26-34.

¹⁰ M. ESTRYN-BEHAR, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Éditions ESTEM-Paris 1997, 245 pages.

CONCLUSION

Il est illusoire de vouloir agir sur les conditions et l'organisation du travail, en vue de la promotion de la santé, en contournant la participation active du personnel.

Le développement de soi, le moyen de se réaliser au travail constituent des éléments essentiels à la bonne santé, selon l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ce ne sont pas les contraintes du travail en tant que telles qui sont déterminants en termes de santé mais la façon de s'organiser pour y faire face.

Des choix d'organisation paraissent déterminants : L'organisation du travail (horaires, répartition des tâches et des responsabilités, composition des collectifs, normes et délais) détermine la qualité de la vie au travail, quelles que soient les initiatives prises par ailleurs pour améliorer l'environnement ou mieux concevoir les machines.

L'ergonomie peut apporter une aide importante à la décision dans l'amélioration des conditions de travail qui est étroitement liée aux achats de matériel, et aux décisions d'investissement.

De plus, l'approche ergonomique décèle entre le réel et le prescrit bien des caractéristiques intéressantes à prendre en compte et susceptible de valoriser le travail des agents, d'éviter la non-qualité.

L'ergonomie apporte, en effet, une méthodologie rigoureuse, issue de l'association des différentes disciplines scientifiques qui la composent. Cette approche peut nous aider lors de la rénovation ou conception de nouveaux locaux.

1.2 L'ERGONOMIE HOSPITALIERE

INTRODUCTION

L'ergonomie est l'étude scientifique des relations entre l'Homme et son environnement. C'est une science jeune dont l'objectif général est de procurer sécurité, confort et satisfaction de l'opérateur, ce qui s'inscrit dans un contexte sociétal propice à l'émergence de cette approche. Dans l'industrie, l'ergonomie vise à améliorer les conditions de travail et la productivité. À l'hôpital, elle peut contribuer à améliorer la prise en compte des situations de travail présentant un danger potentiel, à favoriser la maîtrise des dépenses et la qualité des soins et de vie des patients.

1.2.1 DÉFINITIONS

L'étymologie du mot Ergonomie représente mal l'objet de cette discipline. Il est formé de deux racines grecques, (ergon) le travail, et (nomos), la loi, la règle.

L'ergonomie relève de conceptions parfois différentes. Plusieurs auteurs tentent dans donner une définition qui s'affine et s'affirme au fil du temps :

- « L'ergonomie est l'étude scientifique de la relation entre l'homme et ses moyens, méthodes et milieux de travail. Son objectif est d'élaborer, avec le concours des diverses disciplines scientifiques qui la composent, un corps de connaissances qui, dans une perspective d'application, doit aboutir à une meilleure adaptation à l'homme des moyens technologiques de production, et des milieux de travail et de vie »
(Société d'Ergonomie de Langue française, 1969)
- « L'ergonomie est l'ensemble des connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines, et des dispositifs qui puissent être utilisés avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité ».
(A. WISNER, 1979)
- « L'ergonomie étudie l'activité de travail, afin de contribuer à la conception des moyens de travail adaptés aux caractéristiques physiologiques et psychologiques des êtres humains, avec des critères de santé et d'efficacité économique ».
(F. DIANELOU, 1986)

- « L'ergonomie est à la fois un ensemble de connaissances sur l'homme au travail et une pratique d'intervention »
(P-L. REMY, 1991)

1.2.2 ATTRAITS DE L'APPROCHE ERGONOMIQUE

Des axes essentiels peuvent être dégagés de ces différentes définitions.

- L'ergonomie a pour **objet de protéger** l'individu, d'augmenter son confort, sa satisfaction, son efficacité, dans les domaines les plus variés. Cette approche peut intervenir de manière préventive avant l'apparition des conséquences négatives du travail et à la manière curative, afin d'adapter au mieux le travail à l'individu.
- L'ergonomie est **pluridisciplinaire** et fait appel à des connaissances variées, dans les domaines de la physiologie, la psychologie, la sociologie, l'organisation du travail, la législation, l'informatique, la statistique.
- L'utilisation de l'ergonomie est liée aux objectifs de l'entreprise, des populations qui la composent et de la société dans laquelle elle se trouve. Ces connaissances peuvent tout autant servir à **accroître l'efficacité d'un système de production qu'à diminuer la charge de travail de l'opérateur.**
- Son but est de **parvenir à des applications pratiques** qui se rangeront dans l'ergonomie de conception ou l'ergonomie de correction.
- Dans nos pays industrialisés, une main-d'œuvre qualifiée, motivée, efficace est précieuse. Cela même en période de récession économique où **le coût en ressources humaines** demeure élevé. Il importe donc de **ne pas gâcher le temps rémunéré, de préserver cette ressource.** Le secteur hospitalier a cela de particulier qu'il emploie un personnel qualifié, diplômé dans un cadre réglementaire strict.
- **L'adaptation du travail à l'homme est un axe novateur**, puisque auparavant, la recherche de l'efficacité, ou du bien-être, demandait à l'homme de s'adapter à son travail. Dans les définitions de l'ergonomie, le mot « travail » est à prendre dans le sens extensif d'activité. Il rejoint le concept utilisé en physique, mais inclut le travail intellectuel.

1.2.3 LES AXES DE PILOTAGE DE L'ERGONOMIE

L'ergonomie passe par l'énoncé de cinq axes de pilotage que l'on ne peut envisager séparément :

- **La performance :**

C'est la mesure de l'efficacité et la contribution du travail

- **La tâche :**

C'est ce que l'on demande, les attentes de l'établissement. Il s'agit du travail prescrit, d'objectiver ce que l'on attend des agents.

- **La compétence :**

Ressource par laquelle, il trouve les compromis de ce qu'il fait.

- **L'activité :**

Ce sont les compromis opératoires, le travail réel.

- **Le comportement :**

C'est la part visible de l'activité, renvoie à un problème d'interprétation et un problème de confrontation des points de vue.

1.2.4 CONCEPT « TRAVAIL »

Le sens étymologique est celui de tourment, de souffrance. En vieux français, travailler n'a pas le sens de faire un effort, se fatiguer, peiner. Le travailleur n'est jamais l'artisan, créateur presque artiste. La distinction existe depuis longtemps entre l'activité individuelle, autonome, créatrice, et une activité collective, subordonnée, ressentie comme contraignante. Mais à partir du XIX^{ème} siècle, « travailler », « travail » supplantent « œuvrer » et « ouvrier ».

Dans notre étude, le mot « travail » est pris dans son sens le plus neutre, celui d'activité qui regroupe à la fois le fait « d'œuvrer » et celui de « travailler ». De même le mot « travailleur » sera pris ici, dans un sens strict de celui qui agit, comme synonyme d'opérateur.

En ergonomie, le travail est une contrainte que l'on sait ou pas transformer en opportunité.

Nous nous permettons de transcrire des éléments fondamentaux dispensés par M. HUBAULT, ergonomiste, lors d'une intervention durant notre formation :

« L'ergonomie fait apparaître que l'efficacité du travail ne peut être conçue sans égard aux exigences du milieu humain qu'elle sollicite.

Travailler, c'est gérer une tension issue d'une double exigence :

- *L'efficacité qui renvoie aux attentes de l'établissement, ce qu'il demande, le rapport Tâche/Performance ; (Processus de création de la valeur économique).*
- *La santé (développement personnel) qui renvoie aux attentes du sujet, ce qu'il vise à travers ce qu'il engage, le rapport Capacité/Performance ; (Processus de création de la valeur subjective).*

Le travail est engagé dans deux processus de valorisation différents

- *Le processus de valorisation économique*
Où la question se pose du rôle du travail dans l'élaboration de la valeur économique
(La place du travail dans la performance de l'établissement, et la question du sens du travail pour l'entreprise).
- *Le processus de valorisation du sujet*
Où la question se pose du rôle du travail dans le processus d'élaboration de l'identité de la personne, la question du sens du travail pour l'individu.

Pour les ergonomes, le travail n'est réductible à aucun de ces processus de valorisation, mais concerne leur lien ».

1.2.5 LE TRAVAIL COMME ACTIVITÉ

Au-delà des méthodes normatives et des cotations, de nombreux auteurs et praticiens ont montré l'intérêt d'une analyse de l'activité de travail. Ils estiment que, si l'on élabore des connaissances sur l'homme pour les appliquer directement à l'étude des conditions de travail, en omettant l'activité, on se prive d'un instrument précieux de compréhension et de transformation.

Cette préoccupation implique de distinguer la tâche (moyens fournis pour le travail, environnement, procédures à respecter, objectifs de travail), et l'activité elle-même, qui est « un processus complexe, original et évolutif » [Montmoulin, 1986].

L'analyse de l'activité est précieuse pour appréhender deux aspects essentiels d'une situation de travail.

D'une part, il s'agit de repérer les principaux éléments de variabilité de cette situation. Car le contexte de production et l'état de la personne au travail sont éminemment instables, même dans le cas d'une tâche « répétitive » effectuée constamment par un même opérateur.

D'autre part, nous devons tenter de comprendre les régulations, les compromis qu'implique la réalisation de l'activité. Celle-ci intègre des contraintes, plus ou moins compatibles entre elles : consignes, état de l'équipement, impératifs de quantité, de qualité, de réactivité.

Les écarts entre la tâche prescrite et l'activité réelle, les compromis élaborés au fil du travail, méritent un examen attentif, car il faut «comprendre le travail pour le transformer »[Guérin et al., 1997].

Elle intègre aussi les préoccupations du travailleur lui-même : préserver sa santé et sa sécurité, maîtriser son travail, valoriser et renforcer ses compétences, respecter et promouvoir certaines valeurs, tenir un projet de vie.

L'analyse de l'activité permet d'intégrer la diversité des individus. L'approche par l'activité de travail insiste sur le fait que les travailleurs diffèrent, non seulement par leurs caractéristiques personnelles, mais par leurs actes, et que ceux-ci à leur tour modifient les conditions de travail.

1.2.6 MODES D'INSERTION DE L'ERGONOMIE À L'HÔPITAL

L'approche ergonomique en la matière ne date pas d'hier, comme en témoignent les recherches déjà anciennes visant à définir une structure spatiale optimale pour les services de soins (Lippert, 1975) mais la réalité de sa mise en pratique est très récente et sa diffusion limitée. Cette science appliquée n'est pas encore très développée à l'hôpital. Le monde hospitalier est un milieu chargé d'histoire, relativement conservateur, dans lequel règne l'impression que ce qui est fait pour le personnel est coûteux, et que ces sommes réduisent les enveloppes budgétaires destinées aux patients.

Pourtant la méthodologie ergonomique est applicable aux hôpitaux comme elle l'est dans le monde de l'industrie, où ce milieu particulièrement sensible aux coûts de revient en tire bénéfice.

La question du développement de l'ergonomie dans les hôpitaux pose trois types de problèmes : techniques, économiques et sociaux.

Sur le plan technique

Quels outils, quelles méthodes, pour analyser les conditions de travail
Préalables nécessaires :

- Assurer l'intégration des cadres conceptuels, élaborés par l'ergonomie, pour comprendre les problèmes liés aux conditions de travail par la culture professionnelle du milieu hospitalier.
- Inventorier systématiquement les conditions dans lesquelles les agents sont amenés à exécuter leurs tâches. Examiner, en quoi elles peuvent être génératrices de difficultés, de dysfonctionnements et de coûts en termes de fatigue et de santé.
- Obliger à rompre avec le regard habituel et à aller voir au-delà des apparences des tâches prescrites, le déroulement réel de l'activité de travail.
- Saisir l'intérêt, la créativité et la richesse de cette approche et se mettre en position de la pratiquer.
- Le développement de l'ergonomie repose inévitablement sur des démarches d'information et de formation, appropriées aux différentes catégories d'acteurs concernés.

Sur le plan économique

Les moyens affectés à la recherche de meilleures conditions de travail sont toujours limités et toujours trop faibles par rapport à l'ampleur des besoins.

La question de la valeur du travail est ainsi posée : Il ne sert à rien de vouloir améliorer les conditions de travail pour des hommes de qui l'entreprise n'attend rien d'essentiel dans le registre de sa performance. De même, qu'il n'y a aucun avenir pour une entreprise dont la politique repose sur le développement d'une ressource qu'elle épuise.

Sur le plan social

Le sujet des conditions de travail n'est pas un objet neutre et les problèmes sociaux vont se poser de manière différente selon le contexte social.

- Le développement de l'ergonomie dépend, bien évidemment, de l'état des rapports sociaux dans les établissements hospitaliers et de l'attention accordée aux conditions de travail dans la gestion de ceux-ci.
- Les démarches pour impulser l'ergonomie à l'hôpital varient par ailleurs en fonction du contexte local, et de la position institutionnelle des initiateurs.
- La participation du personnel est posée comme une règle.
- Elle peut s'inscrire dans le cadre institutionnel d'instances telles que le CHSCT dont le rôle peut se borner à être formel ou au contraire à s'impliquer fortement dans l'action entreprise. L'approche ergonomique révèle souvent cette instance. Le personnel découvre ce qu'est le CHSCT, l'utilité qu'il peut avoir, et c'est là aussi un facteur positif pour une amélioration des conditions de travail.

1.2.7 LA DÉMARCHE ERGONOMIQUE

Qu'est-ce que la démarche ergonomique ?

La démarche choisie se caractérise par le fait qu'elle se fonde sur l'analyse de l'activité de l'opérateur, c'est-à-dire l'analyse des processus qui constituent cette activité, processus mentaux de traitement de l'information, processus sensori-moteurs, biologiques, processus psychosociaux intervenant dans les rapports avec les malades ou à l'intérieur de l'équipe.

L'analyse ergonomique recherche aussi les déterminants organisationnels de l'activité car pour modifier les conditions de celle-ci, il est indispensable d'agir sur les causes réelles.

La véritable question est de savoir comment et pourquoi, face aux exigences d'une tâche donnée dans des conditions données, le travailleur est amené à adopter tel mode opératoire, telle ou telle stratégie de régulation des contraintes, et d'identifier les mécanismes à travers lesquels surviennent les effets des conditions de travail.

La deuxième caractéristique est l'activité de travail, considérée dans sa globalité. Cette prise en compte de la globalité est importante parce qu'elle répond à ce qui constitue un autre aspect essentiel de la démarche, à savoir que l'analyse de l'activité est entreprise pour apporter une réponse à un problème.

Méthodologie de la démarche ergonomique

Elle consiste à :

1. Circonscrire le problème, délimiter le champ d'analyse.
2. Dégager les hypothèses implicites ou explicites alléguées par les uns et les autres, dépasser ces hypothèses spontanées pour formuler des hypothèses plus élaborées et contrôlables.
3. Définir les moyens nécessaires pour contrôler ces hypothèses.
4. Analyser ces données.
5. Conclure sur les hypothèses.
6. Dédire des solutions.
7. Formaliser les résultats de l'étude dans un dossier, qui sera à la fois un cahier des charges et une base de négociation.

L'analyse de l'activité

Pourquoi ?

L'analyse du travail aux différents horaires et pour les différents grades est nécessaire pour la concertation sur les espaces de travail.

Méthodologie

- Analyse de l'existant.
- Recherche d'informations sur l'organisation du travail et de l'espace prévu.
- Analyse de l'organisation du travail actuel, complétées par des informations techniques.
- Une journée d'observation ergonomique / service/grade/poste.
- Organiser des groupes de travail avec les acteurs concernés.
- Réaliser des plans et maquettes pour favoriser la mise en évidence des contraintes et interprétations parfois contradictoires de l'activité. Ces outils permettent de réaliser des simulations de situations de travail, des scénarios d'aménagement et d'en discuter les conséquences.
- Avoir recours à des experts extérieurs (sociologues, ergonomes, architectes spécialisés en architecture des lieux de travail..) pour amener des compétences variées et complémentaires et fournir un regard nouveau sur la situation de travail.

1.2.8 LES ESPACES DE TRAVAIL

Définition

Nommer un espace lieu de travail n'a de sens que lorsqu'il se distingue des autres espaces. F.Lautier¹¹ parle d'une dimension trop souvent négligée : « *L'espace n'est pas seulement donné par sa matérialité mais par ce qui fonde et produit celle-ci* » car l'espace de travail est aussi lieu de production et à ce titre, peut être lieu d'épanouissement.

¹¹ Laboratoire Espace-Travail, École d'architecture de Paris La Villette, Extrait du « *Traité de l'ergonomie* », Éditions OCTARES.

L'intervention sur l' espace de travail et représentation

Lieu d'actions, de projets, de relations aussi bien qu'espace à produire, là où se retrouve des individus divers dans leurs personnalités comme dans leurs activités. Cet espace n'est-il jamais le « bon » espace, celui qui répondrait à toutes les contraintes et à tous les désirs. N'est-il pas seulement un compromis, résultant de l'état des rapports sociaux et de la diversité des représentations, pour donner à chacun, au mieux, les moyens spatiaux, aussi biens matériels que touchant au sens qu'il peut avoir, de son travail. Chacun de ces espaces n'est en fait qu'une représentation. Chacune de ces représentations est porteuse de sens.

Notions de flexibilité, d'adaptabilité

Dans une vision prospective, il est incontournable d'envisager la notion de flexibilité de l'espace, ou plutôt à son adaptabilité aux différentes évolutions technologiques, ce qui permettra de transformer l'espace, si des systèmes pouvant assurer plusieurs fonctions sont mis au point dans le futur.

À l'hôpital l'espace de travail s'est allongé sous le pas des soignants et opacifié sous leur regard. Les nouvelles constructions ont été l'occasion d'une recherche de structures architecturales « optimales » du point de vue de la fonctionnalité.

Aussi il paraît intéressant de se pencher sur les processus et procédures de réalisation des espaces de travail, ne serait-ce que pour agir efficacement, avec les moyens qui conviennent aux différents moments.

Conclusion

L'ergonomie de correction et de conception en milieu hospitalier doit être adaptée aux contraintes spécifiques du système hospitalier. L'analyse ergonomique de la situation de travail à l'hôpital précède et conditionne l'action d'amélioration des conditions de travail.

Il est essentiel de comprendre le travail, de répondre à toutes les questions qui le sous-tendent ; pourquoi, par qui, comment, où...Il est fondamental de comprendre toute intervention sur un mode opératoire quel qu'il soit, que le travail n'est pas seulement une liste de tâches à effectuer. Adapter les installations existantes à fonctionner en tenant mieux compte du travail de leurs acteurs permet de corriger les imperfections issues du passé.

Pour l'avenir, cette prise en compte doit s'inscrire dans les nouvelles structures bâties dès la définition de leur programme. Leur conception et leur aménagement doivent viser à prévenir les dysfonctionnements et les risques professionnels que l'on rencontre encore dans les hôpitaux récents. L'ergonomie a de profond qu'elle valorise les personnes qui travaillent et la dimension du travail.

1.3 L'ARCHITECTURE HOSPITALIERE

Quelques notions générales essentielles à la compréhension de la problématique.

1.3.1 LES ACTEURS PRINCIPAUX

Le maître d'œuvre

Réalisateur de la commande passée, c'est-à-dire l'architecte, auquel s'adjoint un bureau d'études. Les ambitions historiques de la profession d'architecte sont d'assurer à la fois la solidité, la fonctionnalité, de répondre à des exigences de qualité d'un contenant en accord avec un contenu, et donner un sens à ses œuvres.

Le maître d'ouvrage

« Il lui appartient, après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé, et de conclure, avec les maîtres d'œuvre et entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux » selon la loi N° 85-704 du 12 juillet 1985.

