

Approche ergonomique en milieu hospitalier ¹ : Des logiques et des entraves dans une activité située

Ergonomic Approach in Hospital Environment: Logics and hindrances in a situated activity

EL HADI FASLA (a)

(a) Université d'Oran II .Algérie, Vice président ALGRH², General Manager BCS, Group Institut. Oran Ergonome européen

تاريخ الإرسال: 2020-11-23 تاريخ القبول: 2021-01-07

Résumé:

Longtemps cantonnée dans le secteur industriel, l'ergonomie s'est peu à peu ouverte au secteur des services tels que : Transport/ logistique /Administration /NTIC/ finances/ Education/ Santé... et s'attache aussi bien à l'étude transversale des activités dans les situations de travail, que de la relation interactive agent(s)/client(s). Falzon et Lapeyrière, (1998) le soulignaient d'ailleurs, en rappelant que « l'ergonomie, traditionnellement orientée vers les secteurs industriels, s'intéresse depuis peu aux activités de services et à l'étude de leurs caractéristiques,... », Notamment autour du rôle joué par les processus interactifs du type « agent-client » dans la construction même des processus de travail. Considérée comme une sous spécialité de l'ergonomie, l'ergonomie hospitalière, contribue à l'analyse des contraintes et spécificités de l'activité de par les multiples acteurs dans l'acte médical, la complexité des processus et des interactions mis en œuvre et les risques encourus (physiques, psychologiques, biologiques, chimiques, psychosociaux) par le personnel médical et paramédical dans des situations diversifiées.

L'analyse de l'activité en milieu hospitalier provient du constat de l'existence de fonctionnement dégradé dans la relation triptyque-Organisation hospitalière / personnel médical/Patients. Dans ce sens l'activité hospitalière, centrée sur la préservation de la santé humaine, reste particulière et présente des situations de travail spécifiques qui interpellent l'intervention ergonomique pour comprendre ce en quoi

¹ Nous ne prétendons pas dans cette contribution être exhaustif et couvrir toutes les activités du secteur Hospitalier.

² Association algérienne des ressources Humaines

l'activité réelle et les processus qui la sous- tendent sont entravées et agir en termes de recommandations opérationnelles afin d'améliorer les conditions d'exercices de l'activité.

Nous aborderons dans notre réflexion, de manière succincte, la confrontation de trois macro logiques ; Organisation/Métier/ demandes du patient, pour saisir les différentes dynamiques dans des interactions complexes.

Mots clés : Ergonomie, Activité, Logique, Compétence.

Abstract:

Long related to the industrial sector, ergonomics has gradually opened up to the services sector such as Transport / logistics / Administration / NTIC / finance / Education / Health ... and is also Committed to the transversal study of activities in a given situation, as of the interactive relationship between agent (s) and client (s). Falzon also emphasized this by recalling that "ergonomics, traditionally oriented towards industrial sectors, has recently become interested in service activities and the study of their features ...», in particular around the role-played by interactive "agent-client" type processes in the construction of work processes. Considered a sub speciality of ergonomics, hospital ergonomics, contributes to the analysis of the constraints and specificities of the activity by the multiple actors in the medical act, the complexity of the processes and interactions implemented and the risks incurred (physical, psychological, biological, chemical, psychosocial) by medical and paramedical work force in various situations.

The analysis of activity in the hospital environment comes from the observation of the existence of dysfunctions in the triptych relationship - Hospital organization / medical staff / Patients -. In this sense, hospital activity, centred on the preservation of human health, remains specific and displays work situations that require ergonomic intervention to understand how the real activity and the processes which underlie it are hampered and act in terms of operational recommendations in order to improve the work conditions related to the services presented to the patients. We shall briefly discuss the three-macro logics confrontation, namely; Organization / Business / patient request - to understand the different dynamics in complex interactions.

Keywords: Ergonomics, Activity, Logic, Skill.

1. Des logiques mises en œuvre.

1.1. Une organisation complexe.

En adoptant l'approche macro ergonomique, en reprenant et en adaptant les travaux de Hubault (2001) à notre propos, nous considérons que l'activité hospitalière se caractérise par trois macros logiques dynamiques qui fonctionnent en interface et en parallèle, avec une forte exigence d'interactivité :

- Une logique Organisation/gestion, allant de l'accueil et admission du patient à sa guérison ou à son décès,
- Une logique Métier (médical) allant du diagnostic au traitement du patient,
- une logique Patient, relationnelle, émotionnelle et complexe, impliquant d'une part l'organisation, le corps médical et paramédical et d'autre part le patient (et ses proches).

