



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**La gestion des risques projet dans
l'ouverture d'un bâtiment :
L'exemple du CASH de Nanterre**

Francesca COURTIN

Remerciements

A **Laurent Kasala**, directeur du Pôle Logistique et Travaux et maître de stage pour avoir piloté avec moi l'équipement et la logistique d'un nouveau bâtiment hospitalier et m'avoir donné cette chance peu fréquente dans une carrière de travailler sur un projet d'une envergure aussi extraordinaire.

A **Alain Mourier**, enseignant à l'Institut du Management et directeur de mémoire pour m'avoir aiguillé dans mes recherches et conseillé dans la structuration de mon mémoire.

A **Brigitte de la Lance**, chef d'établissement au CASH de Nanterre pendant mon stage, pour sa conduite éclairée d'un projet stratégique et pour son engagement auprès de cet établissement attachant.

A **Patrick Guez**, ingénieur et délégué à la qualité au CASH de Nanterre pour ses conseils précieux et nos échanges très appréciés. J'ai été impressionnée par son savoir, son expérience et ses compétences hors du commun en matière de management de projet.

A **Grégoire L.**, pour sa relecture attentive et minutieuse de ce mémoire.

Et enfin, merci à toute l'équipe de direction du CASH ainsi qu'aux nombreux professionnels avec qui j'ai été amenée à travailler sur ce projet, pour leur contribution de grande qualité et leur bienveillance à mon égard.

Sommaire

Introduction.....	9
0.1. Les enjeux de la gestion des risques projet à l'hôpital public	9
0.1.1 La montée en charge de la méthode projet à l'hôpital public	9
0.1.2. La notion de risque dans un projet hospitalier.....	9
0.1.3. L'importance de formaliser la gestion des risques projet	10
0.1.4. Le rôle du directeur d'hôpital dans la gestion du risque projet	10
0.1.5. La gestion des risques projet dans l'ouverture d'un bâtiment hospitalier.....	11
0.2. Définition des termes du mémoire.....	12
0.2.1. Définition du projet.....	12
0.2.2. Définition du risque projet.....	12
0.2.3. Définition de la gestion des risques projet	13
0.3. Problématique, méthode et plan	14
0.3.1. Problématique	14
0.3.2. Méthode	14
0.3.3. Plan.....	14
1 Description du projet initial et son déroulement.....	15
1.1. L'enjeu stratégique de l'ouverture du bâtiment pour le CASH de Nanterre.....	15
1.1.1. Le projet architectural du CASH	15
1.1.2. Le nouveau bâtiment au cœur de ce projet architectural	16
1.2. Description du projet d'ouverture du bâtiment.....	18
1.2.1. Profil du projet d'ouverture du bâtiment 21	18
1.2.2. Les objectifs du projet.....	18
1.2.3. L'organigramme du projet et de la composition des groupes de travail.....	19
A) Le comité de pilotage du bâtiment 21	19
B) Les onze groupes de travail	20
1.2.4. Le programme capacitaire	22
1.3. Les rôles attribués à l'élève dans le projet d'ouverture du bâtiment	23
1.3.1 L'objectif du projet d'équipement	23
1.3.2. Méthodologie du projet.....	24
2 Analyse de la gestion des risques dans la conduite du projet	24
2.1. Déroulement du projet d'ouverture du bâtiment	24
2.1.1. Le lancement des groupes de travail équipement et logistique.....	25
A) Débriefing et élaboration d'une méthodologie	25

B) La première séance des groupes équipement et logistique	25
C) Le premier comité de pilotage	26
D) Les séances suivantes des groupes équipement et logistique	27
E) Le deuxième comité de pilotage	29
F) Les séances suivantes des groupes équipement et logistique.....	30
2.1.2. La maîtrise d'un risque majeur	32
A) Le troisième comité de pilotage	32
B) Travail d'analyse des deux hypothèses capacitaires	33
2.1.3. Finalisation du plan d'équipement et préparation du déménagement.....	34
A) Les séances du groupe équipement et déménagement fusionné	35
B) Le quatrième comité de pilotage.....	36
C) Le comité technique d'établissement.....	37
D) Les séances suivantes du groupe équipement/déménagement	37
2.2. La gestion des risques associés au projet d'ouverture du bâtiment	38
2.2.1 Les risques par manque d'information	39
2.2.2. Le risque lié à l'organisation des équipes projet.....	41
2.2.3. Le risque technique, biologique et règlementaire	42
2.2.4. Risque lié au manque d'effectif ou de compétence	42
2.2.5. Le risque financier.....	43
3 Préconisations pour une bonne gestion des risques projet.....	44
3.1. Identifier, hiérarchiser et prévenir les risques projet.....	44
3.1.1. Identifier les risques projet	44
3.1.2. Hiérarchiser les risques projet.....	47
3.1.3. Déterminer les actions préventives ou correctives	50
3.2. Créer les outils de la gestion des risques projet.....	51
3.2.1. La matrice SWOT	51
3.2.2. Le Gantt ou le tableau de mesure d'avancement	52
3.2.3. La méthode PERT pour l'identification des étapes critiques et la gestion des délais	52
3.2.4. L'Analyse Préliminaire des Risques (APR).....	53
3.2.5. L'outil AMDEC.....	53
3.3. Les approches managériales pour une bonne gestion des risques projet.....	55
3.3.1. L'attitude du chef de projet.....	55
3.3.2. Bien choisir son équipe projet	56
3.3.3. Manager et motiver l'équipe projet	57
3.3.4. Communiquer en continu pour détecter les risques.....	58
3.3.5. Clôture du projet et retour d'expérience	58

Conclusion.....	59
Bibliographie.....	61
Liste des annexes.....	I
1. Organigramme du projet d'ouverture du bâtiment 21.....	2
2. Tableau Excel des groupes constitués	3
3. Outil d'inventaire des mobiliers existants à destination des cadres.....	4
4. Les inventaires complétés par les cadres.....	6
5. Tableau comparatif du renouvellement du mobilier selon les deux hypothèses.....	13
6. Plan d'équipement deux hypothèses avec futur achat d'UGA.....	14
7. Tableau comparatif du renouvellement du mobilier selon les deux hypothèses sans l'achat UGA.....	17
8. Plan d'équipement deux hypothèses sans futur achat d'UGA.....	18
9. Note d'information de la direction de l'établissement au sujet du changement provisoire de programme capacitaire	20
10. Tableau de synthèse du renouvellement mobilier des chambres des services du bâtiment 21	21
11. Plan d'équipement mobilier final du bâtiment 21.....	22
12. Plan d'équipement biomédical final	23
13. Equipement global complété	24
14. Feuilles de route des déménagements.....	32

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Association Française de Normalisation
AMA : Assistant Médico Administratif
AMDEC : Analyse des Modes de Défaillances, de leur Effets et de leur Criticité
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux
APD : Avant-Projet Définitif
APR : Analyse Préliminaire des Risques
APS : Avant-Projet Sommaire
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignante
ASH : Agent de Service Hospitalier
CASH : Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers
CHAPSA : Centre d'Hébergement et d'Assistance pour Personnes Sans Abri
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHRS LD : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale de Longue Durée
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DUFISI : Direction des Usagers, des Finances et des Systèmes d'Information
EDH : Elève Directeur d'Hôpital
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAS : Haute Autorité en Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
LHSS : Lits Halte Soins de Santé
MAPA : Marché A Procédure Adaptée
NASA : National Aeronautics and Space Administration
PDG : Président Directeur Général
PLT : Pôle Logistique et Travaux
PLU : Plan Local d'Urbanisme
PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement
PREF: Plan de Retour à l'Equilibre Financier

RU : Représentant des Usagers

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SHON : Surface Hors Œuvre Nette

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TSH : Technicien Supérieur Hospitalier

UGA : Unité Gériatrique Aiguë

UVED : l'Université Virtuelle Environnement et Développement

« Le nouveau ne sort pas de l'ancien, mais apparaît à côté de l'ancien, lui fait concurrence jusqu'à le ruiner »

Joseph Schumpeter, *Capitalisme, socialisme et démocratie*

« Les désordres qui ont été établis par des nécessités publiques et qui se sont fortifiés par des raisons d'État ne se peuvent réformer qu'avec le temps ; il en faut ramener doucement les esprits et ne point passer d'une extrémité à l'autre. Un architecte qui, par l'excellence de son art, corrige les défauts d'un ancien bâtiment et qui, sans l'abattre, le réduit à quelque symétrie supportable, mérite bien plus de louange que celui qui le ruine tout à fait pour refaire un nouvel édifice parfait et accompli. »

Armand Jean du Plessis de Richelieu, *les Testaments politiques*

« Les plans les mieux conçus des souris et des hommes souvent ne se réalisent pas. »

Robert Burns, « A la souris »

Introduction

0.1. Les enjeux de la gestion des risques projet à l'hôpital public

0.1.1 La montée en charge de la méthode projet à l'hôpital public

Dans une situation hospitalière concurrentielle, créée par le passage à un financement à l'activité, les hôpitaux se doivent maintenant, pour garantir leur pérennité, d'innover afin de rendre plus efficiente leur organisation et d'assurer le plus grand confort aux usagers possible. Pour cela, ils doivent mettre en place les conditions d'un changement profond.

La méthode du projet est indispensable pour mener un tel changement à bien. Ainsi l'exprime Arnaud Bruey, directeur d'hôpital, dans son mémoire professionnel¹ : « Les réformes de la politique hospitalière depuis 1991 incitent les établissements de santé à recourir à un mode de management participatif de processus de changement organisationnel, conduit dans une logique de projet ».

Le projet est une notion de plus en plus présente à l'hôpital, notamment depuis la loi Evin du 31 juillet 1991, qui introduit le projet d'établissement dans le code de la santé publique. Les établissements ont évidemment toujours mené des projets. Mais des méthodes de conduite de projet, essentiellement développées dans le monde anglo-saxon et dans le secteur privé, apparaissent peu à peu à l'hôpital public pour venir appuyer des projets dans un contexte où ils paraissent de plus en plus hasardeux.

0.1.2. La notion de risque dans un projet hospitalier

Les délais et les budgets étant fortement contraints, innover à l'hôpital comporte une part importante de prise de risque. Ne pas avoir de marges de manœuvre suffisantes présente un risque supplémentaire pour un projet, qui comporte déjà une part d'incertitude.

De plus, l'hôpital est un lieu où les projets sont plus risqués qu'ailleurs. La mission de soin comporte des exigences particulières — du fait de sa complexité technique et de la place importante occupée par la technologie. Il faut également prendre en compte la prépondérance du facteur humain, la multiplicité des métiers, l'évolution rapide des pratiques. Les cultures professionnelles divergentes viennent complexifier les interactions.

¹ Arnaud Bruey, mémoire professionnel EDH : « La valorisation du management au Centre Hospitalier de Martigues – Etude de l'apport de la mise en place d'une méthodologie de conduire de projet », 2008, p3

Enfin, l'organisation autour du patient est complexe : les pouvoirs et les légitimités sont multiples et de différentes natures ; le cloisonnement entre les métiers et les services peut mener à des coûts de transaction élevés, correspondant à toute la communication nécessaire pour arriver à coordonner les acteurs.

0.1.3. L'importance de formaliser la gestion des risques projet

Le risque étant toujours présent, la conduite de projet en hôpital se présente comme un défi. Si le projet bénéficie d'un investissement financier important et que l'établissement se trouve dans un contexte difficile, comme c'était le cas au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre, un projet devient un pari où l'établissement joue « quitte ou double » : l'échec est inacceptable, mais la réussite est incertaine.

La complexité et les contraintes du projet rendent l'appropriation par l'hôpital de la méthodologie de la conduite de projet primordiale, et la formalisation de la gestion des risques projet au sein de cette conduite, indispensable. Il en va de la réussite du projet, de son accomplissement dans les délais voulus et du respect des financements alloués. La non gestion des risques mène à des surcoûts de « rattrapage ». L'investissement en temps que la formalisation de la gestion des risques projet représente est faible par rapport aux gains de temps ou financiers qu'elle permet.

0.1.4. Le rôle du directeur d'hôpital dans la gestion du risque projet

La conduite de projet tend de plus en plus à devenir le cœur de métier des directeurs d'hôpital. Les directeurs, et a fortiori les directeurs adjoints sont amenés à utiliser les outils de la gestion de projet et à manager les équipes en vue de piloter l'établissement vers un objectif précis. Selon Jean-Bernard Castet² : « Au sein des établissements hospitaliers, [le management de projet] émerge chez certains chefs d'établissements qui créent ces dernières années des postes de directeurs des projets. D'autres préfèrent confier chaque projet à l'un de leurs adjoints ».

Le rôle du directeur d'hôpital dans la conduite de projet est la définition des objectifs, la constitution de l'équipe projet, la fixation du calendrier prévisionnel, la définition de la méthodologie et le suivi des phases du projet. Son rôle est de s'assurer que le projet n'échoue pas en cours de route. La gestion des risques projet relève donc de la responsabilité toute particulière du directeur. Pour cela, il est préférable qu'il identifie

² Jean-Bernard Castet, mémoire professionnel EDH : « Le rôle du directeur d'hôpital dans la conception et la préparation d'un projet de construction : l'exemple de l'hôpital Saint-Antoine », 2009, p16

les risques projet de manière exhaustive, les anticipe, les évalue et les prévienne par un plan de maîtrise des risques, afin de parvenir à les gérer plutôt que de les subir.

Enfin, lorsqu'un risque devient problème, il s'agira pour le directeur de conduire rapidement des actions correctrices qui auront idéalement été prévues et inscrites dans un plan de maîtrise des risques.

0.1.5. La gestion des risques projet dans l'ouverture d'un bâtiment hospitalier

Le projet d'ouverture d'un nouveau bâtiment hospitalier présente, à chaque étape, le risque d'un retard ou d'un échec. La gestion du risque dans la conduite de projet n'est pas statique : des risques différents jalonnent toutes les étapes, de la réception du chantier jusqu'à l'inauguration. Comme l'indique l'Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux (ANAP)³ : « Il s'agit de conduire simultanément la préparation du nouveau bâtiment, c'est-à-dire sa réalisation jusqu'à son achèvement, la préparation détaillée des organisations de ce nouveau bâtiment et le devenir des anciens bâtiments ».

Le risque le plus important, et le premier risque qu'on rencontre, est celui de mal concevoir son projet. Les directeurs pilotant leur établissement dans un contexte d'incertitude, parfois de crise et souvent d'urgence, peuvent faire appel à des entreprises de conseil afin de les aider à mieux analyser leurs possibilités. Mais aucune société ne pourra garantir la pertinence de leurs préconisations.

Il existe également un risque financier important au moment du lancement du projet et pendant sa mise en œuvre. L'établissement s'engage sur des investissements considérables pendant plusieurs années sans visibilité de son budget sur la période. Le suivi des travaux oblige une gestion permanente des délais, des coûts et de la qualité technique du bâtiment neuf ou réhabilité à livrer.

Puis, à la réception du chantier, au moment de la préparation de l'ouverture, le risque se situe à chaque étape de ce qui est par essence une opération complexe. De fait, l'ouverture d'un bâtiment nécessite d'associer, tout au long de la démarche, différents acteurs et de prévoir chaque aspect de la mise en fonctionnement des futurs services : on doit recenser les équipements existants, définir les besoins en renouvellement et prévoir les commandes, respecter les enveloppes allouées pour chaque type d'équipement, définir la logistique et les nouveaux circuits, prévoir les effectifs adaptés au projet de soins et au projet médical, organiser le déménagement, l'inauguration et la communication interne et externe autour du projet.

³ ANAP, guide « Anticiper la mise en service d'un bâtiment », p10

Il y a enfin un risque que les professionnels acceptent mal le changement de locaux à l'ouverture des services dans un nouveau bâtiment. Selon Christine Rougier⁴, directrice du site d'Estaing au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand : « Dans un univers hospitalier de plus en plus protocolisé et de moins en moins polyvalent, le transfert dans de nouveaux lieux entraîne la perte de repères pour tous les professionnels et en ce sens constitue un défi ».

Ce mémoire se propose de développer une méthodologie de gestion des risques associés à la conduite d'un projet complexe, en situation critique, à l'usage de tous les professionnels amenés à tenir une position de chef de projet, et plus particulièrement des directeurs d'hôpital. Il s'appuie sur l'exemple d'un projet hospitalier ambitieux, celui d'ouvrir un nouveau bâtiment ayant fait l'objet d'un investissement représentant près du quart du budget principal de l'établissement et de cinq années de travaux. Nous détaillerons et analyserons les phases du projet, en nous intéressant particulièrement à l'élaboration du plan d'équipement. Nous n'aborderons pas la phase de conception du projet ni la préparation de l'inauguration, qui méritent chacun un mémoire à part entière et posent d'autres problématiques, telles que l'analyse stratégique de l'opportunité de lancer ou non un projet et la manière d'appréhender sa communication institutionnelle.

0.2. Définition des termes du mémoire

0.2.1. Définition du projet

Le terme « projet » a été formé à partir du supin « projectum » du verbe latin « projicio » qui signifie « jeter en avant, jeter dehors ». Cette étymologie met en évidence le fait que conduire un projet implique de se projeter dans l'avenir. Un verbe latin apparenté, « projecto », signifie « exposer au danger », ce qui laisse entendre qu'il y a une étroite corrélation entre le concept de projet et celui de prise de risque.

Selon la norme de l'Association Française de Normalisation (AFNOR)⁵, il s'agit « d'une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle. Il implique un objectif, des actions à entreprendre avec des ressources définies dans des délais donnés ».

0.2.2. Définition du risque projet

⁴ Dans le guide ANAP « Anticiper la mise en service d'un bâtiment », p5

⁵ Afnor, cité par Elizabeth Gauthier, Henri-Pierre Maders et Cyrille Le Gallais, dans *Conduire un projet d'organisation, guide méthodologique*, p20

Selon G. Claverie, chercheur à l'Institut national de physique nucléaire et de physique des particules⁶, un risque projet est « la possibilité que le projet ne s'exécute pas selon les prévisions ».

Selon la norme ISO 31000 : 2009⁷, « les organismes de tous types et de toutes dimensions confrontés à des facteurs et des influences internes et externes ignorent si et quand ils vont attendre leurs objectifs. L'incidence de cette incertitude sur l'atteinte des objectifs d'un organisme constitue le risque ».

Le risque projet peut se définir comme la possibilité de la survenue d'un évènement qui viendrait perturber le bon déroulement d'un projet, en rallongeant des délais, en augmentant les coûts ou en empêchant l'atteinte des objectifs. Le risque projet est un point de vigilance à avoir pendant la conduite d'un projet.

0.2.3. Définition de la gestion des risques projet

Nous pouvons définir la gestion des risques comme « un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire chaque fois que cela est possible les risques encourus »⁸, ou encore comme « un ensemble d'instruments et de méthodes apparus dans le secteur concurrentiel privé qui consiste à mesurer les vulnérabilités physiques ou financières d'une institution. »⁹

Selon Thierry Picq¹⁰, la gestion de projet peut se définir comme un ensemble d'« outils et de méthodes de structuration d'un projet global en sous-projets emboîtés, de planification des tâches, d'anticipation et de suivi de leur bon déroulement, d'affectation et de contrôle des ressources, des coûts, des délais... »

Le programme Apollo, projet s'étant déroulé sur une période de 10 ans et ayant fait l'objet d'un investissement de 25 milliards de dollars, aurait favorisé la naissance des premiers outils de la gestion de projet. Depuis, les outils que nous verrons dans ce mémoire, tels que le PERT, le diagramme de Gantt, ou l'AMDEC, ont été repris dans de nombreux secteurs, y compris le secteur hospitalier.

La gestion des risques projet correspond à un effort organisé d'identification, d'évaluation et de réduction des risques associés à un projet, en vue de faire aboutir ce dernier. Elle peut se définir comme la gestion de l'incertitude présente au cœur de tout

⁶ G. Claverie, « Analyse des risques projet » de l'Institut national de physique nucléaire et de physique des particules, p4

⁷ Norme internationale ISO 31000 : 2009 de novembre 2009, *Management du risque –Principes et lignes directrices*, p1

⁸ Adeline Clec'h, mémoire professionnel EDH de 2008 « Les gestion globale des risques en établissement de santé : enjeux liés à l'élaboration d'une cartographie des risques au Centre hospitalier de Longjumeau », 2008, p7

⁹ Alexandra Locquet, mémoire professionnel EDH de 2003 : « Le directeur d'hôpital, les risques et la gestion des risques, analyse développée à partir de l'exemple de l'hôpital Beaujon, AP-HP », 2003, p32

¹⁰ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p3

projet. Elle ne relève donc pas de la politique globale de la gestion du risque en établissement de santé, mais représente une sous-catégorie du management de projet.

0.3. Problématique, méthode et plan

0.3.1. Problématique

En quoi l'ouverture d'un bâtiment dans un contexte de délais et de budgets contraints est-il un projet cumulant des risques projet multiples ?

Quelle est la place et l'action du directeur d'hôpital dans le cadre de la gestion d'un projet comme l'ouverture d'un bâtiment ?

Comment le directeur d'hôpital identifie, anticipe, et gère-t-il les risques projet qui jalonnent la conduite d'une ouverture d'un bâtiment et plus largement dans la conduite de tout projet ?

0.3.2. Méthode

1. Recueil, analyse et exploitation de la littérature sur :

- la conduite de projet et le management projet
- la gestion des risques
- la gestion des risques projet
- les étapes de construction conduisant à l'ouverture de bâtiment ou de services hospitaliers

2. Analyse de la conduite de projet complexe et de la gestion des risques associés dans le cadre de trois dossiers de stage de l'élève directrice – l'équipement, la logistique et le déménagement dans un nouveau bâtiment hospitalier.

