

RÉORGANISER L'URGENCE : UN DÉFI POUR L'HÔPITAL

VILLENEUVE JOCELYN
POULIN PIERRE

Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales
5100, Sherbrooke Est, bureau 950, Montréal, Québec, Canada, H1V 3R9

jvillene@asstsas.qc.ca

ppoulin@asstsas.qc.ca

Résumé

Les services d'urgence traversent une période de crise majeure au Québec. Une réorganisation s'amorce au plan des pratiques de gestion en même temps qu'une révision des normes de construction. Des interventions ergonomiques dans plusieurs projets d'agrandissement d'urgence sont en cours. La nature des interventions est illustrée par le résultat d'une étude de la fonction d'accueil et de triage des clients qui se présentent à l'urgence. L'analyse de cette activité a permis d'établir des critères fiables de conception. Cet exercice montre bien que la fonction détermine la forme du lieu à concevoir et non l'inverse. L'ergonomie joue un rôle privilégié dans un processus de conception architecturale.

Mots clés : urgence, accueil-triage, conception, ergonomie

EMERGENCY ROOM REORGANIZATION : A CHALLENGE FOR HOSPITALS

Abstract

Emergency services are in a crisis situation in Quebec. The reorganization of management practices has begun, and construction standards are under review. Ergonomic interventions in several emergency department expansion projects are currently under way. The nature of these interventions is illustrated by the results of a study on the intake and triage of patients coming into the emergency room. An analysis of this activity has made it possible to establish reliable design criteria. This exercise shows that function determines the format of project design, not vice versa. Ergonomics plays a major role in the process of architectural design.

Keywords: emergency, intake-triage, design, ergonomics

INTRODUCTION

Les urgences des hôpitaux au Québec sont en crise. Les médias font régulièrement état du débordement des urgences : civières dans les couloirs, pénurie d'effectifs médicaux, temps d'attente trop long, agression du personnel etc. Le redressement de cette situation est devenu une priorité gouvernementale. Une réforme majeure s'amorce donc qui vise à améliorer la qualité du service à la population et les conditions de travail qui sont devenues intenable (1). Cette réforme propose un nouveau cadre de gestion de l'unité d'urgence (2) en même temps qu'une révision en profondeur des normes de construction. Nous allons présenter sommairement les méthodes employées et les résultats obtenus dans l'analyse de la fonction d'accueil-triage des clients à l'urgence. Cette activité influence grandement l'aménagement de l'urgence. Une brève discussion suivra sur la primauté de la fonction par rapport à la forme dans la conception architecturale et sur le rôle spécifique de l'ergonomie.

MÉTHODES

Des méthodes reconnues dans le domaine de l'ergonomie de conception ont été appliquées (3, 4), telle la structuration de la conduite interne de projet qui demeure une condition déterminante de réussite. Ainsi, trois niveaux décisionnels sont prévus qui regroupent des représentants dûment mandatés : un groupe de pilotage qui prend les décisions stratégiques, un ou plusieurs groupes d'utilisateurs qui commente et valide les propositions d'aménagement en regard des activités de travail et un groupe de concepteurs dont le mandat est de réaliser les plans et devis techniques. Les méthodes privilégiées sont les simulations (5) sur plan, sur maquette ou en grandeur nature et les visites de sites de référence (6). Des observations prolongées et des analyses d'activités sont pratiquées dans l'existant pour mieux documenter certains problèmes. Des études comparatives de plans d'aménagement sont également utilisées pour la définition de paramètres de conception.