1.3.2 LES ELEMENTS PRINCIPAUX

Le projet

Il est l'expression d'une volonté relative au futur, qui ne porte pas sur le seul bâtiment mais sur un mode de fonctionnement du système. La figure¹² 1.1 présente une structure générale pour le déroulement de l'ensemble du projet reprenant cinq phases et les étapes principales concrétisées par l'émission de documents nécessaires à la poursuite des phases suivantes.

¹² « Étape et phases d'un projet » in Conception des lieux de travail, revue de l'INRS, ED 718, 4^{ème} édition, septembre 2000, p 10.

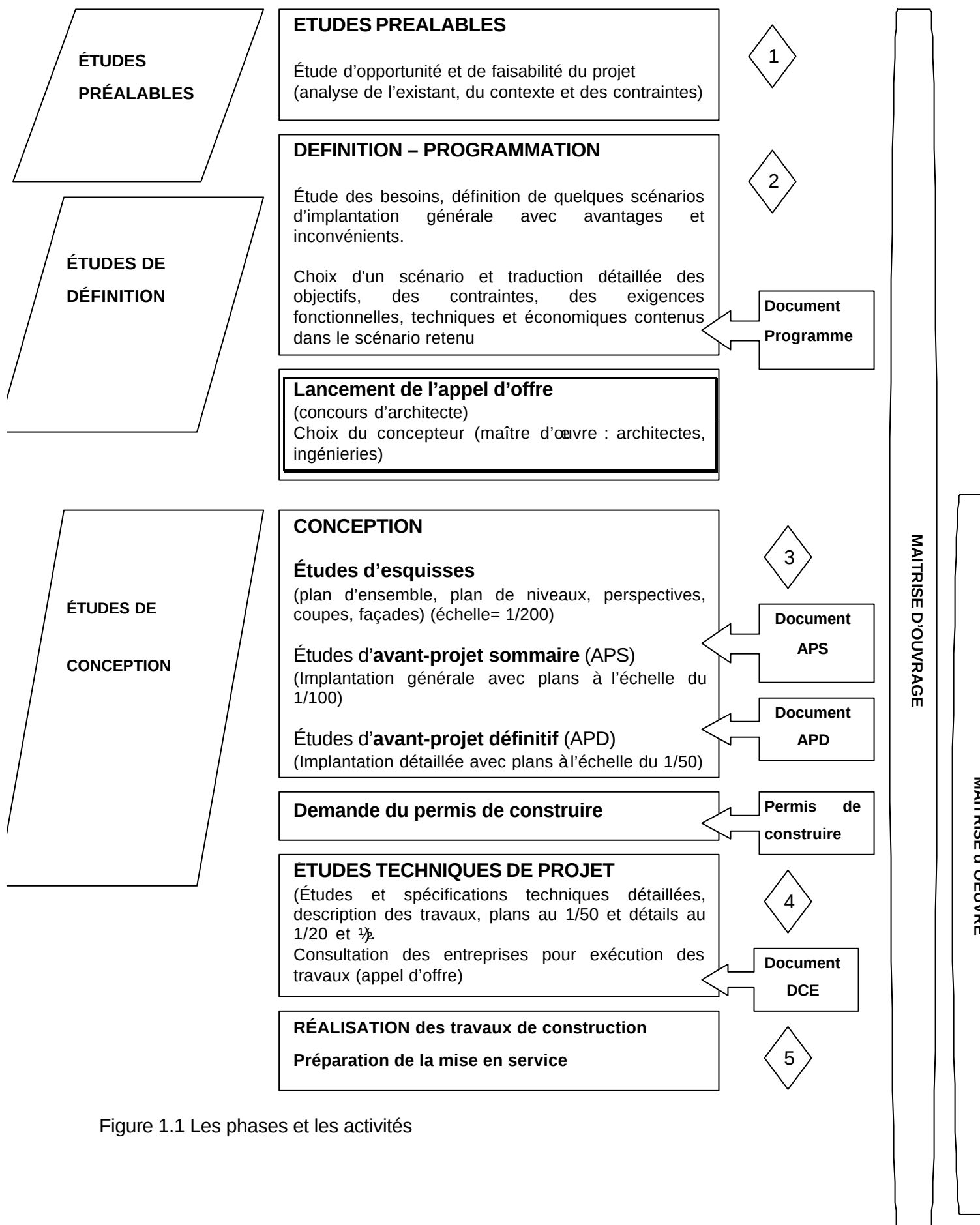


Figure 1.1 Les phases et les activités

Le programme

Le cahier des charges dans un processus de conception architecturale prend le nom de programme et est établi par un programmiste ou encore appelé un programmeur. Le programme architectural est un document contractuel qui décrit aux concepteurs la prestation à dessiner. Fondamentalement, le programme est une pièce essentielle entre le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre. Ce programme doit définir le besoin exprimé de façon aboutie, complète et exhaustive par le maître d'ouvrage et déterminer les liaisons fonctionnelles entre secteurs d'activité.

- **L'avant-projet sommaire (ou APS)**

Il comprend des vues complètes notamment en plan et en élévation et avec affectation des principales surfaces et de leurs relations fonctionnelles.

- **L'avant-projet détaillé (ou APD)**

Ce document précise les solutions retenues lors de l'APS. Il sert de base pour déposer le permis de construire pour un nouveau bâtiment ou pour un bâtiment existant modifié.

1.3.3 LA CONDUITE DE PROJET DANS LA CONCEPTION ARCHITECTURALE

La conduite de projet classique en Ingénierie pour la conception architecturale peut se décliner en onze étapes temporelles stratégiques selon G BOUCHÉ¹³. Rappelons que ces étapes s'inscrivent dans un cadre réglementaire défini à partir d'impératifs techniques complexes.

Ces onze étapes sont :

1. La phase de décision du projet/ les études de faisabilité,
2. La phase d'élaboration des programmes d'architecture,
3. La phase de transcription des programmes en projets dessinés,
4. La phase de mise au point des projets,
5. La phase de consultation des entreprises,
6. La phase de signature des marchés,
7. La phase de mise au point des plans de fabrication et de réalisation,

¹³ Architecte d'intérieur, ergonome, programmiste ; « *Les moments stratégiques pour l'accompagnement des projets en architecture* », in Performances Humaines et Techniques, N° 79, Nov-Déc 1995, p 11-17.

8. La phase de construction,
9. La phase de programmation détaillée,
10. La phase de mise au point des aménagements intérieurs,
11. La phase d'évaluation des projets réalisés.

Chaque phase dessinée correspond à une stratification qui rigidifie les projets et chaque dessin élaboré en cours de projet acquerra un statut contractuel. La sous-estimation des enjeux conduit à ignorer certaines phases de prises de décisions déterminantes dans les procédures d'accompagnement ce qui ne peut être que préjudiciable à la prise en compte des données concernant le travail.

1.3.4 LA PLACE DE LA PROGRAMMATION DANS UNE CONCEPTION ARCHITECTURALE

Le schéma classique d'un processus de conception architecturale est le suivant :

- Études préalables
- Programmation et programme
- Concours architectural : choix du projet
- Conception
- Sélection des entreprises
- Exécution et suivi des travaux
- Réception

Le programme est à la fois définition des objectifs et contraintes du projet, et «sujet » du concours qui va déboucher sur le choix du lauréat. C'est sur la base du programme que l'architecte va élaborer une préfiguration du futur bâtiment (esquisse ou Avant Projet Sommaire = APS), qui lui permettra ou non d'être retenu.

1.3.5 ARCHITECTURE ET ERGONOMIE

Les contraintes architecturales et organisationnelles ont une influence sur la charge de travail et sur l'état de santé des salariés. Ceci conditionne aussi la qualité des soins, qui elle-même, a une influence sur la satisfaction professionnelle.

De nombreuses études soulignent, les divers déterminants de la situation de travail qui affectent son déroulement :

- *Le temps perdu en kilomètres parcourus*, en fonction du nombre de déplacements nécessaires de la distance entre les lieux fonctionnels et les chambres. Toute

économie en ce domaine se fait au profit du patient, et de la santé psychique des soignants. Nous ne sommes pas sans connaître les répercussions psychologiques, chez les soignants, de l'impossibilité de pratiquer la prise en charge globale et efficace du malade, à laquelle ils aspirent.

- *organisation du travail et des horaires :*

Les interpellations, les interruptions pour recherches d'informations ou de matériel, très fréquentes entre les membres d'une équipe peu au clair sur les protocoles et les procédures, par manque de temps et de lieux pour des réunions d'organisation soudant l'équipe.

- *aménagement de l'espace :*

La répartition spatiale éclatée des rangements divers, des locaux de préparation des soins et des bureaux, obligeant à un travail haché, à une perte de temps en déplacements incessants, qui conduisent à laisser seuls longtemps des patients ou des familles ; les banques d'accueil, ouvrant sur des bureaux paysagers avec multiples écrans et téléphones ; les verrières qui résonnent et amplifient les variations thermiques ; les couloirs où toutes les activités se croisent, en privilégiant l'urgence vitale et en ayant l'air d'ignorer la souffrance psychique d'autres patients.

- *choix du matériel ou du mobilier...*

La validation des choix architecturaux, qui sous couvert d'esthétisme, laisse une place majeure à l'influence de modes parfois inadaptées aux soins, ne saurait constituer une réponse suffisante et demeure un élément fondamental. Car une fois mis en œuvre, ces projets ne favorisent pas toujours cette qualité de séjour du malade, faute d'avoir adapté l'architecture au travail réel.

CONCLUSION

L'architecture hospitalière doit être accueillante pour les soignés et d'une grande fonctionnalité pour les soignants. Elle doit faciliter le travail des soignants, surtout, en matière d'hygiène. Elle doit permettre les évolutions attendues des techniques médicales, comme celles des pratiques soignantes et des différents modes d'hospitalisation. Elle doit rationaliser les coûts tout en étant parfaitement adaptée et équipée. La liste n'est pas exhaustive et relève de la gageure pour les architectes.

Nous attendons d'eux une structure unifiée avec une très grande variété de type d'espaces. Le respect des règles sécuritaires et d'hygiène drastiques ne peuvent être sans répercussions sur l'augmentation des déplacements et le travail des agents.

C'est l'ensemble des choix d'organisation de l'espace qui composent finalement le sens donné à un bâti et, par ce bâti, à ce qui s'y vit.

2 - CHOIX DE LA METHODE ET DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

2.1 METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Après avoir défini l'importance que revêtent les conditions de travail et donc, toute l'attention à y apporter pour en diminuer la pénibilité lors de la conception ou rénovation architecturale, mis en évidence ce en quoi l'approche ergonomique est un enrichissement, l'enquête sur le terrain se prescrit alors pour observer, vérifier, analyser si notre construction théorique inscrite en grande partie dans les champs de la psychologie et de la sociologie des organisations y puise sa véracité.

Pour cela, en regard du thème de cette recherche, il nous a semblé important de prioriser l'entretien, en tant que processus interlocutoire, car il aide à mettre en évidence des faits particuliers. A. BLANCHET et A. GOTMAN, reconnaissent à l'enquête par entretien *« une pertinence lorsqu'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent. Elle aura pour spécificité de rapporter les idées à l'expérience du sujet »*.¹⁴

L'approche quantitative par questionnaire a été évincée, car outre la représentativité de l'échantillon et la validité de l'interprétation des données recueillies, ce type d'approche ne nous aurait pas permis de disposer de données fiables en matière d'observation des comportements, de collaboration, de la mise en exergue de l'essence même de l'expérience de chaque acteur sur ce thème de recherche. Le questionnaire n'est pas un instrument de recherche qui permette de cerner les modes interactifs entre les différents acteurs.

S'appuyant sur ce constat méthodologique, l'enquête exploratoire s'est déroulée en deux temps :

- La recherche documentaire a permis de cerner l'aspect pluridimensionnel et interdisciplinaire du thème abordé et a fait l'objet de la première partie de ce travail.

¹⁴ BLANCHET A., GOTMAN A., *« L'enquête et ses méthodes : L'entretien »*, Édition Nathan Université, Paris, 1992, pages.

- L'enquête par entretien à usage exploratoire, menée auprès de deux infirmiers généraux, a permis de mettre en lumière certains aspects non envisagés spontanément par nous-même, de préciser la formulation de nos hypothèses de recherche et de compléter les pistes de travail par d'autres investigations bibliographiques.

Au décours de ces entretiens, le guide d'entretien a pris forme, s'est affiné et affirmé pour devenir l'interface de conceptualisation de la recherche et de sa mise en œuvre complète (annexe 3).

Nous avons donc préféré adopter une démarche d'ordre qualitative en nous limitant à quatre établissements. Chacun porteur de caractéristiques particulières qui peuvent nous aider à comprendre les dysfonctionnements organisationnels liés à des points architecturaux stratégiques mal conçus lors de conception ou rénovation de locaux, ou les stratégies mises en place pour les réduire voire disparaître.

2.1.1 LES ÉTABLISSEMENTS RETENUS

Notre choix s'est porté d'une part sur les lieux de stage au cours de notre formation, l'établissement dont nous sommes originaire et une structure hospitalière récente (juillet 2000) où nous avons visité les lieux et réalisé les rencontres sur la journée.

L'ensemble de l'échantillon se situe sur le quart Nord-Ouest de la France.

PROFIL DES ÉTABLISSEMENTS

Type d'établissement	Nombre de lits	Nombre d'IG	Nombre de Cadres Supérieurs et Cadres de santé
Centre Hospitalier Universitaire	2 200	1 DSSI 4 IG	> 100
Centre Hospitalier	850	1 DSSI	[10, 50[
Établissement Privé	220	1 IG	< 10
Hôpital X	820	1 DSSI	[50,100[

Ces établissements ont été retenus en regard de la diversité de leurs références structurelles, organisationnelles, économiques, administratives, et logistiques.

- ***Le Centre Hospitalier à vocation Universitaire***

L'établissement est en mouvance perpétuelle avec à la fois de nouvelles conceptions et la restructuration d'anciens locaux. Depuis quelques années, ils ont recensé les expériences et gardé des mémoires écrites de celles-ci, pour en tirer une méthodologie qui puisse être utilisée dans des réalisations futures. Les équipes ont été récemment assistées d'un ergonome (le seul que nous ayons pu interviewer), et l'interdisciplinarité est privilégiée.

- ***Le Centre Hospitalier***

Après la construction du Pavillon de la Mère et de l'enfant, deux phases ont succédé pour réaliser le plateau technique (urgences, réanimation, bloc opératoire, imagerie médicale, et laboratoire). L'établissement travaille sur la conception des nouveaux pavillons de Médecine et de Chirurgie. En ce moment même, une extension de la maison de retraite s'édifie. Il nous paraissait intéressant de contacter des cadres qui ont participé à ces travaux et d'analyser leur vécu.

- ***L'établissement privé***

Tous les cadres de proximité sont mobilisés avec l'infirmière générale sur le projet architectural qui vise le rassemblement des trois cliniques réparties sur la ville en un seul et même site, en 2003. Cet assemblage se fera par l'extension d'un site déjà existant. Dans cette structure, nous ne comptons pas un directeur spécifiquement attaché aux travaux, de même l'infirmière générale travaille avec les cadres de proximité, le cadre infirmier supérieur étant une ressource qui n'existe pas. Elle est en lien direct avec les architectes.

- ***L'hôpital X***

Il s'agit d'une structure très récente qui connaît des difficultés de fonctionnement, bien qu'un travail préalable ait eu lieu, avec test en grandeur réelle dans les anciens services. Ils étaient assistés par des ergonomes et médecins du travail.

À l'occasion de la réalisation des entretiens, nous avons pu visiter les services. Nous avons bénéficié de commentaires très détaillés sur les points architecturaux stratégiques qui ont ou n'ont pas généré de dysfonctionnements organisationnels et la vie de ces structures.

2.1.2 PROFIL DE LA POPULATION INTERVIEWÉE

La constitution de l'échantillon doit être diversifiée et non dispersée. En effet, elle subit une double contrainte. Elle résulte du compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations et, simultanément, d'obtenir des unités d'analyse suffisante pour être significatives. Pour répondre à notre problématique, nous nous devons de rencontrer en entretien les principaux protagonistes : ceux que nous côtoyons au quotidien mais aussi ceux qui, par leur approche tout à fait différente mais ô combien complémentaire, pouvaient nous apporter un éclairage éclectique tels : le directeur des travaux, le médecin du travail ou l'ergonome. Ainsi avons-nous défini notre échantillon, et avons réalisé nos entretiens à partir du croisement de nos disponibilités et de leur volontariat.

Type d'établissement	Qualité DSSI/IG	Ancienneté 1° Dans la fonction 2° dans la structure	CIS	Ancienneté 1° Dans la fonction 2° dans la structure	Cadres de Proximité	Ancienneté 1° Dans la fonction 2° dans la structure (moyennes)	Directeur des travaux	Médecin du travail
Centre Hospitalier Universitaire	DSSI IG de site	1°= 21 ans 2°= 2 ans 1°= 8 ans 2°= 8 ans	1	1° = 11 ans 2°= 8 ans	3	1°= 11 ans 2°= 20 ans	X	X
Centre Hospitalier	DSSI	1°=3 ans 2°=1 an	1	1°= 9 ans 2°= 20 ans	2	1°= 11 ans 2°= 12 ans	X	X
Établissement Privé	IG	1°= 4 ans 2°= 4 ans	Pas de CIS	Ressource non existante	4	1°= 9ans 2°= 13 ans	Non	X
Hôpital X	DSSI	1°= 15 ans 2°= 2 ans	1	1°= 7 ans 2°= 1 an	2	1°= 13 ans 2°= 1an	Non	X

Compte-tenu du temps imparti pour l'étude, la stratégie d'intervention auprès du personnel d'encadrement s'est effectuée de deux manières différentes. En effet, les entretiens pouvaient être individuels ce qui a toujours été le cas pour les cadres infirmiers supérieurs mais ils ont été parfois collectifs sur deux établissements pour les cadres de proximité. L'une comme l'autre manière ont été d'une grande richesse. Ce que nous avons pu remarquer dans les entretiens sous forme collective est le profond respect des règles de communication. Tout un chacun exprimait ses opinions et rebondissait sur les opinions de leurs collègues toujours en enrichissant le propos de leur propre expérience, avec le souci de contribuer à étayer notre recherche. Cette méthode que nous avons appliquée en fin de parcours, nous a donné entière satisfaction et serait probablement testée, par nous, dans le cadre d'une autre recherche.

Nous nous sommes limité aux principaux intervenants dont nous avons décrit les rôles attendus dans la première partie. Nous aurions pu intégrer le personnel infirmier, aide-soignant et agent hospitalier, mais nous avons considéré que les cadres de proximité pouvaient être les porte-parole de leurs équipes.

Nous analyserons donc les témoignages, de 25 personnes, recueillis au cours de 18 entretiens référencés dans le tableau ci-dessus, 19 avec l'ergonome.

2.1.3 DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens d'enquête se sont déroulés en regard du guide d'entretien. D'une durée d'une heure trente, ces entretiens se sont organisés en deux temps :

- Une phase standardisée (Présentée en annexe 5 concerne les questions de 1 à 7), elle établit le profil des établissements. Elle définit la population interviewée et mesure l'intérêt pour ce thème.
- Une phase dite spécifique semi-directive (partiellement structurée) où la question de départ a été identique pour tous les entretiens : « Quels sont pour vous les points architecturaux stratégiques dans une unité de soins ? ».

Les différents thèmes du guide d'entretien ont ensuite été introduits en fonction du déroulement de celui-ci, lorsqu'ils n'ont pas été abordés spontanément par l'interviewé.

