

Étude ergonomique préalable au réaménagement du secrétariat médical d'une clinique

La qualité de l'accueil est un élément déterminant du fonctionnement d'une clinique médico-chirurgicale privée. En milieu hospitalier, les services de soins ont fait l'objet de plusieurs études ergonomiques [1, 2, 3]. En revanche, les services administratifs accueillant des malades ont été peu analysés. Pourtant, les conditions de travail des personnels influent directement sur le rapport des usagers à l'institution.

L'analyse des postes de travail permet de souligner à la fois les multiples compétences des agents et les difficultés pouvant découler d'un espace et d'une organisation du travail qui ne répondent pas correctement aux nécessités. L'aménagement de l'espace doit donc accompagner la démarche favorisant la qualité et la convivialité souhaitées par l'établissement. Une attention particulière doit être portée à l'accueil de patients connaissant des difficultés dues à un handicap, à leur âge ou à leur situation sociale.

L'objet de la démarche ergonomique, réalisée en collaboration avec le médecin du travail, est de fournir à l'architecte une description des caractéristiques importantes de l'activité dont il puisse tenir compte dans la définition des locaux (espaces, proximités...). L'étude de l'activité réelle permet de cerner avec plus de cohérence et de précision les situations de travail génératrices de conflit entre exigences du travail et exigences de limitation de la charge de travail. Il s'agit de faire une observation concomitante des divers facteurs en interaction. L'analyse de l'activité physique et la mesure des efforts et des déplacements est interprétée à partir de l'analyse des postures, des manutentions et de leur répartition tout au long de la journée de travail. Cette analyse est mise en relation avec l'organisation générale des prestations, qui permet ou non d'adopter les postures de travail les moins contraignantes : mobi-

lier, architecture (distances entre les divers lieux fonctionnels), interruptions, mode de transmission de l'information.

De même, l'étude de la gestion du programme de travail par une secrétaire se fait à travers l'analyse du fractionnement des actes de dactylographie ou d'accueil et des recherches d'information. La réorganisation du programme de travail, liée au contexte fluctuant, est mise en relation avec les modes de transmissions de l'information, les modalités de rangement des dossiers et cahiers, et les possibilités de concertation avec les patients. Par ailleurs, le travail peut être facilité ou entravé selon les caractéristiques de l'ambiance lumineuse ou sonore.

Objectifs de l'étude

Dans une clinique d'Alés, dans le département du Gard, face au mécontentement des personnels du secrétariat lié à l'environnement bruyant, au manque de confidentialité ainsi qu'à des plaintes pour fatigue mentale et dorsalgies, une demande de réaménagement a été faite. A la suite d'une concertation entre la direction de l'établissement et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), la réalisation de cette étude a été possible.

ESTRYN-BÉHAR M.*,
MILANINI G.**,
BLANCO E***,
BONNET S.**** ET
LE GROUPE DE TRAVAIL
DU SECRÉTARIAT

* Médecin du travail -
ergonome, Assistance
publique - Hôpitaux de
Paris,

** Conseil en aménage-
ment des lieux de travail,

*** Médecin du travail,
Centre médical interpro-
fessionnel Alès-Mende-
Lozère,

**** Responsable du
secrétariat et de l'accueil
de la clinique.

INRS

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 92
4^e trimestre 2002

La complexité du projet résidait dans l'aménagement d'un lieu consacré à la dactylographie de données médicales avec la rigueur nécessaire et au classement de dossiers devant être rapidement accessibles. Le secrétariat médical devait aussi répondre à une exigence de proximité d'écoute et d'accessibilité pour les patients et leur famille.

Les objectifs de cette étude ergonomique participative (cf. infra la composition du groupe de travail) étaient d'améliorer l'efficacité du secrétariat en limitant les pertes de temps et d'énergie liées à la recherche d'informations, aux déplacements inutiles, et surtout celles liées aux interruptions, en améliorant les possibilités de concertation, la confidentialité et la qualité de l'accueil.

La *figure 1* montre la situation du secrétariat au sein des locaux. La *figure 2* montre l'aménagement du secrétariat et l'implantation des postes de travail au moment de l'étude.

Méthodologie

RÉALISATION DES OBSERVATIONS

Cinq observations d'une secrétaire dans son contexte particulier et 3 observations des présences simultanées dans le secrétariat avec relevé des conversations concomitantes ont été réalisées. Il s'agissait d'observer de façon exhaustive la manière dont la secrétaire utilise l'espace ou le matériel qui lui est fourni, a recours à des supports écrits, à l'interpellation ou à la concertation avec ses collègues ou ses supérieurs, et peut ou non développer une écoute personnalisée des patients.

