

ensemble
modernisons l'hôpital



Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières



**Ministère de la Santé
et des Solidarités**

Préface

Les établissements de santé français ne peuvent aujourd'hui se restructurer que dans le cadre d'une triple problématique : répondre aux besoins de santé dans un territoire donné, répondre aux exigences de sécurité et de qualité, s'adapter aux contraintes liées à la raréfaction des moyens humains et financiers.

La modernisation des établissements se traduit par des reconstructions totales ou partielles, dans un contexte de regroupements de moyens, de stratégies d'alliances internes ou externes, de recomposition du paysage hospitalier prenant en compte l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales existantes.

Cette nouvelle approche conduit les décideurs des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés à établir leur projet d'établissement sur la base d'une stratégie globale.

Dans ce contexte, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a souhaité l'élaboration d'un ouvrage sur les « nouvelles organisations et architectures hospitalières ». Celui-ci a été réalisé par un groupe de travail multidisciplinaire avec le concours de treize hôpitaux offrant une vaste palette des problématiques susceptibles de se présenter.

Capitaliser les retours d'expériences des établissements qui ont un recul de fonctionnement et de ceux qui conduisent actuellement des projets de réorganisation et de construction, à des stades différents, a permis de dégager les éléments de réflexion essentiels qui doivent permettre au maître d'ouvrage de prendre des décisions éclairées.

Une partie de ce document est consacrée à l'organisation « en pôles » : pôles de santé et pôles d'activité dont l'émergence est facilitée par les projets architecturaux. Les thématiques traitées dans cet ouvrage sont illustrées par des exemples significatifs des établissements de l'étude.

Si cet ouvrage n'a pas l'ambition de donner des modèles qui paraîtraient figés, il doit pouvoir apporter quelques réponses étayées aux multiples questions que se posent les décideurs et les professionnels confrontés aux réorganisations et aux constructions des établissements de santé.

Cet ouvrage a été réalisé sous la coordination de Chantal Maës, Chargée de Mission, Directrice d'hôpital (DHOS/E4) avec l'aide des membres d'un comité restreint : M. Beauvais, V. Carrat, D. Hotte, Dr G. Képénékian, JF Lefebvre, F. Pouilly, et grâce à la participation soutenue aux travaux des membres du groupe de travail, des experts externes, des architectes et des stagiaires listés ci-dessous.

représentants des établissements de santé

Louis Omnes, Directeur Exécutif AP-HP
 Chef de projet de l'HEGP
 Monique Ricomes, Directrice
 Serge Verdier, Directeur des investissements

Hôpital Européen Georges Pompidou
 (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris)

Dominique Montégu, Directrice
 Dr Georges Képénékian, Médecin Chef de projet

Hôpital Saint Joseph Saint Luc
 PSPH – Lyon

Patrice Barberousse, Directeur
 Franck Druenes, Ingénieur, Directeur des travaux

Centre Hospitalier Pierre Bérégovoy
 de Nevers

Jean-Jacques Monteil, Directeur Général
 Dr Valérie Carrat, Directrice Adjointe

Institut Mutualiste Montsouris
 PSPH – Paris

Monique Messina, Directrice
 Docteur Denis Hovasse, Président

Hôpital Privé d'Antony (92)
 (Groupe Générale de Santé)

Philippe Choupin, Directeur
 Marie-Hélène Malry, Directrice

Nouvelles Cliniques Nantaises
 Centre Catherine de Sienne

Jean-François Cros, Directeur Adjoint, Chef de projet

Centre Hospitalier d'Arras

Denis Guirand, Directeur
 Odile Bertrand, Directrice Adjointe

Centre Hospitalier de Saintes

Jean-Jacques Romatet, Directeur Général
 Jean-François Lefebvre, Directeur Adjoint, Chef de Projet

Centre Hospitalier Universitaire
 de Nice

Franck Pouilly; Directeur Adjoint, Chef de Projet

Centre Hospitalier Intercommunal
 de Toulon- La Seyne sur mer

Georges Dugleux, Directeur Général
 Philippe Pucheu, Secrétaire Général

Groupe Diaconesses Croix Saint Simon
 PSPH – Paris

Didier Hotte, Directeur
 Dr Nicolas Sellier, Président du CCM
 Serge Bernard, Directeur
 Christian Bert-Erboul, Directeur Adjoint
 Pascale Collet, Directrice Adjointe

Hôpital Jean Verdier à Bondy (93)
 (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris)

Centre Hospitalier d'Annecy

experts et membres institutionnels

Jean-Marie Paulot
 Jean-Marie Couëdic

Directeur de l'ARH Nord-Pas de Calais
 Chargé de Mission investissements

Michel Beauvais, Architecte	Agence Michel Beauvais
Jean-Yves Delanoé, Directeur	Centre Hospitalier de Lagny Marne la Vallée
Dr Catherine Sauvagnac, Médecin, Docteur en Ergonomie	Direction de la Politique Médicale Assistance Publique- Hôpitaux de Paris
Catherine Dubois-Fresney, Directrice de Soins	Hôpital Trousseau à Paris 12 ^e Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Martine Decouvelaere, Ingénieur Biomédical	Présidente de l'Association Française des Ingénieurs Biomédicaux
Didier Pinaudeau, Ingénieur Biomédical	Hospices Civils de Lyon
Pierre Savin, Chargé de Mission	Mission Nationale d'Appui à l'investissements (Mainh)
Elisabeth Beau, Directrice Abdi Fatnassi, Chargé d'études	Mission d'Expertise et d'Audit hospitalier (Meah)
Pierre Martinez, Consultant	Centre National d'Expertise Hospitalière (CNEH)
Clotilde de Saint-Germain, Architecte-Ingénieur	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins -. Bureau E4
Claude Rolland, chef du bureau E4	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, sous direction E,

Témoins et experts externes

Mmes Mselati et Thieffry (cadres supérieurs infirmiers, HEGP), Francis Gompel et Pascal Pouligny (Sté Hospiconseil), François Bisch (Président de la Commission Logistique Hospitalière, CHU de Dijon)

Architectes des établissements de santé

Didier Manhes.....	Agence Manhes	Hôpital St Joseph St Luc
Samir Farah.....	Aart International	CH de Nevers
Nicolas Felix Faure...	Groupe 6	CH d'Arras
Michel Beauvais.....	Agence Michel Beauvais	CH de Saintes
Marc Warnery.....	Reichen-Robert	Hôpital Pasteur de Nice
Agnès Taponier.....	Reichen-Robert	CH d'Annecy
Olivier Contré.....	Brunet-Saunier	CHI de Toulon
Aymeric Zublena.....	scau-architectes	Hôpital Georges Pompidou
Vincent Drolet.....	A. Fainsilber associés	Institut Mutualiste Montsouris
Bruno Follin,	A.I.A.	Nouvelles Cliniques Nantaises
EmmanuelleViguiier	A.I.A	Centre Catherine de Sienne
François Gachet	Agence Gachet	Hôpital Privé d'Antony

stagiaires

Pierre Peres, maîtrise de droit public; Arnaud Deloffre, Institut Régional d'Administration ;
Astrid Le Vern, Institut d'Etude Politique de Lyon; Clément Thomas-Brebou, Bruno Thiriet, Ecole
d'architecture de Paris-La Villette

SOMMAIRE

PREFACE	1
LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN FRANCE	6
L'évolution de l'hôpital et de son architecture : brefs rappels historiques.	7
L'évolution des technologies médicales et des modalités de prise en charge dans les établissements de santé : constat et perspectives.	8
La réalité des statuts juridiques : écarts entre les modes de fonctionnement des établissements publics et privés.	9
Représentation quantitative et qualitative des différentes catégories d'établissements de santé	12
La réforme de l'organisation interne de l'hôpital.	15
ELEMENTS DE STRATEGIE A PRENDRE EN COMPTE DANS L'ELABORATION D'UN PROJET DE CONSTRUCTION OU DE MODERNISATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE	18
La stratégie globale	19
La prise en compte des priorités nationales et régionales	19
La prise en compte du contexte local	22
Le plan de financement des investissements	26
La validation par les instances et les tutelles	27
L'importance d'une conduite de projet adaptée	28
La stratégie d'organisation par pôles	34
Principes généraux d'organisation par pôles d'activité au sein de l'établissement de santé	34
Démarche et logiques de regroupement par pôles d'activité	35
Le cadrage général	35
Les logiques de regroupement	37
La stratégie et la phase de programmation : quelques réflexions autour de la démarche globale d'un programme	42
Du projet d'établissement au projet architectural	42
La maîtrise d'ouvrage	42
Le programme	43
Les différents regroupements possibles : exemples issus des établissements du groupe de travail	50
Les regroupements par discipline	51
Les regroupements par type de population	55
Les regroupements par organes et spécialités	56
Les regroupements par mode de prise en charge	60
La logique de prise en charge par flux	64
LES REPONSES FONCTIONNELLES ET ARCHITECTURALES AUX NOUVELLES ORGANISATIONS	65
Quels établissements de santé aujourd'hui ?	66
Présentation des treize établissements de santé étudiés	69
L'échantillon des établissements de l'étude et la méthodologie utilisée	70
Charte graphique	71
Présentation synoptique des 12 établissements (hors Jean Verdier)	72
Processus des opérations de construction	76
Fiches signalétiques	
Institut Mutualiste Montsouris	77
Hôpital Européen Georges Pompidou	80

Hôpital Saint Joseph Saint Luc	83
Centre Hospitalier Pierre Bérégovoy de Nevers	86
Hôpital Privé d'Antony	89
Les Nouvelles Cliniques Nantaises et le Centre Catherine de Sienne	92
Centre Hospitalier d'Arras	95
Centre Hospitalier de la Région d'Annecy	98
Centre Hospitalier de Saintes	101
Hôpital Sainte Musse du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon	104
Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon	107
Hôpital Pasteur du Centre Hospitalier Universitaire de Nice	110
Hôpital Jean Verdier à Bondy (AP-HP)	113
LES FONDAMENTAUX A PRENDRE EN COMPTE DANS LES PROJETS ARCHITECTURAUX	116
L'étude des flux dans un projet hospitalier	117
L'organisation des flux dans les projets architecturaux : deux exemples concrets	121
La flexibilité, l'extensibilité et la modularité	129
L'intégration de l'établissement dans son environnement	134
L'étude des coûts d'investissement et de fonctionnement dans un projet de construction d'un établissement de santé	143
La prise en compte de l'ergonomie et des conditions de travail dans un projet de construction ou d'aménagement des locaux	145
La gestion des risques dans les établissements de santé	146
LE PLATEAU MEDICO-TECHNIQUE	147
Les urgences	148
L'imagerie médicale	154
Les laboratoires de biologie médicale	159
Les blocs opératoires	164
La chirurgie ambulatoire	175
Les consultations programmées	181
LA LOGISTIQUE MEDICALE	187
La pharmacie à usage intérieur	188
La stérilisation	195
LES POLES D'HEBERGEMENT ET DE SPECIALITE	206
L'hébergement	207
Le pôle mère enfant	223
L'AUTOMATISATION DES TRANSPORTS	229
Les transports automatisés	230
La manutention automatique lourde ou tortue	231
La manutention automatique légère ou valise	232
Les pneumatiques	233
CONSTATS ET PERSPECTIVES	235
Constats	
Les exigences du programme : rigueur, efficacité, souplesse, flexibilité	238
La réponse architecturale aux exigences de la nouvelle organisation	239
Le meilleur projet existe-t-il ?	242
Perspectives	
La construction du projet idéal est-elle réaliste	243

LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN FRANCE

L'évolution de l'hôpital et de son architecture : brefs rappels historiques

L'origine historique des hôpitaux en France (et en Europe) prend ses racines dans l'histoire religieuse de notre société. Les premiers lieux d'accueil des malades furent, en effet, au Moyen Age, les Hôtels Dieu situés à proximité des églises et des congrégations religieuses dont les membres se consacrent aux soins aux malades. Il existait par ailleurs une volonté de mise à distance du cœur de ville d'une population sans ressources que l'on isolait dans des établissements adaptés à leur situation sociale ou à leurs maladies (les incurables, les victimes d'épidémies, les pauvres honteux...). La population hospitalière étant d'origine modeste, la notion de charité prévalait sur celle de droit aux soins.

Les accès et les circulations étaient conçus dans un souci de surveillance. Selon un concept architectural qui a perduré longtemps, un mur élevé entourait l'hôpital auquel on ne pouvait accéder que par une seule porte, c'est pourquoi, jusque dans les années 1960, il fallait attendre l'heure des visites dans la rue.

A l'intérieur des murs, le plan général est souvent organisé en croix autour d'une chapelle elle-même organisée en chapelles secondaires autour de l'hôtel central afin d'assurer une séparation des différentes catégories de malades. Des communications étaient parfois établies entre les différentes « divisions » par des galeries ou des souterrains.

S'agissant de leur gestion, un point clé mérite d'être rappelé dans l'histoire des hôpitaux : c'est la décision prise par Louis XIV de charger les villes de la gestion de leurs hôpitaux. Il faut dire que leur situation était devenue très difficile, le nombre de mendiants et surtout d'orphelins ayant cru dans des proportions très importantes. C'est de cette époque (1662) que date l'intérêt que portent les conseils municipaux aux hôpitaux de leur territoire.

Cette décision a été complétée d'abord par le Directoire, par la loi du 7 octobre 1796, puis par Napoléon Bonaparte qui a tenté de rétablir la situation des "hospices civils" devenue catastrophique après la révolution de 1789. Les biens confisqués à de nombreux établissements charitables leur fut restitués. De plus, certains établissements particuliers accueillant des aveugles, des sourds ou muets furent classés établissements nationaux. Enfin ce sont les municipalités qui prirent en charge la surveillance des hospices civils de leur circonscription. Les hôpitaux généraux, de tailles très diverses, au nombre de 2500 étaient la plupart du temps de petits hôpitaux hospices de faible capacité, où se côtoyaient les enfants abandonnés, les malades, les vieillards, les mendiants, les aliénés et les filles de « mauvaise vie ».

Le développement de l'hygiène pasteurienne de la fin du XIXe au début du XXe siècle et le développement des spécialisations médicales ont conduit à des constructions isolées, de type pavillonnaire s'étendant sur des surfaces importantes. A cette même période des sociétés de secours mutuel ont été créées pour répondre aux nouveaux problèmes apportés par le développement industriel et des établissements de santé privés sont apparus pour combler les lacunes laissées par les établissements publics repliés sur le territoire communal et se chargeant essentiellement de l'indigence.

Peu à peu les hôpitaux publics se sont ouverts à toutes les couches de la population surtout après la Deuxième Guerre mondiale, pour devenir progressivement de véritables centres de hautes technologies médicales.

Dans les années 1930-1950 apparaissent des hôpitaux blocs permettant une concentration des moyens et des facilités de communication et de circulation. Les nouvelles tendances à l'humanisation dans les années 1970 conduisent à édifier des établissements plus petits, à taille humaine, plus facile à gérer,

autour de 500 lits. C'est également à cette période que l'hôpital public acquiert la personnalité morale et l'autonomie financière et qu'il n'est plus rattaché que territorialement à la collectivité locale.

Cette lente évolution du rôle des hôpitaux et des populations prises en charge explique les grandes modifications dans l'organisation, la structure et dans la conception architecturale des établissements de santé.

C'est dans ce contexte d'établissements issus des différentes époques, dont l'architecture est plus ou moins bien adaptée aux exigences de confort et de sécurité actuelles, que la recomposition de l'offre de soins doit être organisée. C'est notamment un des objectifs de la relance des investissements du « Plan Hôpital 2007 » qui doit permettre par des restructurations de bâtiments anciens et inadaptés, de moderniser et de construire de nouveaux établissements de santé.

L'évolution des technologies médicales et des modalités de prise en charge dans les établissements de santé : constat et perspectives

La médecine moderne a connu de formidables évolutions notamment grâce aux progrès de la recherche et aux innovations technologiques. Les modes de prises en charges des patients ont également été modifiés, tant dans la forme que dans la durée de l'hospitalisation.

Les évolutions techniques

Les progrès de la médecine ont permis au cours du siècle dernier d'éradiquer ou de soigner un grand nombre de maladies graves, mais de nouvelles maladies apparaissent issues de la mutation des éléments pathogènes, devenus plus résistants, des changements de comportements et de l'apparition des risques de la vie moderne.

Les avancées les plus prometteuses de la médecine d'aujourd'hui s'observent dans les domaines de la génétique et de la biologie moléculaire ou biotechnologie. La génétique, grâce au séquençage progressif du génome humain, doit permettre non seulement de soigner mais aussi de mettre en œuvre une véritable politique de prévention issue de la possibilité de cibler les porteurs de risque. Ces innovations permettent de cultiver des souches d'organes vivants pouvant remplacer des organes malades.

Les évolutions technologiques ont révolutionné la médecine notamment en matière d'information, de télématique et d'imagerie. L'imagerie médicale connaît un bouleversement technologique. Désormais avec un ordinateur, il est possible de reconstituer le corps humain par le scanner et de le faire revivre sur l'écran. La chirurgie « non invasive » constitue aujourd'hui l'avancée la plus spectaculaire car le chirurgien n'ouvre plus le corps. Il peut circuler dans les organes, le cœur, le cerveau grâce à des mini robots dont il surveille la progression sur un écran. Dans le domaine des prothèses, des progrès ont été effectués, qu'il s'agisse de la miniaturisation, des matières utilisées ou du recours à l'électronique.

Dans l'avenir, l'un des éléments fondateurs de la médecine moderne sera sûrement le secteur des Nouvelles Technologies de l'Information de la Communication (NTIC), la télésanté et « e-santé » ou santé en ligne. Les logiciels d'aide à la décision et au diagnostic, comme le système d'information médicale se développent. Les innovations les plus importantes sont les dossiers médicaux électroniques, les cartes de soins de santé, les services de télé médecine, les systèmes portables et ambulatoires dotés de fonctions de communication qui fournissent des outils d'assistance à la prévention, au diagnostic, au traitement, au monitoring de la santé et de la gestion du mode de vie. Ces nouvelles technologies permettent un accès aux informations du patient et des changements dans la prise en charge des malades.

Les évolutions de la prise en charge hospitalière

Le comportement du patient a changé, aujourd'hui il se renseigne, questionne, compare, il a acquis un droit dans le cadre de la loi de 4 mars 2002. Le juridisme croissant des prises en charge déplacent l'engagement médical vers le patient : il doit ainsi comprendre sa maladie et s'approprier son évolution.

Si l'activité hospitalière augmente en terme d'admissions, le nombre de journées d'hospitalisation est en diminution constante. La durée moyenne de séjour au sein des établissements de santé, n'a cessé de décroître au cours de ces dernières années. Un malade passait en moyenne quinze jours dans un établissement hospitalier il y a quinze ans, il n'en passe plus que cinq aujourd'hui. Ce changement peut engendrer des modifications telles que la réduction du nombre de lits dans certains services d'hospitalisation au profit de places de jour.

Les modes de prise en charge ont évolué, il existe des systèmes alternatifs à l'hospitalisation qui sont de plus en plus nombreux.

Les soins ambulatoires, c'est-à-dire une prise en charge du patient pendant une durée inférieure à vingt-quatre heures dont la chirurgie de jour sont une réalité médicale incontournable. C'est une alternative à l'hospitalisation puisqu'il doit s'agir d'une véritable chirurgie substitutive. Toutes les disciplines sont concernées. Le concept de chirurgie ambulatoire est né d'une triple exigence: améliorer la qualité des interventions chirurgicales, réduire le coût de ces interventions et rendre possible l'innovation en matière chirurgicale en partant d'un concept d'organisation radicalement nouveau qui bouleverse les modes de fonctionnement traditionnels. Les avantages de la chirurgie ambulatoire sont nombreux, entre autres : la dédramatisation de l'acte opératoire pour le patient, la réduction du risque d'infections nosocomiales, une meilleure organisation du travail et une valorisation des compétences des personnels hospitaliers.

Les soins ambulatoires sont particulièrement amenés à se développer pour les maladies chroniques (pathologies cancéreuses, insuffisances rénales et respiratoires, pathologies liées au diabète, etc...) et pour toutes les actions de prévention (actes de diagnostic, bilan de santé, etc...)

L'hospitalisation à domicile se développe, à l'aide par exemple de la télésurveillance pour les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes handicapées et les patients porteurs de maladies chroniques qui sont de plus en plus nombreux, en raison notamment, du vieillissement de la population.

Les progrès technologiques offrent des techniques de soins plus avantageuses pour le patient. Ces modifications engendrent des bouleversements dans l'organisation hospitalière qui doit sans cesse s'adapter aux nouvelles techniques de soins et modes de prise en charge pour répondre aux demandes des usagers.

La réalité des statuts juridiques : écarts entre les modes de fonctionnement des établissements publics et privés

L'écart entre les modalités de fonctionnement juridique et financier hospitaliers publics et privés perdure, néanmoins, il tend à se réduire de plus en plus. Ces deux modes de fonctionnement distincts à l'origine connaissent une phase d'homogénéisation.

Initialement hôpitaux publics et privés ont adopté des modes de fonctionnement différents inhérents à leur nature. L'établissement privé trouve sa légitimité dans le principe de l'exercice d'activités lié à autorisations des pouvoirs publics, tandis que l'hôpital public a pour principale fonction l'accomplissement du service public hospitalier.

Les différents statuts des établissements de santé

Le secteur public hospitalier est clairement structuré par une réglementation abondante et homogène et par ses missions de service public. Quant au secteur privé, il est composé d'entreprises et d'institutions très dissemblables en terme d'activités et dans les buts qu'elles poursuivent. Depuis une dizaine d'années, une tendance forte au regroupement de petites structures a été observée, et un grand nombre de cliniques ont disparu au bénéfice de la création d'entités plus importantes.

L'appartenance à l'un ou à l'autre des secteurs a des incidences sur le régime juridique qui leur est applicable ainsi que sur le système de financement dont ils bénéficient. En matière de contentieux, régime des biens, mode de financement, gestion comptable, l'établissement privé est majoritairement assujéti au droit privé et l'établissement public au droit public. Le critère de distinction par excellence est la nature de l'autorité qui gère l'établissement. Ainsi différents statuts sont retrouvés:

Les hôpitaux publics sous forme *d'établissements publics de santé* sont des personnes morales de droit public avec une autonomie administrative et financière, ne pouvant exercer qu'à titre accessoire des activités hors du domaine de la santé. Ils sont rattachés territorialement à une collectivité locale.

Les établissements privés ont de nombreux statuts de droit civil ou de droit des sociétés, ils peuvent participer au service public hospitalier (PSPH). Ces régimes juridiques très diversifiés peuvent prendre la forme d'une entreprise individuelle, d'un groupement ou d'un régime légal spécial. Des contrats d'exercice avec des médecins exerçant à titre libéral peuvent être passés. Ils peuvent être gérés par une société, une association, une congrégation, une mutuelle ou une fondation.

La gestion des établissements de santé

La gestion des établissements de santé varie en fonction de leur particularité juridique. En terme de financement, avant l'instauration de la nouvelle tarification à l'activité (T2A), les structures de santé publiques et privées participant au service public hospitalier recevaient une dotation globale (DG) tandis que les autres établissements privés étaient financés dans le cadre d'un système de tarification à la journée et à l'acte (OQN). L'activité « Médecine, Chirurgie, Obstétrique » des établissements publics et privés est sensiblement différente : les hôpitaux publics ont essentiellement une activité non-programmée, médicale et des contraintes d'ouvertures de blocs opératoires 24h sur 24. Les établissements privés exercent majoritairement une activité chirurgicale programmée.

