

GESTION DE L'INCERTITUDE EN CONCEPTION DE SITUATIONS DE TRAVAIL : LE CAS PARTICULIER DES PROJETS HOSPITALIERS

BERNFELD GUY

Direction du Patrimoine et de la Logistique. AP-HP. 3 avenue Victoria, 75004 Paris

SAUVAGNAC CATHERINE

Délégation aux Conditions de Travail. AP-HP.

Résumé

L'incertitude dans la conception de locaux de travail pose des problèmes particuliers quand il s'agit de bâtiments hospitaliers. Il s'agit alors de gérer l'incertitude dans la conception de futures situations de travail, en prenant en compte le point de vue du travail dès le début du projet. Les projets architecturaux en milieu hospitalier combinent l'incertitude et la complexité, dans un cadre réglementaire très strict. La conduite de tels projets, pour le gestionnaire comme pour l'ergonome, suppose à la fois de réduire l'incertitude et de prévoir de futures situations adaptables. Dans ce contexte, la pratique ergonomique contribue à la réduction de l'incertitude en participant à l'expression des besoins des utilisateurs et en modélisant l'activité ; ceci permet de déterminer les invariants de l'activité. Le gestionnaire peut réduire l'incertitude en identifiant les invariants des locaux et en effectuant une veille sur la technologie et l'évolution des pratiques.

Mots-clés : incertitude, conception, situations adaptables.

DESIGNING FOR UNSPECIFIED WORK PREMISES : THE CASE OF HOSPITAL PROJECTS

Abstract

Designing for unspecified work premises is a specific problem when it is a matter of hospital buildings. It's here a question of managing design for unspecified work conditions, taking part of actual work from the starting point of the project. Architectural projects for hospital mingle uncertainty and complexity, while the observance of the rules is strict. For the administrator, as for ergonomist, leading such projects is at the same time reducing uncertainty and foreseeing evolutive premises. In this context, ergonomics reduces uncertainty by determining invariant work activity, by modelling this activity and helping the expression of users' requirements. Administrator may reduce uncertainty by determining invariant premises and keeping watch over technology and change of hospital.

KEY-WORDS : uncertainty, designing, evolutive premises

INTRODUCTION

La conception de nouveaux locaux de travail ne se réduit pas à la production de nouveaux bâtiments : il s'agit *de facto* de la conception de nouvelles situations de travail ; l'élaboration des futures pratiques commence dès que la rédaction d'un projet est envisagé. En milieu hospitalier, les réalisations architecturales et les pratiques de soin dépendent du projet médical ; or, celui-ci est caractérisé par un grand degré d'incertitude, qui se prolonge très avant dans le déroulement du projet architectural, et qui tient à deux ordres de facteurs : le mode de nomination des chefs de service qui échappe à l'établissement hospitalier concerné et l'évolution permanente des connaissances médicales (et par là des pratiques et des matériels).

Cette gestion de l'incertitude demande la mise au point de nouvelles méthodes de conduite des projets: c'est le propos des deux auteurs du texte, dont l'un est gestionnaire et l'autre ergonomiste. En effet, les problématiques de la gestion et de l'ergonomie loin d'être disjointes, sont similaires dans cette situation et ceci pour deux ordres de raisons :

- la prise en compte du point de vue du travail dans la conception de bâtiments hospitaliers n'est pas un luxe à introduire tardivement, mais une nécessité : concevoir une structure hospitalière, c'est concevoir une situation de service aux patients, c'est à dire une situation de travail et de soin,

- aux gestionnaires comme aux ergonomistes revient la charge de prévoir le futur possible assez tôt pour concevoir et assez tard pour que la situation de travail construite ne soit pas obsolète avant même d'entrer en fonction.

Cet article comporte deux sections : un rappel des caractéristiques des projets architecturaux en milieu hospitalier et des notions d'innovation et d'incertitude dans ce contexte, et une réflexion sur ce que doivent être les pratiques de gestion et d'ergonomie dans ce contexte.