0.3.3. Plan

Dans une première partie, le projet d'ouverture du bâtiment tel qu'il avait été initialement prévu sera étudié.

La seconde partie débutera par l'analyse de l'enchaînement des opérations conduites. Cette première sous-partie sera délibérément descriptive et présentée de manière chronologique afin de permettre au lecteur de s'appropriier le projet comme s'il en avait été l'un des acteurs. Ensuite, il sera examiné dans le détail les risques liés à ce projet et comment les acteurs ont cherché à les maîtriser au fur et à mesure, quitte à

parfois modifier le contenu du projet. Cette seconde sous-partie sera analytique et fera fi de la chronologie pour s'intéresser tour à tour à chaque type de risque.

La dernière partie sera présentée comme un retour d'expérience, détaillant les outils qui auraient pu être utilisés pour la maîtrise de la gestion des risques projet, ainsi que les leçons de management tirées de ce projet.

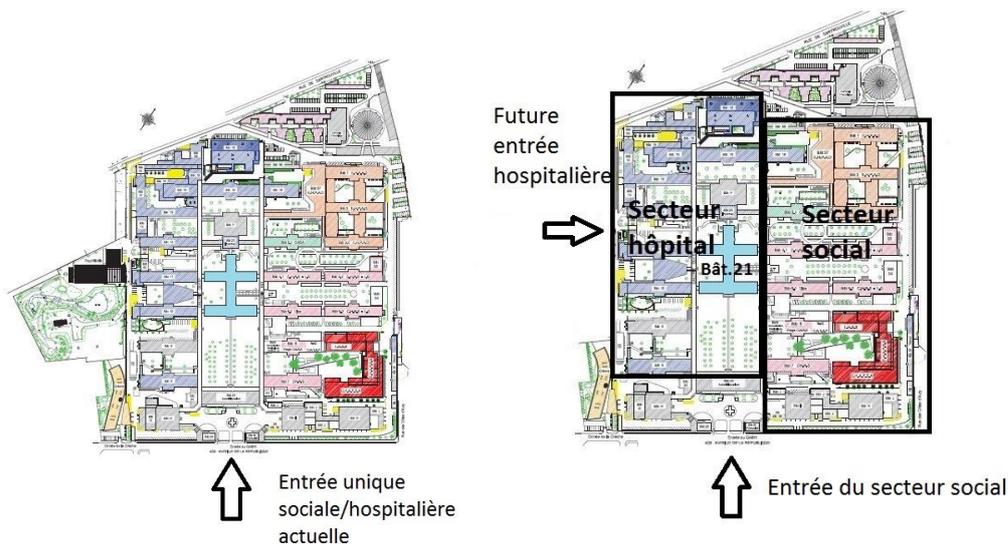
1 Description du projet initial et son déroulement

1.1. L'enjeu stratégique de l'ouverture du bâtiment pour le CASH de Nanterre

1.1.1. Le projet architectural du CASH

Afin de rétablir des finances saines et trouver un meilleur équilibre entre les activités sanitaires, médico-sociales et sociales, la direction du CASH, cherche à augmenter l'activité tout en améliorant l'attractivité du CASH auprès de la population locale, le taux de fuite du bassin étant de 64%. Il s'agit de continuer à assurer une mission d'hébergement social pour les personnes sans-abri tout en réduisant la part du secteur social, et de construire une autre image du CASH, celle d'un hôpital de proximité de qualité.

C'est dans ce sens qu'un schéma directeur architectural a été élaboré par la direction, en lien avec la Ville de Nanterre dans le cadre de son nouveau Plan Local d'Urbanisme (PLU). Architecturalement, l'hôpital avait été pensé comme le double sanitaire des structures d'hébergement, avec une symétrie qui reflète l'importance égale qu'on attribuait à la mission sanitaire et à la mission sociale du CASH. Sur le plan ci-dessous, l'entrée principale ouvre sur une cour d'honneur, puis sur deux galeries parallèles qui traversent 432 mètres. L'une relie à gauche les bâtiments hébergeant des personnes démunies, et l'autre, les bâtiments du secteur sanitaire (l'hôpital Max Fourestier).



Le défi architectural est de transformer un hôpital initialement conçu comme un lieu de soins coupé du monde en un espace de soins ouvert sur la ville. Pour reprendre ici l'analyse de Elise Doucas-Dany¹¹ : « Beaucoup d'habitants des quartiers plus aisés de Nanterre ne viennent pas à l'hôpital. L'enjeu est pourtant de réussir à développer l'activité et éventuellement diversifier le recrutement. ». Pour être attractif pour les classes moyennes, le projet architectural sépare les circuits sanitaire et social.

Par ailleurs, les urgences et le bureau des admissions, situés actuellement aux deux extrémités du CASH, seront tous les deux rapprochés de cette nouvelle entrée hospitalière, rendant le circuit du patient plus fonctionnel.

Enfin, au fondement du projet de réorganisation architectural, il est prévu de nombreuses mutualisations, une rationalisation du site et des flux logistiques et une diminution de la superficie de l'établissement, afin de réduire les coûts de fonctionnement. La mutualisation des services de court séjour et des consultations est opérée par l'ouverture d'un bâtiment ancien réhabilité, répondant à toutes les exigences en matière de modernité, de confort et de qualité des soins d'un hôpital neuf, dans le but d'en faire la vitrine de l'établissement et d'attirer une patientèle plus solvable.

1.1.2. Le nouveau bâtiment au cœur de ce projet architectural

Le bâtiment réhabilité, appelé bâtiment 21, dont la construction remonte à 1885, d'une surface de 9 000 m² SHON (surface hors œuvre nette), est appelé, d'ici fin 2016, à devenir le site unique d'hospitalisation de court séjour et de consultation du CASH, en dehors de la maternité et de l'ambulatorio.

¹¹ Elise Doucas-Dany, mémoire professionnel EDH, « La prise en charge de la précarité à l'hôpital dans le contexte de la tarification à l'activité : l'exemple de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre », 2005, p58

L'opération de travaux pour la partie hospitalisation a duré de 2009 à 2014. Elle s'est achevée à la réception du chantier le 9 juillet 2014 et la levée des réserves le 9 août 2014.

De 2009 à 2012, une première phase de travaux a permis au bâtiment d'accueillir le service de cardiologie de 17 lits au deuxième étage et des consultations et des explorations fonctionnelles au premier étage. Une deuxième phase de travaux de 2012 à 2014, s'achevant pendant le stage de l'élève, a permis de rénover les autres ailes des étages dans le but d'accueillir tous les services d'hospitalisation de court séjour de l'établissement. Ceux-ci étaient alors hébergés dans le bâtiment 19, qui n'est plus conforme aux normes de sécurité incendie et qui doit faire l'objet d'une démolition ou d'une reconversion dans un avenir proche.

Inversement, les consultations et des explorations fonctionnelles, logées au 1^{er} étage du bâtiment 21, devaient être transférées provisoirement au bâtiment 19, pour permettre au service de médecine interne de prendre leur place. L'hébergement des consultations au bâtiment 19 aurait duré deux ans, le temps d'aménager le rez-de-chaussée du bâtiment 21 pour effectuer le regroupement de toutes les consultations du CASH.

En effet, la troisième phase du chantier consistera à regrouper sur un plateau central au rez-de-chaussée du bâtiment les consultations et les explorations fonctionnelles, actuellement dispersées à 43 endroits du site. Il est prévu que cette phase s'achève fin 2016.

Le coût des travaux de la première à la troisième phase, soit, les travaux aux deux étages d'hospitalisation, hors rez-de-chaussée est de 20 359 805 euros en incluant les prestations intellectuelles. Pour l'année 2014, les coûts des travaux ont représenté 4 079 115 euros.

Le projet d'ouverture du bâtiment a démarré mi-mars et s'est achevé avec le déménagement des services vers les étages rénovés en août et en septembre, et l'inauguration le 16 octobre 2014. Le calendrier initial prenait en compte les dernières étapes du chantier et réservait de grandes plages de temps pour les étapes où la visibilité était encore faible :

- 16 juin 2014: réception du chantier
- du 17 au 30 juin 2014: levées de réserves
- du 1er au 13 juillet 2014: travaux de reprogrammation de la centrale « système sécurité incendie » (SSI) à l'ensemble du bâtiment 21, création des nouvelles zones U10
- 15 juillet 2014: visite de la commission de sécurité
- d'août à septembre 2014: déménagement des services du bâtiment 19 vers le Bâtiment 21
- 30 septembre 2014: ouverture du nouveau bâtiment

La quatrième et ultime phase de travaux permettra de transférer le bureau des admissions dans un bâtiment situé à proximité immédiate du bâtiment 21, afin de créer un circuit court de prise en charge administrative des patients et des consultants.

1.2. Description du projet d'ouverture du bâtiment

1.2.1. Profil du projet d'ouverture du bâtiment 21

Le projet d'ouverture du bâtiment 21 est un projet prioritaire, stratégique, mobilisant des équipes en interne, selon une structure projet de type matricielle. Le projet nécessite une coordination accrue et une communication constante entre de nombreux acteurs, car l'ouverture d'un bâtiment nécessite de repenser l'ensemble des organisations et des modes de fonctionnement — d'autant plus si celle-ci intervient pour permettre des économies d'échelle et des mutualisations d'équipes par des regroupements d'activités. Le projet fait également intervenir des entreprises extérieures, dont une société de travaux, un cabinet d'architecture, deux sociétés de communication institutionnelle, un traiteur, plusieurs fournisseurs d'équipement et de mobilier hospitalier, une société de bionettoyage et une société de déménagement.

Le projet d'ouverture est un projet de grande taille, puisque le bâtiment a fait l'objet d'un investissement financier de plus de 20 millions d'euros, sur un budget principal s'élevant à 90 millions. La phase d'ouverture en elle-même représente un investissement de près de 111 700 euros en équipement et en prestations diverses. Mais cet investissement est en réalité légèrement plus important si on prend en compte le « budget caché », qu'on pourrait calculer en comptabilisant les heures consacrées par les membres de l'établissement au projet ou encore les commandes de petits matériels en exploitation.

1.2.2. Les objectifs du projet

L'objectif du projet correspond à ce que les parties prenantes veulent obtenir. Les acteurs peuvent avoir une vision différente de ce qui est prioritaire. Ces différentes visions viennent décliner l'objectif principal, ici, centraliser les services d'hospitalisation, en de nombreux objectifs complémentaires. En prenant en compte différentes perspectives, la direction de l'établissement a retenu quatre objectifs pour sa communication au conseil d'administration du 11 juin 2014 :

1. L'amélioration du confort des patients et des conditions de travail des

professionnels : Les installations et les équipements prévus répondent à des exigences de modernité et de qualité de prise en charge - climatisation et chauffage par plafonds rayonnants, bornes wifi, ventilation double flux avec récupération d'énergie et filtration de l'air, détecteurs de présence pour la gestion des éclairages, chambres individuelles majoritaires, cabine de douche dans chaque chambre, régulation de la température de la chambre par le patient lui-même.

2. La mise aux normes de la sécurité électrique et incendie, et la prévention de la légionellose : Les anciennes installations de ce bâtiment n'étaient pas aux normes et étaient dispendieuses. Elles ont été remplacées par des équipements aux normes et de qualité.

3. La performance et l'indépendance énergétique : Bien que ce bâtiment ne remplisse pas toutes les normes pour être certifié HQE, sa réhabilitation répond largement à un souci d'efficacité énergétique et de respect de l'environnement. Ainsi, l'eau chaude sanitaire est chauffée par des panneaux solaires et le bâtiment est autonome pour ce qui est de son système de chauffage par pompe à chaleur. Il est doté d'un groupe électrogène qui le protège des coupures d'électricité du système général.

4. La centralisation des services d'hospitalisation : La position centrale du bâtiment sur le plan géographique est un atout stratégique majeur. C'est le premier élément fondamental de rationalisation du site qui sera complété par un nouvel emplacement des urgences et de la maternité dans des locaux plus fonctionnels. La relocalisation et la centralisation, programmée pour 2016, des consultations au rez-de-chaussée du Bâtiment 21 et des admissions au sein du bâtiment voisin achèveront la réalisation de ce programme de réorganisation et d'amélioration de la prise en charge globale des usagers. L'ouverture du bâtiment 21 fait l'objet d'une fiche Plan de Retour à l'Équilibre Financier (PREF) avec une économie annuelle chiffrée à 4 millions d'euros.

1.2.3. L'organigramme du projet et de la composition des groupes de travail

L'organigramme permet de structurer les ressources humaines du projet. Il a fait l'objet d'une diffusion interne large pour que tous les acteurs identifient clairement leur rôle. Une telle formalisation évite la redondance ou l'existence d'angles morts dans l'exécution des tâches.

A) Le comité de pilotage du bâtiment 21

Un comité de pilotage a été mis en place en décembre 2013 par la direction de l'établissement afin de superviser l'avancée de ce projet dans sa globalité, de veiller au

respect du calendrier prévisionnel et de garantir la cohérence entre les travaux. Il s'est réuni quatre fois entre mars et juillet 2014.

Le comité de pilotage était composé de la chef d'établissement, des chefs de projet, du chef de pôle de médecine, du cadre du bloc opératoire, du cadre de cardiologie, de la directrice des soins, de la cadre de médecine interne, de la cadre de diabétologie, du chef de service de médecine interne, du chef de service de cardiologie, de la chef de service d'Unité Gériatrique Aiguë (UGA) et de la chef de pôle de chirurgie.

B) Les onze groupes de travail

La chef d'établissement a désigné des référents de groupe de travail. Chaque référent avait en charge l'un des onze groupes de travail sur des thématiques précises, permettant d'appréhender l'ouverture du bâtiment à la fois sur le plan technique, matériel, logistique, organisationnel, humain et financier.

L'organigramme, figurant en annexe n°1, a été communiqué aux chefs de projet à la fin du mois de mars. À partir de ce moment, il leur a été possible de constituer leur groupe, de définir leur calendrier prévisionnel, la fréquence des réunions, un horaire fixe le cas échéant, ainsi que les étapes clés d'avancement. Le tableau de la constitution des groupes de travail figure en annexe n°2.

Les pilotes des groupes de travail étaient pour la plupart des directeurs et des cadres supérieures de santé. Ils bénéficiaient donc déjà d'une certaine autorité sur des équipes afin d'assurer la légitimité de leur pilotage.

Les professionnels futurs utilisateurs du nouveau bâtiment ont été particulièrement sollicités pour participer aux groupes de travail. Les représentants des usagers ont également été sollicités dans le cadre du projet « équipement » et du projet « logistique ».

1. Le groupe projet médical a été chargé de définir, par discipline médicale, le projet médical, le case-mix, le type de prise en charge, l'activité prévisionnelle, l'organisation de la continuité des soins, les effectifs médicaux et les évolutions prévisibles. Il a été piloté par le président de CME et était composé du chef de pôle de médecine, du chef de service cardiologie, de la chef du pôle chirurgie, de la chef de service d'unité gériatrique aiguë et de la cadre du pôle médecine.

2. Le groupe projet de soins a défini l'organisation et le fonctionnement paramédical, la mutualisation des lits et des professionnels par niveau, la charge de travail, les fonctions transversales, les effectifs requis et l'encadrement, les postes de soins avec un système de renvoi des appels malades pour optimiser l'occupation des lits. Il a été piloté par la cadre du pôle médecine et était composé de la cadre de diabétologie, de la cadre de médecine interne, du cadre de chirurgie, du cadre de cardiologie, de la

coordonnatrice des Aides Médico-Administratives (AMA), du contrôleur gestion sociale, de la cadre du pôle médico-technique et du chef de pôle de médecine.

3. Le groupe suivi de chantier s'est réuni avec la société de travaux et le maître d'œuvre de manière hebdomadaire pour s'assurer du respect du planning de travaux et des coûts du chantier. Il a été piloté par le directeur du Pôle Logistique et Travaux (PLT), d'un Technicien Supérieur Hospitalier (TSH) biomédical, de l'attaché responsable des services techniques, du responsable de la sureté et de la sécurité incendie, de la cadre du pôle médecine, de l'architecte maître d'œuvre, du PDG de la société de travaux et du chef de chantier de la société de travaux.

4. Le groupe circuits a défini le circuit du patient depuis son arrivée au CASH jusqu'à sa sortie. Il a étudié comment le patient serait accueilli et admis au sein du nouveau bâtiment au niveau soignant, médical et administratif. Il a défini le circuit des déchets, du linge, des examens et des repas en lien avec le groupe logistique. Il a défini la signalétique en lien avec le groupe « suivi de chantier ». Il a également été piloté par la cadre du pôle medicotechnique et était composé de la cadre du pôle médecine, de la coordonnatrice des AMA, de l'infirmière hygiéniste, de la cadre de santé responsable du dossier patient unique et de l'archivage, de la cadre de santé responsable du laboratoire, du responsable de la sécurité incendie et sureté, de la cadre des urgences, de la TSH en charge de l'hôtellerie, de l'attaché responsable des services techniques, du responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène, du responsable achat et logistique et du responsable des admissions.

5. Le groupe organisation des activités restantes au bâtiment 19 a défini les activités qui resteraient à l'intérieur du bâtiment 19 et leur organisation après le déménagement des services d'hospitalisation vers le bâtiment 21. Il a été piloté par la cadre du pôle médecine et était composé de la cadre de santé des consultations, du cadre de santé de cardiologie, de la cadre de médecine interne, de la cadre de la pharmacie et de la stérilisation, d'un TSH biomédical et d'un informaticien.

6. Le groupe logistique a défini le nouveau projet hôtelier et les équipements supplémentaires nécessaires à la logistique du nouveau bâtiment en lien avec le groupe équipement. Il a été piloté par le directeur du PLT et de l'élève directrice d'hôpital, et était composé d'un TSH biomédical, de la TSH en charge de l'hôtellerie, du responsable achat et logistique, d'un informaticien, de la cadre de diabétologie, de la cadre du pôle medicotechnique et de la cadre de médecine interne.

7. Le groupe équipement a recensé les besoins en équipement par service et pour les locaux communs. Il a fait l'inventaire des équipements biomédicaux et non médicaux récupérable. Il a défini les achats à mener et a effectué les commandes en respectant l'enveloppe allouée. Il a été piloté par le directeur du pôle logistique et travaux et l'élève directrice d'hôpital et était composé du responsable des équipes d'hygiène, de la TSH en

charge de l'hôtellerie, du responsable achat et logistique, de la cadre du pôle médecine et d'une diététicienne.

8. Le groupe ressources humaines a déterminé les effectifs à attribuer à chaque service en lien avec le groupe « projet de soins », les recrutements, les formations, la mobilité et les reconversions des agents. Il a été piloté par la directrice des ressources humaines et était composé des professionnels de la direction des ressources humaines.

9. Le groupe « déménagement » a étudié les modalités du déménagement, a défini le calendrier du déménagement vers le nouveau bâtiment et l'organisation des opérations préliminaires, notamment l'organisation du premier bionettoyage et des prélèvements de l'air, de l'eau et des surfaces. Il a été piloté par la cadre du pôle médecine et était composé d'un TSH biomédical, du responsable des achats et de la logistique, de la cadre de diabétologie. Il s'est recomposé partiellement le 20 juin avec le groupe équipement et le groupe logistique en intégrant le responsable des services techniques, l'infirmière hygiéniste, l'adjoint au directeur, le responsable de la maintenance, un ouvrier spécialisé en téléphonie et un informaticien.

10. Le groupe communication a défini et conduit un plan de communication interne et externe autour du bâtiment 21 et a organisé l'inauguration. Il a été piloté par l'élève directrice d'hôpital, sous la direction de l'adjoint au directeur et était composé de deux secrétaires à la direction générale, de la chef de pôle de chirurgie et de la cadre du pôle médico-technique.

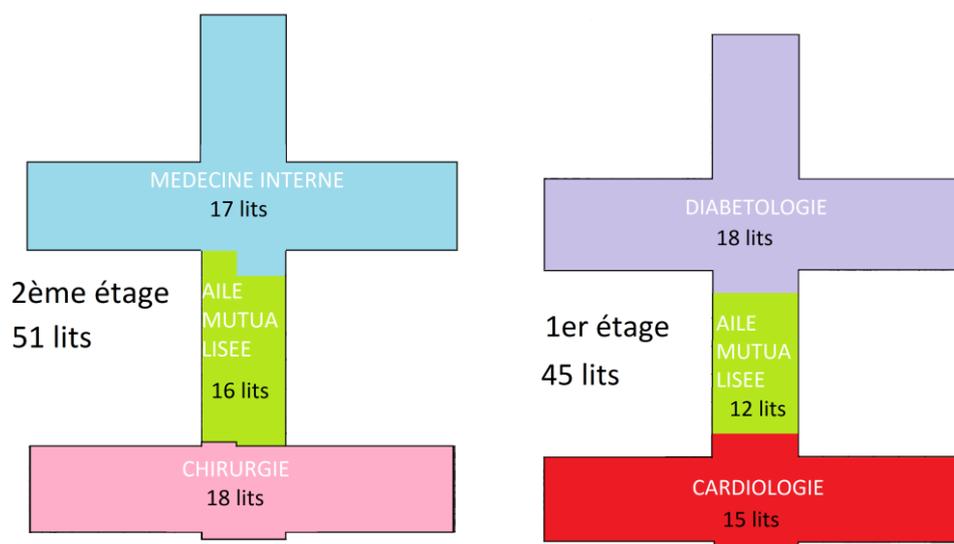
11. Le groupe budget a travaillé sur les impacts financiers de la nouvelle organisation en dépenses et en recettes. Il a élaboré le budget prévisionnel d'exploitation du bâtiment 21 et a évalué sa contribution au redressement financier du CASH. Il a été piloté par la directrice des usagers, des systèmes d'informations et des affaires financières et était composé des professionnels de la direction financière.

