

**Processus de conception d'espaces de travail :
l'évaluation de critères qualitatifs de gestion
L'expérience de deux projets en milieu hospitalier**

Marie WALLET, Ergonome, Direction des travaux
Professeur Dominique FRANCO, Chef du Service de Chirurgie
Hôpital Antoine Bécclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart Cedex
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

RESUME

L'objet de cette communication est centré sur l'expérience d'une pratique d'ergonome en coopération avec l'ensemble des acteurs concernés, en particulier les médecins, au cours du processus de conception d'espace de travail à l'hôpital. Nous voulons soumettre à débat un questionnement basé sur la réalité des modes de gestion mis en oeuvre, et les limites rencontrées dans la gestion de l'intervention face à la gestion des projets, intégrant des procédures liées aux marchés publics mais aussi institutionnelles, qui induisent par elles-mêmes des critères qui externalisent le travail et la santé, voire le projet lui-même, en phase de chantier dans une logique technique et financière prévalante (problématique coût/délais). Après avoir resitué brièvement le contexte et le cadre méthodologique de deux interventions dans le champ de la conduite de projet architecturale en milieu hospitalier, nous développons deux couples de questions, qui sont orientées par la confrontation à la réalité du devenir du premier projet (projet PMT) aujourd'hui, dont l'évaluation devrait constituer un guide pour l'action dans le futur, dont le second (projet des Urgences). A partir de ce premier niveau d'évaluation, nous interrogerons les interactions entre processus de gestion de projet et cadre de gestion hospitalier. Nous faisons le choix de garder la richesse de points de vue distincts en fonction de chaque logique.

Mots-clés : processus, gestion de projet, conception, travail hospitalier, espace de travail.

Processus de conception d'espaces de travail : l'évaluation de critères qualitatifs de gestion L'expérience de deux projets en milieu hospitalier

Marie WALLET, Ergonome, Direction des travaux
Professeur Dominique FRANCO, Chef du Service de Chirurgie
Hôpital Antoine Bécclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart Cedex
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

1 PROBLEMATIQUE

L'objet de cette communication est centré sur l'expérience d'une pratique d'ergonome en coopération avec l'ensemble des acteurs concernés, en particulier les médecins, au cours du processus de conception d'espace de travail à l'hôpital. Nous voulons soumettre à débat un questionnement basé sur la réalité des modes de gestion mis en oeuvre, et les limites rencontrées dans la gestion de l'intervention face à la gestion des projets, intégrant des procédures liées aux marchés publics mais aussi institutionnelles, qui induisent par elles-mêmes des critères qui externalisent le travail et la santé, voire le projet lui-même, en phase de chantier dans une logique technique et financière prévalante (problématique coût/délais). Après avoir resitué brièvement le contexte et le cadre méthodologique de deux interventions dans le champ de la conduite de projet architecturale en milieu hospitalier, nous développerons deux couples de questions, qui sont orientées par la confrontation à la réalité du devenir du premier projet (projet PMT) aujourd'hui, dont l'évaluation devrait constituer un guide pour l'action dans le futur, dont le second (projet des Urgences). A partir de ce premier niveau d'évaluation, nous interrogerons les interactions entre processus de gestion de projet et cadre de gestion hospitalier.

Nous faisons le choix de garder la richesse de points de vue distincts en fonction de chaque logique.

2 LE CONTEXTE DES PROJETS

2.1 PRESENTATION DES TERRAINS

Le projet PMT

Le premier terrain concerne la restructuration du Plateau Médico-Technique de la maternité (PMT) de l'hôpital Antoine Bécclère. Ce projet allie haute technicité, priorité d'humanisation et de qualité de vie pour les patients. Le travail sur le projet implique la gestion de sa complexité, car il comprend 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. L'intervention ergonomique a débuté en 1992, en phase d'enrichissement du programme technique. Aujourd'hui nous sommes en fin de chantier de réhabilitation, après livraison du nouveau bâtiment avec de multiples retards.

Dans ce contexte particulier, s'est trouvée pour nous l'opportunité de contribuer à la construction d'un nouveau cadre méthodologique, au sein du processus de conception d'espaces de travail, en intégrant la dimension de l'interaction entre organisation de l'espace et organisation du travail (du projet médical à l'exploitation, en terme d'orientation d'activités et d'équipements).

