

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

Rattachement : table ronde sur la conduite de projet animée par François Hubault.

Communication et conduite de projet en hôpital : le double enjeu

Les communications sont des moyens pour communiquer. Communiquer ce n'est pas transporter des informations, c'est mettre quelque chose en commun¹. 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 préoccupations, 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 travaux² 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 réalisation³.

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.

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,

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 prégnance⁴. 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 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 concurrence⁵. 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.

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.

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

Enjeux

L'enjeu, en effet, n'est pas de respecter des frontières artificielles (qu'on veuille bien excuser le pléonasme !), 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 vait 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.

Le projet à conduire n'est en aucun cas le bâtiment à construire ou à aménager⁶. 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

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

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.

Etudes 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 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 « lits » 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.

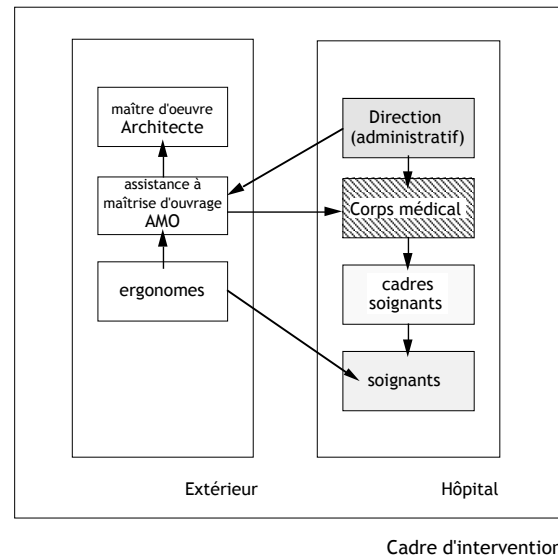
L'intervention d'ergonomie fait suite à la demande des représentants du personnel qui craignent que les besoins du personnel soignant ne soient pas pris en considération dans l'expression des besoins.

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 :

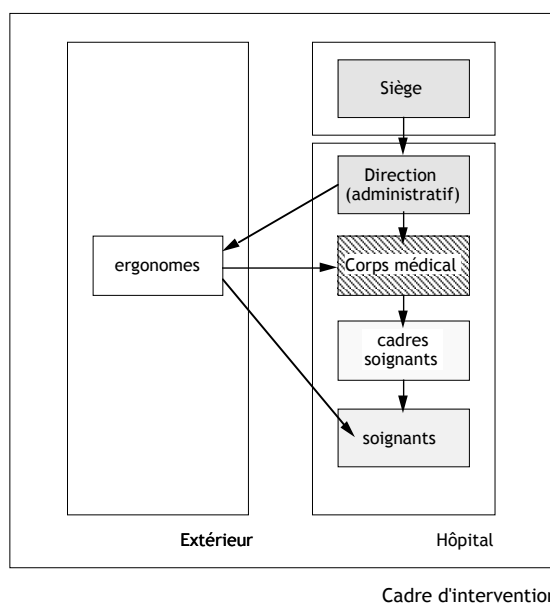
- la réalisation d'observations continues et systématiques du travail dans les services, entre les services et dans l'hôpital,
- la création de groupes de travail homogène par spécialité et par métier (agents hospitaliers, aides-soignants, infirmiers, infirmiers panseurs, infirmiers anesthésistes, cadres 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.

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.