1.2.4. Le programme capacitaire

Le programme capacitaire total était prévu à 96 lits.

- Au premier étage : 45 lits au total - 18 lits de diabétologie et 15 lits de cardiologie ainsi que 12 lits de l'aile centrale mutualisés, attribués à un des deux services en fonction de l'activité. 6 chambres sont doubles et 33 chambres sont individuelles.

- Au deuxième étage : 51 lits au total – 17 lits de médecine interne et 30 lits de chirurgie dont 16 lits mutualisés en fonction de l'activité. 8 chambres sont doubles et 35 chambres sont individuelles.



1.3. Les rôles attribués à l'élève dans le projet d'ouverture du bâtiment

1.3.1 L'objectif du projet d'équipement

Deux enveloppes de 200 000 euros, une première pour l'année 2014 et une deuxième pour 2015, étaient prévues au Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) afin d'effectuer à la fois des achats d'équipements non médicaux pour les services déménageant et pour le reste de l'établissement. En outre, une enveloppe de 30 000 euros était inscrite au PPI pour le renouvellement de l'équipement biomédical des services déménageant pour l'année 2014

L'objectif était de produire le plan d'équipement 2014 du futur bâtiment, sans excéder les enveloppes fermées de 200 000 euros à répartir entre le bâtiment 21 et le reste de l'établissement, et de 30 000 à destination de l'équipement biomédical au bâtiment 21.

Si l'on compare les programmes capacitaires avant et après déménagement, on constate qu'il n'y a pas de besoins d'équipement pour une augmentation capacitaire :

- le service de diabétologie passerait de 28 à 27 lits
- le service de médecine interne passerait de 19 à 21 lits
- le service de cardiologie passerait de 18 à 21 lits
- le service de chirurgie passerait de 35 à 27 lits

Avant déménagement, les services comptabilisent au total 100 lits. Après déménagement, ils totalisent 96 lits. Ainsi, l'enveloppe d'équipement servirait uniquement à renouveler les équipements vétustes.

La question était donc de savoir comment assurer une juste répartition de l'enveloppe d'équipement non médical, sachant que la problématique de vétusté des matériels se posaient pour l'ensemble des services du CASH.

Tout au long de la réflexion sur l'équipement du futur bâtiment, des urgences d'achats dues à des casses ou des pannes sont apparues, rendant difficile la projection budgétaire. Se rajoutant à ces urgences, l'année 2014 était aussi l'année de la montée en charge de la médecine interne à orientation gériatrique aiguë. Il fallait donc équiper 20 chambres à destination d'une future UGA, à la demande de l'ARS. 6 sur les 20 chambres avaient déjà été achetées à l'arrivée en stage de l'élève.

L'élève était chargée de copiloter, avec le directeur du PLT, le projet d'équipement ainsi que le projet logistique en prévision de l'ouverture du nouveau bâtiment. Elle fut plus tard amenée à rejoindre le groupe déménagement avec d'autres membres du groupe équipement.

1.3.2. Méthodologie du projet

La méthodologie déployée par l'élève directrice et le directeur du PLT était la suivante :

- Constituer deux groupes de travail, un sur la logistique et l'autre sur l'équipement avec les professionnels concernés, après avoir identifié les acteurs compétents.
- Prévoir un créneau horaire hebdomadaire fixe qui convienne à chacun des membres afin d'assurer une présence maximale et réduire les coûts de transaction.
- Animer les groupes de travail hebdomadaires logistique et équipement.
- Fixer des objectifs d'avancement à chaque membre et à chaque séance et veiller à l'avancée selon les tâches du groupe identifiées :
 - Recenser les besoins globaux en équipement du bâtiment en fonction du nouveau programme capacitaire.
 - En lien avec les cadres des services de soins et le service biomédical, faire un inventaire des équipements existants et de leur état, afin de pouvoir effectuer des récupérations pour chacune des catégories d'équipement, hôtelier, mobilier, médical et informatique.
 - En déduire un plan d'achat, chiffrer les coûts et passer les commandes en tenant compte les délais de livraison et les échéances d'ouverture des services, en lien avec le groupe déménagement.

2 Analyse de la gestion des risques dans la conduite du projet

2.1. Déroulement du projet d'ouverture du bâtiment

2.1.1. Le lancement des groupes de travail équipement et logistique

A) Débriefing et élaboration d'une méthodologie

Le 17 mars, l'élève directrice est nommée par son maître de stage, directeur du PLT, co-pilote avec lui des groupes équipement et logistique. Le 21 mars, l'élève rencontre la responsable de l'hôtellerie pour faire un débriefing complet sur l'état d'avancement du projet. Celle-ci l'informe qu'« il y a eu une réunion en décembre, et depuis, plus rien. » Le 25 mars, en réunion de chantier, l'élève directrice reçoit le détail du programme capacitaire.

Une première réunion de calage méthodologique, animée par l'élève directrice, est organisée le 31 mars. Le responsable hygiène des locaux, la responsable de l'hôtellerie, le responsable des services techniques, le responsable achat et logistique, et deux techniciens supérieurs biomédicaux sont présents. Les participants s'inscrivent tour à tour dans un des deux groupes. Lors de cette réunion, les participants découvrent l'organigramme élaboré par la direction. C'est le moment pour l'élève de clarifier l'organisation du projet auprès des participants, qui fait l'objet de diverses critiques. Ils ne comprennent pas la division des groupes logistique, équipement et déménagement, qui selon eux, sont étroitement liés. Une solution est rapidement trouvée pour que ces groupes soient en lien : le groupe déménagement comprendra des membres du groupe équipement, et les horaires des groupes équipement et logistique se suivront, de manière à faciliter la participation d'un groupe à un autre. Les participants s'interrogent aussi sur la division logistique et circuit. La division sera résolue par le positionnement de certains membres du groupe logistique dans le groupe circuits.

A ce stade du projet, le service biomédical a d'ores et déjà terminé d'effectuer l'inventaire des équipements existant dans les quatre services déménageant. Il lui faut encore recenser les besoins d'achat.

À l'issue de cette réunion, le calendrier des cinq prochains groupes de travail est communiqué aux participants et les missions des groupes sont détaillées.

B) La première séance des groupes équipement et logistique

Le premier groupe équipement se tient le 7 avril. À chaque groupe, au moment d'un tour de table, il est demandé aux participants de dire là où ils en sont, quelle est la prochaine étape pour eux et s'il y a une difficulté à la réaliser. C'est l'occasion de faire le point sur les avancées autour du projet, de trouver collectivement une solution aux difficultés et d'alerter sur les risques éventuels.

Le service biomédical a commencé à recenser les achats avec les cadres et le corps médical. A ce stade, il y en aurait pour 40 000 euros, ce qui dépasse de 10 000 euros l'enveloppe biomédicale allouée.

Le responsable achat informe les participants qu'au niveau de l'équipement non médical, il y a déjà eu une dépense de 28 000 euros sur le compte des 200 000 euros disponibles en 2014, du fait de l'achat de 6 chambres complètes pour la future UGA. Le responsable achat présente sur rétroprojecteur un tableau intitulé « équipement global » permettant de recenser les équipements par pièce et par étage, et selon qu'ils sont à acheter et à récupérer. Ce tableau, utile surtout au moment du déménagement pour orchestrer les transferts des équipements à la bonne destination, figure en annexe n°13. Le directeur informe les participants de l'importance d'avancer rapidement sur l'inventaire et demande à ce que, pour le comité de pilotage du 6 mai, le tableau équipement global soit entièrement complété avec l'achat et le récupérable.

Le groupe logistique se tient ensuite. Une réflexion collective autour des domaines de compétences des groupes logistique et circuits s'enclenche. Pour la cadre du pôle médico-technique, le groupe circuit a son sens puisqu'il se centre sur le patient alors que le groupe logistique s'intéresse à l'organisation, en dehors de la détermination des circuits, des fonctions supports comme le ménage, le bionettoyage, l'hôtellerie, les déchets, etc. Le responsable achat a terminé de mettre au point sur plans la disposition des équipements des offices avec la responsable hôtellerie. Le responsable hygiène des locaux fait état de son besoin en matériel neuf : il lui faudrait 10 chariots à linge sale et 10 bennes à déchets ménagers.

C) Le premier comité de pilotage

Le premier comité de pilotage se réunit le 9 avril 2014. Les différents chefs de projet sont invités à présenter le lancement de leur groupe et le premier état des lieux.

Le groupe projet de soins, piloté par la cadre du pôle médecine, annonce qu'il a commencé à étudier les effectifs nécessaires. Il s'agit également d'harmoniser les conditions de travail afin de mutualiser les équipes entre les deux services sur chaque étage le weekend.

Pour les groupes équipement et logistique, l'élève présente le recensement provisoire des achats nécessaires au niveau biomédical à 40 000.

Pour le projet organisation des activités restantes au bâtiment 19, la cadre du pôle médecine présente les activités qui seraient au bâtiment 19 après le déménagement des services d'hospitalisation : il s'agirait des consultations, de trois chambres sécurisées et de la future UGA en attendant le transfert de la pneumologie à l'hôpital Louis Mourier. Une fois ce service parti, l'UGA prendra sa place afin de vider entièrement le bâtiment 19.

Pour le projet déménagement, la cadre du pôle médecine indique que les plans du bâtiment 21 ont été chiffrés afin de faciliter le déménagement : les soignants mettent un autocollant sur chaque meuble ou objet avec un numéro qui correspond à la pièce où ce meuble ou cet objet devra aller.

La chef d'établissement fixe la date prévisionnelle du 30 septembre 2014 pour l'ouverture du bâtiment 21.

D) Les séances suivantes des groupes équipement et logistique

Lors de la deuxième séance du groupe équipement, 14 avril, la responsable hôtellerie informe le groupe qu'il y a trois offices au bâtiment 21 et que celui du deuxième étage est déjà équipé. Il reste à équiper les deux offices du premier étage. Elle a reçu deux devis pour les nouveaux plateaux de petits-déjeunés. La responsable hôtellerie récupérera la vaisselle existante du bâtiment 19, et commandera en plus de la porcelaine résistante : tasse, soucoupe, petite assiette, verre à pied pour améliorer la présentation du plateau. Elle prévoit de modifier la composition du petit déjeuner pour améliorer son apport énergétique. Il est question d'ajouter un jus de fruit et un yaourt. Le surcoût sera compensé par l'optimisation de la commande des repas.

Elle reçoit la semaine du 5 mai un charriot repas pour tester sa maniabilité. Elle est encore en attente des devis pour le gros matériel des offices. Le tableau équipement global, présenté lors du premier groupe, est en train d'être complété avec les informations sur les offices. Il sera envoyé cette semaine aux cadres afin qu'ils le complètent avec le recensement du mobilier des chambres récupérable.

Le TSH biomédical est en train de verrouiller les besoins des services, à l'issue de quoi il demandera les devis pour un recensement final des coûts. Il a besoin de faire un point avec la pharmacienne sur l'emplacement des armoires à médicament sécurisées et de vérifier que les prises réseaux sont au bon endroit. La vérification de fonctionnement des prises sera faite conjointement par le maître d'œuvre et le service informatique.

La cadre de médecine interne et la cadre de diabétologie informent le groupe qu'elles commenceront le recensement du mobilier récupérable dès que possible, mais qu'elles manquent de temps. L'élève annonce alors qu'elle invitera les deux autres cadres concernés par le déménagement au prochain groupe afin de faire un point sur le recensement du mobilier.

Le groupe logistique se tient ensuite. Le directeur du PLT informe le groupe qu'il est en charge de définir les *process* en lien avec le groupe circuits. Il faut formaliser les choses : organisation du linge, des repas et du ramassage des déchets.

Le responsable hygiène dit qu'en matière de changement de *process*, les chariots seront à présent amenés propres dans les services : ils seront lavés à la buanderie avant

de repartir dans le service. Il est en train de finaliser une étude volume avec son équipe pour savoir combien de passages seront à faire au niveau du linge. Le fonctionnement de la gestion des repas sera le même au niveau des commandes et de l'acheminement, par contre, le type de chariot sera revu. De fait, les chariots repas actuels sont inadéquats, ils laissent les plats se refroidir avant d'atteindre le patient en bout de service. Un nouveau type de chariot est testé depuis un an en service de diabétologie. Son utilisation sera généralisée à tous les services du bâtiment 21 à l'occasion du déménagement. Aussi, au deuxième étage, il n'y ait qu'un office pour bientôt deux services. Elle est en lien avec le groupe ressources humaines, pour définir comment les équipes s'organiseront pour assurer les repas sur cet étage. Il faudra créer un poste d'intendante. Elle a regroupé les commandes du magasin général des services du B21 afin que les livraisons soient toutes le même jour de la semaine pour tout le bâtiment.

Le 28 avril, un troisième groupe équipement se réunit en présence des quatre cadres des services déménageant. L'élève suggère l'échéance du 12 mai aux cadres concernés par le déménagement pour compléter le tableau des besoins avec leurs éléments d'inventaire. Le cadre de chirurgie recense 35 lits en médiocre état : les plus récents ont 15 ans. Il n'a pas commencé l'inventaire des adaptables et des tables de chevet récupérables. La cadre de médecine interne a du mal à commencer l'inventaire du récupérable parce que les lits sont sans cesse bougés avec les patients lors de transfert. Le responsable achat lui suggère d'utiliser des étiquettes. La cadre du pôle médico-technique souhaiterait solliciter l'aide des services techniques dans l'inventaire des mobiliers puisqu'elle ne sait pas distinguer un lit réparable d'un lit à jeter.

Le directeur explique la démarche d'achat *a minima*. La vétusté de certains équipements pourra être adressée sur la durée avec un plan de renouvellement des équipements. Il demande quand le groupe pourra présenter le tableau d'équipement global complet, synthétisant l'achat et l'équipement récupérable. Le responsable achat évoque le manque de temps mais souhaite reprendre tous les besoins du bâtiment 21, sans prendre en compte la provenance : achat/récupérable, dans un même tableau intitulé « équipement global », présenté à la première réunion. C'est en y intégrant les inventaires du récupérable des cadres qu'on saura, par déduction, ce qu'il reste à acheter. Mais l'inventaire du mobilier des chambres effectué des cadres n'est pas suffisant, puisqu'il faut tenir compte des autres locaux. Il se charge avec la cadre du pôle médecine de recenser les équipements des salles de décontaminations, des réserves et des postes de soins. La responsable hôtellerie a déjà complété ce tableau avec l'existant et les achats nécessaires dans les offices.

Le cadre de cardiologie demande si le groupe peut fournir un support pour faire l'inventaire qui inclut les éléments dont il faut tenir compte. Le groupe comprend que « le

manque de temps » exprimé par les cadres est en réalité un manque d'aiguillage dans la réalisation de leur inventaire.

Le groupe logistique se tient ensuite. La responsable hôtellerie a recensé le nombre de porte-savons et de porte-papiers nécessaire au bâtiment 21 et prépare un support de formation qu'elle fera pour les professionnels des services du bâtiment 21 sur les normes d'hygiène alimentaire.

Le responsable achat, membre du groupe circuits informe le groupe logistique que les circuits se dessinent pour faire des simulations. Les patients emprunteraient la galerie et les deux ascenseurs côté médical alors que l'ascenseur du côté de la galerie sociale serait dédiée à la logistique.

Le 5 mai, le quatrième groupe équipement se réunit avec la participation exceptionnelle des représentants des usagers (RU). Le responsable achat est en train de finaliser le tableau d'équipement global mais sans distinguer encore si l'équipement fait l'objet d'un achat ou d'une récupération. Au moment où toutes les informations sur le matériel récupérable seront tous récoltées, il suffira d'inscrire les coûts pour connaître le coût d'achat total.

L'informaticien fait part d'un manque de câblage en courant faible dans deux zones au bâtiment 19 destinées à accueillir les consultations et les explorations fonctionnelles de cardiologie. Le responsable achat lui répond que ces opérations de travaux pourront se faire au moment venu. D'autres participants répondent que s'il y a des travaux à faire, il faut les faire rapidement pour ne pas retarder le déménagement.

La cadre de médecine interne présente l'outil d'inventaire du récupérable à l'usage des cadres, que le responsable achat et elle ont réalisé. Il figure en annexe n°3. Ses agents ont d'ores et déjà réalisé l'inventaire du récupérable pour la médecine interne. Il figure en annexe n°4.

La responsable hôtellerie a reçu les devis pour le chariot repas et la vaisselle. Elle attend les devis des lave-vaisselles qui devraient arriver la semaine suivante.

Le directeur informe le groupe qu'au plus tard, pour le 15 juillet, date de la visite de sécurité incendie, une aile devrait être équipée. Pour cela, il faut commander certaines des chambres mi-mai. Le reste des équipements devra être reçu début septembre, soit être commandé fin juin.

Le groupe logistique se réunit avec la participation des RU. Le responsable achat présente les circuits sur plan. Un renouvellement des postes de télévision est en préparation afin que toutes les chambres aient six chaînes et la TNT. Les RU font part des plaintes qu'ils recueillent au sujet des repas. L'élève leur propose d'envoyer les résultats de leurs enquêtes de satisfaction à la responsable hôtellerie.

E) Le deuxième comité de pilotage

Le deuxième comité de pilotage a lieu le 6 mai. Pour le projet communication, l'adjoint au directeur annonce que le premier groupe de travail a eu lieu avec la présence exceptionnelle du président de la CME, du chef de pôle social et de la chef d'établissement. Il a été question de définir les attentes pour la communication autour du bâtiment 21 : envoi d'une plaquette de présentation du bâtiment aux invités de l'inauguration, montage d'une exposition de photographies retraçant l'histoire du CASH jusqu'à l'ouverture du nouveau bâtiment, envoi d'un dossier de presse, rédaction d'articles pour le journal interne et le site internet, etc.

Sur le projet activités restantes au bâtiment 19, la cadre du pôle médecine indique qu'elle a travaillé sur plan avec l'informaticien pour évaluer les besoins en prises et en câblage supplémentaires pour transformer des services d'hospitalisation en consultations. Il y a un besoin en courant faible pour certains équipements biomédicaux. Le directeur du PLT indique qu'il est nécessaire de chiffrer ces travaux imprévus au plus vite.

Concernant le projet de soins, la cadre du pôle médecine annonce qu'elle travaille avec les ressources humaines au suivi des effectifs actuels des 4 services afin de projeter des effectifs soignants nécessaires pour le futur bâtiment 21.

Sur le projet d'équipement, l'élève présente le tableau d'équipement global et explique qu'il ne distingue pas encore l'achat du récupérable de manière exhaustive, mais recense les besoins totaux. Il faudra dégager des marges d'achat pour le renouvellement de l'équipement du reste de l'établissement en procédant à des récupérations quand c'est possible. Seuls les mobiliers fonctionnels et aux normes feront l'objet de récupération. Sur le projet logistique, l'élève directrice présente le nouveau projet hôtelier.

F) Les séances suivantes des groupes équipement et logistique

Le 12 mai, lors du cinquième groupe équipement, l'élève aborde le problème des travaux de câblage nécessaires au bâtiment 19 pour accueillir les consultations actuellement situées au bâtiment 21, conditionnant le transfert de la médecine interne au bâtiment 21. Les cadres ont presque terminé de remplir l'outil d'inventaire qui leur a été fourni. Le cinquième groupe logistique se tient ensuite.

Le 19 mai, les quatre cadres de santé viennent chacun leur tour en salle de réunion du PLT, où un rétroprojecteur est installé, afin d'intégrer leur inventaires dans le tableau global d'équipement. Les inventaires complétés par les cadres figurent en annexe n°4. Ils permettent à l'élève de préparer le tableau récapitulatif suivant :

Chirurgie

Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Récupérable	30	34	31	32	40	33	36

Diabétologie							
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Récupérable	25	18	20	5	27	14	7

Médecine interne							
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Récupérable	21	8	15	13	12	12	19

Cardiologie							
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Récupérable	20	16	15	17	16	17	16

Total récupérable							
-------------------	--	--	--	--	--	--	--

Chambre	CAP B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
total récupérable	96	76	81	67	95	76	78

CAPACITE	96	96	96	96	96	96	96
----------	----	----	----	----	----	----	----

Chambre	CAP B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
besoin d'achat	96	20	15	29	1	20	18

Le 19 mai, un groupe équipement restreint se tient avec le directeur du PLT, l'élève, la responsable hôtellerie et le responsable achat et logistique. Il est question d'estimer les grandes masses d'achat pour équiper le bâtiment 21. On estime provisoirement le coût de l'équipement complet des deux offices, pour les services de médecine interne et de diabétologie, à 77 000 euros. Pour l'achat de deux lave-bassins, il faut compter un maximum de 18 000 euros et pour équiper deux postes de soins, 20 000 euros. Si l'on ajoute 10 000 euros pour l'achat de matelas, et 85 000 euros pour 20 chambres complètes, il faut compter au total un besoin d'achat de 200 000 euros. Même en tenant compte du mobilier des chambres existants, les estimations, bien que provisoires, laissent présager l'impossibilité d'équiper le bâtiment 21 autant que souhaité, puisqu'il faut également équiper la future UGA pour octobre 2014.

La date de la visite de la commission de sécurité incendie approchant, il faut prendre rapidement la décision de commander un minimum de chambres neuves, afin de permettre aux pompiers d'apprécier la disposition des chambres avant le déménagement. De fait, un avis favorable de la commission est nécessaire pour effectuer le déménagement. Cette première commande devra être passée au plus tard fin mai.