Les cinq observations ont été les suivantes :

- Jeudi matin : observation d'une secrétaire accueillant 14 patients d'un urologue et 9 patients d'un chirurgien vasculaire ; il n'y a pas d'autres médecins ou chirurgiens consultant ce matin-là.

- Lundi après-midi : observation d'une secrétaire accueillant 15 patients d'un urologue ; les autres médecins ou chirurgiens consultant ce matin-là sont un chirurgien viscéral, un chirurgien orthopédiste et un endocrinologue ; chacun est assisté d'une secrétaire assurant l'accueil de ses malades.

- Lundi après-midi : observation d'une secrétaire accueillant 6 patients d'un chirurgien vasculaire ; les autres médecins ou chirurgiens consultant cet après-midi-là sont un cardiologue, des anesthésistes et un endocrinologue. Seul l'endocrinologue est assisté d'une secrétaire assurant l'accueil de ses malades.

Ces trois premières observations ont concerné la

même secrétaire dont les modes opératoires ont pu être comparés dans des contextes différents.

- Jeudi après-midi : observation d'une secrétaire accueillant 22 patients d'un chirurgien orthopédiste, réalisant simultanément la dactylographie de 8 comptes rendus opératoires et le courrier des consultations en cours ; les autres médecins ou chirurgiens consultant cet après-midi-là sont un cardiologue, des anesthésistes et un chirurgien viscéral. Seul le chirurgien viscéral est assisté d'une secrétaire réalisant l'accueil de ses malades.

- Jeudi après-midi : observation d'une secrétaire n'accueillant aucun patient mais réalisant la dactylographie de cassettes dictées (comptes rendus opératoires d'un chirurgien viscéral et comptes rendus d'hospitalisation d'un anesthésiste). Elle est installée dans le secrétariat hors de la vue des patients, mais la séparation réalisée par des armoires laisse passer le son des conversations et les reflets des luminaires de l'accueil voisin sur son écran.

Les trois observations suivantes ont concerné l'étude des présences simultanées :

- Vendredi matin : étude des présences simultanées dans le secrétariat alors qu'un chirurgien orthopédiste est le seul consultant accompagné de sa secrétaire.

- Mercredi après-midi : étude des présences simultanées dans le secrétariat alors qu'un chirurgien viscéral et un endocrinologue consultent avec leurs secrétaires. Deux autres secrétaires sont présentes, mais les médecins avec lesquels elles travaillent habituellement sont en congés.

- Mercredi après-midi : étude des présences simultanées dans le secrétariat alors que des chirurgiens (viscéral, vasculaire et orthopédiste) et un endocrinologue consultent. Trois secrétaires assurent l'accueil de ces quatre consultations.

RELEVÉ DES DONNÉES

Un relevé systématique des données au cours du travail a permis de préciser les modifications :

- d'activité,
- de lieu de travail,
- de posture,
- d'interlocuteur.

Une reconstitution du déroulement de la journée de travail a ainsi pu être faite. Les déterminants des interruptions, des retards et des difficultés pour l'accueil ont également été identifiés. Par ailleurs, les savoir-faire et les compétences de chacun ont été mis en valeur. Les éléments favorables à la qualité du travail et à la satisfaction professionnelle ont été explicités. Ces données ont permis la réalisation de tableaux et d'analyses de répartitions qui servent à l'analyse ergonomique participative.

Figure 1 : Situation d'ensemble.

