

Prévention intégrée à la conception en pôle Urgences

Marjorie Vonwyl

Ergonome interne, CHRU, Brest

Je vais vous raconter ce projet sous forme d'histoire que j'ai vécu et que je vis encore aujourd'hui au sein de l'établissement où je suis ergonome interne. Cela se passe à Brest, au Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU).

Tout d'abord, très rapidement, je vais vous présenter quelques éléments de la structure dans laquelle je travaille, puis comment nous appréhendons la notion de pénibilité. Ensuite, je préciserai « d'où je parle » et j'entrerai dans le vif du sujet en vous présentant le projet de Service d'Accueil et d'Urgences adultes (SAU) et en vous donnant quelques illustrations de son contenu. Je terminerai avec plusieurs conclusions et questionnements pratico-pratiques qui sont des situations que je rencontre au quotidien.

1. Le CHRU de Brest

Le CHRU de Brest comporte 7 lieux d'accueil spécialisés sur le bassin brestois, ainsi qu'un site à Carhaix distant de 70 km. Nous sommes environ 7500 salariés, tous métiers confondus et nous accueillons environ 122 000 patients par an. Le CHRU de Brest possède aussi 240 000 consultants car nous avons une importante activité de consultations externes et nous accueillons environ un millier d'étudiants, toutes filières confondues. Le CHRU de Brest est structuré en 13 pôles cliniques et médico-techniques selon la nouvelle gouvernance qui organise la structure hospitalière en pôle de soins.

2. Le sujet : la pénibilité

Dans le secteur hospitalier, comme dans beaucoup de secteurs, la notion de pénibilité est une notion que nous utilisons déjà depuis longtemps avec une grande prudence. En effet, la pénibilité renvoie à beaucoup de choses différentes et est parfois utilisée comme une notion « fourre-tout ». Nous savons par exemple que le métier d'aide-soignant est un métier particulièrement « pénible », mais l'objectif réside dans le fait de savoir comment s'exprime cette pénibilité et ce que nous pouvons mettre en œuvre pour la prévenir. En effet, les discussions actuellement en cours s'orientent vers la prévention et plus seulement vers la seule compensation de la pénibilité. L'idée est de ne pas dissocier la pénibilité des autres risques professionnels mais de les intégrer dans un champ unique.

Néanmoins, nous nous appuyons sur des aspects réglementaires avec la circulaire n° DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la Fonction Publique Hospitalière. Cette circulaire insiste sur l'accroissement des obligations de l'employeur vis-à-vis de ses salariés et se traduit concrètement dans la pratique par la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels et donc par le remplissage de tableaux. L'important est alors d'établir et de mener des plans d'action qui aient une cohérence, du sens avec les données qui doivent être le reflet de la réalité de terrain. Il y a ainsi des prétextes qui permettent cela. Ici, un des prétextes a été que le secteur qualité, en charge de la gestion du document unique, m'a sollicitée pour travailler sur l'interface d'évaluation des risques professionnels et non sur le contenu de l'évaluation. L'interface était un logiciel créé par un informaticien interne au CHRU. De fil en aiguille, nous sommes arrivés finalement à discuter des données à saisir, du contenu. Nous arrivons ainsi doucement vers des réflexions plus en lien avec la gestion des risques professionnels eux-mêmes. En effet, la notion de service public dans un établissement hospitalier avec un fonctionnement 24 heures sur 24 et un travail autour du patient, autour de l'humain, fait que l'on a des impératifs et qu'il n'est donc pas toujours facile de se rencontrer, d'échanger. Pour autant, nous

