

Séance de communications n° 9

**Table ronde
introduite et animée par François HUBAULT
présidée par Christian MARTIN**

Conduite de projet à l'hôpital

Des utilisateurs virtuels pour un hôpital virtuel : jusqu'où peut-on aller ?

Louise BEAUDOIN

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
Délégation aux Conditions de Travail - Ergonomie & Sécurité
Département de l'Expertise et de l'Innovation au Travail
Direction du Personnel et des Relations Sociales
Hôpital Paul Brousse
12, avenue Paul Vaillant Couturier
BP 200
94804 VILLEJUIF Cedex
louise.beaudoin@pbr.ap-hop-paris.fr

Résumé :

Jusqu'où peuvent aller les ergonomes dans un projet de conception quand il n'existe pas encore d'utilisateurs futurs ? Que peuvent-ils apporter au projet ? Cette communication concerne une intervention pour laquelle l'ergonome a pu faire partie de l'équipe projet. Cette position privilégiée a permis de proposer des outils pour faciliter la gestion et le suivi du projet. Ceux-ci ont été un véritable fil conducteur tout au long du projet.

«L'ergonomie vise à introduire des connaissances sur l'homme dans la conception ou la transformation de situations de travail.» (F. Daniellou)

Le projet

La construction d'un hôpital, même quand il s'agit d'une structure de petite taille avec un plateau médico-technique réduit, est un parcours complexe. Cette communication concerne une expérience de création, par opposition à un transfert et/ou à une restructuration, d'un hôpital qui est toujours virtuel au jour d'aujourd'hui. Il s'agit d'un hôpital gériatrique de petite taille (245 lits et places) comportant des lits de court, moyen et long séjour et de soins palliatifs avec un découpage prévu pour les malades dits psycho dépendants et physico dépendants. L'hôpital comporte aussi deux secteurs d'hospitalisation de jour.

«Les durées de séjour en gériatrie sont plus longues que celles qu'on observe en hôpital de court séjour : temporairement ou durablement, l'hôpital devient un substitut de domicile. Le fonctionnement hospitalier traditionnel, l'organisation des soins, l'architecture, les rythmes de vie des hôpitaux d'aigus sont inadaptés en gériatrie et de nouveaux modèles d'hébergement et d'organisation doivent impérativement être imaginés.» (Futur hôpital B... : Projet, Juin 1996)

Un contexte particulier

Le projet de construction est innovant à plusieurs niveaux. Il s'agit d'abord d'un projet pour lequel un chef de projet est nommé par le directeur général. Ce chef de projet a mis

en place seize groupes de travail, composés d'environ 200 experts professionnels d'horizons divers (dont les ergonomes) qui ont formulé les recommandations sur la base desquelles le projet a été établi.

«Le but de leur travail était de s'appuyer sur les expériences actuellement réussies et sur l'analyse des besoins futurs, pour proposer des innovations, parfois audacieuses mais toujours réalistes, avec le souci permanent de concilier trois objectifs :

- la qualité de la réponse aux besoins des personnes âgées,
- l'optimisation des conditions de travail des professionnels,
- la maîtrise des coûts immédiats d'investissement et des coûts ultérieurs d'exploitation.» (Futur hôpital B... : Projet, Juin 1996)

Le chef de projet s'est ensuite entouré d'une équipe pluridisciplinaire dont le travail est entièrement consacré au projet, c'est-à-dire qu'ils travaillent à temps plein pour un hôpital virtuel, ce qui est la première expérience de ce genre au sein de l'institution. Les ergonomes ont négocié une collaboration active avec l'équipe projet : ils assistent aux réunions hebdomadaires de l'équipe, participent ainsi aux débats et suivent l'avancée du projet. Cette intégration permet aux ergonomes de devenir des acteurs du projet. En clair, les informations et les avis arrivent au moment où ils sont demandés, ils peuvent donc faire l'objet de compromis et/ou d'arbitrages en temps opportun.

Le rôle des ergonomes

L'apport des ergonomes est de deux niveaux : d'une part, la mise à disposition de connaissances spécifiques acquises lors d'autres interventions en gériatrie et dans la littérature, et d'autre part, la proposition d'outils méthodologiques pour la gestion et le suivi du projet.

Nous avons déjà évoqué le contexte particulier de ce projet qui correspond à une création. Cette expérience est nouvelle à l'AP-HP car en général, les projets concernent soit le transfert d'un ou plusieurs «vieux» hôpitaux vers un nouveau, soit des restructurations plus ou moins importantes de services, soit des constructions de nouveaux locaux pour des services existants. A chaque fois, les futurs utilisateurs sont en grande majorité identifiables. Or dans ce projet, les futurs utilisateurs ne sont pas connus. Nous savons qu'il s'agit de soignants pour une grande part, mais lesquels ? Pouvons-nous mobiliser les agents d'unités de soins sur un projet au sein duquel la plupart ne travailleront pas ? On peut considérer la création comme un nouvel assemblage de situations existantes, mais comment les ergonomes peuvent-ils intégrer de nouveaux concepts si ceux-ci ne peuvent être confrontés au regard de futurs utilisateurs ? S'ils ne peuvent faire l'objet d'une mise en dynamique à l'échelle des services ?

Nous avons opté pour un positionnement d'experts, alimentés par différents sites de références que nous avons choisis avec le chef de projet sur des critères précis : organisation architecturale, type de malades, projet de soins, projet médical. La mobilisation des équipes de ces sites a cependant posé un réel problème. Nous avons accès au terrain, mais il a été impossible d'obtenir du temps pour échanger, l'investissement est trop lourd pour les soignants qui ne se sentent pas directement concernés par le projet. Nous avons quand même pu valider un certain nombre de situations d'actions caractéristiques qui

nous ont ensuite servi à faire des projections et des simulations sur les plans proposés par les architectes.

Cependant, la définition même des fonctions du personnel s'inspire de ce qui se fait à l'étranger, notamment au Québec et dans les pays scandinaves, ce qui implique une transformation dans la prise en charge des personnes âgées. Nous avons donc dû convaincre le chef de projet de la pertinence de ces situations.

Cette méthode, parce qu'elle ne peut s'appuyer sur un collectif d'opérateurs directement concernés par le projet, place les ergonomes dans une situation délicate : ils ont à traduire les besoins des agents à partir de leur propre point de vue, de leur représentation du travail de l'autre, du travail des autres. L'activité future possible est élaborée sans qu'il y ait possibilité de vérifier auprès des futurs opérateurs qu'ils pourront mettre en oeuvre des modes opératoires efficaces et respectant leur santé.

La confrontation, étape déterminante dans la construction de compromis, n'a pu se faire qu'au sein de l'équipe projet.

Cependant, à toutes les phases du projet, les ergonomes ont participé aux réunions de l'équipe projet, ce qui nous a permis d'une part, de construire une culture projet et notre propre culture du projet et d'autre part, de répondre au «bon moment» aux questions qui se sont posées et qui étaient de notre domaine de compétences. C'est en grande partie le respect du temps du projet qui nous a permis de rester des interlocuteurs tout au long du processus de conception.

Le peu d'expérience qui existe au sein de l'institution en matière de conduite de projet a entraîné pour l'équipe projet la nécessité de construire ou de s'approprier des outils permettant de gérer le projet, d'en assurer un suivi précis afin de prendre les bonnes décisions au bon moment, et surtout de maîtriser les délais.

Les ergonomes ont proposé des outils permettant de gérer et de suivre le processus de conception. Ceux-ci sont :

- Des fiches par local pour chaque pièce de l'hôpital. Ces fiches intègrent à la fois des éléments quantitatifs et qualitatifs et des éléments d'usage. Elles ont été utilisées tout au long du processus de conception, après la validation de l'esquisse. Elles ont évolué et se sont affinées avec ce processus.
- Tout le matériel nécessaire aux agents dans les différents locaux a été listé et des simulations ont été faites sur les plans proposés pour nous permettre de projeter l'organisation future possible et trouver les implantations les plus fonctionnelles au regard des informations dont nous disposons.

Les besoins ont été évalués à partir des connaissances que les experts (les ergonomes, mais aussi les autres membres de l'équipe projet et les experts des différents groupes de travail) ont sur les soins spécifiques et les besoins des personnes âgées.

Les ergonomes ont participé et enrichi le débat autour de la dualité entre la chambre comme lieu de travail et lieu de vie, un espace unique pour un grand nombre d'utilisateurs ayant des objectifs différents, voire contradictoires.

Chaque étape de conception du projet a été évaluée, les plans ont ainsi suivi l'évolution des réflexions. Ce sont les fiches par local qui ont permis ce suivi. En effet, leur mise à jour continue, leur évolution tout au long du projet, tant dans le niveau de détail que dans

les transformations de représentations des différents locaux, les modifications en terme d'organisation du travail, d'orientations médicales et paramédicales. Chacune de ces étapes a été traduite sur la fiche par local. Ces fiches sont devenues le support à l'écriture de l'histoire du projet. Elles ont été utilisées à chaque étape de validation : de l'avant projet sommaire à l'élaboration du dossier de consultation des entreprises, afin de vérifier si l'ensemble des paramètres avait été intégré par la maîtrise d'œuvre.

Ce système de fiches par local n'est pas innovant en soi, puisque l'AP-HP a conçu un certain nombre de fiches qui ne couvrent pas l'ensemble des locaux retrouvés à l'hôpital et qui s'attachent plus aux éléments techniques et quantitatifs qu'à l'usage de chaque pièce. Cependant, l'utilisation qui en a été faite dans le cadre de ce projet est nouvelle. Véritable outil de communication entre la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre, ces fiches par local ont aussi permis de consulter des spécialistes de différents domaines tout au long du projet afin de valider les choix faits par la maîtrise d'ouvrage.

Les plans proposés par l'architecte ont été validés aux différentes étapes du projet par des groupes de travail dont les membres ont été sélectionnés par le chef de projet. La méthodologie mise en place pour ces groupes s'est construite en dehors de l'équipe projet. Les limites de ces validations sont cependant bien connues : la lecture de plans est un métier, ou tout au moins, elle passe par un apprentissage. Regarder des plans sans outils pour les interpréter ne permet pas une bonne compréhension du système organisationnel qui sera induit par les espaces proposés et par leur aménagement.

L'apport des ergonomes n'a été possible que parce qu'ils avaient une longue expérience du travail à l'hôpital et du travail auprès des personnes âgées. Les recommandations ont été faites à partir d'une organisation prescrite du travail futur. Nous ne savons pas dans quelle mesure cette organisation pourra réellement être mise en place ou plutôt dans quelle mesure elle sera réappropriée par les soignants.