Certaines cliniques privées reçoivent des urgences, au sein d'une Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU). Leurs missions sont l'accueil sans sélection 24 h sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne se présentant en situation d'urgence. Ces unités procèdent à un examen clinique des personnes accueillies, traitent les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale ou des actes chirurgicaux simples. Elles réorientent les patients dont elles ne peuvent se charger elles-mêmes.

L'hôpital public est chargé de la mission du service public de la santé dans le respect de ses quatre grands principes : continuité, égalité, neutralité et adaptabilité, son activité doit être continue, avec accessibilité de tous les usagers. De plus, l'hôpital public doit répondre aux impératifs liés à sa fonction d'enseignement et de recherche ainsi qu'à des missions d'intérêt général

A la recherche d'une homogénéisation

Un effort d'homogénéisation est recherché :

Depuis la loi Evin de 1991, les hôpitaux et les cliniques sont rassemblés sous l'appellation « d'établissement de santé ». Une partie des établissements privés ont en charge le service public de la santé, les PSPH. En outre, ces structures publiques ou privées sont financées pour l'essentiel par l'assurance maladie.

La réforme de l'hospitalisation « Plan Hôpital 2007 », instaure la tarification à l'activité, T2A pour tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Cette homogénéisation du financement hospitalier va engendrer d'importants changements dans la gestion des établissements de santé, par la mise en place d'un financement adapté à la nature et au volume des soins délivrés, par la création de tarifs fondés sur une classification médico-économique, le PMSI. A ces tarifs s'ajoute la valorisation de dépenses supplémentaires liées à la prise en charge de pathologies très lourdes nécessitant une importante mobilisation des ressources ainsi que le financement de dispositifs médicaux ou de médicaments coûteux. De même sont individualisées les dépenses liées à l'enseignement et à la recherche des CHU par le biais de la création des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC).

De plus, l'évolution législative des dix dernières années a progressivement soumis les hôpitaux publics et privés à un ensemble de règles communes, particulièrement en matière de sécurité sanitaire. La régulation régionale du système hospitalier public et privé a été confiée aux Agences Régionales de l'Hospitalisation. Les procédures d'évaluation et d'accréditation ont été généralisées pour améliorer la qualité de « l'offre hospitalière ». La contractualisation est devenue à la fois un mode de gestion interne et externe. Enfin, le code de la santé publique s'applique à tout type d'établissement.

Par ailleurs, les établissements publics et privés doivent faire face à des investissements de plus en plus importants et s'adapter à la demande de soins, ce qui les incite à mettre en place divers coopérations et regroupements de structures entre établissements de même nature ou de natures différentes.

Représentation quantitative et qualitative des différentes catégories d'établissements de santé (1)

Illustration tirée de la SAE, 2002 (régime antérieur de la dotation globale et de l'objectif quantifié national)

		Publics	Privés sous dotation globale	Privés sous OQN	ENSEMBLE	<i>dont : ensemble sous dotation globale</i>	<i>dont : ensemble privés</i>
Nombre d'entités (2)		1 015	800	1 427	3 242	1 815	2 227
Hospitalisation complète	Nb de lits au 31/12	304 436	61 599	99 527	465 562	366 035	161 126
	Nb d'entrées totales	7 741 391	1 016 093	3 928 536	12 686 020	8 757 484	4 944 629
	Nb de journées réalisées	92 077 969	17 522 917	29 618 862	139 219 748	109 600 886	47 141 779
Hospitalisation partielle	Nb de places au 31/12	28 633	8 078	3 018	39 729	36 711	11 096
	Nb de venues	6 128 673	2 015 117	1 130 711	9 274 501	8 143 790	3 145 828
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire	Nb de places au 31/12	1 352	474	6 499	8 325	1 826	6 973
	Nb de venues	252 401	105 815	2 126 533	2 484 749	358 216	2 232 348
Hospitalisation à domicile	Nb de places au 31/12	2 299	2 212	686	5 197	4 511	2 898
	Nb de journées de prise en charge	710 088	644 156	214 044	1 568 288	1 354 244	858 200
Traitements et cures ambulatoires : Nb de séances		9 197 515	1 809 114	4 513 152	15 519 781	11 006 629	6 322 266

(1) les établissements de santé recensés ici regroupent les établissements sanitaires qui exercent une activité d'hospitalisation (à temps complet, à temps partiel, à domicile...) ou qui ont une autorisation pour une activité de soins.

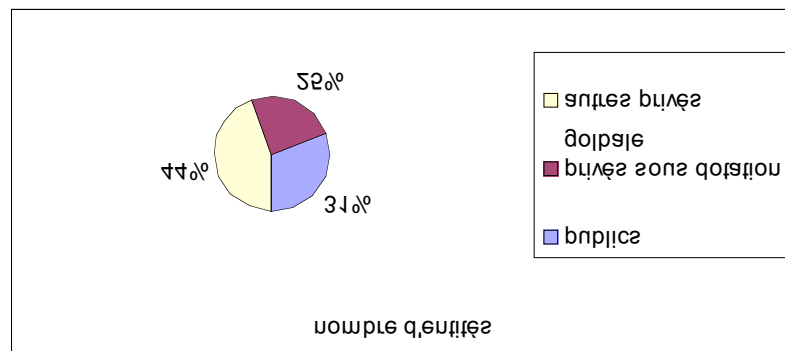
(2) les entités décomptées sont celles qui sont porteuses de budget, soit : les entités juridiques pour les établissements publics, à l'exception des établissements de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée qui, n'étant pas attachés à une entité juridique, sont comptés en tant qu'établissements géographiques ; des établissements pour les établissements privés, à l'exception des centres de lutte contre le cancer, des hôpitaux psychiatriques privés et les entités juridiques privées dédiées à la dialyse qui sont des entités juridiques.

REPARTITION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les établissements de santé en France peuvent être classés en trois catégories : les établissements publics, les structures privées participant au service hospitalier (PSPH) et les autres établissements privés

Le secteur public se compose à la fois des établissements publics et des établissements privés participant au service public hospitalier.

Environ 1/3 des établissements sont publics et 2/3 sont privés.

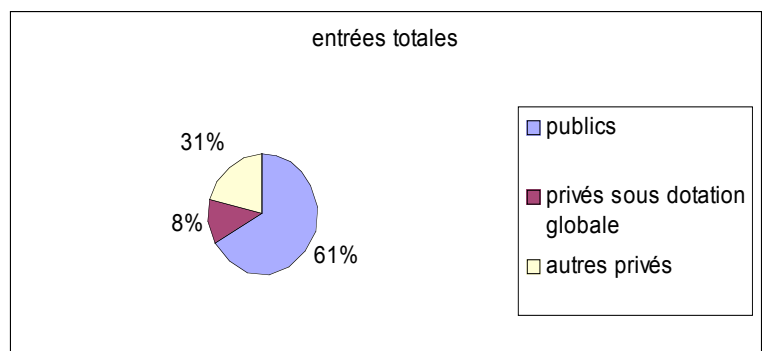
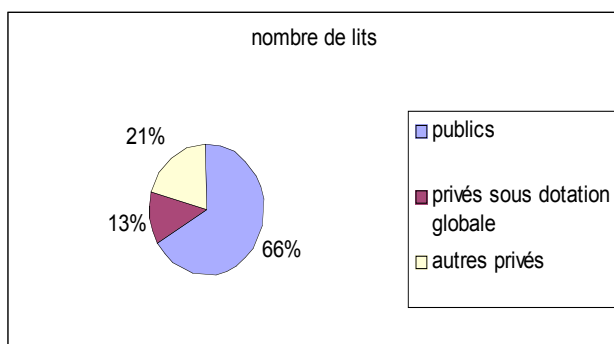


REPARTITION DES MODES D'HOSPITALISATION

Il existe quatre grandes catégories de modes d'hospitalisation : l'hospitalisation complète, l'hospitalisation partielle, les traitements et cures ambulatoires et l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire. Ce découpage permet de comprendre quelle est l'activité principale de chaque type d'établissement.

En moyenne 2/3 de l'activité globale hospitalière est faite par les établissements publics. Mais lorsque l'on fait le détail de cette activité on se rend compte qu'elle a des particularités propres. En effet, l'hospitalisation de plus de vingt-quatre heures, tout comme les traitements et actes médicaux au « long cours » sont en grande partie assurés par l'hôpital public.

HOSPITALISATION COMPLETE :

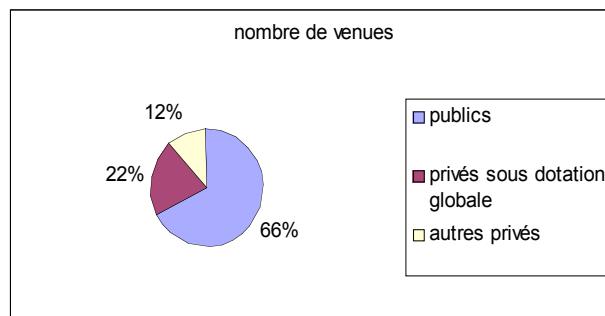
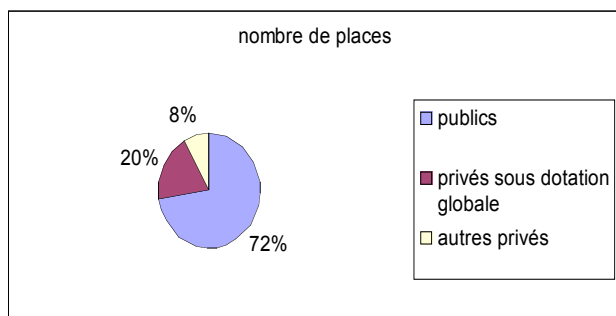


La lecture de ces deux graphiques permet de réaffirmer la prépondérance du secteur public en terme de nombre de lits et en nombre d'entrées. Le fait que seuls les établissements privés non PSPH enregistrent proportionnellement plus d'entrées que de lits résulte de la prise en charge d'hospitalisations programmées pour de courtes durées. Au contraire, les établissements publics et PSPH reçoivent des patients ayant des pathologies souvent plus lourdes et beaucoup de personnes âgées qui font en moyenne des séjours plus longs.

HOSPITALISATION PARTIELLE

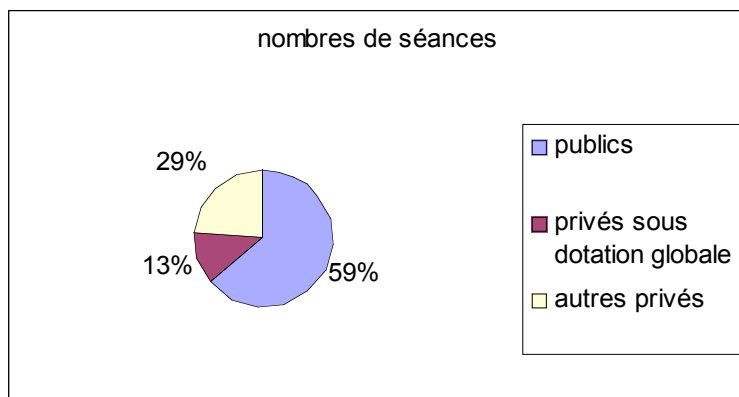
Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. (ex. : chimiothérapie, IVG)

La part importante de l'hôpital public dans ce domaine s'explique par la nature des soins prodigués : il s'agit le plus souvent de traitements à long terme, qui entrent dans la mission de service public de santé.



TRAITEMENTS ET CURES AMBULATOIRES

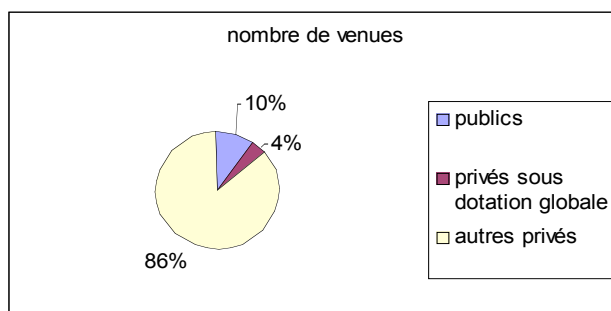
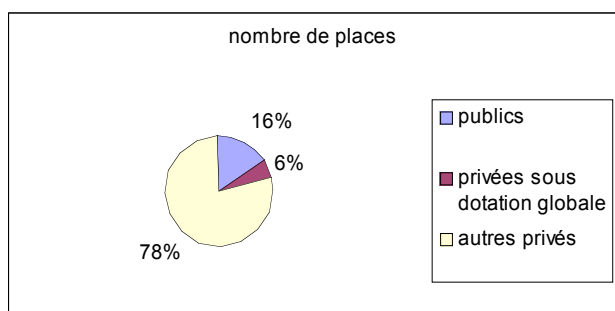
Les traitements et cures ambulatoires comprennent toutes activités de soins ambulatoires visant à une réhabilitation polyvalente ou à une orientation. (ex. : radiothérapie, hémodialyse, kinésithérapie). Pour ce domaine bien précis on comptabilise l'activité par le nombre de séances uniquement car il n'existe pas de nombre prédéfini de places.



ANESTHESIE OU CHIRURGIE AMBULATOIRE

Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Les interventions chirurgicales sous anesthésie nécessitant moins d'une journée de présence au sein de l'établissement relèvent très majoritairement des structures privées très spécialisées dans l'hospitalisation de jour en chirurgie programmée.



La réforme de l'organisation interne de l'hôpital

Avec les mesures « hôpital 2007 » le plan gouvernemental a prévu des dispositions visant à moderniser les établissements de santé. Il s'agit notamment des mesures prises dans le cadre de la « nouvelle gouvernance ». Cette réforme répond à la nécessité pour les établissements hospitaliers de mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités. Ainsi elle a pour objectif de mieux prendre en compte la diversité des centres de pouvoir et de développer les stratégies de participation.

Les dispositions de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé :

Les établissements de santé (autres que les hôpitaux locaux) doivent mettre en place, d'ici le 1^{er} janvier 2007, une nouvelle organisation interne en disposition de l'ordonnance du 2 mai 2005 et de ses décrets d'application. Trois grands axes peuvent être distingués :

1) La nouvelle organisation des instances :

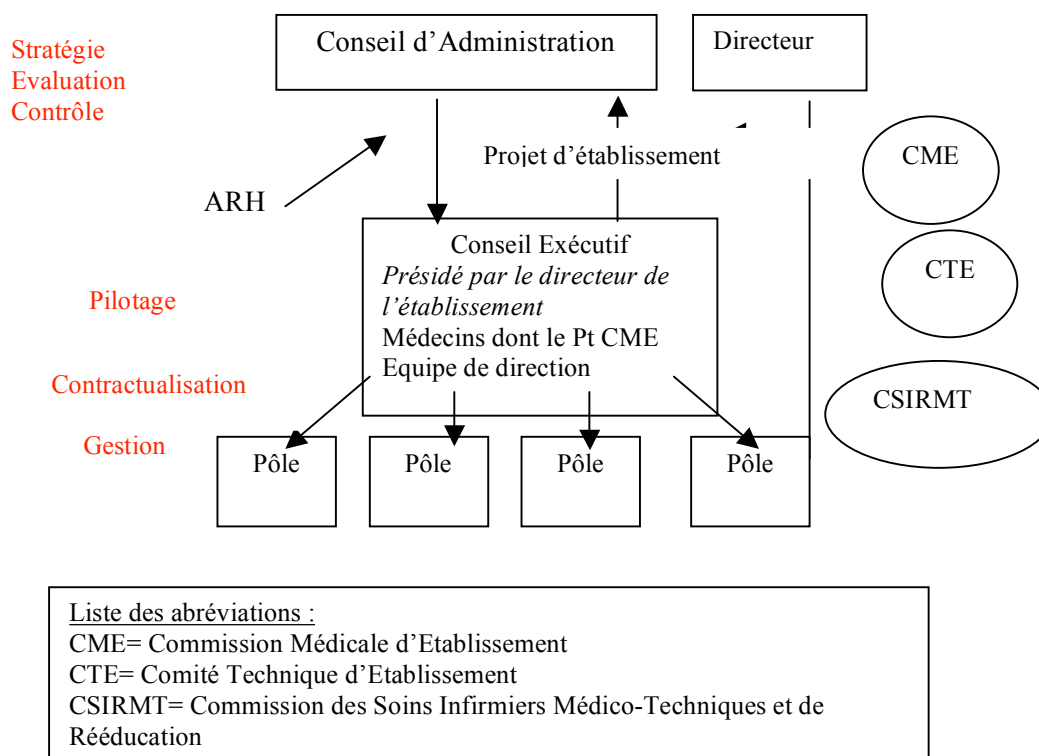
Le conseil d'administration est recentré sur un rôle de définition des orientations stratégiques, d'évaluation et de contrôle de leur mise en œuvre. Il définit l'organisation en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif.

Le conseil exécutif composé de médecins, dont le président de la commission médicale consultative et de l'équipe de direction est présidée par le directeur de l'établissement. Elle associe étroitement les partenaires médicaux et administratifs dans l'élaboration de tous les projets importants de l'hôpital, à la mise en œuvres du projet d'établissement et du contrat pluriannuel. Il donne un avis sur la nomination des responsables de pôles d'activité choisis à partir d'une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle.

La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont étroitement associés aux orientations stratégiques et au fonctionnement de l'établissement.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques voit ses compétences élargies et renforcées notamment dans le domaine de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Représentation synthétique de l'organisation administrative interne



2) La nouvelle organisation interne : les pôles d'activité

Mais principalement la réforme de la Gouvernance simplifie l'organisation interne afin d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et l'efficacité de l'établissement. L'organisation par pôles va impacter sensiblement les concepts architecturaux comme cela est décrit tout au long de cet ouvrage. Cette nouvelle organisation a été précédée d'une anticipation dans 103 établissements volontaires. Les résultats de son évaluation, très positive, confirment la pertinence de la démarche entreprise qui s'étend à l'ensemble des hôpitaux.

L'article L 6146-1 de l'ordonnance du 2 mai 2005 donne le cadre juridique à l'organisation interne des établissements de santé, autres que les hôpitaux locaux :

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du chapitre VI du code de la santé publique.

Le conseil d'administration définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du conseil exécutif. Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes.

Les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement. Les structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure à celle issue de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005.

Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité.

Par délégation du pôle d'activité clinique ou médico-technique, les services ou autres structures qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche.

La mise en place de pôles d'activité, unités de taille suffisante pour être dotées d'autonomie et de responsabilité, contribue à la déconcentration de la gestion. Placés sous la responsabilité d'un praticien assisté d'un cadre gestionnaire et soignant, ces pôles s'engagent dans une démarche de contractualisation interne pour simplifier la gestion quotidienne et assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.

Le conseil de pôle, permet l'association des personnels et favorise l'élaboration des orientations et des projets du pôle.

3) La contractualisation interne

La gestion du pôle d'activité est sous tendue par l'élaboration d'un contrat d'objectifs et de moyens négocié entre le directeur, le président de la CME et le responsable du pôle, celui ci est basé sur les éléments suivants :

- objectifs d'activité, de qualité et financiers
- moyens et indicateurs de suivi
- modalités d'intéressement aux résultats
- conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Bien que cette réglementation ne s'applique pas à l'hospitalisation privée, les concepts d'organisation, notamment en pôles d'activités, peuvent être retrouvés dans les établissements de santé privés et PSPH.

Seront abordées plus en détail dans cet ouvrage la stratégie d'organisation d'un établissement de santé et les modalités fonctionnelles et architecturales de la constitution des pôles d'activité.

**ELEMENTS DE STRATEGIE A PRENDRE EN COMPTE DANS
L'ELABORATION D'UN PROJET DE CONSTRUCTION OU DE
MODERNISATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE**

LA STRATEGIE GLOBALE

Procéder préalablement à l'analyse globale du projet de construction ou de restructuration d'un établissement de santé est un des facteurs clé du succès de cette opération. Elle doit être réalisée sur la base des priorités nationales et régionales de santé* et sur la prise en compte des éléments du contexte local (besoins de santé du territoire et prise en compte du maillage des établissements) et du projet d'établissement intégrant les objectifs stratégiques. Elle doit être approuvée par le conseil d'administration de l'établissement de santé et faire l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence régionale d'hospitalisation. A l'occasion de la réflexion stratégique, des groupements de coopération sanitaires peuvent être mis en place ainsi que des partenariats public/privé (PPP)**. Des conventions de coopérations sanitaires peuvent être envisagées entre plusieurs établissements assurant des activités de soins ou médico-sociales complémentaires. Des exemples significatifs des hôpitaux de référence illustrent cette partie.

La Prise en compte des priorités nationales et régionales

Le contexte national

Les priorités nationales en matière de santé publique « Médecine, Chirurgie, Obstétrique » s'articulent aujourd'hui notamment autour de trois plans majeurs : la lutte contre le cancer, les urgences, la périnatalité. Ces priorités doivent sous tendre toute réflexion sur la construction ou restructuration d'un établissement de santé, depuis l'élaboration du projet médical jusqu'à l'édification des bâtiments.

Dans ce cadre, à l'hôpital Jean Verdier a été mis en œuvre un plan de développement de la cancérologie au niveau des pathologies digestives, l'hépatologie, la sénologie. : le centre de tabacologie a été renforcé ; un hôpital de jour de chimiothérapie a été créé et les activités de dépistage des cancers du sein et colo-rectaux ont été développées.

Le contexte régional : le SROS, outil de régulation des activités hospitalières

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'outil privilégié de régulation du système de santé français est désormais le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) élaboré par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et décliné par territoire de santé. Au sein de chaque territoire est élaboré un projet médical de territoire. Le SROS est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution liée à la démographie, à l'épidémiologie, aux progrès des techniques médicales, à l'analyse fine et réactualisée de l'offre existante. L'évaluation de l'adéquation de l'offre existante aux besoins de santé permet de définir les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé, par activités de soins et par équipements matériels lourds afin d'en tirer des conséquences en matière de créations, suppressions, transformations ou regroupements nécessaires.

Ce schéma doit mieux prendre en compte la dimension territoriale, assurer une organisation sanitaire de territoire permettant le maintien et le développement d'activités de proximité et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques.

Le SROS 3 doit permettre d'associer plus étroitement les professionnels, élus, usagers. Il doit prévoir les évolutions de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins. Il permet de susciter des adaptations et complémentarités de l'offre de soins en tenant compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social.

*www.sante.gouv.fr

** www.mainh@sante.gouv.fr

Les enjeux de ce schéma sont notamment de permettre l'accès aux soins de qualité, en toute sécurité et dans le respect du principe d'équité. Seront favorisés :

- une répartition équitable des ressources de l'assurance maladie
- une gestion prévisionnelle des ressources humaines, notamment au regard de la démographie médicale ;
- un renforcement de l'offre de proximité pour des activités qui doivent y être assurées
- un resserrement des plateaux techniques pour combiner sécurité et continuité des soins,
- une mise en œuvre des plans de santé publique.