Le projet Urgences

Le second terrain concerne la restructuration du service des Urgences générales de ce même hôpital. Ce projet plus modeste a démarré en 1996 et l'intervention est en cours. Là encore, le défi à relever est complexe, puisque concrètement, il s'agit 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 implique le transfert d'un ou plusieurs secteurs mitoyens des urgences actuelles, relogé dans une partie construite, le tout dans un contexte budgétaire et de productivité de structure de plus en plus contraint et strict.

Cette intervention marque, pour l'ergonome, l'évolution d'un point de vue qui nous permet de discuter le cadre méthodologique mis en place précédemment. Sa contribution dès la définition de la faisabilité du projet, a permis d'intégrer les dimensions du travail dès le début du processus de programmation.

2.2 REPERES METHODOLOGIQUES

Si l'on s'arrête un instant pour situer quelques repères concrets de ces deux interventions, il revient à la charge de l'ergonome de faire état du point de vue méthodologique et sa chronologie dans le projet, à la charge du médecin d'y confronter les enjeux liés au projet médical et l'évaluation du devenir du projet dans l'usage. Nous n'explicitons qu'un seul point par projet, celui qui est le plus pertinent de notre point de vue dans une mise en perspective des questions soulevées, au regard du "comment" nous nous y sommes pris sur le terrain dans une dynamique réelle.

En ce qui concerne le projet PMT, au cours de la phase APS-APD, on remarque pour la première fois dans les modes de gestion institutionnels, l'intégration des ergonomes au montage du dossier pour la conférence stratégique de l'hôpital. Les enjeux liés à la négociation des emplois ont été pointés à partir de trois hypothèses de chiffrage construites par la direction que nous avons argumenté du point de vue du travail réel, en termes de risques¹ 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 nécessaires à l'exploitation de cette nouvelle structure.

¹ conséquences allant jusqu'au risque face à la variabilité des situations qui impliquent les patients et les personnels, du chef de service au brancardier.

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 un projet médical et à un projet d'organisation. Ces deux dimensions de projet doivent être structurées transversalement, et traduites par une mise en espace possible et réaliste, à l'inverse d'un processus de conception où l'espace devient "organisateur du travail".

En ce qui concerne le projet des Urgences, un élément particulièrement marquant a été l'élaboration du programme qui intègre une description détaillée du travail aux Urgences, incluant explicitement une rationalité subjective. L'idée force que nous avons voulu transmettre est la réalité du 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. Il paraît important de souligner que 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, nous avons construit de nouvelles règles méthodologiques, que nous avons consolidées et enrichies dans celle des Urgences.

Notre 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 -du chef de service au brancardier- 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.

Ces axes constituent un apport méthodologique, non "stabilisé" en temps réel, puisqu'il s'agit d'inventer un nouveau cadre pour instruire le travail futur, "réalisé" en interaction avec un certain nombre d'acteurs dont l'engagement dans le projet est essentiel.

En temps réel, il n'était pas question de considérer l'apport de l'intervention en terme de nouveaux outils de gestion de projet, encore moins de critères ou de cadre dans le processus de gestion hospitalier. Nous y reviendrons dans la partie discussion pour montrer en quoi, dans l'après-coup, les ergonomes interrogent le statut de cet apport, au vu d'un premier niveau d'évaluation.

3 ANALYSE DES "RESULTATS" : QUESTIONS ET LIMITES

Venons-en maintenant aux 2 couples de questions que nous voudrions soumettre à débat. Le premier met en interaction la question du suivi de chantier avec celle de l'évaluation du chemin et des résultats de l'intervention parfois devenus invisibles.