Nous soulignons ici la prépondérance du facteur relationnel qui favorise ou non (ou peu) l'accomplissement du service médical.

En adaptant le schéma de Hubault (2001) nous observons (schéma 1) l'interaction de ces trois logiques :

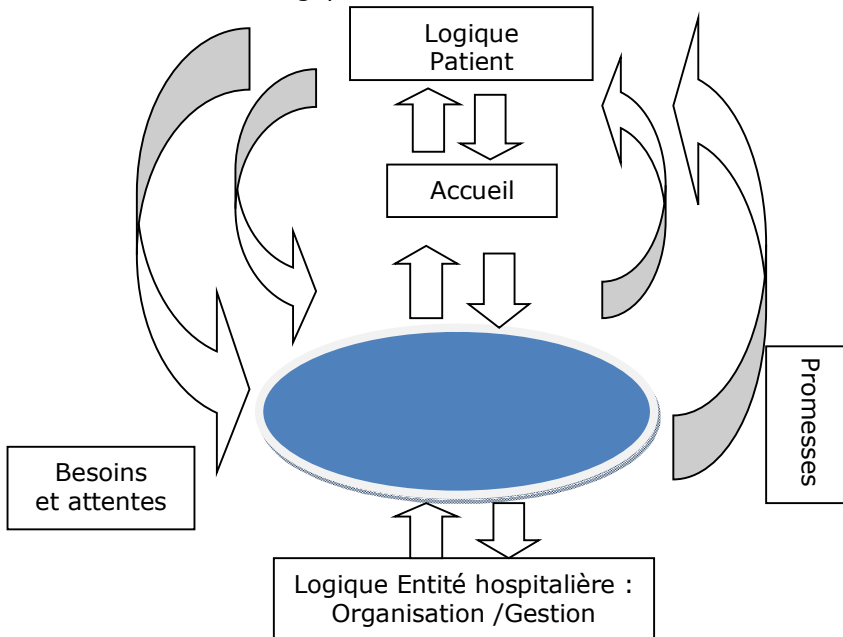


Schéma 1 : interactions de trois logiques.

Il existe différentes interactions et obstacles provenant de trois logiques différentes -Organisation hospitalière/Métier /Patient entraînant des dysfonctionnements et entravant le fonctionnement et la «raison d'être» (ce pourquoi elle existe) de la structure hospitalière.

Différents obstacles préexistants et/ ou apparaissant pendant le déroulement de l'activité, proviennent de chaque logique et de leurs interactions et peuvent apparaître séparément, en combinaison, ou en même temps comme (entre autres) ;

1.2. Organisation/Gestion hospitalière.

- du manque (pannes) d'équipements (scanners/radios. /outils et instruments de travail..,)
- Du manque /Insuffisances de fournitures médicales et paramédicales,
- Du manque /Insuffisances de moyens informatiques et bureautiques,
- Du manque de définition / délimitation claire des périmètres d'interventions à chaque poste de travail,
- D'une mauvaise installation et conception des espaces de travail,
- Lenteur dans le traitement des dossiers,
- Horaires de travail/permanences,
- Manque de coordination entre différents services (administration/accueil / réanimateurs, urgentistes, brancardistes, ambulanciers...),

A ce niveau, l'organisation de la structure hospitalière comporte et génère en elle-même les éléments entravant son propre fonctionnement.

1.3. L'accueil : un poste sensible.

Par ailleurs, si l'on examine la grande diversité des postes de travail dans une structure hospitalière, le poste «Accueil» reste une activité sensible car déterminant dès l'entame du processus médical, son efficacité, du moins en partie. Il est considéré comme ... «premier niveau d'interaction avec le public. Il est devenu un enjeu stratégique essentiel pour les organisations, puisqu'il s'y joue, l'expression directe de la qualité des moyens techniques et organisationnels mis en œuvre par les structures » Valery (2001).

En adaptant le schéma de Valery (2004), à notre propos, nous pouvons visualiser (schéma 2) l'interaction / confrontation de ces trois logiques qui sont prises en charge en premier par le poste «accueil». Pour ce poste, Valery (2004) parle «d'activité située», premier niveau d'interaction avec le public.