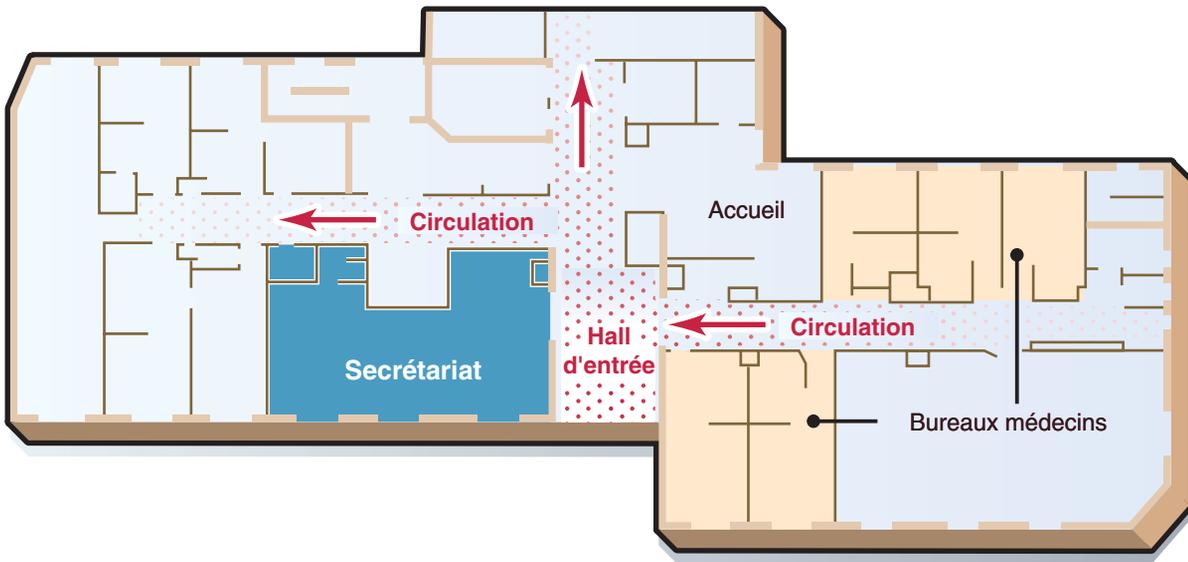
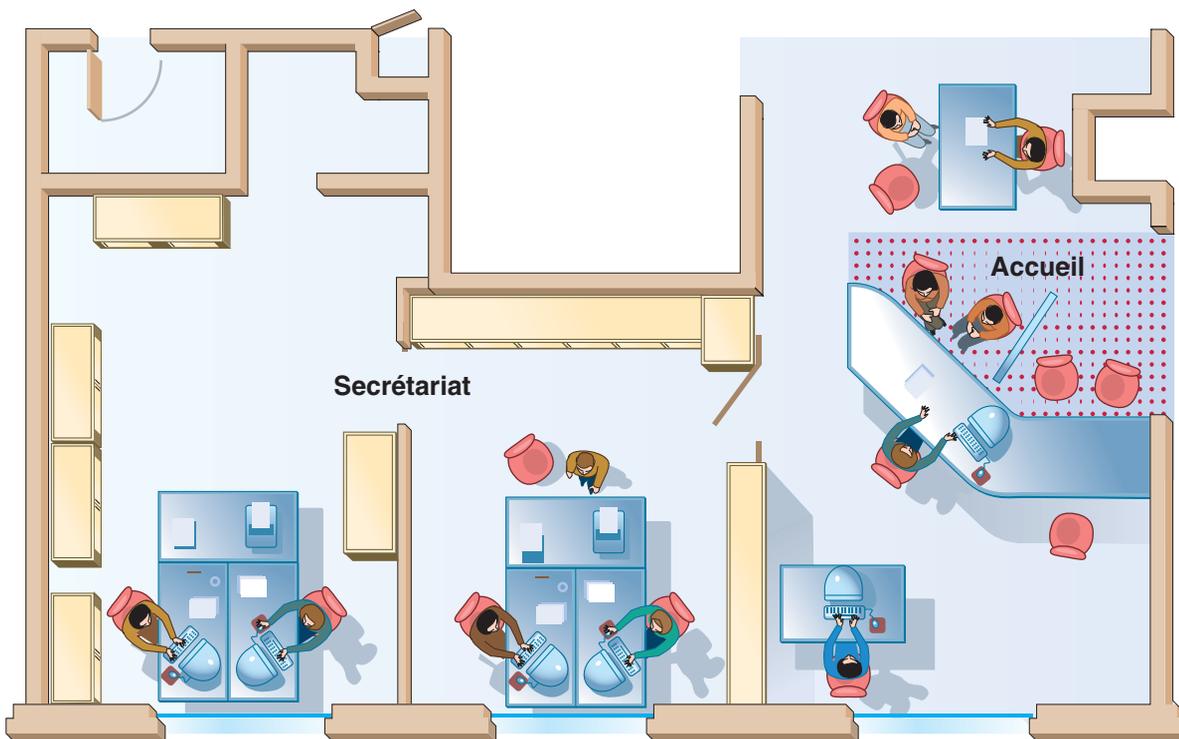


Figure 2 : Accueil - secrétariat. Situation avant réaménagement.