CARACTÉRISTIQUES DES PROJETS ARCHITECTURAUX EN MILIEU HOSPITALIER

Les projets architecturaux en milieux hospitaliers sont particuliers tant du point de vue de la gestion que de la pratique ergonomique; ils combinent en effet la complexité et l'incertitude d'une part, avec la contrainte réglementaire d'autre part.

La gestion des projets hospitaliers

Elle est marquée par une grande complexité engendrée par la multiplicité des lieux de décision et le flou des objectifs. Un grand degré d'incertitude pèse donc sur l'état final du projet en raison de l'évolution du matériel et surtout des politiques médicales durant le temps même du projet :

- le projet médical, et donc l'activité qui sera exercée dans le futur sont très liés à la personne du chef de service et à ses options, une nomination non prévue au début du projet pouvant en modifier profondément la nature. Par ailleurs, des compromis sont faits au sein de la communauté médicale, et entre projet médical et projet des soignants,

- les techniques médicales et l'appareillage peuvent se modifier profondément, induisant des restructurations des locaux dans lesquels ils sont employés. Le type d'équipement en cause a lui-même évolué : c'est l'imagerie médicale désormais informatisée qui évolue le plus vite et structure les espaces,

Les centres de décision sont donc multiples : ceci est à l'origine de décisions modificatives parfois tardives, qui peuvent nuire à la cohérence du projet. Des enjeux de pouvoir contradictoires se jouent dans les projets architecturaux : des décisions sont prises par des chefs de projet, mais restent sous la responsabilité de la direction générale, et sont soumises à l'approbation de diverses tutelles. ; certaines décisions sont des compromis entre diverses professions, et prises tardivement, entravent le projet. Par ailleurs, cette gestion est fortement contrainte par la réglementation : elle est caractérisée par une inscription dans un cadre contraignant, celui du déroulement induit par la loi MOP.

La pratique ergonomique dans les projets hospitaliers

L'action ergonomique doit s'inscrire dans le temps et les objets du projet architectural, ce qui permet la prise en compte le point de vue du travail d'un bout à l'autre du projet, et singulièrement au moment de la rédaction du programme. Ce faisant, l'action ergonomique tend à donner de la cohérence au projet.

Une des tâches primordiales de l'ergonome est ici d'outiller les utilisateurs qui participent au projet, de manière à ce qu'ils puissent exprimer leurs besoins pour une activité future incertaine.

Aux stades initiaux du projet, l'ergonome aide à l'expression des besoins en terme d'activité ; ultérieurement, la représentation de l'activité fait la base des éléments d'évaluation du projet aux diverses étapes de spécification.

LA CONDUITE DES PROJETS HOSPITALIERS MARQUÉS PAR L'INCERTITUDE

La conduite des projets menés par l'incertitude pose à l'ergonome comme au gestionnaire la question de nouvelles méthodes qui devraient viser deux objectifs apparemment opposés : identifier les invariants pour décider et apprendre à concevoir des artefacts évolutifs, pour ne rien figer indûment. En effet, il ne semble pas possible de continuer à gérer des projets comme s'ils étaient vraiment définis, en prenant toutes modifications de ce projet comme un aléas. Les processus de conception doivent évoluer vers la production de locaux hospitaliers qui tendent à être pertinents le plus longtemps possible, en renonçant à la cohérence complète et immédiate (4).

Une illustration de la nécessité de concilier cohérence et évolutivité est l'indispensable harmonisation entre la nécessité de concevoir précocement les locaux et celle de décider du matériel biomédical assez tard pour acquérir le plus moderne ; les voies de solution consistent à la fois en la recherche de travaux adaptables et en une veille et un recherche de standardisation du matériel.

Le gestionnaire est-il condamné à attendre jusqu'au dernier moment pour prendre les décisions pour tenir compte des dernières avancées scientifiques et technologiques ? Peut-être pas : si l'innovation s'inscrit dans une vision prospective de ce que doit être la future réalité, le champ des possible se réduit alors. L'invariant de l'activité hospitalière, c'est le

patient : toute innovation devra être orientée vers lui ; cette certitude ne suffit pas à résoudre la question de l'incertitude, mais elle en réduit le champ. Il s'agit de construire un hôpital adaptable, construit autour de la prise en charge du patient (bernfeld, 2000).