Dans cette «activité située» trois logiques s'affrontent et se confrontent. Le « poste Accueil » dans l'activité hospitalière devient un centre d'interaction direct, dynamique ou le tenant du poste n'est pas un «réceptionniste» (au sens passif) mais acteur actif recherchant, conciliant, gérant et générant des solutions et arrangements possibles pour chaque cas dans le but de la prise en charge et de la satisfaction du patient.

Les pressions exercées sur ce poste peuvent être ;

- Gestion des conditions d'attentes des patients,
- Types d'interfaces avec les patients,
- Moyens de l'accueil,
- Régulation entre les offres/places disponibles, et l'état du patient,
- Gestion des relations tendues avec le patient et /ou ses proches.

Cette tâche exige un profil de poste spécifique, requérant des compétences en communication/relations sociales, mais aussi la connaissance du fonctionnement des logiques précédemment citées.

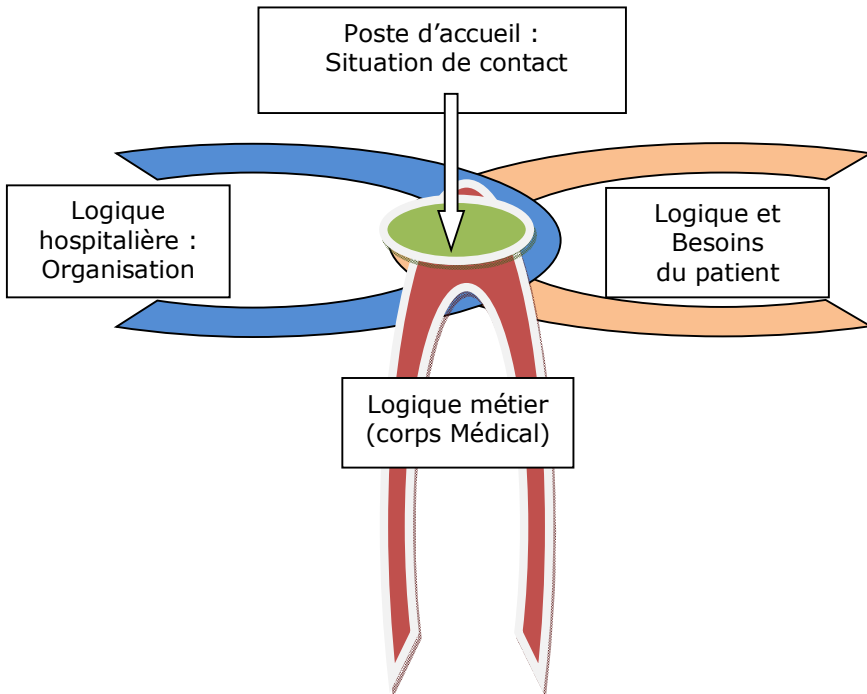


Schéma 2 : Poste accueil à l'interaction de trois « logiques » :

2. Logique métier³ .

En milieu hospitalier, la spécificité du métier est de préserver et de sauvegarder la santé humaine. L'objectif du métier est ici d'apporter des soins, de guérir le patient avec le minimum de risques. S'agissant de santé humaine, le métier est « situé » dans un contexte, réglementaire, environnemental et social en évolution avec des « incertitudes sur l'évolution de la situation... ». Caroly et Weil-Fassina, (2007), c'est à dire, dans notre cas, en rapport avec l'état d'évolution de la santé du patient, mais aussi de l'environnement socio organisationnel.

Constitué par un ensemble de compétences, l'exercice d'un métier s'acquiert et se renforce par apprentissage et par expérience. Il exige ainsi, notamment du personnel médical, (généralistes, spécialistes, infirmières, aides soignantes..) des « savoirs théoriques et des savoirs d'actions » Barbier, (1996), spécifiques et coordonnés, à mettre en œuvre en fonction des situations et de l'état du patient. Pour les tenants du poste d'un service hospitalier, les diverses compétences se doivent d'être « opératoires, structurées et dynamiques » de Montmollin (1984), et coordonnées permettant d'une part, l'accord et la collaboration du patient et d'autre part la réussite de l'acte médical.

L'acte médical passe ainsi nécessairement par l'éducation du patient en l'informant, le sensibilisant et parfois de le convaincre pour que s'établisse une relation de collaboration et de « coproduction » Hubault (2001). D'où l'exigence dans ces postes, de compétences périphériques, -relationnelles et communicationnelles-, permettant la participation du patient à la construction de cette « coproduction ».