ANALYSE DES DONNÉES ET DES PROPOSITIONS PAR UN GROUPE DE TRAVAIL

Les analyses, une fois dépouillées et présentées sous forme synthétique, ont été discutées et enrichies avec un groupe de travail. Celui-ci associait l'ergonome, le conseil en aménagement des lieux de travail et le médecin du travail de l'établissement ainsi que les secrétaires médicales chargées de l'accueil, les secrétaires réalisant principalement de la dactylographie et la personne préposée au classement des dossiers avec leur responsable. Les membres de ce groupe ont ensuite participé à la simulation sur maquette des activités caractéristiques issues de l'analyse, pour vérifier la fonctionnalité des proximités et des équipements choisis. Cette maquette fruste au 1/50^e, avec le mobilier à l'échelle, permet une meilleure appréhension des modes de fonctionnement attendus.

Les besoins fonctionnels comprenant la comptabilité, le rassemblement des documents, les vérifications, la recherche de dossiers, l'écriture, l'envoi de courrier et les photocopies, occupent quant à eux 21,8 % à 29,6 % du temps.

La concertation avec les médecins, rouage indispensable, est réduite au minimum du fait du manque de confidentialité et occupe de 8,5 % à 12,4 % du temps. La concertation avec les collègues pour des conseils et de l'entraide occupe quant à elle de 11 à 19,6 % du temps.

La secrétaire située derrière la banque d'accueil (cf. figure 2) ne travaille sur écran que pour les recherches de dossiers (0,4 % à 2,9 %). Les réponses aux personnes mal orientées peuvent occuper jusqu'à 17,3 % de son temps, alors que celle en retrait n'y consacre que 5,9 % de son temps. Celle-ci peut réaliser de la dactylographie pour 20,1 % de son temps. Les autres activités telles que les déplacements, les attentes et celles classées « divers » occupent de 4,1 % à 5,6 % du temps de travail.

Résultats

RÉPARTITION DU POURCENTAGE DU TEMPS DE TRAVAIL CONSACRÉ À CHAQUE CATÉGORIE D'ACTIVITÉ (tableau I)

La consultation pure comprenant l'accueil, les explications, les prises de rendez-vous et l'encaissement des consultations, occupe de 20,7 % à 37,4 % du temps de travail.

DURÉE DES ÉCHANGES AVEC LES MALADES ET LES ACCOMPAGNANTS (tableau II)

L'analyse du travail d'une même secrétaire met en évidence que la durée moyenne d'un échange avec un patient dépend du nombre de fractionnement du séjour à un bureau d'accueil, du nombre de changements d'activité et de l'absence d'interruption.

Les secrétaires travaillent en posture pénible deux fois moins longtemps (écriture debout penchée) quand le contexte est meilleur. La situation en retrait

TABLEAU I

Répartition du temps de travail consacré à chaque catégorie d'activité (en pourcentage).

| Activité | Jeudi matin 1 secrétaire 2 médecins | Lundi matin 4 secrétaires 4 médecins | Lundi après-midi 2 secrétaires 2 médecins | Jeudi après-midi 2 secrétaires 2 médecins |
|--------------------------------|---|--|---|---|
| | Secrétaire 1 Poste en avant | Secrétaire 1 Poste en avant | Secrétaire 1 Poste en avant | Secrétaire 2 Poste en retrait |
| Consultation pure | 37,4 % | 25,8 % | 20,7 % | 26,2 % |
| Besoins fonctionnels | 21,8 % | 29,6 % | 24,2 % | 24,2 % |
| Concertation avec médecins | 11,9 % | 10,5 % | 12,4 % | 8,5 % |
| Concertation avec collègues | 12,2 % | 16,6 % | 19,6 % | 11 % |
| Travail sur écran | 0,4 % | 2,9 % | 0,8 % | 20,1 % |
| Personnes mal orientées | 10,7 % | 10,2 % | 17,3 % | 5,9 % |
| Autres activités | 5,6 % | 4,4 % | 5 % | 4,1 % |

Consultation pure = accueil, explications, prise des rendez-vous, encaissement des consultations.

Besoins fonctionnels = comptabilité, rassemblement des documents, vérifications, recherche des dossiers, écriture, envoi de courrier, photocopies.

Autres = déplacements, attente, divers.