nous attachons à réfléchir autour de ces questions avec un raisonnement pluridisciplinaire, ce qui est essentiel. L'objectif est vraiment de travailler sur cette interface de façon à ce qu'annuellement nous puissions, de la même manière que pour l'évaluation des risques professionnels, intégrer des éléments un peu plus complets de la prise en compte de la pénibilité. L'intérêt à terme serait aussi d'en tirer des informations pour les fiches d'exposition individuelle. Si nous arrivons effectivement à avoir un ensemble d'informations relativement complet, cela permettra aussi d'avoir un suivi de l'état actuel de la situation à un instant T, (au moins annuellement). Si cela est faisable, une étape sera déjà franchie. Le deuxième travail en cours de réflexion porte sur la définition des plans d'action qui puissent être, transversaux ou bien très ciblés pour des problématiques particulières. En pratique, c'est toujours difficile car si je fais le rapport avec ce qui a été dit précédemment, c'est d'abord un premier travail sur l'état et un second travail sur les processus. Là encore, ce sont des réflexions qui sont en cours et ce n'est pas forcément l'idéal sur le terrain car nous avons une multitude de commissions de coordination thématiques, dont plusieurs existaient avant mon arrivée.

Les demandes émanent du CHSCT qui possède une commission sur les risques professionnels, une commission sur les risques psycho-sociaux et une commission sur les risques liés à l'air et à l'eau, sur l'absentéisme, sur la gestion de la violence... Il y a là beaucoup de choses, mais cela a au moins le mérite d'essayer de se pencher sur la question et de rassembler les acteurs qui pourraient être compétents sur le thème. Maintenant la difficulté, ce vers quoi nous essayons de tendre, c'est de faire du lien, d'apporter du sens. Pour l'instant, nous parvenons à intégrer le fait qu'il y a de l'humain concerné ; de l'activité réelle de travail. Par exemple, on m'a présenté un plan d'action visant le déploiement de la télésurveillance au-delà du seul secteur psychiatrique. N'ayant pas l'antériorité des réflexions, j'ai demandé si cela répondait vraiment aux besoins. Par conséquent, nous sommes allés regarder plus en détail sur le terrain et clairement la réponse était négative. De cette manière, nous avons pu revenir sur cette décision qui, bien qu'elle ne fût qu'au stade de la réflexion, aurait facilement été actée si nous n'avions pas rapidement réinterrogé le travail par rapport à la problématique. Donc voilà le constat que l'on peut faire chez nous avec à la fois des choses positives et d'autres plus négatives. Un second exemple, le mois dernier j'étais sur l'un des CHSCT de site et une partie de la représentativité syndicale a voté contre un plan d'action pour l'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact). J'étais intégrée dans la moitié des sujets et ils ont considéré que ce n'était pas une caution suffisante... Par conséquent, nous faisons aussi avec la réalité du travail où il y a des choses qui aident et d'autres qui freinent les projets. Pour ce cas précis, c'est décevant parce que nous avons dû reporter tous les travaux à l'étude à l'année prochaine, nous n'avons rien pu avancer. Voilà un panorama rapide des réflexions qui sont en cours dans le cadre de la prévention des risques professionnels.

3. Etre ergonomiste interne au CHRU de Brest

Sur la question d' « où je parle » j'ai choisi de reprendre une phrase de Véronique Godard qui disait aux journées de Bordeaux en 2005 qu'être ergonomiste interne « c'est tenir le point de vue du travail, se positionner comme une aide plutôt que comme une contrainte supplémentaire, se créer des relais, et diffuser le message ergonomie ». Il est vrai que le positionnement en tant qu'interne fait que l'on appréhende les choses peut-être un peu différemment, en tout cas on est obligé d'appréhender la question différemment. Pour quelques éléments de contexte, je suis dans cette structure depuis 2008. J'ai exercé d'abord à temps partagé, à 50 % sur deux structures hospitalières, et depuis deux ans, je suis à temps plein.

Faire sa place en tant qu'ergonomiste, je commencerai par dire « ergo... quoi » ? Effectivement, tous ceux qui sont passés par l'hôpital pensent à ergothérapeute et non à ergonomiste. Je respecte tout à fait les ergothérapeutes mais nous ne faisons pas le même métier. Pour l'anecdote, je continue à prendre régulièrement mon courrier dans leur service, et mon premier contrat de travail était sur le grade d'ergothérapeute. En effet, la réponse qui m'a été faite était que c'était le métier qui se rapprochait le

plus du métier d'ergonome d'après eux. Je vous donne ces éléments de contexte car ils illustrent bien le démarrage du poste et ma pratique au quotidien. Ensuite, un des défis majeurs pour moi est de démontrer le lien entre les conditions de travail du personnel hospitalier et la qualité de prise en charge des patients. Cela vous paraît peut être normal, logique, mais en pratique ce n'est pas si évident et pas pour tout le monde. Donc voilà, c'est un point de départ qui n'est pas toujours très favorable mais il faut bien garder cette idée de lien.