L'annexe obligatoire au SROS précise les objectifs quantifiés de l'offre de soins à 5 ans, ceci par territoire de santé et pour chaque type d'activité et équipement matériel lourd. Les créations, suppressions et regroupements nécessaires sont également précisés.

Au 31 mars 2006 au plus tard, toutes les ARH auront adopté leur schéma régional et la carte sanitaire ne sera donc plus opposable.

Les objectifs quantifiés seront ensuite déclinés pour chaque établissement du territoire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé au plus tard le 31 mars 2007 entre l'établissement et l'ARH

Deux exemples peuvent illustrer cette partie :

Le SROS 1999-2004 a affirmé la position de pôle de référence du CH de Saintes pour le secteur sanitaire Sud et Est de la Charente-Maritime.

A l'Institut Mutualiste Montsouris le regroupement des réanimations polyvalente et cardiaque tient compte des recommandations du SROS 3 des réanimations.

Le territoire de santé, cadre de l'organisation de la prise en charge des patients

Le territoire de santé est le cadre de l'organisation de la prise en charge des patients. Il est défini par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Il peut être variable selon la nature des activités de soins, pour permettre une plus grande souplesse dans la démarche de planification afin d'adopter la «bonne» approche géographique par activité.

Le territoire de santé peut ainsi être par exemple :

- de « proximité » pour les activités de médecine, de soins de suite, de gériatrie...
- de « plateau technique » pour la médecine spécialisée, la chirurgie, la gynécologie obstétrique, les urgences...
- « de recours » pour les disciplines très spécialisées.

De plus, des territoires inter régionaux sont en cours de définition pour quelques activités rares et de haute technicité : chirurgie cardiaque, neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle, traitement des grands brûlés, greffes. Un schéma inter régional d'organisation des soins (SIOS) est alors élaboré conjointement par les ARH concernées.

Le Projet médical de territoire

Il est élaboré à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population et contient des propositions destinées à l'ARH dans le cadre de l'élaboration du SROS. Il précise les coopérations nécessaires, tant inter établissements qu'à travers des réseaux de santé, au sein du territoire de santé et de la région voire de l'inter région.

Le projet médical de territoire est un document d'orientation dont la spécificité est qu'il peut évoluer dans le temps. De caractère non juridique, il est, élaboré par les acteurs du territoire concerné dans le cadre des conférences sanitaires. Il contribue, tout d'abord, à l'élaboration du SROS et le retranscrit sur un plan opérationnel traduisant les orientations stratégiques de celui-ci.

Les établissements et professionnels de santé s'accordent entre eux sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du SROS, notamment en matière de coopérations. Le groupement de coopération sanitaire a été retenu par l'ordonnance du 4 septembre 2003 comme la formule juridique privilégiée de coopération entre établissements de santé, établissements médico-sociaux et professionnels libéraux. Il peut notamment réaliser pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt communs, y compris des plateaux techniques (art. L.6133 du CSP). Les conditions de son intervention dans le domaine de l'investissement seront prochainement précisées.

Grâce à son caractère évolutif, le projet médical de territoire rend cohérents les projets individuels des établissements et des professionnels de santé. Il n'a pas pour objectif de geler toute initiative pour l'avenir mais de fédérer les acteurs de santé qui travaillent ensemble pour mieux répondre aux besoins de la population, et contribuer à l'élaboration et au suivi du SROS, sous l'égide de l'ARH.

Le projet médical de territoire concerne avant tout l'organisation des soins et peut se mettre en place progressivement ; il peut être étendu à des actions plus larges de santé publique si les acteurs concernés le souhaitent. Au sein de chaque territoire de santé les acteurs du projet médical le mettent en œuvre.

Le rôle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, c'est un Groupement d'Intérêt Public, qui associe l'Etat et les organismes de l'Assurance Maladie. L'ARH définit et met en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, analyse et coordonne l'activité des établissements de santé publics et privés. Elle établit avec l'établissement de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Elle déterminait l'allocation de ressources pour les établissements de santé. Cette partie de ses attributions va être fortement impactée par la montée en charge progressive de la T2A qui repose sur le principe de tarifs nationaux par Groupe Homogène de Séjour et sur un état de prévisions de dépenses et de recettes (EPRD).

Les exemples des hôpitaux du groupe de travail :

L'examen du projet de nouvel hôpital de Nevers par l'ARH en 1997 a conduit à la décision de réduire de 10 % le montant de l'investissement, alors que les marchés de travaux étaient notifiés aux entreprises. L'établissement a repris le projet (avec abandon des transports automatisés, réduction de la capacité de l'unité de porte ...) et a dû passer des avenants avec les entreprises ; cette décision trop tardive est directement la cause de frais de fonctionnement supplémentaires et d'un contentieux lourd de la construction. Le financement du projet a été organisé par un protocole financier, revu au cours de l'opération en raison de l'allongement du délai de construction.

Au CH de Saintes, l'ARH a incité au renforcement de la coopération entre les CH de Saintes et le CH de St Jean d'Angely

Au Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne un audit de la mission régionale expertise économique et financière a été diligenté par l'ARH avant le lancement du concours, des négociations avec le Ministère et l'ARH ont eu lieu pour assurer un soutien financier dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »

La prise en compte du contexte local

L'analyse des besoins locaux

La déclinaison des besoins doit être réalisée au niveau local. Notamment, les établissements de santé doivent prendre en compte les besoins de la population cible* dans l'environnement sanitaire et social de l'offre de soins et des réseaux existants ou à créer. Ils doivent intégrer les problématiques de démographie médicale. Ils doivent envisager les possibilités d'actions de coopération avec d'autres structures et s'adapter aux contextes réglementaires.

Ces facteurs ont une influence sur le type d'établissement à construire, que ce soit en terme de capacité (nombre de lits), d'adaptabilité des structures ou de prise en compte des ressources humaines (en cas de difficultés de recrutement).

Le type de soins à offrir varie en fonction des catégories de population à accueillir ou des réseaux existants.

*La population cible se calcule à partir de la population du bassin de santé de l'hôpital, mais aussi du territoire, de sa projection démographique à 15 et 20 ans (cf. INSEE), de ses caractéristiques en termes d'état de santé (morbidité, mortalité, épidémiologie, fichiers PMSI publics et privés).

A titre d'exemple peuvent être cités l'existence depuis 2000 de la Communauté des Etablissements publics de Santé de Saintonge (Saintes, St Jean d'Angely, Royan, Jonzac, Boscamnant) ayant permis la création de nombreuses conventions de coopération.

S'agissant des recrutements, la majorité des établissements (CHI de Toulon- La Seyne sur mer, le CH de Saintes, et le CH de Nevers) connaissent des difficultés de recrutement du personnel médical dans certaines spécialités (anesthésie, radiologie, psychiatrie, pédiatrie...)

L'état des lieux de l'établissement : données actuelles et perspectives

Une analyse précise sera effectuée sur les données quantitatives et qualitatives de l'établissement portant notamment sur :

- les capacités d'investissement, le bilan financier de l'établissement : **le diagnostic financier est le préalable à toute réflexion stratégique, ainsi que la productivité qui pourra être dégagée dans le nouveau projet par des organisations nouvelles.**
- l'activité : réajustement à partir des constats et projections dans l'avenir
- les ressources en personnel
- les contraintes patrimoniales (tendance à un regroupement sur un site et cession de patrimoine) ;
- l'évaluation du site dans sa capacité à recevoir un nouveau projet, *ce qui nécessite la plupart du temps une étude de faisabilité (pré-urbanistique et architectural)*
- le choix de la restructuration du site ou de son abandon et dans ce cas, de sa situation géographique.
- le choix du site (la situation au centre ville d'un établissement de santé relève d'un choix stratégique qui le place d'emblée au centre de tous les échanges, mais qui pose des contraintes en termes de surface et de possibilités d'extension)
- les organisations en place ou à mettre en place (mise en place de « pôles », d'un plateau technique centralisé afin de rationaliser les moyens)
- l'étude des partenariats possibles
- l'incidence de la T2A (qui doit inciter à mutualiser les moyens)– Cf. fiche technique n°1
- l'évaluation des coûts futurs de fonctionnement
- la position des tutelles

Cet état des lieux permet de définir les positionnements et les objectifs stratégiques de l'établissement en cohérence avec le volet « **projet médical** » du projet d'établissement et avec les autres volets : projet de soins, social, de gestion, projet du SIH

L'intégration des positionnements stratégiques dans le projet d'établissement

La réflexion stratégique engagée par un établissement de santé va permettre d'étayer « le projet d'établissement » des établissements de santé publics définis dans l'article L.6143-2 modifié par l'ordonnance du 2 mai 2005. Les établissements privés suivent des démarches similaires d'élaboration d'un projet d'établissement, même si la loi ne le prévoit pas expressément.

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel..

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

Le projet d'établissement comporte un « volet social » défini dans l'article L. 6143-2-1 :

Les axes stratégiques qui seront intégrés dans le projet d'établissement peuvent être élaborés par grandes thématiques plus ou moins développées selon les besoins de l'établissement. Quelques composantes des axes stratégiques et du projet d'établissement sont déclinées ci-après et illustrées par des exemples des établissements de référence :

Le projet médical et le projet de soins

Le projet médical, *volet majeur du projet d'établissement*, sous-tend l'élaboration d'une stratégie d'établissement et doit être en cohérence avec le projet médical de territoire. Il a la particularité de tenir compte des technologies et des compétences médicales disponibles, il vise à répondre aux besoins actuels et futurs de la population qu'il dessert. Il est élaboré en étroite collaboration avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation afin d'être en cohérence avec les orientations du SROS. Les projets de soins sont centrés sur « la philosophie » et l'organisation des soins. Or, la complémentarité du projet médical et des projets de soins est nécessaire à l'élaboration du projet de prise en charge des patients prévu dans la définition du projet d'établissement figurant ci-dessus. La cohérence de prise en charge des patients sera facilitée par les dispositions de la nouvelle gouvernance (ordonnance du 2 mai 2005) favorisant le décloisonnement et le dialogue entre les acteurs par la mise en place des regroupements fonctionnels et de gestion dans les « pôles d'activité ».

La réalisation de cet objectif de cohérence dans la prise en charge médicale et soignante des patients ne peut être obtenue que par une prise de conscience forte des différents acteurs. Les arguments développés dans la fiche technique n°2 peuvent étayer cette réflexion.

A titre d'exemple, le projet médical du GH Diaconesses Croix Saint Simon visant à la fusion des deux établissements a conduit à un projet de reconstruction aboutissant à un nombre de pôles d'excellence de taille critique suffisante permettant de répondre aux besoins du secteur Est de Paris.

Le projet de gestion

Une anticipation du mode de gestion prévu est essentielle dans la stratégie. Le pilotage de l'activité et des résultats doit être pensé en amont; il doit s'accorder avec l'organisation de la structure et facilite le choix du système d'information ou de son évolution. La définition des responsabilités (qui fait quoi et qui décide quoi) et des fonctions est la pierre angulaire du mode de gestion, qui avec souplesse pourra se mettre en place.

La formalisation de l'ensemble des procédures de l'établissement dans un « guide » accessible à tous facilite l'appropriation par tous les métiers et la bonne pratique en terme d'organisation (séjour du patient, logistique, sécurité, vigilance)

A cet égard l'Institut Mutualiste Montsouris a mis à disposition de l'ensemble des personnels un « guide des procédures et des pratiques en vigueur » depuis l'ouverture. Ce document est réactualisé autant que de besoins

Le système d'information

Il est étroitement lié à la stratégie d'établissement et au mode de management. Il doit être orienté prioritairement vers la qualité de la prise en charge du patient et l'efficacité des processus en facilitant la pratique médicale et soignante. A ce titre, il constitue un levier majeur de changement.

Un système d'information efficace permet une saisie à la source et la traçabilité des informations de production de soins, la mise en œuvre d'un dossier du patient partagé (au sein de l'établissements ainsi qu'avec les autres acteurs de santé) dans le respect de la confidentialité, ainsi que l'accès du patient aux données de santé le concernant. Le SIH doit également permettre d'assurer la bonne mise en œuvre des fonctions administratives, économiques et logistiques et apporter aux décideurs des outils de pilotage et d'aide à la décision.

L'institut mutualiste Montsouris dispose d'outils de gestion et d'un système d'information médical performants.

L'Hôpital Privé d'Antony dispose d'un important système d'information et d'un dossier médical informatisé.

Le projet social

Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs (la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois, la qualification et la valorisation des acquis professionnels).

En plus de ces mesures générales, toute démarche de restructuration, lorsqu'elle s'accompagne de mobilités des personnels doit être accompagnée d'un dispositif particulier de gestion de celles-ci.

La restructuration de trois établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de paris : Broussais, Boucicaut, Laennec pour l'ouverture de l'Hôpital Européen Georges Pompidou a suscité la mise en place d'un « projet social d'accompagnement des personnels » venant des trois hôpitaux transférés à l'HEGP. Avant l'ouverture du nouvel hôpital, une mission spécifique a organisé les mobilités de 3700 personnes de décembre 1997 jusqu'à l'ouverture d'HEGP en décembre 1999. Afin d'organiser les mobilités des personnels vers le nouvel hôpital ou vers un autre établissement de l'AP-HP, il a été nécessaire d'élaborer un protocole d'accord permettant de fixer les règles du jeu pour rapprocher les souhaits des postes, finaliser les affectations et définir les mesures d'accompagnement social. Des outils de gestion du changement ont été développés : information, formation, logiciel de suivi de

l'ensemble des critères. Ce dispositif a permis de suivre individuellement et collectivement les résultats des mobilités et des accompagnements individualisés.

Le projet culturel

Le projet culturel a comme objectif de créer l'environnement le plus favorable à la guérison des patients par un univers sensoriel (sons, couleurs, lumière, odeurs, formes) et par des activités culturelles (spectacles, expositions, concerts, lecture...). Cette même activité culturelle aide les personnels à prendre de la distance par rapport à leur activité habituelle. Afin de développer ces activités, les circulations, les salles de réunion se prêteront chaque fois que possible à des expositions.

La réflexion d'un groupe de pilotage dédié doit être largement diffusée dans l'hôpital afin de fédérer les personnels autour du projet et de faire apparaître des motivations et des talents potentiels. Il convient ensuite de prendre les contacts nécessaires avec les services concernés des collectivités locales, de la DRAC et avec l'ARH afin de concrétiser le projet culturel.

Les projets ainsi étudiés doivent être intégrés dans le projet d'établissement, et validés par les instances. Des financements et des partenariats spécifiques doivent être recherchés.

A l'hôpital Saint Joseph Saint Luc à Lyon, un projet culturel a été mis en place notamment par l'intervention d'une artiste dans la définition de la façade. Le CHU de Nice a intégré un projet culturel dans le projet de construction de l'Hôpital Pasteur 2.

Le projet logistique

La logistique hôtelière et technique de l'hôpital répond à une logique relevant des processus industriels et non des processus sanitaires. C'est ainsi que la création de pôles logistiques ou de « logipôles » permet de regrouper l'ensemble des techniques et des organisations adaptés aux besoins, dans une logique « clients fournisseurs ». Plusieurs possibilités existent :

- La logistique externalisée, tout ou partie (blanchisserie, restauration)
- Logistique interne au site ou intégrée dans le nouveau bâtiment, cette dernière implantation est de plus en plus abandonnée, car peu évolutive.

Les flux importants que génère la logistique hôtelière et médicale induisent une réflexion à mener dès le début de la programmation pour une transitique automatisée pour les transports lourds ou légers.

Le projet du nouvel hôpital Pierre Bérégovoy de Nevers a inclus dès le départ une réorganisation de tous les circuits logistiques, ayant pour but de recentrer les soignants sur leurs tâches. Tous les circuits sont confiés à une équipe unique ; les dotations des services sont en « plein vide ». Le projet initial a dû être revu à la suite de l'abandon des transports automatisés, entraînant une augmentation notable de l'effectif de l'équipe de transport.

L'organisation de la logistique à l'Hôpital Georges Pompidou est très ambitieuse et basée sur un développement important des modes de transport et sur une organisation du stockage très performante.

L'hôpital d'Arras a prévu la création d'une plate-forme logistique interne qui intègre la logistique médicale et comprend les fonctions suivantes : linge, restauration, pharmacie, dispositifs médicaux, déchets, biomédical, configuration de la chambre, hygiène et bio nettoyage, brancardage, équipes prestataires de service.

Une étude a été réalisée au CHI de Toulon sur la localisation du magasin général et sur les capacités d'archivage.

Le plan de financement des investissements

a) Règles communes aux établissements de santé publics et privés antérieurement sous dotation globale

Les modalités de financement des investissements doivent figurer dans le plan global de financement pluriannuel des investissements (PGFP) qui est une des composantes du projet d'établissement (art. L.6143-2 et R.6145-64 du code de santé publique). Le PGFP des investissements établi pour une période maximale de 5 ans doit faire l'objet d'une actualisation annuelle lors de la présentation de l'état des prévisions des dépenses et des recettes (EPRD).

Sans entrer dans un détail financier trop technique, il s'agit pour l'établissement d'établir pour une période donnée :

- L'état des dépenses d'investissements prévues sur la période du plan et leur répartition prévisionnelle sur chacune des années du plan ;
- L'état des ressources prévisionnelles de financement des dépenses :
 - La capacité annuelle d'autofinancement prévisionnelle (CAF)
 - Les autres ressources prévisionnelles (cessions d'immobilisations, subventions, emprunts...)
- L'incidence annuelle de la réalisation du plan sur la trésorerie de l'établissement

L'impact des projets d'investissement sur les dépenses de fonctionnement doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse afin de définir les éventuels surcoûts engendrés par les modalités de financement du projet et sa mise en service (intérêts des emprunts et amortissement) les incidences sur les autres postes de fonctionnement et les modalités de compensation des éventuels surcoûts de fonctionnement.

b) Le financement des établissements privés peut avoir pour origine différentes sources qui ne seront pas détaillées ici (partenariats financiers divers, actionnaires, recours à du crédit bail immobilier, auto financements, subventions...) De même, les établissements privés sont soumis aux régimes des autorisations et au contrôle des tutelles.

c) La possibilité de mettre en place des partenariats public/privé

Dans le cadre de la mise en œuvre du volet immobilier du plan Hôpital 2007, l'Ordonnance du 4 septembre 2003 a permis aux établissements de santé de recourir à deux nouvelles formes de contractualisation pour la réalisation de leur investissements : les marchés globaux et le Bail Emphytéotique hospitalier (BEH).

La principale modalité d'utilisation des marchés globaux est le marché de conception/réalisation. Il existe une variante à ce mode de dévolution incluant également l'aménagement, l'entretien ou la maintenance des bâtiments (article L6148-7 du CSP).

La procédure de BEH, beaucoup plus novatrice et lourde d'enjeux que les marchés globaux, se trouve être une déclinaison sectorielle des contrats de partenariats, contrats par lesquels la personne publique confie à un opérateur privé, la conception, la construction, l'entretien/maintenance et le financement d'un ouvrage et qu'il rémunère sur une longue période par le moyen d'un loyer. (article L6148-2 de CSP). Le schéma général de ces contrats s'apparente à ce que le Royaume Uni a lancé au début des années 90 sous la forme de contrats dits de PFI (Private Finance Initiative).

Ce dispositif de contrats publics/privés a été complété par l'article 153 de la loi d'orientation sur la santé publique permettant aux établissements publics de santé, le recours aux contrats de partenariats institué par l'ordonnance du 17 juin 2004. (article L6148-5 du CSP)

Les différents modes de programmation qui résultent des choix des procédures de construction choisies sont décrits dans le chapitre sur « la stratégie et la phase de programmation... ».

La validation par les instances et la tutelle :

1) le cadre renouvelé des conditions de contrôle

Les investissements actuels des établissements publics de santé s'inscrivent dans le cadre d'une politique dynamique qui permet de doubler leur volume entre 2002 et 2007 au moment où par ailleurs l'équilibre de l'assurance maladie et la maîtrise de la dépense hospitalière constituent une priorité absolue. Il est donc de la responsabilité de l'Etat d'exercer un contrôle propre à faciliter l'investissement dans une offre hospitalière de qualité et efficiente. Dans cette perspective, une circulaire à paraître en 2006 précise à nouveau le contexte dans lequel les dossiers d'investissements doivent être présentés au conseil d'administration ainsi que l'esprit dans lequel le contrôle des tutelles doit être exercé.

1) Le rôle du conseil d'administration :

Le conseil d'administration d'un hôpital public définit la politique générale de l'établissement et délibère sur les programmes d'investissements eux mêmes intégrés dans le projet d'établissement, de telle sorte que leur approbation réunit deux phases antérieurement distinctes que sont les phases stratégiques et la faisabilité technique. Les programmes d'investissement sont établis en cohérence avec le projet d'établissement et déclinés dans le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP). Les établissements doivent fournir un état de prévision annuel des recettes et des dépenses (EPRD).

Le Conseil d'Administration délibère sur l'ensemble des investissements et pour des opérations dépassant un ***certain seuil financier*** fixé par catégorie d'établissement, sur la base d'un *dossier technique* de travaux dont le contenu sera détaillé dans un nouvel arrêté à paraître en 2006. Les délibérations sont ensuite soumises au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) pour approbation.

2) Le rôle de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)

Le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation :

- doit examiner les projets d'établissement et vérifier qu'ils répondent bien aux SROS définissant l'offre de soins visée pour chaque territoire de santé et les valider
- doit contrôler l'équilibre financier des EPS qui doivent désormais, dès l'élaboration de leur projet d'établissement et lors de toute évolution ayant une incidence sur celui-ci, produire un plan global de financement pluriannuel (PGFP)
- doit approuver les programmes d'investissement qui assurent la mise en œuvre des choix stratégiques définis dans les projets d'établissement.

L'étude des projets d'établissement et des programmes d'investissement doit également tenir compte des engagements pris dans les contrats d'objectifs et de moyens (COM)

Ce contrôle s'applique aux établissements publics de santé, quelle que soit leur activité, y compris pour celles relevant du domaine social ou médico-social et aux syndicats inter hospitaliers.

2) La contractualisation avec l'ARH

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu pour une durée maximale de 5 ans est le support privilégié des relations entre l'ARH et l'établissement de santé. Le CPOM détermine notamment les orientations stratégiques de l'établissement sur la base des schémas d'organisation sanitaire et précise les engagements donnant lieu à un financement par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les opérations

d'investissements importantes ont donc vocation à figurer au contrat si elles donnent lieu à un accompagnement financier de la part de l'ARH. Un décret dont la parution est prévue en 2006 précisera le contenu et les modalités de conclusion et de mise en œuvre des engagements inscrits au contrat.

L'importance d'une conduite de projet adaptée

La construction ou la réhabilitation d'hôpitaux est une occasion supplémentaire pour les professionnels de santé médicaux et non médicaux, de réfléchir ensemble à de nouvelles organisations médicales et administratives, à des modes de gestion différents, à une approche de fonctionnement en réseaux médicaux, médico-sociaux, de prise en charge ambulatoire et à domicile.

La phase de programmation doit être le moment de réfléchir à une amélioration des organisations et devra déboucher sur les changements effectifs d'organisation avant le déménagement. De la capacité des professionnels à se projeter dans une organisation médicale performante dépendra la réussite du projet architectural.