Durée des échanges avec les malades et les accompagnants en fonction de la charge mentale.

TABLEAU II

| | Judi matin 1 secrétaire 2 médecins | Lundi matin 4 secrétaires 4 médecins | Lundi après-midi 2 secrétaires 2 médecins | Judi après-midi 2 secrétaires 2 médecins |
|--|--|--|---|--|
| Activité | Secrétaire 1 Poste en avant | Secrétaire 1 Poste en avant | Secrétaire 1 Poste en avant | Secrétaire 2 Poste en retrait |
| Nombre d'échanges avec patients | 105 | 38 | 23 | 82 |
| Durée moyenne | 44 sec | 68 sec | 84 sec | 58 sec |
| Nombre d'interruptions | 74 | 56 | 59 | 50 |
| % du temps avec au moins 2 conversations simultanées | 52,4 % | 50,1 % | 49,1 % | 44,6 % |
| % du temps avec au moins 4 professionnels dans le même local | 11,3 % | 45 % | 24,4 % | 19,5 % |
| % du temps avec au moins 3 consultants devant le bureau | 31,8 % | 17,7 % | 9,5 % | 25,7 % |

diminue le pourcentage du temps occupé par les interruptions et évite l'écriture debout penchée. La frappe, simultanément à l'accueil de 22 consultants, entraîne le nombre maximal de changements d'activité, et ne permet qu'un niveau moyen de durée des échanges. Lorsque la pression psychologique, liée au nombre de consultants simultanément présents devant les bureaux, diminue, la qualité de la relation avec les patients mais aussi avec les médecins s'améliore. Une autre secrétaire, avec une pression psychologique intermédiaire, a des durées d'échanges intermédiaires avec les patients. Son bureau, obligeant le chirurgien à se tenir debout derrière les autres secrétaires en activité, n'est pas propice aux échanges de longue durée avec lui.

CONVERSATIONS SIMULTANÉES

Le nombre de médecins consultant simultanément augmente le nombre de conversations simultanées : échanges entre chaque secrétaire et les patients, les accompagnants et les médecins, et prises de rendez-vous par téléphone correspondant à ces consultations. Les renseignements aux personnes et les sollicitations téléphoniques mal orientées font également partie de l'activité de secrétariat.

La charge mentale qu'occasionne la sélection des informations utiles s'ajoute à celle des informations à

traiter par chaque secrétaire (gérer les différents types de certificats médicaux, expliquer les différentes techniques radiologiques, réexpliquer certaines informations données par les chirurgiens...). Ceci fait appel à un savoir et un savoir-faire dont l'importance mérite d'être soulignée.

Les patients ont également des difficultés à énoncer certains de leurs problèmes dans ce contexte. Tous ne maîtrisent pas parfaitement le français, certains entendent mal et d'autres doivent faire comprendre qu'ils ne savent pas écrire. Le choc émotionnel de l'annonce d'une intervention amène souvent à une formulation différée des questions par le patient lorsqu'il se trouve devant la secrétaire après le départ du chirurgien. La confidentialité lui est nécessaire pour s'exprimer.

Les situations où se tiennent deux conversations simultanées entraînent un niveau de bruit et de stress peu compatible avec la qualité de l'accueil que chaque secrétaire ou médecin souhaite et que chaque patient attend de la clinique.

GÈNE OCCASIONNÉE PAR LE MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Le mercredi est la demi-journée la plus difficile parmi celles observées. La moitié du temps (51 %) se passe avec au moins 2 patients devant le bureau et un tiers du temps (32,6 %) avec au moins deux accompagnants.



Lorsque les situations avec plusieurs patients et accompagnants dans un espace de 6 m² dépassent le quart de la demi-journée, des stratégies palliatives sont utilisées. Le médecin cherche à transmettre les consignes avec discrétion, en s'approchant ou en utilisant une fiche codée. L'ensemble du personnel devient irritable. Les patients sont gênés pour poser leurs questions. En cas d'incident (erreur de rendez-vous, par exemple), le patient a tendance à élever la voix et il est difficile de l'apaiser dans un contexte d'affluence et de bruit.