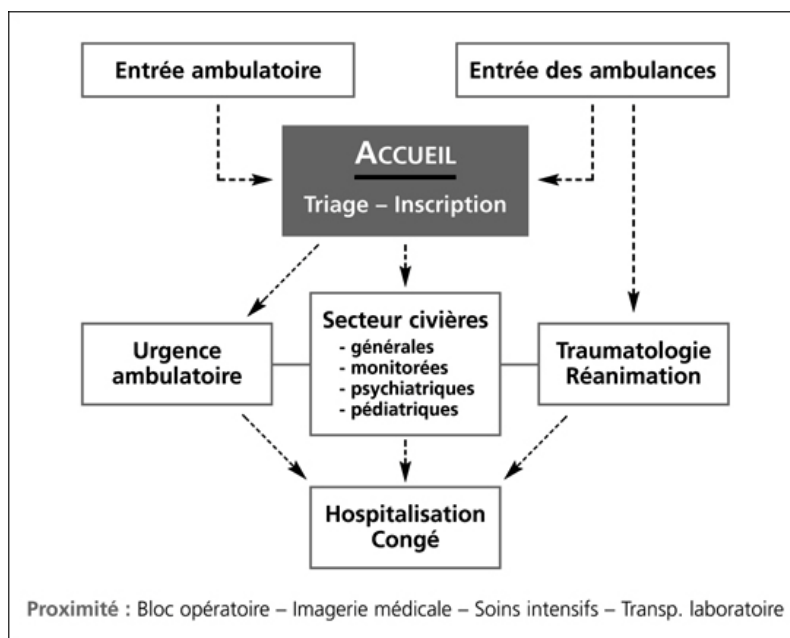
RÉSULTATS

Pour mieux saisir la portée de la fonction d'accueil-triage, il faut d'abord décrire sommairement les cheminements des clients.

Cheminements des clients

Le schéma de la figure 1 illustre les cheminements typiques des clients à partir des deux entrées : l'entrée ambulatoire (à pieds, en fauteuil roulant etc.) et l'entrée des ambulances (sur civière). L'accueil-triage par l'infirmière est le lieu où convergent les deux entrées à partir duquel le client chemine vers les autres secteurs de l'urgence ou, s'il doit être hospitalisé, vers les services de soins de l'hôpital. Seuls les clients sur civière qui souffrent d'un traumatisme ou d'un arrêt cardio-respiratoire sont conduits directement dans les salles de traumatologie/réanimation sans passer par l'accueil-triage.

Figure 1 : Cheminements des clients à l'urgence



La fonction d'accueil-triage

La fonction d'accueil-triage est névralgique. Cette fonction consiste, pour l'infirmière, à recevoir le client, faire un examen clinique sommaire – questionnement sur les symptômes et contrôle des signes vitaux – et de lui attribuer un niveau de priorité. La position et la forme que prendra l'aire d'accueil-triage, somme toute très réduite par rapport à la surface totale, influenceront grandement la configuration de l'urgence. Les critères de conception à retenir sont d'ordre médical et spatial.

Sur le plan médical, un mode de fonctionnement uniforme est maintenant imposé à toutes les urgences depuis l'adoption récente d'une politique canadienne sur le triage et le niveau de gravité (7). Le client doit d'abord être vu par une infirmière avant de s'inscrire à l'admission. Une échelle de niveaux de gravité de 1 à 5 supportée par des protocoles médicaux est maintenant applicable. Des délais sont définis : délai maximum de 10 minutes pour recevoir le client dès son arrivée; durée moyenne de 5 minutes pour évaluer un patient au triage. Pour respecter ces délais, un pré-triage des clients sera nécessaire si plusieurs se présentent en même temps.

Cette nouvelle politique de triage change les pratiques actuelles. Plusieurs urgences ont, en effet, des niveaux de triage différents; par exemple, trois niveaux de gravité associés à un code de couleur. Certaines font un triage avancé, d'autres, un triage abrégé sur la base de protocoles médicaux non standardisés. L'inscription du client, dans d'autres cas, peut être faite avant la visite à l'infirmière. Une transformation importante des pratiques est donc prévisible dans les prochaines années.