Le 27 mai, la décision est prise de commander 18 chambres neuves pour pallier au plus gros des besoins des services en mobilier, le reste pouvant être couvert temporairement par des réparations. L'élève et le responsable achat négocie alors un devis pour l'achat de 18 lits chambres à 68 928 euros. Le bon de commande sera signé le lendemain et la livraison sera effectuée le 8 juillet.

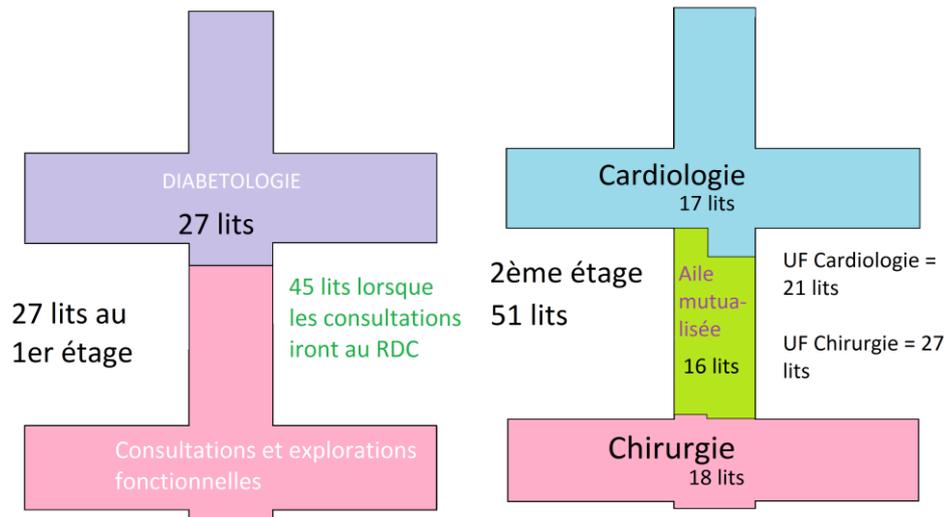
2.1.2. La maîtrise d'un risque majeur

A) Le troisième comité de pilotage

Le 3 juin, au troisième comité de pilotage, l'élève fait état de l'achat de 18 chambres complètes et présente des plans d'équipement biomédicaux et non médicaux provisoires. Les achats d'équipements non médicaux représentent une dépense de 200 000 euros à étaler sur deux ans. Face à cette masse de besoin d'achat identifiée sans indication de priorité, la chef d'établissement décide d'une répartition des 200 000 euros annuels de la manière suivante : 150 000 pour le bâtiment 21 et 50 000 pour le reste du CASH en 2014, 80 000 euros pour le bâtiment 21 et 120 000 euros pour le reste du CASH en 2015.

Le directeur du PLT annonce que les travaux de câblage et d'aménagement du bâtiment 19 sont chiffrés à 50 000 euros. Cette dépense pouvant difficilement être réalisée en 2014, il a effectué une visite d'autres bâtiments avec des médecins et des professionnels du PLT, mais il s'est avéré que la problématique du manque de câblage était la même partout. Les deux options envisageables sont de mener au plus vite des travaux au bâtiment 19 ou de maintenir les consultations et explorations fonctionnelles au bâtiment 21, et donc de retarder le regroupement des services d'hospitalisation de court séjour. Si les consultations restent au bâtiment 21, le programme capacitaire serait le suivant :

- 21 lits de cardiologie au 2^{ème} étage, comme c'est le cas à ce moment
- 27 de chirurgie au 2^{ème} étage
- 5 places de HDJ au 2^{ème} étage
- 27 lits de diabétologie au 1^{er}
- les consultations au 1^{er}, comme c'est le cas à ce moment



Dans ce scénario, la médecine interne resterait temporairement au bâtiment 19 et le programme capacitaire serait à 75 lits au lieu de 96.

La chef d'établissement demande des informations sur les effectifs et sur les équipements selon les deux scénarii afin de trancher la question du programme capacitaire.

B) Travail d'analyse des deux hypothèses capacitaires

Le 13 juin, un groupe équipement restreint, composé du directeur du PLT, de l'élève, du responsable achat et logistique, de la cadre du pôle médecine et de la responsable hôtellerie, est convoqué en urgence. Il s'agit de préparer deux plans d'équipement distincts en fonction des deux hypothèses capacitaires. La présence d'un office au service de médecine interne au bâtiment 19 et un autre déjà en fonctionnement au 2^{ème} étage du bâtiment 21 fait que, selon l'hypothèse capacitaire à trois services où la médecine interne resterait au bâtiment 19, il y aurait un office en moins à équiper au bâtiment 21. Cela réduit le coût de 25 000 euros pour l'année 2014. Il apparaît alors que la solution n°2 est moins coûteuse.

L'élève reprend le tableau récapitulatif des inventaires des cadres et réalise un tableau comparatif du renouvellement du mobilier à mener selon les deux hypothèses de services déménageant. Ce tableau figure en annexe n°5. On constate qu'avec l'achat des 18 chambres complètes, l'hypothèse n°2, à 75 lits et 3 services, est largement excédentaire en mobilier neuf par rapport aux besoins établis par les cadres des trois services déménageant.

L'élève réalise ensuite un tableau comparant deux plans d'équipement parallèles selon les deux scénarii afin de le présenter à la chef d'établissement, comme aide à la décision, le 16 juin. Ces plans figurent en annexe n°6. Si on enlève 25 000 euros pour

l'équipement d'un office et qu'on inclut le coût des travaux de 50 000 euros, l'hypothèse n°2 est 75 000 euros moins coûteuse que l'hypothèse n°1.

On constate également à ce stade, du fait de l'achat d'équipement en urgence suite à des pannes ou des casses, que sur l'enveloppe de 200 000 euros, il n'y a plus que 90 000 euros disponibles et un dépassement de 69 000 euros est prévu même en retenant l'hypothèse n°2. Selon cette hypothèse, l'enveloppe attribuée au bâtiment 21 est déficitaire de 18 000 euros et l'enveloppe attribuée au reste du CASH est déficitaire de 51 000 euros à cause de la dépense prévue de 54 000 euros pour la future UGA. Quelle que soit l'hypothèse retenue, il ne sera pas possible de retarder l'ouverture de l'UGA à 2015, prioritaire pour l'ARS. Il faut donc trouver une solution pour éliminer le dépassement de 51 000 euros sur l'enveloppe CASH.

Le 16 juin au soir, l'élève directrice, le directeur du PLT et la cadre du pôle médecine remédient au dépassement de l'enveloppe. La solution est la suivante : si 14 des 18 chambres achetées pour le bâtiment 21 vont plutôt servir à l'équipement de l'UGA, cela économise 54 000 euros sur l'année 2014. L'élève directrice s'interroge sur deux choses :

- les chambres achetées pour des services d'hospitalisation simple seront-elles aux normes d'une UGA où les patients présentent des risques d'escarres ? Pour le responsable achat, le mobilier est adapté mais il convient de le compléter avec l'achat de matelas à mémoire de forme.
- Les cadres, dans leur recensement, font état de casses importantes, notamment sur les lits. Si l'achat de 18 chambres était trop important au vu du programme capacitaire n°2, 4 chambres renouvelées en réponse paraissent dérisoires à côté des besoins annoncés. Le responsable achat répond qu'un renouvellement plus important pourra se faire en 2015, sur la deuxième enveloppe.

L'élève reprend le tableau récapitulatif des inventaires décliné selon les deux hypothèses, et y inscrit 4 chambres achetées pour le bâtiment 21 au lieu de 18, et retire la ligne d'achat pour l'UGA. Le tableau comparatif du renouvellement mobilier selon l'hypothèse n°1 et n°2, mais sans l'achat pour l'UGA, figure en annexe n°7. Le manque à gagner en matière de renouvellement de mobilier est alarmant sur l'hypothèse n°1 mais acceptable sur l'hypothèse n°2. Les plans d'équipement selon les deux hypothèses sont donc revus en prenant en compte la nouvelle attribution des chambres achetées. Ces nouveaux plans d'équipement figurent en annexe n°8. On constate alors que le déficit des enveloppes CASH + Bâtiment 21 n'est plus qu'à 15 000 euros au lieu de 69 000 euros. En affinant davantage le plan d'équipement au fur et à mesure de l'arrivée des devis, il sera possible de tenir l'enveloppe.

2.1.3. Finalisation du plan d'équipement et préparation du déménagement

A) Les séances du groupe équipement et déménagement fusionné

Le 20 juin, la chef d'établissement, ayant pris compte les informations fournies par les groupes équipement et ressources humaines, décide de retenir le programme capacitaire « trajectoire » de 75 lits. Le regroupement intégral des services d'hospitalisation de court séjour devra attendre deux années de plus, le temps d'effectuer les travaux au rez-de-chaussée du bâtiment 21 pour regrouper les consultations, débloquent une aile du 1^{er} étage, permettant le déménagement de la médecine interne. Quatre jours plus tard, une note d'information, figurant en annexe n°9, acte officiellement de cette décision.

Le 20 juin, la cadre supérieure du pôle médecine, en charge du groupe déménagement, rencontre le groupe équipement restreint, constitué du directeur du PLT, du responsable achat et de l'élève. Le groupe décide officiellement d'attribuer seulement 4 chambres neuves au B21. La chef d'établissement a informé le groupe qu'il fallait bloquer une enveloppe de 20 000 euros sur les 90 000 euros restants pour couvrir les urgences d'achat qui pourraient survenir avant la fin de l'année. Il faut donc passer d'une estimation des achats à 90 000 euros à une estimation de 70 000 euros pour le bâtiment 21.

A ce stade, les fermetures de lits d'été sont enfin communiquées par la direction des soins et le groupe envisage de transférer le service de chirurgie en août, puisque la fermeture de 10 lits de chirurgie ce mois-là facilitera le déménagement.

Une séance de travail équipement en équipe restreinte, constituée du responsable achat, de la responsable hôtellerie et de l'élève, se tient le 23 juin pour avancer sur le tableau d'équipement global.

Le 30 juin, la cadre du pôle médecine, la responsable hôtellerie, le responsable achat et logistique et l'élève directrice se rencontrent pour essayer de réduire le coût des achats à 70 000 euros et pour faire préparer les bons de commande avant la fin de la journée, puisque l'échéance est arrivée. Il s'agit aussi de déterminer des dates prévisionnelles de déménagement.

Le responsable achat et logistique annonce qu'il n'aura pas le temps d'avoir les bons de commande prêts pour le jour-même, tous les devis n'ayant pas encore été reçus. Il doit encore rencontrer certains fournisseurs, notamment pour les chariots de soin. L'élève demande si, au vu des devis déjà reçus, il est possible d'affiner les estimations de dépenses. Le responsable achat répond qu'il lui faut le temps de pouvoir travailler et qu'il travaille en parallèle pour la DUFSS pour des demandes urgentes.

Les dates de la visite de certification de la HAS sont enfin connues : elle aura lieu les 4 et 5 septembre. C'est pourquoi il est d'autant plus préférable d'effectuer le

déménagement de ce service mi-août pour laisser le temps aux soignants de prendre leurs marques avant la visite de certification. La diabétologie pourra déménager la dernière semaine de septembre. La cadre du pôle médecine se désolé que les dates du déménagement ne peuvent pas définitivement être fixées puisque le chantier accuse un retard important.

B) Le quatrième comité de pilotage

Le 1^{er} juillet, le quatrième comité de pilotage se réunit. La chef d'établissement annonce aux participants que la réception du chantier, prévue le 16 juin, est reportée au 9 juillet. Il est impératif que le bâtiment soit effectivement livré le 9 juillet puisque la visite de la commission de sécurité incendie est maintenue au 15 juillet.

La chef d'établissement rappelle que le dossier déposé pour la visite de la commission de sécurité incendie n'est pas à jour du « programme capacitaire trajectoire », alors que la date de la visite est maintenue. Si l'établissement les prévient maintenant, la commission risque de refuser de statuer, ou même de venir. La question se pose également du bâtiment 19, qui devait être vidé de toute activité d'hospitalisation, et qu'elle pourrait visiter et décider de fermer. Dans ce cas, il faudrait effectuer en urgence des travaux de câblage et transférer les consultations au bâtiment 19, déménager le service de médecine interne au bâtiment 21 et ouvrir l'UGA à l'EHPAD. La solution retenue est de remettre une note à la commission le jour de leur venue pour expliquer que le programme capacitaire définitif est retardé et en quoi le programme temporaire diffère de celui annoncé. Il faudra également demander une consultation sur les modifications éventuelles à apporter aux dispositifs de sécurité incendie.

Pour le groupe suivi de chantier, le directeur du PLT fait un point sur les malfaçons signalées par l'ingénieur travaux. Il indique que le maître d'œuvre aurait dû s'emparer de la direction du chantier.

Pour le groupe équipement, l'élève directrice présente le plan d'équipement biomédical final, figurant en annexe n°12 et le plan d'équipement non médical temporaire à 90 000 euros. La chef d'établissement rappelle qu'il faut pouvoir réduire les dépenses à 70 000 euros et qu'il faut passer les commandes avant la fin de la semaine pour tenir compte des délais de livraison.

Pour le groupe ressources humaines, les effectifs (10,57 ETP en IDE et AS, un cadre de santé par étage) et un planning prévisionnel sur une semaine sont présentés. Il n'y aura pas d'ASH le weekend. Un poste d'intendante sera créé pour alléger la charge de travail des cadres et des AS.

Pour le groupe déménagement, la cadre du pôle médecine annonce les semaines des deux déménagements de service : semaine du 22 août pour la chirurgie et semaine du 25 septembre pour la diabétologie. La chef d'établissement valide ces estimations.

C) Le comité technique d'établissement

C'est par une visite dans les services le 2 juillet que le groupe équipement a pu constater l'existence de matériel récupérable dans des locaux communs, tel qu'un lave-bassin ou encore du mobilier pour les postes de soins. Il a donc pu réduire le plan d'équipement à 70 000 euros avant le Comité Technique d'Etablissement (CTE) du 3 juillet, où l'élève directrice est conviée pour présenter le plan d'équipement non médical final du bâtiment 21. Celui-ci figure en annexe n°11.

Lors de ce CTE, un représentant du personnel considère que le mobilier des services récupéré est trop vétuste. Le responsable achat répond que les services techniques ont été informés du niveau de vétusté et pourront commander des pièces détachées et effectuer les réparations avant les déménagements. Un renouvellement plus complet pourra se faire en 2015 sur la base du tableau de synthèse du renouvellement du mobilier, figurant en annexe n°10. La chef d'établissement indique que le CHSCT pourra vérifier l'état des lits avant les deux déménagements.

Par ailleurs, l'achat de deux chariots repas à 15 000 euros est décriée comme extravagante compte tenu de l'état des lits. La responsable hôtellerie indique alors que la température des repas est source d'insatisfaction pour les patients et qu'à terme, tous les services du CASH seront équipés de ces chariots permettant de préserver les éléments du plateau repas à la bonne température.

D) Les séances suivantes du groupe équipement/déménagement

Pendant ces séances, une feuille de route, décrivant les échéances pour chaque opération, ainsi que la répartition des tâches entre les acteurs, est complétée par les participants sur rétroprojecteur au fur et à mesure que les informations sont collectées et que les décisions sont prises. Ces feuilles de route, permettant un suivi des délais pour chaque opération, se trouvent en annexe n°14. Le 7 juillet, pendant la 3^{ème} réunion du groupe déménagement, l'infirmière hygiéniste apprend au groupe qu'elle n'a pas les compétences pour effectuer les prélèvements d'air, d'eau et des surfaces et qu'il n'y a plus de praticien hygiéniste au CASH. Les participants envisagent le recours à une société prestataire.

La 23 juillet, le responsable achat annonce l'objectif de déménager le service de chirurgie le 21 août, puisque la visite de certification a lieu le 4 et le 5 septembre et qu'il y

a un risque que l'établissement ne soit pas certifié si la chirurgie ne déménage pas avant. De fait, une des réserves concernait la conformité des locaux.

La pharmacienne présente indique que les armoires à médicament sécurisées ne passent pas debout dans les ascenseurs, il faut les déménager couchées, ce qui nécessite de les vider. Les déménageurs ne peuvent pas vider les armoires sans la présence d'un préparateur pour des raisons de sécurité médicamenteuse. Or aucun préparateur n'est disponible le 21 août, et elle-même sera occupée avec un autre projet, qui lui semble tout aussi prioritaire. C'est un moment de tension pour le groupe. Un compromis est rapidement trouvé : après négociation, la pharmacienne accepte d'être présente une heure ce jour-là afin de superviser le déménagement de ces armoires.

Le 30 juillet, tous les équipements non médicaux ont été commandés. Le mobilier des quatre chambres achetées fin mai ont été livré et installé directement dans le nouveau bâtiment et le transfert du matériel existant est prévu pour le 21 août. Le déménagement se fera avec l'aide d'une société extérieure. Les réparations des lits sont en cours et les prélèvements d'eau ont été faits. Après validation par la chef d'établissement, l'élève communique à l'ensemble du personnel du service de chirurgie la date ainsi que les modalités de déménagement par mails et par déplacements directs dans le service.

Le 3 août se tient la séance de clôture du groupe. Les équipements des offices et les équipements biomédicaux ont été reçus, les lave-bassins ont été installés, la signalétique est en cours de réalisation en interne et la fixation par les ouvriers est prévue pour le lendemain. Le papier et le savon ont été installés dans les chambres, les résultats des prélèvements eau et surface sont négatifs et les bornes wifi sont prêtes. Une date de visite du CHSCT des équipements récupérés est prévue. L'élève remercie les participants pour leur engagement sur ce projet. Le déménagement se déroule sans encombre à la date prévue. De même, le service de diabétologie déménage sans difficulté le 26 septembre.

2.2. La gestion des risques associés au projet d'ouverture du bâtiment

Comme on le constate, les risques liés au projet d'ouverture du nouveau bâtiment ont été identifiés au fur et à mesure, les acteurs signalant leur préoccupation à chaque étape. L'identification des risques n'a donc pas été chronophage, mais il est à noter que si les groupes ont développés des outils pertinents pour les aider à maîtriser la qualité, les délais et les budgets, aucune formalisation de la gestion des risques projet n'a été

opérée. Ce sera donc un point à aborder dans notre troisième partie pour aller plus loin dans la maîtrise des risques projet.

2.2.1 Les risques par manque d'information

Un modèle a été développé par le sociologue Christophe Milder¹² pour représenter le fait qu'au début du projet, on manque d'information, mais on a une marge de manœuvre importante du fait que rien n'est encore engagé, alors qu'au contraire, à la fin du projet, on a toutes les informations, mais les marges de manœuvre sont étroites.

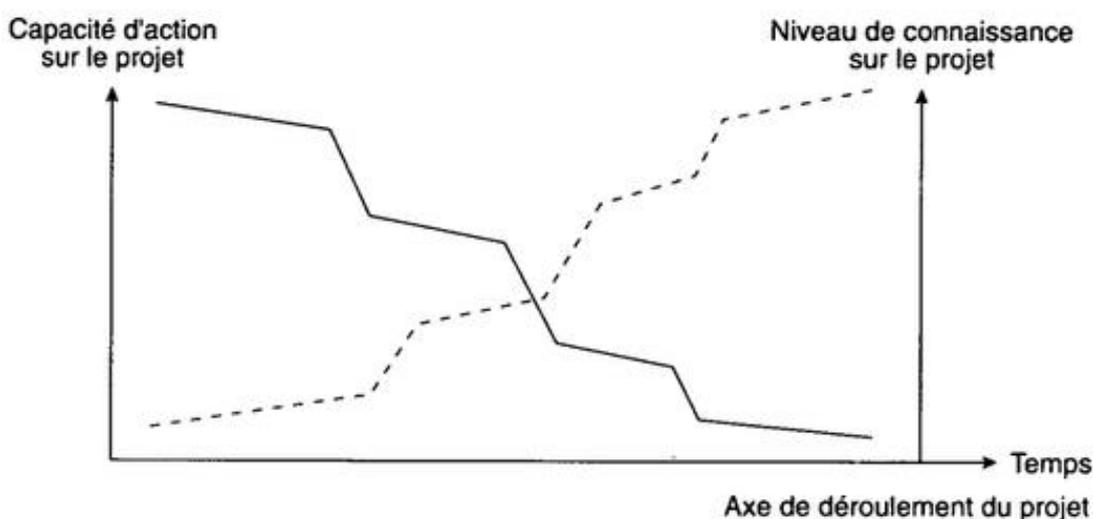


Tableau tiré de l'article de Milder, « Situations de conception et apprentissage collectif, réponse à Schön et Llerena »

Pour Thierry Picq¹³, « acquérir ces informations est le seul moyen de réduire l'incertitude et de pouvoir décider de la suite à donner à une vague idée de départ. Mais simultanément, il est clair que cette acquisition de connaissance a consommé du temps et des ressources et a donc amputé d'autant l'ensemble du capital disponible. »

Dans le projet d'ouverture du bâtiment 21, le lancement simultané de tous les groupes de travail a permis d'opérer cette récolte d'informations en faisant se rencontrer d'emblée beaucoup d'acteurs. La coordination d'une équipe projet peut être de nature séquentielle ou simultanée. En coordination séquentielle, les tâches sont effectuées les unes après les autres et chaque acteur est tributaire de la diligence de celui qui le précède. En coordination simultanée, les tâches sont réalisées au même moment afin de gagner du temps. En pratique, dans les projets complexes, les travaux des acteurs sont « simultanément séquentiels » : de nombreux acteurs avancent au maximum jusqu'à devoir s'arrêter pour attendre une information devant être fournie par un autre. Pour un

¹² Christophe Milder, dans « Situations de conception et apprentissage collectif, réponse à Schön et Llerena », cité dans *Manager une équipe projet*, de Thierry Picq, p 118

¹³ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p117

pilotage général d'un projet aussi multidimensionnel, toutes les informations n'étaient pas initialement connues. Or, dans une situation d'incertitude, il fallait au moins en théorie que tous les groupes démarrent le plus tôt possible afin d'anticiper à chaque niveau les différents risques de blocage. Si certains risques étaient connus depuis longtemps (le groupe déménagement savait par exemple que sa réflexion serait conditionnée par les fermetures de services d'été), d'autres étaient plus surprenants, tel que le manque de câblage en courant faible dans le bâtiment 19. Ainsi l'exprime Thierry Picq¹⁴ : « Quelle que soient la qualité des prévisions établies ou la solidité de l'étude de faisabilité, un risque demeure. » Mais la gestion des risques n'est pas tant l'identification de tous les risques mais le fait de savoir y faire face.