La prise de rendez-vous était téléphonique et comportait toujours le motif, les objectifs de la recherche. Les rencontres se sont déroulées sur les lieux d'exercice des personnes interviewées, toujours au calme dans un bureau, sans interruption de l'entretien. La garantie de l'anonymat, la possibilité d'arrêter l'entretien ont été précisées au début de chaque entrevue.

Afin que s'instaure un climat de convivialité propice aux échanges, aucun discours n'a été enregistré. La plus grande écoute et attention ont été prodiguées dans les situations d'interlocution. Car comme le précise A. BLANCHET la difficulté de l'entretien réside dans la superposition de deux faits, d'une part soutenir une relation sociale dialogique et simultanément une interrogation de fond. En fait, seule notre capacité d'interviewer à instaurer un cadre contractuel permet à l'interviewé de construire un discours permanent.

2.1.4 LES LIMITES ET LES POINTS FORTS DE L'ENQUÊTE

Les limites

L'enquête réalisée sur quatre établissements n'a pas la prétention d'une recherche exhaustive et scientifique. Il s'agit plutôt d'une première étude qui met en évidence des dysfonctionnements, des maladroites, pour en tirer les éléments positifs tout comme les écueils d'une telle démarche. L'expérience étant peu systématisée en ce domaine, elle mériterait d'être poursuivie et confirmée à plus grande échelle à partir de ces premiers résultats et du même cadre théorique.

D'autre part, chaque établissement où a eu lieu l'enquête en était à des stades différents soit dans la conception, soit dans la rénovation de locaux.

Les points forts

Lors de la recherche des écrits sur le sujet, nous avons été confrontée à la rareté des travaux relatifs à l'ergonomie, à la réduction de la pénibilité au travail, à la prévention de la souffrance au travail et à la conduite de projet sur la conception et rénovation des locaux. Seul un mémoire d'élève directeur et un mémoire d'un infirmier général en 1993 traitent le sujet de l'approche ergonomique en milieu hospitalier mais aucun mémoire d'infirmier général n'a été trouvé sur le sujet proprement dit.

Notre enquête a permis de recueillir des arguments et idées pour enrichir le sujet. Elle permet de faire le point et d'objectiver la réalité du terrain sur plusieurs aspects, la prise en

compte des conditions de travail, de l'ergonomie et de la maîtrise en matière de conduite de projet.

Au plan personnel, cette étude nous a permis de prendre conscience, si ce n'était, de la complexité du système hospitalier de manière plus tangible, des différents enjeux parfois non soupçonnés, du rôle des différentes logiques d'actions et par conséquent le rôle des divers acteurs. Cela renforce notre idée de faire preuve d'humilité dans ce que nous entreprenons, de faire émerger les potentialités de terrain, d'utiliser toutes les connaissances et savoirs mis à notre disposition, de travailler en groupes pluridisciplinaires et de faire représenter toutes les professions et fonctions concernées pour tendre vers la qualité totale tant au niveau du patient et usagers qu'au niveau des professionnels.

Nous sommes d'autant plus sensible qu'un tel projet permette de travailler autour de référentiels (en cela le manuel d'accréditation est une précieuse ressource à exploiter), de mettre à plat les organisations, d'évaluer l'existant et de prévoir la qualité attendue.

L'analyse des informations recueillies commencera par l'analyse du questionnaire appelé « les préliminaires » phase d'entrée en matière de l'entretien sur l'intérêt professionnel que peut revêtir ce sujet.

2.2 ANALYSE PRELIMINAIRE

La différenciation par structure de soins n'apportant aucun élément dans ce questionnaire préliminaire, nous avons préféré l'aborder en terme de vision par catégories d'acteurs. Nous commencerons dans un premier temps par appréhender l'approche des infirmiers généraux puis des cadres infirmiers supérieurs et terminerons par les cadres de proximité.

À la **question 4 et 5** chaque établissement a fait ou fait l'objet d'une réalisation architecturale, qu'elle soit de conception ou de restructuration, dans les trois dernières années.

À la **question 6** : « Avez-vous été confronté à des dysfonctionnements architecturaux ? ». Une présentation par tableau nous a paru la meilleure façon qualitative de présenter le recensement des différents dysfonctionnements. Notre intérêt n'était pas de noter le nombre de fois où cela s'est produit mais bien de faire une synthèse qui pourrait nous être utile dans la phase de projet.

Approche DSSI/IG	Approche CIS	Approche Cadres de proximité
*Portes des chambres étroites. *Déplacements : couloir long. *Poste infirmier non validé par le pharmacien car l'espace pharmacie ne respectait pas les derniers textes réglementaires. *Circuit du bloc opératoire qui croise celui des consultants. *Autres circuits obsolètes dans leur organisation. *Circuit propre/sale mal organisé.	*Déplacements importants. *Poste infirmier trop exigü et une mauvaise qualité des paillasse. *Bloc sanitaire dans la chambre du patient mal conçu en espace, et non adapté à la population accueillie. *Zones de rangement insuffisantes notamment dans la salle de préparation des soins.	*Portes de chambres étroites empêchant le passage des lits à hauteur variable munis de barrières de protection. *Déplacements : couloir étroit et long. *Poste infirmier mal pensé, exigü, peu ergonomique. *Bloc sanitaire dans la chambre du patient mal conçu en espace (le patient installé sur les toilettes, le personnel ne pouvait aider le patient à se relever) et en qualité (pare-douche en verre, celui-ci a éclaté à la chute d'un patient). *Circuit propre/sale inexistant ou mal organisé. *Zones de rangement insuffisantes ne tenant pas compte des besoins et évolutions (ex : L'augmentation de l'usage unique). *Absence de salle de détente ou mal localisée. *Colonne de soutien au milieu de la salle de réveil gênant le déplacement des lits. *Facteurs environnementaux : -Matériaux bruyants.

	*Revêtements de sol : technique de pose mal exécutée (défaut au niveau des joints). *Cloisons murales trop fines et non renforcées pour tenir des supports lourds comme la télévision.	-Revêtements de sol trop antidérapant faisant trébucher le personnel. -Cloisons murales fines ne respectant pas l'intimité des voisins -Lumière naturelle par de nombreuses baies avec une climatisation loin d'être fonctionnelle ce qui augmente la température de façon considérable et conduit à des dérives de la part des patients et du personnel → la sécurité mise aux fenêtres est ainsi forcée.
--	--	--

Nous pouvons noter des constats communs. Nous percevons plus une vision globale pour les infirmiers généraux dont l'intérêt pour les circuits et flux est majeur. Par contre, le personnel d'encadrement était de façon très détaillée et pointue les dysfonctionnements auxquels il a dû faire face et centre son discours uniquement sur l'unité de soins.

La **question n°7** demandait de qualifier l'intérêt professionnel du thème de cette recherche. Unanimement tous les interviewés ont qualifié le sujet d'intéressant voire très intéressant.

Des différents motifs évoqués nous pouvons dégager les axes suivants en reprenant les modalités de synthèse utilisées précédemment

Notons dès à présent que tout ce qui est entre guillemets et en italique sont des propos recueillis lors des entretiens et repris dans leur intégralité.

2.2.1 POUR LES DSSI/IG

- La conception et/ou restructuration permettent une réflexion approfondie sur les pratiques professionnelles, l'organisation et la conception des soins.
- Le projet doit être pensé dans son ensemble, en cela la position de l'IG est stratégique. Sa supervision est essentielle pour repérer les grands dysfonctionnements.
- Face aux différentes contraintes, l'IG doit définir les priorités.
- *« Confronter à la réalité du moment, l'IG favorisera une démarche continue de l'amélioration de la qualité des soins dont le centre des préoccupations sera le patient ».*
- Le DSSI/IG maîtrise la conduite de projet et doit faire émerger comment au quotidien :
 - « * *Etre convivial en assurant l'accueil,*
 - * Assurer la sécurité tout en favorisant l'humanisation,*
 - * Allier l'esthétique au confort et à l'état pragmatique des choses ».*
- Le service infirmier doit être partie prenante et surtout favoriser une démarche participative car *« ce sont les personnes de terrain qui sont les véritables experts »*. L'IG a connaissance du gisement que représentent les différentes ressources humaines au sein de l'établissement. Toutefois en impliquant les équipes, elle veillera à fixer le cadre des contraintes réglementaires et financières afin de ne pas donner d'illusion. *« Rien n'est plus démotivant et démobilisant que les promesses non tenues ».*
- Un des interlocuteurs signale qu'à son sens *« il existe une variabilité du rôle de la direction des soins infirmiers selon les structures ».*

2.2.2 POUR LES CADRES INFIRMIERS SUPÉRIEURS

Un tel projet doit permettre :

- De conduire à terme une réflexion approfondie, *« de se poser, de prendre du recul ».*
- De repenser notre pratique professionnelle, redéfinir nos missions. Il est essentiel de *« partir de la personne soignée, de décliner ses besoins, de voir comment s'inscrivent les flux des patients ».*
- D'impliquer les soignants qui sont les principaux utilisateurs et les principaux experts.
- Comme le souligne un CIS *« la qualité du travail, c'est notre travail. Avec pour finalité une qualité de vie pour les soignés et les soignants ».*

- Cependant l'encadrement supérieur note un trop grand délai entre les réflexions menées pour élaborer le cahier des charges et la réalisation des travaux.

2.2.3 POUR LES CADRES DE PROXIMITÉ

- Ce type de projet engendre le management participatif, ce en quoi ils adhèrent. Ce qui est entrepris doit permettre le changement, le mixage de différentes cultures d'établissements pour une meilleure qualité des soins aux patients.
- Les cadres de proximité insistent sur deux messages principaux qu'ils souhaitent faire passer au niveau de la direction:
 - o « *Privilégier l'accueil et le confort des patients.*
 - o *Préserver et améliorer les conditions de travail du personnel* ».
- Le sujet paraît d'autant plus intéressant « *s'il était possible de ne pas renouveler les erreurs du passé* ». Ils constatent qu'il n'y a pas d'expérience systématisée en la matière.
- Leur insistance s'est manifestée sur le fait que le terrain fourmille d'experts (les agents de terrain), *que la condition sine qua none est : « qu'ils soient entendus »*, mais qu'il était très important « **de ne pas leur donner d'illusion** ».

L'entretien ne constituant pas une fin en soi, il est essentiel d'analyser le discours, pour parvenir aux résultats répondant aux objectifs de la recherche. Cela consiste à sélectionner et extraire les données susceptibles de permettre la confrontation aux faits.

L'analyse vise la simplification des contenus. Elle a pour fonction de produire un effet d'intelligibilité et comporte une part d'interprétation.

Ce que nous allons tenter de faire en réalisant une analyse discursive de l'entretien spécifique.

2.3 ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES RECUEILLIES ET VERIFICATION DES HYPOTHESES

Ce chapitre consacré à l'analyse des matériaux «récoltés » auprès des acteurs de santé, sur l'enquête spécifique au thème, a été élaborée en regard du cadre théorique construit dans la première partie.

Il nous a semblé plus intéressant de modéliser l'approche en mixant et croisant les données d'une part avec les éléments qui ont contribué à réduire les défauts de conception des points architecturaux stratégiques et dans un second temps ceux qui ont induit des écueils à un tel projet.

Ce choix s'est imposé à nous afin d'éviter les redondances et garder toute la qualité et richesse des expériences rapportées. L'objectif étant de pouvoir réutiliser la matière dans une telle situation.

Nous envisagerons dans un second temps l'éventuelle validité de nos hypothèses de départ en regard du lien entre :

- Identification des besoins liés à l'activité réelle et l'anticipation de ce qu'ils pourraient être demain.
- Intégration des potentialités d'apport de connaissances de chacun des acteurs.
- La maîtrise de la conduite de projet.

2.3.1 Mise en exergue des éléments qui ont contribué à réduire les dysfonctionnements organisationnels liés à un défaut de conception des points architecturaux stratégiques dans une unité de soins.

Une démarche structurée

Pour l'un des établissements, la démarche qu'ils ont adoptée, capitalise les savoirs, les expériences passées (« *souci de ne pas réinventer la roue à chaque fois* »¹⁵) et s'appuie sur un échéancier précis ce qui est très apprécié par le personnel d'encadrement. Les cadres présentent deux principes auxquels s'engage leur direction qui sont :

*la formalisation par le biais de la traçabilité méthodique

*Le principe d'irréversibilité ferme : une fois l'étape actée, les retours en arrière sont quasi-inexistants.

Ce même établissement s'aide d'un logiciel informatique pour planifier les étapes du projet.

Pour un autre, dont les ressources internes sont moins abondantes, il a recours à un consultant pour élaborer le programme technique détaillé.

Une tutelle de projet claire et identifiée, représentée par :

Un comité de pilotage

Une commission d'arbitrage

Une commission de concertation

Des groupes de travail au sein des services

(dont nous trouverons en annexe 4 la composition et les missions)

Une commande claire

À partir du projet médical défini, clair



Description du programme des locaux ⇨ Programme Technique Détaillé



Lecture des plans avec le personnel



Description des locaux pièce par pièce (*schéma décrit par un directeur des travaux*).

¹⁵ Propos extrait d'un entretien avec un directeur des travaux.

Une phase en amont développée avec :

- ***Prise en compte de l'environnement***

Intégration de la conception dans le tissu urbain.

- ***Un cadrage institutionnel réitéré à chaque acteur concerné***

Notamment le projet d'établissement dont la pièce maîtresse est le projet médical. La clarté de celui-ci est essentielle pour le choix du concepteur car il définit l'établissement dans son environnement sanitaire, les pôles forts et faibles, la stratégie médicale en regard des variables stratégiques.

Le plan directeur qui décline en termes d'organisation, d'espace, de coût et de calendrier le projet d'établissement. Il définit les grands axes d'orientation et le management stratégique de l'espace.

- ***La clarification autour d'un objectif global connu de tous.*** Il ambitionne la :

*Qualité des prestations dispensées

*Qualité de vie des patients

*Qualité de vie des soignants

Renforcés par des objectifs de fonctionnalité, d'harmonisation, d'uniformisation.

Les propos recueillis :

-« Travailler ensemble avec tous les acteurs concernés.

-Veiller à ce que les équipes visent l'harmonie, réfléchissent sur les organisations de travail actuelles et puissent anticiper les besoins de demain avec au cœur de leurs préoccupations le patient.

-Privilégier une qualité de vie au travail des professionnels de santé.

-Respecter l'aspect réglementaire notamment en matière d'hygiène, de sécurité et de vigilances ».

- ***La définition et l'anticipation des besoins des publics bénéficiaires.***

*Décrire ce qui est fonctionnel et indispensable en tenant compte des contraintes réglementaires en matière d'hygiène, de sécurité.

*Trouver la bonne adéquation entre les locaux et l'activité ce qui nécessite de décrire des modes organisationnels rationnels.

*Analyser l'activité réelle et envisager celle à venir.

*Intégrer l'approche ergonomique en prenant en compte de l'amélioration des conditions de travail des soignants.

Les propos recueillis dans la question N°1 sur l'identification des points architecturaux stratégiques :

Hiérarchiser selon l'ordre d'importance que lui accordent les acteurs :

*** Le poste infirmier dans sa globalité**

Comprenant la préparation des soins, et les espaces consacrés à la pharmacie, aux zones de rangement, au côté administratif. *« C'est un espace où l'on organise le travail, il doit être bien pensé car le personnel y passe beaucoup de temps. Cet endroit doit disposer de lumière naturelle et répondre aux critères réglementaires »*

*** La chambre du patient et surtout son bloc sanitaire.**

La chambre est aujourd'hui standardisée mais le bloc sanitaire est l'endroit relevé comme étant le puits de dysfonctionnements quant aux conditions de travail des agents. Autre élément souligné est la chambre double dont l'espace insuffisant ne permet pas l'emploi d'équipement adapté pour dispenser des soins autour du patient.

*** Circuit propre/sale**

Cet item fait partie des préoccupations majeures de toutes les fonctions interviewées.

*** Le bureau du cadre infirmier**

Indiquer dans tous les entretiens, *« son positionnement est capital et témoigne de la place donnée au cadre de proximité au sein de l'institution et du service »*. Il doit être d'accès facile pour les usagers, les familles, les professionnels, les étudiants et permettre une vue globale et aisée du service.

*** Le bureau des internes**

Est une préoccupation dans le CHU. Cela a été signalé autant par le personnel d'encadrement que par les IG. Celui-ci doit se situer près du bureau infirmier, être au calme et favoriser la concertation.

*** Office alimentaire**

Doit être centralisé et être équipé en regard des techniques innovantes dans ce domaine.

*** La salle de détente**

Excentrée ou pas le débat reste, mais l'espace demeure indispensable.

Mais plus que les espaces de travail eux-mêmes, ce sont le positionnement, leur proximité logistique pour donner satisfaction aux professionnels et aux patients en terme d'amélioration de la qualité des soins qui ont été itérés avec insistance.

La réflexion s'est faite en terme *« de volumes, d'usage de la pièce, du nombre de personnes qui pouvaient y graviter et dans quel créneau horaire »*.

- ***L'analyse des besoins et de l'activité pour la réalisation du cahier des charges***

*Description des locaux souhaités,

*Recensement des surfaces utiles,

*Réaliser une analyse de l'activité soit « *décrire les tâches dans un lieu donné, sur un créneau donné, en notant qui fait quoi, s'il s'agit d'une activité mobile ou statique* ».

*Envisager le positionnement des locaux, leur proximité pour limiter les déplacements,

*Réaliser des fiches pièce par pièce, (annexe 5).

*Penser à l'articulation de la logistique avec les soins.

Le DSSI note une évolution dans la prise en compte des besoins et contraintes liées à notre spécificité par le corps des architectes. Il salue le savoir-infirmier qui a su se transmettre.

Le travail est, de manière générale, abordé en terme de m² par le personnel d'encadrement car cela rassure, permet de visualiser l'espace, puis dans un second temps l'étude des liaisons fonctionnelles et flux se réalise.

- ***La problématique des flux envisagée méthodiquement***

L'étude des flux permet de repérer « *les embouteillages possibles* ».

*Flux des patients, des usagers valides ou non valides, des différentes logistiques.

« *Étudier tous les circuits du départ à l'arrivée des patients, des familles, des approvisionnements, de l'élimination* ».

*Avoir un degré d'exigence par rapport à l'accessibilité pour tous et par tous (à la fois à un usager ou un professionnel porteur d'un handicap)

- ***La définition des priorités en regard des contraintes de chacune des logiques d'action.***

Il s'agit « *de mettre en phase* » toutes les logiques : la logique des travaux (coûts et la logistique), technique, médicale, soignante, des tutelles, de l'environnement et de l'urbanisme (propos recueillis auprès des directeurs de travaux).

L'implication précoce des équipes

*Par la reconnaissance des agents dans leur statut d'acteur, la valorisation de leur savoir-faire car « *Ce sont eux les principaux concernés. Ils connaissent mieux que quiconque les besoins* ».

*S'assurer de la collaboration et de l'implication médicale pour toutes les décisions.

*Consulter et intégrer dans les groupes de travail les personnes ressources, clés, détenteurs d'une expertise. Ces ressources qualitativement et quantitativement sont variables d'une structure à l'autre.

Pour le personnel d'encadrement, l'implication du personnel et des partenaires concernés commence dès l'avant-projet sommaire. Il note également l'importance du rôle de la direction générale qui doit lancer de façon très protocolaire et formalisée le démarrage de ces travaux de réflexion, afin disent-ils « *que chacun puisse prendre ses marques et se positionner* ».