Une politique de gestion des ressources humaines, fondée sur la conduite de projet *sous l'égide d'un chef de projet*, le respect des objectifs financiers, la conduite de changement, le management participatif est sans doute une des clés du succès de la mise en place de la rationalisation de l'organisation des soins et de la modernisation des infrastructures et des équipements.

Cette dynamique peut également constituer un levier fort pour la mise en place des contractualisations internes et des contrats d'objectifs et de moyen.

Tous les établissements du groupe de travail ont porté une attention particulière à la gestion du projet par l'identification d'un chef de projet et à la gestion du changement, gage d'une intégration réussie dans un nouveau cadre de travail. (fiche technique n°3)

Un projet stratégique d'un établissement de santé doit s'inscrire dans le cadre de la politique de santé, être en cohérence avec les orientations régionales du SROS et répondre aux besoins locaux en participant aux réseaux de santé et en développant des modes innovants de coopérations dans les domaines sanitaires et médico-sociaux, techniques et logistiques.

La notion de « regrouper, mutualiser, rationaliser, améliorer la prise en charge globale du patient en maîtrisant les coûts » est au cœur de la réflexion stratégique des établissements de santé ; le système d'information constitue un levier majeur au service de ces objectifs

Le diagnostic financier et la détermination de la performance médico-économique attendue dans un projet de construction ou de modernisation d'un établissement conduisent à définir la faisabilité d'une opération d'investissement et à en déterminer les scénarii et les différents volets devant figurer dans le plan pluriannuel d'investissement.

La réussite d'un projet est liée à la mise en œuvre d'une méthodologie de gestion de projet et à une participation coordonnée des acteurs. Le projet médical, le cadrage des capacités et la définition des organisations doivent être finalisés au plus tard pour l'avant projet sommaire. Les médecins, architectes, ingénieurs, directeurs et personnels hospitaliers doivent travailler ensemble pour construire un hôpital moderne et adapté aux besoins.

Fiche technique n° 1

Impact de la tarification à l'activité sur l'organisation des établissements de santé

Le déploiement de l'outil de Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et la mise en place de la Tarification à l'Activité mettent en avant la logique des recettes. A partir de 2004, la qualité, l'exhaustivité et la valorisation du recueil de l'activité deviennent des axes majeurs d'organisation.

Les cliniques ont compris cette nécessaire évolution et ont réaffecté une partie de leurs "facturières" vers les Départements d'Information Médicale, garants de la qualité et de l'exhaustivité du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) et de la CCAM.

Cette évolution, également inéluctable pour l'hôpital public et les PSPH, amène à considérer l'accueil administratif décentralisé dans les pôles comme une solution de proximité d'autant plus efficiente qu'elle redistribue les tâches entre les agents administratifs et les secrétaires médicales.

Côte à côte, les agents affectés à l'accueil et à la gestion des patients peuvent ainsi présenter dans une unité de lieu un point d'entrée et de sortie pour des consultations externes, des hospitalisations de jour, des hospitalisations de semaine ou des hospitalisations complètes.

C'est à partir de ce point que le circuit virtuel du patient peut alors être activé. La qualité de l'identité qui y est récoltée est un élément clef pour la suite d'un parcours qui réclame de multiples images, examens, commandes, documents et qui est suivi par l'identité vigilance, l'hémovigilance, la pharmacovigilance et la facturation.

Le système d'information vient, dans cet environnement, apporter de l'efficacité et de la sécurité pour permettre au personnel de se consacrer à la qualité des soins et du séjour.

Construire un pôle dans cette perspective, c'est projeter une nouvelle organisation qui facilite le traitement des flux, regroupe et simplifie les fonctions d'accueil. Au-delà des locaux proposés par l'équipe de Maîtrise d'œuvre, chaque établissement a pour charge de trouver les tailles critiques qui, dans un cadre budgétaire limité, permettront d'optimiser les ressources en personnel. La combinaison des locaux, des outils informatiques et la simplification des tâches administratives visent à canaliser les parcours du patient et du consultant.

Le principe nouveau d'une corrélation des dépenses et des recettes remet donc au centre de l'organisation la connaissance précise et fiable de l'activité. Dans le cadre de la réforme de la T2A chaque établissement doit offrir au patient un circuit lisible, au personnel une organisation cohérente et par le Système d'Information Hospitalier, une information de qualité.

Fiche technique n° 2

Projet médical, projet de soins.....vers le projet du patient

Donner des soins et accompagner des personnes hospitalisées est une finalité pour tous. Une des conditions de la réussite du travail est d'avoir un projet, des objectifs communs connus de tous les personnels concernés. Dans une organisation aux prises avec le changement, le sens du travail doit être défini collectivement. Pour motiver les acteurs, il faut établir un lien entre les valeurs des professionnels et leurs activités quotidiennes. Ce pont est essentiel afin de créer du sens au travail et de la motivation. L'évolution des textes législatifs et des structures avec une organisation en pôles est une opportunité pour réfléchir, dialoguer et proposer ensemble la rencontre des projets. C'est aussi l'occasion d'analyser les différentes approches sur la manière de soigner et de poser la question : « qu'est-ce que soigner aujourd'hui, dans une collaboration interdisciplinaire ? »

Analyse contextuelle

Depuis une vingtaine d'années, les malades sont de mieux en mieux traités grâce à l'avancement des techniques et des progrès de la recherche. Le système de soins est centré sur la maladie mais la pression grandissante des usagers, renforcée par la loi de mars 2002, amène à changer de paradigme. Il n'y a pas d'un côté le projet médical et de l'autre le projet de soin, même si aujourd'hui ils restent encore perçus séparément. Le premier est plutôt orienté vers l'élaboration d'une stratégie de l'établissement, le second est plutôt centré sur la philosophie et l'organisation des soins. Leur complémentarité et leur interdépendance ne font aucun doute. Pour évaluer les besoins de la population, il est nécessaire de prendre en compte non seulement la nature des soins médicaux dont elle doit bénéficier, mais aussi la situation familiale, économique et sociale. De plus en plus s'impose la nécessité de concevoir de façon solidaire et complémentaire projet de soins et projet médical.

Le patient, un partenaire actif et responsable

La personne soignée est ainsi appelée à devenir un partenaire actif et responsable du développement et du maintien de sa santé. Elle demande à être informée sur ce qui a provoqué sa maladie et est en devoir de connaître les moyens dont elle dispose, les comportements qu'elle peut et doit modifier. L'organisation européenne des patients l'exprime ainsi « Nous avons besoin de patients plus instruits et conscients et nous devons également réduire le gaspillage actuel des soins » Il n'est pas possible de raisonner uniquement en terme de maladie mais en caractéristiques spécifiques de toute personne perçue dans sa globalité. L'évolution des concepts de santé et de maladie font passer d'un modèle uniquement biomédical à une approche bio psychosociale de la santé.

Une évolution de l'approche des soins par les soignants

Aujourd'hui, en France, le "prendre soin" (Caring) inspire de plus en plus de soignants. Ce modèle, favorisant l'approche interdisciplinaire des situations de soins, est marqué par les travaux de nombreux philosophes et repose sur un certain nombre de postulats : l'être humain est amené à prendre soin de son existence et les êtres humains prennent soin d'autrui à différents moments de sa vie. Lorsqu'ils prennent soin, les êtres humains utilisent leur personnalité de manière globale. « Prendre soin » donne le sens, aide l'autre à croître et à se développer, à déterminer les priorités de situations vécues de manière individuelle. La connaissance des relations humaines permet aux professionnels de santé de donner un sens à l'ensemble des signes observés et des informations reçues par les différents acteurs, donc de préciser, d'affiner et d'énoncer un jugement clinique.

Des projets complémentaires

La réflexion sur le projet médical, sur les stratégies hospitalières doit intégrer la stratégie de l'organisation des soins et des choix technologiques que l'hôpital doit faire. Ceci conduit à réaliser une analyse de situation afin de définir une offre globale de soins, comportant une offre médicale pouvant induire des innovations en matière d'organisation des soins. Des regroupements dans l'organisation du travail peuvent s'opérer, par exemple par la mise en place d'une complémentarité

des recueils d'informations au moment de l'accueil du patient par le médecin et l'infirmière permettant de recentrer une démarche de prise en charge médicale et soignante autour du patient.

L'articulation projet médical et projet de soin

Les approches des établissements de santé permettant l'articulation du projet médical et du projet de soins sont diversifiées. Peuvent être citées des approches :

- Par thèmes
- Par type d'unités de soins : très spécialisées ou plus transversales (aval des urgences, hôpitaux de jour, endoscopies, consultations rattachées à des unités fonctionnelles)
- Par segments d'activités médicales : cette approche favorise par exemple l'amélioration des conditions d'accueil d'une maternité en réunissant sur le site l'ensemble des activités nécessaires à la prise en charge des grossesses et des naissances quel que soit le niveau de risque anticipé pour l'enfant (des activités de gynécologie obstétrique à la néonatalogie et à la réanimation néonatale).

Ces organisations doivent se décliner en équipes médicales et para médicales incluant les assistants des services sociaux, les psychologues, etc... Ces différentes catégories de personnels doivent « penser ensemble » afin de jouer un rôle d'articulation avec des réseaux de santé ou autres modes de soins, de médiation entre le patient et sa famille, d'aider à la reprise du lien social. La création d'une interdépendance entre projet médical et projet de soins permet la démarche classique de déclinaison de ce projet commun, en axes prioritaires, puis en objectifs opérationnels pour chaque axe prioritaire, enfin en indicateurs permettant de mesurer son degré de réalisation.

Cette philosophie doit permettre de conceptualiser en même temps le projet médical et le projet de soin. « Le Projet des Patients », démarche vivante et évolutive, né de la volonté des professionnels, participe à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la reconnaissance des soignants. Les patients et les familles deviennent des co-auteurs du projet de soins et participent à sa réalisation. Le projet permet ainsi de maintenir la motivation des professionnels pour qu'ils trouvent, chaque jour, dans chaque geste, au sein de chaque parole, le sens de leur travail. Ils coproduisent ainsi cet état de mieux être recherché.

Fiche technique n° 3

Le Chef de Projet

Mots clés : vision transversale, management, maîtrise d'ouvrage

Objectif du chef de projet : répondre aux objectifs du projet en optimisant le triangle coût / ressources/ délais, pour le patient, avec l'ensemble de la communauté de soin

Le chef de projet doit maîtriser un certain nombre de paramètres en amont du projet :

- avoir connaissance de l'organisation hospitalière interne et externe.
- avoir des notions sur le territoire de santé, l'évolution démographique et les besoins de santé.
- avoir des idées en matière de veille stratégique, de prospective des organisations...
- connaître la situation de l'établissement dans son environnement concurrentiel, dans le SROS...
- savoir comprendre et analyser les données (PMSI, AGHN, bases de données multiples).
- avoir connaissance des projets de l'institution (Projet d'Etablissement et projet médical, projet de gestion, projet du SIH, projet de soins...)
- connaître l'historique des projets et des programmes.
- visiter et prendre connaissance des sites ayant des projets équivalents, avoir des réseaux d'information, et savoir utiliser le « bench-marking »
- appréhender son champ décisionnel, avoir connaissance et accès au circuit décisionnel.
- être capable d'évoluer et d'accepter le changement.
- avoir un lien direct avec le chef d'établissement et travailler en partenariat.
- effectuer les validations et être reconnu par les différents partenaires internes et externes.
- avoir une capacité de contrôle.

Le chef de projet doit avoir la capacité de manager les équipes de projet, les consultants externes, les conducteurs d'opération, les assistants au maître d'ouvrage, la maîtrise d'oeuvre, les entreprises, les fournisseurs. Il doit sentir les points de blocage à l'intérieur des équipes et entre les équipes, gérer le temps et le travail, avoir une traçabilité des décisions, des réunions et procéder au contrôle de réalisation des objectifs.

Le chef de projet doit en outre :

- maîtriser les risques et certains aspects techniques et juridiques (code des marchés publics, urbanisme, incendie...)
- prendre en compte les aspects financiers : coûts d'investissement et d'exploitation
- sentir les points de blocage en fonction du calendrier et du contexte
- s'organiser pour gérer l'urgence
- concevoir et maîtriser les réserves dans le projet
- recentrer, prioriser en fonction des étapes et des interlocuteurs
- mettre en place un calendrier prévisionnel du déroulement des phases et des enchaînements.

Le chef de projet doit communiquer :

- informer la hiérarchie
- communiquer en interne (instances, conférences, site intranet, événementiels...)
- communiquer à l'extérieur (les riverains, les élus, les collectivités, les tutelles ...)

Le chef de projet doit conserver l'objectif de satisfaction des utilisateurs du projet, accompagner des phases d'équipements hôtelier et biomédical, concevoir le SIH et anticiper l'après projet (déménagement, pratiques et coûts d'exploitation)

« A défaut de trouver un mouton à cinq pattes le chef de projet doit être posé sur ses quatre pattes, savoir déléguer et renforcer ses compétences autant que de besoins. Il n'est qu'un des porteurs mais doit concevoir toutes les tâches de sa fonction. ».

LA STRATEGIE D'ORGANISATION PAR POLES

Principes généraux d'organisation par pôles d'activité au sein de l'établissement de santé

L'exercice difficile qui va du principe de création d'un pôle d'activité jusqu'à la pratique quotidienne et le service rendu au patient peut avoir de multiples origines. Dans tous les cas, il aura suivi une chronologie et des évolutions que l'analyse des treize projets a permis de synthétiser.

L'organisation par pôles va permettre de décroquer l'hôpital tant sur le plan des disciplines et des services que sur celui de la stratification des modes décisionnels entre administratifs, médecins et soignants. Le pôle doit être conçu comme un ensemble humain tourné vers des objectifs communs et doit être un facteur d'adhésion et de fédération. Il doit donc, non seulement disposer d'instances de participation propre (conseil de pôle) mais se traduire aussi par une direction homogène entre le responsable de pôle, le cadre supérieur de santé coordonnateur, le référent de la direction de l'hôpital d'une part et par un projet stratégique et managérial d'autre part. Ce projet, qui doit être formalisé et intégré dans le projet stratégique de l'hôpital, sera un élément déterminant de tout programme architectural ou organisationnel. Il permet de hiérarchiser les priorités en fonction des objectifs retenus avant tout médicaux, scientifiques et qualitatifs en matière de prise en charge des patients et de prestations. Chaque pôle doit être animé par une réflexion d'ordre médical et général.

Si la mise en place des pôles présente pour l'hôpital une opportunité quant à l'évolution des modes de management et de gestion, elle concerne aussi la structuration de l'espace, des circulations et des flux. Elle dessine une nouvelle conception organique de l'hôpital.

La structuration de l'espace, le regroupement de services ou d'unités fonctionnelles ou leur mise en communication par une rationalisation des circuits présentent un avantage indéniable. Il est difficile d'envisager des pôles dispersés même si, sur le papier, les entités qui les composent ont des activités et des procédures communes car les gains obtenus dans la mutualisation des moyens, la simplification des circuits patients ou matériels seraient nuls. Le regroupement spatial permet de créer une synergie avec les autres grands dossiers hospitaliers que sont les vigilances, la gestion des déchets, la gestion des approvisionnements et des médicaments...

Un exemple type est la dispensation individualisée des médicaments par la pharmacie qui n'est concevable que dans des ensembles ayant une taille critique suffisante. Le regroupement des surfaces de stockage engendre des gains de locaux de même qu'une réception commune des prélèvements. L'accueil commun des patients et des tâches médico-administratives en amont (secrétariat, archives) génèrent des gains qualitatifs (extension d'horaire, procédures unifiées). De ce point de vue, la réflexion par pôle doit s'appuyer sur un recensement précis de toutes les activités susceptibles d'être mutualisées et de toutes les procédures susceptibles d'être unifiées. En cela, toute réflexion pratique préalable à la mise en œuvre des pôles et à la réalisation architecturale est déjà une réflexion stratégique et managériale.

La réflexion initiale doit enfin intégrer des aspects parfois négligés tels que l'ergonomie des postes de travail, des circulations, de l'accessibilité des locaux et ce d'autant plus que sont recherchées des logiques de regroupement. L'avènement des pôles passe par l'adhésion des personnels qui doivent en percevoir concrètement l'intérêt grâce à un contexte peut-être moins hiérarchique mais également à une meilleure économie des déplacements et des présences. Le pôle ne doit pas être vécu comme une décision médico-administrative visant à

augmenter la productivité du personnel et donc comme un facteur unique de flexibilité et de contraintes supplémentaires. De ce point de vue, il est souhaitable que le projet de pôle aborde la gestion du personnel (horaire, suppléance...) comme celle de la permanence des soins.

En résumé, le projet de pôle définit dans le cadre d'une réflexion médicale et stratégique, un schéma fonctionnel aux multiples aspects : gestion des patients, procédures de prise en charge harmonisées, gestion des moyens, regroupement et aménagement des locaux, système d'information, flux et circuit, ergonomie. C'est cet ensemble qui permet d'établir le lien entre pôle et organisation de l'espace.

Démarche et logiques de regroupement par pôles d'activité

L'importance du sujet rend inévitable la mise en œuvre d'une démarche projet à deux niveaux ; celui de l'hôpital et celui des pôles. La démarche est complexe puisqu'elle intègre des échanges continuels entre les deux niveaux, des conflits éventuels et des arbitrages, pendant un laps de temps suffisamment long pour que les choix définitifs soient issus d'une maturation approfondie du projet. En schématisant une démarche à trois temps apparaît :

- Un cadrage général défini par le conseil exécutif, débattu devant les instances, approuvé par le CA
- Une réflexion et des propositions définies dans chacun des pôles.
- Un projet définitif élaboré par le conseil exécutif

Le cadrage général

Le cadrage préalable intègre les fondamentaux que sont les options médicales, logistiques et donc stratégiques de l'hôpital et ses contraintes financières et architecturales. Il évite le risque de retour vers une logique de service en définissant les modalités de mutualisation des pôles. Il comprend notamment les missions, le contour des pôles et les invariants organisationnels.

Les missions des pôles

Le pôle a un objectif de gestion qui doit être clairement identifié puisqu'il va servir de base à la contractualisation. Cet objectif de gestion implique forcément des objectifs quantitatifs d'activité et une dotation en moyens, devenus d'autant plus impérieux dans le cadre de la T2A, et des objectifs qualitatifs type références de l'accréditation (indicateurs d'évaluation). Il importe que ces objectifs soient clairement formulés dans le projet d'établissement.

De même, il semble déterminant que chaque pôle clinique soit équilibré en terme de poids budgétaire.

Le contour des pôles

Ce point va faire l'objet d'un développement puisque ses conséquences organisationnelles et architecturales sont fondamentales. Les pôles se constituent sur des fondements médicaux, pour la prise en charge du patient, mais aussi sur des principes de distribution, de regroupement logistique et d'appropriation géographique des espaces. Plusieurs « lectures » du pôle peuvent être faites permettant de passer au tamis le premier choix de création (organe, DMS...) puis de prendre en compte les autres principes (capacité à absorber les consultations externes, proximité des plateaux techniques requis, circuit des ambulanciers...). S'organiser autour d'une logique médicale et organique, du circuit patient, du plateau technique, toutes les options sont bonnes dès lors qu'elles correspondent aux axes de développement de l'hôpital et aux missions assignées par le SROS.

Les invariants organisationnels

- La place, l'organisation du plateau technique et de la logistique
- Les réserves d'espace, les capacités évolutives
- Les recommandations pour les chambres, bureaux, réserves, salle de travail...
- Les innervations verticales et horizontales, les raccordements sur les transports automatiques
- Le système d'information...

doivent faire l'objet d'études approfondies et de choix stratégiques déterminants. Une partie de ces invariants est étudiée dans ce guide et pourra donner des pistes de réflexions.

La réflexion et les propositions de chacun des pôles

Le conseil exécutif décide des orientations stratégiques et précise les modes d'échange avec chaque responsable de pôle. Il supervise l'ensemble de la démarche et veillera à la cohérence de l'ensemble des travaux de chacun des pôles. La liaison entre les travaux menés dans chaque pôle passe par la désignation d'un ou deux membres du comité de direction pour le suivi de chacun d'eux. Quelle que soit la composition des équipes qui auront en charge les pôles, il est important que leur réflexion soit menée dans le cadre d'une démarche projet, sous-tendue par les objectifs et les orientations du projet global. Rien ne peut se substituer à la nécessaire réflexion qui devra être menée par les acteurs de pôle et notamment les chefs de service ou responsable d'unités fonctionnelles et d'encadrement. Le caractère participatif de la démarche garantit d'autant plus le bon fonctionnement du pôle et facilite sa cohésion. L'un des aspects les plus intéressants du pôle étant de rapprocher la décision de l'exécution. Le conseil de pôle est un moyen d'association naturel à la gestion du projet, même si sa lourdeur en nombre de participants peut nécessiter des modes d'expression décentralisés en se gardant de recréer une logique de service.

Le temps de la réflexion interne au pôle doit forcément s'inscrire dans une échéance contrainte et se traduire par un document programmatique, charge au comité de direction de synthétiser l'ensemble et d'établir le projet organisationnel définitif de l'établissement qui s'inscrira dans le projet architectural de reconstruction ou de rénovation, ou simplement d'aménagement de l'espace dans le cas où les hôpitaux devraient s'accommoder d'adaptations a minima.

Le projet définitif

Le projet définitif permet de faire la synthèse entre les grandes orientations et le travail effectué au sein des pôles. Il peut s'intégrer dans un cadre évolutif. Les ultimes validations externes et internes, tant au niveau des instances qu'à celui des personnels, doivent faire émerger un projet considéré comme « le plus grand dénominateur commun ». Le concours, dans le cas d'une opération d'envergure, va être lancé sur la base de ce projet devenu programme. Le choix d'un lauréat en première et seconde phase du concours sur la base de l'esquisse produite forme le dernier vrai complément de réflexion avant l'Avant-Projet sommaire. Celui-ci offre l'opportunité d'adaptations dans le projet architectural retenu. L'Avant-Projet Définitif améliore les cohérences et réalise les derniers arbitrages.

Les logiques de regroupement

Comme cela a déjà été évoqué, les logiques de regroupement vont varier d'un hôpital à l'autre, ne serait-ce que parce que les panels d'activité diffèrent et que pour prendre un exemple simple, la logique de regroupement d'un hôpital réalisant l'essentiel de son activité en urgence ne sera pas celle d'un hôpital dont l'activité est très majoritairement programmée. Mais il est évident que ce découpage devra s'appuyer sur une cohérence médicale, pas forcément organique et qui se traduira par un potentiel de ressources mutualisables (moyens humains...). On peut isoler quelques grandes tendances, même si dans la plupart des cas d'espèces, plusieurs logiques de regroupement doivent cohabiter pour des raisons tenant aussi bien à des contraintes physiques qu'à la volonté des hommes de travailler ensemble.

Le regroupement par disciplines Illustrations 1

Il a le mérite apparent de la simplicité mais il risque de ne pas entraîner de réorganisation importante et de n'apporter que peu de plus value :

Simplicité, car il correspond déjà à une certaine réalité parfois imposée par les textes. De ce point de vue, la gynécologie-obstétrique va souvent se prêter à cette logique de regroupement. Elle possède un plateau technique et des équipements propres, l'obligation de disposer de ses propres équipes en bloc et en salles de naissance. Elle intègre généralement un service de PMI. Elle est dominante en poids budgétaire et humain dans un grand nombre d'hôpitaux. Une logique de regroupement par discipline peut être envisagée dans le cadre de la chirurgie s'il est prévu une gestion commune des blocs. La pénurie de personnel spécialisé (IADE, IBODE) comme celle de chirurgiens milite pour cette idée. Elle permet éventuellement de rentabiliser des équipements et les ressources humaines, notamment pour les gardes coûteuses. De ce point de vue, un pôle chirurgie est indéniablement intéressant pour des établissements de taille moyenne et devant répondre à une activité d'urgence par nature impossible à réguler.