La présence des ergonomes a permis, d'un point de vue strictement technique, de vérifier :

- que les lits peuvent entrer et sortir de chaque chambre
- que les malades peuvent circuler dans leur chambre en fauteuil roulant, qu'ils aient ou non besoin de l'assistance d'une tierce personne
- que tous les cabinets de toilette sont accessibles pour une personne dépendante se déplaçant en fauteuil roulant et nécessitant ou non l'intervention d'une tierce personne
- que la réglementation est appliquée en ce qui concerne les locaux du personnel et les installations sanitaires

Ces vérifications auraient pu être faites par d'autres professionnels. Cependant, ces pré-occupations nous sont propres et leur prise en compte parmi les éléments pertinents pour l'analyse du projet est de notre compétence.

Les limites

Le travail est basé sur des représentations, sur un travail théorique. Il a donc été difficile de dépasser le niveau d'application d'une norme. Cependant, ce caractère normatif a pu s'élargir dans le cadre des négociations pour obtenir des surfaces supplémentaires dans certains locaux, notamment dans le cabinet de toilette. En effet, la représentation de

l'équipe projet a été modifiée sur l'utilisation qui est faite de ce local. Le travail effectué dans le cabinet de toilette était sous-estimé. Or il s'avère que c'est un espace de travail où plusieurs logiques se rencontrent, et où, malgré un espace très réduit, l'aménagement peut rendre possible ou non ce travail.

La mise en application de normes concernant les conditions de travail est un minimum sous lequel il ne faudrait pas descendre. Or pour appliquer ces normes, encore faut-il les connaître. La négociation avec le chef de projet pour prendre en compte les éléments liés au travail futur possible des agents s'est faite d'une part sur la base de ces normes. En effet, le coût du mètre carré construit en région parisienne fait que les surfaces supplémentaires demandées représentent un surcoût financier important. Une des contraintes fortes de ce projet est le respect du budget initial. Les différents arbitrages sont donc faits à coûts constants. Il faut ainsi optimiser l'espace disponible et ce surtout dans les espaces qui se trouvent multipliés plusieurs fois, comme par exemple, les chambres avec leur sanitaire. C'est sur ces espaces que les ergonomes ont porté la plus grande part de leur travail. A partir d'observations sur les sites de références, nous avons relevé différentes situations d'actions caractéristiques, lesquelles ont été projetées sur les espaces proposés par le maître d'œuvre. Nous avons ainsi pu trouver un aménagement optimal de la surface fixée au départ.

Conclusion

Malgré un champ d'intervention limité par l'absence des utilisateurs finaux, les ergonomes ont contribué à transformer les représentations des membres de l'équipe projet, en faisant passer des éléments du projet à un niveau plus important (par exemple, un énorme travail a pu être entrepris et réalisé sur l'espace cabinet de toilette, ce qui n'avait pas été envisagé au départ).

Cependant, il est clair que ce travail n'aurait pas pu aller aussi loin si les ergonomes n'avaient eu, avant même le démarrage de l'intervention, une bonne connaissance du travail effectué auprès des personnes âgées hospitalisées.

BIBLIOGRAPHIE

AP-HP, 1996, Futur Hôpital B... : Projet.

AP-HP, 1997, Hôpital B..., DACT, Prise en charge des personnes âgées en Suède et au Danemark.

DANIELLOU F., 1992, Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception, Document de synthèse présenté en vue d'obtenir l'Habilitation à diriger des recherches.

DANIELLOU F., 1992-1993, ergonomie et projets industriels, *Collection des cours B4, CNAM Ergonomie et neurophysiologie du travail.*

GUÉRIN F. et al., 1997, *Comprendre le travail pour le transformer, la pratique de l'ergonomie*, Editions ANACT.

LASEAU P., 1980, *Graphic Thinking for Architects and Designers*, Van Nostrand Reinhold Compagny, New York, 212 p.

LYNCH K., HACK G., 1984, *Site Planning*, Third Edition, The MIT Press, Cambridge,

Massachussets, 499 p.

La conduite de projet : un outil de communication ou/et un enjeu de management ? Réflexion à deux voix

Jean BARRAU

directeur d'hôpital,
Groupe hospitalier Necker-Enfants malades
149 rue de Sèvres
75015 Paris

Marie WALLET

ergonome
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
Hôpital Antoine Bécclère
157 rue de la Porte de Trivaux,
92140 Clamart

Résumé :

A partir de l'expérience de plusieurs conduites de projet architecturales en milieu hospitalier à L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) , nous proposons de mettre en débat un certain nombre d'axes de réflexion quand de nombreuses restructurations sont en cours qui nous renvoient aux conditions de conduite des projets à l'hôpital aujourd'hui.

La trame de ce texte est issue d'une réflexion conjointe sur l'ergonomie et la gestion des projets depuis plusieurs années. Or à ce jour, nous faisons le constat que le contexte institutionnel est devenu plus complexe, du point de vue d'enjeux stratégiques et sociaux liés à la réorganisation des activités, à la restructuration des sites, qui ont des répercussions sur les conditions de travail des équipes. Dans ce contexte s'expriment des opportunités de changement et des freins qui rendent d'autant plus nécessaire la mise en place de démarches-projets efficaces. Nous nous sommes donc fixés l'objectif de revisiter ces questions sous l'angle «communication» au sens d'une double interrogation :

- en quoi la démarche-projet (plutôt multiple dans ses formes de mise en oeuvre) rend-elle lisible la politique de l'institution en matière de conditions de travail dans les opérations de restructuration ou de conception d'espaces de travail ;

- en quoi la démarche-projet contribue-t-elle à décroiser des logiques, à éclairer des conflits et des tensions, dans la construction d'une dynamique transversale d'une équipe multi-métiers, rassemblée pour travailler ensemble autour d'un objet qui devient peu à peu commun : LE PROJET

A ce titre, d'une part cette démarche devient-elle un outil de communication et/ou de management, et d'autre part quelle spécificité les ergonomes apportent-ils dans ce type

d'intervention ?

C'est ce que nous nous proposons d'aborder ensemble au travers d'un retour d'expérience sur plusieurs projets passés ou en cours avec Jean Barraud, directeur d'hôpital, qui a fait appel dès 91 à des ergonomes dans les projets qu'il mène et Marie Wallet, ergonomiste, missionnée dès cette époque sur leur accompagnement.

Dans un premier temps, nous ferons état des moments forts de ces projets du point de vue communication et travail, pour mettre en débat les questions précitées selon plusieurs niveaux : à l'échelle institutionnelle (interaction projet-site-institution), mais aussi plus largement de l'hôpital et de l'évolution d'une problématique service public. De notre point de vue, cette réflexion doit être mise en perspective dans une logique de développement qui passe par une volonté de réorganisation des missions et structures institutionnelles.

Nous nous proposons de mettre en débat ces questions en considérant que communiquer sur ce thème représente alors pour nous un enjeu du côté d'une dynamique d'action. Loin de lisser les difficultés actuelles, il s'agit de manifester l'intention de rendre possible un nouveau cadre de démarche projet, tout en mettant en tension le décalage entre les intentions et les capacités pratiques de sa mise en oeuvre. Il ne s'agit pas d'un écart qu'il conviendrait d'occulter, mais dont il s'agit de débattre comme faisant partie d'une réalité, et dont la problématisation devient un outil pour agir ensemble dans le sens d'une construction concrète.

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) (1) est le plus grand groupe hospitalier français à rayonnement international. Il est aujourd'hui en pleine mutation dans le cadre de la procédure d'accréditation et de l'élaboration du nouveau Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS 2), à l'initiative de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) d'Ile de France. Un certain nombre de restructurations sont en cours qui nous renvoient aux conditions de conduite des projets à l'hôpital aujourd'hui.

La trame de ce texte est issue d'une réflexion conjointe sur l'ergonomie et la gestion des projets déjà abordée précédemment. Depuis l'année dernière, l'usage serait de dire que notre réflexion a évolué. Nous dirions plutôt qu'elle s'est élargie quand les questions posées sont devenues plus cruciales, le contexte institutionnel plus complexe, du point de vue d'enjeux stratégiques et sociaux liés à la réorganisation des activités, à la restructuration des sites, qui ont des répercussions sur les conditions de travail des équipes. Dans ce contexte s'expriment des opportunités de changement et des freins qui rendent d'autant plus nécessaire la mise en place de démarches-projets efficaces. Nous nous sommes alors fixés l'objectif de revisiter ces questions sous l'angle «communication» au sens d'une double interrogation :

- en quoi la démarche-projet (plutôt multiple dans ses formes de mise en oeuvre) rend-elle lisible la politique de l'institution en matière de conditions de travail dans les opérations de restructuration ou de conception d'espaces de travail ;
- en quoi la démarche-projet contribue-t-elle à décroquer des logiques, à éclairer des conflits et des tensions, dans la construction d'une dynamique transversale d'une équipe multi-métiers, rassemblée pour travailler ensemble autour d'un objet qui devient peu à peu commun : LE PROJET

(1) Composé environ de 40 hôpitaux et 5 services généraux, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris exerce plusieurs missions du service public hospitalier : accueil et prise en charge des malades, enseignement et recherche. Chaque site décline par son projet d'hôpital les orientations définies par la Direction Générale.

A ce titre, d'une part cette démarche devient-elle un outil de communication et/ou de management, et d'autre part quelle spécificité les ergonomes apportent-ils dans ce type d'intervention ?

C'est ce que nous nous proposons d'aborder ensemble au travers d'un retour d'expérience sur plusieurs projets passés ou en cours avec Jean Barraud, directeur d'hôpital, qui a fait appel dès 91 à des ergonomes dans les projets qu'il mène et Marie Wallet, ergonome, missionnée dès cette époque sur leur accompagnement.

Dans un premier temps, nous ferons état des moments forts de ces projets du point de vue communication et travail, pour mettre en débat les questions précitées selon plusieurs niveaux : à l'échelle institutionnelle (interaction projet-site-institution), mais aussi plus largement de l'hôpital et de l'évolution d'une problématique service public. De notre point de vue, cette réflexion doit être mise en perspective dans une logique de développement qui passe par une volonté de réorganisation des missions et structures institutionnelles.