PRÉSENCES SIMULTANÉES DES SECRÉTAIRES ET DES MÉDECINS DANS LE SECRÉTARIAT D'ACCUEIL

Dans 6 cas sur 8, trois professionnels étaient présents dans le secrétariat d'une surface de 26 m² 40 % du temps, et 60 % dans 4 cas sur 8. Dans ce contexte, les médecins raccourcissent l'échange avec leur collaboratrice. Les patients d'orthopédie (présents sur 5 demi-journées) doivent entrer dans le secrétariat-accueil avec leurs béquilles, ainsi encombré par de nombreux professionnels, pour atteindre le bureau situé en retrait de la secrétaire d'orthopédie.

POURCENTAGE DU TEMPS OCCUPÉ PAR DE MAUVAISES ORIENTATIONS (tableau III)

Les personnes et les appels téléphoniques mal orientés occasionnent un dérangement nécessitant de « se reconditionner » pour reprendre le fil de l'activité interrompue. Le minimum nécessaire pour clore mentalement l'épisode d'interruption et vérifier l'état de la situa-

tion précédente (texte sur dictaphone, encaissement, recherche d'un rendez-vous...) était de 30 secondes dans cette étude.

Lors des trois observations continues des conversations simultanées au secrétariat, des échanges téléphoniques ont eu lieu en parallèle à l'accueil des patients pendant respectivement 38,2 %, 19,9 % et 36,2 % du temps de chaque demi-journée. Les épisodes avec deux à trois échanges téléphoniques simultanés ont été respectivement au nombre de 37, 12, 36. Parmi ces échanges téléphoniques, nombreux sont ceux qui correspondent à des appels mal orientés.

INCIDENTS ET DIFFICULTÉS ÉMOTIONNELLES DES PATIENTS : UN EXEMPLE DE L'ACTIVITÉ AU COURS DU TEMPS

A 9 h 45, le chirurgien vasculaire demande que son patient soit vu par un anesthésiste sans revenir pour un rendez-vous un après-midi, car il vient de loin.

A 9 h 51, la secrétaire doit lui écrire son chèque (elle s'occupe à ce moment de 3 patients simultanément).

A 9 h 48, elle met un appel en attente, le reprend à 9 h 54 et lui demande de rappeler à 15 h pour parler au chirurgien indisponible. Celui-ci vient, pourtant, de passer prendre un dossier préparé en lui adressant une petite phrase de 10 secondes. Dans cet exemple, du fait de la compréhension des pratiques issue de mois de travail en commun, la secrétaire réussit donc à s'occuper en 8 minutes de 2 chirurgiens, 3 patients et un appel téléphonique. Elle pallie l'insuffisance de temps par un petit mot à chacun montrant qu'elle saisit les besoins.

Cependant à 9 h 53, elle doit aller prévenir l'urologue pour un appel qu'elle sait important, et à 10 h 02,

TABLEAU III

Pourcentage du temps occupé par de mauvaises orientations. Exemple de 4 demi-journées.

| | Judi matin 1 secrétaire 2 médecins | Lundi matin 4 secrétaires 4 médecins | Lundi après-midi 2 secrétaires 2 médecins | Judi après-midi 2 secrétaires 2 médecins |
|---|--|--|---|--|
| % du temps occupé par les personnes mal orientées | 2,5 % | 4,6 % | 7,5 % | 4 % |
| % du temps occupé par les appels téléphoniques mal orientés | 8,2 % | 5,6 % | 9,8 % | 1,9 % |
| Nombre d'interruptions | 39 | 30 | 48 | 14 |
| % du temps pour «se reconditionner» | 9 % | 6,6 % | 9,7 % | 3 % |
| % du temps perdu par les interruptions | 19,7 % | 16,8 % | 27 % | 8,9 % |

le chirurgien vasculaire est surpris que le problème de la recherche de l'anesthésiste ne soit pas encore géré. La secrétaire fait asseoir le patient, debout depuis 9 h 45, derrière les patients qui se succèdent pour payer (2 pour l'urologue et 2 pour le chirurgien vasculaire). Outre l'encaissement, elle a dû écrire une deuxième fois le chèque d'un patient, créer un nouveau dossier de consultation, donner des rendez-vous, remplir une feuille de pré-hospitalisation en expliquant les conditions pour une chambre particulière. Elle a aussi fait deux tentatives pour joindre au téléphone le phlébologue qui, en ville, fait habituellement les marquages préalables aux interventions pour varices.

A 10 h 10 le chirurgien vasculaire propose de téléphoner lui-même à l'anesthésiste, et le fera à 10 h 20. A chaque départ de patient, elle leur dit « *on récapitule* » et explique à nouveau, puis reprécise « *je vous ai tout marqué vous n'aurez qu'à relire, ne vous faites pas de soucis* ».