3.1 SUIVI DE CHANTIER ET PROCESSUS D'EVALUATION

Le suivi de chantier fait-il partie intégrante du projet et de l'intervention ? Pour certains acteurs du projet dont les utilisateurs et les ergonomes, théoriquement oui, mais dans la réalité :

- les procédures mettent les utilisateurs à l'écart
- le cadre méthodologique est inexistant ou flou
- l'arbitraire de certaines décisions met en cause les acquis du projet

Le constat que l'on peut faire aujourd'hui sur cette question est critique au regard du chantier PMT. La confrontation au réel par la construction de ce nouveau bâti nous a fait prendre conscience que rien n'est acquis en phase projet et que le chantier représente un enjeu de validité du travail fait en amont par la concrétisation possible des scénarios construits. En effet, chacun va se trouver en décalage entre sa propre représentation d'un espace géométrique et la réalité d'une forme qui prend corps peu à peu ; cette confrontation au réel existe pour chacun des acteurs :

- quand l'architecte va décider certains ajustements techniques ou esthétiques
- quand les entreprises vont envisager des modifications en fonction du terrain
- quand les équipes réalisent qu'un local sera finalement trop petit ou incompatible avec l'évolution d'un usage, que telle situation a été oubliée et doit être prise en compte.

Si la question du suivi du chantier est aujourd'hui l'occasion de multiples débats entre praticiens-chercheurs, et apparaît un enjeu majeur pour préserver la cohérence du travail fait en amont, la structure méthodologique qui le permet et sa négociation dans l'intervention ne vont pas de soi dans les procédures en vigueur

A l'AP-HP, le suivi des projets concentrés, c'est à dire pilotés par le Siège au delà d'un certain coût, est cloisonné en fonction des étapes ; c'est ainsi que le conducteur d'opération actuel qui coordonne le chantier est le troisième depuis le début du projet ; il n'a pas vécu les étapes en amont. Aucune structure ne cadre les relations avec l'hôpital qui sont donc soumises à l'évaluation en temps réel que chacun fait de l'importance ou non de débattre d'une question, le plus souvent dans l'urgence.

Cette structure méthodologique est à construire et à négocier, car si le comité de pilotage créé à l'initiative du directeur de l'hôpital, a permis de pointer un certain nombre de problèmes et d'en régler quelques uns, son statut n'a pas acquis de légitimité vis-à-vis du chantier en situation de crise. Par ailleurs la question du temps que prend cette immersion ne doit pas être occultée et il n'est pas possible de gérer à temps masqué ou ponctuellement ces contraintes en restant pertinent.

Quelle doit être la place des utilisateurs et de l'ergonome dans ce cadre ? La question reste à construire, mais nous voudrions mettre en avant le fait qu'ils ont catalysé un certain nombre d'interactions en phase projet, qu'ils sont porteurs d'une part importante de la mémoire des étapes antérieures, dans l'explicitation de l'histoire de certains compromis, face à ce qui est ressenti comme parfois arbitraire, de certaines décisions prises sur le chantier sans concertation.

Ces étapes du chemin ont quelque chose à voir avec un certain nombre de traces que la nouvelle structure va intégrer ; quelles sont celles d'un premier niveau d'évaluation quand certains "résultats" sont parfois devenus invisibles ? Autrement dit, la disparition de ce qui a été réglé dans la partie immergée de l'iceberg, rend d'autant plus difficile la mise en place d'un processus d'évaluation.

Une première évaluation du chemin : le visible et l'invisible

- Dans la temporalité d'un "projet en devenir", une interaction se structure entre ce nouvel espace tel qu'il est prévu et l'usage de ceux qui le pratiqueront, comment ils l'habiteront réellement. Le processus de conception se poursuit donc dans l'usage, en fonction du sens que chacun attribuera à l'espace. Si personne ne peut prédire les formes que prendra cette rencontre entre espace, usage et sens, l'action ergonomique doit intégrer la dimension de cette potentialité, pour que les agents puissent l'habiter autrement.
- Cette dimension si elle est travaillée dans l'intervention, n'est pas forcément visible pour le consultant externe quand il s'en va à la fin de son contrat avant le début du chantier. Le statut d'ergonome interne implique le choix de cette confrontation comme une composante de son activité.

Or le chantier est un point particulièrement critique du chemin où chacun est confronté à la réalité de ce qui n'a pu être pris en compte, de ce qui a été oublié, des problèmes qui apparaissent liés à des modifications techniques ou financières. Comme si à cette étape tout ce qui avait pu être évité en termes d'incohérences, de dysfonctionnements spatiaux, organisationnels ou techniques était "gommé" pour ne laisser visible que le pourcentage de ce qui ne va pas. Cela est d'autant plus difficile à gérer avec les équipes qu'ils vivent au quotidien ce décalage entre leur niveau d'implication dans le projet et leur mise à l'écart du chantier.