UNE EXPÉRIENCE DE COOPÉRATION AVEC L'ERGONOMIE EN TROIS TEMPS

Une première étape :

la décision prise par la Direction Générale début 91, de mener à bien, sur le site de l'hôpital dirigé à l'époque par Jean Barraud —hôpital de court séjour, activités de pointe, taille moyenne, proche banlieue parisienne— une double opération de construction-restructuration liée à la Maternité et au Plateau Médico-Technique, a conduit à solliciter l'intervention d'ergonomes de la DACT(2) pour accompagner le projet ; particulièrement :

- Traduire le projet médical en projet soignant (organisation et fonctionnement) et évaluer les contraintes à intégrer au programme technique ;
- Participer à la commission technique préparatoire au jury du concours et analyser le contenu des projets présentés par les architectes dans leur aspect fonctionnel ;
- Accompagner la conduite de projet jusqu'à sa mise en oeuvre.

L'apport d'une telle compétence, dès la phase de programmation du projet a permis d'enrichir progressivement la mission initialement retenue à l'occasion de cette première conduite de projet en matière architecturale en milieu hospitalier. En effet, ce projet alliait haute technicité, priorité d'humanisation et de qualité de vie pour les patients. Particulièrement complexe, il comprenait d'une part la construction d'un nouveau bâtiment avec la création et le transfert d'espaces et d'activités dans des secteurs très techniques, et d'autre part, la restructuration d'espaces et d'activités dans des lieux existants, le tout devant recréer une cohérence avec le fonctionnement de l'hôpital, en particulier logistique.

La structure projet mise en place et l'intervention des ergonomes ont permis de cadrer une méthode de travail, d'apprendre à «travailler ensemble», de négocier des compromis en fonction des contraintes, de faire circuler l'information, dans le respect de la place de chacun. Dans ce sens, plusieurs éléments ont été marquants dans le processus du projet :

(2) La Délégation Aux Conditions de Travail -Ergonomie & Sécurité (DACT) a été créée par le Directeur du Personnel et des Relations Sociales en 1991 pour succéder à la Mission Ergonomie et pérenniser une structure au sein de l'AP-HP. Elle est composée d'ergonomes et de préventeurs qui interviennent à la demande des établissements.

- L'implication dès le départ de l'ensemble des équipes concernées par le projet, à travers une mobilisation des acteurs, initiée par les ergonomes : un travail de fond a été réalisé sur l'analyse des organisations existantes, sur les proximités fonctionnelles à privilégier pour la réussite du projet et l'interpellation permanente des différentes équipes quant à leur mode de fonctionnement.
- L'analyse comparative des projets en concours et l'objectivation de leurs points forts et points faibles pour instruire les choix du jury, coordonnée par les ergonomes en relation étroite avec les équipes concernées.
- La construction permanente d'un processus d'implication et d'information du CHSCT sur l'ensemble de l'évolution du projet.
- En phase de réalisation, le maintien de l'expression des besoins et priorités à défendre face à la maîtrise d'oeuvre et au conducteur d'opération.

Concrètement, les ergonomes ont contribué par leur positionnement au sein de l'équipe-projet et la dynamique mise en œuvre avec les équipes, à faire évoluer la démarche initiale, en voici deux exemples concernant :

Le mode d'évaluation en vigueur des projets au delà de critères strictement techniques ou esthétiques, accédant à l'importance de l'usage réel des espaces et de leur fonctionnalité, mais aussi resituant l'importance des flux logistiques, des interactions transversales qui induisent une hiérarchie dans les proximités de liaisons.

Au moment du jury du concours, après la synthèse de la commission technique, chaque équipe de concepteurs a présenté à tour de rôle son projet. Un certain nombre de questions concrètes référant au fonctionnement et à ses dysfonctionnements au gré des projets avaient été préparées avec les utilisateurs, membres du jury.

Le directeur a posé la même question successivement aux trois équipes : *«une femme arrive pour accoucher ; son mari la dépose à la maternité, puis va garer leur voiture au parking de l'hôpital et cherche à la rejoindre le plus rapidement possible ; comment fait-il pour la retrouver ... avant que le bébé ne soit né ? »*

Inutile de préciser que cette réalité a déstabilisé les concepteurs, d'autant plus que cette situation ordinaire «démontait» deux des trois projets dans lesquels le circuit emprunté relevait du parcours du combattant et ne «fonctionnait» absolument pas. Mais force a été de constater que la déstabilisation a touché également les membres du jury, plus habitués à des questions d'un autre ordre ; ces derniers se sont tournés vers l'origine de ces propos surprenants, y compris le Directeur Général présidant le jury. Cette question, certes un peu provocante a permis d'engager un débat sur d'autres critères que l'ordre esthétique, technique ou réglementaire... Comme si chacun avait tout à coup pris conscience que l'hôpital abstrait dont chacun parlait était un lieu prenant vie dans lequel chacun aurait pu se retrouver face à la réalité d'une situation vraisemblable.

L'articulation du couple espace-organisation et investissement-exploitation, introduisant une réflexion sur l'organisation du travail (effectifs et fonctions) ainsi que sur la prévision de l'activité future.

Ce lien s'est illustré au moment des conférences budgétaires par l'approfondissement du dossier de négociation des emplois, au travers d'une argumentation qualitative de l'activité. Les enjeux liés à la négociation des emplois ont été pointés à partir de trois hypothèses de chiffrage que les ergonomes ont argumentées du point de vue du travail

réel, en termes de risques pour la qualité de prise en charge des patients et de qualité de vie au travail pour les équipes médicales et soignantes.

La construction de plusieurs scénarios d'organisation a permis de concrétiser l'articulation entre organisation de l'espace et organisation du travail, jusqu'à la définition des moyens (hommes/équipements) nécessaires à l'exploitation de cette nouvelle structure. Cela a été l'occasion d'une prise de conscience d'un certain nombre d'acteurs du projet, en particulier les médecins, que ce qu'ils appelaient le fonctionnement était irréductiblement lié à une mise en espace possible d'un projet médical et d'un projet d'organisation.

La demande initiale, centrée sur une réflexion en termes d'espace, a considérablement évolué et s'est enrichie au travers d'une communication permanente au sein de l'équipe-projet. En effet, une véritable dynamique de conduite de projet a permis d'enrichir la démarche et également de mieux négocier les décisions finales en matière de surfaces et de coût.

Aujourd'hui ces axes de travail peuvent paraître de l'ordre de l'évidence ou de la banalité. Resitués dans le contexte du moment, ils relevaient d'une évolution radicale des procédures en vigueur dans la gestion institutionnelle des projets. L'enjeu de communication lié au projet s'est manifesté à plusieurs niveaux : en interne, à l'échelle des services concernés, de l'hôpital dans ses fonctions transversales, de l'équipe-projet garante de la participation des équipes et de l'appropriation du projet par chacun selon les logiques portées par les différents acteurs, mais aussi au niveau du Siège, dans les espaces de négociation mis en place sur la base de critères «terrain». Nous reviendrons plus loin sur la pérennité de cette démarche et les questions posées à l'échelle du temps des projets.

«J'ai le sentiment d'avoir participé, grâce aux ergonomes, à une véritable aventure où toutes les garanties du succès de ce projet ont été réunies grâce à la place de chacun. Je conserve un souvenir ému de cette période où le meilleur a été obtenu des différents acteurs grâce au professionnalisme de l'équipe-projet. J'ai ressenti alors le besoin de créer un poste d'ergonome sur l'hôpital pour enraciner durablement la démarche au sein de tous les projets.» (Jean Barraud)

Une seconde phase :

avec la restructuration du service des Urgences générales de ce même hôpital, nous a permis d'aller plus loin : intervenir plus tôt, agir plus en profondeur, de façon plus incontournable. Là encore, le défi à relever était complexe, puisque concrètement, il s'agissait de doubler la surface des Urgences existantes, en augmentant la capacité d'accueil des patients pour répondre aux critères d'accréditation, tout en améliorant la fonctionnalité du service, en recréant une cohérence globale y compris avec le projet précité (non encore en activité), sans surface libre pour s'étendre, ce qui impliquait le transfert d'un ou plusieurs secteurs mitoyens des urgences actuelles, relogés dans une partie construite, le tout dans un contexte budgétaire et de productivité de structure de plus en plus contraint et strict...

Un élément particulièrement marquant a été l'élaboration du programme qui intègre une description détaillée du travail aux Urgences. Ce que nous avons voulu essayer de «communiquer», c'est le travail tel qu'il se déroule et tel qu'il est vécu dans ce service d'Urgences, pour que les architectes accèdent à la compréhension du travail, au delà d'une simple

commande qui listerait des surfaces et des contraintes techniques, qu'ils puissent saisir la demande liée au projet qui touche au sens de leur travail pour ceux qui pratiqueront ce futur espace : ces éléments ont pu être intégrés dans le processus de conception et l'ont marqué.

Pour résumer, l'intervention PMT était une première conduite de projet à l'AP-HP intégrant la participation d'ergonomes. A partir d'une structure définie par la conduite de projet socio-technique, les ergonomes ont construit de nouvelles règles méthodologiques, consolidées et enrichies dans celle des Urgences. Leur contribution a montré :

- l'importance de la structure-projet, au travers du rôle des instances, en particulier celle des commissions techniques, qui a permis d'infléchir des procédures ;
- l'investissement d'un "espace-temps" ergonomique pour une construction sociale de l'intervention ;
- la place de l'analyse de l'activité formalisée dans le projet, par l'intermédiaire de documents opératoires ;
- le rôle de la structuration des niveaux de participation des utilisateurs, comme garant de l'intégration de leur point de vue au projet ;
- le poids des critères qualitatifs référant au travail, dans l'analyse des offres et leur évaluation.

Quand on initie une nouvelle démarche, parfois on tâtonne, on fait des erreurs, on oublie des choses ; ici, chaque nouvelle question a été réinvestie en capitalisant une expérience, en anticipant les points critiques, en se donnant les moyens de canaliser les situations de fragilité ou de risque. Le projet de la maternité nous a donné l'occasion d'initier un changement dans les procédures mais surtout un changement culturel pour les équipes et le management. Le projet des urgences a transformé le cadre de travail et les règles du jeu dans la gestion des projets.