La secrétaire doit expliquer et rassurer sur les aspects techniques auxquels elle est habituée. Elle doit expliquer la prescription d'une radiographie particulière ou encore interroger le patient sur une éventuelle allergie à l'iode.

Cet exemple met en évidence l'importance de la compréhension et de la cohésion médecin-secrétaire, de la confidentialité et de la possibilité de consacrer un temps d'écoute suffisant à un patient.

Discussion et proposition

Chaque médecin ou chirurgien apprécie que ses patients n'attendent pas au secrétariat, soient reconnus et reçoivent des explications adaptées. Les patients ont souvent, lors de la prise de rendez-vous ou du paiement, des questions spécifiques. Par sa connaissance de la spécialité et des habitudes du médecin, la secrétaire peut répondre à ces questions sans déranger le médecin ou faire rappeler le patient. Cependant, les échanges se font dans un environnement bruyant, où la confidentialité n'est pas respectée.

La secrétaire qui réalise la dactylographie à l'accueil, est celle qui est en retrait et s'occupe de l'orthopédie. Elle est la moins interrompue du fait de son emplacement. La reconnaissance parfaite de la voix du médecin et des termes employés lui permet de comprendre au dictaphone malgré l'environnement bruyant. Cependant, le temps perdu à réécouter pour vérifier et repérer le niveau après chaque interruption ralentit la saisie.

L'absence d'un véritable accueil multiplie les interruptions et retentit sur la disponibilité des secrétaires. Des patients ayant rendez-vous peuvent attendre derrière d'autres en attente de renseignements pour

d'autres lieux. De même, le téléphone peut occuper la secrétaire pour des informations à donner ne la concernant pas, alors que plusieurs patients attendent. Le chirurgien peut venir chercher le patient suivant qui n'est pas prêt et vouloir donner une information sur les besoins du patient qu'il raccompagne alors que la secrétaire est au téléphone.

Les secrétaires cherchent constamment à donner satisfaction en essayant de conjuguer l'intérêt du malade et du médecin. Elles s'adaptent à des situations parfois délicates, au prix d'une fatigue nerveuse importante retentissant sur leur vie privée.

Dans toute situation de travail chacun méconnaît une partie des dysfonctionnements ressentis par les autres, même s'il les occasionne parfois.

SOLUTIONS PROPOSÉES

Le recensement des problèmes a permis de proposer deux solutions. Ces solutions ont été jugées réalistes et testées sur maquette. La première, seule décrite ici car retenue, respectait l'emplacement actuel du secrétariat (figures 1 et 2) et impliquait peu de changements architecturaux. Elle était également la moins onéreuse. Elle permettait toutefois de maintenir certains des compromis actuels, par exemple l'éloignement des cabinets médicaux et du secrétariat (figure 1).