Il est entendu que les IG pensent également que l'implication peut se faire dès le choix de l'architecte réalisé. Avant, cela ne paraît pas judicieux du fait des nombreux enjeux financiers. Une étape importante est l'évaluation des espaces témoins où toute l'attention du personnel est requise. De même pour que s'instaure une dynamique, il importe de favoriser la politique de communication.

La politique de communication

Une politique de communication dont l'objectif visé est le langage commun, la transparence. L'information et les explications sont essentielles pour démystifier, ne pas générer des rumeurs toujours source d'angoisse pour le personnel.

« *Information, explication, transparence, écoute attentive* » sont les mots clés maintes fois entendues pour disent-ils « *Éviter les rumeurs et diminuer l'angoisse du personnel liée à leur devenir lors des restructurations* ».

La politique de communication de l'IG sera « volontariste et structurée avec une présentation étape par étape ».

Les conditions de travail

La qualité perçue en regard de l'amélioration des conditions de travail est observée, par le personnel d'encadrement, en matière de :

- Un intérêt pour le travail très net.
- Une grande motivation dans les projets de service et une implication dynamique et volontaire.
- Un changement dans les comportements.

Les agents apprécient de travailler dans des locaux neufs, spacieux et leur fonctionnalité. L'amélioration du confort notamment hôtelier pour les usagers est estimée par le personnel, car ils n'ont plus à affronter la tristesse, la mauvaise humeur des patients voire l'agressivité en ce qui concerne les mauvaises conditions d'hospitalisation.

L'ergonomie

Dans certains établissements des travaux ont été réalisés avec les ergonomes. En terme de prestation, l'ergonome élabore un travail de co-construction avec l'équipe.

« Le travail étant une expérience qui jamais ne se reproduira dans les mêmes conditions, les questions à se poser sont les suivantes :

**Comment valoriser le travail ?*

**Comment restituer aux agents ce qui ne va pas ?*

**Comment co-construire ensemble à partir de cela pour que les personnes s'approprient les choses ? ».*

Pour faire valoir l'intérêt de l'ergonomie, il est nécessaire de valoriser la qualité des conditions de travail : en tout viser le **confort** et la **performance**. Dans tout projet l'activité évolue en permanence, il se révèle essentiel d'introduire des facteurs d'adaptabilité des locaux, du matériel et de bien étudier les liaisons fonctionnelles.

L'analyse de situation doit envisager les questions suivantes :

**Comment font-ils ?*

**Comment se mobilisent-ils ?*

**Qu'est-ce que cela demande humainement ?*

Les travaux suivent les étapes suivantes : un recueil de données, des simulations, l'élaboration de maquettes, le choix des indicateurs et la phase de restitution.

Nous pouvons donner l'exemple d'un groupe de travail qui a complètement reconceptualiser le bloc sanitaire de la chambre du patient car celui-ci ne permettait pas au personnel de relever un patient des toilettes sans adopter de mauvaises postures voire l'impossibilité de relever celui-ci. Un autre groupe de travail s'est penché sur l'organisation des zones de rangement du poste infirmier pour qu'elle soit en cohérence avec l'organisation des soins et facilite la gestuelle du personnel infirmier sans générer de pénibilité.

L'infirmière générale

- *Comment définit-elle son rôle ?*

**Dans le cadre d'un CHU ou d'un hôpital multisites, l'IG va apporter sa contribution dans la définition des grands ensembles, l'intégration de ce bâtiment par rapport aux autres sites, pour que persiste une logique d'ensemble.*

*Le recadrage avec les projets institutionnels est primordial (par rapport au plan directeur, au projet médical, elle fera le lien avec les axes d'amélioration du projet de soins et projet de service).

*Elle s' imprégnera, de tous les documents et plans, de façon rigoureuse et méticuleuse.

*Elle impulsera la méthodologie basée sur « *des réunions de courte durée avec des décisions tranchées, l'élaboration de gilles de recueils de données et d'évaluation, la réalisation de l'analyse de l'activité en tenant compte des spécificités* ».

*Elle doit aider à ce que le personnel d'encadrement sache lire les plans et se les approprier pour pouvoir accompagner son équipe par la suite.

*Pour que la traçabilité soit rigoureuse et afin d'assurer une continuité des comptes-rendus seront rédigés et un classeur sera mis en place retraçant tout le déroulé du projet en cours en ayant soin de dater et noter le nom des interlocuteurs. Ce classeur pourra ainsi constituer une mémoire et être le puits de l'expérience passée avec les forces et les faiblesses dont il sera possible de tirer les enseignements.

*Elle favorisera l'émergence d'un consensus au niveau du personnel d'encadrement.

*Sa valeur ajoutée réside dans le fait qu'elle joue sa partie dans la transversalité, qu'elle a du recul, une certaine distanciation qui lui permettent une approche éclairée, globale mais également avec le souci du détail.

*Autre fait important, plusieurs IG se sont exprimés sur le fait qu'il faut laisser manager le personnel d'encadrement sur ce dossier, leur laisser une grande zone d'autonomie, car ils sont les véritables experts du terrain. L'IG étant le pivot, le coordonnateur avec une fonction de conseil, d'apport méthodologique car « *ils sont en apprentissage de cette expérience* ».

La difficulté réside donc dans le fait d'assurer une guidance formalisée tout en laissant **un espace de liberté à chacun, des marges d'autonomie.**

- *Ce qu'attend le personnel d'encadrement de l'IG.*

*Tous s'accordent à dire qu'elle doit être « *l'interlocuteur privilégié, le référent* » et considère la politique définit par le service de soins infirmiers primordiale.

*De part son expertise, elle « doit défendre la logique soignante ». Elle est la mieux armée pour argumenter, exposer les points forts d'un mode organisationnel, ou l'option d'un équipement choisi. Il la considère comme « *Porte-parole des soignants* ».

*Elle doit veiller à l'harmonisation, être l'interface en terme de négociation, de décision et donc une aide très précieuse au sein de l'établissement. « *Elle est la tête pensante qui doit expliquer, faire adhérer et participer, assurer la cohésion, savoir prendre des décisions claires à chaque étape* ».

*Ce qui est particulièrement apprécié, c'est le fait « *de travailler ensemble avec une transparence de l'information pour l'élaboration d'un programme ficelé, argumenté en tenant*

compte de la maîtrise des coûts » et pour cela la mise en place de groupes de travail transversaux notamment sur les espaces stratégiques avec tous les acteurs concernés.

*Elle est attendue dans la gestion du suivi et l'évaluation du projet mis en place.

Le principe retenu est de :

- *« Créer une dynamique d'auto-évaluation individuelle et collective,*
- *Évaluer les circuits logistiques avec la méthode du « Qui, Quoi, Où, Quand, Comment ? »*
- *Communiquer avec les instances notamment le CHSCT et les partenaires sociaux ».*

*Sa présence est reconnue indispensable dans les phases de validation au cours desquelles ils attendent une évaluation, une reconnaissance et un soutien moral.

*Un élément souvent réitéré est son positionnement, et celui de la direction, afin que le personnel d'encadrement puisse le faire également.

*En tant que référent reconnu de tous, elle accompagnera le changement.

- *Perception de l'IG par la direction des travaux et les médecins du travail*

*Elle est reconnue comme relais important par les différentes directions fonctionnelles qui attendent *« une remontée de l'information du terrain »* et pense qu'elle doit *« convaincre sans casser »* par rapport aux décisions retenues.

*Sa reconnaissance par l'encadrement est indispensable pour mener un tel projet.

*Son espace décisionnel dépend de son intégration dans l'équipe de direction. Les décisions sont collectives et interactives *« pour la nécessaire gestion collective des choses »*.

Rôle du personnel d'encadrement

Le personnel d'encadrement insiste sur *« définir maintenant ce que l'on veut pour demain »*.

Il apprécie la méthodologie mise en place dans leur établissement, la trouve sécurisante. De plus, *« elle favorise l'uniformisation et l'harmonisation et permet d'aller dans le même sens, tous ensemble »*.

Les cadres reconnaissent comme impératif :

- Un échéancier qui soit respecté
- Une check-list des actions à mener
- Pas de retour en arrière sur les étapes lorsqu'elles sont actées
- La guidance assurée par l'IG et le CIS.

Pour définir leur rôle ils se sont exprimés par mots clés :

« *Informar, expliquer, animer, accompagner les équipes* » pour faire émerger leurs besoins. Mais ils ont surtout insisté sur le fait qu'à partir des propositions architecturales, des contraintes existaient, que « *tout n'est pas possible, que l'on ne peut pas tout avoir* », d'où l'impérieuse nécessité d'en faire prendre conscience aux équipes.

Le personnel d'encadrement utilise des mots-clés expressifs de leurs préoccupations qui sont la *cohérence, la transparence, les échanges, l'écoute*. Il s'attache à voir déterminer très précisément le rôle de chacun. Leur questionnement est celui-ci :

« *Quel est le résultat final attendu ? Qui fait quoi ? Quand ? Comment ?* ».

Les échanges doivent être attentifs entre l'équipe médicale ou son représentant et la direction. Le personnel d'encadrement fait ici référence à la qualité de médiateur de l'IG.

Pour eux, se projeter paraît plus facile lorsqu'il s'agit de rénovation même si les contraintes architecturales sont lourdes que lors d'une architecture de conception. La créativité, l'imagination sont plus fécondes car disent-ils : « *Ils peuvent plus facilement se représenter physiquement les lieux* ».

conclusion

Ce que nous retiendrons comme éléments déterminants sont :

- **Un discours cohérent et commun à tous les niveaux.**
- **Une méthodologie connue, appréciée que chacun s'approprie.**
- **Un échéancier respecté avec un principe d'irréversibilité.**
- **Une politique de communication qui vise la transparence, l'information pour tous qui aide à prendre ses repères, se positionner au sein de l'établissement.**
- **Chaque individu est reconnu comme détenteur d'expertise et acteur dans le système.**
- **L'infirmière générale est reconnue comme interlocuteur privilégié par tous.**

Les recherches d'amélioration des conditions de travail et l'utilisation de l'approche ergonomique font partie intégrante de la démarche. Il va de soi qu'ayant une personne ressource en ergonomie dans l'établissement, cela constitue une valeur ajoutée à celui-ci et toutes les équipes apprécient l'apport qui peut être fait en la matière dans les groupes de travail.

2.3.2 Mise en exergue des éléments repérés comme ayant induits des dysfonctionnements organisationnels liés à un défaut de conception des points architecturaux stratégiques dans une unité de soins.

Pour construire cette partie nous nous sommes appuyé sur les éléments que les interviewés ont repérés comme pouvant engendrer des défauts de conception. Leurs propos faisaient référence soit à leur vécu (et non pas spécialement sur les lieux d'exercice actuels), soit à leur conviction comme éléments indispensables à envisager pour réduire le risque.

Nous tenons à préciser, de nouveau, à ce stade que notre objectif n'est pas de comparer un établissement par rapport à un autre d'autant que chacun des établissements enquêtés n'était pas au même stade de la démarche, mais bien d'éviter des écueils. Notre démarche se veut constructive et saluer le travail de chaque professionnel qui est en interaction avec l'environnement et les événements de « l'ici et maintenant », et, donc en apprécie les opportunités ou bien au contraire en subit les contraintes et tente de s'y adapter.

Un contexte délicat

Comme nous venons de le souligner, le contexte est fondamental dans ce type de projet. Il apparaît que la fonte de plusieurs établissements en un seul et donc sa restructuration reste toujours délicate. Cela a fait l'objet de nombreux propos que nous détaillerons par la suite dans les différentes rubriques ou thèmes où ils sont ressortis.

Une démarche peu structurée

*Une *démarche* peu développée, non connue de tous les acteurs dont la méthodologie employée possédait des contours flous.

*Un *échancier* léger dans sa structure, dont les échéances ne sont pas respectées, ce qui obligent surtout le personnel d'encadrement à réaliser des travaux dans l'urgence sans tenir compte des contraintes quotidiennes des services.

*Un délai, entre le travail de réflexion et celui de la réalisation, tellement « étendu » que :

- Les acteurs perdent de vue l'objectif global et les objectifs opérationnels.
- L'évolution de la technologie et de la médecine sont si rapides que les projets envisagés deviennent vite obsolètes. « *Même si une bonne anticipation des besoins a été réalisée, cela ne résiste pas au temps* ».
- La succession d'acteurs sur le projet et une traçabilité loin d'être rigoureuse amènent à ne plus savoir pourquoi tel choix déterminant a été considéré et génèrent des incohérences et incongruités.

- Cette succession d'acteurs, et la traçabilité en défaut obligent à des retours en arrière réguliers ce qui démotive les équipes. Elles ont l'impression d'une part de ne pas avancer, et d'autre part de n'avoir pas été entendues puisque les modifications demandées n'ont pas été opérées.

Pas de tutelle claire du projet

Nous notons l'inexistence de commissions citées en référence précédemment. Une succession d'acteurs à la tête du projet a été relevée par les professionnels comme élément engendrant le flou et les incohérences dans des choix ou options parfois déterminantes. Également a relevé la trop grande distance entre le terrain et les décideurs.

Une définition des responsabilités non clarifiée

La collaboration interdisciplinaire et professionnelle n'existe pas et entraîne la confusion, les rivalités, les tensions, les jeux de pouvoir. Tout cela constitue un frein au changement.

Une commande en « eaux troubles »

Un projet médical pas toujours bien cerné.



Peu ou pas de participation à la description fine des locaux.

Chaque équipe travaille isolément.



Les professionnels ont été autorisés à se pencher sur les plans tardivement.

Phase en amont peu développée

- ***Le contexte est insuffisamment pris en compte***

Dans le cadre d'une restructuration, plusieurs établissements ont été réunis dans une structure neuve. Cela veut dire une différence dans les cultures, les modes organisationnels, les pratiques professionnelles. Une préparation longue et minutieuse s'impose. Dans les entretiens, le ressenti était variable selon les fonctions et ne se positionnait pas au même niveau. Ainsi pour les cadres de proximité, ils «*percevaient des tensions dans les équipes soignantes liées à la culture*», l'encadrement supérieur «*situait cela plus au niveau de l'équipe médicale sur un mode de rivalités liées à un fonctionnement médical radicalement changé*» (le premier effet était une diminution des chefferies de service).

En résumé, un « brassage de culture » sans préparation suffisante pour travailler, coopérer ensemble.

- ***L'absence de cadrage institutionnel en matière de projet***

Le plus souvent dû à un projet médical flou voire inexistant dans certaines orientations. Pour le projet du service de soins infirmiers, les personnes n'y ayant pas participé fondamentalement, éprouvent des difficultés à se l'approprier.

- ***Des besoins et priorités mal définis***

*« La priorité a été donnée à de grands espaces surdimensionnés et à contrario les espaces de travail sont sous-dimensionnés ».

*Les services ont demandé l'uniformisation des postes de soins infirmiers mais les surfaces sont variables d'un étage à l'autre. Cela empêche l'uniformisation et gêne l'organisation des soins.

*Une mauvaise appréciation des besoins et de sa capacité d'accueil rend un service de consultations, peu de temps après son ouverture, délicat à faire fonctionner de part sa structure, son positionnement, son organisation.

*Quant aux points stratégiques architecturaux relevés par le personnel outre ce qui a été décrit précédemment, le personnel d'encadrement relève :

- « Le pôle administratif se trouve entre deux unités ce qui empêche l'entraide entre le personnel soignant sur les deux unités.
- Le bureau du cadre infirmier est exigu, mal positionné.
- La salle de détente se trouve très excentrée.
- Les déplacements se sont multipliés avec des couloirs immenses ».

*À côté des techniques innovantes, le réseau informatique à ce jour ne fonctionne pas dans la totalité, seuls 2 écrans sur 4 fonctionnent. De plus, le réseau hertzien n'existe pas, donc pas de téléphone portable, ce qui est un grand handicap pour certaines catégories de professionnels (notamment les brancardiers).

- ***Problématique des flux générateurs de dysfonctionnements organisationnels***

*Les modes organisationnels définis au départ n'ont pu se mettre en place faute d'effectif. Les balbutiements des techniques innovantes ont perturbé grandement les organisations. Plusieurs exemples ont été donnés :

➔ Le choix est fait de fonctionner en flux tendus et en système plein/vide avec une méthode robotisée mais « aucune procédure dégradée » n'est prévue en cas de panne. Lorsque cela se produit les services doivent faire face à des défauts d'approvisionnement, ce qui implique pour le personnel des déplacements incessants et non prévus dans l'organisation au quotidien. L'effectif a été calculé par rapport à la nouvelle organisation et les nouvelles

techniques, le personnel n'arrive plus à faire face et ressent une dégradation de leurs conditions de travail.

→ Autre répercussion recensée, ces systèmes obligent les personnels à une rigueur à laquelle ils n'ont pas toujours été préparés. Ainsi le chariot repas arrive avec « la tortue¹⁶ » sur un créneau horaire qui lui est réservé, si l'agent prend du retard et dépasse le créneau horaire pour venir chercher son chariot, celui-ci est déjà reparti.

Échéancier non respecté

Pour exemple, le déménagement a été repoussé trois fois dans un établissement. Ce qui a particulièrement gêné et angoissé le personnel, se demandant par la suite si les propos qu'ils entendaient, tenaient ou non de la véracité.

La durée du projet est capitale

L'incompréhension est souvent liée à des anachronismes dus au projet qui s'étale dans le temps. Pour certains, un délai supérieur à 10 ans s'est passé entre les réflexions menées et la réalisation. Le différentiel de durée entre ce que l'on sait prévoir de son utilisation fonctionnelle et la vie d'un bâtiment est souvent sous-estimé. Cela oblige à des remaniements constants du projet initial, est générateur de surcoûts qui ne pourront tous être pris en charge d'où la nécessité de faire et refaire des choix déterminants. Les concepteurs ne sont pas ceux qui ont suivi le projet d'où une difficulté à pouvoir définir, le « pourquoi », des options déterminantes choisies au départ.

Implication tardive des personnels

Elle a eu lieu une fois les plans réalisés. Cela ne concernait plus que l'agencement des locaux, aucune autre modification ne pouvait se faire.

Impression de non capitalisation des savoirs

Le personnel se sentait livré à lui-même. Lorsqu'il demandait des écrits afin de s'inspirer des expériences antérieures, il ne pouvait les obtenir.

Politique de communication

Les informations se révèlent « *insuffisantes, non précises, peu ou pas disponibles* ».

¹⁶ tortue, peut-être définie comme une plate-forme roulante téléguidée, qui supporte les chariots et les achemine dans les services et assure leur retour en central, il constitue un véritable réseau.

Non reconnaissance

Le personnel d'encadrement ne se sent pas « reconnu » par l'infirmière générale.

Une équipe médicale qui a perdu ses repères

Les médecins ne sont pas toujours entendus. De plus, dans le cadre d'une réorganisation totale, les services ont été restructurés et rassemblés, diminuant le nombre de chefferies de service. Cet état voire bouleversement des cultures et pratiques fait naître des tensions et rivalités.

Les conditions de travail

Elles sont ressenties par l'encadrement comme dégradées. Ce qui est cité en premier lieu est l'augmentation des déplacements : les locaux spacieux, le choix d'augmenter les chambres individuelles, ont multiplié par trois ou quatre les surfaces antérieures, ce qui génère des déplacements conséquents et finit par épuiser le personnel. D'autre part, sont notées une charge de travail augmentée en regard des effectifs calculés selon le mode organisationnel des techniques innovantes, un équipement qui n'est pas au mieux de sa performance, des conditions d'exercice difficiles notamment la chaleur excessive (derrière de nombreuses baies vitrées et une climatisation insuffisante).