«Ainsi, très clairement, la dynamique mise en oeuvre a permis un véritable travail de concertation où l'ensemble des compétences mobilisées ont été sollicitées pour manager le projet. En ce sens, la participation des ergonomes au projet a été stratégique et a abouti à une véritable co-construction qui m'a paru exemplaire.» (Jean Barraud)

Le projet en cours :

au sein de l'hôpital que Jean Barraud dirige aujourd'hui, marque une nouvelle étape du rôle de l'ergonomie sur deux points essentiels, avec l'élaboration :

- d'un projet médical en lien avec des orientations de santé publique, donc bien au delà d'enjeux de territoires, souvent prévalants, comme occasion de rencontre entre plusieurs dimensions de projets ;
- d'une réflexion transversale avec les différentes directions du Siège sur une logique de gestion de projet : cahier des charges amont, orientations stratégiques, critères d'éligibilité des projets, mission du chef de projet (liaisons fonctionnelles/h hiérarchiques).

Reste à construire dès demain le cadre d'une mise en oeuvre encore expérimentale, pour en valider la concrétisation et garantir l'efficacité du pilotage, associant les échelons de direction centrale, locale et les acteurs des sites concernés, dans une nouvelle articulation à inventer dans les niveaux de communication requis en fonction des places et rôles de chacun.

Quels enseignements peut-on tirer de ces expériences de travail, du processus de concertation-coopération-communication mis en place dans la gestion de ces projets, de son enracinement sur les sites dont il est question, témoin de notre point de vue de l'appropriation par ces acteurs des choix en matière de démarche-projet ?

UNE ÉVALUATION DE L'ACTION DE L'ERGONOMIE

On peut avoir une lecture optimiste à l'échelle de certains sites et de certains projets, un peu moins peut-être à une échelle plus transversale, institutionnelle. La gestion d'un projet est le fruit d'une équipe pour y travailler ensemble, dans le respect de la compétence et de la place de chacun, dans la transparence des enjeux et des contraintes inhérentes à tout projet. Il s'agit bien d'un enjeu de communication dans et sur le projet qui montre le lien entre communication et management dans le processus de gestion du projet.

Mais il s'agit d'un processus complexe où des logiques s'affrontent et il ne va pas de soi qu'elles se rencontrent. Au cours du temps, les enjeux évoluent, les techniques changent, les hommes bougent... Rien n'est acquis de façon statique, et si chacun doit s'accorder sur certaines règles, elles doivent marquer une volonté politique au delà des procédures afin d'éviter une gestion au coup par coup, dans l'urgence, et une fuite de la ligne d'horizon.

Par ailleurs, *trop de projets tuent le Projet* dans l'institution. En réalité, on se trouve devant deux cas de figure possibles :

o peu de lisibilité institutionnelle	o une clarification des objectifs stratégiques
o beaucoup de projets dans une stratégie de décentralisation	o une sélection sur la base de critères identifiés
o un enfermement du projet dans un cadre budgétaire approximatif rendant le projet incertain	o un engagement à faire sur la base d'une fourchette financière
o une absence de cadre de conduite de projet associant les acteurs et de gestion de calendrier	o une logique de gestion de projet avec un chef de projet, une structure-projet et un échéancier réaliste et tenu

Nous avons pris le parti —dans le contexte institutionnel— de rentrer dans les projets par les questions d'organisation. Réfléchir et débattre de l'enjeu de communication dans le processus de gestion de projet initie des questions et soulève des contradictions difficiles à gérer :

- le projet hérite d'exigences de gestion, ce qui focalise un certain nombre d'acteurs sur des critères budgétaires, au dépens de sa valeur ajoutée ;
- le projet imagine une organisation pour d'autres, dans un processus soumis à un cadre économique, qui contraint à réduire le couple coûts/délais dans un fonctionnement orienté, lui, vers une relation de service qui prend du temps et qui coûte.

Autrement dit, l'intervention met en visibilité la contradiction entre l'injonction liée au projet : «faire vite... et bien» et gérer des questions qui prennent du temps. Le projet a un

objectif de rapidité à tenir (réduction des poches de temps, idéologie du zéro-délai) qui est un enjeu de gestion. L'intervention montre que cet enjeu sous-estime une autre dimension du temps, sans laquelle la dimension du travail ne peut pas avoir sa place dans le projet : la compréhension de l'objet de la production à l'hôpital passe par une réflexion sur son contenu même et sa confrontation au cadre de gestion.

Plutôt que de chercher à régler les problèmes, l'intervention montre alors —par les espaces de communication qu'elle crée— comment les processus de gestion s'affrontent aux processus d'action ; elle contribue ainsi à «éclairer l'affrontement» nécessaire pour en gérer la tension.

Enfin, s'agit-il d'imiter le modèle industriel ou de faire face à la pression du «malade» dans une relation de service, qui s'oppose alors à une logique standard de conduite de projet. Ce qui suppose alors de construire de nouvelles démarches, innovantes, pour gérer les projets à l'hôpital ? Mais instruire la question : le projet est-il un endroit et un moment d'innovation possible ? suppose l'existence d'un espace politique que le projet peut investir.

UN QUESTIONNEMENT DU MANAGEMENT PAR L'ERGONOMIE

Il est urgent de construire un nouveau cadre et ses règles à partir de la définition des orientations institutionnelles (orientations médicales et stratégiques liées à une politique de santé publique), de l'argumentation des sites dans le cadre de ces orientations, et de l'engagement réciproque à réaliser les projets retenus.

Il est vain de croire que les orientations médicales puissent se traduire instantanément en projet médical. Il s'agit d'une construction qui prend du temps. De même, l'implication des équipes ne va pas de soi, dans la durée d'un projet. Il est difficile de maintenir la mobilisation de chacun des acteurs dans le temps. L'enjeu est d'arriver à coordonner des temporalités forcément différentes : celle de l'institution, de l'hôpital, du projet, des personnes. C'est la garantie que le projet se fera qui donne crédibilité à ce type de démarche, que l'écoute respectera les points de vue de chacun qui constituera le socle de la construction d'une confiance réciproque, d'une communication vraie non instrumentalisée.

Mais de notre point de vue, si l'association des équipes est incontournable, elle passe par une éthique de l'implication : le respect des acteurs et la cohérence du suivi. C'est l'enjeu d'une véritable conduite de projet qui met en jeu la culture de travail de l'institution. Alors l'ergonomie permet de faire émerger et d'instruire des questions stratégiques. La structure-projet liée à la démarche ergonomique crée les conditions pour piloter les énergies, dans un accompagnement stratégique, de conseil, qui loin de défausser les décideurs de ces questions, les engage dans un processus de négociation et de décision éclairée. De notre point de vue, il est nécessaire de porter au crédit de l'institution sa volonté et sa sensibilité à cette préoccupation, comme enjeu de son évolution.

Chaque Projet est la rencontre de multiples dimensions, politique, stratégique, économique, architectural... dans une combinatoire complexe. L'ergonomie permet-elle d'influer sur le niveau de rencontre de ces logiques en conflit, et constituer une occasion de construire et d'instruire un nouveau cadre de gestion des Projets ? Autrement dit, que l'objet

même qu'elle traite, le travail (dans ses liens avec l'efficacité et la santé, avec une focale plus fine et transversale), justifie sa place dans une réflexion stratégique ?

Nous nous proposons de mettre en débat ces questions en considérant que communiquer sur ce thème représente alors pour nous un enjeu du côté d'une dynamique d'action. Loin de lisser les difficultés actuelles, il s'agit de manifester l'intention de rendre possible un nouveau cadre de démarche projet, tout en mettant en tension le décalage entre les intentions et les capacités pratiques de sa mise en oeuvre. Il ne s'agit pas d'un écart qu'il conviendrait d'occulter, mais dont il s'agit de débattre comme faisant partie d'une réalité, et dont la problématisation devient un outil pour agir ensemble dans le sens d'une construction concrète.

BIBLIOGRAPHIE

BARRAUD J., WALLET M., 1999, L'ergonomie et la gestion des projets : le management en question ? Réflexion à deux voix : témoignage de Jean Barraud, directeur d'hôpital, questionnement et propos recueillis par Marie Wallet, ergonomiste, in revue *Performances Humaines et Techniques* n° 100, Toulouse.

BARTHELOT F., WALLET M., 1996, *L'intervention ergonomique dans un projet de conception architecturale en milieu hospitalier, application ou construction, transfert méthodologique entre industrie et hôpital ?* Eléments de synthèse de la recherche, Ministère de la Recherche et de l'Espace, Département hommes, travail, technologie, Paris.

BRIVET F., GUY J., TESSIER D., WALLET M., 1997, Représentations, interprétations, confrontations : réalités de l'espace de travail et place des acteurs, *Communication collective aux Journées de Bordeaux sur la pratique*, in *Actes*, Bordeaux.

CARBALLEDA G., 1997, *La contribution des ergonomes à l'analyse et à la transformation de l'organisation du travail : l'exemple d'une intervention relative à la maintenance dans une industrie de processus continu*, Thèse de doctorat en ergonomie, CNAM, Paris.

DANIELLOU F., 1996, *Questions épistémologiques soulevées par l'ergonomie de conception*, in *L'ergonomie en quête de ses principes*, Octares, Toulouse.

FRANCO D., WALLET M., 1999, Processus de conception d'espaces de travail : l'évaluation de critères qualitatifs de gestion, l'expérience de deux projets en milieu hospitalier, in *Actes du 34^e congrès de la SELF*, Caen.

HUBAULT F., 1997, A quoi l'ergonomiste participe-t-il ? communication de synthèse dans le cadre du Séminaire de Paris I : Coordinations et coopérations dans l'intervention en Ergonomie, Frontières, multidisciplinarité, collectifs d'action, in revue *Performances Humaines et Techniques hors série*, Toulouse.

MARTIN Ch., 1998, *La conception architecturale entre volonté politique et faisabilité technique*, Thèse de doctorat en ergonomie, Bordeaux.

WALLET M., 1997, *La pratique de l'ergonomiste dans les processus de conception d'espaces de travail à l'hôpital : Interactions, coopérations, évaluations, l'expérience de deux projets*, Mémoire ergonomiste CNAM, Paris.

Communication et conduite de projet en hôpital : le double enjeu

Nadia HEDDAD

31 av. Parmentier – 75011 Paris
Tel + Fax : 01 43 14 24 75
Mel : nadia.heddad@wanadoo.fr

François LAUTIER

Ecole d'Architecture de Paris La Villette
144 av de Flandre – 75019 Paris
Tel : 01 44 65 23 82 - Fax : 01 44 65 23 62
Mel : flautier@paris-lavillette.archi.fr

Mots-Clés :

Conduite de projet, maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, outils, procédures

Résumé :

Classiquement, l'ergonomie est partie, pour enrichir les modes et les méthodes de conception des hôpitaux et y faire valoir le point de vue du travail, des différents travaux hospitaliers et des usages des lieux qui leur sont associés ou qu'ils impliquaient. Il est tout aussi nécessaire de s'intéresser aux travaux de conception et de réalisation.