En théorie, chaque chef de projet devait présenter les avancées de son groupe au moment des comités de pilotage, même si de fait, certains groupes n'ont rien pu présenter lors de ceux-ci. Il est clair que le travail de certains groupes ne pouvait pas toujours avancer faute d'information que pouvait fournir un autre groupe. C'est le cas du groupe déménagement, qui n'a réellement pu entamer sa réflexion lorsque celle des autres s'achevait. De même, le groupe suivi du chantier allait fournir des informations essentielles aux autres groupes sur l'avancement des travaux, et les équipements à récupérer, identifiés par le groupe équipement, devaient être pris en compte par le groupe déménagement. Le groupe communication a commencé sa réflexion dès le début du projet, mais s'est mobilisé à temps plein à partir de juillet, après le dernier comité de pilotage.

Il aurait pu être envisagé une organisation de projet selon laquelle les groupes démarrent et terminent les uns après les autres, ou en décalage les uns avec les autres, selon une coordination séquentielle que l'on peut formaliser par un diagramme de Gantt. Mais il a été pertinent de lancer les groupes simultanément, pour que chaque chef de projet adapte son travail aux contraintes annoncées par les autres groupes, et modifie la réflexion au fur et à mesure que des risques projets apparaissent. Mais cela veut aussi dire que la dépendance d'un groupe sur un autre pour commencer ses travaux n'a pas été formellement prise en compte.

S'il est nécessaire de prendre le temps de récolter le plus d'information possible, il est aussi bon de savoir quand arrêter une décision pour faire avancer le projet. Comme le dit Thierry Picq¹⁵ : « La rapidité de la décision fonctionne comme un effet cliquet qui empêche d'incessants retours en arrière, facteurs d'enlisement de nombreux projets ». La décision de la chef d'établissement de modifier le programme capacitaire a permis de débloquent une situation critique après une récolte rapide d'informations auprès des groupes.

¹⁴ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p122

¹⁵ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p122

2.2.2. Le risque lié à l'organisation des équipes projet

Si l'on peut aisément évoquer ici les délais de livraison ou encore les retards de chantier comme risque temporel apparaissant souvent dans ce type de projet, un autre risque affectant le calendrier est dû à l'organisation même des équipes projet.

Par définition, un projet est nouveau et ne bénéficie pas de l'organisation du travail déjà en place. Selon Thierry Picq¹⁶ : « Il n'y a pas un mode d'organisation idéal : seulement des choix adaptés à un contexte, une situation, un objectif ».

Il arrive que les projets stratégiques fassent l'objet d'une équipe projet « sortie » de l'organisation standard permettant aux acteurs de se consacrer entièrement au projet. Les membres de l'équipe travaillent alors au même endroit, appelé « plateau projet ». À l'hôpital public, ce sont le plus souvent des professionnels qui assurent déjà des tâches quotidiennes qui sont amenés à s'investir sur le projet. Quand les compétences existent à l'intérieur de l'établissement, il s'agit d'aller les chercher et de les coordonner sur ce travail unique. Le défi managérial est de demander aux professionnels de modifier leur quotidien et de sortir quelque peu de leur rôle. En théorie des organisations, on appelle la structure où des professionnels appartiennent à la fois à la hiérarchie et à une équipe projet une structure « en direction de projet » ou « matriciel ». Chaque professionnel travaillant sur le projet a « deux chefs » : son supérieur hiérarchique et le pilote du projet, sauf si le chef de projet est également le supérieur hiérarchique des membres.

Dans le cadre du projet d'ouverture du bâtiment 21, les groupes de travail correspondaient à une mission bien spécifique sur le projet, et pour cette raison, venaient associer des corps de métiers très divers. Ainsi, tous les groupes, excepté les groupes ressources humaines et budget étaient pluridisciplinaires et venaient bouleverser l'organisation standard du travail par service ou par activité. Certains professionnels ont fait partie de plusieurs groupes de travail, ce qui les mettait en situation d'avoir une multiplicité de chefs. Mais cela présentait l'avantage de faire un lien entre les groupes de travail par le biais de ces « membres relais ». Les professionnels devaient alors concilier leur métier de base avec la charge de travail liée à des « moments forts » du projet qu'ils pilotaient ou auquel ils participaient. La surcharge de travail des membres du projet, y compris du chef de projet, peut s'avérer un risque important pour son déroulement en temps et en heure du projet. Ainsi, le chef de projet pourra avoir des difficultés à dynamiser des professionnels déjà débordés. De plus, il est assez logique que les personnes ressource pour le projet soient aussi les personnes ressource sur leur métier : plus le projet est risqué, plus l'hôpital aura intérêt à mobiliser des personnes compétentes.

¹⁶ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p73

Si ces professionnels ne parviennent pas à dégager du temps pour le projet, on court le risque de voir le projet stagner.

On peut résoudre les conflits potentiels entre projet et travail quotidien, et entre chef de projet et supérieur hiérarchique, avec un soutien institutionnel fort autour du projet et une reconnaissance du professionnel comme un acteur sur ce projet. Sinon, il risque d'avoir le sentiment de faire du travail pour le projet « en douce », à la marge de son travail quotidien. Les personnes fortement impliquées dans le projet doivent être identifiées au niveau institutionnel comme telles, pour leur permettre de se détacher périodiquement de leur tâche quotidienne. Leur implication dans le projet peut même être valorisée au moment de leur évaluation annuelle.

Comme on le constate à la lecture du déroulement du projet, les cadres de santé ont mis du temps à fournir un inventaire du mobilier à récupérer. Cela représentait un risque peu maîtrisable. La résolution a été apportée par la création d'un tableau listant les mobiliers, et pour les lits, le détail des différentes parties du lit, afin que les cadres n'aient plus qu'à cocher la case « récupérable » ou « HS ». La synthèse de ces inventaires a été fournie au cadre de la maintenance afin que les services techniques se chargent d'effectuer des réparations.

2.2.3. Le risque technique, biologique et règlementaire

Un manque de câblage en courant faible identifié tardivement par le groupe organisation des activités restantes au bâtiment 19 a amené la direction à arbitrer entre un risque financier inacceptable et un risque temporel, celui de voir l'objectif de regroupement intégral des services de court séjour reporté de deux ans.

Le risque règlementaire que la commission de sécurité incendie refuse de statuer au regard du changement de programme capacitaire a été maîtrisé par une communication transparente auprès des visiteurs sur le report du programme définitif à 2016, du fait de difficultés techniques imprévues et des contraintes financières de l'établissement.

Le risque biologique lié à des prélèvements qui ne seraient pas conformes n'a pas été maîtrisé. L'établissement a eu de la chance de n'avoir que des prélèvements négatifs. Sinon, le déménagement aurait été retardé de plusieurs semaines, le temps de faire un second bionettoyage et d'obtenir les résultats des prélèvements. Un tel retard aurait fait courir le risque à l'établissement de ne pas être certifié par la HAS.

2.2.4. Risque lié au manque d'effectif ou de compétence

Le groupe déménagement a fusionné avec le groupe équipement avec de nouveaux membres et des membres en moins le 20 juin pour organiser. Cela a permis, à un moment critique, de mettre davantage de compétences clés autour de la table. Avant de déménager, il fallait que les services fassent l'objet d'un bionettoyage et qu'ensuite des prélèvements d'air, de surfaces et d'eau soient effectués. Or, à la réunion du 7 juillet, l'infirmière hygiéniste a appris au groupe qu'elle n'avait pas les compétences pour effectuer les prélèvements et qu'il n'y avait pas eu de remplacement du praticien hygiéniste qui s'en chargeait auparavant. Il n'était pas question non plus de le faire le bionettoyage en interne, faute d'avoir suffisamment d'effectif d'ASH en plein été.

Il a alors fallu envisager de recourir à une société prestataire pour un coût total de 14 000 euros : 12 000 pour le bionettoyage et 2000 pour les prélèvements. La maîtrise d'un risque lié au manque d'effectif ou au manque de compétence s'est donc traduit par une dépense supplémentaire, et donc, un risque financier.

2.2.5. Le risque financier

Le groupe équipement a dû recueillir les inventaires du mobilier des chambres auprès des cadres pour bien ajuster les achats, car il n'était pas possible de renouveler complètement les équipements en 2014. Le groupe a complété les inventaires des cadres avec les informations sur les équipements des offices, des salles de décontaminations, des bureaux, des réserves et des postes de soins. Il a été arbitré d'équiper à neuf la future UGA, au détriment du bâtiment 21, puisque contrairement au bâtiment 21, celle-ci représentait bien une augmentation capacitaire. Des réparations ont été effectuées par les services techniques, plutôt que des achats, avec le risque d'une qualité de prise en charge et de condition de travail moindre, ainsi d'un blocage institutionnel par le CTE et le CHSCT. Là aussi, la maîtrise d'un risque débouche sur l'apparition d'un risque d'un autre type. Le premier risque couru est de dépasser le budget alloué pour l'équipement, et le second impacte la qualité, celui d'ouvrir un bâtiment dont les équipements ne sont pas suffisamment renouvelés.

Ce qui ressort de l'expérience de l'ouverture du bâtiment 21 est que les risques ne se présentent pas seuls. Ils peuvent interagir et se combiner pour créer une situation plus dangereuse que si l'on gérait un seul risque. On peut être amené à choisir de courir un risque plutôt qu'un autre, par une réflexion non pas de type « bénéfice/risque » mais « risque/risque ».

3 Préconisations pour une bonne gestion des risques projet

Comme le dit Alexandra Locquet¹⁷ dans son mémoire professionnel : « Le directeur d'hôpital est certes confrontés à des contraintes financières et juridiques fortes en raison de l'occurrence des risques qui limitent l'exercice libre de son pouvoir décisionnel, mais il est loin d'être démuné face à ces contraintes à condition que la démarche de gestion des risques qu'il a entreprise soit à la fois opérationnelle, partagée, évaluée, combinant les approches rétrospective et prospective. »

Il s'agira dans cette partie de présenter des méthodes et des outils de sureté de fonctionnement pour ne pas être démuné face aux moments critiques de son projet. Les méthodes proposées ici sont par nature assez formelles et ne doivent pas forcément être mises en œuvre pour des projets de faible envergure.

3.1. Identifier, hiérarchiser et prévenir les risques projet

Selon G. Claverie¹⁸, chercheur au CNRS, l'analyse des risques projet a trois objectifs : le respect de la qualité, le respect du coût et le respect des délais. Selon lui, « l'analyse des risques projet correspond à une méthodologie qui formalise une démarche souvent menée intuitivement par les chefs de projets. ». Il s'agit d'identifier les risques, de les évaluer, de les hiérarchiser, puis de les gérer. L'intérêt de se doter d'outils de formalisation est notamment d'avoir des supports pour communiquer vis-à-vis des parties prenantes, en mettant en évidence les points les plus critiques d'un projet. Cette communication sert à bâtir une confiance entre ces parties, surtout dans le cas d'un projet complexe doté d'un enjeu stratégique fort. Pour reprendre l'expression de G. Claverie, ces outils « placent l'ensemble des participants au projet devant leurs responsabilités pour la bonne réussite du projet à condition d'une communication suffisante sur les risques par les responsables ».

3.1.1. Identifier les risques projet

Un exercice de brainstorming, associant tous les corps de métier, peut être utile pour une identification complète des risques spécifiques au projet. Pour mener à bien un

¹⁷ Alexandra Locquet, mémoire professionnel EDH de 2003 : « Le directeur d'hôpital, les risques et la gestion des risques, analyse développée à partir de l'exemple de l'hôpital Beaujon, AP-HP », 2003, p108

¹⁸ G. Claverie, « Analyse des risques projet » de l'Institut national de physique nucléaire et de physique des particules, p6

exercice de brainstorming, selon G. Claverie¹⁹, « il ne faut pas de censure, chaque intervenant doit pouvoir s'exprimer dans son domaine d'expertise, mais pas seulement. » Le brainstorming peut avoir pour objet l'identification des moyens nécessaires à la réalisation des tâches, et en creux, des sources de risques si les moyens disponibles ne sont pas suffisants. Dans le cadre du projet d'ouverture du bâtiment 21, cet exercice aurait pu permettre aux acteurs d'identifier plus tôt des risques qu'ils percevaient peut-être déjà de manière inconsciente.

Le chef de projet pourra s'inspirer de listes de risques existantes. Voici un exemple de liste non exhaustif de risques pouvant affecter tout projet hospitalier, classés selon leur origine. Nous aurions pu également les trier en fonction de leurs conséquences sur le projet : prolongement du délai, dégradation de la qualité ou dépassement financier.

Origine du risque	Exemples de risques projet
Lié au contexte de l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> - Compétition avec d'autres projets d'envergure pour le temps et l'attention des acteurs. - Manque d'implication institutionnelle. - Difficulté de communication avec un site éloigné.
Matériel et technique	<ul style="list-style-type: none"> - Les interfaces avec d'autres systèmes sont nombreuses ou complexes. - Dysfonctionnements ou pannes d'appareil ou d'équipements. - Contaminations dans un service.
Financier	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information sur le budget de l'établissement. - Baisse d'activité. - Soutien de l'ARS incertain. - Étroitesse du budget alloué. - Indisponibilité des ressources. - Dépassement des coûts par manque de prévisions de certaines prestations dans le cahier des charges.
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise estimation de la charge de travail par les personnes impliquées dans le projet. - Équipe projet surchargée. - Dilution importante des responsabilités du fait de la multiplicité des acteurs. - Expérience ou compétence insuffisante de l'équipe projet. - Effectif insuffisant / départs des effectifs.
Matériel et technique	<ul style="list-style-type: none"> - Les interfaces avec d'autres systèmes sont nombreuses ou complexes. - Dysfonctionnements ou pannes d'appareil ou d'équipements. - Contaminations dans un service.

¹⁹ G. Claverie, « Analyse des risques projet » de l'Institut national de physique nucléaire et de physique des particules, p21

Contractuel	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps et de disponibilité des fournisseurs. - Non réponse ou réponse inadaptée des fournisseurs. - Non-respect des demandes par les fournisseurs. - Non-respect des délais par les fournisseurs. - Mésentente avec les fournisseurs au point d'affecter l'exécution du projet.
Humains	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise entente entre les intervenants dans le projet. - Absence de motivation et d'efforts communs pour réussir le projet. - Absence de communication entre les intervenants. - Prédominance excessive d'un point de vue sur les autres. - Débordement du chef de projet. - Manque de recul ou d'imagination. - Horizon à court terme. - Excès d'activisme. - Immobilisme par impossibilité de se mettre d'accord. - Stress des acteurs dans la réalisation.
Lié à l'organisation du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise communication autour de l'organisation du projet. - Modification de l'organisation du projet en cours de route. - Perte de sens et d'objectifs du fait de la redéfinition fréquente du projet. - Manque de clarté des missions des acteurs ou des groupes. - Absence ou retard de décision. - Excès de procédure de prise de décision. - Absence d'analyse de réajustement du projet aux objectifs. - Absence de réunion de coordination ou d'avancement. - Réunions projet inadéquates. - Pas d'identification ou de définition des rôles de chef de projet. - Absence d'information formalisée. - Incohérence entre les travaux des groupes projet. - Absence ou mauvaise identification des moments critiques. - Pas de mise en place des mesures d'évaluation et de maîtrise des risques. - Absence de suivi des actions. - Absence de définition claire des phases du projet. - Absence de coordination du groupe projet. - Délais tendus. - Mauvaise estimation du délai nécessaire à l'accomplissement du projet. - Manque de garanti sur la disponibilité des moyens du projet.

Juridique ou réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> - Évolution du manuel de certification des établissements de santé. - Évolution de la législation. - Évolution de la réglementation. - Inégalité de connaissance ou méconnaissance de la réglementation, du référentiel HAS ou des référentiels applicables aux pratiques de soins et de leurs enjeux. - Absence de normes ou de référentiel.
----------------------------	---

Toute organisation peut faillir à envisager toutes les hypothèses. Malgré l'implication forte d'acteurs multiples à chaque étape, il se peut qu'on rencontre un problème qui représentait une sorte « d'angle mort » dans les tâches décrites et prévues, personne ne l'ayant tout à fait dans son champ de vision. Ce sera peut-être un problème lié aux attributions de plusieurs groupes de travail et qui n'aura fait l'objet d'une supervision de la part de personne. Il arrive aussi que les tâches aient été mal définies et distribuées au début du projet, et qu'une composante d'une tâche ne soit prise en compte qu'au dernier moment. C'est pourquoi la gestion des risques projet est un processus continu et permanent.

Après avoir effectué l'analyse des risques, la première question que devra se poser le chef de projet est: « compte tenu des risques et de leur importance, faut-il mener le projet ? ». Si la réponse est « oui »: « Quels sont les risques que l'on accepte de prendre et quels moyens est-on prêts à investir pour maîtriser ceux qu'on ne veut pas prendre ? » Il reste alors à définir le plan d'actions de gestion des risques pour prémunir son projet contre l'échec.

Enfin, pour ne pas que les acteurs ressentent l'identification des risques comment un moment décourageant, il est souvent utile de mener parallèlement une analyse des opportunités du projet.

3.1.2. Hiérarchiser les risques projet

Pour hiérarchiser les risques, le diagramme de Farmer, développé par l'anglais Farmer en 1967, retient deux indicateurs : le niveau de fréquence, représenté en ordonnée, et le niveau de gravité, inscrit en abscisse. Si le risque est très fréquent et très grave, on considère que c'est un risque inacceptable. On appelle les risques à forte probabilité les risques névralgiques, et les risques à forte gravité des risques vulnérables.

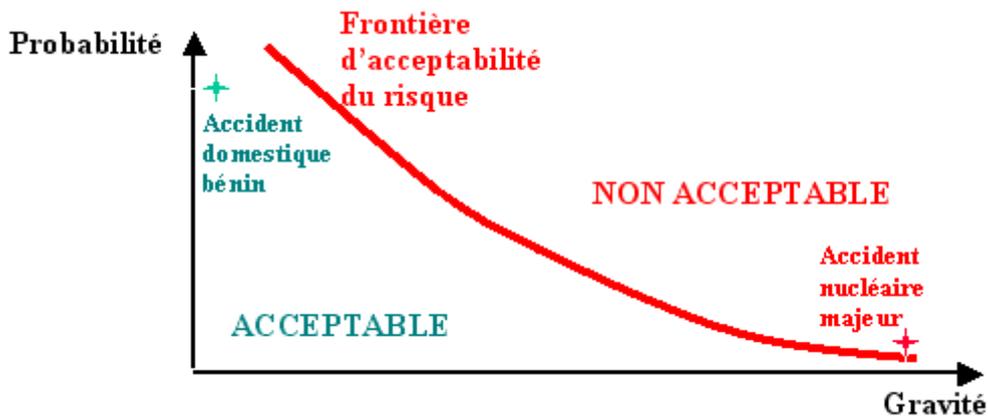


Diagramme de Farmer issu du site internet de l'Université Virtuelle Environnement et Développement (UVED).

À partir de ce diagramme, on peut distinguer quatre catégories de risque qui ne se gèrent pas et qui se situent aux quatre extrémités du diagramme:

1. Les risques de fréquence, correspondant aux risques de basse gravité et de haute fréquence. Ce sont les petits problèmes de routine qu'une structure complexe rencontre nécessairement, et qu'il est aisé d'accepter. Exemple : des retards aux réunions. Certains sont facilement maîtrisables, mais même lorsqu'ils ne le sont pas, on accepte que le problème survienne.

2. Les risques négligeables sont les risques de faible gravité et de faible fréquence qui ne se gèrent pas, puisque c'est de l'ordre de l'imprévisible.

3. Les risques de gravité sont les risques très graves mais peu fréquents, comme les catastrophes naturelles. Là aussi, ils sont suffisamment improbables pour être ignorés.

4. Les risques intolérables : ce sont des risques très graves et très fréquents. Lorsqu'un projet présente un risque intolérable, il faut changer le contenu du projet.

Certaines versions du diagramme utilisent, à la place du concept de fréquence, le concept de « vraisemblance » ou de « probabilité », puisque dans la gestion des risques, on ne s'intéresse pas tant à combien de fois le problème va survenir qu'à savoir si le problème va survenir.

Les risques sont traditionnellement hiérarchisés en fonction de leur degré de criticité. La criticité d'un risque est une notion qui tient compte de sa fréquence, qu'on peut noter par un chiffre de un à quatre, et de sa gravité, elle aussi notée de un à quatre. Selon Remi Bachelet, il s'agit de faire le produit de la fréquence et de la gravité pour obtenir son niveau de criticité. Or un simple produit peut mener à une priorisation fallacieuse des risques. Le risque d'un accident médical qui résulterait dans le décès d'un patient sera noté de gravité 4 et de fréquence/vraisemblance 1. Le risque d'un retard dans la livraison de linge pourra être notée de gravité 1 et de fréquence/vraisemblance 4. Les deux risques

auront le même niveau de criticité, ici 4. Ainsi, il vaut mieux pondérer la note attribuée pour la gravité par un coefficient de fréquence/vraisemblance.