Pour toutes fonctions confondues, chacun s'accorde sur le fait de renouveler entièrement l'équipement afin qu'il soit le plus adapté aux nouvelles techniques et technologies mises en place.

Les médecins du travail notent de nombreux facteurs déstabilisants à la fois pour les plus fragiles mais aussi pour les autres, même l'équipe médicale, liés à la perte de leurs repères. Un des médecins nous parle « *d'éclatement de la trame humaine* ».

Le personnel est passé de locaux anciens où ils étaient intégrés, à des locaux neufs aseptisés, inodores avec des problèmes de climatisation et de maintenance.

Les agents se plaignent de facteurs liés à l'environnement : la chaleur excessive, la climatisation, l'éclairage, les produits chimiques de décontamination et d'autre part des facteurs relationnels avec une absence d'esprit d'équipe.

Ils notent une résurgence des problèmes médicaux notamment les pathologies lombaires, de troubles musculo-squelettiques et une souffrance morale. Un mal-être lié à une frustration entre le désir de consacrer du temps au patient et l'impossibilité de le faire en regard de l'augmentation des soins indirects. Un des médecins du travail voit l'augmentation des demandes de travail à temps partiel comme « phénomène échappatoire », si toutefois celui-ci est bien organisé dans le service.

En ergonomie, tous s'accordent à dire de limiter les charges physiques, centraliser les activités, limiter les déplacements et être vigilant par rapport à l'élimination des déchets. L'unité raisonnable semble être de 25 à 30 lits avec des sous-unités de 15 lits mais cela est consommateur de personnel.

Perception du rôle de l'infirmière générale par :

Les Infirmiers généraux

- Son rôle est lié à son niveau d'intervention et dépend de l'autonomie qui lui est laissée .
- Le personnel d'encadrement a été tardivement et insuffisamment impliqué dans le projet.
- L'encadrement ne joue pas toujours son rôle s'appuyant uniquement sur certains membres de l'équipe qu'ils consultent pendant que certains resteront toujours dans l'ombre. L'infirmière générale sera vigilante sur ce point.
- Le constat sur le terrain : un absentéisme croissant, une démotivation du personnel et sa non-implication dans les projets.

Le personnel d'encadrement

- Une non-reconnaissance de leur travail.
- Une absence de soutien méthodologique mais plus que cela reproche une absence de soutien moral, psychologique de la part de l'IG.
- Une absence d'écoute.
- Un temps de réponse long entre la proximité et les décideurs.
- Une hiérarchie trop lourde.
- Une dichotomie entre la direction et eux-mêmes.

Ergonomes et médecins du travail

Le personnel pense que les ergonomes et médecins du travail consultés pendant la réflexion n'ont pas été entendus. Devant une ergonomie de conception inexistante, l'ergonomie de correction a compensé plus ou moins les insuffisances, lorsque l'on a fait appel à cette approche.

Conclusion

L'absence de règles du jeu, une dichotomie entre le personnel soignant et la direction sont des éléments indiscutablement néfastes au projet. Les concepteurs ne sont pas ceux qui ont assuré le suivi du projet, ajouté à une traçabilité peu prolixe, les acteurs qui vivent les

problèmes au quotidien, manquent de repères. Ce qui pose des difficultés au personnel d'encadrement pour animer son équipe.

Le constat de l'échec par le personnel de l'encadrement est intraitable : « *Pour que l'architecture soit supportable, il fallait des organisations capables de la supporter or le mode organisationnel était visionnaire mais les techniques, et surtout leur maintenance, n'ont pas suivi en conséquence. De plus, elles ne remplaceront jamais la ressource humaine et toute sa richesse* ».

2.3.3 LA VERIFICATION DES HYPOTHESES

Cette analyse croisée des données et la modélisation en leviers et freins de la démarche retenue permettent de confirmer l'hypothèse qu'une absence d'identification et d'anticipation des besoins réels, liée à une implication tardive des potentialités des savoirs de chacun des acteurs génèrent des dysfonctionnements organisationnels une fois la conception ou rénovation de locaux achevée.

Mais plus que tout, chacun s'accorde à énoncer que : « l'infirmière générale doit favoriser le management par projet où chacun des acteurs connaîtra son rôle, ses missions et ce qu'on attend de lui ». Elle s'attachera à faire émerger en chacun les potentialités vers l'objectif commun de l'amélioration de la qualité de vie pour les soignés et les soignants.

Nous n'oublions pas l'aspect multidimensionnel, plurifactoriel et l'intervention des différentes logiques d'acteurs d'un tel projet. Cependant, les ressources humaines sont une richesse pour toute entreprise qu'il convient de préserver et d'intéresser à son travail pour que chaque individu puisse s'épanouir.

CONCLUSION

La teneur de ces entretiens, la consultation de documents facilitant la démarche projet, nous permet d'affirmer qu'une politique qui prône la réduction de la pénibilité au travail, l'utilisation de l'approche ergonomique, une démarche projet bien menée et l'intervention de chaque acteur au bon moment, peuvent réduire les dysfonctionnements architecturaux. Mais plus que les espaces, nous notons bien l'importance de l'usage qui en est fait et la nécessité d'un pôle relationnel préservé et développé.

Il nous apparaît, avec toute la limite d'une analyse qui porte uniquement sur quatre établissements, que la contribution de l'infirmière générale dans la conception et rénovation des locaux est essentielle et attendue, ainsi que celle du personnel d'encadrement et de chaque acteur dans sa discipline. Cela afin de concourir à améliorer la qualité de vie du patient et celle des professionnels avec l'objectif commun d'une qualité optimale de la prestation hospitalière.

Nous n'occultons pas que d'autres variables puissent intervenir dans cette situation comme la logique médicale du service que nous aurions pu développer plus abondamment ou les compétences propres du cadre qui saura faire vivre ou pas un projet.

Mais ces variables susceptibles d'influer sur la qualité du projet de conception ou de rénovation de locaux, seraient à démontrer dans le cadre d'une recherche spécifique, et il est du rôle de l'infirmière générale de créer les conditions, quel que soit le contexte, d'émergence du savoir des acteurs au service du patient.

L'infirmière générale doit guider la réflexion, impulser une démarche participative, apporter un soutien méthodologique et accompagner les personnels dans le changement d'autant que les équipes éprouvent des difficultés à se projeter dans l'avenir et à anticiper sur les organisations. Ce que nous allons envisager dans la dernière partie de ce travail

3 - EMERGENCE DU PROJET : ASPECTS OPERATIONNELS ET PROSPECTIFS

Dans un contexte de balkanisation de l'hôpital moderne, des professionnels compétents et spécialisés, exercent en ignorant ce que font les autres. Or, un des enjeux de l'hôpital est de coordonner les professionnels afin qu'ils s'approprient l'objectif commun d'amélioration permanente de la qualité des soins, participent eux-mêmes à la réflexion, deviennent de véritables acteurs de la prise en charge globale du malade, et ce, quelle que soit leur fonction. Cela se révèle d'autant plus difficile que les rationalités et les logiques d'acteurs peuvent être contradictoires.

La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991, a confié de nouvelles responsabilités aux infirmiers généraux et promeut la fonction de directeur du service de soins infirmiers, membre de l'équipe de direction, qui préside la commission du service de soins infirmiers. L'infirmière générale par sa double appartenance administrative et soignante représente un relais privilégié en regard de la pluralité des logiques hospitalières. Cette culture autre qu'administrative pure et de nature à favoriser l'interdisciplinarité au sein de l'équipe de direction de l'établissement. Cette expertise dans le domaine du soin lui confère un pouvoir d'influence sur certaines décisions pour lesquelles elle apporte un éclairage spécifique.

L'exercice de ses fonctions relève à la fois de capacités à gérer l'existant et de capacités à se projeter dans l'avenir, afin d'innover, de devancer et de faire anticiper les équipes sur les évolutions technologiques, organisationnelles et les modes de soins.

Toujours dans le sens de la démarche menée depuis le début de ce travail, les éléments pragmatiques et ceux issus de la pensée conceptuelle nous invitent à proposer « comment réfléchir cette réalité » plutôt qu'à fournir des recettes de « comment faire ».

Dans cette perspective, nous envisagerons d'une part le rôle de l'infirmière générale dans les dimensions de management, d'expertise, de conduite de projet, d'innovation et de créativité. Et d'autre part en quoi l'approche ergonomique peut aider dans la réflexion et être un outil méthodologique pertinent. Rappelons, l'objectif global demeure l'amélioration et la préservation de la qualité de vie des usagers et des professionnels : « le confort des patients passe par le confort des soignants ».

3.1 CONTEXTE ET DONNEES DE CADRAGE

La recherche conceptuelle qui a été menée, l'analyse des données recueillies sur le terrain et notre expérience professionnelle nous autorisent à convenir d'enjeux qui interviennent dans la démarche de l'infirmière générale. Nous avons vu que l'attente, en regard de sa fonction, est grande de la part des professionnels de santé, et notamment du personnel d'encadrement. L'infirmière générale se doit d'être à l'écoute, non pour s'y conformer en tout point, mais plutôt pour enrichir sa réflexion, apporter un éclairage spécifique, et éviter un conflit de rôle préjudiciable à la démarche qu'il retiendrait.

3.1.1 LES GRANDS ENJEUX DE L'HÔPITAL

- **CHANGER LE CONTENU SOCIAL**

Deux enjeux apparaissent comme primordiaux. D'une part, favoriser la participation, mobiliser les compétences, et d'autre part, valoriser la différence des points de vue en sortant du modèle unique, un enjeu de développement des organisations face « à ce qui résiste ».

Dans les contrats d'objectifs et de moyens l'obligation d'un volet social y est faite comme nous l'avons vu dans la première partie. Les conditions de travail doivent devenir un outil de recherche de convergence dans l'organisation.

L'intégration des acteurs de santé dans une démarche participative est le défi qu'a à relever l'encadrement soignant et l'infirmière générale.

- **LA QUALITÉ DES SOINS et QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL**

La recherche permanente d'une meilleure qualité des soins est une exigence qui s'impose naturellement aux professionnels de la santé et aux établissements. Ce principe était au cœur de la loi hospitalière du 31 juillet 1991. L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée marque un pas supplémentaire pour le développement des méthodes d'amélioration de la qualité à l'hôpital, et rend obligatoire la démarche d'accréditation. Elle fait figurer la qualité parmi les choix stratégiques majeurs des hôpitaux. Ce maillage mis en place par le législateur doit amener les hôpitaux à se situer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

Mais l'urgence à traiter les dysfonctionnements organisationnels occulte et masque le contenu des soins et engendre la souffrance du soignant partagé qu'il est entre la réalisation d'un soin sur un mode opératoire qui lui laisse du temps auprès du patient et l'obligation matérielle de répondre à l'accroissement des soins indirects.

- **ÉVOLUTION DU CONTENU DES EMPLOIS**

Les métiers de soignants connaissent les mêmes évolutions que nombre d'autres métiers. Ils sont passés successivement d'une logique taylorienne (technique) à une logique « Ressources humaines » (motivation, équipe, autonomie). Désormais, une nouvelle dimension organisationnelle apparaît qui lie une exigence d'autonomie à une « pression organisationnelle accrue » (gestion de process pour une meilleure efficacité, normes de sécurité, protocole d'hygiène et de sécurité, rotation des malades, normes de qualité, etc...)

Ainsi face à la multiplication et l'apparition de nouveaux métiers, l'infirmière générale a un rôle de veille quant à l'évolution du contenu des emplois dans le domaine du service infirmier. Quelles sont les futures évolutions des emplois face aux évolutions techniques, aux nouvelles demandes, aux nouveaux modes d'hospitalisation ? Quelle adaptabilité prévoir ?

3.1.2 LES PRINCIPALES ATTENTES DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

De l'analyse des données recueillies lors de l'enquête sur le terrain nous pouvons extraire les traits dominants des attentes des professionnels de santé, dans la contribution de l'infirmière générale au projet de conception ou rénovation de locaux.

Cette question suscita des réponses spontanées que nous avons ressenties empreintes de beaucoup d'authenticité. L'infirmière générale est reconnue comme interlocuteur privilégié pour représenter la culture et logique soignante au sein de la direction. Avec ses qualités de médiateur, elle est perçue comme l'interface en terme de négociation et de décision.

Ce qui a été soulevé, de manière récurrente, est l'accompagnement, le soutien méthodologique. Repérée comme acteur stratégique, son intervention est attendue pour fédérer les acteurs autour du projet, favoriser l'émergence d'un travail collectif qui ambitionne l'harmonisation des pratiques et des modes organisationnels. Cela a l'aide d'une politique de communication qui vise la transparence et la disponibilité de l'information.

Mais aussi, les attentes vont vers l'évaluation continue des projets et par ce biais la reconnaissance et la valorisation du travail de chacun. Écoute, conseil, soutien et reconnaissance sont les principales attentes des professionnels de santé.

3.1.3 LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Les interlocuteurs internes et externes sont repérés par tous les interviewés mais selon les fonctions, ils interviennent à des niveaux différents.

*Le directeur, chef d'établissement, initie la mise en œuvre et définit la stratégie d'action après consultation des différentes instances concernées. Dans l'organisation du projet la direction joue un rôle de « catalyseur » en donnant, aux équipes, l'impulsion au démarrage, en clarifiant les lignes et directions générales et en favorisant la créativité.

*Les directions fonctionnelles des plans et travaux, services économiques, des ressources humaines.

*Les équipes médicales dont leurs représentants interviennent à deux niveaux. À un niveau institutionnel, en participant à l'élaboration du projet médical, clé de voûte du projet d'établissement, et, à un niveau spécifique en partageant leur expertise dans les domaines qui leurs sont propres.

*Le personnel d'encadrement.

*Les équipes paramédicales et autres utilisateurs.

*Toute la logistique au sens large (pharmacie, blanchisserie, restauration).

*Différentes sources d'expertises : le pharmacien, le médecin du travail, les hygiénistes, et plus spécifiquement au CHU l'ingénieur des travaux, l'ingénieur des organisations et méthodes et l'ergonome.

L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

La structure de l'organisation hospitalière est assimilable à la structure définie par Henry MINTZBERG¹⁷, déclinée en cinq niveaux pour toute organisation :

- **Centre opérationnel**

Il regroupe l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux des unités de soins. Ceux dont le travail est directement lié à la production de biens et de services.

¹⁷ H. MINTZBERG, Structure et dynamique des organisations, Editions des organisations, Paris, 1993.

- ***Le sommet stratégique***

La direction, les directions fonctionnelles, l'infirmière générale se situent au niveau stratégique. Chacun ayant un rôle spécifique lié à leurs fonctions. Dans ce cadre, ils définissent les buts et modalités d'organisation des aspects propres à leur champ de compétence et organisent l'action des personnels dont ils sont responsables et qui contribuent à l'émergence d'un projet qui tient compte de la qualité de vie des soignés et des soignants.

- ***La ligne hiérarchique***

Elle permet la liaison entre la base et le sommet. Les cadres de proximité se situent sur cette ligne hiérarchique et font le lien. Leur rôle dans la transmission des informations ascendantes ou descendantes est fondamental.

- ***La technostructure***

Dans l'organisation hospitalière, il s'agit de toutes les directions fonctionnelles. Les analystes servent l'organisation en agissant sur le travail des centres opérationnels.

- ***Les fonctions de support logistique***

Cela représente les services et prestations satellites constitués par le service de brancardage, les transports, la cuisine, la blanchisserie...

Ils sont le support direct ou indirect à la réalisation de la mission du centre opérationnel.

Une organisation, c'est un ensemble de procédures et de processus, qui doit pouvoir être repérée de tous, pragmatique et cohérente avec la réalité pour être réalisable et demeurer pérenne. Mais surtout, les clés de la réussite résident dans les ressources humaines qui la font exister.

Les interlocuteurs externes en référence à ce projet

*L'urbanisme et l'environnement

*Les tutelles

*L'architecte

*Le bureau d'études

*Service vétérinaire

*Sécurité incendie

3.1.4 LA STRATÉGIE INSTITUTIONNELLE

Au niveau institutionnel, c'est avant tout une démarche concertée entre les différentes logiques d'acteurs afin de s'entendre sur une stratégie d'action. Les facteurs de réussite sont étroitement liés aux acteurs, aux finalités, à la définition et l'articulation des modalités de fonctionnement et à l'art stratégique.

En cela la démarche ergonomique peut constituer une de ces stratégies car elle ouvre un espace politique, augmente les marges de manoeuvre et prend en compte l'activité réelle des différents acteurs pour réaliser, de manière pluridisciplinaire, les meilleurs compromis. Elle permet de mieux anticiper les risques, de protéger la santé des personnels et d'améliorer la qualité des prestations.

L'approche ergonomique devient une ressource managériale, un levier pour une politique de réorganisation, d'évolution, de transformation des organisations.

Dans le domaine du management, R.A THIETART, indique que *« la stratégie est l'ensemble de décisions et actions relatives au choix des moyens et à l'articulation des ressources en vue d'atteindre un but »*.

En pratique l'utilisation d'une démarche anticipée correspond à l'expression d'une volonté de peser sur l'avenir de l'organisation et de participer à sa construction. Il s'agit là de mettre en place une démarche collective, pragmatique et participative qui comprend des valeurs auxquelles il convient d'être vigilant :

1. Donner du sens à l'action pour favoriser le changement
2. Favoriser la libre expression de chacun, tout en respectant les règles de communication.
3. Favoriser le développement personnel et l'épanouissement de l'individu.
4. Favoriser l'initiative, la créativité, les systèmes novateurs. Dépasser les modes organisationnels existants, innover. Élargir le champ des possibles.
5. Ne pas s'enfermer dans une routine qui limiterait les résistances au changement.
6. Valoriser les compétences et expertises de chacun. Car tous ont un potentiel qu'il convient de faire émerger.
7. Assurer la mise en oeuvre et dans le cas contraire toujours motiver l'impossibilité.
8. Se donner les moyens afin d'assurer la pérennité du projet.

3.2 L'INFIRMIERE GENERALE : RESPONSABLE DU SERVICE INFIRMIER

L'infirmière générale occupe une place singulière au sein de l'équipe de direction, en raison de son parcours professionnel. L'antériorité de son expérience professionnelle et la prise en compte du contexte dans lequel elle exerce, nous conduit à concevoir notre rôle dans le domaine du management à partir de la mobilisation de capacités que nous déclinons en actions concrètes pour favoriser la démarche projet dans la rénovation et conception de nouveaux locaux.

F. HUBAULT énonce : « Un manager est là si l'on reconnaît qu'il y a des problèmes, et s'il reconnaît le problème des autres. Pour le manager, le travail à gérer est celui de s'inquiéter du travail des autres et donc le problème qu'ils leur posent. Car c'est lui qui a demandé, a défini le travail qu'il confie à ses collaborateurs »

Ainsi selon Hazebrouck : « Pour être performant, le management doit rester efficace et devenir efficient ». L'efficacité se mesure par l'écart entre les résultats obtenus et les objectifs alors que l'efficience concerne le rendement des ressources engagées : outputs/inputs.

L'infirmière générale veillera à optimiser les capacités de travail des équipes, à gérer de façon pertinente celles qui existent, de les développer, et d'en faire acquérir de nouvelles. Elle n'est pas l'expert qui décide sur tout. Elle doit savoir faire appel aux expertises dans les différents domaines, et « animer », donner du sens au projet dans un souci constant de la transversalité, participation, collaboration, et anticipation.