Plutôt que la césure juridique entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre, c'est l'entrecroisement d'acteurs et de structures provenant de l'une comme de l'autre que la conduite de projet doit alors prendre en main, manager. La communication entre ces acteurs, condition de la cohérence du projet est d'autant plus difficile que leurs intérêts, leurs cultures, leurs outils, etc., divergent très largement. D'où la nécessité d'un travail sur la méthode, sur les outils et les procédures.

Deux études de cas permettent de développer le propos et de concrétiser ses propositions.

Les communications sont des moyens pour communiquer. Communiquer ce n'est pas transporter des informations, c'est mettre quelque chose en commun (1). Ce quelque chose comporte, sans doute, de l'information, ou prend la forme d'information. Mettre en commun, dans la conduite de projet, est à prendre dans la plénitude de son sens, parce que justement le moins évident est que le projet soit commun.

Conduire un projet suppose que soit tenu en main (managé) un ensemble de préoccupa-

(1) Cf. l'étymologie... et J. Habermas : « L'agir communicationnel concerne l'interaction d'au moins deux sujets capables de parler et d'agir qui engagent une relation interpersonnelle (que ce soit par des moyens verbaux ou extra-verbaux). Les acteurs recherchent une entente sur une situation d'action, afin de coordonner consensuellement leurs plans d'action et de là même leurs actions » (*Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard, 1987, t. 1, p. 102). On peut discuter certains des termes de cette définition, notamment interroger le caractère consensuel de la coordination, il reste qu'elle situe la place de la communication dans le cadre d'un projet, quel qu'il soit.

tions, d'habitudes, d'intérêts, de langages, de cultures, d'outils, de représentations, etc., hétérogènes voire concurrents de telle façon qu'ils concourent à une même fin. Choisir le cadre hospitalier pour étudier la conduite de projet, c'est, de ce point de vue, se placer au noeud d'une double complexité, ou plus simplement d'une double multiplicité d'acteurs et, partant, de systèmes d'action. D'une part il y a les usages des lieux et les travaux (2) qui sont accomplis dans l'hôpital, avec les chaînes de décision où s'organisent ces usages et ces travaux, et d'autre part les responsabilités, les professions et les compétences indispensables à la conception et à la réalisation du projet, avec leurs structurations propres. La diversité que l'on rencontre dans chacun de ces domaines est portée par des personnes qui organisent à partir de leur place dans ces domaines leur représentation du projet et leur action. En outre, ces deux «domaines» se recouvrent fréquemment et sur des points essentiels. C'est dire l'importance que prennent dans cette conduite de projet les questions des communications et de la communication.

Fausse oppositions, vraies articulations

Classiquement, l'ergonomie est partie, pour enrichir les modes et les méthodes de conception des hôpitaux et y faire valoir le point de vue du travail, des différents travaux hospitaliers et des usages des lieux qui leur sont associés ou qu'ils impliquaient. Il est tout aussi nécessaire de s'intéresser aux travaux de conception et de réalisation(3).

Le plus souvent les acteurs de la conception et de la réalisation sont classés en deux grandes catégories : la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre, auxquelles on ajoute éventuellement ensuite, pour mémoire en quelque sorte, les entreprises qui construisent. Les deux premiers termes, utilisés notamment par la loi française de 1985 sur la maîtrise d'ouvrage publique ont acquis, depuis quelques années, une forte prégnance(4). Alliée à l'étroitesse de leur définition adéquate, cette omniprésence obère souvent l'analyse des processus réels, a fortiori celle des travaux en jeu et de leurs relations, de leur «mise en commun», de la communication qu'ils nécessitent.

Si, en droit, on peut considérer la maîtrise d'ouvrage comme une entité bien définie, tout se brouille dès que l'on observe la configuration réelle de cette entité. Sans doute, les contrats ont-ils un signataire unique, mais les enjeux de la maîtrise d'ouvrage dans un hôpital ne sont pas la signature de contrats. De quoi le projet est-il le projet ? de qui le projet est-il le projet ? Ou plutôt : de quel compromis entre des projets (de qui ? de quoi ?) le projet est-il le projet ? Comment s'est formé ce compromis ? Comment, tout au long du processus de conception puis de réalisation, ces différents projets interfèrent-ils entre eux, mettant sans cesse en cause l'équilibre (ou le déséquilibre) auquel on est parvenu ? Quelles sont les temporalités de ces multiples projets et comment s'articulent-elles (ou non) ? Quelle communication entre ces projets, entre ceux qui les portent explicitement

(2) Malgré la grammaire, on préfère ici «travaux» à «travaux» pour signifier l'hétérogénéité des différents types de travail qui sont réalisés dans un hôpital. Le travail d'un médecin plus celui d'un brancardier, plus celui d'une surveillante, etc. ne constituent pas un travail hospitalier...

(3) Ce qui a déjà été ouvert par certains travaux récents et plus particulièrement : M. Wallet, *La pratique de l'ergonome dans les processus de conception d'espaces de travail à l'hôpital : interactions, coopérations, évaluations. L'expérience de deux projets*, thèse de diplôme d'ergonome, Paris, CNAM, 1997 ; C. Martin, *La conception architecturale entre volonté politique et faisabilité technique. Le positionnement de l'intervention ergonomique*, thèse de doctorat, Bordeaux, Université de Bordeaux 2, 1999.

(4) Cf. F. Lautier, «La situation française : manifestations et éclipses de la figure du Maître d'Ouvrage», dans M. Bonnet, F. Lautier (s/d), *Les maîtrises d'ouvrage en Europe, évolutions et tendances*, Paris, PUCA, 2000, pp. 9-18.

ou... implicitement ?

La maîtrise d'œuvre n'est pas plus simple. Trop aisément assimilée à l'architecture, elle recouvre en fait une vraie diversité de compétences... et d'intérêts, dont les interrelations sont aujourd'hui en plein bouleversement, notamment dans les projets importants. Un enjeu essentiel est à ce niveau la mise en cohérence des différentes interventions, mise en cohérence qui a été souvent attribuée à l'architecte, mais qui lui échappe de plus en plus souvent. Certains acteurs fonctionnent dans une logique holistique et passablement floue, alors que d'autres participent de la méthode technique, quantifiant précisément chaque action et chaque moment. Les échanges de données entre ces univers aussi bien culturels que professionnels sont d'autant plus difficiles qu'elles recourent des conflits économiques (qui s'appropriera la part essentielle de la marge ?), de responsabilité (et de gestion du risque), d'autorité (qui aura le dernier mot ?), d'articulation avec [des parties de] la maîtrise d'ouvrage, etc. Cette difficulté s'accroît aujourd'hui alors que la conduite de projet cherche à dépasser le modèle séquentiel et institue un modèle transversal, de concurrence (5). Là encore, la question de la communication et des moyens de communication est primordiale.

Dans les faits, ce qui est présenté comme deux côtés distincts, aux responsabilités bien tranchées est en fait sans cesse en interférence. A l'occasion des aspects technique, médical, scientifique, de conditions de travail, esthétique, financier, fonctionnel, d'organisation du travail, de maintenance, etc., chaque partie d'une des faces du système trouvera à s'appuyer sur des parties de l'autre, ou jouera avec des parties de l'autre. Et il est souhaitable qu'il en soit ainsi.

Enjeux

L'enjeu, en effet, n'est pas de respecter des frontières artificielles (qu'on veuille bien excuser le pléonisme !), ou du moins qui n'ont sens que d'un point de vue particulier. Ce qui est sous-jacent à l'accent mis sur cette distinction entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre hors son strict champ de validité (lequel est avant tout – sinon exclusivement – juridique), n'est rien moins qu'une forme quelque peu aménagée de la césure taylorienne. D'un besoin reconnu s'ensuivrait une demande bien formulée (le programme), d'où découlerait logiquement une commande précise (le contrat), dont la conception architecturale ne serait en quelque sorte que l'exécution, exécution qui serait parachevée par la réalisation finale accomplie par les entreprises, elle-même application sans équivoque du dessin du maître d'œuvre.

Toute la question est que ce bel enchaînement ne vaille que sur le papier. Les besoins ne se définissent le plus souvent que par rapport aux possibles, lesquels renvoient à de multiples dimensions techniques, économiques, sociales, qui constituent aussi les conditions dans lesquelles se forment les situations de travail, par rapport auxquelles s'expriment des manques, des difficultés, des attentes, lesquelles ne se traduisent pas directement en un programme, lequel ne peut être établi sans prise en compte des variables environnementales, techniques et économiques du projet, lesquelles..., etc. Sans doute, tout n'est-il pas dans tout. Mais il est d'autres formes de coopération entre des travailleurs, fût-ce entre des travailleurs en conception, que la chaîne.

(5) Cf. S. Jouini, C. Midler, *L'ingénierie concurrente dans le bâtiment*, Synthèse des travaux du Groupe de réflexion sur le management de projet (GREMAP), s.d., multigr. 116 p.

Le projet à conduire n'est en aucun cas le bâtiment à construire ou à aménager (6). Les problèmes d'un hôpital ne sont pas des problèmes de bâtiment. Le bâtiment est nécessaire pour que le(s) projet(s) de l'hôpital se réalise(nt). Autrement dit, ce n'est pas un bâtiment qu'il faut donner comme finalité au processus, mais bien la vie de l'hôpital, les travaux qui s'y effectuent, les soins qui y sont produits. Participent à l'élaboration nécessaire, et au premier chef, ceux qui y travaillent, dans les multiples façons de travailler qu'on y rencontre. C'est déjà à faire communiquer entre eux ces travailleurs que la conduite de projet s'emploie.

Mais elle faillirait à limiter à l'interne cette communication. Les compromis auxquels on a pu parvenir en interne explosent lorsqu'ils sont confrontés aux formes matérielles que proposent les concepteurs. Ceux-ci, redisons-le, ne peuvent être, dans un projet hospitalier, de simples et fidèles traducteurs (que l'on veuille bien excuser l'antinomie !) d'un programme où tout serait réglé. Il s'agit donc aussi de construire la communication entre les acteurs de l'hôpital et ceux de la conception et de la réalisation.