- Enfin nous voudrions insister sur la notion de ce qui fait sens à l'épreuve du temps : dans les discussions actuelles sur l'organisation du travail en lien avec l'organisation de l'espace, il est surprenant de voir certains acteurs poser comme certitude ce qui a fait l'objet de semaines de négociations après ou revenir sur des choix qui semblaient simples en temps réel. Et à plusieurs reprises, en reprenant les traces écrites de certaines réunions, nous avons fait le constat que chacun s'était construit une autre représentation de la réalité au cours du temps ; comme si le sens étant rétroactif, ne laissait pas de traces, effaçait le chemin, nous faisant relire l'histoire autrement.

Ce point nous servira de transition pour aborder le second couple de questions annoncé quand différentes temporalités s'entrecroisent mettant en cause le lien qui nous semble irréductible entre le contenant et le contenu de l'intervention, autrement dit entre le cadre méthodologique et les interactions qui se construisent entre les acteurs du projet.

3.2 DES INTERACTIONS INCONTOURNABLES

Des temporalités en interaction

L'«espace-temps» ergonomique que nous avons investi grâce à l'opportunité dans un premier temps du «retard» du projet, nous a permis d'initier une dynamique dont les effets peuvent être évalués selon plusieurs registres :

- celui du projet, quand l'ergonomie élargit les critères à la prise en compte du travail ;
- celui des acteurs, par l'apprentissage d'un possible «travailler ensemble» autour d'un objet commun, la structuration d'un collectif et la conquête d'une légitimité sociale ;
- celui du sens, quand le décalage des points de vue autorise la reconnaissance de chacun.

Mais cette construction singulière est portée par des acteurs.

Or depuis un an, pratiquement l'ensemble de l'équipe de direction de l'hôpital a changé, cinq personnes dont le directeur qui étaient là depuis le début du projet PMT sont parties, ce qui est aujourd'hui pour chacun facteur de déstabilisation.

En effet, les interactions qui s'étaient construites avec les anciens ne sont pas restées dans les dossiers à destination des nouveaux, d'autant plus que le changement de personnes a coïncidé avec le changement de certaines situations, accumulant la remise en cause de certains acquis, les multiples retards et les problèmes à régler.

Ce constat de notre point de vue pose la question non résolue de ce qu'il faudrait transmettre comme traces pour qu'un acteur nouveau puisse s'approprier ce qui s'est joué dans l'intervention.

Ce qui suppose que chacun, anciens qui ont la mémoire du chemin passé et nouveaux dont le regard extérieur est riche, acceptent une réciprocité dans le questionnement et la confrontation des points de vue, non comme une remise en cause critique du travail fait, mais bien comme une recherche compréhensive pour accéder à cette construction singulière, et construire de nouvelles interactions pour optimiser la gestion des projets.

Mais cette question passe irréductiblement par le temps nécessaire pour établir une relation de confiance qui permette à chacun de comprendre ce qui s'est fait avant, pour entrer dans le projet avant de prendre de nouvelles décisions pertinentes.

Et si la fonction n'autorise pas le savoir en soi, l'enjeu n'est pas le même pour tous, quand il n'est pas toujours possible d'attendre pour comprendre, face à certains arbitrages nécessaires dans l'immédiat.

Dans cette situation, l'ergonome s'engage dans un lien qu'il marque entre les acteurs et la structure, qui interroge l'interaction entre le contenant et le contenu de l'intervention.

• *Un lien irréductible contenant-contenu*

"Si on peut faire sans les personnes, on n'agit pas sans les sujets et cela prend du temps".

L'élaboration d'un nouveau cadre méthodologique pour accompagner les projets architecturaux à l'hôpital a favorisé l'évolution de certaines procédures institutionnelles. Dans un premier temps, il était nécessaire d'en individualiser la part instrumentale pour comprendre les jalons qui ont orienté ces interventions en distinguant la part liée à un positionnement et à une structure, de ce qui relève de l'intégration de nouveaux outils dans le processus ; la négociation d'un positionnement méthodologique étant de notre point de vue l'enjeu de l'intégration d'un contenu.