Dans le métier du médecin traitant en charge des patients, différents missions sont attribuées :

- Dialoguer et expliquer tout en restant aimable,
 - Diagnostiquer : Examen clinique, analyse biologique,...
 - Prescrire,
 - Gestion de la relation (notamment émotionnelle),
 - Concevoir des protocoles,
 - Prioriser et Planifier,
 - Contrôler et identifier l'évolution de l'état du patient
- convalescence : / guérison/ Etat stationnaire / aggravation,
- Décider en individuel ou en collectif (médecin chef /Résidents) : intervenir par l'acte chirurgical ou non, changer de protocole...

Il risque cependant que des problèmes organisationnels, parfois

³ « Métier » est employé au sens générique du terme .

structurels, (internes et /ou externes au service) entravent l'exercice du métier et impactent sur l'efficacité de l'acte médical provenant notamment :

- De la difficulté de coordination entre divers intervenants dans Le même service, (aides soignantes, infirmières, résidents, spécialistes,),
- Des urgences qui diminuent le temps imparti au patient,
- De l'indisponibilité des équipements, de moyens, de médicaments... empêchant ou retardant le protocole de traitement,
- Difficulté d'établir un travail collaboratif entre différents intervenants,
- Travail collaboratif mis à mal par absence et/ou mauvaise circulation d'informations opérationnelles,
- Absence / insuffisance d'un système de reconnaissances dédié au corps médical, notamment pour le personnel paramédical qui effectue un travail relationnel essentiel sans lequel il est difficile d'obtenir la coopération du patient,
- Du manque /Insuffisance de compétences spécifiques, et d'effectifs à des moments donnés mais aussi en temps de crise sanitaire.

Parmi les conditions de réussites dans l'exercice de ce métier demeurent incontestablement la mise en œuvre de compétences théoriques et pratiques spécifiques pour chaque cas, la coordination entre différents intervenants du même service et entre services, mises à disposition de moyens, et coopération du patient.

3. Logique Patient⁴.

Dans l'activité hospitalière, «le client» n'est pas un client ordinaire. C'est un *patient* (impatient) avec des besoins et des attentes particulières. Il se présente avec un fort degré émotionnel avec l'espoir de guérison, des craintes et des réticences à mettre son corps à la disposition de «l'autre». Dès lors il devient un client difficile avec lequel il devient nécessaire de dialoguer. Des besoins et attentes du patient, nous relevons (entre autres) ;

- Perception des conditions d'accueils, d'orientations et d'informations,
- Perception des conditions de prise en charge externe (assurance, remboursement et frais divers,..),
- Perception du niveau de confort existant ou proposé,
- Perception des conditions de prise en charge interne (modalités d'hospitalisation, de traitement, de délai...),
- Perception de traitement injuste,

⁴ Nous employons ici le terme « logique » non dans son acception sémantique première, mais dans le sens du raisonnement du patient à un moment donné, dans un état de santé donné.

- Considère qu'on ne lui accorde que peu de temps,
- Etat psychologique du patient comme «frustration, impatience et incompréhension des traitements ou de décisions le concernant..» Falzon et Lapeyrière (1998).

Mais aussi,

- Gestion relationnelle complexe de par la diversité des interlocuteurs (spécialistes, résidents, infirmières,..)
- dans certains cas résistance du patient (et de ses proches).

Cette «logique» ou, représentation du service attendu, entre souvent en contradiction avec les propres demandes du patient. Or sa collaboration -pleine et entière- reste vitale pour son traitement et son rétablissement. Falzon, et Lapeyrière, (1998) le soulignaient en étudiant les situations de services « il est difficile, voire impossible, voire invivable, de cantonner l'autre dans le seul périmètre de l'échange "utile", qu'il soit marchand ou non».

De ce point de vue on peut considérer que le patient devient lui-même obstacle à la satisfaction de ses propres demandes notamment «, quand le malade dérangent passe vite pour dérangé ...parce qu'il résiste aux assignations / orientations / informations qu'on lui fait,». Falzon et Lapeyrière (1998).

Cette problématique reste souvent posée pour le corps médical qui n'arrive pas ou peu à « cadrer » le patient pour l'intégrer dans une dynamique relationnelle et un protocole thérapeutique.

Nous soulignons ici la prépondérance du rôle de la souffrance et des attentes du patient dans la construction de ses propres représentations en rapport avec la perception de la qualité des soins qui lui sont prodigués.