Cela suppose, et c'est un préalable, que soit analysées les conditions de la communication entre les différents acteurs de la conception et de la réalisation. Sans doute y a-t-il là de nombreux obstacles aussi bien personnels qu'institutionnels. Sans prétendre les évacuer, on doit noter que vouloir les traiter induit des questions de méthodes. Cela passe notamment par des outils et par des procédures. Nous ne développerons pas ici ce point qui mérite à l'évidence une approche particulière concernant les acteurs et les compétences de la conception et de la réalisation, que nous ne pouvons qu'indiquer. Par contre il découle de ce qui se joue lors de la mise en forme constructible puis de la construction physique du projet une exigence majeure : que soit poursuivi durant cette période l'ensemble du dispositif de conduite de projet, et notamment les conditions de la négociation avec ceux qui travailleront dans le futur bâtiment et de façon générale l'utiliseront.

De cette exigence découle la nécessité d'un choix de position pour les ergonomes intervenant dans un tel projet.

Études de cas

Nous évoquerons ici deux cas : le projet du Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg et celui de la création d'une «galette médico-technique obstétricale» à l'hôpital Necker Enfants Malades, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. On indiquera seulement ici les grandes lignes de ce second projet.

Dans un cas comme dans l'autre, le projet implique un grand nombre d'acteurs et de structures, faisant naître de grandes incertitudes sur la cohérence d'ensemble. La présence d'ergonomes lors de la phase de mise au point du programme puis de mise en forme et de réalisation n'est pas évidente. La recherche d'une position de transversalité, un nécessaire dans la conduite de projet, ne suffit pas toujours pour assurer la communication entre les parties prenantes. Une co-construction du projet entre les deux «domaines», celui de l'usage et celui des métiers de la conception et de la construction est d'autant plus difficile

(6) Cf., quoique dans une autre contexte : F. Hubault, F. Lautier, La gestion de la ressource : espace tertiaire, Paris, 1997, multigr.

à établir.

Le monde hospitalier, un système complexe de protagonistes

Le milieu hospitalier présente la caractéristique de dissociation du pouvoir financier du pouvoir symbolique. Le premier concerne la logique administrative et gère le budget de l'ensemble des moyens nécessaires pour le fonctionnement quotidien ainsi que les prévisionnels des projets (immobiliers, équipements, forces de travail...). Le second concerne la place et le poids du corps médical dans la structure hospitalière. Le type d'activité, l'organisation et les résultats dépendent de celui-ci.

Les deux pouvoirs, médical et administratif, peuvent se confronter, le premier en ne considérant que les aspects financiers et en négligeant les exigences de fonctionnement et le second, en ne considérant que l'activité médicale et en faisant abstraction des contraintes budgétaires.

La double appartenance du personnel soignant, une dépendance hiérarchique forte envers les chefs de service (médecins et chirurgiens) et une affiliation administrative à la direction, éloigne d'autant plus cette population des instances de décision. Le fonctionnement quotidien et la qualité de la prise en charge des patients reposent pourtant sur ce personnel majoritaire en nombre.

Un projet immobilier, des enjeux multiples et contradictoires

Comme toute organisation importante, le projet immobilier dans le milieu hospitalier est un terrain où se confrontent de façon plus ou moins directe les influences. Cependant, la complexité du contexte hospitalier tend à faire du projet immobilier un territoire où chacun tente de faire valoir son point de vue comme celui devant guider les orientations du projet.

Pour le directeur de l'établissement, le projet immobilier est à la fois une dépense et une occasion pour retrouver un équilibre financier dans la gestion de l'hôpital. La rationalisation des moyens en fonction des résultats effectifs des services constitue souvent un levier d'action dans la perspective d'une restructuration. Le projet est vu sous l'angle des gains, notamment en terme d'effectifs affectés à un nombre de « lits » global.

Pour le programmiste, l'enjeu est souvent de relever les besoins et de les exprimer en cohérence avec l'occupation des surfaces construites.

Pour le corps médical, l'enjeu de tout projet immobilier est le développement de l'activité médicale. Le projet est vu sous son angle de support physique pour une évolution en nombre de « lits ». L'importance d'un service est reflétée par le nombre de « lit » de patients lui étant affecté et constitue un terrain de rivalité entre chefs de service.

Pour les soignants, l'enjeu de tout projet immobilier est d'améliorer les conditions d'accueil des patients et d'obtenir des moyens de travail plus adéquats. Le projet est regardé sous l'angle des locaux qu'il offre notamment concernant les espaces de vie du personnel : salle de repos, vestiaires, chambre de garde...

Pour les organisations syndicales qui vivent le projet comme une crainte et un risque de diminution des effectifs, le projet est aussi une occasion pour faire entendre une autre

voix, notamment celle des représentants du personnel...

Toutes ces forces visent des finalités différentes délicates à canaliser et toute la difficulté d'un intervenant extérieur est de se construire un point de vue sans se laisser englober par une des forces dominantes.

A la recherche d'une position transversale

L'analyse de deux situations d'intervention dans un projet immobilier, l'une à la demande des syndicats et l'autre à celle du directeur, démontre la complexité du système de décision dans le processus de conception architecturale en milieu hospitalier.

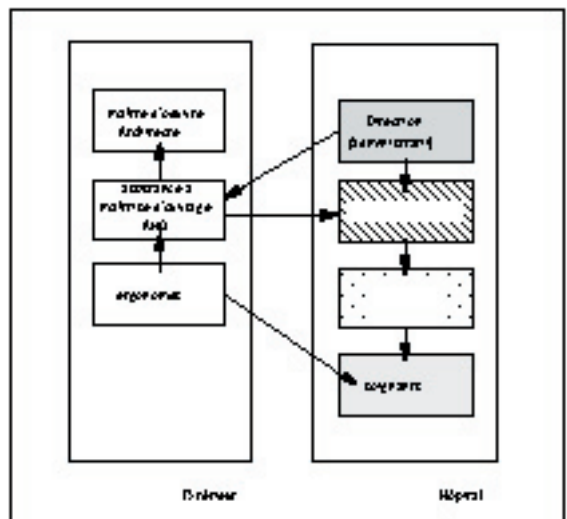
Dans le premier cas, la direction de l'hôpital a fait appel à une Assistance de Maîtrise d'Ouvrage pour mener à bien le projet. Une AMO est désignée pour réaliser le programme et conduire sur un plan légal et opérationnel la procédure de marché public, notamment pour la réalisation d'un concours de maîtrise d'œuvre en vue de sélectionner un architecte. Il s'agit de construire le nouvel hôpital autour de 2 tranches. La première comprend un pôle « cœur – poumon » et la seconde regroupe un nombre important d'autres spécialités de médecine et de chirurgie. Ce projet, en relogant les services, conduit à réorganiser l'ensemble des blocs opératoires, des réanimations, de l'hospitalisation et de la logistique.

L'intervention d'ergonomie fait suite à la demande des représentants du personnel qui craignent que les besoins du personnel soignant ne soient pas pris en considération dans l'expression des besoins.

En effet, l'AMO, face à multiplicité des services, fait circuler des grilles qu'elle adresse aux chefs de services médecins ou chirurgiens pour relever leurs besoins. Sur la base des documents remplis et restitués, des réunions sont organisées par l'AMO pour discuter des contradictions et de l'aspect de faisabilité des différents besoins exprimés. Le programme est au fur et à mesure rédigé sur la base des dénominateurs communs. Les points de divergence sont évacués et laissent la place à un document qui ne relève que le nombre de lits par service et les liens fonctionnels les plus importants.

L'apport des ergonomes se limite à de rapides relevés dans les services des dysfonctionnements et des besoins restitués lors des discussions entre direction, AMO et représentants du personnel.

Cette conduite de projet est marquée par les difficultés des échanges et notamment de prise en compte des différents points de vue. L'AMO, pourtant extérieur, se retrouve à une place centrale, tente tant bien que mal de lisser les aspérités dans le projet et



réalise un programme dans lequel elle évacue toutes les divergences. Cette abstraction simplificatrice des tensions réelles sur le terrain lui permet de constituer les bases d'une consultation d'architectes dans le cadre d'un concours architectural. Le Programme Technique et Détaillé (PTD) est réalisé.

Dans le second cas, il s'agit d'un hôpital pour enfants réputé pour ses spécialités chirurgicales et médicales de pointe. Le projet concerne l'implantation d'une galette médico-technique obstétricale comprenant la création de blocs opératoires spécifiques et polyvalents, d'une salle de réveil, de réanimation et d'une maternité de niveaux 3 et s'accompagne d'une importante réorganisation des services administratifs, de la logistique et de l'hospitalisation.

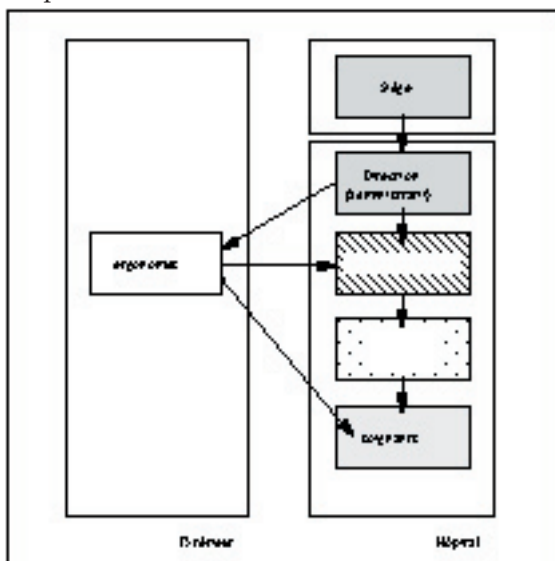
Sur la base d'une étude préliminaire de faisabilité, le projet est estimé sur un plan financier, discuté au niveau du siège et la décision de valider les études de faisabilité conduit la direction à mettre en place une structure de projet en même temps qu'elle fait appel à une équipe de consultants ergonomes.

La structure projet, composée de groupes, comprend essentiellement des responsables (cadres soignants), des chirurgiens ou des médecins. Les ergonomes sont chargés d'instruire le projet sous l'angle des besoins pour les personnels soignants et sont invités à assister au travail des groupes.

Cette présence des ergonomes dans les groupes laisse au fur et mesure place à des investigations dans les services. La démarche mise en place sur près de deux ans a conduit à :

- la réalisation d'observations continues et systématiques du travail dans les services, entre les services et dans l'hôpital,
- la création de groupes de travail homogène par spécialité et par métier (agents hospitaliers, aides-soignants, infirmiers, infirmiers panseurs, infirmiers anesthésistes, cadres soignants, médecins et chirurgiens...),
- la construction de documents synthèse par service,
- l'élaboration d'une synthèse globale centrée sur une double problématique : intra et inter services en vue de la construction de la problématique à l'échelle de l'hôpital.