Exemple d'échelle de criticité (échelle de Farmer)

Échelle de gravité :

G1 : difficulté transitoire réglable à court terme

G2 : retard projet par rapport à la date prévue, dépassement budgétaire, qualité moindre

G3 : objectifs du projet largement compromis

G4 : échec du projet

Échelle de

fréquence/vraisemblance

V1= très improbable à

impossible

V2= improbable

V3= possible

V4= très possible à certain

Gravité/ Vraisemblance	G1	G2	G3	G4
V4	C2	C3	C3	C3
V3	C2	C2	C3	C3
V2	C1	C2	C2	C2
V1	C1	C1	C1	C1

Diagramme de criticité :

C1= acceptable

C2= acceptable sous contrôle

C3= inacceptable

La criticité correspond à la mesure du « risque brut », c'est-à-dire un risque dans l'absolu, sans prendre en compte le contexte de l'établissement et la capacité des acteurs à le maîtriser. Si on veut hiérarchiser les risques de manière à prendre en compte son niveau de maîtrise, on peut pondérer la criticité par un coefficient de maîtrise. On obtiendra ainsi le risque dit « résiduel ». On retient parfois également le critère de détectabilité pour hiérarchiser les risques. Mais il est justement ardu d'attribuer un niveau de détectabilité à des risques que l'on ne détecte pas.

Un projet étant par nature évolutif, la gestion du risque projet requiert sans doute que l'on retienne un classement chronologique des risques plutôt qu'une hiérarchisation, permettant d'appréhender les risques associés à chaque étape du projet dans une sorte de « feuille de route des risques ». Pour chacune des phases du projet, le chef de projet devra se demander si cette étape est exposée à l'un des risques identifiés et si oui, quels pourraient être les événements qui en résulteraient. Si un risque apparaît à plusieurs moments, il s'agira de le faire apparaître aux moments correspondants sur la feuille de

route. En revanche, plusieurs risques liés à une même étape peuvent se trouver hiérarchisés selon leur criticité.

La cotation donne l'apparence d'objectivité à l'appréciation du risque. Mais quantifier peut s'avérer un exercice difficile. La vraisemblance s'évalue en fonction de l'expérience qu'on a du risque, et la gravité en fonction de ce qui est le plus grave selon les acteurs. Ainsi, il se peut que la note ne soit pas toujours attribuée avec justesse. Comme Adeline Clec'h le souligne : « La problématique du mode d'objectivation du risque n'a pas été résolu : les acteurs se sont heurtés à l'hétérogénéité des risques, à la tentation de les surévaluer, à l'importance à nouveau du ressenti dans la cotation des risques »²⁰. Néanmoins, la quantification des risques permet leur classement les uns par rapport aux autres.

3.1.3. Déterminer les actions préventives ou correctives

Selon la norme ISO : 31000 : 2009²¹, un moyen de maîtrise est « une mesure qui modifie un risque » « un moyen de maîtrise du risque inclut n'importe quels processus, politique, dispositif, pratique ou autres actions qui modifient un risque. »

Les risques qu'on gère peuvent faire l'objet d'un plan de gestion des risques. Celui-ci sert à prévenir la survenue de l'évènement, soit en réduisant la probabilité de sa survenue, soit en limitant la gravité des effets de l'évènement en cas de survenue. Les actions se classent ainsi entre mesures de prévention et de protection. Les actions préventives atténuent ou éliminent le risque de survenue d'un problème. Les actions correctives ou de protection permettent de limiter l'impact d'un évènement sur le projet. Appartenant davantage à la technique de résolution de problèmes, elles s'intègrent néanmoins dans la gestion des risques projet puisqu'il est pertinent d'anticiper des solutions pour être plus réactif lorsque le risque devient problème.

Pour déterminer les mesures préventives ou correctrices, il s'agit d'abord de trouver la ou les causes du risque. A un risque lié aux fournisseurs, il s'agit par exemple de trouver des mesures juridiques, telles que des clauses de pénalité de retard dissuasives à inscrire dans le contrat avec le sous-traitant, tel que cela avait été prévu dans le cahier des charges de la réhabilitation du bâtiment 21. Un risque de blocage du CHSCT peut se prévenir par une inclusion en amont des instances à chaque étape du projet, ainsi qu'une communication transparente en interne afin d'éviter la propagation de rumeurs anxigènes sur le déroulement des travaux ou sur l'état des équipements. Dans

²⁰ Adeline Clec'h, mémoire professionnel EDH : « La gestion globale des risques en établissement de santé : enjeux liés à l'élaboration d'une cartographie des risques au Centre hospitalier de Longjumeau », 2008, p37

²¹ « Norme internationale ISO 31000 :2009 » de novembre 2009, *Management du risque – Principes et lignes directrices*, p11

le plan d'équipement final, une marge de 3000 euros était prévue par prévention du risque financier, face à un besoin urgent d'achat, de même pour l'enveloppe de 20 000 euros, bloquée au niveau du compte « renouvellement courant » pour couvrir les imprévus d'achat sur le reste du CASH jusqu'à la fin de l'année 2014.

Pour Remi Bachelet, il ne faut pas limiter son imagination pour trouver des actions mais au contraire, envisager toutes les solutions possibles sans attendre que le problème survienne. Dans le projet d'ouverture du bâtiment 21, il était par exemple envisagé en comité de pilotage une solution de déménagements multiples en urgence au cas où la commission de sécurité incendie déciderait de fermer les activités du bâtiment 19.

Enfin, il est possible qu'on identifie un risque extrêmement probable et majeur et auquel on ne trouve pas d'action préventive ou corrective. Il faut alors savoir arrêter ou changer le projet. Comme le dit Thierry Picq²² : « Plus vite on aura su abandonner un projet aux perspectives faibles, plus grandes seront les ressources disponibles pour les autres. [...] L'arrêt prématuré d'un projet n'est pas un échec : bien au contraire, c'est un acte de clairvoyance managériale. »

3.2. Créer les outils de la gestion des risques projet

L'absence d'une vision globale des risques projet rend leur maîtrise difficile. Sans cette vision, on risque de tomber dans une gestion « au coup par coup » et de se trouver débordé par des blocages qui auraient pu être évités. Un projet réussi est un projet qui a laissé une place importante à l'anticipation à chaque moment de sa conduite. Pour se donner cette vision globale et détailler les actions préventives ou correctives associées, différents outils existent.

3.2.1. La matrice SWOT

Le SWOT, de l'anglais « Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats » (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces), est un outil qui peut être utilisé préalablement à la mise en place d'un projet pour analyser son acceptabilité. Cette matrice a été développée dans les années 1960 par Learned, Christensen, Andrews et Guth, tous professeurs de la Harvard Business School. Il permet de mettre à plat les différents aspects d'un projet ou d'une situation. Le projet est analysé au regard de ses forces, ses faiblesses, ses risques mais aussi les opportunités d'agir. Les faiblesses et les forces sont des facteurs internes au projet alors que les opportunités et les menaces sont des facteurs extérieurs au projet.

²² Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p34

Si cet outil n'est pas à proprement parler un outil de la gestion des risques projet, il permet de comparer des projets entre eux au regard de leurs avantages et de leurs inconvénients respectifs et de choisir un projet dont l'objectif est atteignable. Il permet, au moment de la conception du projet, d'éviter de se lancer dans un projet présentant des menaces et des faiblesses trop importantes compte tenu de ses opportunités et de ses forces. En cela, il participe à la prévention des risques projet.

3.2.2. Le Gantt ou le tableau de mesure d'avancement

Une conduite de projet maîtrisée se présente comme un parcours jalonné. Chaque jalon est un moment précis pendant lequel le chef de projet fait le point en passant en revue l'avancement des travaux, en analysant les résultats et en mesurant les écarts éventuels par rapport aux objectifs. Il vérifie que les conditions nécessaires à la poursuite du projet sont réunies pour démarrer l'étape suivante.

Pour gérer ces jalons, il peut se doter d'un tableau d'avancement, élaboré avant le lancement du projet mais réactualisé en continu, servant à prévoir ce qui doit avoir été réalisé à chaque moment du projet. C'est un outil standard mais indispensable pour suivre un projet complexe aux échéances contraignantes. C'est cette méthode qui a été utilisée pour décrire les étapes du déménagement dans les feuilles de route figurant en annexe n°14. Ce document a permis au groupe déménagement de se rendre compte que chaque étape avait des délais très brefs et qu'un retard de même une semaine d'une opération aurait empêché le déménagement à la date prévue.

Le chef de projet peut aussi concevoir et suivre un diagramme de Gantt, outil d'ordonnement du projet décrit par Henry L. Gantt, bien connu pour la représentation graphique, et donc plus parlante, des tâches par des frises chronologiques les unes au-dessus des autres, occupant la même période ou se succédant, de manière à visualiser le déroulement d'un projet à opérations multiples.

3.2.3. La méthode PERT pour l'identification des étapes critiques et la gestion des délais

Il y a des étapes critiques dans un projet qui nécessitent de surveiller de près les délais. Une étape critique peut se définir comme une opération qui, par sa non réalisation, peut bloquer tout le projet. Le chef de projet doit veiller à la mise en place d'un dispositif de sécurité et de surveillance de ces étapes.

Les étapes critiques seront formalisées sur la base d'une identification exhaustive des tâches et des échéances correspondantes, au moyen d'un calendrier ou d'outils plus sophistiqués tel que le PERT, qui permet une vision globale des marges de temps dont l'équipe projet dispose — ou dont il ne dispose pas.

La méthode PERT, de l'anglais « Program Evaluation and Research Task », signifiant « Technique d'Évaluation et d'Examen des Projets », a été développée en complément du Gantt dans les années 1950 par la marine américaine. Elle permet de représenter visuellement la succession de tâches, appelée « chemin critique », mettant en évidence leur dépendance les unes par rapport aux autres et permettant au chef de projet d'identifier les moments critiques.

Il s'agit de disposer les tâches les unes après les autres selon la chronologie du projet. À chaque tâche est attribuée une date de début et deux dates possibles de fin, une date au plus tôt, et une date au plus tard. L'écart entre les deux dates de fin possibles permet au chef de projet d'identifier immédiatement quelles phases sont « critiques », c'est-à-dire, celles où les deux dates de fin sont très rapprochées. La date de clôture attendue est inscrite au bout de la frise ; entre le début et la fin de la frise, les délais « au plus tôt » et « au plus tard » de chaque tâche doivent permettre d'aboutir à la date finale escomptée. Cette représentation permet « d'identifier le degré d'incertitude de réalisation du projet dans les délais souhaités, par la mise en avant d'un chemin critique, [et] de prendre des décisions d'arbitrage sur les délais, les tâches et les moyens²³. »

On peut retranscrire les arbitrages qu'on aura fait au regard de la formalisation PERT, dans un Gantt, où chaque tâche n'a qu'une date de début et de fin.

3.2.4. L'Analyse Préliminaire des Risques (APR)

L'APR est une méthode simple consistant à identifier et à analyser les risques liés à un projet dans la phase de conception. Développée aux États-Unis par la NASA dans les années 1960, cette méthode se trouve aujourd'hui déployée dans presque tous les champs d'activité.

Le tableau se présente avec trois colonnes principales : le risque identifié, la cause du risque et sa conséquence. C'est donc un outil qui permet une vue d'ensemble des menaces autour d'un projet. Se présentant presque comme un inventaire, il permet de formaliser l'identification des risques évoquée plus haut.

3.2.5. L'outil AMDEC

L'AMDEC, ou « Analyse des Modes de Défaillances, de leur Effets et de leur Criticité », a été développé dans le secteur industriel. Il a été utilisé pour la première fois à l'hôpital au milieu des années 1990 au CHU de Lille, pour prévoir les risques liés à la transfusion sanguine. Il est possible d'utiliser un plan AMDEC dans le cadre de la

²³ Elizabeth Gauthier, Henri-Pierre Maders et Cyrille Le Gallais, *Conduire un projet d'organisation, guide méthodologique*, p38

conduite d'un projet stratégique périlleux. Il représente un outil de travail permettant d'avoir une vision d'ensemble des risques associés ainsi que d'en formaliser les réponses.

La méthodologie consiste à identifier les risques, puis à les hiérarchiser dans un tableau après avoir calculé leur degré de criticité. Une fois la criticité calculée selon la méthode décrite plus haut – pondération du niveau de gravité par le niveau de vraisemblance, il s'agit d'attribuer un coefficient de maîtrise pour calculer le niveau de risque résiduel. Enfin, il s'agit d'inscrire en face du risque des actions de prévention et de correction, puis un résultat.

Comme un projet se déroule par étape, dans le tableau présenté ici, le classement des risques est d'abord chronologique. Puis, à l'intérieur de chaque phase du projet, les risques sont hiérarchisés selon leur criticité résiduelle :

	Phases	Etapas	Risque	Type de conséquence	Criticité de 1 à 10	Niveau de maîtrise, de 1 à 2	Risque résiduel	Actions préventives	Actions correctives	Résultat
1										
2										
3										

La création d'un AMDEC nécessite une mobilisation ponctuelle des acteurs au moment du lancement du projet et fait l'objet de remises à jour plus ou moins fréquentes en fonction des risques qui émergent et des solutions qui sont trouvées pour les prévenir. Chaque étape conditionne le bon déroulement de la suivante. Ainsi, avec chaque étape du projet dépassée, les acteurs acquièrent une meilleure visibilité des risques de l'étape suivante. Sans une organisation où les acteurs communiquent fréquemment et où les risques font l'objet de débats et de prises de conscience par chacun, l'outil est figé et sa production est au mieux rassurante pour son créateur, au pire inutile.

Enfin, la maîtrise de chaque étape critique du projet nécessite l'identification d'indicateurs de suivi, comme le respect des délais ou le non dépassement des coûts, afin d'évaluer le résultat.

Encore une fois, si la formalisation de la gestion des risques par un tel outil est utile, elle n'est pas indispensable pour tous les projets. De fait, une analyse par AMDEC est une démarche chronophage, qui n'est justifiée que par l'existence d'un enjeu fort et par la volonté d'assurer la sûreté de la conduite du projet. Une simple réflexion pour identifier et analyser les risques peut suffire, par un APR. Et même sans ces outils, les acteurs d'un projet complexe « vivent » la gestion du risque projet tout au long de sa conduite du projet.

3.3. Les approches managériales pour une bonne gestion des risques projet

Pour Thierry Picq, les managers se sont progressivement rendu compte que les outils de la gestion de projet n'étaient pas suffisants pour garantir son succès, « la dimension humaine, liée au management des hommes et des équipes, la mise en place d'un système d'animation, l'importance des facteurs de motivation, et l'utilisation optimale des compétences, est devenue le versant complémentaire à celui des outils et méthodes de gestion, suivi et contrôle ».²⁴

3.3.1. L'attitude du chef de projet

Rémi Bachelet²⁵ met en avant l'importance de certaines manières d'être afin que le chef de projet réussisse sa conduite de projet. Il s'agit pour lui d'être proactif et d'anticiper systématiquement les phases suivantes, d'être flexible et de profiter de la liberté d'agir et de créer qu'offre le contexte d'un projet et d'utiliser à tout moment toutes les informations disponibles. Pour lui, un chef de projet doit être un généraliste, pas un spécialiste, puisque chaque risque devra être prévenu de manière différente. Il doit avoir suffisamment d'expérience pour évaluer quels sont les dysfonctionnements vraisemblables, sinon, il pourra s'appuyer sur les « retours d'expérience » détaillant les problèmes rencontrés lors de projet antérieurs ou s'informer auprès d'autres établissements ayant conduit des projets similaires.

Reprenant la définition du concept psychologique de Julian Rotter du « locus de contrôle », Rémi Bachelet signale qu'un bon chef de projet doit avoir un locus de contrôle

²⁴ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p4

²⁵ Rémi Bachelet, « Gestion des risques », cours en ligne

interne. Les personnes ayant un locus de contrôle interne ont tendance à considérer qu'ils sont responsables de tous les événements qui surviennent, alors que ceux dotés d'un locus externe attribuent la survenue d'événements à la chance, au hasard ou aux autres.

Enfin, en cas de problème, il lui faudra éviter de perdre du temps à chercher des coupables, puisque le travail en équipe suppose qu'aucun professionnel ne soit absolument seul sur une tâche spécifique, même si chaque tâche est associée à un responsable. Les personnes feront toujours des erreurs, mais l'organisation doit permettre aux erreurs d'être rattrapées ou prévenues. Alors les dysfonctionnements qui se présentent sur des projets de grande ampleur sont à traiter comme des problèmes systémiques. Le chef de projet devra détecter le défaut d'organisation pour le corriger puis utiliser les méthodes de résolution de problème et encourager les équipes à surmonter le blocage pour éviter des réactions de démission à un moment critique.

3.3.2. Bien choisir son équipe projet

Une sélection avertie de l'équipe projet permet de prévenir certains risques liés au facteur humain. Il est bon de choisir des membres avec qui on a déjà eu de bonnes expériences de travail et dont les compétences sont déjà reconnues. Ainsi, pour constituer les groupes équipement et logistique, des professionnels identifiés comme compétents ont été invités à une réunion méthodologique, puis, sollicités à se répartir, selon leur thème de prédilection, entre deux groupes de travail copilotés par l'élève. Mais il est vrai aussi qu'« on mesure bien le caractère flou de cette notion de compétence, dans laquelle l'image qu'on donne de soi occupe une place au moins aussi importante que la nature réelle des savoir-faire qu'elle est censée représenter.²⁶»

Inversement, un appel au volontariat permet d'éviter de recruter des membres récalcitrants et permet parfois de recruter des membres enthousiastes. Certains groupes de travail autour du projet d'ouverture du bâtiment ont fait appel au volontariat auprès de professionnels des services concernés par le déménagement. C'est ainsi que la chef de pôle de chirurgie, qui s'est portée volontaire pour être dans le groupe communication, s'est énormément investie et a représenté un atout conséquent pour ce groupe.

Chaque acteur apporte sa personnalité au projet. Face aux difficultés, les individus auront des réactions très différentes. Thierry Picq²⁷ dresse ainsi le profil schématique de quatre types de personnes : « les créatifs vont d'abord exprimer de multiples idées, d'autres, les pragmatiques, commencer par agir là où c'est le plus simple, d'autres, les analystes, vont chercher à comprendre dans les moindres détails les tenants et les aboutissants du problème posé, d'autres enfin, les relations humaines vont chercher

²⁶ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p85

²⁷ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p90

d'abord avec qui ils pourraient travailler. ». Il est notable, dans le projet d'ouverture du bâtiment 21, de constater que certains acteurs ont eu une attitude positive et même proactive face aux difficultés, permettant de débloquer des situations critiques. Cette attitude volontaire peut aussi avoir un envers négatif, celui de ne pas toujours permettre de voir les menaces graves lorsqu'elles se présentent. Ainsi, la première alerte sur le manque de câblage a d'abord été minorée.

Le guide ANAP « Anticiper la mise en service d'un bâtiment » met en garde contre l'instabilité de l'équipe projet. Le projet se nourrit des réflexions d'une équipe bien informée sur ses enjeux et ses contraintes uniques. Selon la loi de Brooks²⁸, développée en 1975 dans l'ouvrage *Le Mythe du mois-homme* de Frederick Brooks, « ajouter des personnes à un projet en retard accroît son retard », puisque les nouveaux venus ont besoin de prendre le temps d'apprendre toutes les informations relatives au projet.

3.3.3. Manager et motiver l'équipe projet

Selon Thierry Picq²⁹, « contrairement à une idée pourtant communément partagée, participer à un projet n'est pas forcément motivant en soi. [...] La participation à un projet est fréquemment une source importante de déstabilisation pour les personnes concernées. [...] Les repères traditionnels, et notamment ceux liés aux rôles, fonctions et compétences sont bousculés et remis en cause. »

Il s'agit de communiquer avec les professionnels sur ses attentes de manière claire, afin que cette charge de travail inhabituelle ne soit pas source d'angoisse. Il est également nécessaire de trouver comment manager, motiver et fédérer les professionnels autour du projet, en sachant que différentes personnes ont des sources de motivation différentes. Il faut donc pouvoir changer de style de management en fonction des personnes, mais aussi en fonction du contexte. Selon Elizabeth Gauthier, Henri-Pierre Maders et Cyrille Le Gallais, « il n'y a pas de style de management idéal, mais des styles plus ou moins adaptées aux situations »³⁰.

Pour prévenir le découragement des acteurs, il s'agit de mettre en avant les accomplissements, même partiels et modestes, d'officialiser le franchissement d'une étape au moment d'une réunion, et de valoriser les acteurs du projet au fur et à mesure de l'avancement du projet, sans attendre son aboutissement pour reconnaître leur effort.

Il est bon de comprendre l'environnement de travail dans lequel on se trouve afin d'identifier les rapports de force et les influences qui peuvent exister entre les acteurs, puisque le projet apparaît dans un contexte où les professionnels se côtoient

²⁸ Cité par Rémi Bachelet dans « Gestion des risques », cours en ligne

²⁹ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p106

³⁰ Elizabeth Gauthier, Henri-Pierre Maders et Cyrille Le Gallais, *Conduire un projet d'organisation, guide méthodologique*, p170

généralement depuis longtemps et ont déjà leur manière de travailler ainsi qu'une conception de leur rôle au sein de l'organisation. De fait, « l'analyse des risques sociaux est une dimension à part entière de l'analyse des risques d'un projet.³¹ »

3.3.4. Communiquer en continu pour détecter les risques

La communication est définie par la norme ISO 10006 : 2003³² comme une série de « processus itératifs et continus mis en œuvre par un organisme afin de fournir, partager ou obtenir des informations et d'engager un dialogue avec les parties prenantes et autres parties, concernant le management du risque ». La communication continue est primordiale pour créer un contexte où l'identification du risque, l'alerte et la mobilisation des acteurs est possible.