4. Suggestions :

4.1. Au niveau de la «logique Organisationnelle» :

Un aspect important doit être considéré et géré de manière impérative de la part du management de la structure hospitalière. Nous évoquons ici l'importance de la reconnaissance du travail invisible «insaisissable, car inquantifiable» (Peugny, 2020), qu'effectuent le corps médical, notamment les infirmières et aides-soignantes qui sont quotidiennement en situation de «travail émotionnel » (op.cit) quasi permanente avec les patients . Dans le contexte actuel de pandémie (Covid 19), nous relevons (avec satisfaction), une reconnaissance accrue de ces corps de métiers et au projet de revalorisation de leur statut.

Dans ce sens nous estimons que la «revalorisation» de cette « activité cachée », ne peut se construire qu'avec la participation des concernés et/ou de leurs représentants et devrait constituer une priorité aussi bien pour le management hospitalier que pour les instances supérieurs.

Il s'agira alors de construire un système d'évaluation basé sur la prise en compte de la reconnaissance de ce travail « caché », «invisible», et parfois «empêché».

Pour le management hospitalier, un autre mode de management s'impose :

- Penser autrement pour un autre mode d'organisation, souple et agile pour une meilleure efficacité du/des service(s),
- Agir et améliorer par des actions correctives, le fonctionnement de l'organisation en termes de processus et d'interactivité interservices et intraservices entre différents acteurs afin d'améliorer les interfaces d'une part et d'entre part, faciliter un continuum informationnel, opérationnel, indispensable pour contribuer à l'efficacité de l'activité d'hospitalisation et de soins,
- Organiser périodiquement (par trimestre ou autre périodicité), des réunions dédiées spécifiquement aux dysfonctionnements organisationnels et instaurer un système d'évaluation semestriel ou annuel de son fonctionnement en y relevant ;
 - o Les causes,
 - o Les responsabilités,
 - o Les moyens à mettre à dispositions pour apporter les actions correctives,
- Repenser les espaces de travail : accueil/salles d'opérations/chambres/sens de circulations, dans l'enceinte notamment pour les personnes à mobilités réduites,
- Budgétiser, programmer et planifier pour le personnel des formations complémentaires à celui de leurs métiers respectifs (personnel médical et para médical) en ;
 - o Communication (verbale et non verbale),
 - o Relations sociales,
 - o Gestion du stress et des émotions notamment en face de la douleur d'autrui et de leurs proches,

Mais aussi toutes autres formations spécifiques ciblées, allant dans le sens de la consolidation /développement des compétences métiers pour chaque catégorie socio professionnelle :

- généralistes/spécialistes/résidents,
- Infirmières,
- Aides soignantes,
- Brancardiers,
- Ambulanciers,
- Agents d'accueil.

4.2. Au niveau de la «logique Métier».

-L'activité du personnel médical et para médical constitue le noyau du métier de la structure hospitalière. Elle se caractérise par la mise en œuvre de « compétences relatives au savoir dans le domaine d'exercice de l'emploi et de compétences en communication » (Valery, 2004) et donc par la concomitance de l'exercice d'une double activité :

- une activité directement liée au métier de chaque catégorie socio professionnel,

- Une activité socio relationnelle (patients/Familles/Proches).

Ces deux compétences restent indissociables dans l'exercice de l'activité de soins.

C'est par la mise en œuvre de ces deux compétences-individuelles et relationnelles que le médecin chef est directement impliqué pour :

- Identifier, superviser, caractériser, et confirmer le ou les maux / pathologie(s)du patient par un diagnostic rigoureux exigeant :

- Des compétences avérées,
- Des moyens disponibles,

- Améliorer le fonctionnement par la coordination intra service entre les différents intervenants en coordonnant les actions individuelles et collectives,

- Anticiper sur les besoins et moyens futurs à mobiliser en fonction du flux des patients, mais aussi en prévision de crise sanitaire ou de pandémie (en coordination avec le top management de la structure hospitalière notamment),

- Organiser dans le service concerné des réunions périodiques, dédiées au fonctionnement du service en termes ;

- d'organisation,
- De moyens disponibles,

- Veiller auprès du personnel au développement d'une capacité d'écoute et d'empathie non seulement auprès du patient mais aussi à la qualité relationnelle auprès de sa famille et ses proches.

Le métier pour chaque CSP pourrait alors être exercé avec moins d'entraves au profit du patient.