Sur le plan spatial, d'autres critères sont à considérer. Une salle de triage exige une surface de 12 à 14 m² qui comporte deux accès : l'une depuis l'entrée ambulatoire et la salle d'attente, et l'autre depuis l'entrée des civières d'ambulance. L'espace doit pouvoir contenir une table d'examen ou une civière, un poste de travail assis ou debout pour l'infirmière et des chaises pour le client et l'accompagnateur. Le local doit évidemment être accessible en fauteuil roulant. Selon l'importance de l'urgence, il faut prévoir deux ou trois postes de triage. De plus, l'infirmière doit avoir une vue directe sur la salle d'attente sans être vue (fenêtre unidirectionnelle incassable). Elle pourra ainsi observer les modifications soudaines de l'état des patients et intervenir rapidement au besoin. Le local doit aussi permettre des échanges confidentiels avec le client et l'accompagnateur. Puisque des agressions par les clients sont courantes dans les urgences (8), le local doit être situé à proximité du poste de sécurité, être muni d'un bouton panique et conçu avec deux issues afin de faciliter la fuite. D'autres repères portent sur des éléments encore plus pointus comme le positionnement des postes de travail, les rangements, l'éclairage, etc.

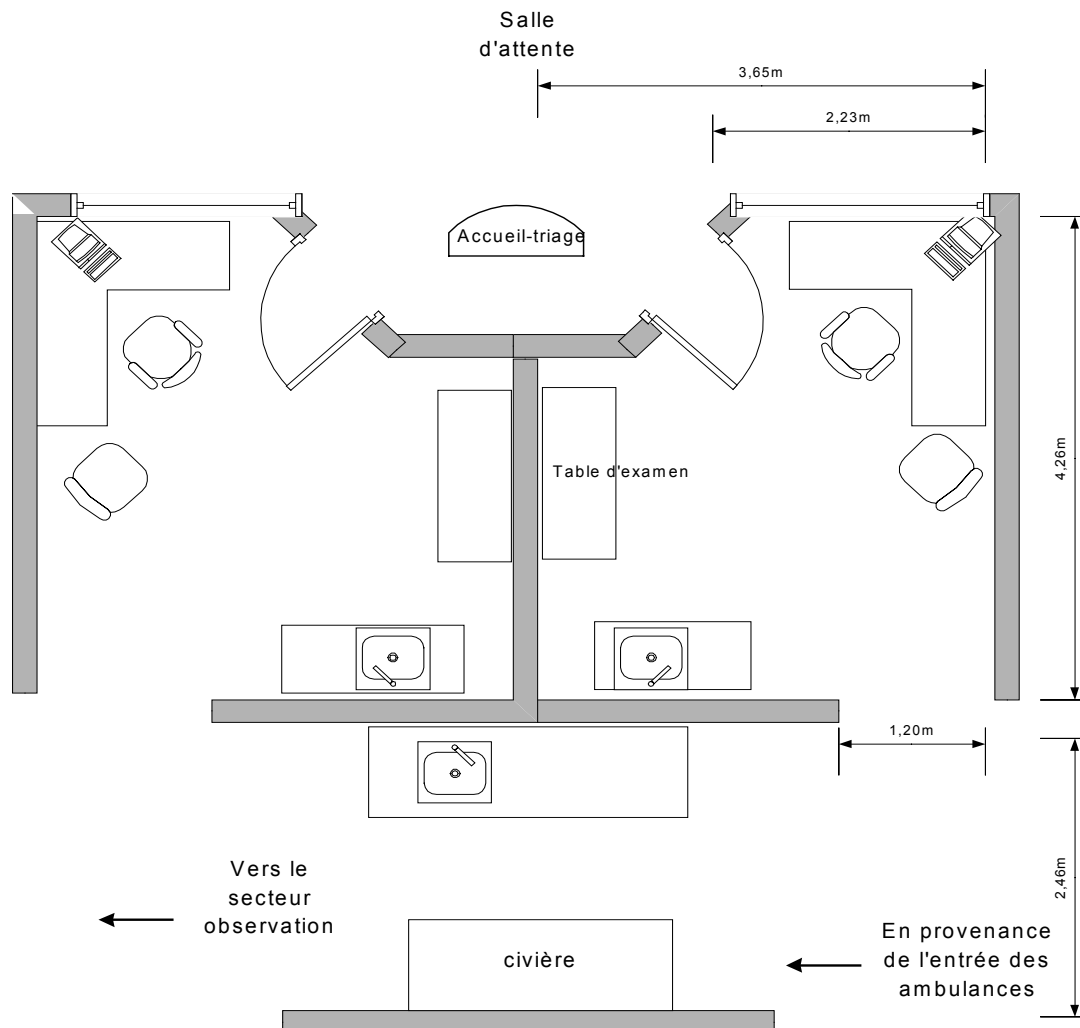
Du point de vue du repérage spatial, l'espace accueil-triage doit être immédiatement à la vue des clients dès l'entrée ambulatoire. Des observations aléatoires de clients ignorant la configuration des lieux ont montré qu'ils ne lisent pas les panneaux de signalisation et qu'ils se présentent systématiquement au comptoir d'inscription plutôt qu'au triage. Le client ne sait plus ou se diriger si la porte du triage est fermée lorsque l'infirmière est occupée avec un autre client. Dans certains cas, une personne relais, souvent un bénévole ou un agent de sécurité, doit orienter les clients qui ne s'y retrouvent plus.