Si l'on se replace dans l'histoire, l'hôpital a rencontré de nombreuses évolutions dans sa conception architecturale. Au Moyen Age, les structures étaient destinées à accompagner la mort en présence de religieuses. La conception s'orientait alors vers la construction de grandes salles communes de 100 m de long et de 20 m de hauteur sous plafond. Ensuite, nous avons eu des hôpitaux qui ressemblaient davantage à des palais. L'objectif était de construire de grandes murailles pour protéger la société des maladies infectieuses. C'est à cette époque, les médecins commencèrent à apparaître à l'hôpital. Par la suite, l'hôpital reprit des dimensions plus réalistes. On essaya de diminuer la concentration des malades avec un maximum de 40 patients par salle et la structuration pavillonnaire, les bâtiments séparés par des jardins, se développa pour permettre l'accueil des patients sur le long terme. Pour finir, l'hôpital devint un lieu médicalisé où l'on se rendit compte que, d'un point de vue pratique, le transport des malades vers les explorations techniques possibles grâce aux nouvelles innovations technologiques était assez incompatible avec l'architecture pavillonnaire. On commença alors à doubler les surfaces utiles des locaux techniques. Ainsi, l'architecture de l'hôpital évolua en fonction du sens donné à la prise en charge du patient et en fonction des évolutions technologiques et techniques. De plus, depuis les années 70, nous avons commencer à intégrer la démarche ergonomique. Aujourd'hui, effectivement la réglementation joue beaucoup dans les évolutions technologiques mais aussi les opportunités de projet et donc l'aspect financier. C'est un des sujets sur lequel je vais vous en dire davantage.

4. Le projet SAU : Service d'Accueil et d'Urgences adultes

Le projet SAU porte sur l'extension du bâtiment des urgences actuelles. Le secteur concerné par le projet fait partie du pôle ARSIBOU (Anesthésie, Réanimation, Soins Intensifs, Blocs Opératoires et Urgences) qui regroupe 32 services. Plus précisément, sur ce secteur nous avons les urgences générales, les urgences psychiatriques, l'UHCD (l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée), l'accueil administratif, la salle de déchoquage qui est la salle d'accueil des urgences vitales, le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) et le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente).

A l'origine du projet SAU, les raisons invoquées sont l'augmentation des passages dans les urgences (de 3% tous les ans) et les opportunités de crédit de l'hôpital en 2012. Pour vous donner quelques idées de ce que cela représente, il s'agit d'une extension de 4000 m² d'un bâtiment existant.

Nos objectifs sont de satisfaire le volume d'activités actuel, ainsi que de prévoir le volume des activités à venir dans les prochaines années. Nous veillons aussi à intégrer de nouvelles activités comme l'UMJ (l'Unité Médico-Judiciaire) qui comprend des chambres sécurisées, à augmenter de 16 lits l'UHCD, ainsi qu'à mettre l'hôpital en conformité avec la réglementation en cas d'afflux de victimes (plan blanc) ou face à la gestion des risques NRBC. Au niveau des chiffres, nous avons plus de 42000 passages aux urgences en 2011 dont plus de 9000 concernent les plus de 75 ans. Le taux moyen d'occupation des lits d'UHCD est de 103 %.

L'organisation du projet comporte une maîtrise d'ouvrage regroupant le directeur chargé des travaux, quelques ingénieurs, des techniciens, les cadres supérieurs de santé du secteur urgences et deux médecins urgentistes dont le chef médical du secteur. En ce qui concerne la maîtrise d'œuvre, il s'agit d'un cabinet d'architectes extérieur qui a été sélectionné sur appel d'offre.