L'identification d'un risque ou la survenue d'un blocage périlleux pour le projet donne lieu à une alerte de la part d'un professionnel. Elle est généralement émise par une personne proche du terrain où le risque apparaît. Le premier moment de l'alerte peut être difficile à repérer. Il faudra donc que le chef de projet soit vigilant aux alertes discrètes, comme celle faisant part du manque de câblage au bâtiment 19 lors de la quatrième séance du groupe équipement.

On observe souvent chez les professionnels les plus investis sur le projet un phénomène d'ambivalence face au risque : ils ont besoin que le projet aboutisse car ils ont déjà énormément œuvré dans ce sens, mais ils sont également les plus à même de détecter un risque. Cela peut causer une annonce tardive de l'apparition d'un risque. Le chef de projet et l'ensemble des acteurs devront accepter de voir l'apparition d'un risque remettant en cause leur projet.

Enfin, un acteur pourra avoir des scrupules à se faire le lanceur d'alerte de peur de se voir stigmatisé comme un acteur problématique, voire « bloquant ». Une attitude ouverte et détendue de la part du chef de projet facilitera l'annonce des « mauvaises nouvelles ».

Si dans la phase de recueil d'information, le chef de projet doit être à l'écoute de ses collaborateurs et encourager le foisonnement d'idées pour trouver une solution, il doit également savoir clore les débats en actant une décision claire, puis largement communiquée.

3.3.5. Clôture du projet et retour d'expérience

³¹ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p66

³² « Norme internationale ISO 31000 :2009 » de novembre 2009, *Management du risque – Principes et lignes directrices*, p7

La démarche de gestion des risques dans la conduite d'un projet inclut la nécessité de tirer les leçons d'un projet afin de mieux gérer les suivants. Le retour d'expérience sert à « faire le point, prendre du recul, identifier les facteurs clés de succès et mettre en évidence les points d'enseignements transférables et les méthodes réutilisables³³ ».

Un retour d'expérience, permettant de tirer des leçons à partir des difficultés, des succès et des échecs autour du projet, peut être réalisé au cours d'une réunion de clôture, qui peut aussi être le lieu pour remercier les acteurs pour le travail qu'ils ont accompli.

Même si toute conduite de projet est unique, il est important de profiter de chaque expérience pour forger une culture professionnelle dans son établissement, nourrie par un apprentissage de la gestion des risques projet. Idéalement, les professionnels d'un établissement ressortent plus forts de chaque projet. Le suivant sera moins risqué du fait que les acteurs auront pris l'habitude d'anticiper les difficultés qui pourraient survenir, mettront en place des actions préventives et communiqueront plus facilement sur leur crainte.

Conclusion

Comme l'indique Éric Mathern³⁴, « un déménagement est une crise potentielle ». Il met en tension l'établissement jusqu'à l'aboutissement du projet.

Comme l'exprime Thierry Picq³⁵, « plutôt que de subir et payer au prix fort d'éventuels retours en arrière, il s'agit bien de se mettre dans les meilleures dispositions pour réellement manager et piloter un projet ». Les limites principales de ce projet ont été l'identification tardive des aléas, l'absence de vision globale des risques et une approche trop intuitive de ceux-ci. Or on constate de plus en plus la nécessité de passer à une évaluation et une gestion experte du risque projet. On ne mène pas un projet dans des délais courts et avec un budget étroit dans les mêmes conditions qu'un projet « normal ». Pour reprendre l'analogie d'Elizabeth Gauthier, Henri-Pierre Maders et Cyrille Le Gallais, dans *Conduire un projet d'organisation, guide méthodologique*³⁶, « quand un champion de Formule 1 pilote, il met en jeu tout un ensemble de compétences et d'expériences bien différentes de celles que nous mettons en œuvre pour conduire notre voiture. »

³³ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p124

³⁴ Cité dans le mémoire professionnel EDH de Paul Tandonnet : « La communication à l'occasion du déménagement d'un hôpital dans de nouveaux locaux. L'exemple du Centre hospitalier de Perpignan. » 2009, p9

³⁵ Thierry Picq, *Manager une équipe projet*, p212

³⁶ Elizabeth Gauthier, Henri-Pierre Maders et Cyrille Le Gallais, *Conduire un projet d'organisation, guide méthodologique*, p11

Cette formalisation peut passer par l'utilisation des outils présentés dans ce mémoire, complétés grâce à une communication régulière et une implication forte de tous les acteurs dans l'identification et l'anticipation des risques. De plus, un certain niveau de risque peut être assumé par le chef de projet, qui choisit de s'engager dans un projet ambitieux avec des moyens réduits, mais il est préférable que cela soit analysé et communiqué aux participants via un des outils décrits ici.

Mais force est de constater que malgré les moments sensibles, le projet d'ouverture a abouti en temps et en heure et en respectant l'enveloppe budgétaire prévue, surtout grâce au fait que l'ensemble des acteurs souhaitaient voir ce projet se réaliser. L'engagement fort des acteurs peut s'expliquer par le caractère enthousiasmant d'un projet d'ouverture d'un nouveau bâtiment. Avec ce bâtiment, c'est tout l'établissement qui semble se moderniser, offrant aux professionnels l'espoir d'un renouveau. Comme l'indique l'ANAP³⁷, « donner vie à une structure tout juste sortie de terre et accompagner les équipes médicales, soignantes, administratives, techniques et logistiques pour une prise en charge des patients différente autour d'organisations de travail nouvelles et d'un bâtiment nouveau est unique ».

Il y a, il faut l'évoquer, une part de chance indéniable à la réussite du projet d'ouverture d'un bâtiment, et pour un projet complexe mené en situation critique comme celui-ci qui aboutit, combien d'entre eux sont avortés ou mort-nés du fait des nombreux pièges qui jonchaient leur mise en place ? Il serait intéressant à l'avenir d'étudier plus avant les contraintes particulières, et notamment sociologiques, qui pèsent sur les projets en établissement de santé, et d'analyser les étapes critiques qui leur ont été fatales.

³⁷ ANAP, « Anticiper la mise en service d'un bâtiment », p5

Bibliographie

Ouvrages et guides

- Patrick Decklerc, *Les naufragés*
- Nanterre Info, journal de la ville de Nanterre, numéro de juillet-août 2014
- Compte-rendu de débat au Sénat du 22 juillet 2014
- DiMaggio, Paul J., and Walter W. Powell. 1983. "The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields." *American Sociological Review* 48:147-60.
- Thierry Picq, *Manager une équipe projet*
- G. Claverie, « Analyse des risques projet » de l'Institut national de physique nucléaire et de physique des particules
- ANAP, « Anticiper la mise en service d'un bâtiment »
- Elizabeth Gauthier, Henri-Pierre Maders et Cyrille Le Gallais, *Conduire un projet d'organisation, guide méthodologique*
- HAS 2005 « Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé »

Mémoires

- David Laurent, « Gestion des équipements biomédicaux dans une opération de transfert d'activités médico-techniques vers un nouveau bâtiment »
- Paul Tandonnet, « La communication à l'occasion du déménagement d'un hôpital dans de nouveaux locaux. L'exemple du Centre Hospitalier de Perpignan », 2009
- Vincent Mangot : « La nécessaire stratégie de communication de l'hôpital public à destination des praticiens libéraux du territoire de santé. L'exemple du CHI Elbeuf Louviers, d'une réflexion menée dans le cadre du futur projet d'établissement à l'optimisation de sa communication externe. », 2010
- Adeline Clec'h : « La gestion globale des risques en établissement de santé : enjeux liés à l'élaboration d'une cartographie des risques au Centre hospitalier de Longjumeau », 2008
- Arnaud Bruey : « La valorisation du management au Centre Hospitalier de Martigues – Etudes de l'apport de la mise en place d'une méthodologie de conduite de projet », 2008
- Alexandra Locquet : « Le directeur d'hôpital, les risques et la gestion des risques (analyse développée à partir de l'exemple de l'hôpital Beaujon, AP-HP) », 2003
- Elise Doucas-Dany, « La prise en charge de la précarité à l'hôpital dans le contexte de la tarification à l'activité : l'exemple de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre », 2005

- Jean-Bernard Castet : « Le rôle du directeur d'hôpital dans la conception et la préparation d'un projet de construction : l'exemple de l'hôpital Saint-Antoine. », 2009

Cours en ligne

- « Gestion des risques », cours en ligne de Rémi Bachelet, École Centrale de Lille
<http://gestiondeprojet.pm/demarche-de-gestion-des-risques/>
- « Fondamentaux gestion de projet », cours en ligne de Remi Bachelet, École Centrale de Lille
<http://gestiondeprojet.pm/fondamentaux-de-la-gestion-de-projet/>
- « Bases des outils de l'organisation de projet », cours en ligne de Remi Bachelet, École Centrale de Lille
<http://gestiondeprojet.pm/bases-organisation-projet/>

Sites internet

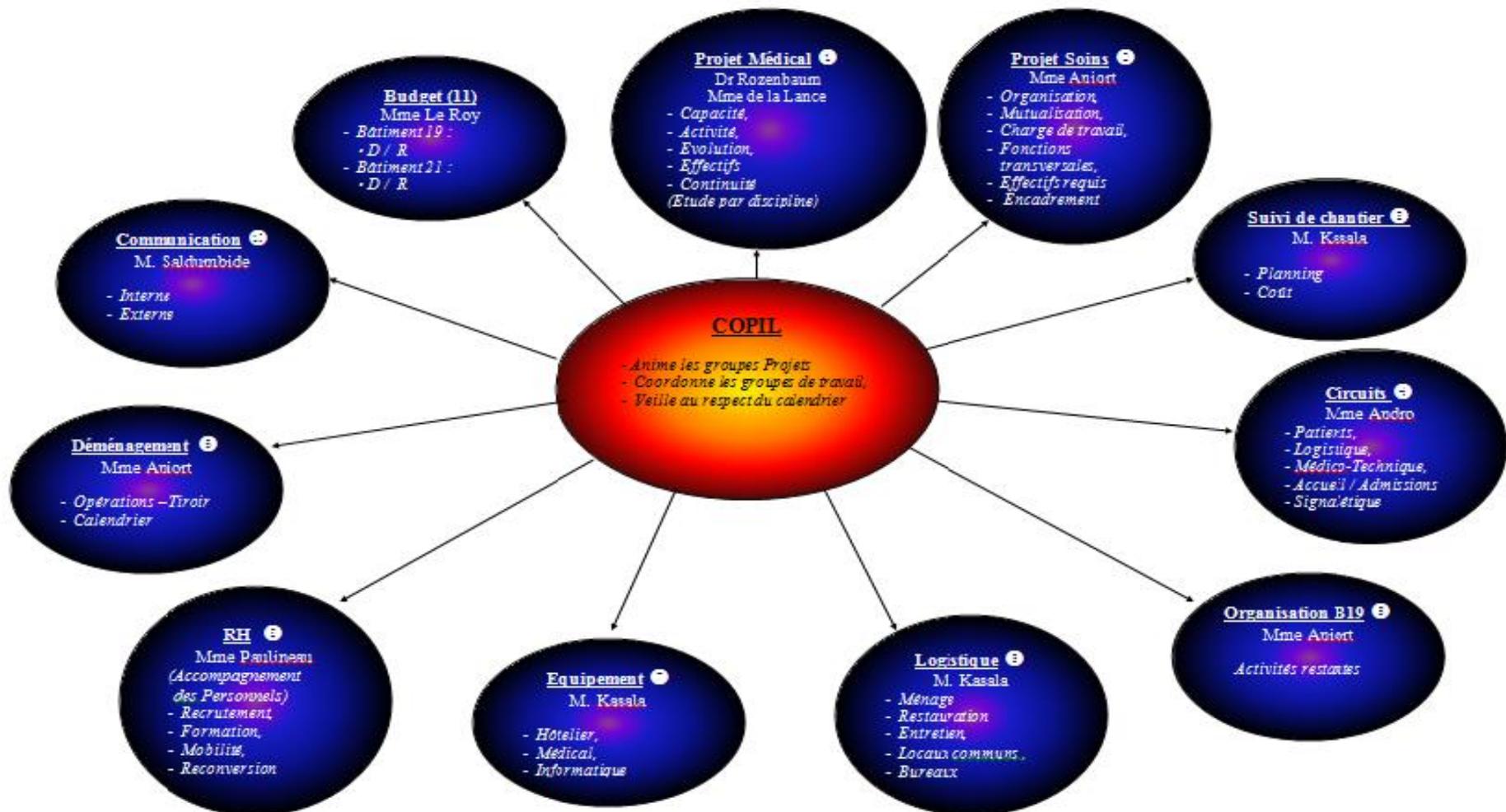
- Site internet de l'Université Virtuelle Environnement et Développement
http://www.fondation-uvved.fr/ressources/Grains_Module3/Prevention_protection/site/html/Prevention_protection/Prevention_protection.html
- « Norme internationale ISO 31000 :2009 » de novembre 2009, *Management du risque – Principes et lignes directrices*
- http://www.unit.eu/cours/cyberrisques/etage_2/co/Module_Etage_2_7.html

Liste des annexes

1. Organigramme du projet d'ouverture du bâtiment 21
2. Tableau des groupes constitués
3. Outil d'inventaire des mobiliers existants à destination des cadres
4. Les inventaires complétés par les cadres
5. Tableau comparatif du renouvellement du mobilier selon les deux hypothèses
6. Plan d'équipement deux hypothèses avec futur achat d'UGA
7. Tableau comparatif du renouvellement du mobilier selon les deux hypothèses sans l'achat UGA
8. Plan d'équipement deux hypothèses sans futur achat d'UGA
9. Note d'information de la direction de l'établissement au sujet du changement provisoire de programme capacitaire
10. Tableau de synthèse sur le renouvellement mobilier du bâtiment 21
11. Plan d'équipement mobilier du bâtiment 21 final
12. Plan d'équipement biomédical final
13. Equipement global complété
14. Feuilles de route des déménagements

1. Organigramme du projet d'ouverture du bâtiment 21

Projet d'ouverture du Bâtiment 21 Organigramme de la démarche



2. Tableau Excel des groupes constitués

Constitutions des groupes de travail autour du Bâtiment 21											
	1. Groupe Projet Médicale	2. Groupe Projet Soins	3. Groupe suivi de chantier	4. Groupe circuits	5. Activités restantes	6. Groupe équipement	7. Groupe logistique	8. Groupe Ressources Humaines	9. Groupe déménagement t	10. Groupe Communicatio n	11. Groupe Budget
chef de projet	Dr Rozenbaum, président CME	Mme Aniort, cadre supérieure de santé	M. Kasala, directeur PLT	Mme Andro, cadre supérieure de santé	Mme Aniort, cadre supérieure de santé	M. Kasala, directeur PLT	M. Kasala, directeur PLT	Mme Paulineau, directrice RH	Mme Aniort, cadre supérieure de santé	M. Saldumbide, directeur adjoint	Mme Le Roy, directrice financière
Co-chef de projet						Mme Courtin, Elève directrice d'hôpital	Mme Courtin, Elève directrice d'hôpital			Mme Courtin, Elève directrice d'hôpital	
équipe	Dr Levi, chef de pôle médecine	Mme Raux, cadre de santé Diabétologie	M. Rouaud, TSH biomédical	Mme Aniort, cadre supérieure de santé	M. Fagnani, cadre Consultations	M. Da Costa, TSH biomedical	M. Poirier, responsable équipe hygiène	M. Threnli, contrôleur de gestion	M. Da Costa, TSH biomedical	Mme Scherrer, secrétaire à la direction générale	Mme Eléloué, AAH
	Dr Digne, chef de service cardiologie	Mme Elhani, cadre de Médecine	M. Jmlaoui, responsable technique	Mme Alaso, coordonnatrice des AMA	M. Niang, cadre de cardiologie	Mme Grollier, logisticienne	Mme Grollier, logisticienne		M. Si Lakhal, responsable achat et logistique	Dr Séquert, chef de pôle chirurgie	Mme Husson, dir.financière
	Dr Sequert, chef de service chirurgie	M. Mathou, cadre de santé chirurgie	M. Ferrani, responsable sécurité	Mme Behrnard, cadre DPU et archivage	Mme Elhani cadre de médecine	M. Si Lakhal, responsable achat et logistique	M. Si Lakhal, responsable achat et logistique		Mme Raux, Cadre de santé Diabétologie	Mme Martin, secrétaire de direction générale	
	Mme Aniort, cadre supérieure de santé	M. Niang cadre de cardiologie	Mme Aniort, cadre supérieure de santé	Mme Célarier, Cadre de Santé	Mme Schiassi cadre de Pharmacie/sté rilisation	M. Lami, système d'information	Mme Andro, cadre supérieure de santé		Mme Trublard, infirmière hygiéniste	Mme Andro, cadre supérieure de santé	
	Dr Meune, gériatre	Mme Alaso, coordonnatrice des AMA	M. Marol, architecte	M. Ferrani responsable sécurité	M. Da Costa technicien bio médical	Mme Raux Cadre de santé Diabétologie	Mme Sortet, diététicienne		M. Blondel, responsable maintenance		
		M. Threnli, contrôleur gestion social	M. Bearzi, PDG d'AGB	Mme Goudeau, Cadre de Santé	M. Lami, système d'information	Mme Aniort, cadre supérieure de santé			Mme Blanchet, pharmacienne		
		Mme Andro, cadre supérieure de santé	M. Pasquale, chef de chantier AGB	Mme Grollier, logisticienne		Mme Elhani, cadre de santé			M. Jmlaoui, responsable technique		
		Dr Levy, chef de pôle médecines		M. Jmlaoui, adjoint au directeur du PLT					Mme Célarier, cadre de santé		
				M. Poirier, responsable de l'hygiène					M. Vlugins, téléphonie		
				M. Si Lakhal, responsable achat et logistique							
			M. Véhent, responsable des admissions								

PETIT MATERIEL					
R = Récupérable B = Benne					

Chambre	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Total récup					

4. Les inventaires complétés par les cadres

ETAT DES LITS													
Chambre	Marque	Plan dur	Sommier	Tête de lit		Pied de lit		Barrières		Télécommande	Perroquet	Matelas (N / MF)	Récupérable Bât 21 OUI / NON
				Tête de lit	Relève buste	Tête de lit	Relève jambe	Droite	Gauche				
1P													
1F													
2P	Matifas	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
2F		OUI	OUI	OUI		OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	
3P	Hill Rom	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	/
3F		OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	P280	
4P	Hill Rom	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI		/
4F		HS	HS	HS	HS	NON	NON	HS	HS	HS	OUI	OUI	
5P		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	P280	
5F		OUI	OUI			OUI		HS	HS	OUI	NON	MF	
6P		OUI	OUI	OUI		OUI		HS	HS	OUI	NON	OUI	
10P	Hill Rom	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	HS	OUI	NON	P280	
10F													
11P	Hill Rom	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	/
11F													
12P		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	
12F		OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	HS	HS	HS	OUI	OUI	
15P		OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	
15F		OUI	HS		HS	HS	HS	HS	HS	HS	HS	OUI	
17P													
17F		OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	
UGA1P		OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	HS	OUI	OUI	HS	OUI	
UGA1F		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	HS	OUI	/
UGA2P		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	/
UGA2F		OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	
UGA3P		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	HS	OUI	OUI	NON	P280	/
UGA3F		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	/
TOTAL RECUPERABLE													

PETIT MATERIEL
R = Récupérable B = Benne

Chambre	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
1P	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
1F	OUI	OUI	ABSENTE	OUI	OUI
2P	OUI	OUI	OUI	HS	OUI
2F	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
3P	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	OUI	NON
3F	OUI	OUI	OUI	ABSENTE	OUI
4P	ABSENTE	ABSENTE	OUI	ABSENTE	NON
4F	OUI	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	OUI
5P					
5F					
6P	OUI	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	OUI
6F	OUI	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	OUI
7P					
7F					
8P					
8F					
9P					
9F					
10P	HS	OUI	OUI	OUI	OUI
10F					ABSENTE
11P	OUI	OUI	OUI	HS	OUI
11F					
12P	ABSENTE	OUI	OUI	ABSENTE	OUI
12F	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
15P	OUI	ABSENTE	ABSENTE	OUI	HS
15F	ABSENTE	OUI	OUI	ABSENTE	OUI
17P	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
17F	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
UGA1	OUI	ABSENTE	ABSENTE	OUI	OUI
UGA1F	HS	HS	ABSENTE	OUI	OUI
UGA2P	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	OUI
UGA2F	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE
UGA3P	OUI	OUI	ABSENTE	OUI	OUI
UGA3F	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE	ABSENTE
TOTAL R	15	13	12	12	19

ETAT DES LITS Chirurgie

Chambre	Marque	Plan dur	Sommier	Tête de lit		Pied de lit		Barrières		Télécommande	Perroquet	Matelas (N / MF)	Récupérable Bât 21 OUI / NON
				Tête de lit	Relève buste	Tête de lit	Relève jambe	Droite	Gauche				
1	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
2	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
3	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
4P	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
4F	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	B	R	B	OUI
5P	HILL ROM	R		R	R	B	R	R	R	R	R	B	OUI
5F	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
6P	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
6F	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
7P	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
7F													
8P	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
8F	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
9	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
10P	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
10F	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
11P	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
11F	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
12P	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
12F	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
13P	HILL ROM	R		R	R	R	R	R		R	R	B	OUI
13F	HILL ROM	R		R	R	R	R	R		R	R	B	OUI
14	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
15	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
16	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
1A	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
2A	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
3AP	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
3AF	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
4A	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
5AP	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
5AF	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
6AP	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
6AF	Matifas	R		R	R	R	R	R	R	R		B	OUI
7A	HILL ROM	B		R	R	B	R	R		R		B	NON
8A	HILL ROM	R		R	R	R	R	R	R	R	R	B	OUI
TOTAL RECUPERABLE												34	