En revanche, le pôle médecine devra souvent être scindé car dans ce type de découpage, il va en général disposer d'un potentiel de lits et de moyens supérieurs à l'obstétrique et à la chirurgie.

Par ailleurs, le découpage MCO ne règle pas des questions de fond comme le positionnement de l'urgence (accueil et aval) et dans une moindre mesure de la pédiatrie voire de la psychiatrie. Il n'apporte aucun gain en matière de regroupement par type d'activité (jour, semaine) et donc notamment dans la gestion du plateau technique, à l'exception des blocs. Il ne change pas les habitudes de travail et ne pousse pas à l'innovation. Il reste néanmoins une solution intéressante pour des sites de taille moyenne qui doivent de plus en plus répondre à une mission de service public. Dans ce cas, il tirera la structure de plus en plus vers l'urgence et les réseaux. Il s'accompagnera donc d'un travail en interne pour banaliser au maximum les lits de plus de 24 heures et d'un travail en externe pour les prises en charge spécialisées dans le cadre de réseaux.

Le regroupement par type de population Illustrations 2

Ce type de pôle offre l'avantage de regrouper sur un seul site des disciplines voisines et complémentaires. Il possède ses moyens propres et permet une mutualisation des moyens techniques et humains. De même, certains types de populations qui présentent des pathologies

particulières ou des pathologies chroniques nécessitent d'être regroupés dans des secteurs ou des structures bien identifiées tout en pouvant bénéficier des prestations du plateau techniques et des services de l'établissement MCO à proximité. Peuvent être citées en exemple la psychiatrie et la gériatrie.

Le regroupement par organe ou par spécialité illustrations 3

Il s'intègre bien dans une tradition scientifique et universitaire qui a segmenté les savoirs et les pratiques. De ce point de vue, il s'agit plutôt de rapprocher les disciplines : la chirurgie viscérale rejoint la médecine hépato-gastro-entérologique, endocrinienne pour créer un pôle digestif ; l'orthopédie et la rhumatologie s'unissent dans un pôle locomoteur. La neurologie, l'ORL voire l'ophtalmologie se regroupent autour de la tête. En fait, ce type de regroupement existe déjà dans les CHU par l'intermédiaire de fédérations médicales associées ou de fédérations de gestion commune. Le regroupement par organe a le grand mérite d'entraîner en général l'adhésion du corps médical, dans la mesure où il en est souvent l'instigateur. Il structure bien la stratégie médicale de l'hôpital et donc est un facteur de cohésion de l'ensemble puisqu'il permet de trouver des logiques fédératrices dans la pratique médicale (axes de recherche, protocoles communs) comme dans celui de la gestion (plan de formation...).

Mais, à l'inverse du regroupement par discipline, il correspond plus particulièrement à des sites importants dotés d'un fort niveau de spécialisation. Il est très bien adapté à l'activité programmée ou à des activités lourdes peu fréquentes mais mobilisatrices de moyens (greffes d'organe...). L'organisation centrée sur l'organe épouse bien la logique des CHU et est adaptée aux nécessités de la recherche et de la formation médicale spécialisée. Elle a été adaptée aux établissements dans lesquels les activités sont majoritairement programmées.

Dans un établissement non CHU de taille moyenne prenant en charge une variété importante de pathologies, le regroupement selon une logique d'organes peut être retenu si le seuil d'activité est pertinent. Il peut aussi présenter un certain nombre d'avantages pour les médecins mais aussi pour les patients. *Le postulat doit être que les médecins et chirurgiens spécialistes de l'organe travaillent en équipe et en totale confiance.*

Cela permet une prise en charge médico-chirurgicale coordonnée et cohérente, le maintien des patients dans un espace unique et dédié, une programmation des explorations fonctionnelles et des examens complémentaires ordonnée et logique, des décisions thérapeutiques concertées. Une saine gestion du pôle et une mutualisation des moyens humains peut permettre d'augmenter l'activité et de dégager des recettes supplémentaires.

A contrario, le regroupement par organe risque de conduire à négliger tous les aspects de coordination générale de soins et de prise en charge globale du patient, comme celle des sujets âgés souffrant de poly pathologies. Il peut aussi s'opposer aux besoins des services d'urgence, en limitant les lits à quelques spécialités dans une aire donnée. Dernier point important, il nécessite une gestion objective du plateau technique car chaque pôle clinique aura tendance à vouloir le spécialiser à son profit. Si ce dernier risque est très peu vraisemblable dans le contexte actuel, il n'en demeure pas moins que le découpage des pôles par organe change l'échelle du service mais peut rester dans une logique territoriale et individualiste.

De ce point de vue, il correspond à une étape incontournable dans certains grands établissements du type CHU, ou dans des établissements très spécialisés.

Le regroupement par mode de prise en charge Illustrations 4

Dans la mesure où il part de la prise en charge des patients, ce mode de regroupement a déjà le mérite de simplifier les circuits et de normaliser les procédures. Son intérêt majeur réside bien sûr dans son potentiel de mutualisation des moyens et d'optimisation des surfaces. En regroupant les consultations, les hôpitaux de jour, de semaine et les lits de plus de 24 heures, la gestion du personnel est simplifiée et plus économique. Le bénéfice est direct en hospitalisation, car on peut fermer des demi ailes ou des demi étages la nuit ou le week-end. De même les prestations logistiques, les transports sont mieux assurés, la gestion des risques est améliorée. Parmi les difficultés évidentes à mettre en place cette logique de regroupement, on retrouve le poids historique des services et des traditions hospitalières. Car, il s'agit du type même d'organisation le plus éloigné de la logique organique ou de service. Il ignore d'emblée la notion de territoire et d'appartenance des lieux. Il bat en brèche le lien du personnel avec le service et le contenu souvent affectif de ce lien.

Les contempteurs de ce type d'organisation sont bien souvent les médecins, outre qu'il consacre la fin de la notion de service, il leur impose des déplacements fréquents et une discipline rigoureuse dans la gestion des dossiers médicaux, des prescriptions. De même le personnel non médical n'y est pas toujours favorable car il a souvent choisi un service plutôt qu'un autre pour des raisons personnelles et il peu sensible à des arguments de gestionnaire. L'encadrement n'y retrouve pas non plus ses marques, car cela suppose une remise en question de ses fonctions et la création d'équipes de cadres plus large dans lesquelles chacun doit retrouver sa place.

La logique de regroupement par mode de prise en charge va donc demander une préparation et une pédagogie longues de la part des conseils exécutifs. Il faut que cette préparation s'accompagne d'une mise en condition importante faisant apparaître les gains de cette logique et parfois son caractère incontournable pour maintenir certaines activités. Il faut rappeler qu'elle est l'une des rares opportunités qui s'offre pour développer l'activité sans gros moyens supplémentaires, qu'elle répond à la demande des patients qui plébiscitent l'hôpital de jour, à celle des urgences qui ont besoin de lits d'aval. Il est évident que la logique par type de prise en charge et sa variante représentée par la logique de flux, représente sans aucun doute l'avenir au regard des contraintes imposées par la démographie médicale et le coût des activités de diagnostic et de soins. Elle va donc être prépondérante dans les projets de constructions. Une construction neuve, prenant en compte l'ergonomie du travail et les besoins en surfaces favorise l'acceptation d'une logique de pôle par mode de prise en charge. Le sujet peut être plus compliqué si le projet ne concerne qu'une redistribution des espaces sans plus value architecturale.

La logique par flux Illustration 5

Elle s'apparente à la logique par mode de prise en charge, mais elle va encore plus loin en distinguant « flux programmé » et « urgence ».

Ce schéma oriente inévitablement le découpage vers un pôle urgence unique et un ou plusieurs pôles médico-chirurgicaux tournés vers l'activité programmée. Il présente une difficulté majeure, celle du statut des lits conventionnels de plus de 24 heures dès lors qu'ils ont vocation à accueillir des urgences comme des patients programmés. En fait, entre les deux extrêmes qui sont : tous les lits *de plus de 24 heures* sont susceptibles d'accueillir des

urgences et les urgences sont dotées uniquement d'une unité d'aval dédiée, et rien d'autres, il faut promouvoir des solutions intermédiaires du type accord formel garantissant de la part du ou des pôles programmés un quota de lits pour l'accueil des urgences. Autre difficulté à noter, la problématique chirurgicale relève aussi bien de l'urgence que du programmé, sachant qu'il est impossible de scinder l'activité chirurgicale en termes de moyens humains. Là encore, un accord formel est souhaitable pour garantir un service minimum de la chirurgie dédié aux urgences.

La logique par flux est pertinente du point de vue de la structuration de l'espace, elle permet de réserver des espaces adaptés à certaines fonctions (attente, accueil, ...) à mieux penser la circulation des patients, la circulation des approvisionnements... Elle peut être corrélée avec la logique par compétence, dans la mesure où elle est fortement dépendante du plateau technique qui génère la majeure partie des flux de patients dans l'hôpital. Dans ce cas, elle peut conduire à répartir le plateau technique entre les pôles cliniques, mais cela ne semble concevable que dans des sites de grande taille avec par exemple, une partie de la radiologie dans un pôle locomoteur, une autre dans un pôle viscéral. Dans cet ordre d'idée et dans l'optique du découpage par mode de prise en charge, le plateau technique in vivo (imagerie, endoscopie, exploration fonctionnelle) peut être intégré dans un pôle spécialisé, surtout s'il est tourné vers l'ambulatoire et la pratique des bilans. Pour pallier les problèmes de rentabilité liés aux équipements ou aux présences de personnel spécialisé, un pôle ambulatoire intégrant le plateau technique peut devenir un axe fort de développement d'une structure hospitalière, d'autant que ce type de logique se conjugue bien avec celle des réseaux qui doit être privilégiée.

La logique par compétence

Elle conduit à regrouper en pôle les services ou les secteurs sur la base des compétences professionnelles. Le type même de cette logique est illustré par le pôle laboratoire (Cf. chapitre sur les laboratoires). Dans ce cas d'espèce, la logique de compétence présente des atouts et permet de mutualiser des techniques (biologie moléculaire) et des moyens humains (garde commune, laboratoire multidisciplinaire). Elle est adaptée à des activités qui disposent d'un seuil critique suffisant et exclut les unités spécialisées de petites tailles. Elle ne favorise pas non plus le décloisonnement de l'hôpital. En fait, elle correspond bien à certains secteurs transversaux mais ne peut être considérée comme un dénominateur commun suffisant dans le découpage d'un hôpital.

La logique client - fournisseur

Elle est voisine de celle par compétence mais a l'intérêt de faire émerger la notion de prestataire et donc de pousser la réflexion sur la qualité des prestations, leur délai... C'est un complément de réflexion à mener pour assurer au mieux les liaisons entre les pôles cliniques et le plateau technique, les services techniques, logistiques, administratifs. La relation client – fournisseur va évoluer notamment par l'implantation du système d'information, par la gestion des approvisionnements et des stocks. C'est cette évolution qu'il faut maîtriser dans une opération architecturale. Cette logique possède un intérêt indubitable pour optimiser la gestion d'un plateau technique (imagerie, explorations, consultations). Elle permet d'optimiser la prestation qui met en jeu les moyens humains et matériels coûteux, en bâtissant des schémas d'organisation et de relations interservices performants.

Les autres logiques

D'autres critères peuvent accompagner les choix retenus comme l'organisation du travail (service en continu et service à horaire fixe), le type de population pris en charge (adulte, enfant) mais ils ont plutôt un caractère spécifique.

Le regroupement par pôle ne peut en tout état de cause répondre à tous les paramètres permettant d'optimiser à la fois la prise en charge du patient, la gestion des moyens, les objectifs de sécurité et de qualité. La réflexion par pôle doit induire une réflexion inter pôle qui se traduit dans l'architecture et dans les protocoles de coopération entre pôles et dans les liens que peuvent également tisser les pôles avec les réseaux de soins externes tels la médecine de ville, les structures de soins de suite, l'hospitalisation à domicile... La prise en charge des pathologies cancéreuses illustre bien cette nécessité, car la création d'un pôle « oncologie » dans un hôpital regroupera difficilement la totalité des disciplines concernées et l'ensemble des moyens concourant à une prise en charge de plus en plus globale du patient. La définition des critères permettant le meilleur découpage possible d'un hôpital en pôle doit s'accompagner d'une réflexion sur les modes de collaboration entre les pôles, sur les modes de coopération entre les pôles et les partenaires extérieurs.

Le regroupement par pôle pourra rarement être guidé par un critère unique. Le pôle doit intégrer un critère dominant de type médical ainsi que le circuit du patient et les critères complémentaires liés aux exigences de qualité et de sécurité sanitaire. Il doit s'adapter au profil de l'établissement et s'appuyer sur quelques règles :

- **Mutualiser les ressources médicales et soignantes**
- **mutualiser et regrouper les dispositifs coûteux du plateau médico-technique**
- **définir les tailles critiques, de l'unité de soins jusqu'à la taille du pôle**
- **définir les règles de gestion du pôle**
- **réfléchir sur les articulations entre les pôles et sur les collaborations avec les réseaux de soins externes.**

Outre sa propre organisation qui doit répondre à la cohérence fonctionnelle liée à son activité, le pôle doit s'implanter dans l'organisation spatiale globale de l'établissement de santé, avec des objectifs de fonctionnement dictés par les proximités ou les contiguïtés induites par l'activité.

Les unités fonctionnelles doivent se regrouper en pôles, avec une volonté de travail en commun fondée sur des objectifs clairs, c'est pourquoi le travail de maturation des acteurs de chacun des pôles est très important.

LA STRATEGIE ET LA PHASE DE PROGRAMMATION : QUELQUES REFLEXIONS AUTOUR DE LA DEMARCHE GLOBALE D'UN PROGRAMME

Du projet d'établissement au projet architectural

La problématique de l'évolution d'un hôpital passe par des réflexions « stratégiques » indispensables pour aboutir avant le projet architectural, à une formalisation des idées, des objectifs et des exigences à travers le programme.

C'est le processus normal pour une opération d'investissements en construction neuve ou en restructuration d'un établissement hospitalier qui doit rédiger son programme à partir des objectifs du Projet Médical précisé dans le Projet d'Etablissement et parfois dans son Plan Directeur. Ceci montre l'enjeu qui est lié à la bonne réalisation du programme.

Le travail de programmation est assuré par une personne (programmiste) ou une équipe chargée d'une mission d'assistance à maître d'ouvrage pour la programmation. L'assistance est assurée au cours des différentes étapes de la programmation. Les acteurs de la programmation sont chargés d'élaborer le programme à partir des objectifs du maître d'ouvrage et des besoins identifiés de l'ensemble de l'établissement.

Ces besoins doivent être identifiés hiérarchisés et intégrer les besoins transversaux. Le programmiste est chargé de recueillir les besoins et attentes des structures et des usagers, de définir les objectifs et performances à atteindre selon les directives du maître d'ouvrage, la prise en compte des contraintes etc... Les missions qui lui sont confiées peuvent être prolongées durant la phase de conception afin de vérifier l'adéquation de la réponse du projet avec les objectifs et besoins que l'opération doit satisfaire.

La maîtrise d'ouvrage

Le Maître d'Ouvrage doit avoir une compréhension globale de son projet, il doit :

- connaître son établissement (concurrence, activité, culture interne...)
- savoir aller du « général au particulier », ne pas sauter les étapes.
- communiquer, savoir recevoir les messages des experts et favoriser les échanges transversaux entre eux, savoir-faire « passer » l'information.
- décider des options qui impacteront le long terme et feront l'objet d'un chiffrage et d'une réalisation échelonnée dans le temps.

Le rôle du Maître d'Ouvrage dans la réalisation et le suivi du projet

S'il y a différentes façons de faire le programme, elles requièrent toutes, la mise en place de trois pilotages :

1. la gestion de l'information interne et externe.
2. la gestion des groupes de concertation.
3. l'arbitrage et la prise de décision.

Le pilotage doit être réalisé dès la programmation par un chef de Projet identifié et compétent, qui aura pour mission d'assurer une dynamique, une animation, une coordination et une synthèse des informations permettant l'élaboration et le suivi du Projet.

Le programme

Depuis quelques années, le Programme change de contenu et de forme, sous l'impulsion du Maître d'Ouvrage qui désire obtenir très rapidement une illustration et un coût estimatif du projet.

Des textes réglementaires en application des orientations du plan hôpital 2007 offrent la possibilité de montages différents.

Le programme et le mode de montage choisi

Différents textes définissent le contenu du Programme. Cependant, il y a lieu de tenir compte du mode de montage de l'opération qui a été retenue : « classique », « Conception Réalisation », « Partenariat Public Privé ».

C'est ainsi qu'un certain nombre d'exigences ou de performances ne seront pas décrites de la même manière selon les niveaux des prestations.

De même, la livraison des ouvrages, leurs performances, la liste des équipements médico-techniques, l'exploitation et la maintenance seront intégrées ou non suivant le montage choisi.

Les différentes formes de montages juridiques sont :

La Loi MOP, forme du montage classique :

L'élaboration du programme est réalisée par un programmiste qui aboutit au concours d'architecture et ensuite à un contrat de Maîtrise d'Oeuvre. Dans ce cas, la personne responsable du marché (PRM) passera un marché ou deux marchés avec des entreprises et des équipementiers pour la réalisation du projet. L'Exploitation et la Maintenance sont assurées par le Maître d'Ouvrage.

« L'étude de définition » constitue une variante de ce montage :

Le Maître d'Ouvrage établit un macro-programme pour cadrer ses objectifs majeurs pour ensuite, dans le cadre d'un appel à candidature, lancer une compétition auprès de plusieurs équipes de Maîtrise d'Oeuvre. Celles-ci intégreront, autour de l'architecte concepteur, des bureaux d'études, des consultants, des programmistes... A l'issue de ce concours un Maître d'Oeuvre est retenu, son contrat se place dans le cadre de la loi MOP. La Réalisation, la Maintenance et l'Exploitation resteront de forme classique.

La Conception - Réalisation :

C'est un marché passé, après mise en concurrence, avec un groupement formé de l'entreprise mandataire et d'une équipe de Maîtrise d'Oeuvre intégrée. La réalisation de l'opération pourra être accompagnée de la maintenance de certaines installations techniques.

Le Partenariat Public Privé (PPP) constitue la forme la plus évoluée. A partir d'un Programme Technique des besoins établi par le Maître d'Ouvrage et son programmiste, sont mises en compétition les équipes élargies pluridisciplinaires qui pourront assurer une offre incluant un *Programme Technique Détaillé, des études de conception et de construction, la réalisation et*

le bail d'exploitation. La maintenance et l'exploitation sont assurées par le bailleur et pour partie par le Maître de l'Ouvrage.

Ces différents modes de conception du programme sont nés de la nécessité d'un dialogue favorisant sa mise au point. En effet, on retrouve dans les différents montages une évolution d'un processus d'élaboration du Programme, avec :

- sur les bases d'un pré-programme, le lancement du concours.
- un marché de définition permettant d'éclaircir la demande.
- un dialogue compétitif apportant une réponse globale.

Les architectes des espaces hospitaliers, estiment pour la plupart d'entre eux, que le Programme et la forme du Programme Technique Détaillé (PTD), tels qu'ils les pratiquent à travers le concours d'architecture et ensuite au cours des études du projet, doivent évoluer pour permettre au concepteur une plus grande marge de manœuvre dans les concepts d'organisation.

Néanmoins, si le concepteur peut avoir la liberté à travers le Programme de faire évoluer des modes d'organisation, il ne pourra le faire qu'à travers une rédaction claire et précise des volontés du Maître d'Ouvrage car c'est lui qui doit avant tout exprimer ses objectifs en terme d'organisation.

La rédaction du Programme sous forme normative ou d'un Programme de besoins en terme de locaux et de surfaces, n'est qu'un accompagnement indispensable, mais relativement secondaire, par rapport aux volontés des modes d'organisation que seul le Maître d'Ouvrage et ses équipes peuvent imaginer pour l'avenir de leur établissement. C'est ensuite à l'architecte concepteur d'imaginer les espaces et les relations entre eux pour une fonctionnalité optimale, afin d'atteindre les objectifs d'organisation, de prise en charge, de confort et d'économie de moyens.

A la question « Quel programme ? », il faut considérer que chaque établissement a sa spécificité. Il n'y a pas de modèle et la réflexion doit s'appuyer sur des fonds communs ou des fondamentaux mais également sur le diagnostic de l'établissement, sur ses points forts et ses points faibles, ses dysfonctionnements, sur la potentialité spatiale des existants et plus largement sur son cadre régional et local. Tous ces paramètres permettent de décliner les choix stratégiques du projet.

Le programme puise ses sources dans le projet d'établissement

Le plan stratégique (quand il y a plusieurs sites) définit les organisations d'ensemble, le devenir des sites, l'affectation des activités par site et éventuellement les nouveaux sites.

A l'intérieur du Projet d'Etablissement, *le Projet Médical*, prenant en compte le contexte, définit les modes de prise en charge, les groupements de discipline, les « Pôles » d'excellence, les tailles « critiques », le programme capacitaire.

« *L'étude d'urbanisme* » est déterminante et doit s'intégrer dès le départ dans la réflexion programmatique afin d'apprécier la place de l'hôpital dans la ville, quelles sont les contraintes locales, les planifications d'aménagement du territoire local et régional ainsi que les grands axes de développement environnant qui induiront le projet architectural.

Les dispositions du « Plan Local d'Urbanisme » (PLU) devront être respectées. Parfois, c'est le Projet de l'hôpital qui influencera l'établissement du P.L.U. et de son plan d'aménagement et de développement.

Le Plan Directeur recense l'existant, explore les potentialités et définit les « devenirs » possibles des bâtiments sur le ou les sites, car il organise l'arborescence des décisions qui feront que la réalisation du Projet ne sera pas séquentielle. Elle pourra intégrer les aléas et les fluctuations des contraintes qui ne manquent pas de s'imposer au long d'une réalisation complexe, car elle revêt de nombreux aspects complémentaires mais parfois contradictoires. Les autres projets qui s'intègrent dans le Projet d'Etablissement, comme le projet des systèmes d'information et le projet logistique seront évidemment exploités.

Que doit-on trouver dans le programme ?

Le Programme qui s'appuie sur les acquis du Projet d'Etablissement doit actualiser les informations et les développer afin de tenir compte de l'évolution des réflexions et de l'évolution réglementaire. Le Programme doit préciser :

- la définition du contexte de l'opération avec les éléments structurants ou « invariants », comme la gestion et la séparation des flux : flux des urgences, flux des patients couchés, flux des consultants, flux des matières, flux des visiteurs, flux des personnels, ses lignes de force, l'écriture des organisations et des fonctionnalités.
- les logiques organisationnelles qui répondent à la stratégie de l'établissement peuvent s'écrire comme une réponse hors texte, logigrammes, schémas et bilans de surfaces pour un besoin défini avec les utilisateurs.
- l'aspect technique qui fera l'objet d'une écriture spécifique pour des exigences et des performances à atteindre au niveau de l'ensemble des prestations et des installations nécessaires au fonctionnement.
- l'écriture des exigences techniques ou des spécifications techniques détaillées, peut présenter une écriture différente en fonction du type de procédure retenue.
- le volet « Contraintes Opérationnelles » avec le phasage, les délais et les coûts qui logiquement doivent s'inscrire dans le cadre du Plan Directeur.