L'infirmière générale « pilote » de la démarche d'élaboration du projet doit veiller dans la phase d'élaboration à l'appropriation du projet par tous les acteurs qui seront chargés de sa mise en œuvre. Le pilotage consiste à conduire la démarche et non à la concevoir pour que les autres la mettent en œuvre. Elle sera en cohérence avec les objectifs du projet médical, d'établissement, de soins infirmiers. Le mode de pilotage doit s'exercer au niveau le plus bas possible, au niveau du terrain car cela permet d'assurer un contrôle plus exhaustif. Il évite, notamment, l'engorgement au sommet hiérarchique.

Elle a un rôle de management de l'encadrement infirmier, c'est-à-dire d'accompagnement, d'écoute des besoins, d'aide, en facilitant la mise à disposition aux cadres des moyens nécessaires pour une prestation de qualité, d'outils de gestion et de communication.

Le personnel d'encadrement, et plus particulièrement les cadres infirmiers supérieurs, est le relais incontournable entre l'infirmière générale et les agents. Il est au carrefour des décisions stratégiques et des aspects opérationnels. D'une part, il met en œuvre une politique de soins, et les décisions prises par l'équipe de direction. D'autre part, il est le représentant du patient et des soignants auprès de l'administration.

Elle favorisera la libre expression de chacun car la participation de tous les métiers au groupe de travail permet de trouver des solutions considérées comme valides pour tout le monde. La richesse des apports inattendus de chaque métier à la discussion du groupe de travail permet un bénéfice que chacun trouve à un travail transcatégoriel régulier, pour le suivi des malades et la métabolisation du stress lié à la relation soignant/soigné.

La restitution du groupe de travail fait apparaître le savoir-faire de chacun et la conscience professionnelle qui président aux choix des priorités. Elle favorise l'expression des craintes et libère les peurs

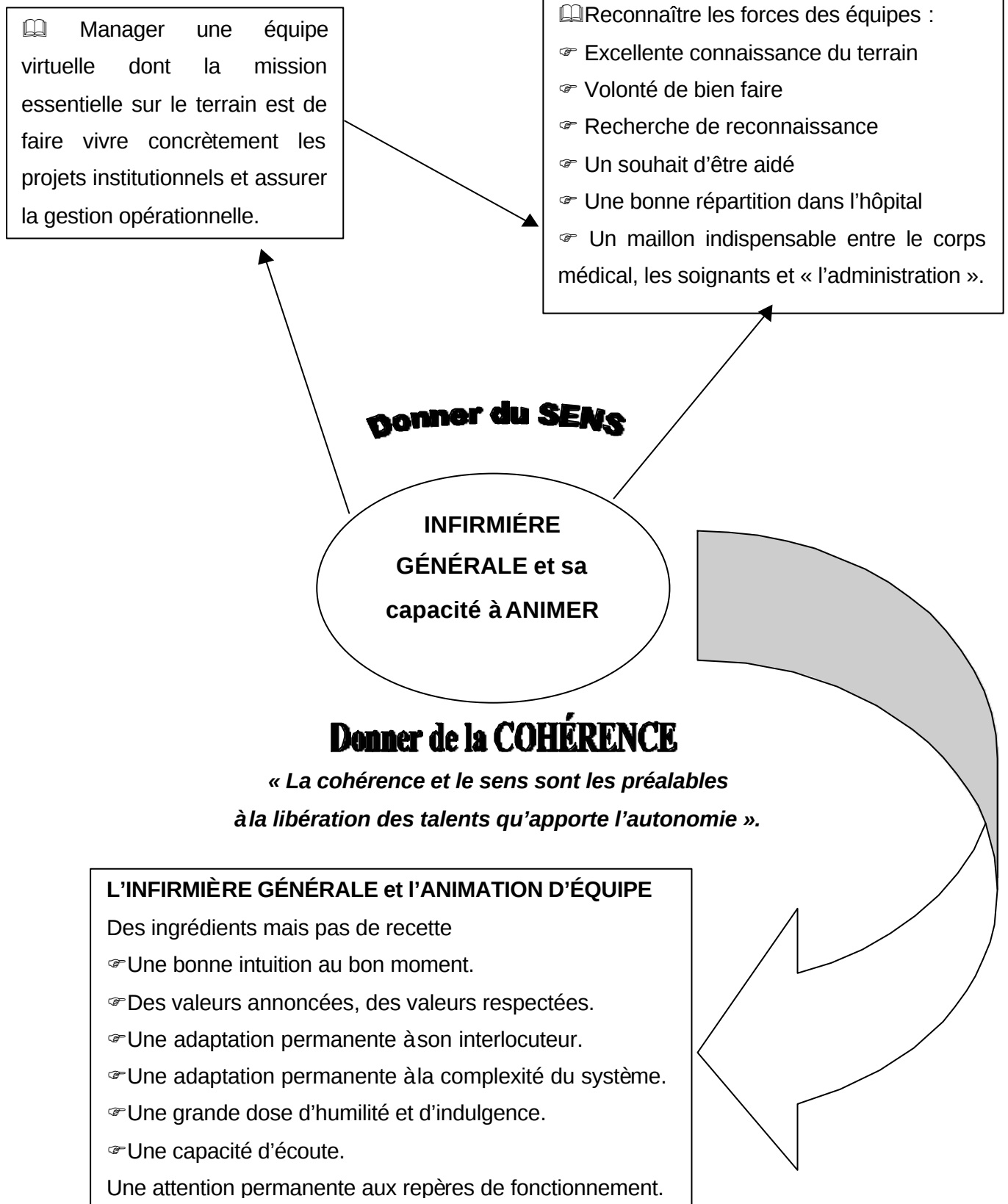
Mais chaque fonction élabore sa propre logique et son éthique, leur juxtaposition sans réelle intégration provoquant cloisonnements, tensions, conflits. L'infirmière générale doit gérer les conflits qui peuvent émerger au sein des groupes de travail qui comprennent des rationalités divergentes, qui ne trouvent pas toujours des possibilités d'intégration.

Pour obtenir une synergie des potentialités, elle favorisera subtilement le consensus et la cohésion. Elle est attendue dans ces choix et sa manière de les assumer. Elle est le recours en cas de difficultés, car elle assure le rôle d'interface entre les services de soins et la direction.

Pour tenter de répondre aux attentes de chacun à tout niveau qu'il soit, l'infirmière générale devra développer des capacités pour animer, piloter, impulser le changement, d'autre part maîtriser la conduite de projet et enfin se servir des possibilités qu'offre l'approche ergonomique.

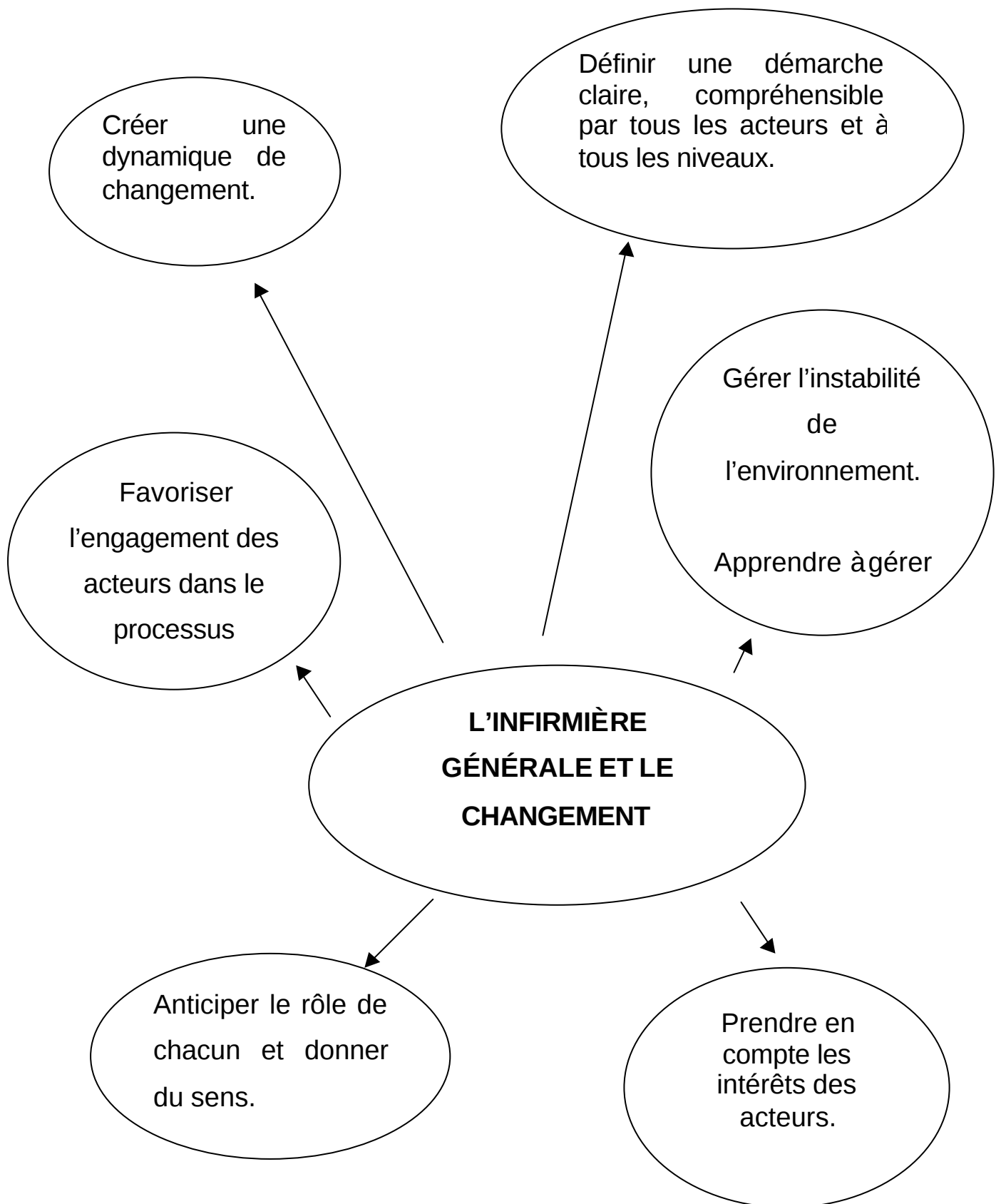
Nous vous présentons successivement deux figures qui synthétisent les capacités à animer et à impulser le changement.

L'INFIRMIÈRE GÉNÉRALE et sa capacité à ANIMER



Inspiré des cours dispensés par Mme DURAND, DSSI à l'AP-HP de MARSEILLE

L'INFIRMIÈRE GÉNÉRALE et sa CAPACITÉ À IMPULSER LE CHANGEMENT



L'enjeu du changement est précisé afin de prendre la mesure des problèmes de la qualité de vie au travail dans une société où le travail conserve une position centrale et structurelle de la vie individuelle et collective.

Permettre à chacun de comprendre les caractéristiques de la situation dans laquelle il évolue, constitue en fait l'étape préalable indispensable à son association ultérieure dans tout processus de changement et d'amélioration. Cette connaissance globale de la situation de travail nécessite une écoute attentive de l'ensemble des acteurs hospitaliers et une bonne analyse des conditions de travail.

L'ergonomie peut apporter un éclairage spécifique dans l'observation et l'analyse des situations de travail, plus une aide à résoudre certains problèmes, mais la compréhension et l'acceptation par le personnel des changements à opérer reste l'élément indispensable.

L'écoute suivie de la restitution d'un diagnostic entraîne la plupart du temps une prise de conscience des changements à mettre en œuvre. Le changement prend appui sur cette connaissance qui elle-même découle de l'observation et de l'analyse. Dans cette perspective, un expert, quel qu'il soit, ne peut remplacer la connaissance que le personnel a de son travail.

Nous observerons enfin la règle des 3 P

- Protection = S'assurer de la légitimité du changement
- Permission = Donner les moyens de réussir, Donner le droit à l'erreur
- Puissance = Mettre en énergie faire le constat que le changement fonctionne et qu'il va apporter quelque chose aux personnes qui sont en poste.

Nous laisserons clore le sujet par MUSIL [1956] extraite de « l'homme sans qualités »
« Il serait original d'essayer de se comporter non pas comme un homme défini dans un monde défini [...], mais dès le commencement, comme un homme né pour le changement dans un monde créé pour changer ».

Conclusion

Pour l'infirmière générale, il ne s'agit pas de faire mais de faire faire après avoir défini le contenu (de ce qui doit être changé), le dispositif (soit le cadre qui permet le changement) et le processus (soit la façon dont cela change).

L'objectif n'est pas de créer elle-même le changement, mais d'impulser des nouveaux modes de fonctionnement qui deviennent pérennes.

Nous assistons à une modification du rôle des dirigeants avec le passage de la planification précise, de l'organisation, de la délégation des tâches et du contrôle au coaching, activité consistant à aider, par des conseils, de la formation, des informations, du soutien psychologique et l'aide d'autres secteurs ou services, les équipes à être efficaces et efficientes.

3.3 LA CONDUITE DE PROJET

L'infirmière générale se doit de manager le projet en intégrant le contexte et les enjeux spécifiques. Sa priorité est de concilier l'autonomie et la responsabilisation des acteurs avec une gestion rigoureuse et cohérente du projet.

Deux axes seront présents en permanence :

- Privilégier l'accueil, le confort, la sécurité du patient.
- Améliorer et préserver les conditions de travail des agents.

L'intérêt est d'uniformiser ce qui peut l'être, d'harmoniser les pratiques pour favoriser la mobilité, la polyvalence, la solidarité d'une équipe à l'autre, la qualité et la sécurité des soins. Les repères pour chacun sont ainsi plus aisés, facilitent le travail au quotidien et permettent de diminuer le stress des soignants.

Plusieurs éléments, que nous allons décliner à présent, sont à prendre en considération.

3.3.1 LES ÉTAPES CLÉS DU PROJET

1. LA CONCEPTION

- Relever les défis et les enjeux
 - À quels défis internes et externes devons-nous faire face ?
 - Quels sont les enjeux internes et externes à la structure ?
- Repérer les opportunités et évaluer la faisabilité

2. LA DÉFINITION

- Définir les objectifs
- Dresser le cahier des charges
- Constituer soigneusement l'équipe projet

3. L'ORGANISATION

- Établir la programmation
- Dresser l'échéancier, la planification

4. L'ÉVALUATION

- Évaluer le résultat
- Vérifier les processus

3.3.2 LE CADRAGE STRATÉGIQUE DU PROJET

Questionnement préalable, indispensable pour élaborer un projet :

****Un projet pourquoi faire ?***

* Quel est son sens ?

****Un projet pour quoi faire ?***

* Quel est le résultat attendu ?

****Un projet pour qui ?***

* À qui s'adresse-t-il ?

****Un projet pour agir sur qui ?***

- Envisager et tenter de mesurer les répercussions et implications.

****Qu'est-ce qui pourrait faire disparaître le besoin du projet ?***

* Cela fait référence à la stabilité du projet (pour exemple si une incertitude apparaît par rapport à un acteur capital ou à une réglementation parfois il semble plus raisonnable de différer le projet).

****Quels défis ? Quels enjeux ? Quels sens ?***

3.3.3 MOBILISER LES ACTEURS

- Rappeler l'objectif global pour qu'il soit connu de tous.
- Clarifier le but général, les enjeux par rapport à ce qui est attendu de chacun des acteurs.
- Préciser les ressources et les contraintes, fixer les contours du cadre afin de ne pas donner d'illusion.
- Identifier les acteurs concernés par le projet :
 - o Les différentes logiques d'acteurs
 - o Les facteurs facilitants et entravants
 - o Leur contribution, ce qu'ils doivent faire pour que cela marche
- Favoriser l'implication précoce des acteurs
 - o Pour les cadres supérieurs dès le programme technique détaillé
 - o Pour les cadres de proximité dès l'avant-projet sommaire.

3.3.4 ORGANISER L'ÉQUIPE PROJET

Soit une tutelle claire, identifiée et connue de tous

- **Le chef projet**

De part sa légitimité professionnelle et statutaire, le directeur, chef d'établissement, délègue ce projet au directeur des travaux, de l'équipement et de l'hôtellerie. Il reçoit une très large délégation de la direction générale à laquelle il rend compte de façon périodique et arrête avec elle les objectifs généraux du projet. Les compétences du chef de projet doivent se situer à trois niveaux : la maîtrise des méthodologies, la connaissance des techniques concernées par le projet et la compréhension et adhésion « passionnelle » au projet.

Les principales qualités requises sont un sens relationnel développé, une facilité pour la médiation et la négociation.

- **L'équipe projet**

Le chef projet choisit ses collaborateurs et détermine avec eux les objectifs, les politiques, l'organisation, les ressources et les modalités de fonctionnement de l'équipe. L'équipe projet ou comité de pilotage se caractérise par les compétences techniques et stratégiques des différents acteurs choisis pour cette mission. Dans certains établissements plusieurs commissions ou comités, que nous avons pu voir dans la deuxième partie concernant l'enquête sur le terrain (la commission d'arbitrage, la commission de concertation, et les groupes de travail), viennent aider chacun dans leur mission le comité de pilotage.

Réaliser une commande claire

Toujours à partir des projets institutionnels,

- Développer clairement les attentes et les ressources disponibles.
- Ecrire des lettres définissant les missions et responsabilités attendues.
- Décrire par quels moyens et outils la supervision s'exercera.
- Démontrer comment le soutien méthodologique pourra se réaliser.
- Définir les évaluations : sur quoi ? A quel moment ?
- Expliquer le processus de décision, tel qu'il est conçu dans l'établissement en fonction des priorités définies auparavant.

3.3.5 ORGANISER LA RÉALISATION DU PROJET

- Réaliser un organigramme des différentes phases du projet.
(Exemple : le phasage exprimé dans la première partie page 30, autre exemple le déroulement de la démarche de programmation pour aboutir au programme technique détaillé, annexe 6).
- Établir une structure thématique pour les groupes de travail :
 - o Les points architecturaux stratégiques.
 - o La problématique des flux.
 - o Les modes organisationnels existants et imaginer ceux à venir.
 - o La réalisation d'analyse ergonomique sur certains terrains avec :
 - Recueil de données
 - Simulation
 - Elaboration de maquettes
 - Choix d'indicateurs de suivi et de réussite
 - Phase de restitution
 - o Les conditions de travail en y associant les partenaires sociaux.
- Réaliser des tableaux de bord du projet.
- S'aider de logiciel informatique adapté.
- Transparence dans la politique de communication et disponibilité de l'information.

3.3.6 ÉVALUER LE PROJET

- Évaluer le résultat
 - o Mesurer l'écart entre le réel et les effets attendus.
 - o Mesurer les effets induits par le projet tels les innovations ou les effets pervers.
- Evaluer le processus
 - o Repérer les effets sur les modes organisationnels.
 - o Observer l'évolution du management dans les services.
 - o Évaluer les différents acteurs.
- Évaluer le positionnement stratégique adopté dans ce projet.

Nous pourrions conclure qu'il semble raisonnable de passer d'un système de contrôle centralisé à un autocontrôle du projet par ceux qui en sont les acteurs de base. D'une part,

en s'accordant sur des objectifs opérationnels cohérents avec les exigences globales du projet et, d'autre part, en diffusant des indicateurs simples traduisant sa visée générale et modélisant les interactions principales.