Les investigations dans les services (au total 24 services médicaux, chirurgicaux et logistiques) ont conduit les ergonomes à acquérir une vision globale de l'hôpital accompagnée d'analyses fines des dysfonctionnements et des ressources à des niveaux peu explorés puisque souvent peu considérés. Il s'agit là du travail réalisé en grande partie par les niveaux hiérarchiques inférieurs : infirmières, aides soignantes et agents hospitaliers, mais pas seulement puisque des observations et des entretiens ont



également concernés des médecins.

Le besoin de cohérence globale et la nécessité de construire une direction commune, notamment en termes d'orientations médicales vont renforcer la crédibilité des ergonomes auprès de quelques médecins précurseurs dans une réflexion synthétique de l'hôpital. Pourtant, les premiers échanges entre direction et ergonomes vont faire l'objet de confrontations et même d'une certaine forme de rejet.

Un petit groupe de médecins de services différents, dit le groupe des cinq, accompagné dans certaines des discussions par les ergonomes va être à l'origine de l'émergence d'un projet médical alliant des orientations globales de santé publique et des évolutions d'activités sur le site de l'hôpital. Ce travail réalisé en grande partie en coulisse, en dehors des structures de groupes, constitue une première dans l'Assistance Publique.

La contribution des ergonomes a consisté à aider à sortir du cloisonnement des services en considérant une problématique globale qui permet d'aborder le fonctionnement de façon cohérente par rapport à des dimensions qui ne peuvent être découpées : le patient, le dossier médical et administratif qui doit suivre le patient dans le processus de soins dans le temps et l'espace...

Dans cette intervention, les ergonomes ont pu se construire une vision transversale qui transcende les frontières entre services, entre pouvoir médical et instance administrative... bref, entre les différents tenants (usagers, décisionnaires, organisateurs et propriétaire) du futur bâtiment.

Vers la construction d'un point de vue extérieur

Dans le premier cas, L'AMO, porte parole d'une direction inhabituée à conduire de gros projets immobiliers, se retrouve sur le front des conflits et est condamnée à trancher dans les revendications des uns et des autres. Elle intervient comme instance d'arbitrage, entre complètement dans le processus de décision et perd sa capacité de recul. Dans cette conduite de projet, la prise en compte d'éléments de complexité liés à la réalité du travail des personnels ne peut être réalisée. La logique linéaire et purement séquentielle de la procédure des marchés publics constitue le seul repère de la conduite de projet. En cadrant le processus, elle constitue le support qui légitime les modes d'échanges au sein de l'hôpital et les arbitrages réalisés. Les besoins exprimés et ceux reconnus dans le programme évacuent toute la complexité de fonctionnement de l'hôpital. L'AMO, bien qu'extérieure à la structure hospitalière ne parvient pas à se forger un point de vue, son action consiste à composer avec les contraintes en évitant au mieux les frictions et conflits entre acteurs (médecins, administration, syndicats...).

Dans le second cas, un point de vue extérieur et argumenté a pu être construit et a permis de réintroduire des éléments de complexité dans le processus de mise au point du programme. Cette démarche longue et itérative a autorisé le questionnement des choix établis dans le projet et le programme architectural à partir de la confrontation des logiques de travail, des impératifs de fonctionnement et des contraintes spatiales. Le point de vue ergonomique, en construisant son indépendance dans la manière d'appréhender et poser les problèmes, notamment en refusant de s'allier à l'une des logiques (qu'elle soit administrative, médicale ou syndicale) a pu se hisser au rang de ressource. Une ressource pour instruire mais surtout pour permettre des échanges et des rencontres aujourd'hui difficiles à concrétiser dans le fonctionnement actuel de l'hôpital entre disciplines et entre logiques

(administrative, médicale ou logistique).

**et le développement de moyens de mise en commun,
un enjeu communicationnel**

Un des rôles de l'intervenant extérieur lorsque celui-ci parvient à se construire son point de vue, est la construction d'outils d'échanges qui peuvent être réappropriés pour devenir des supports communs de communication. En ergonomie, cette dimension peu mise en valeur dans la démarche, mérite d'être développée. La construction d'outils communicationnels doit constituer une préoccupation dans chaque intervention pour que le point de vue ergonomique puisse constituer une ressource dans les processus de conception. La question des outils se pose notamment en terme de méthode surtout lorsqu'il s'agit de dépasser les situations de face à face (entre logiques et/ou intérêts divergeant) pour établir des compromis dynamiques sur la base de négociations. L'organisation de la communication permettant d'établir un dialogue dans la perspective de solutions partagées n'est pas toujours évidente, notamment par manque d'outils.

Enfin, l'enjeu de toute intervention consiste à faire vivre la tension entre un point de vue autonome et une nécessaire mise en commun des éléments issus du diagnostic. Il s'agit, tout en aidant à la mise en commun, de restituer les éléments de complexité dans la conduite de projet.

La conduite de projet se doit de ne pas lisser les difficultés, et le rôle des ergonomes se doit d'être une ressource dans la construction du processus autour du projet.

Cet objectif, difficile à mettre en œuvre lors de la mise au point du projet entre les différents acteurs impliqués par l'usage est encore moins évident à faire vivre lorsque le processus inclut les acteurs de la conception et de la construction. La question est alors de réactualiser et de maintenir cette position ressource dans les phases de réalisation du projet afin qu'elle puisse constituer une base pour les échanges futurs entre concepteurs et ergonomes puis entre constructeurs et ergonomes.

Basculer dans la conduite de projet dans le registre de la maîtrise d'ouvrage présente le risque de transformer l'apport ergonomique en une prescription supplémentaire par rapport au travail des concepteurs. Elle ôte alors à l'ergonomie son autonomie et sa capacité à faire valoir jusqu'au terme du projet son point de vue. Avec cet affaiblissement, risque de se perdre aussi une part de ce qui sera la situation de travail et les conditions d'usage des futurs utilisateurs de la réalisation en cours.

Conduite de projet : un processus dynamique outil de communication ?

Danielle MEZZAROBBA
syndicaliste et ergonomiste

L'objet de ce texte est de montrer, à travers l'expérience d'une intervention ergonomique dans le milieu industriel hospitalier, en quoi une conduite de projet peut être à la fois outil et méthode de communication par rapport au projet lui-même et pour les acteurs du projet.

QUELQUES ÉLÉMENTS DU CONTEXTE

L'objet de l'intervention ergonomique que j'ai menée dans le cadre d'une formation préparant au DESS d'ergonomie, conjointement avec un préventeur et un ergonomiste de la Délégation Aux Conditions de Travail (DACT)(1), était centré sur une situation de changement technologique, par l'introduction d'un processus automatisé de travail dans un service industriel, le Service Central des Blanchisseries (SCB). Ce service fait partie d'un établissement public de santé, à savoir l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Le SCB est un service général qui loue et entretient le linge des patients hospitalisés et des personnels des sites hospitaliers constituant l'AP-HP. Il traite environ 65% des établissements de l'AP-HP.

Le SCB est composé de deux sites de production : la Salpêtrière (SR), situé sur le terrain du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière (13ème) et Mac Donald (MD), situé dans une zone industrielle boulevard Mac-Donald (19ème).

A l'initiative du CHSCT, une demande d'intervention ergonomique a été adressée à la DACT en juin 1998, par la direction du SCB. Elle portait à la fois sur une étude des postes de travail du secteur finition du linge, plus particulièrement producteurs d'affections péri-articulaires, et sur l'organisation du travail du secteur linge en forme, dans le cadre de l'implantation d'un nouveau matériel de finition sur le site de Mac-Donald (MD).

Deux axes ont orienté notre démarche :

Le premier : nous avons choisi dès le départ de ne pas cantonner la problématique des TMS au seul aspect biomécanique (gestes répétitifs), mais de la mettre en perspective au regard de l'organisation du travail, et plus largement dans une approche globale de l'entreprise, en nous appuyant sur de nombreux travaux. Il existe aujourd'hui un consensus dans la communauté scientifique sur les facteurs de risque de ces maladies, en particulier professionnels. Les facteurs de risque sont multiples et de différentes natures. L'activité

(1) Structure transversale rattachée à la direction du personnel et des relations sociales de l'AP-HP et qui a comme objectifs l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels.

gestuelle est un important facteur de risque dans les TMS, mais d'autres facteurs interviennent tels que la composante psychologique personnelle, le stress, mais surtout le contenu du travail, l'environnement du travail, l'organisation du travail.

Le second : l'introduction d'un nouvel outil technique dans un des deux sites, MD (le plus petit du point de vue surface et le plus vétuste du point de vue équipement), s'est fait sur la base d'un cahier des charges qui s'appuie sur une conception du nouvel équipement analogue à celle du matériel existant à SR.

Compte tenu de ces éléments, l'enjeu de l'intervention était de mettre en lumière les liens entre les hommes et les femmes dans un système socio-technique, la conception d'un dispositif technique et l'organisation du travail.

Après une phase de discussions et de négociation qui a amorcé un processus de communication sur d'autres bases qu'une stricte étude des postes de travail et en défendant une vision transversale du projet, nous avons choisi de réaliser une analyse de l'existant à SR, SR devenant de fait site de référence, pour une projection d'un futur probable à MD en terme de fonctionnement d'un nouvel équipement et en terme d'organisation du travail. Ce choix s'est fait en proposant et en négociant un cadre méthodologique de l'intervention qui a évolué avec le projet, et qui à chaque étape a permis de préciser les moyens, les outils pour faire, et d'impliquer les demandeurs et les salariés en tant qu'acteurs du projet.

Voilà en quelques lignes tracé le contexte de cette intervention qui au départ se situait plutôt comme une demande d'expertise et qui progressivement a évolué vers une conduite de projet. Cette intervention a connu plusieurs temps forts liés aux échéances du process technique (appel d'offres dans le cadre du code des marchés publics).

CETTE EXPÉRIENCE MET EN LUMIÈRE PLUSIEURS POINTS :

La conduite de projet est un processus dynamique

Il questionne en amont et en aval du projet plusieurs logiques de l'entreprise : la production, le système informatique, les relations avec les «clients», l'organisation du travail, et qui interroge simultanément les liens entre ces différentes logiques ; par voie de conséquence elle contribue au décroisement dans une approche systémique.