4.3. Au niveau de «la logique patient» :

Il est difficile -voir dérisoire- d'apporter ici des suggestions ou des recommandations relatives à «la logique patient».

Parce qu'en fait, il n'existe pas une logique mais *des logiques patients* qu'il serait vain de standardiser ou de normaliser. Les malades/patients, avec leurs caractéristiques (Hommes, femmes, enfants, milieu socio culturels...) véhiculent chacun des niveaux différenciés de peurs, d'angoisses et d'attentes. Ce sont donc des logiques qu'il faut différencier, identifier et comprendre dans un contexte particulier parce que générée d'abord par la douleur, la crainte, et l'émotion.

Il reste toutefois que de meilleures conditions d'accueil, de diagnostics, de traitements et de soins, peuvent atténuer ces inquiétudes et impacter favorablement sur le niveau de collaboration et de «coproduction» avec le personnel médical et paramédical dans la réalisation de l'acte médical.

5. Conclusion :

L'existence de ces trois «logiques», fonctionnant en parallèle, en simultané, parfois en interférences, avec des contradictions, voir oppositions, dans une dynamique particulière, entrave la finalité de l'acte médical et risque d'impacter sur son efficacité.

Cette activité «située» revêt une autre dimension et se complexifie lorsque le personnel médical est aussi dans l'obligation (déontologie- morale) de réduire/guérir la souffrance du patient, et de le reconforter. Nous adhérons avec Monique (2007) à l'idée qu'« Il devient difficile de réduire la relation de soins à une simple relation de service. La place centrale qu'y occupe la souffrance, du patient comme du soignant, lui donne en effet une dynamique particulière ».

Considérer alors l'activité hospitalière comme un simple centre de services n'a pas de sens dès lors que s'y joue la sauvegarde de la santé humaine.

Par ailleurs, nous constatons qu'aucune évaluation de la qualité des soins (du moins formelle), par la structure hospitalière n'est

effectuée à la sortie du patient. Dans ce sens, la mise en place d'un système d'évaluation constituera un atout incontestable non seulement pour l'amélioration des conditions de soins mais permettra aussi, en retour, la constitution de données indispensables pour l'élaboration d'un système d'évaluation du personnel soignant.

L'implication du management hospitalier, reste essentielle pour établir un continuum sans entraves entre les divers acteurs et agir pour son efficacité. Il s'agira alors de prendre en compte les logiques des différents acteurs, les analyser par phases et étapes dans le cadre du fonctionnement optimal de la macro processus -Entrée du patient/Sortie du patient -.

La dynamique créée, liée à l'instauration/amélioration des différentes interactions, nécessite cependant de la part du management, la mise en œuvre d'une veille organisationnelle permanente pour contrôler et apprécier la qualité des soins mais aussi la satisfaction du patient. L'amélioration continue des processus mis en œuvre ne peut en effet se passer de leurs évaluations.

L'ergonomie, dans l'analyse de l'activité hospitalière démontre ainsi la nécessité de comprendre, dans une activité située, les différentes logiques mises en jeu et *agir et faire agir* pour l'amélioration des interfaces et des interactions entre différentes logiques- Organisation/Métier/demandes du patient, dans un contexte psycho-socio-organisationnel particulièrement complexe et dynamique.

6. Références :

1. Barbier J.M. (1996) Savoirs théoriques et savoirs d'action. Paris. PUF.
2. Caroly. S et Weil -Fassina. A. (2007) En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie. Revue Activités 4-1. P. 85/98
3. Falzon. P et Lapeyrière. S (1998) L'usager et l'opérateur : ergonomie et relation de services : Le travail humain, 61(1), 69-90.
4. Monique. F. (2007) La relation de soins, concepts et finalités. Revue CAIRN.P.36.
5. Hubault. F. (2001) La relation de service, Une convocation nouvelle pour l'ergonomie .CEP-Ergonomie et Écologie Humaine - Université Paris 1 .P.3
6. De Montmollin. M. (1984) L'intelligence de la tâche. ed Peter Lang Berne.
7. Peugny Camille. (2020) Du management du care au care management : Une nouvelle éthique au secours du management, Revue Management Avenir Santé N°7.P.3
8. Valléry, G. (2004) Relations de services et approche ergonomique : saisir le caractère dynamique et situé de l'activité au travers de l'analyse des interactions agent-client, Revue Activités 1-2 .P.22