C'est donc autour du patient, qui devient aussi un client, que la prise en charge et donc l'hôpital devra s'organiser ; les désirs du patient étant de pouvoir choisir et maîtriser le déroulement des soins reçus, d'être accompagné de sa famille, et de pouvoir écourter son séjour à l'hôpital, voire d'être soigné à distance, grâce aux progrès de la technologie. Passer d'une logique de production à une logique de service suppose une rupture organisationnelle. Les demandes évoluent : pour un millions d'hospitalisations annuelles, quatre millions de consultations et un million d'admission aux urgences sont traitées. Ces innovations prévisibles vont modifier l'activité des soignants, en alourdissant la part de la relation de service ; mais elles vont aussi modifier la conception des hôpitaux, qui devront s'organiser autour des nouvelles technologies.

L'ergonome est-il amené à attendre que l'incertitude soit levée pour des raisons purement techniques ou sous la pression d'événements extérieurs ? Le principe de base de l'intervention ergonomique en conception est de prévoir l'activité future probable (2), et d'aider les utilisateurs à la prévoir. Ceci pose un problème particulier si les futurs déterminants du travail restent à un faible degré de spécification très avant dans le projet. Mais contribuant à mettre en évidence les invariants de la tâche et de l'activité, l'ergonome contribue à réduire le champ des possibles. On peut définir comme invariants de la tâche les grands objectifs de celle-ci ; par exemple, la tâche d'accueil aux consultations, qui sont amenées à se développer, quelque soient les techniques mises en oeuvre, supposera toujours des activités de régulation, d'échanges d'informations, de guidage des patients. Ceci suppose que les invariants soient clairement identifiés et utilisés comme un objet de débat. Du point de vue cognitif, la question est de savoir quelles connaissances les soignants utiliseront dans le futur. Si l'on considère ces connaissances comme des schémas, deux possibilités existent : ou ces schémas évoluent à partir de la pratique, ou bien ils subissent une vraie restructuration devant des situations nouvelles (5). L'ergonome est donc en position de prévoir, mais aussi de construire la réduction de l'incertitude.

Par ailleurs, l'ergonome, dans ces projets plus qu'ailleurs, doit contribuer à la conception de situations de travail adaptées mais surtout adaptables (3). Le problème n'est pas en effet seulement prévoir des situations de travail garantissant santé et efficacité pour la tâche prévue, mais aussi de permettre une évolution future. Ceci suppose que les opérateurs conservent leur statut de co-concepteurs de leurs situations de travail, en les faisant évoluer par l'usage.

Le gestionnaire comme l'ergonome doivent donc trouver une voie entre incertitude réduite et incertitude acceptée : la solution n'est pas unique, il faut prendre des décisions évolutives, à l'intérieur d'un champ d'incertitude réduite par l'analyse du travail futur. Ceci en réalité va remodeler profondément les processus de conception : il faudra concevoir des locaux, des organisations, tout en envisageant d'autres solutions possibles, déterminées par d'autres activités futures. Ceci suppose que toutes les décisions prises soient justifiées, ces justifications étant conservées : les compromis aveugles ne peuvent permettre un réexamen pour l'évolution future.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Bernfeld, G. (2000) L'hôpital et son avenir. *L'université de tous les savoirs*. Paris : Odile Jacob.
- (2) Daniellou, F. (1992) *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*. Thèse d'habilitation à diriger des recherches. Toulouse : Université de Toulouse Le Mirail.
- (3) Falzon, P. (1996) Des objectifs de l'ergonomie. In F. Daniellou (ed) *L'ergonomie en quête de ses principes*. Toulouse : Octarès.
- (4) Midler, C. (1994) Évolution des règles de gestion et processus d'apprentissage. In A. Orléans (ed) *Analyse économique des conventions*. Paris : PUF.
- (5) Sauvagnac, C. (2000) *La construction de connaissances au cours de l'utilisation de procédures*. Thèse de doctorat en ergonomie. Paris : CNAM.