3.3.7 SUIVRE L'ÉVOLUTION DU PROJET

- Organiser des réunions régulières sur l'avancement du projet avec une traçabilité rigoureuse
 - o Analyser les écarts.
 - o Envisager les aléas et écueils.
- Employer des outils pour optimiser
 - o Fournir le cadre réglementaire en matière d'hygiène, de sécurité et de vigilances.
 - o Utiliser les référentiels contenu dans le manuel d'accréditation.
 - o Mettre en place un dossier de suivi qui permettra d'assurer la continuité et sera la mémoire, si les acteurs changent ou si un trop long délai s'écoule entre la réflexion et la réalisation.
 - o La grille d'analyse des besoins par rapport à l'usage des espaces.
 - o Un logiciel de suivi de projet (ex : le logiciel PROJECT).
 - o Un logiciel d'aide à la réflexion et à la décision.
 - o Clarifier et rendre disponible l'information.
 - o Favoriser les visites à l'extérieur, sur des sites récemment construits pour enrichir la réflexion, s'inspirer des atouts et éviter les écueils connus par les équipes rencontrées.
- Assurer le suivi stratégique du projet par le dirigeant et le comité de pilotage.

3.3.8 ÉTABLIR DES FICHES PROJET : PLANS D'ACTION

Les fiches projet constituent une véritable « bible » car elles permettent de cadrer, fixer les contours du projet et assurer un suivi permanent.

Elles sont un véritable outil de gestion et de communication interne.

- Toujours mettre un titre symbolique qui a du sens pour chacun

- Décrire le contexte :
 - o La situation existante
 - o Les enjeux
 - o Les attentes
- Proposer un plan d'actions
 - o Identifier le chef de projet et l'équipe projet
 - Qui fait quoi ? Quand ? Et comment ?
 - o Libeller l'objectif global et les objectifs opérationnels
 - Quel est le résultat final attendu ?
 - o Fixer l'échéancier
 - o Noter les ressources disponibles
- Préciser les indicateurs de réussite
 - o La réduction de l'écart entre les besoins identifiés et la réalité constatée sur le terrain par rapport aux publics bénéficiaires.
 - o L'adéquation optimale entre les locaux et l'activité.
 - o La satisfaction de l'utilisateur.
 - o La satisfaction des professionnels de santé en regard de leur qualité de vie.

Conclusion

L'environnement de l'hôpital (client, fournisseurs, utilisateurs) comme son organisation elle-même (hommes, équipes), doit s'enrichir, apprendre à chaque projet, afin d'être encore toujours plus performante pour faire face à son nouvel environnement. C'est l'effet « surgénérateur du projet ». Efficacité et performance, c'est-à-dire la satisfaction du client par rapport au résultat du projet, la satisfaction de l'équipe et l'effet positif sur l'organisation en terme d'apprentissage et de capitalisation.

Un projet doit produire globalement plus de richesse qu'il n'en a reçu, tant au niveau humain, financier et technique, que pour tous les acteurs, internes ou externes, à l'établissement.

L'objectif de notre étude est de définir une démarche qui permette de hiérarchiser les problèmes afin de définir des cibles prioritaires, d'intervenir en amont pour que les bonnes décisions soient prises lors de la rénovation ou construction de nouveaux espaces de travail.

3.4 CE QUE PEUT APPORTER LA DEMARCHE ERGONOMIQUE A LA CONDUITE DE PROJET

Nous percevons la nécessité d'une approche différente dès la conception qui intègre aux différentes phases de projet tous les acteurs. Elle demande d'acquérir dès la première phase de définition du programme, la connaissance la plus large possible des modes et conditions de travail à l'intérieur de l'établissement et de façon plus ciblée sur l'unité de soins. Cette démarche se caractérise donc comme interdisciplinaire, participative et ergonomique.

Car il est illusoire de vouloir agir sur les conditions et l'organisation du travail, en vue de la promotion de la santé, en contournant la participation active du personnel.

Pour EVETTE (1984), la participation du personnel à la conception comporte maints avantages : « En tant qu'utilisateurs, les travailleurs possèdent la connaissance des nécessités concrètes et quotidiennes du travail : déplacements, contacts interpersonnels, conditions et opérations nécessaires. Ils connaissent les contraintes que font peser les conditions physiques de travail ». Un expert, quel qu'il soit, ne peut remplacer la connaissance que le personnel a de son travail.

Cependant si la participation du personnel est acceptée, le degré d'association du personnel varie du simple recueil d'avis à la participation active dans l'analyse ergonomique et dans l'élaboration des solutions.

L'impact de ces différentes approches, sur les problèmes à résoudre et sur l'intégration de l'ergonomie dans la gestion des conditions de travail, peut alors différer en fonction de l'approche utilisée.

La portée de l'approche ergonomique dépend par ailleurs des techniques et des méthodes employées pour passer de l'analyse de l'existant à la définition d'un futur meilleur. À ce stade, la participation est bien entendue un élément crucial, et largement reconnu comme tel. Mais elle n'est véritablement opérante que si l'on met à la disposition du personnel concerné des outils qui permettent d'exprimer sa connaissance directe du travail, et de la mettre en œuvre activement dans le processus d'élaboration de scénarios et de solutions.

L'analyse ergonomique participative permet de préciser des solutions réalistes à inclure dans le cahier des charges. Elle permet d'effectuer des choix en matière de surfaces et de proximités à partir d'indicateurs précis visant à réduire les déplacements et recherches de matériel. Elle invite à concevoir des espaces adaptés à une concertation pluridisciplinaire,

et permettant, quand il le faut, le calme et le soutien nécessaires aux soignants. La réduction des interruptions et du fractionnement de l'activité demeure un critère pour évaluer la pertinence des améliorations mises en place.

Chercher à agir sur la réduction des aspects indirects des soins peut permettre de redonner du temps à la dimension relationnelle du soin.

Il s'agira dans les services de soins d'accorder de l'attention :

- Aux variations des caractéristiques spatiales de l'activité aux différentes périodes de la journée (par poste).
- À la mise au jour des relations entre l'utilisation de l'espace et des modalités de coopération au sein de l'équipe de soins.
- Aux variables stratégiques selon les spécialités médicales, les effectifs et la qualification.
- À l'examen du rôle, modérateur ou aggravant, que peut jouer l'organisation spatiale par rapport aux contraintes liées à la variabilité du flux de travail, caractéristique majeure du travail hospitalier.

Utilisation de l'ergonomie participative pour la définition du cahier des charges.

L'étude préalable sur l'ergonomie des postes de travail de l'unité est centrée sur deux axes :

- 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 seront progressivement mis à leur disposition.

Pour cela :

*Mettre en place des groupes de travail

*Mettre en évidence des similitudes et des différences dans l'utilisation de l'espace, en liaison avec les spécialités et l'organisation du travail.

*Pouvoir faire évoluer l'espace en réponse à des besoins différents.

*Une réflexion approfondie de l'organisation du travail s'impose pour arriver à une définition de l'espace nécessaire qui soit propice à l'exercice d'une qualité des soins.

*Observer des journées complètes de travail de chaque catégorie professionnelle, observation réalisée par un membre qui ne soit pas de la catégorie observée.

- Observation très précise, détaillée.

- Décryptage collectif des interrelations entre les différentes situations de travail.

*Repérer et identifier tous les dysfonctionnements souvent méconnus.

*Discuter des conséquences potentielles.

* Proposer des solutions.

*Faire des simulations sur maquette pour tester la pertinence et la faisabilité des propositions spatiales.

La distance maximale entre les locaux communs et la chambre la plus éloignée doit rester acceptable environ 25 mètres

Évaluer :

- L'utilisation des bureaux
- Les échanges collectifs
- L'impact sur les interruptions
- L'impact sur le fractionnement de l'activité
- L'impact sur la pénibilité physique
- Les possibilités de travail à la lumière naturelle
- La préparation des soins.

Veiller à améliorer :

- La sectorisation des soins
- La qualité de la communication
- La réduction de la complexité du travail
- Faciliter la gestion des documents, téléphones
- Améliorer les possibilités de concertation permet de meilleures transmissions
- Favoriser le regroupement des soignants concernés par les mêmes patients dans un lieu de concertation calme, propice aux échanges
- Associer les agents des services hospitaliers aux échanges d'équipe
- Repérer l'utilisation de l'espace par catégorie professionnelle pour diminuer le bruit et les gênes liées à l'encombrement
- Les interruptions ne doivent pas emboliser le temps total de la journée de travail
- Une bonne répartition des chambres entre secteur
- Des zones de rangement adaptées
- Favoriser le travail assis, sièges disponibles en quantité et en qualité sans entraver le travail des autres

- Prévoir un poste de soins suffisamment spacieux :
 - o Pour réduire le problème de sécurité du personnel (piqûres)
 - o Pour diminuer les risques d'erreur au cours de préparations
 - o Pour réduire les pertes de temps pour interruptions ➔ (Épargner le temps)
 - o Favoriser le calme essentiel à la concentration ➔ (Bien connaître les flux du personnel dans cet espace et sur 24 heures)
 - o Disposer d'un endroit calme pour la saisie informatique et tout ce qui est administratif
 - o Favoriser l'autonomie dans l'organisation des préparations
 - o Permettre l'entraide et le conseil entre soignants.

De ce fait le travail est moins haché, moins complexe à gérer. Le risque d'erreur et d'oubli, particulièrement angoissant pour le soignant est diminué. Réduire les interruptions, épargner du temps pour augmenter la disponibilité des soignants qui le réinvestiront auprès des patients.

L'analyse de l'espace fournit le plan de l'existant et permet de retrouver les liens entre certains dysfonctionnements observés et les caractéristiques du lieu étudié.

La réflexion sur l'organisation du travail s'inscrit autour de 3 axes :

- Les compétences mises en œuvre par chacun
- Les modes d'organisation facilitant une bonne qualité des soins et une bonne communication au sein de l'équipe
- Les facteurs de pénibilité liés à l'espace, au matériel, et à la coactivité.

Le travail sur maquettes et plans

Les résultats du travail sur maquette peuvent être synthétisés sur plans et dans la description du cahier des charges. L'aboutissement de ces travaux, l'analyse, les choix effectués pourront être présentés par les référents des groupes de travail au directeur de l'établissement, au comité de pilotage et au maître d'œuvre dans le cadre d'une réunion.

En fait, à chaque étape, de nouveaux arbitrages peuvent se révéler nécessaires pour veiller à ce que des critères financiers, esthétiques ou autres, ne dénaturent pas le projet. Le retour à la simulation permet de convaincre qu'un effet décoratif ne doit pas primer sur les nécessités de fonctionnement, et de trouver l'équilibre entre la vision du concepteur et la réalité des besoins.

CONCLUSION

Le respect de tous les membres de l'équipe de soins, quel que soit leur métier, reste la caractéristique majeure d'une démarche ergonomique participative. Outre l'analyse de situations de travail observables, les méthodes utilisées, reposent sur les échanges avec ceux qui le connaissent le mieux, les soignants, et sur la validation avec ceux-ci, in fine, des conclusions auxquelles peuvent mener les résultats de l'étude. Ces méthodes nécessitent, et favorisent donc, un débat pluridisciplinaire sur les difficultés observées.

L'analyse ergonomique des situations de travail permet :

- Une discussion sur l'organisation du travail notamment la sectorisation.
- Une discussion, appuyée sur des constats effectués, argumentée à partir des connaissances sur l'homme au travail et sur les possibilités du bâti.
- Des choix réfléchis d'organisation à mettre en place ou à approfondir.
- L'élaboration de tableaux de synthèse pour analyser pièce par pièce, les problèmes, les risques et les solutions envisageables.

Seulement à partir de cette étape préalable le cahier des charges concernant la nouvelle conception de l'unité peut être élaboré.

Par ailleurs, la définition de l'agencement spatial des locaux hospitaliers n'est pas un pur problème technique. « *Tout projet de construction ou de rénovation prend place dans un contexte social et organisationnel dont les tensions et la dynamique ne sont pas nécessairement les plus propices à la mise en jeu optimale des moyens d'analyse ergonomiques : recours tardif à l'ergonomie, confusion des champs de compétences et complexité des rapports stratégiques entre les acteurs impliqués dans le projet, conception asymétrique de la participation sont autant d'obstacles se rencontrant de manière récurrente et qu'il importe de bien reconnaître afin de définir les moyens et les conditions les plus propres à les surmonter* » (Forissier et coll.)¹⁸. Faute d'une réflexion suffisamment approfondie sur ce plan, l'ergonomie risquerait fort de n'avoir qu'une faible incidence sur ce déterminant lourd des conditions de travail qu'est l'organisation de l'espace.

¹⁸ HAZEBROUCQ J-M., BADOT O., « *Le management de projet* », Collection Que sais-je ? Éditions PUF, 1997.

CONCLUSION

L'intérêt de ce travail s'est manifesté dans plusieurs aspects : la démarche scientifique, la création d'une base de données importantes sur les conditions de travail, pouvant servir de référence lors de prochaines études, la possibilité par des entretiens d'écouter un corps professionnel, de mettre en évidence ses avantages et ses difficultés à exercer sa profession.

L'évolution économique, sociale et technologique génère de nouvelles exigences de la part des usagers. Dans ce contexte, les structures de soins doivent répondre aux attentes de la population en intégrant les progrès scientifiques et techniques, mais aussi une organisation optimale, pertinente, cohérente et une rationalisation des soins, adaptée aux attentes des soignés et des professionnels de santé et, aux ressources disponibles. Le service public hospitalier est engagé dans un important mouvement d'adaptation aux besoins.

Les équipes commencent à être associées aux réaménagements de leurs lieux et espaces de travail. Mais dans la démarche de projet classique, chaque acteur (maître d'ouvrage, maître d'œuvre, ingénieurs, ergonomes, instances représentatives du personnel) intervient de façon indépendante et tardive. Une démarche plus précoce et globale est souhaitable.

L'infirmière générale a un rôle primordial dans la stratégie de management de projet qu'elle opérera. Car la conduite de projet de plus en plus considérée comme une discipline en soi ne peut être absente de la problématique soulevée ici. Constituer puis gérer les équipes, relier les problèmes sans a priori culturel, appliquer un savoir faire éprouvé sur des activités à chaque fois différentes et nouvelles entre dans la définition de la gestion de projet qui doit intégrer les contraintes et enjeux liés à la complexité des lieux de travail.

Tout autorise à associer, dès le moment de la conception ceux qui vont devenir, en tout état de cause, les acteurs de l'accomplissement de l'architecture produite, dans son usage. La participation des agents est le facteur déterminant de réussite politique.

L'organisation doit relever d'une action stratégique susceptible de mobiliser et de mettre en cohérence l'ensemble des éléments humains et structurels nécessaires à sa mise en place, son fonctionnement et sa pérennité.

Intégrer la dimension du futur dans la conception des bâtiments, leur laisser la possibilité d'une histoire, n'a de sens que par reconnaissance du passé des activités qui y viendront, par la prise en compte de l'histoire déjà accomplie. Ceux qui sont porteurs de cette histoire, ceux qui connaissent ces activités, sont le plus souvent les futurs habitants des lieux à venir.

L'architecture définit ce qu'est le lieu conçu. Ce qui implique qu'elle ne peut être l'affaire des seuls professionnels de l'architecture, mais suppose, aussi bien en amont qu'en aval de leur activité, tout un ensemble d'analyses, de choix et de décisions par les acteurs de terrain.

Bibliographie

OUVRAGES

BERNOUX P., « La sociologie des organisations », Collection Points, Editions du Seuil, octobre 1985.

DEJOURS C., « Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale », Editions du Seuil, janvier 1998.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, « Stress, et souffrance des soignants à l'hôpital », Editions Estem, 1997.

ESTRYN-BEHAR M., « Guide des risques professionnels du personnel des services de soins », Editions Lamarre, 1991.

ESTRYN-BEHAR M., « Établissements de soins, Introduction aux risques professionnels », Ministère de l'emploi et de la solidarité, octobre 1997.

ESTRYN-BEHAR M., H. POINSIGNON, « Travailler à l'hôpital », ANACT, Éditions Berger-Levrault, novembre 1989.

HAZEBROUCQ J-M., BADOT O., « Le management de projet », Collection Que sais-je ?, Éditions Presses Universitaires de France, 1997.

MINTZBERG H., « Le management, voyage au centre des organisations », Les éditions d'organisation, 1989.

MORIN P., « Le management et le pouvoir », Les éditions d'organisation université, 1991.

POINSIGNON H, JORAND Y., PEPIN M., GALLET A-M., « Changer le travail à l'hôpital », Analyser les situations de travail pour améliorer les conditions de travail, Editions Anact, juin 1995.

RIPON A., « La qualité de la vie de travail », Éditions PUF, Psychologie d'aujourd'hui, 1983.

VILLATTE R., GADBOIS C., BOURNE J-P., VISIER L., « Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital », Éditions Interéditions, 1993.

ARTICLES et REVUES

Dossier « L'ergonomie au service des soins », in *objectif SOINS*, n° 26, octobre 1994.

Dossier « Préventeur, une profession qui se cherche », B JÉZÉQUEL, in *Travail et Sécurité*, N° 589, p 22-30, octobre 1999.

Dossier « Ergonomie de conception : un défi pour l'hôpital », in *Travail et Sécurité*, N° 572, p 16-35, mai 1998.

Dossier « Ergonomie à l'hôpital », in *Revue Performances Humaines et Techniques*, N° 85, novembre-décembre 1996.

GORIS A-M « La poste : des bureaux plus ergonomiques », in *Travail et Sécurité*, p 14-16, octobre 1999.

« Obligations des maîtres d'ouvrage, Réglementation », in *Conception des lieux de travail*, Revue de l'INRS, La ligne de prévention, août 1998.

« Démarches, méthodes et connaissances techniques », in *Conception des lieux de travail*, Revue de l'INRS, La ligne de prévention, septembre 2000.

MEMOIRES

PIAZZA N., « Intérêt de l'analyse des conditions de travail par une approche ergonomique et sociologique », ENSP, mémoire filière Élèves directeurs d'hôpital 3 ème classe, décembre 1993.

PAUL JP., « Contribution de l'ergonomie à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers à l'hôpital », ENSP, mémoire filière Infirmiers Généraux, 1985.

VERGNES C., « Améliorer la qualité des soins par l'introduction d'outils issue de projets institutionnels », ENSP, mémoire filière Infirmiers Généraux, 1999.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Histoire résumée du droit des conditions de travail

ANNEXE 2 : Modèle KARASEK

ANNEXE 3 : Les grilles d'entretien

ANNEXE 4 : Commission d'arbitrage, commission de concertation, groupes de travail

ANNEXE 5 : Fiche des besoins pièce par pièce

ANNEXE 6 : Proposition de phasage pour l'élaboration du programme technique détaillé

ANNEXE 1 : HISTOIRE RÉSUMÉE DU DROIT DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Document repris in : Dossier Amélioration des conditions de travail –E.D.H. 1998

1. LA PÉRIODE PRÉ-RÉVOLUTIONNAIRE

2. DE LA RÉVOLUTION AU CODE NAPOLÉON

*Loi de 1791 dite LE CHAPELIER

3. L'ÉPOQUE LIBÉRALE

* Le code civil

* Le rapport du Dr VILLERMÉ publié en 1840

* Lois de 1841, 1864, 1871, 1884, 1898, 1900, 1906, 1919, 1928

4. LE FRONT POPULAIRE

Accords de MATIGNON des 6 et 7 juin 1936

5. L'APRÈS-GUERRE

* Les ordonnances du 22 février 1945

* La constitution de 1946

6. MAI 68 ET SES SUITES

* Loi de décembre 1968 sur les sections syndicales d'entreprises.