Mais ce cadre est à la fois le socle et le tremplin d'une construction singulière avec les acteurs du projet. En effet, si son prescrit est indispensable à la cohérence de l'intervention, son apport n'a de sens qu'en lien avec les interactions entre les différents acteurs du projet.

Autrement dit :

- l'ergonomie propose un cadre ;

- l'ergonome le met en oeuvre par les espaces de débat qu'il crée autour d'un objet commun ;

- les interactions qui se créent entre les acteurs non seulement font exister ce cadre mais le transforment en le reconstruisant autrement à l'épreuve du réel.

Ce qui signifie que, si la structure est nécessaire, elle n'existe que par ceux qui la font vivre dans l'intervention, ce qui constitue peut-être là une différence de fond entre l'expertise et l'intervention.

Et si l'ergonome a acquis une compétence dans la mise en visibilité du travail, l'analyse de l'activité ne suffit pas pour être pertinent. Ceci sous-tend alors que l'analyse du travail n'est pas un but mais bien un moyen de se construire un point de vue interprétatif sur la situation en fonction de sa place de décideur, de concepteur, d'ergonome, d'utilisateur.

Ces questions réfèrent à une situation ordinaire d'intervention et en même temps exemplaire, en ce qu'elle a permis d'interroger un cadre, de travailler la dimension sociale de l'intervention au travers de l'organisation du travail à l'hôpital et de mettre en synergie des points de vue grâce à l'opportunité d'une rencontre entre architecture, hôpital et ergonomie. Et si ces deux interventions éclairent la pratique sur un certain nombre de points concrets du cadre méthodologique construit, ils questionnent aussi d'une part, la place incontournable des médecins dans le processus de conception des espaces de travail, plus précisément dans l'interaction projet médical - organisation du travail - organisation de l'espace, et d'autre part, la pratique de l'ergonome dans l'intervention, la place de sa propre subjectivité, sa contribution à une élaboration collective sur les questions du travail.

3.3 PERSPECTIVES DE DISCUSSION

Nous venons de développer un certain nombre d'éléments autour du processus de gestion de projet qui ouvrent de notre point de vue sur de nouvelles perspectives dans le cadre du thème "Critères de gestion des entreprises" : interroger les différents niveaux de performance visés dans le projet, suppose la caractérisation de ces niveaux pour construire des critères de gestion pertinents.

On² part d'une problématique coûts-délais qui fixe le cadre d'un engagement contractuel entre la Maîtrise d'Ouvrage et la Maîtrise d'Oeuvre. On veut atteindre un objectif de qualité de service. On passe par différents moments dans le projet qui correspondent à différents espaces de jeu.

Le constat que nous venons de faire sur le suivi du projet-chantier interroge les marges de manoeuvre dans le processus de gestion de projet par rapport au processus de gestion institutionnel.

La gestion de projet devient un lieu de rapport au temps où le projet hérite lui-même d'un objectif de gestion, de réduction du couple coût-délais.

L'intervention dans le projet gère alors une tension entre le déséquilibre des phases (ce qui se joue selon les phases ne porte pas les mêmes enjeux) et la reconstruction d'un cadre de gestion de projet qui interroge le contenu même du processus de gestion hospitalier.

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. Autrement dit, 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

² Ce "on" qualifie tour à tour un ensemble d'acteurs, indéfinis les uns pour les autres, stratégiques, décideurs, techniques, experts..., intervenant dans des logiques cloisonnées plus ou moins hermétiquement.

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.

Dans ce sens, on peut également se demander quelle est la compatibilité entre processus de gestion de projet et processus de gestion, ou tout du moins quand et où se joue la rencontre possible entre ces deux logiques. S'il est relativement acquis que la participation des utilisateurs est nécessaire à l'élaboration du projet, comment peut-on analyser leur mise à l'écart en amont "*il s'agit de négociations stratégiques*" et en aval "*il s'agit d'une gestion technique*" quand justement ce sont ces ruptures qui mettent en risque la cohérence du processus.

4 CONCLUSIONS

Nous avons débattu d'une expérience collective, avec ses richesses et ses limites, d'une pratique d'intervention à l'hôpital et d'un positionnement qui engage chacun face aux critères de gestion en vigueur, dans une distance critique qui doit se structurer en force de proposition.