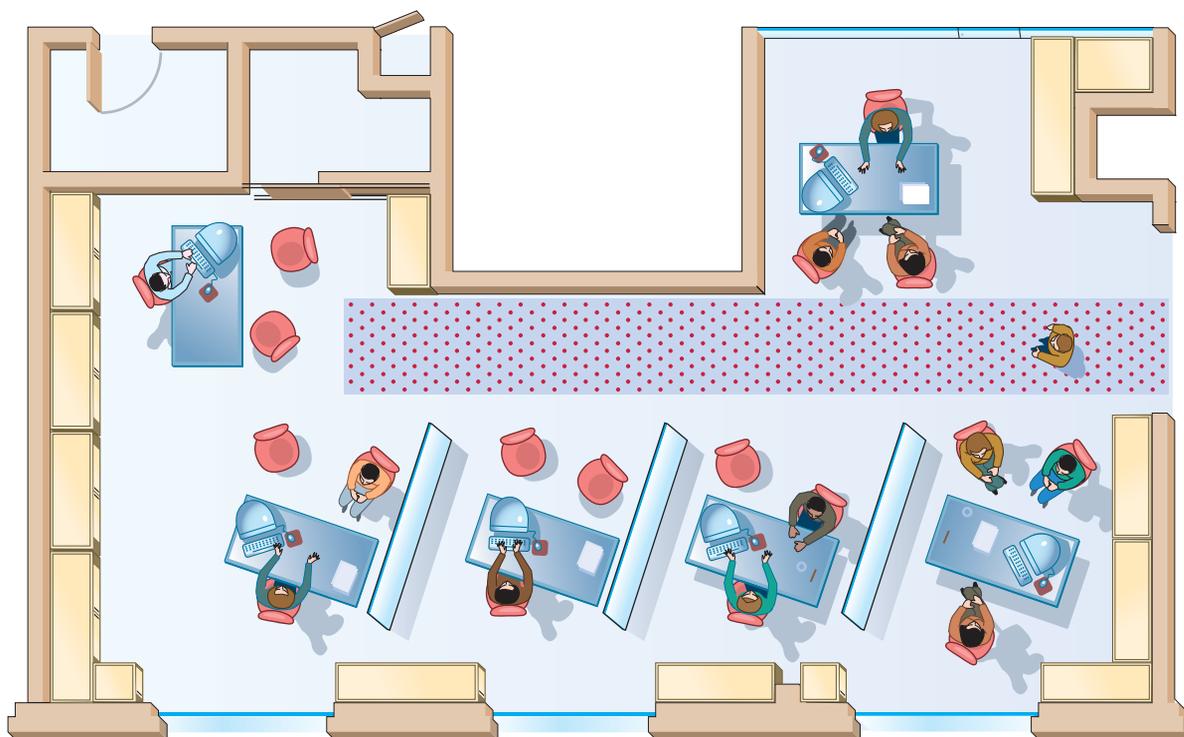
Le secrétariat

La réunion de l'espace accueil secrétariat et de l'espace bureau a été retenue. L'aménagement a permis l'installation de six postes de travail (figure 3). Une circulation d'au moins un mètre de large permet la liaison frontale entre les postes. L'aménagement de chaque poste permet un travail dans le calme, en cas de réception du public comme de saisie informatique. Le respect de la confidentialité est impératif. La vue sur l'extérieur est maintenue, ainsi que l'éclairage naturel dans la zone de circulation intérieure. Aux fenêtres, des stores à lamelles orientables permettront d'éviter tout reflet pendant le travail sur ordinateur. Un espace ouvert sur la zone de circulation, mais fermé en direction des autres postes de travail latéraux, est prévu pour chaque poste. Ces séparations internes sont constituées de cloisons vitrées, fixes et isolantes. Une cloison vitrée avec porte ferme l'ouverture du bureau sur le couloir, afin d'isoler les postes de travail s'y trouvant.

Le poste de l'hôtesse d'accueil

L'installation du poste d'hôtesse est prévue sans réduction de la taille des zones de circulation. Ce poste

Figure 3 : Accueil - secrétariat. Réorganisation de l'espace.



fera face à l'entrée du bâtiment. L'aménagement doit permettre la réception d'un public debout et la réception d'appels téléphoniques rapides. Un standard téléphonique trouvera sa place sur la table. Il sera protégé pendant les heures de fermeture de l'accueil par un volet roulant fixé à la partie supérieure de la banque. L'accueil sera signalé de façon adéquate afin d'attirer l'attention des nouveaux arrivants.

Conclusion

La solution retenue a été adoptée après présentation de l'étude par le groupe de travail aux médecins, chirurgiens, à la direction et membres du CHSCT. Les maîtres d'œuvre sont de plus en plus intéressés par cet apport sur les aspects qualitatifs des espaces. Il leur permet une programmation qui donne une plus grande satisfaction. En effet, bien des postes ou services récemment inaugurés souffrent d'une adaptation insuffisante aux besoins. De plus, on rencontre des aménagements bien pensés non utilisés ou détournés car les utilisateurs se les sont mal « appropriés ». La démarche d'élaboration participative des aména-

gements permet une plus grande rapidité de mise en fonction des nouveaux locaux et une adaptation des locaux à l'organisation réelle.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient pour leur collaboration Christine Charbonnel, Christiane Gravil, Noëlle Hoogswelts et Corinne Parrot.

Bibliographie

- [1] ESTRYN-BÉHAR M. - Ergonomie hospitalière. Théorie et pratique, Éditions ESTEM, Paris, 1996, 568 p.
- [2] ESTRYN-BÉHAR M., CHEIKH S. - Le personnel administratif accueillant du public à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, 2002, **414**, pp. 180-186.
- [3] HAGBERG M., HOFMANN F., STOSSEL U., WESTLANDER G. - Occupational health for health care workers. International commission on occupational health. Ecomed, Landsberg, 1995, 452 p.