* Loi du 27 décembre 1973 sur l'Amélioration des conditions de travail, la création des CHS, de l'ANACT

* Loi du 6 décembre 1976 sur la sécurité au travail

* Loi du 12 juillet 1977 qui introduit, pour les entreprises de plus de 300 salariés, le BILAN SOCIAL

7. ORDONNANCES 16/01/1982 RELATIVES À LA DURÉE DU TRAVAIL ET AUX CONGÉS PAYÉS

8. LOIS AUROUX

- * Loi du 4/08/82 relative à la liberté des travailleurs dans l'entreprise
- * Loi du 28/10/82 relative au développement des institutions du personnel
- * Loi du 13/11/82 relative à la négociation collective et au règlement des conflits
- * Loi du 23/12/82 relative à la création des CHS-CT

9. LOIS DELEBARRE ET SEGUIN DE 1986 ET 1987 SUR LA MODULATION DU TEMPS DE TRAVAIL

En 1988, la baisse tendancielle des accidents de travail s'interrompt.

10. ACCORDS DITS DURIEUX DU 15/11/1991 RELATIFS À L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL À L'HOPITAL

11. LOI DU 19/05/1998 SUR LE PASSAGE AUX 35 HEURES DANS LES ENTREPRISES POUR L'AN 2000.

ANNEXE 2 : Modèle KARASEK

Extrait « Les Conditions de travail » M. GOLLAC, S.VOLKOFF P 80

Collection Repères

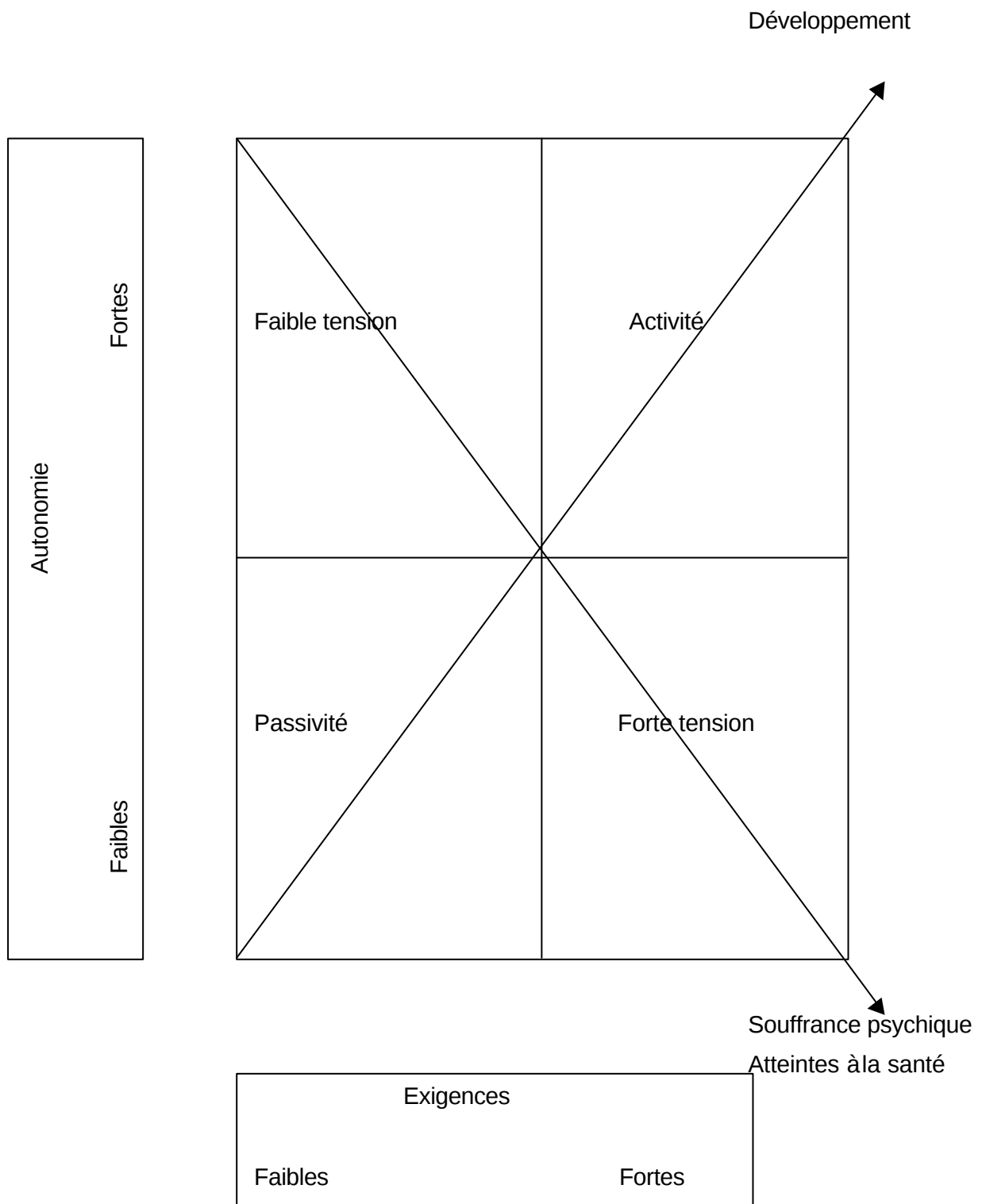
Parmi les recherches anglo-saxonnes sur le stress professionnel, celles de Robert Karasek ont une importance particulière. Son modèle de stress a servi de point de référence à un champ de recherche jusque-là très dispersé. Les exigences du travail (quantité, complexité, contrainte de temps) ne suffisent pas pour expliquer les effets du travail. Il faut y ajouter une seconde dimension qui correspond au degré d'autonomie : possibilité de choisir les modes opératoires et capacité à peser sur les décisions.

Encroisant ces deux dimensions, Karasek construit un graphique où les exigences du travail figurent en abscisse et l'autonomie en ordonnée. Une des diagonales du graphique correspond aux possibilités de développement offertes par le travail : elle oppose la situation marquée par la passivité (faibles exigences et faible autonomie) à la situation active (fortes exigences et forte autonomie). Karasek montre que les travailleurs en situation active ont des loisirs plus actifs et plus variés et participent davantage à la vie de la cité. Le passage d'une situation professionnelle de passivité à une situation d'activité entraîne un enrichissement de leur vie personnelle et civique, comme l'établit le suivi d'une cohorte. La position sur la première diagonale a donc des répercussions sur la capacité des gens à contribuer au fonctionnement de la démocratie.

La deuxième diagonale oppose les situations à faible tension psychique (faibles exigences et forte autonomie) et celles à forte tension psychique (fortes exigences et faible autonomie) : le passage des unes aux autres implique une sous-utilisation des compétences et un degré de stress croissant. Il s'accompagne d'un accroissement des maladies mentales, cardio-vasculaires et ostéo-articulaires.

Karasek avec Töres Theorell, a ajouté une troisième dimension, le soutien social sur lequel le salarié peut compter au travail : soutien instrumental ou technique et soutien émotionnel. Toutes choses égales par ailleurs, l'absence de soutien accroît les risques de sous-utilisation de compétences, de maladies mentales et cardio-vasculaires [Karasek et Theorell , 1990]

LES SITUATIONS DE TRAVAIL ET LEURS EFFETS DANS LE MODÈLE DE KARASEK



D'après R. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work : stress, productivity, and the reconstruction of the working life*, Basic Books, 1990.

ANNEXE 3 : LES GRILLES D'ENTRETIEN

GRILLE D'ENTRETIEN RÉALISÉE POUR LES RENCONTRES AVEC LES DIRECTEURS DE SOINS INFIRMIERS ET/OU INFIRMIERS GÉNÉRAUX et LE PERSONNEL D'ENCADREMENT.

ENTRETIEN N°

PREMIÈRE PARTIE : PROFIL DE LA POPULATION ET PRÉLIMINAIRES

Cocher la ou les réponse(s) lors de l'entretien

QUESTION N° 1

TYPE D'ÉTABLISSEMENT :

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| ➤ CHU | ☐ |
| ➤ CH | ☐ |
| ➤ CHS | ☐ |
| ➤ Établissement privé | ☐ |

NOMBRES DE LITS :

.....

QUESTION N°2

➤ PERSONNEL SOIGNANT

- Nombre d'IG
- Nombre de cadres et cadres supérieurs infirmiers

- | | | |
|---------------|--------|--------------------------|
| A : < 10 | cadres | ☐ |
| B : [10,50[| cadres | ☐ |
| C : [50, 100[| cadres | ☐ |
| D : >= 100 | cadres | ☐ |

Nombre d'IDE, IDE spécialisées, AS, AP, ASH

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| A : < 250 | ☐ |
| B : [250,500[| ☐ |
| C : [500, 1000[| ☐ |
| D : >=1000 | ☐ |

QUESTION N° 3

➤ CONNAISSANCE DE L'INTERLOCUTEUR

Ancienneté dans la fonction

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Moins de 2 ans | ☐ |
| Entre 2 et 5 ans | ☐ |
| Entre 5 et 10 ans | ☐ |
| Plus de 10 ans | ☐ |

- Ancienneté dans la structure

Moins de 2 ans ☐

Entre [2 et 5 [ans ☐

Entre [5 et 10 [ans ☐

Plus de 10 ans ☐

PRÉLIMINAIRES

QUESTION N° 4

L'établissement fait-t-il l'objet de :

➤ Construction neuve ☐

➤ Rénovation de locaux ☐

➤ Les deux ☐

Dater les expériences

QUESTION N° 5

Avez-vous déjà été confronté à des dysfonctionnements architecturaux qui ont engendré une problématique organisationnelle ?

=> si oui, laquelle ?

QUESTION N° 6

Pensez-vous que ce thème de recherche puisse être qualifié « d'intéressant » pour notre exercice professionnel ? :

Oui ☐

Non ☐

Sans opinion ☐

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DEUXIÈME PARTIE : ENTRETIEN SPÉCIFIQUE

QUESTION N°1

Quels sont pour vous **les points architecturaux stratégiques** dans une unité de soins ?
Pourquoi ?

QUESTION N°2

Quelles sont vos principales préoccupations lors de construction ou rénovation de locaux ?

QUESTION N°3

Comment concevez-vous votre rôle dans un projet de construction ou rénovation de locaux ?

QUESTION N°4

Quels sont les interlocuteurs au sein ou en dehors de l'établissement avec lesquels vous allez conduire cette réflexion ?

QUESTION N°5

À quel moment intervenez-vous dans les différentes phases ?

QUESTION N°6

Avez-vous une méthodologie qui vous est propre ? Si oui laquelle ?

QUESTION N°7

À quel moment favorisez-vous l'implication des équipes ?

QUESTION N°8

Travaillez-vous sur les espaces de travail en m² ou sur en flux des patients ?

QUESTION N°9

Comment aidez-vous les équipes à se projeter dans l'avenir et à raisonner sur les flux du patient plutôt qu'en terme de mètres carrés ?

QUESTION N°10

Avez-vous pu évaluer la qualité perçue par les agents sur leurs nouvelles conditions de travail, dans l'expérience que vous vivez actuellement, à défaut dans votre expérience antérieure ?

QUESTION N°11 Pour l'infirmière générale

Dans ce contexte, comment voyez-vous votre rôle au niveau du CHSCT
Quel est votre espace décisionnel ?

Pour le personnel d'encadrement

Qu'attendez-vous de l'infirmière générale ?

QUESTION N°12

Fort de votre expérience, quels conseils me donneriez-vous ?

QUESTION N°13

Avez-vous d'autres suggestions concernant ce thème de recherche ?

GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES RENCONTRES AVEC LE MÉDECIN DU TRAVAIL

QUESTION N°1

Quelles sont les pathologies professionnelles liées à la pénibilité des conditions de travail que vous recensez au sein de votre établissement ?

QUESTION N°2

Dans votre spécialisation de médecin du travail, avez-vous une formation en ergonomie ?

QUESTION N°3

Participez-vous au projet de rénovation ou conception de locaux ?

QUESTION N°4

Quels sont pour vous les points architecturaux stratégiques dans une unité de soins. Pourquoi ?

QUESTION N°5

Quelles sont vos principales préoccupations lors de la construction ou rénovation de locaux ?

QUESTION N°6

Quels sont les écueils à éviter ?

QUESTION N°7

Quels sont les interlocuteurs au sein ou en dehors de l'établissement avec lesquels vous allez conduire votre réflexion ?

QUESTION N°8

Dans ce cadre, comment voyez-vous le rôle de l'infirmière générale ?

GRILLE D'ENTRETIEN DESTINÉE AU DIRECTEUR DE TRAVAUX

QUESTION N°1

Quels sont pour vous les points architecturaux stratégiques dans une unité de soins ?
Pourquoi ?

QUESTION N°2

Quelles sont vos principales préoccupations lors de conception ou rénovation de locaux ?

QUESTION N°3

Comment concevez-vous votre rôle dans un projet de construction ou rénovation de locaux ?

QUESTION N°4

Quels sont les interlocuteurs au sein ou en dehors de l'établissement avec lesquels vous allez conduire cette réflexion ?

QUESTION N°5

Quel est votre degré d'exigence que vous imposez au maître d'œuvre pour qu'il prenne en compte la pénibilité du travail ? Quelle est la qualité attendue ?

QUESTION N°6

Comment situez-vous le rôle de l'Infirmière Générale ?

QUESTION N°7

Quel est son espace décisionnel ?

QUESTION N°7

À quelle phase la faites-vous intervenir ?

ANNEXE 4 : COMMISSION D'ARBITRAGE, COMMISSION DE CONCERTATION, GROUPES DE TRAVAIL

Les compositions des différentes commissions sont données à titre indicatif et ont été reprises dans un des établissements.

COMMISSION D'ARBITRAGE

Composition

- *Le directeur
- *Le directeur-adjoint
- *Le Directeur des travaux, de l'hôtellerie et de l'équipement
- *Le président de la commission médicale d'établissement
- *Un représentant de la commission médicale d'établissement
- *Un praticien hospitalier représentant la discipline concernée par le projet
- *Le directeur du service de soins infirmiers

Mission

Arbitrage et proposition de décision.

LA COMMISSION DE CONCERTATION

Composition

- *Le directeur des travaux et son chef de bureau
- *Le directeur du service de soins infirmiers
- *Un praticien par discipline concernée (ex : chirurgie, médecine, anesthésie..)
- *Un praticien représentant les services médico-techniques
- *Le président du comité de lutte contre les infections nosocomiales
- *Un cadre infirmier supérieur dans la discipline concernée
- *Un adjoint-technique

Missions

- ***Définition des grandes orientations concernant :***
 - *L'hébergement (conception des services)
 - *Les consultations et explorations fonctionnelles
 - *Les flux, l'hygiène et l'organisation générale
 - *L'accueil, l'administration
- ***Validation des demandes et choix des groupes de travail***
- ***Lien entre les groupes de travail et la structure de décision***
- ***information***

LES GROUPES DE TRAVAIL

Composition

Chaque service sera représenté au sein du groupe de travail.

Chaque groupe comprendra obligatoirement :

- *un directeur ou son représentant (de préférence de la Direction des travaux)
- *un cadre infirmier supérieur responsable du secteur concerné

Chaque service sera représenté de la manière suivante :

- *un praticien hospitalier
- *le cadre infirmier
- *une infirmière
- *une aide-soignante
- *un agent des services hospitaliers

Missions

- définition et expression des besoins en matière de :
 - o Locaux
 - o Surfaces
 - o Flux, hygiène, organisation des services
 - o Équipements techniques

Tant pour l'hébergement que pour les consultations externes et explorations fonctionnelles

- validation du programme

ANNEXE 5 : ÉVALUATION DES BESOINS PIÈCE PAR PIÈCE

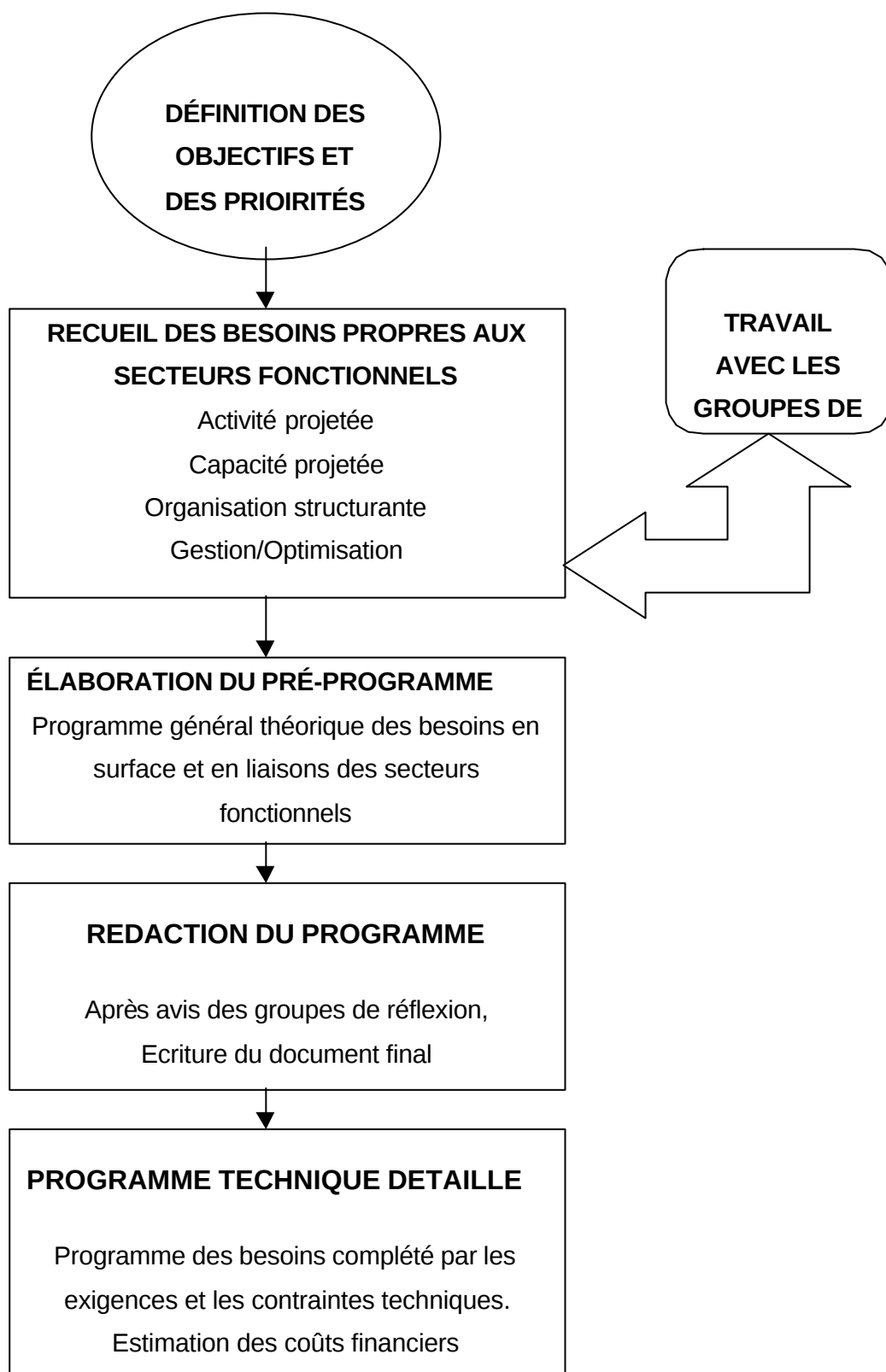
DESCRIPTION PIÈCE PAR PIÈCE

Pièce type	Surface unitaire Surface totale	Liaisons Fonctionnelles	Besoins techniques Respect d'un ordre Sols, murs, éclairage Informatique, supports	À quoi servirait la pièce ?

Document pris dans l'un des établissements où s'est déroulée l'enquête.

ANNEXE 6 : PROPOSITION DE PHASAGE POUR L'ÉLABORATION DU PROGRAMME TECHNIQUE DÉTAILLÉ

DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE DE PROGRAMMATION



Document utilisé dans un des établissements de l'enquête.