Les qualités d'un programme

Le Programme doit présenter une vision globale d'organisation et non une juxtaposition des demandes. C'est de cette façon que l'on peut mutualiser et obtenir une rédaction « ouverte » des besoins. L'implication plus ou moins grande des utilisateurs traduit « les capacités à entreprendre » de l'établissement. Pour élaborer le Programme, les modes couramment pratiqués s'élaborent à partir :

- de l'expertise issue des entretiens du programmiste avec les groupes de réflexion
- des résultats de la concertation issue des groupes thématiques (Hébergement, Pôles, plateau technique...)
- du travail en comité restreint, comme par exemple avec le Comité de Pilotage.

L'élaboration du Programme sera le résultat des arbitrages et de la synthèse des travaux des différents comités et groupes de réflexions dont l'implication est un gage de réussite

Un Programme mal évalué par rapport au devenir de l'établissement, aussi bien dans son programme capacitaire que dans le développement de ses activités, peut provoquer un bouleversement dans le déroulement des études et même pendant la réalisation des ouvrages.

Deux études complémentaires au programme évitent des bouleversements provoquant des dépassements de délais et des coûts très préjudiciables pour l'établissement et pouvant parfois provoquer l'arrêt d'un projet :

- **L'étude de faisabilité** est la démonstration et l'illustration qu'il existe ou moins une configuration spatiale correspondant aux données du Programme. C'est un outil de visualisation, donc de communication permettant de s'assurer que l'opération est réaliste compte tenu des contraintes du site, des contraintes éventuelles du maintien de l'activité, et des objectifs du Maître d'Ouvrage.

C'est dans le cadre de cette étude de faisabilité, que l'étude comparative entre les choix possibles de restructuration ou d'extension de locaux existants ou le choix d'une construction neuve doit se faire, en intégrant les paramètres délais, gestion des risques, coûts et surcoût. Selon la procédure choisie, l'étude de faisabilité relève de l'auteur du programme ou du Maître d'Oeuvre.

- **L'étude d'impact** consiste à définir à partir du Programme, les effectifs médicaux et non médicaux nécessaires aux activités requises. Cette étude très sensible peut être réalisée, soit par l'établissement, soit par le programmiste.

Le programme : quelques thèmes structurants

- **La flexibilité :**

La notion de flexibilité ou d'adaptabilité fait partie des thèmes de réflexion du Programme. Le concepteur pour la partie le concernant doit en apporter les déclinaisons.

Au-delà de la mission spatiale de la flexibilité, de sa nécessité de permettre la mutabilité dans le temps des activités et une bonne évolutivité des organisations, la réflexion peut également relever d'une dimension de gestion des ressources humaines, des installations techniques, des équipements médico-techniques, des concepts logistiques, etc... Il est évident que la flexibilité spatiale peut se matérialiser plus facilement que les autres composantes.

- **La « taille critique », les seuils :**

La recherche d'optimisation des groupements ou la mutualisation des secteurs fonctionnels consiste, avant tout, à définir les tailles critiques pour lesquelles ces secteurs sont gérés avec efficacité. Il faut pour cela prendre en compte les textes réglementaires, analyser et exploiter les retours d'expérience, mener des réflexions au cas par cas afin d'apprécier les seuils au-delà desquels la gestion deviendra difficile et peu efficiente.

- **La mise en commun de moyens et le pôle d'activité :**

La recherche de la mutualisation s'opère à tous les stades du processus de programmation. Du Projet d'Etablissement au Programme, toutes les actions doivent permettre de rassembler et d'optimiser des fonctions complémentaires dans le souci d'une bonne gestion des risques, d'une prise en charge globale et optimale des patients, d'une amélioration des circuits et des flux, ainsi que d'une bonne économie de moyens pour une meilleure efficacité fonctionnelle et financière.

Il s'agit de regrouper des activités sur un même site, grouper des services au sein d'une spécialité, créer des Pôles d'Activités, mettre en commun des espaces fonctionnels comme les Consultations, les bureaux, la Logistique, etc...

Le choix du mode d'organisation « médical » en pôles, doit se faire au niveau du Projet d'Etablissement. Le Pôle recouvre des notions telles que le management, la filière de prise en

charge (Diagnostic, Traitement et Soins), l'unité de lieu, la rareté des ressources humaines, la place de l'enseignement et de la recherche...

Le Pôle est une recherche de mise en commun de moyens répondant à une taille critique acceptable par rapport à une échelle humaine d'organisation et de vécu. Le concept de Pôle d'Activité et d'Organisation, induira fortement le parti architectural fonctionnel.

- **La dimension culturelle**

Le milieu hospitalier a besoin de nouveaux espaces pour permettre l'expression culturelle. L'hôpital représente souvent l'activité économique et sociale la plus importante de l'échelon local, ce qui incite à rechercher une dimension culturelle dans les lieux hospitaliers qui sont l'expression d'un univers sensible et sincère, reflétant les comportements humains parfois exacerbés et très réceptifs à l'environnement des lieux de vie. Il faut aborder la dimension socioculturelle dans les objectifs du programme et en apprécier les besoins de surfaces, afin de créer des espaces propices aux actions et aux projets culturels.

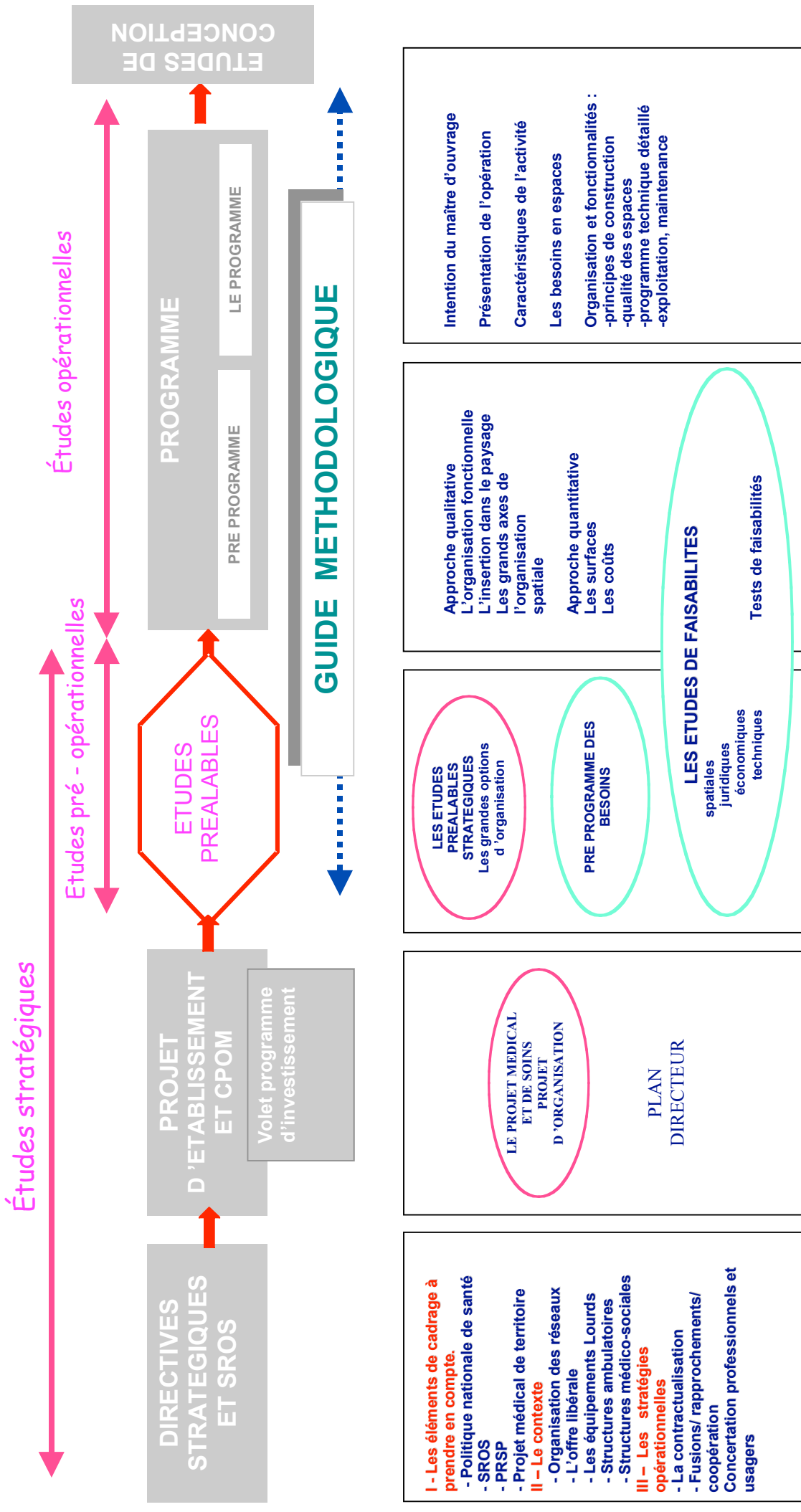
La notion de « programme type » n'existe pas

Le programme doit tenir compte à la fois de la stratégie globale et également de la faisabilité et de la potentialité du site hospitalier

Un programme doit être « ouvert » pour laisser au concepteur un champ de réponses spatiales, dans le respect des exigences fonctionnelles et des obligations de résultats

Le programme doit être « évolutif » et doit permettre l'adaptation aux nouvelles organisations de soins

Schéma n°1 : Les étapes indispensables d'un projet d'investissement



Charte Graphique

Commission “ingénierie et architecture” de la Conférence des DG de CHU

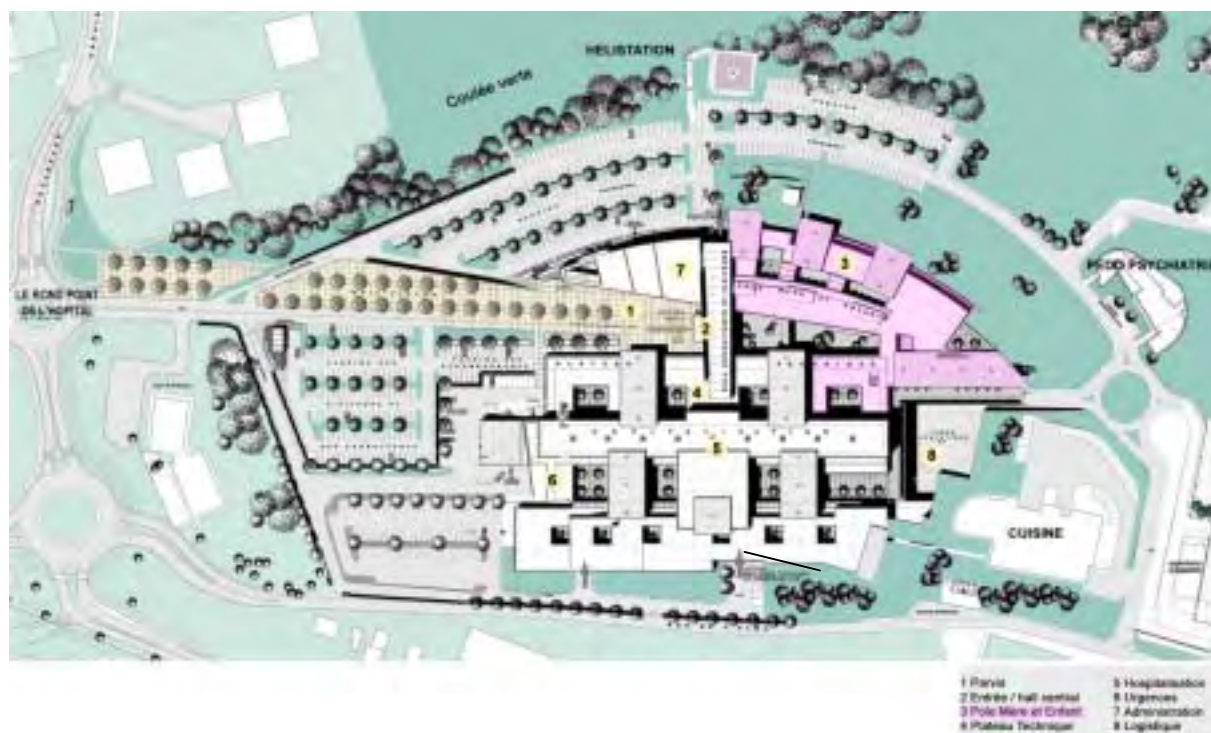
Hospitalisation	Hospitalisation Médecine Chirurgie Obstétrique	
	Hospitalisation Soins de Suite Réadaptation	
	Hospitalisation Soins Longue Durée	
	Réanimation, soin intensif	
Plateau technique	Bloc opératoire	
	Imagerie	
	Médecine Nucléaire, Radiothérapie	
Urgences, Ambulatoire	Service d'Aide Médicale Urgente, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation	
	Service d'Accueil des Urgences, Unité de Proximité d'Accueil, et de Traitement et d'orientation des Urgences	
	Consultations, exploration fonctionnelles	
	Hopital de jour Dialyse, Chimiothérapie	
Logistique Médicale	Laboratoire	
	Pharmacie	
	Stérilisation	
Activités Tertiaires	Poste Central Médical	
	Service administratifs, Accueil, Admissions, Administration, Vestiaires	
Logistique non medicale	Archives	
	Restauration	
	Locaux d'entretien Locaux technique Autres locaux	
	Chambres -4 ^e	
Autre secteur	Parking	

LES DIFFERENTS REGROUPEMENTS POSSIBLES

Exemples issus des établissements du groupe de travail

LES REGROUPEMENTS PAR DISCIPLINES...illustrations 1

Le pôle « femme mère enfant » au Centre Hospitalier de Saintes



Le Pôle Mère et Enfant s'identifie par la façade courbe ouverte sur le parc.

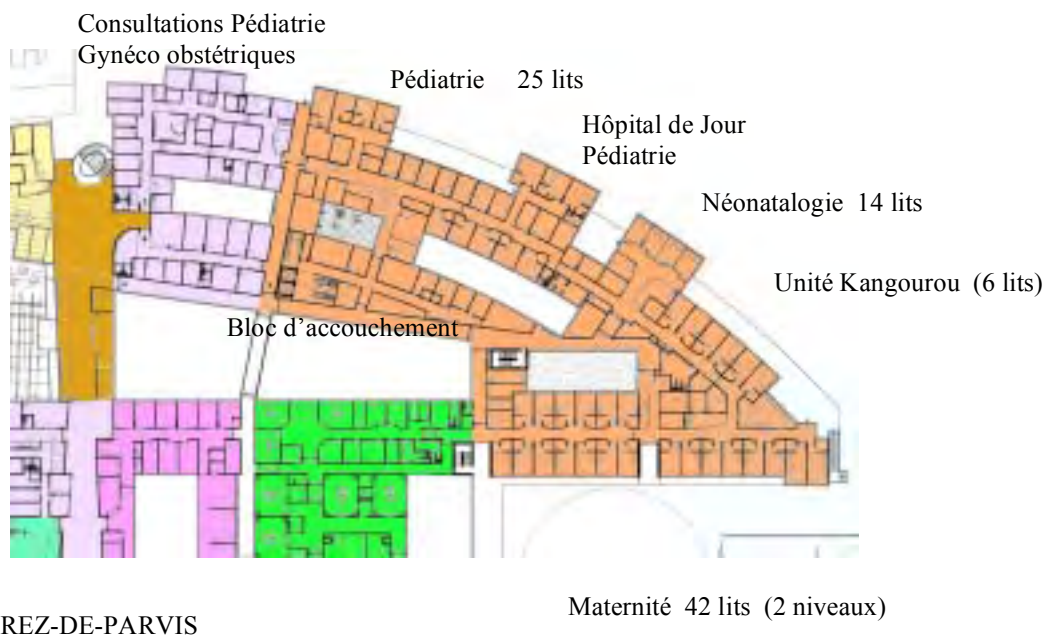
Sa position lui confère une identité spécifique, une accessibilité directe depuis le parvis et une greffe en liaison forte avec le Plateau Technique Médical.

Chacune des unités fonctionnelles se développe successivement à partir de l'Accueil général du Pôle pour une prise en charge en Consultation et en Hospitalisation.

Le Plateau « Mère et Enfant » assure les contiguïtés depuis les activités externes pour la Gynécologie Obstétrique et pour la Pédiatrie (25 lits) ainsi que pour l'hospitalisation des enfants en court séjour et en Hôpital de jour. La Néonatalogie (14 lits) est située en continuité du secteur « enfant » avec une transition forte avec le secteur « Mère ». Les unités d'hospitalisation « kangourous » sont mitoyennes avec la Néonatalogie tout en étant intégrés dans la Maternité.

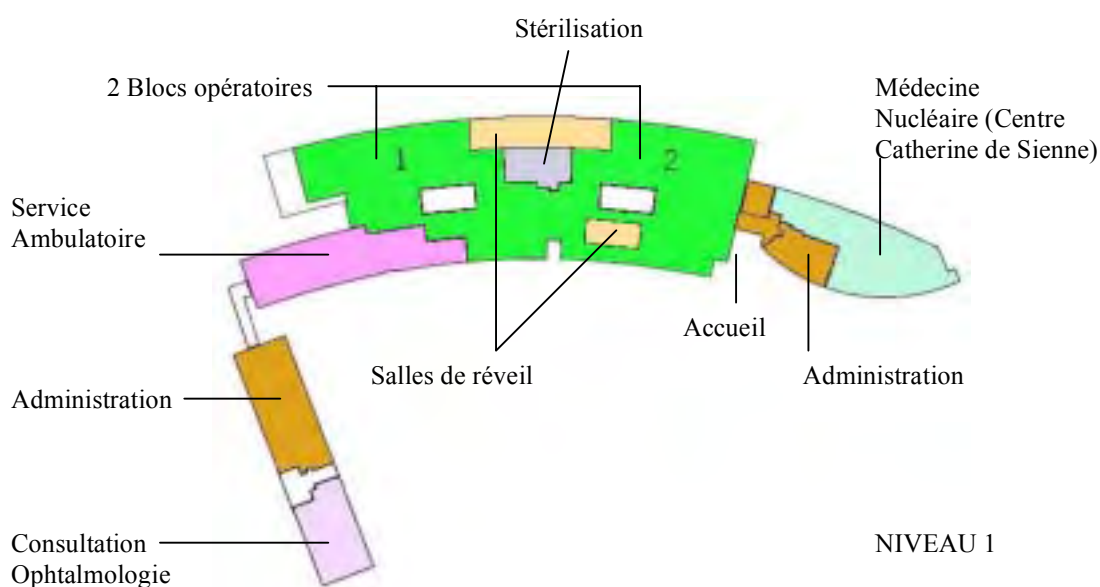
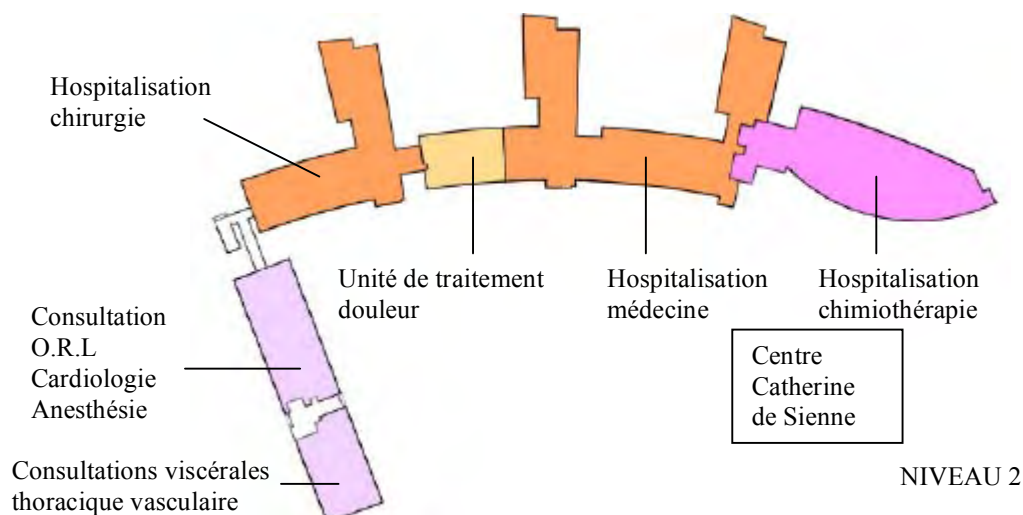
La Maternité (42 lits) s'organise sur 2 niveaux et boucle le Pôle avec sa mitoyenneté indispensable avec le secteur des naissances, lui-même contiguë avec le Bloc Opératoire (Salles césariennes).

Le traitement des façades du Pôle Mère et Enfant présente des terrasses d'agrément toutes accessibles et protégées pour les enfants et les mères.