En effet, l'intervention s'est décomposée en plusieurs étapes qui au final montre ce processus du côté de la conduite de projet :

Les observations et l'analyse du travail ont permis de questionner ce qui était tenu pour acquis, à savoir le cahier des charges en amont ; dans le cours du projet, l'évaluation technique a permis de prendre en compte dans la phase analyse des offres, (encadrée par le calendrier de l'appel d'offres), une certaine réalité du travail (les aspects de bruit, d'éclairage et de maniabilité et facilité d'utilisation des équipements).

Le rapport d'étape qui a suivi l'évaluation technique, et qui a marqué un tournant dans la conduite de projet, a permis d'influer sur la manière de travailler avec les fournisseurs, et sur la prise en compte de travaux préalables à l'installation des nouvelles machines. Ensuite la phase de travail avec les fournisseurs a bien fonctionné, dans le sens où elle a permis une véritable construction collective qui a abouti à un certain nombre d'aménagements sur : les espaces de travail, les éléments de sécurité, le poste de réintroduction des

VT secs, le poste de pilotage.

Mais en aval, une fois les aménagements arrêtés, les groupes de travail constitués pour analyser et projeter une future organisation du travail sur le nouveau matériel, ont également, d'une part, influé sur les prestations proposées par les fournisseurs, dans la mesure où un cahier des charges est aujourd'hui en cours d'élaboration pour définir les besoins des agents de production en ce qui concerne le système d'engagement des vêtements ; d'autre part ils interrogent, simultanément plusieurs logiques de l'entreprise :

En premier lieu : la production ; faut-il continuer à se préoccuper principalement de la production en entrée (tonnage, nombre de pièces traitées, compte individuel) ou bien regarder plus finement ce qui se passe en sortie c'est à dire la qualité du linge retourné au « client », la satisfaction du client. Lorsque l'on voit le niveau d'exigence requis par le futur HEGP, cela exprime que la satisfaction du client est une donnée qui prend une place grandissante, dans une démarche qualité à l'ordre du jour aujourd'hui, ce qui doit remettre en cause la façon de penser la production, le suivi et les critères pertinents à retenir. A ce propos, il est à noter un décalage entre les représentations que le SCB a de la productivité des deux sites avec ce qu'elle est en réalité.

En second lieu : la méthode de facturation au client ; elle est aujourd'hui basée sur un forfait au poids, ce qui signifie que le client ne reçoit pas forcément ce qu'il a donné à traiter, ce qui nous ramène à la satisfaction du besoin du client.

En troisième lieu : le pilotage informatique, complètement lié à la production, puisque c'est le nerf du système, et qui pose, à travers le choix du système d'engagement du vêtement, le problème de la traçabilité du vêtement (nombre de lavages, durée de vie).

Enfin, tenter de définir une organisation du travail sur le secteur finition du linge, aboutit de fait à questionner également celle des autres secteurs : l'accrochage, le tri, le lavage et le secteur du linge plat. Cela nécessite de prendre en compte les relations humaines entre secteurs de l'entreprise et les relations logistiques entre secteurs, et bien au-delà, car « le début de la chaîne » commence dans les sites hospitaliers. Cela met en jeu également les relations avec les établissements et la fonction linge dans son ensemble, c'est à dire du lit du malade en passant par les lingerie d'hôpital, le SCB, et le retour au lit du malade en incluant les fonctions logistiques et hôtelières (vêtements de travail du personnel, chemises de malade, équipement du lit etc.).

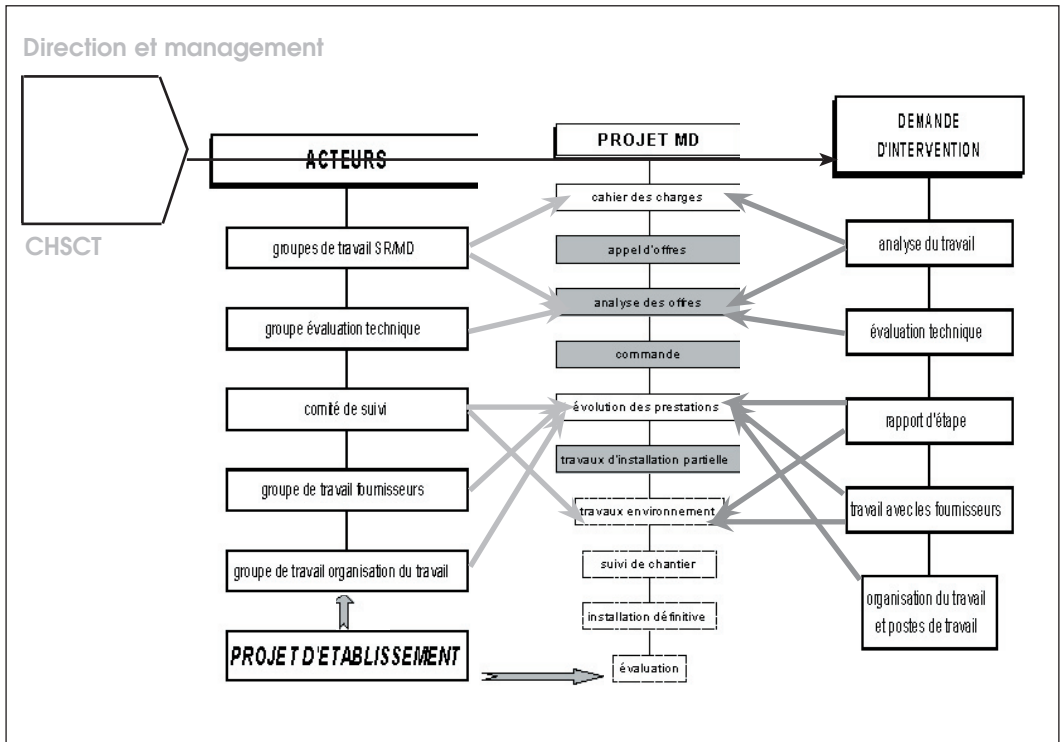
Toutes ces questions se retrouvent posées dans le projet d'établissement en cours d'élaboration au SCB : production, fonction linge, management.
(voir schéma page suivante).

La conduite de projet est un vecteur de communication

En amont la direction et le management ont travaillé sur le projet d'équipement de MD (cf cahier des charges) ; en parallèle le CHSCT a joué pleinement son rôle d'acteur social ; Il a entrepris un travail de réflexion et d'analyse sur l'absentéisme au SCB qui a pointé un secteur, celui de la finition, plus particulièrement producteur de TMS.

C'est à l'issue de ce travail et sous son impulsion que la demande d'intervention ergonomique est arrivée à la DACT. A ce stade, les acteurs, CHSCT, direction et intervenants, ont lié ces deux aspects, le projet et les TMS parce qu'influant l'un sur l'autre.

Tout au long de l'intervention, le processus institué a permis la mise en mouvement des



acteurs du SCB, les agents de production et la maîtrise dans les premiers groupes de travail (agents de production SR+MD, maîtrise MD), puis dans le groupe d'évaluation technique qui a pointé les relations hors SCB avec ACHA par exemple ; puis le comité de suivi et à l'intérieur de celui-ci le sous-groupe qui a travaillé avec les fournisseurs, et enfin en aval, les groupes de travail « organisation du travail ».

La manière dont les acteurs, à différents niveaux, se sont impliqués dans le projet à travers les méthodes mises en œuvre a permis de faire évoluer leur représentation du projet et de l'intervention ergonomique :

Le groupe de travail des agents de production des deux sites nous a permis de comparer succinctement les systèmes d'organisation du travail qui sont différents (par exemple la rotation sur chaque poste à Mac-Donald est plus fréquente, ce qui implique une plus grande variabilité des gestes et minimise la pénibilité).

Les groupes de travail (agents de production et maîtrise) ont favorisé la mise en relation des agents de MD et de SR, la découverte des pratiques et des langages différents entre les deux sites, la connaissance par les agents de Mac-Donald du site de la Salpêtrière et vice versa.

Le travail de groupe, en confrontant les points de vue, en montrant les contraintes du projet mais aussi les marges de manœuvre possibles, a tissé des liens et permis peu à peu, l'appropriation du projet par les participants, tout en n'alimentant pas une vision cloisonnée. Il a remis en question et en discussion les modes de gestion de la production (compte individuel) ; il a fait prendre conscience que production productivité et organisation du travail sont aussi des composantes du projet au-delà de la stricte introduction d'un nouvel outil technique.

Enfin il a également permis une expression plus affirmée des agents dans les groupes de

travail constitués dans le cadre du projet d'établissement mis en œuvre par la direction de l'établissement, et qui avaient lieu en parallèle de l'intervention et de la conduite de projet.

Tous ces éléments montrent que la conduite de projet devient un moyen de communiquer entre les acteurs des sites et en interne aux sites, mais également que la conduite de projet nécessite une communication régulière sur l'évolution du projet lui-même pour permettre une appropriation du projet et des changements qu'il génère pour les personnels concernés.

Des réserves et des questions qui restent en suspens

Il reste que les résultats du travail fourni par les uns et les autres, n'a pas toujours fait l'objet d'une diffusion large aux agents de MD. Cela aurait pu montrer l'utilité des réunions aux non participants et l'évolution du projet en fonction des besoins exprimés. L'information est essentielle pour que la transformation induite par le projet technique puisse impliquer tous les agents et faciliter ainsi l'appropriation du nouvel outil de travail.

Par ailleurs des décisions arrêtées en comité de suivi et présentées au CHS-CT, n'ont pas toujours été suivies d'effets.

Enfin un certain nombre de questions restent en suspens par rapport à une gestion de projet :

- la définition de la fonction de chef de projet dans une conduite de projet,
- la prise en charge d'une conduite de projet dans un secteur où celle ci est peu développée
- les relations à l'intérieur d'un même établissement (l'AP-HP) avec d'autres sites, notamment la structure qui passe les appels d'offres et qui n'a pas joué le jeu de la transparence avec le groupe d'évaluation technique au moment du choix du matériel, alors même que ce choix engage le SCB pour au moins 10 ans.
- des liens qui restent à construire entre l'intervention et le projet d'établissement du SCB, alors que celui-ci soulève le même type de questions,
- du positionnement des institutions représentatives du personnel,
- du positionnement de la DACT qui se définit comme un consultant à la fois externe et interne.

Conclusion

Aujourd'hui le nouveau système technique est installé à Mac-Donald, et l'équipe de la DACT suit de près cette mise en fonctionnement. Il reste maintenant à mettre en œuvre un processus d'évaluation à la fois de l'installation technique et de la démarche engagée.