Projet SAU (Service d'Accueil et d'Urgences Adultes)

Dans la photo du haut, encadré en orange, se trouve le bâtiment actuel des urgences sur lequel porte l'extension

Dans le dessin du bas, est intégrée l'extension du bâtiment

5. En pratique : l'apport de l'ergonomie

Contexte de l'intervention

J'arrive en phase avancée du projet (APS) en Juillet 2010. Suite à une discussion avec un cadre supérieur de santé sur un projet, j'ai proposé d'apporter ma contribution au Directeur chargé des travaux qui a refusé au premier abord en expliquant qu'il n'avait pas besoin d'un avis de plus. J'ai cependant proposé un travail plus constructif et j'ai profité du soutien du cadre supérieur de santé qui ne savait pas sous quelle forme restituer la réalité du terrain et quelles étaient les modalités possibles de négociation avec le directeur chargé de travaux. Je me suis donc positionnée en tant qu'assistance à la maîtrise d'ouvrage.

J'ai donc proposé une démarche de travail en fonction des besoins sur un délai de deux mois. J'ai rencontré le cadre supérieur de santé et le médecin chargé du projet de conception d'accueil des urgences qui avait conçu les plans, les concepts généraux, les principes d'ouverture sur les patients. Une analyse de l'existant a été réalisée sur une durée de cinq jours et une nuit, les analyses portaient sur les AT/MP, le turnover, la démographie.

Le constat a révélé :

- Une disparité entre les métiers et les services

- Des plaintes par rapport aux débordements des urgences (des brancards dans les couloirs, des effectifs insuffisants, une attente trop longue, des agressions, ...)
- Des disparités de fonctionnement importantes du fait qu'il y avait une structuration des urgences médicales en deux grands secteurs (Secteur Médical et Secteur Chirurgical) où tout était fait théoriquement en symétrie afin d'avoir des urgences générales communes sans distinction de la prise en charge médicale ou chirurgicale.

Mise en place de groupes de travail

Suite à ce constat, j'ai décidé de mettre en place une structuration en groupe interne de projet en faisant le lien entre le groupe de pilotage et les groupes utilisateurs. Sur cette base six sujets stratégiques (Gestion des flux de linges/déchets + Locaux techniques, La SAUV, Locaux médicaux /IDE [UHCD], Box, Urgences psychiatriques, Zone IAO [Infirmier d'accueil et d'orientation]) ont été proposés en essayant d'intégrer tous les rouages du fonctionnement de l'accueil des urgences. Deux secteurs n'ont pas été pris en compte, le secteur SMUR car des experts s'étaient déjà penchés sur la question et le secteur administratif où il y a eu un refus de prendre part à l'échange.

Au cours de l'intervention, une évolution du modèle apparaît avec l'intégration de phases d'échange intermédiaire avec les ingénieurs de la maîtrise d'ouvrage.

Mise en place de simulations

Durant la conception de la Salle d'Accueil des Urgences Vitales médico-chirurgicales (déchoquage), des situations d'actions caractéristiques ont été choisies avec pour objectifs de faciliter les accès, les espaces de circulation, mettre des espaces de rangement importants ainsi que de répondre aux diverses questions posées par l'ergonome, les principales étant :

Quelles sont les modes d'organisation qui facilitent la bonne qualité des soins ?

Qu'est ce qui favorise la communication dans l'équipe ? Qu'est ce qui fait qu'ils peuvent travailler ensemble ?

Quels sont les facteurs de « pénibilité » des situations existantes ?

Conclusion

Les retours d'expérience étaient très riches par rapport au contenu du travail (notamment ce qui était vécu comme pénible), ils ont été présentés et pris en compte au CHSCT du site concerné. Il a été inscrit de manière définitive sur les plans d'actions des risques professionnels du CHRU ; une volonté d'intégration systématique de l'ergonome dès la phase de définition du programme des constructions ou restructurations majeures.

Suite à cette intervention, trois questions se posent pour l'ergonome :

- Comment aller au-delà de la déclaration d'intention ?
- Est-ce l'ergonome interne reste objectif sur cette question tout en sachant qu'il n'est de toute façon pas neutre ?
- Quelles sont les marges de progression à l'hôpital vu le contexte budgétaire actuel ?