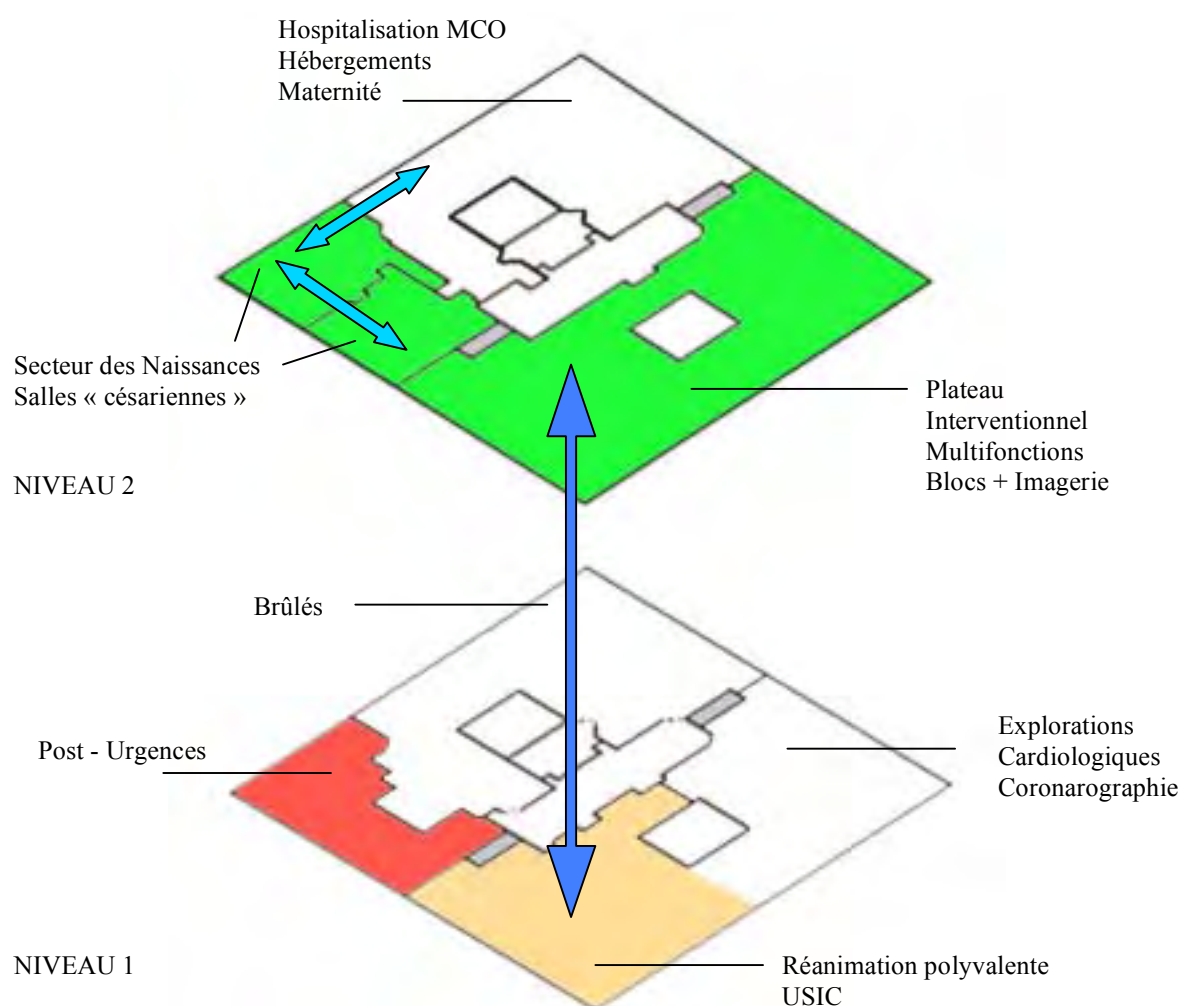
Le pôle chirurgie aux Nouvelles Cliniques Nantaises

Avec un total de 317 lits et places, les « Nouvelles Cliniques Nantaises » est un établissement de taille moyenne. Un pôle chirurgie d'une capacité de 166 lits et 22 salles d'opération (18 salles chirurgicales et 4 salles ambulatoire) a été créé. Un comité de bloc opératoire est présent au sein du comité Médical d'Etablissement et a comme objectif la gestion efficace du bloc opératoire dans un souci de rentabilité des équipements et de gestion la plus appropriée du personnel spécialisé. L'existence d'un tel dispositif permet d'optimiser au maximum l'activité du bloc dans cette structure de taille moyenne.



Le plateau interventionnel multifonctions de l'hôpital Saint-Joseph Saint-Luc à Lyon

Le nouvel hôpital Saint Joseph Saint Luc a une capacité de 350 lits. Toutes les activités chirurgicales invasives ont été regroupées au niveau 2 de l'établissement par la création d'un plateau interventionnel multifonctions (11 salles hors salles spécialisées) avec intégration des actes d'imagerie interventionnelle, d'IRM et de scanner. De plus, le service de maternité obstétrique (20 lits) est attenant aux blocs opératoires et en liaison directe avec la réanimation du niveau 1, afin de permettre une unicité et une plus grande sécurité de la présence anesthésique. Enfin, l'organisation et la planification du bloc se font autour d'une centrale de réservation afin d'optimiser la gestion des lits et du plateau technique.

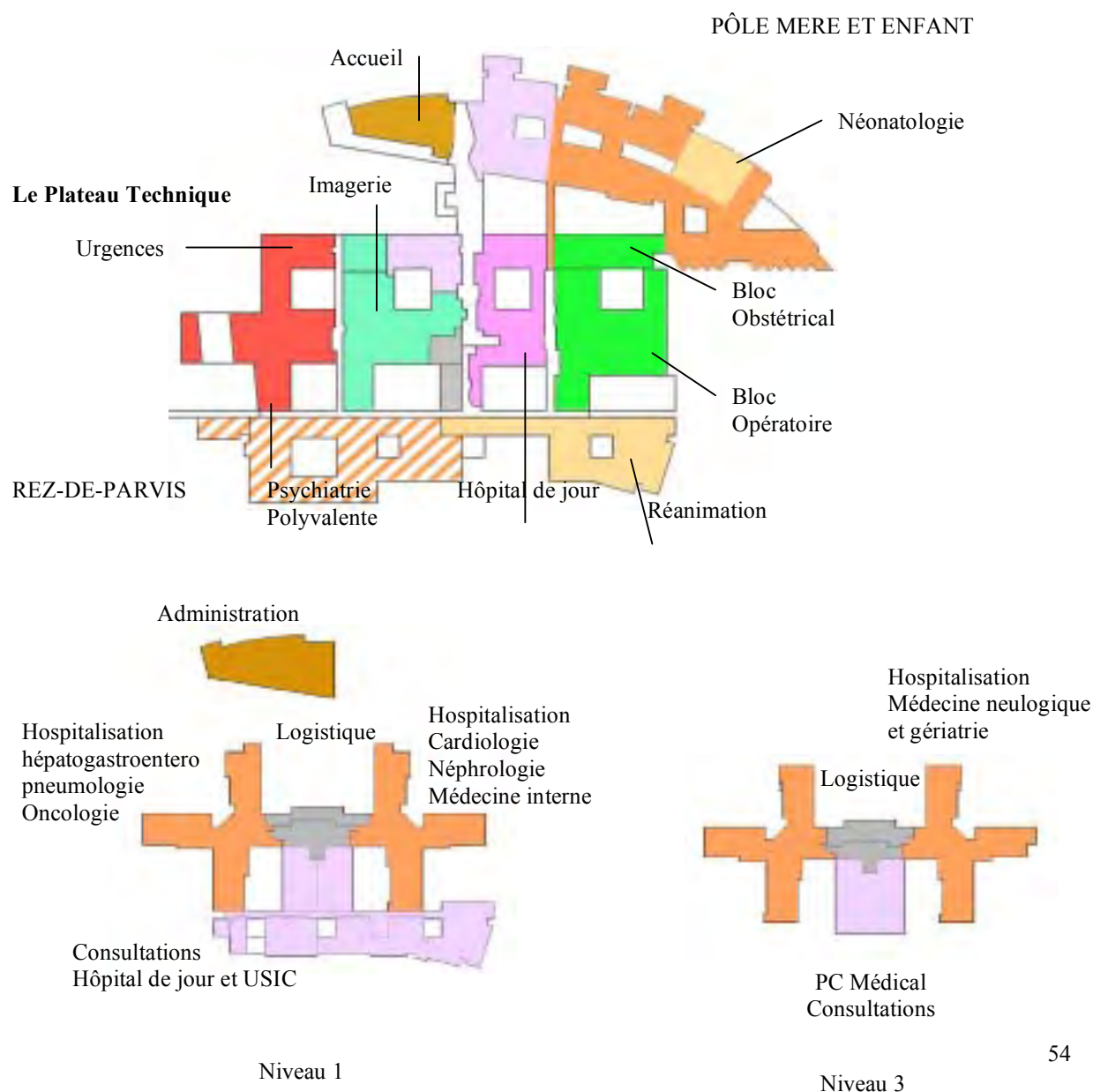


La présence de plusieurs pôles médecine au Centre Hospitalier de Saintes

Les spécialités médicales au Centre Hospitalier de Saintes représentent plus du tiers des lits et places (164 lits et places en médecine pour 363 lits et places au total). Ainsi, la médecine est organisée en plusieurs unités. Au niveau 1, l'unité 1 de médecine, de 46 lits regroupe la cardiologie, la néphrologie, la médecine interne. L'unité 2 compte 42 lits et 10 places pour les spécialités d'hépatogastroentérologie, la pneumologie, l'oncologie de jour et complète. Au niveau 3 l'unité 5 de médecine compte 45 lits de neurologie et de gériatrie.

Les spécialités chirurgicales sont réunies au niveau 2 (unité 3 : 45 lits de spécialités chirurgicales et unité 4 : 42 lits de chirurgie ortho-traumatologique et hôpital de semaine médico-chirurgical).

Dans cet hôpital public, la part de la médecine est plus importante que celle de la chirurgie ce qui a nécessité un regroupement des disciplines médicales au sein de deux pôles : un pôle regroupant cardiologie, Unité de soins intensifs continus, néphrologie, hémodialyse, médecine interne ainsi que neurologie, médecine gériatrique (unité SSR, médecine physique et réadaptation et leurs consultations associées) et un pôle regroupant l'oncologie, la pneumologie l'hépatogastroentérologie, la radiothérapie, les soins palliatifs et leurs consultations associées. Les liaisons verticales sont assurées avec le plateau médico-technique centralisé du rez-de-chaussée haut.

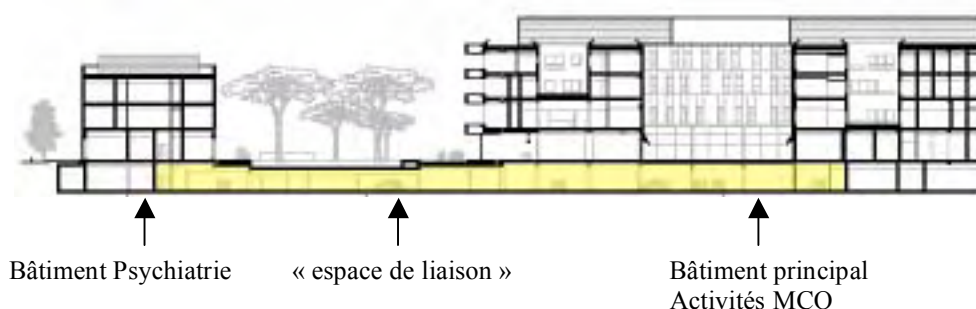


LES REGROUPEMENTS PAR TYPE DE POPULATION illustrations 2

Certains types de populations qui présentent des pathologies particulières souvent chroniques ou de longue durée sont regroupés dans des secteurs ou structures bien identifiés tout en pouvant bénéficier des prestations du plateau technique et des services de l'établissement MCO à proximité. Les exemples ci-après peuvent illustrer cette logique, qui comme la logique par flux, a tendance à se développer.

Le bâtiment psychiatrie au Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon -la-Seyne/ mer

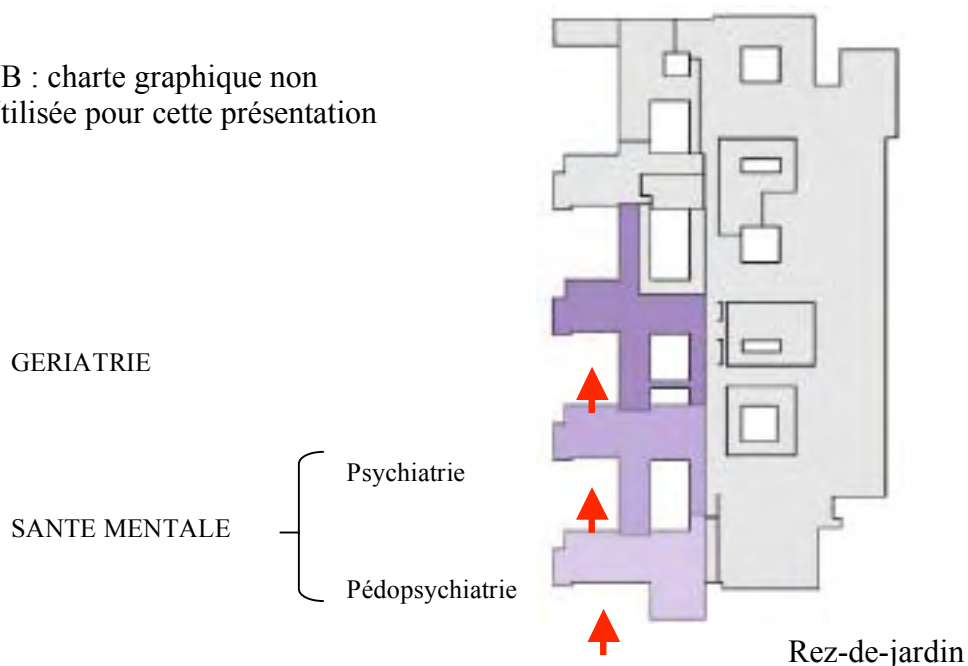
Très souvent, pour des questions de sécurité et d'organisation des flux, le pôle psychiatrie se situe dans un bâtiment à part de l'établissement ou à l'écart des autres pôles. C'est l'exemple du bâtiment psychiatrique du futur hôpital de Toulon. Ce bâtiment regroupe 4 unités d'hospitalisation libre et une d'hospitalisation fermée, réparties sur 2 étages, pour un total de 100 lits. Cependant, ce pôle n'est pas isolé de l'hôpital MCO car il existe un espace de liaisons permettant la desserte logistique de la psychiatrie et une liaison aisée à l'usage des malades couchés vers le plateau technique.



Le pôle gériatrie/santé mentale au Centre Hospitalier d'Annecy

Le pôle gériatrie et santé mentale de l'hôpital d'Annecy permet d'accueillir les personnes souffrant de pathologies particulières, soit liées au grand âge ou à des affections relevant de la santé mentale. Leurs accès extérieurs en terrasse sont indépendants et se situent de plain-pied sur le niveau rez-de-jardin. Il s'agit de différencier l'accueil de la gériatrie, de la psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie afin de l'adapter aux besoins et aux attentes de chacun.

NB : charte graphique non
Utilisée pour cette présentation



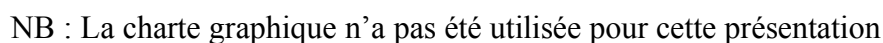
LES REGROUPEMENTS PAR ORGANES ET SPECIALITES illustrations 3

Le regroupement mixte au Centre Hospitalier d'Annecy

Le centre hospitalier de la région d'Annecy est un hôpital de grande taille avec 652 lits et places. Il est organisé en 10 pôles de taille variable. Trois de ces pôles sont issus d'un regroupement par organes ou par appareil : le pôle traumatologie/ orthopédie/ rhumatologie (67 lits) que l'on pourrait nommer pôle « os » ; le pôle digestif : chirurgie viscérale/ pathologies digestives (70 lits) ; et le pôle urologie néphrologie métabolisme : diabétologie/ néphrologie/ hémodialyse (72 lits). L'organisation en pôles de cet hôpital est mixte. En effet seuls les pôles cités ont été organisés selon une logique de regroupement par organes. D'autres sont organisés selon une logique de regroupement par discipline. Cela permet de répondre aux besoins réels d'organisation de l'hôpital en prenant en compte les spécificités propres de chacun des pôles.



Le futur CHU de Nice, 700 lits et places, a comme particularité d'être organisé en 4 pôles – pour les spécialités cliniques - et en 5 plateaux dédiés, ceci dans un souci de modularité. Deux des pôles cliniques sont organisés selon une logique de regroupement par organe : le pôle cardio-vasculaire thoracique et métabolique et le pôle neurosciences, tête et cou. Cette organisation permet de favoriser la coordination entre le personnel soignant et l'élaboration d'axes de recherche communs.



Les pôles de spécialités au Groupe Hospitalier Diaconesses-Croix Saint Simon



Issu de la fusion de deux hôpitaux, le groupe hospitalier Diaconesses-Croix Saint Simon a pour objectif –à travers la construction d’une extension hospitalière sur le site Avron dans le 20^e arrondissement- de :

- regrouper le pôle locomoteur, le pôle digestif, le pôle médecine interne et urgences, le pôle plancher pelvien et le pôle oncologie.
- regrouper et renforcer ses plateaux techniques (regroupement des deux blocs opératoires, adaptation du plateau technique d’imagerie, regroupement des deux réanimations, des deux laboratoires)
- développer l’ambulatoire et l’hospitalisation de semaine

La traduction « architecturale » pour un établissement de taille moyenne :

Si l’objectif de « favoriser le fonctionnement et le regroupement des spécialités, des pôles » est premier, il n’est pas unique. Compte tenu de la « taille » des pôles (en terme de lits d’hospitalisation : autour de 50 lits), le regroupement des pôles de spécialités ne devait pas conduire à créer des rigidités où il n’en existait pas, à freiner une mutualisation déjà largement présente. Ainsi, l’objectif de regroupement du pôle a tenu compte d’autres impératifs :

- **La standardisation des unités d’hébergement** (avec une capacité de 24 lits extensibles à 26)
- **La nécessaire mutualisation des ressources, plateaux techniques et hébergement** :
Toutes les consultations sont regroupées aux étages inférieurs.
Un hôpital de jour regroupé, tout en faisant apparaître 2 secteurs (oncologie / médecine et chirurgie).
En outre, le pôle plancher pelvien et le pôle digestif permettront une mutualisation plus poussée des lits sur la base des durées de séjour : Au lieu d’occuper chacun un étage de 50 lits accueillant les patients quelle que soit leur durée de séjour, ces deux pôles peuvent partager :
 - * 2 unités alternées d’hospitalisation de semaine (sur le modèle de l’hôpital St Joseph St Luc de Lyon) et
 - * deux unités de 25 lits d’hospitalisation « longue ».Cette mutualisation des lits passe, sur le plan organisationnel et informatique, par la mise en place d’une centrale de réservation blocs/lits.

Etage 2 : Plateaux techniques

Vert : Bloc

Rose : Hôpital de jour médico chirurgical et sous unité d'oncologie

Beige : Réanimation et Unité de soins continus



Nouveau bâtiment | Bâtiment existant

Etages d'hospitalisation >24h

Chaque étage comporte 2 unités, chacun de 24 lits extensibles à 26 lits



Nouveau bâtiment | Bâtiment existant

Etage 2 et 3: hôpitaux de semaines hospitalisation longue / pôle digestif et pôle plancher pelvien

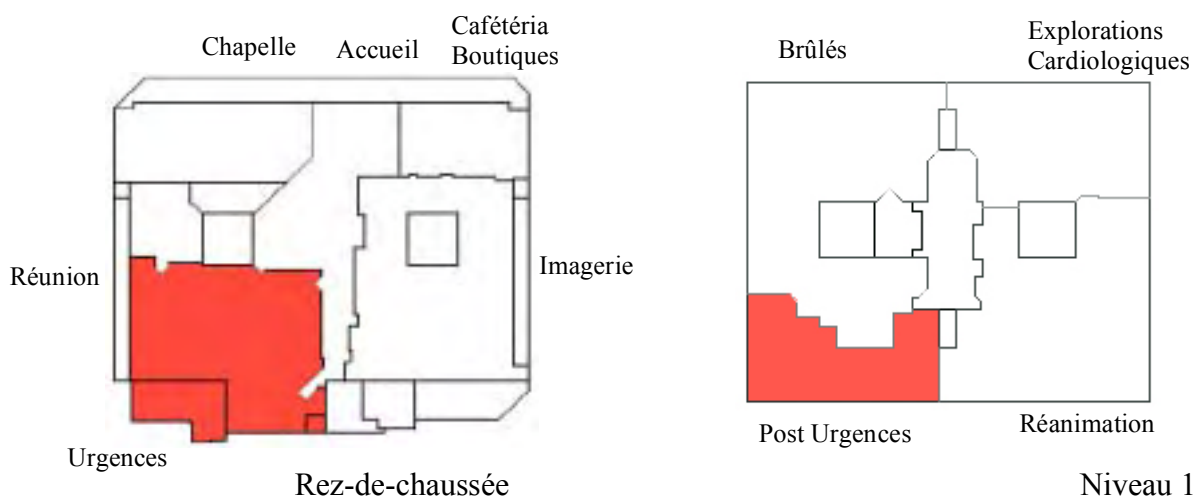
Etage 4 : pôle locomoteur (chirurgical et médical)

Etage 5 : pôle médecine interne et oncologie

LES REGROUPEMENTS PAR MODE DE PRISE EN CHARGE illustrations 4

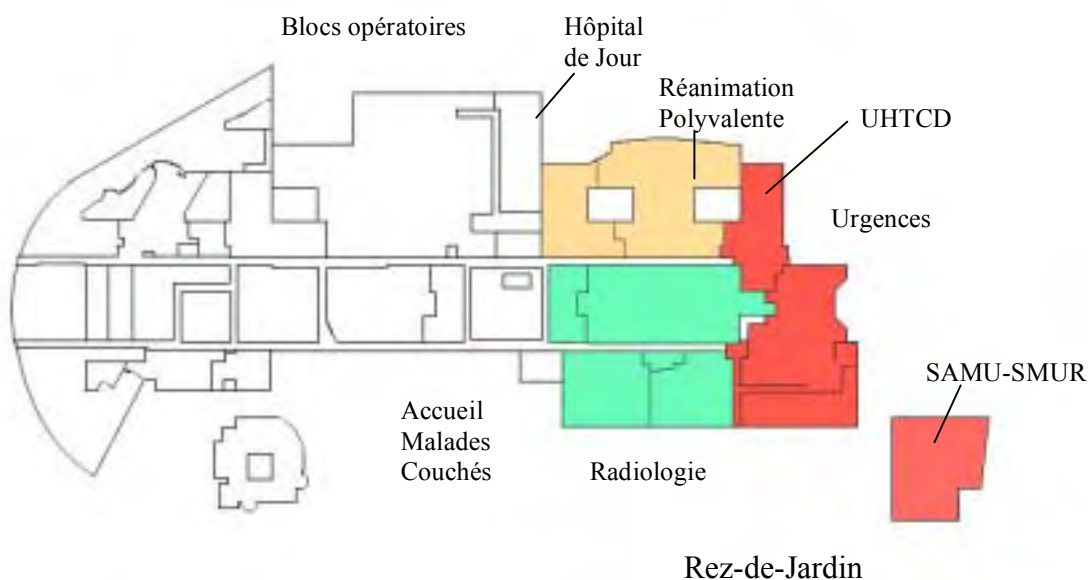
Les urgences à l'Hôpital Saint-Joseph Saint Luc

L'exemple de l'hôpital Saint Joseph - Saint Luc permet de voir la spécificité des urgences par rapport aux autres pôles. Ici les urgences sont de type SAU. Des études ayant été réalisées sur les différents types de prises en charge, il s'avère qu'environ 21% des urgences médico-chirurgicales aboutissent à une hospitalisation. Pour répondre à ces demandes et à l'augmentation constante du nombre de passages aux urgences, un service post-urgence a été ouvert en novembre 1996. Composé de 11 chambres il permet de ne pas refuser d'admissions, d'assurer une meilleure prise en charge la nuit et de mettre en œuvre une orientation adaptée des patients, notamment des personnes âgées.