- Nous avons mis en circulation un certain nombre de questions et de points de vue, en ce qu'ils ont orienté la prise en compte du travail dans un processus de conception d'espace, et ce à partir d'une modeste expérience. Les questions abordées comportent des limites et des manques, dont nous faisons le constat critique ; cependant elles constituent une base de travail que chacun contribue à nourrir par sa pratique d'intervenant.

- Si ce travail s'est nourri de la référence à un cadre théorique et conceptuel, il existe grâce à la contribution spécifique des acteurs d'une histoire, histoire qui s'est construite sur la base de valeurs partagées, dans le respect de la position de chacun, dans une écoute compréhensive réciproque.

- Les interactions qui se sont créées ont transformé les représentations de chacun mais aussi le rapport de chacun à sa propre situation : pour les équipes en collectif de travail, pour le directeur face à certains arbitrages, pour l'architecte quand il accède au sens du projet, pour l'ergonome quand il se laisse travailler par le réel, chacun ayant conquis sa place au sein d'un nouveau collectif dans l'intervention.

Il nous semble qu'il s'agit là peut-être d'un enjeu de l'intervention dans sa dimension politique, dans l'occasion mais aussi le risque de la rencontre de l'autre, dans la mise en délibération de points de vues différents, pour construire ensemble "un projet en devenir".

En confrontant la structuration des différents niveaux de décision-gestion, l'intervention contribue à identifier les liens entre moyens du travail, orientations stratégiques, politiques et enjeux de santé publique, et à investir leurs espaces de jeu. Plutôt que de chercher à régler les problèmes, l'intervention montre alors comment les processus de gestion s'affrontent aux processus d'action ; elle contribue ainsi à "éclairer l'affrontement" nécessaire pour en gérer la tension.

Nous avons pris le parti —dans le contexte institutionnel— de rentrer dans les projet du point de vue de leur organisation. Si réfléchir et débattre du processus de gestion de projet peut justifier de se situer dans le thème "Critères de gestion des entreprises", nous voudrions initier quelques perspectives au delà :

- le projet hérite d'exigences de gestion dans le temps que le projet a pour lui-même, ce qui induit la mise sous tutelle des concepteurs, la taylorisation de l'action de concevoir, ...

- le projet imagine une organisation pour d'autres, dans un processus de gestion de projet soumis à un cadre économique contraint à réduire le couple coûts/délais, et dans un fonctionnement orienté vers une relation de service qui mobilise une autre dimension du temps ; elle se heurte alors à la temporalité du projet.

- la gestion doit se positionner face à l'alternative, imiter le modèle industriel et/ou faire face à la pression du "malade" dans une relation de service, qui s'oppose à la logique de conduite de projet.

Référer à un laboratoire d'innovation (cf. gestion de projet) dans l'industrie, c'est peut-être référer à un laboratoire de la complexité (cf. processus de gestion) en santé publique qui organise le débat politique entre projet et gestion, du point de vue de la structure et de ses

acteurs, qui intéresse alors l'ergonomie et la structure. 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.

Au delà de la particularité d'un milieu d'intervention et derrière les questions qu'il pose, c'est l'évolution même du cadre du processus de gestion qui pourra peut-être éclairer autrement l'intervention dans d'autres milieux, en particulier industriel.

REPERES BIBLIOGRAPHIQUES

Cette communication est le fruit d'une réflexion collective dans laquelle nous tenons à saluer la contribution de François Hubault pour la part essentielle qui lui revient.

Performances humaines et techniques, (1996). Dossier L'ergonomie à l'hôpital n° 85

Séminaire DESUP/DESS Paris 1, (1999). Contributions sur la problématique des services, in Performances humaines et techniques, n° hors série septembre 99 (à paraître)

Hubault, F. (1999). *Engagement du travail et engagement dans le travail : les enjeux de la mesure de la productivité du travail*. Séminaire DESUP/DESS Paris 1, in Performances humaines et techniques, n° hors série septembre 99 (à paraître)

Wallet, M. (1997). *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*. Mémoire d'ergonome CNAM (3° cycle)