La zone d'accueil-triage constitue donc un noyau qui détermine la position des entrées, de l'aire de traumatologie/réanimation, de la salle d'attente, de l'admission et du local de sécurité.

Concept d'aménagement de l'accueil-triage

L'analyse de la fonction d'accueil-triage a permis d'établir des critères précis pour concevoir un espace qui réponde aux besoins. La figure 2 illustre un concept d'aménagement qui devra toutefois être adapté à la configuration particulière de chacun des projets.

Figure 2 : Concept d'aménagement de l'accueil-triage



DISCUSSION

La forme d'un local particulier, d'un service ou même d'un bâtiment doit être déterminée par une analyse approfondie des fonctions qui s'y rattachent. C'est dans l'analyse de la fonction que l'ergonomie est appelée à jouer un rôle prépondérant. Les logiques professionnelles des deux disciplines – l'architecture et l'ergonomie – partent de point de vue distincts, en ce sens que l'architecte aura tendance à imaginer d'abord une forme pour y loger un ensemble de fonctions alors que l'ergonome partira de l'analyse des fonctions, particulièrement celles qui concernent l'interface avec les utilisateurs, pour déterminer une forme. A notre avis, la fonction doit déterminer la forme et non l'inverse. Ces deux logiques professionnelles doivent cependant se rejoindre dans un objectif commun : celui de concevoir des lieux fonctionnels, confortables et agréables pour les futurs occupants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Villeneuve, J. , Poulin P. et coll., Les urgences, un défi à relever, dossier d'Objectif prévention, Vol 24, no.1, ASSTSAS, 2001
2. MSSS, Guide de gestion de l'unité d'urgence, direction des communications, Gouvernement du Québec, 2001
3. Daniellou, F., Les modalités d'une ergonomie de conception : introduction dans la conduite des projets industriels. Note documentaire ND 1647-129-87, INRS Paris.
4. Martin, C., La contribution de l'ergonome à la conduite de projet architectural, Octares, Toulouse, 2000
5. Villeneuve, J., Simuler le travail, Collection PARC no. 4, ASSTSAS, 1995
6. Zimring, Craig., Site visits, in Healthcare design, Sara O Marberry, p.3-25, John Wiley & son, 1997
7. ÉTG, L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence, version française endossée par l'association des médecins d'urgence du Québec, décembre 1998.
8. Larose D, Bigaouette M, (1999), Les agressions dans les urgences générales et psychiatriques, Objectif Prévention, Vol. 22, No. 1, pp. 19-21, ASSTSAS 1999