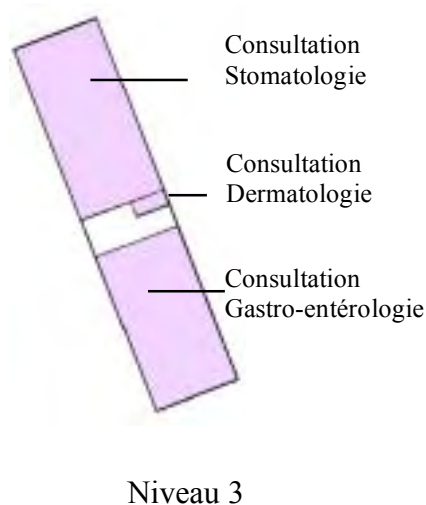
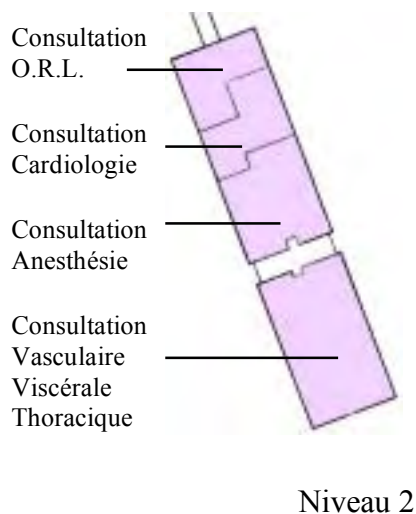
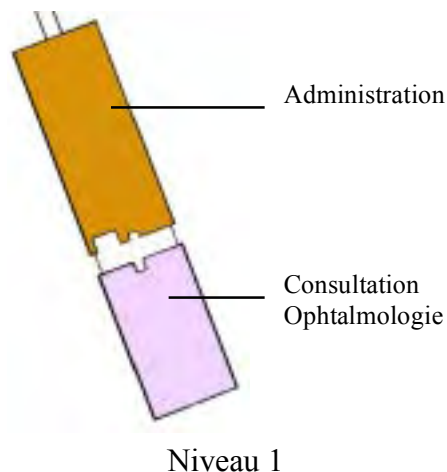
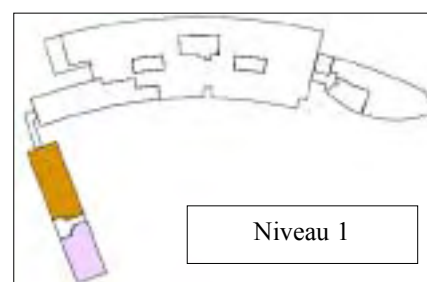
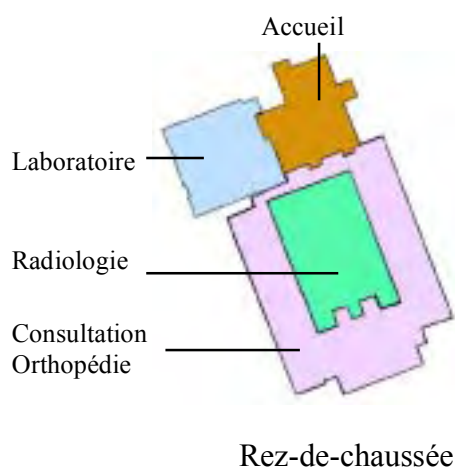
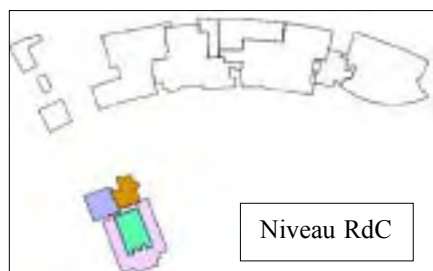
Le pôle urgences vitales à l'Hôpital Pierre Bérégovoy de Nevers

Le pôle urgences vitales de l'hôpital de Nevers situé au rez-de-jardin du bâtiment est composé des urgences SAU et de la réanimation polyvalente. Cette proximité permet de prendre en charge très rapidement les patients instables se présentant aux urgences ou qui sont transportés par le SAMU lui-même situé dans un bâtiment contigu. De plus, les urgences et la réanimation sont en contact direct avec le plateau technique autour duquel elles sont organisées.



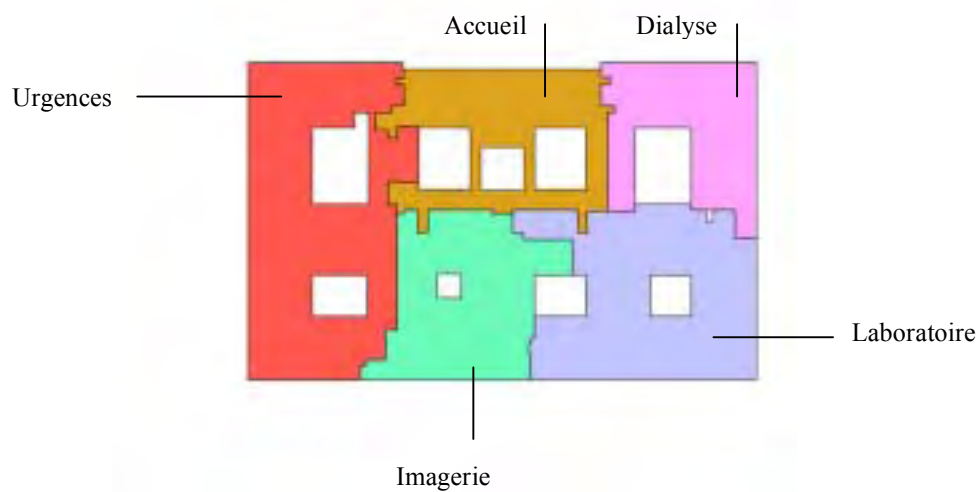
Le regroupement des consultations aux Nouvelles Cliniques Nantaises

Aux Nouvelles Cliniques Nantaises, le choix a été fait de regrouper toutes les consultations dans un bâtiment unique, dans une aile particulière, ce qui permet d'avoir un accès indépendant, ouvert sur l'extérieur, facilement identifiable doté d'une imagerie propre. Ceci permet de fermer totalement le bâtiment la nuit et en fin de semaine.



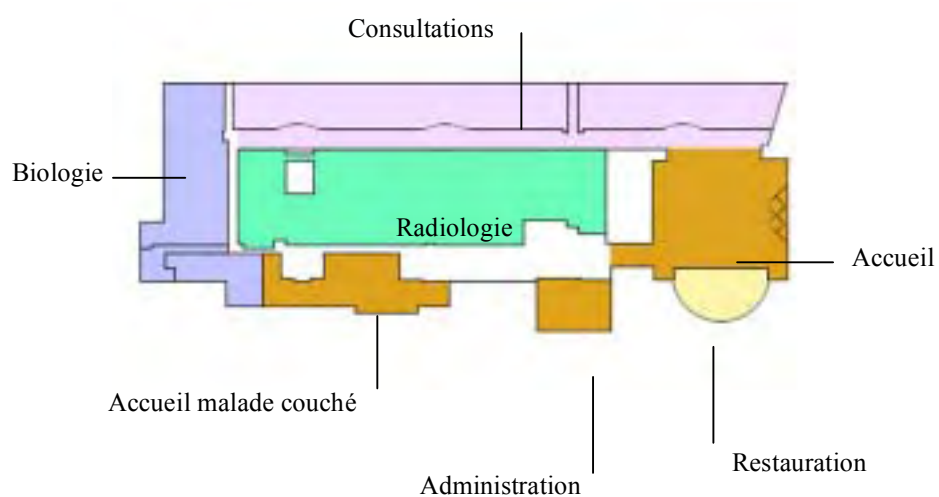
Le regroupement des activités ambulatoires

Au Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon-La Seyne



Rez-de-chaussée

A l'Institut Mutualiste Montsouris



Rez-de-chaussée

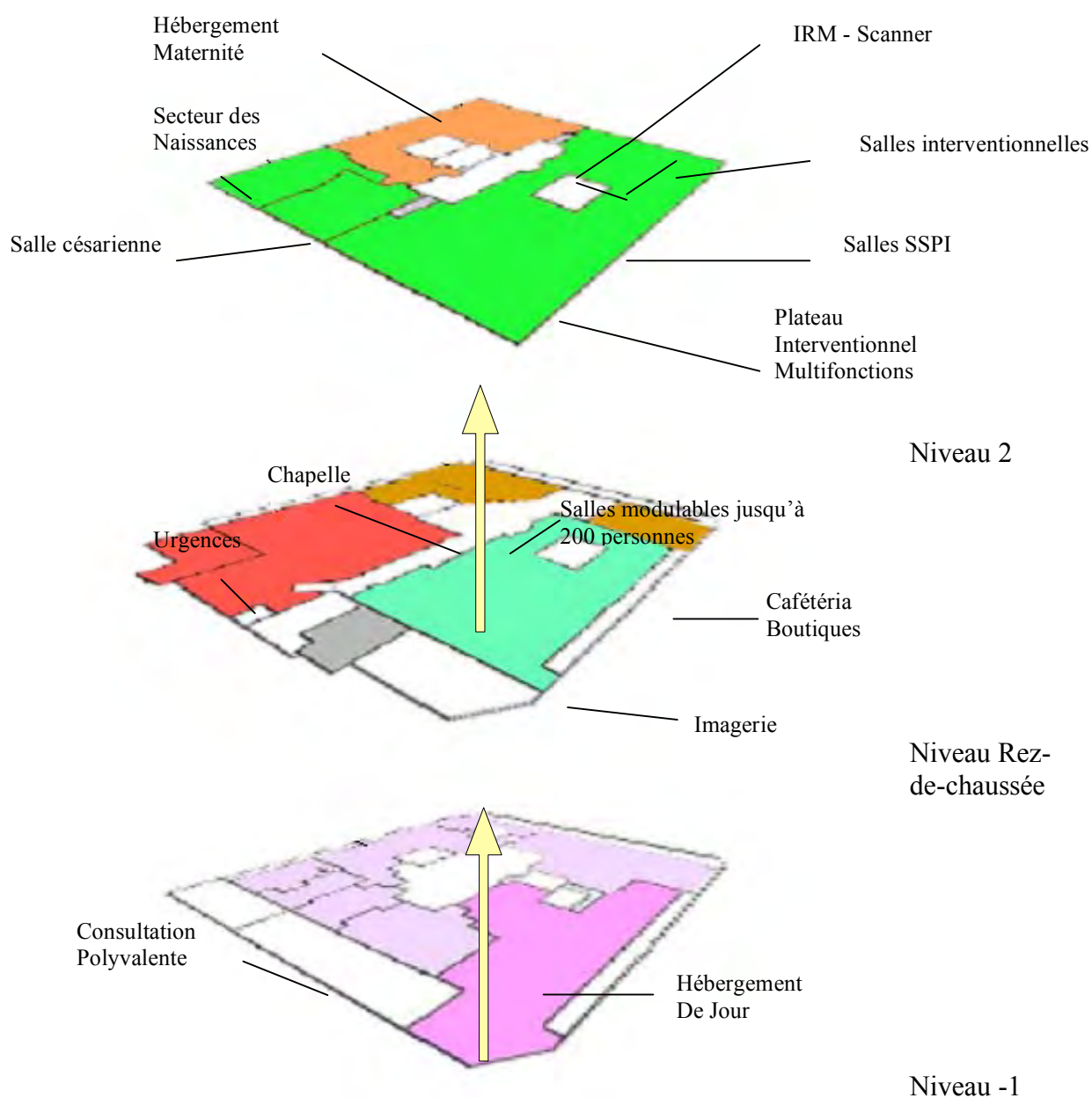
A l'Hôpital Saint-Joseph-Saint Luc

L'hôpital de jour et les activités ambulatoires

La spécificité de l'activité de jour de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc est qu'elle est entièrement regroupée sur un seul plateau, le niveau -1 qui regroupe l'hébergement de jour et les consultations polyvalentes. Ce secteur est en liaison verticale avec le plateau technique au niveau rez-de-chaussée et au niveau 2

La programmation des soins par la durée prévisionnelle de séjour

D'une manière plus générale, la durée de séjour conditionne la prise en charge du patient. La programmation du séjour est réalisée à l'aide d'un logiciel spécifique.



LA LOGIQUE DE PRISE EN CHARGE PAR FLUX illustration 5

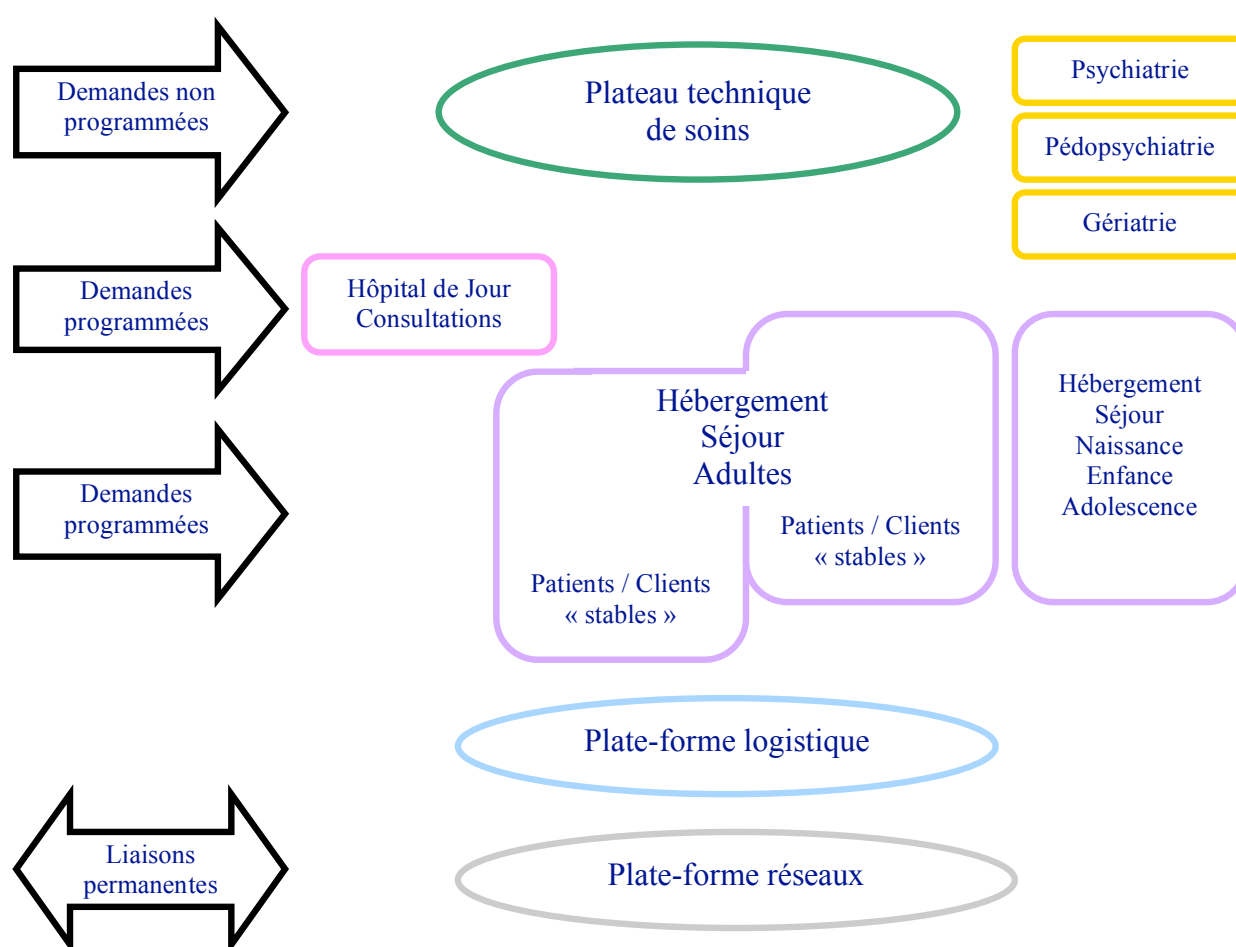
La distinction des prises en charge programmées et non programmées des patients au Centre Hospitalier d'Arras

Le projet médical de l'hôpital d'Arras est fondé sur l'organisation des activités et des ressources humaines, informationnelles, logistiques, architecturales et financières autour des besoins et des parcours des patients. Ceci repose sur les postulats suivants :

- les patients ne se présentent pas à l'hôpital pour les mêmes raisons, ils doivent donc être attendus, accueillis et orientés selon leurs attentes : les adultes, les enfants, les mères et nouveau-nés, les personnes âgées sont accueillis et pris en charge de manière différenciée, ce qui rejoint la logique de prise en charge par type de population.
- Les urgences ne constituent pas un espace central mais une fonction impliquant la collaboration de tous les professionnels.
- Les patients sont pris en charge différemment en fonction de leurs fonctions vitales et des soins qu'ils nécessitent (patient stable/patient instable).

Ces notions sont intégrées dans l'organisation et l'architecture du futur établissement.

Le Futur Centre Hospitalier d'Arras



**LES REPONSES FONCTIONNELLES ET ARCHITECTURALES AUX
NOUVELLES ORGANISATIONS**

QUELS ETABLISSEMENTS DE SANTE AUJOURD'HUI ?

la relance de l'investissement et Hôpital 2007, un enjeu d'importance

La rénovation du parc hospitalier pour répondre aux nouveaux besoins de santé publique est aujourd'hui en cours. Les efforts d'investissement actuels, notamment ceux liés au programme « Hôpital 2007 » avec dix milliards d'euros supplémentaires en cinq ans, couvrent le champ des opérations d'investissements immobiliers, des équipements médicaux et des systèmes d'information. Ils doivent permettre en particulier la modernisation de certains établissements publics et privés dont l'état de vétusté :

- ne présente pas toujours des conditions d'accueil, d'hospitalisation et de travail satisfaisantes.
- ne permet pas de développer de nouveaux modes d'organisation médicale.
- ne répond plus aux exigences de sécurité et d'hygiène.

L'enjeu financier est important puisqu'au total 28 milliards d'euros seront consacrés à l'investissement hospitalier sur cette période. C'est également une opportunité de s'interroger à nouveau sur la manière de concevoir les établissements de santé.

L'existant : un parc hospitalier contrasté et composite

Le paysage hospitalier en France offre aujourd'hui une grande disparité : différents types de constructions hospitalières coexistent, elles sont même parfois juxtaposées sur un même site. On peut citer par exemple les « Hôtel-Dieu en centre ville », les hôpitaux pavillonnaires construits en périphérie urbaine pour accueillir les contagieux ou les malades mentaux, les hôpitaux blocs de grande capacité des années 30, les hôpitaux modulaires type Duquesne et Fontenoy des années 70, puis les hôpitaux monoblocs verticaux ou horizontaux des années 80. Ces vagues successives de construction ont accompagné les grandes réformes hospitalières et les évolutions technologiques.

Qu'il s'agisse de construire de nouveaux hôpitaux ou d'aménager des structures existantes, la question se pose d'une insertion pertinente et harmonieuse des nouvelles constructions dans le paysage environnant. Les réponses sont différentes en fonction de l'existence de réserves foncières sur le site et de l'importance du patrimoine historique dont l'utilisation et la préservation sont à prendre en compte. C'est le sens de la loi du 3 janvier 1977 qui mentionne que « la création architecturale, la qualité des constructions, leur insertion dans l'environnement et le respect des paysages et du patrimoine sont d'intérêt public ».

Des attentes légitimes et incontournables en matière de qualité architecturale

Afin d'améliorer la qualité de vie à l'hôpital des patients et des professionnels de santé de nombreux aspects sont donc à prendre en compte aujourd'hui :

L'hôpital doit être fonctionnel : Il s'agit d'étudier les flux et de les intégrer dans la réflexion de programmation, de s'assurer de sa lisibilité aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur, de créer de nouveaux espaces d'accueil adaptés aux besoins, de prévoir sa flexibilité et sa modularité. La prise en compte de l'ergonomie est essentielle dans l'utilisation des équipements mais aussi dans les circuits de prise en charge du patient, dans l'organisation des espaces et dans la circulation de l'information.

L'hôpital doit être accueillant : La notion de confort évolue dans les sociétés occidentales. Une réflexion sur les espaces hôteliers conduit à prendre en compte l'importance d'une

conception plus chaleureuse dans le choix des matériaux, des couleurs, des ambiances grâce à l'optimisation de la lumière par exemple.

Les notions de confidentialité et de respect de l'intimité sont essentielles. Apparaissent des atriiums, des espaces de rencontre dédiés aux familles et aux patients, des espaces communs aux personnels, ainsi qu'une réflexion sur la signalétique.

L'hôpital fortement équipé doit maîtriser ses risques : Les équipements de pointe doivent répondre aux attentes des usagers et aux types d'activités qui sont définis par les schémas d'organisation sanitaire. Le plateau technique performant et évolutif nécessite des structures adaptables et flexibles. L'hôpital doit être conçu pour répondre aux exigences de sécurité liées à la réglementation qui ne cesse d'évoluer. Il est donc nécessaire d'intégrer les éléments de la gestion des risques et de la sécurité dans la programmation.

L'hôpital doit rester humain : les usagers et les professionnels attendent également de l'hôpital de pouvoir continuer à y mener une vie sociale. Cela nécessite des espaces conviviaux (des cafétérias et autres services ouverts sur la ville) ainsi que des espaces évolutifs adaptés au partage de moments collectifs, aux actions culturelles, sportives et artistiques. De même dans les moments les plus graves, il faut pouvoir offrir aux patients, à leurs familles et aux professionnels, des espaces dédiés aux événements douloureux et au recueillement.

L'hôpital doit respecter l'environnement : l'intégration d'une démarche « haute qualité environnementale » est d'actualité, notamment sur les aspects de la gestion de l'eau, de l'air, des « chantiers propres », de la gestion des bruits, de la gestion de l'énergie et de la gestion des déchets.

L'hôpital doit s'adapter à de nouveaux modes d'organisation : A partir du projet d'établissement largement concerté avec les professionnels intégrant un projet médical centré sur le patient, il s'agit de repenser le fonctionnement interne de l'hôpital. Ces nouvelles organisations s'inscrivent dans le cadre d'une « nouvelle gouvernance » en privilégiant l'efficience et l'optimisation des moyens.

L'hôpital est au cœur d'un réseau de soins : Il s'agit de tenir compte de l'évolution des modes de prise en charge en réseaux, basés sur un partenariat externe avec les professionnels libéraux et l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux. De multiples réseaux se sont organisés : réseaux inter hospitaliers, réseaux autour de pathologies particulières ou des besoins spécifiques de patients, réseaux de prise en charge à domicile...

L'hôpital doit maîtriser ses coûts : L'approche réelle des coûts doit être un souci majeur du maître d'ouvrage. Doivent être estimés et pris en compte le plus rigoureusement possible le coût réel des investissements mobiliers et immobiliers, le coût de l'entretien du patrimoine, les coûts de fonctionnement des installations, le coût des personnels, le coût des nouvelles organisations et technologies, les coûts cachés, par exemple dus au retard pris dans une opération de construction et le coût des opérations tiroirs. En parallèle, la recherche de gains de productivité accompagnera l'ensemble des réflexions.

L'hôpital de demain pilote ou partenaire de réseaux, devra répondre aux besoins de santé de son territoire. Il pourra être ressource dans le domaine de l'enseignement et de la recherche. Il se fondera sur un système d'information performant (le dossier médical partagé) et ouvert sur l'extérieur (la télé médecine).

D'un lieu de séjour, il devient un lieu de passage. Ses nouveaux modes d'organisation impliquent de nouveaux métiers, de nouvelles compétences, mais aussi de nouvelles réponses architecturales. Hôtel pour les patients, il intègre un plateau technique performant et évolutif, nécessitant des structures adaptables et flexibles. Il doit offrir une accessibilité et un repérage facile.

La réponse en terme d'architecture, d'aménagement des espaces intérieurs et extérieurs et en terme d'insertion des constructions dans le paysage urbain est nécessairement complexe et doit intégrer une prospective pour anticiper les évolutions à venir. Elle est spécifique à chaque site.

Les réponses fonctionnelles et architecturales aux nouvelles organisations sont illustrées par les exemples issus des hôpitaux représentés dans le groupe de travail.