PETIT MATERIEL Chirurgie

R = Récupérable B = Benne

Chambre	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
1	R	R	R	R	R
2	R	R	2 R	R	R
3	R	R	2 R	R	R
4P	R	R	R	R	R
4F	R		R	R	R
5P	R		R	R	R
5F	R		R	R	R
6P	R	R		R	R
6F	R	R	R	R	R
7P		R	R	R	R
7F	R	R		R	R
8P	R	B	R	R	R
8F	R	R		R	R
9	R	2 R	R	R	R
10P	R	R	R	R	R
10F	R	R	R	R	R
11P	R	R	R	R	R
11F	R		R	R	R
12P	R	R	R	R	R
12F	R	R	R	R	R
13P	R	R	R	R	R
13F	R	R	R	R	R
14	R		2 R	R	R
15	R	R	2 R	R	R
16	R	R	2 R	R	R
1A	B	R	2 R	B	R
2A	B	R	R	R	R
3AP	R	R	R	R	R
3AF	B	R	R		R
4A	R	R	2 R	B	R
5AP	R	R	R	R	R
5AF	R	R	R	R	R
6AP	B	R	R	R	R
6AF	R	R	R	R	R
7A	R	R	R	R	R
8A	R	R	R	R	R
TOTAL R	31	32	40	33	36

5. Tableau comparatif du renouvellement du mobilier selon les deux hypothèses

Renouvellement du mobilier du Bâtiment 21 selon les deux hypothèses capacitaires											
Recensement du mobilier récupérable par les cadres											
Hypothèse n°1 capacitaire à 96 lits				Hypothèse n°2 capacitaire à 78 lits							
Chirurgie											
Chambre	CAP B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette				
TOTAL R	30	34	31	32	40	33	36				
Diabétologie											
Chambre	CAP B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette				
TOTAL R	25	18	20	5	27	14	7				
Médecine interne											
Chambre	CAP B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette				
TOTAL R	21	8	15	13	12	12	19				
Cardiologie											
Chambre	CAP B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette				
TOTAL R	20	16	15	17	16	17	16				
Total récupérable											
Chambre	CAP B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette				
TOTAL R	96	76	81	67	95	76	78				
CAPACITE	96	96	96	96	96	96	96				
Total récupérable											
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette				
TOTAL R	75	68	66	54	83	64	59				
Besoin total	75	75	75	75	75	75	75				
Total récupérable											
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette				
besoin d'achat	75	7	9	21	-8	11	16				
Total récupérable											
Achats effectués	-	18	-	18	-	18	-	18			
Besoins restants	-	11	-	9	3	-	26	-	7	-	2
Total récupérable											
Chambre	CAP B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette				
besoin d'achat	96	20	15	29	1	20	18				
Total récupérable											
-	18	-	18	-	18	-	18	-	18		
2	-	3	11	-	17	2	0				
Total récupérable											
On note un achat supérieur aux besoins pour la plupart des mobiliers. Il resterait à acheter 2 lits, 11 fauteuils et 2 tables de chevet.											
Total récupérable											

Avec l'hypothèse capacitaire à 75 lits, les achats effectués permettent de couvrir les besoins - sauf 3 fauteuils. On constate même un renouvellement supérieur aux besoins de renouvellement indiqués par les cadres. Le "surplus" important qui pourrait être réparti entre les autres services du CASH.

6. Plan d'équipement deux hypothèses avec futur achat d'UGA

Plans d'équipement non médicaux synthétiques, selon les deux hypothèses de programme capacitaire retenues
--

Enveloppe totale disponible en 2014	
200 000 euros	
150 000 euros pour le bâtiment 21	50 000 euros pour le reste du CASH

Enveloppe pour le reste du CASH	
50 000	
Dépenses réalisées sur l'enveloppe CASH au 13 juin 2014	
Enregistreur et barrières	6050
6 chambres d'UGA	28 510
Lave-batterie de l'EHPAD	12 649
Moyens restants pour le reste de l'équipement hôtelier CASH au 13 juin 2014	
2 791	
Dépenses à venir pour 14 chambres d'UGA en octobre	
54 000	
Moyens restants pour le reste du CASH après achats des 14 chambres d'UGA	
-51 209	

Si la dépense pour le lave-batterie de l'EHPAD fait l'objet d'une reprise sur provision, et si les lits d'UGA sont achetés en 2015 plutôt qu'en octobre, alors l'enveloppe d'équipement hôtelier "tout cash" de 50 000 peut être tenue en 2014.

Dans l'impossibilité de dépasser le PPI à 6 millions et donc d'utiliser la provision, et si l'UGA doit ouvrir en octobre 2014, alors l'enveloppe d'équipement pour le reste du CASH est déficitaire de 51 209 euros.

Enveloppe pour le bâtiment 21
150 000

Dépenses réalisées sur l'enveloppe bâtiment 21	
Achats de 18 chambres fin mai	68 928
Moyens restants pour le bâtiment 21 au 13 juin 2014	
81 072	

Besoin d'achats non médical pour le bâtiment 21 selon:	
Hypothèse n°1, à 96 lits (chirurgie, diabétologie, médecine interne déménageant)	Hypothèse n°2, à 75 lits et 5 places (chirurgie, diabétologie, HDJ déménageant)
Poste infirmier	Poste infirmier
15 000,00 €	15 000,00 €
Offices	Offices
77 000,00 €	52 000,00 €
Lave-bassins	Lave-bassins
20 000,00 €	20 000,00 €
Logistique linge et déchets	Logistique linge et déchets
12 200,00 €	12 200,00 €
Total équipement Hypothèse 1	Total équipement Hypothèse 2
124 200,00 €	99 200,00 €
Enveloppe B21 des 81 000 euros restants, moins les équipements selon les hypothèses	
- 43 128,00	-18 128
Différence entre les deux hypothèses sur l'équipement	
- 25 000,00 €	

Selon le groupe équipement, l'hypothèse n°2 est la plus faisable financièrement sur l'année 2014.

On constate néanmoins, il y a un dépassement de 18 000 euros.

Les hypothèses en prenant en compte les coûts des travaux de reconversion du bâtiment 19	
Travaux bât 19 pour y loger les consultations	
50 000,00 euros	0 euro
Total général	Total général
174 200,00 euros	99 200 euros

Différence entre les deux hypothèses en prenant en compte les coûts des travaux
174 200 - 99 200 =

75 000 euros de plus pour l'hypothèse 1

Total enveloppe 200 000 euros moins les achats CASH + B21 selon H2

- 51 209 pour le CASH

-18 128 pour le B21

- 69 337 euros

7. Tableau comparatif du renouvellement du mobilier selon les deux hypothèses sans l'achat UGA

Renouvellement du mobilier du Bâtiment 21 selon les deux hypothèses capacitaires																
Recensement du mobilier récupérable par les cadres																
Hypothèse n°1 capacitaire à 96 lits								Hypothèse n°2 capacitaire à 75 lits								
Chirurgie - M. Mathou								Chirurgie - M. Mathou								
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	
TOTAL R	30	34	31	32	40	33	36	TOTAL R	27	34	31	32	40	33	36	
Diabétologie - Mme Raux								Diabétologie - Mme Raux								
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	
TOTAL R	25	18	20	5	27	14	7	TOTAL R	27	18	20	5	27	14	7	
Médecine interne - Mme Elhani								Cardiologie - M. Niang								
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	
TOTAL R	21	8	15	13	12	12	19	TOTAL R	21	16	15	17	16	17	16	
Cardiologie - M. Niang								Total récupérable								
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	
TOTAL R	20	16	15	17	16	17	16	TOTAL R	75	68	66	54	83	64	59	
Total récupérable								Besoin total								
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	
TOTAL R	96	76	81	67	95	76	78	Besoins d'achats	75	7	9	21	-8	11	16	
Capacité B21	96	96	96	96	96	96	96	Achats effectués	-	4	-	4	-	4	-	4
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette	Besoins restants	3	5	17	12	7	12		
Besoins d'achats	96	20	15	29	1	20	18	Avec l'hypothèse capacitaire à 75 lits, les achats effectués permettent de couvrir les besoins - sauf 3 lits, 5 adaptables, 17 fauteuils, 7 tables de chevet et 12 sonnettes.								
Achats effectués	-	4	-	4	-	4	-	4	-	4	-	4	-	4		
Besoins restants	16	11	25	3	16	14	On note un achat inférieur aux besoins pour tous les mobiliers sauf les chaises.									

8. Plan d'équipement deux hypothèses sans futur achat d'UGA

Plans d'équipement non médicaux synthétiques, selon les deux hypothèses de programme capacitaire retenues

Enveloppe totale disponible en 2014	
200000 euros	
150 000 euros pour le bâtiment 21	50 000 euros pour le reste du CASH

Enveloppe pour le reste du CASH	
50 000	
Dépenses réalisées sur l'enveloppe CASH au 13 juin 2014	
enregistreur et dépenses autres	6050
6 chambres d'UGA	28 510
Lave-batterie de l'EHPAD	12 649
Moyens restants pour le reste de l'équipement hôtelier CASH au 13 juin 2014	
2 791	
Dépenses effectuées pour 14 chambres d'UGA en juin	
54 000	
Moyens restants pour le reste du CASH après achats UGA	
-51 209	

Si la dépense pour le lave-batterie de l'EHPAD fait l'objet d'une reprise sur provision, et si l'excédent de 37 872 du B21 vient combler en parti le déficit, alors l'enveloppe d'équipement hôtelier "tout cash" de 50 000 peut être tenue en 2014.

Enveloppe pour le bâtiment 21	
150 000	
Dépenses réalisées sur l'enveloppe bâtiment 21	
Achats de 18 chambres fin mai	14 928

Moyens restants pour le bâtiment 21 au 13 juin 2014
135 072

Besoin d'achats non médical pour le bâtiment 21 selon:	
Hypothèse n°1, à 96 lits	Hypothèse n°2, à 78 lits
Poste infirmier	Poste infirmier
15 000,00 €	15 000,00 €
Offices	Offices
77 000,00 €	52 000,00 €
Lave-bassins	Lave-bassins
20 000,00 €	20 000,00 €
Logistique linge et déchets	Logistique linge et déchets
12 200,00 €	12 200,00 €
Total équipement H1	Total équipement H2
124 200,00 €	99 200,00
Enveloppe B21 de 81 000 euros restants moins les équipements selon hypothèse	
10 872,00 €	35 872
Différence entre les deux hypothèses d'équipement	
- 25 000,00 €	

Selon le groupe équipement, l'hypothèse n°2 est la plus faisable financièrement.

Les hypothèses en prenant en compte les travaux	
Travaux bât 19 pour y loger les consultations	
50	
000,00 €	
Total général	Total général
174 200,00 €	99 200

Différence entre les deux hypothèses en prenant en compte les travaux	
75 000,00 €	
75 000 euros de plus pour l'hypothèse 1	

Total enveloppe 200 000 euros moins les achats CASH + B21
-15 337

9. Note d'information de la direction de l'établissement au sujet du changement provisoire de programme capacitaire

2. Une phase transitoire est organisée durant la période des travaux du rez-de-chaussée (2 ans) en articulation avec le bâtiment 19.

Bâtiment 19 :

- *Au rez-de-chaussée* : maintien des consultations actuelles et de la stérilisation centrale
- *Au 1^{ère} étage* : maintien du service de médecine à 26 lits et de 3 chambres sécurisées et de l'Unité de Gériatrie Aigüe d'une capacité de 20 lits
- *Au 2^{ème} étage* : maintien des consultations de médecine interne et de gastrologie
- *Au 3^{ème} étage* : fermeture de la chirurgie
- *Au 4^{ème} étage* : maintien des consultations ORL

Bâtiment 21 :

- *Au 1^{er} étage* : maintien des consultations et explorations en cardiologie et diabétologie-endocrinologie et ouverture de 27 lits de diabétologie-endocrinologie
- *Au 2^{ème} étage* : - 27 lits de chirurgie
 - 21 lits de cardiologie
 - Hôpital de jour de médecine de 5 places

L'avenir du bâtiment 19 et la relocalisation des activités restantes : UGA, chambres sécurisées et stérilisation centrale sont en cours d'étude.

10. Tableau de synthèse du renouvellement mobilier des chambres des services du bâtiment 21

Renouvellement mobilier des chambres des services du B21							
Selon l'hypothèse n°2 capacitaire à 75 lits							
Recensement des cadres du mobilier récupérable pour le B21							
Chirurgie - M. Mathou							
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Récupérable	30	34	31	32	40	33	36
27 si HDJ							
Diabétologie - Mme Raux							
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Récupérable	27	18	20	5	27	14	7
Cardiologie - M. Niang							
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Récupérable	21	16	15	17	16	17	16
Total récupérable							
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Récupérable	75	68	66	54	83	64	59
Besoin total	75	75	75	75	75	75	75
Total achat							
Chambre	Capacité B21	LITS	Adaptables	Fauteuil	Chaise	Table de nuit	Sonnette
Besoins d'achats	78	7	9	21	-8	11	16
	Achats effectués	- 4	- 4	- 4	- 4	- 4	- 4
	Besoins restants	3	5	17	- 12	7	12
<p>Avec l'hypothèse capacitaire à 75 lits, les achats effectués permettent de couvrir les besoins - sauf 3 lits, 5 adaptables, 17 fauteils, 7 tables de chevet et 12 sonnettes. Ces équipements pourront être remplacés en 2015 sur l'enveloppe de 80 000 prévu pour l'équipement non médical du B21. En attendant ce renouvellement, il est possible d'effectuer des réparations.</p>							

11. Plan d'équipement mobilier final du bâtiment 21

Synthèse des achats non med B21	
	dépense engagé
	dépense mandaté
Enveloppe équipement mobier en 2014	
200 000	
Dépenses réalisées au 1er juillet 2014	
95 159	
Dépenses réalisées pour le bâtiment 21 au 1er juillet 2014	
4 chambres (fin mai 2014)	14 928
Enveloppe 200 000 moins les achats mandatés au 26 juin 2014	
89 913	
Répartition de ces crédits entre B21 et le reste du CASH	
20 000 CASH	70 000 B21
Prévisions d'achats non médical pour le bâtiment 21	
Poste infirmier	11 000,00 €
Matelas	5 000,00 €
Offices	42 500,00 €
lave-bassin	8 500,00 €
Divers et imprévus	3 000,00 €
Total équipmt non med à acheter	70 000,00 €
Total des achats non médicaux B21, mandatés et prévus	
84 928	
Crédits disponibles pour le reste du CASH	
19 913	

final

12. Plan d'équipement biomédical final

ACHAT BIOMEDICAL PREVU EN 2014 POUR LE BATIMENT 21

Service	Libellé	Type	Marque	REMARQUE	Coût (TTC)
H. CARDIO	ELECTROCARDIOGRAMME			remplace ECG obsolète	3000
	ELECTROCARDIOGRAMME			20% de lits supplémentaire	3000
	TENSIOMETRE AUTOMATIQUE			20% de lits supplémentaire	1871,4
	DEBILITRE O2 avec SWITCH			quantité: 5 (71,84 euros x 5)	359,2
	DEBILITRE AIR avec SWITCH			quantité: 5 (71,84 euros x 5)	359,2
	REGULATEUR DE VIDE 600			quantité: 5 (71,12 euros x 5)	355,6
H. DIABETO	NEBULISEUR			remplacement de matériel perdu	199,2
	NEBULISEUR			remplacement de matériel perdu	199,2
	TENSIOMETRE AUTOMATIQUE			remplacement d'appareil obsolète	1871,4
	TENSIOMETRE AUTOMATIQUE			remplacement d'appareil obsolète	1871,4
	TENSIOMETRE AUTOMATIQUE			remplacement d'appareil obsolète	1871,4
	PESE PERSONNE ELECTRONIQUE			remplacement de matériel defectueux	513,37
	DEBILITRE O2 avec SWITCH			quantité: 13 (71,84 euros x 13)	933,92
	DEBILITRE AIR avec SWITCH			quantité: 13 (71,84 euros x 13)	933,92
SPEC CHIR	REGULATEUR DE VIDE 600			quantité: 13 (71,12 euros x 13)	924,56
	PESE PERSONNE ELECTRONIQUE			remplacement d'un appareil perdu	513,37
	NEBULISEUR			remplacement d'un appareil perdu	199,2
	POUSSE-SERINGUE			remplacement d'un équipement perdu	891,77
	POUSSE-SERINGUE			remplacement d'un équipement obsolète	891,77
	POUSSE-SERINGUE			remplacement d'un équipement obsolète	891,77
	POUSSE-SERINGUE			remplacement d'un équipement obsolète	891,77
	POUSSE-SERINGUE			remplacement d'un équipement obsolète	891,77
	DEBILITRE O2 avec SWITCH			quantité: 6 (71,84 euros x 6)	431,04
	DEBILITRE AIR avec SWITCH			quantité: 13 (71,84 euros x 13)	933,92
	REGULATEUR DE VIDE 600			quantité: 6 (71,12 euros x 6)	426,72
	PESE PERSONNE ELECTRONIQUE			demande d'achat motivé par le service	513,37
	SUPPORT DE POUSSE SERINGUE AVEC ALIMENTATION 6 PLACES			demande d'achat motivé par le service: support de pousse seringue permettant de ranger sur une potence une quantité de pousse seringue et de les charger en même temps via une seule prise électrique	762,85
	SUPPORT DE POUSSE SERINGUE AVEC ALIMENTATION 4 PLACES			demande d'achat motivé par le service: support de pousse seringue permettant de ranger sur une potence une quantité de pousse seringue et de les charger en même temps via une seule prise électrique	589,475
	NEBULISEUR			demande d'achat motivé par le service: nombre de nébuliseur insuffisant dans le service	199,2
	NEBULISEUR			demande d'achat motivé par le service: nombre de nébuliseur insuffisant dans le service	199,2
POUSSE-SERINGUE			demande d'achat motivé par le service: nombre de pousse seringue insuffisant dans le service	891,77	
TOTAL TTC:					27490,965

13. Equipement global complété

Equipement global B21 - achat/récupérable

ETAGE	Numéro du local	SERVICE	PIECE DE DESTINATION	DENOMINATION DU MATERIEL	R/A Récupération ou Achat	quantité	coût unitaire	Coût total
1er	101	AILE ADMINISTRATIVE	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
1er	102	AILE ADMINISTRATIVE	salle d'attente		R	1	0	0
1er	103	AILE ADMINISTRATIVE	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
1er	104	AILE ADMINISTRATIVE	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
1er	105	AILE ADMINISTRATIVE	Salle de décontamination	Lave bassin + Rangements inox	R	1	0	0
1er	106	CONSULTATION	Poste infirmier	FAIT	R	1	0	0
1er	107	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	108	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	109	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	110	CONSULTATION	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	111	CONSULTATION	Archives	CHAISES	R	1	0	0
1er	112	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	113	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	114	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	115	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0

1er	116	CONSULTATION	ARCHIVES		R	2	0	0
1er	117	CONSULTATION	Sanitaires personnel	Kit toilette	R	1	0	0
1er	118	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	119	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	120	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	121	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	122	CONSULTATION	Local ménage		R	1	0	0
1er	123	CONSULTATION	Local déchets	Container déchet container linge	R	2	0	0
1er	124	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	125	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	126	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	127	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	128	CONSULTATION	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	129	CONSULTATION	Local technique		R	1	0	0
1er	130	CONSULTATION	Réserve		R	1	0	0
1er	131	DIABETOLOGIE	Cuisine thérapeutique	1 table, 6 chaises	R	1	0	0
1er	132	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	133	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	134	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	135	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	136	DIABETOLOGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	137	DIABETOLOGIE	Réserve		R	1	0	0
1er	138	DIABETOLOGIE	Réserve		R	1	0	0

1er	139	DIABETOLOGIE	Sanitaire	Kit toilette	A	1	50	50,00
1er	140	DIABETOLOGIE	Salle de décontamination	Lave bassin + Rangements inox	A	1	8500	8 500,00
1er	141	DIABETOLOGIE	WC handicapé	Kit toilette	A	1	50	50,00
1er	142	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	143	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	144	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	145	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	146	DIABETOLOGIE	Local déchets	Container déchet container linge	R	2	0	0
1er	147	DIABETOLOGIE	Local ménage		R	1	0	0
1er	148	DIABETOLOGIE	Réserve		R	2	0	0
1er	149	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	150	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	151	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	152	DIABETOLOGIE	Bureau	CAISSONS CHAISE ARMOIRE	R	1	0	0
1er	153	DIABETOLOGIE	Office	Office complet frigo lave vaisselle inox MO Cbrique	A	1	15000	15 000,00
1er	154	DIABETOLOGIE	Poste infirmier	complet	R	1	0	0
1er	155	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	156	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	157	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	158	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	159	DIABETOLOGIE	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
1er	160	DIABETOLOGIE	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0

1er	161	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	162	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	163	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	164	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	165	DIABETOLOGIE	Réserve		R	1	0	0
1er	166	DIABETOLOGIE	Local technique		R	1	0	0
1er	167	DIABETOLOGIE	Salle de détente	Table, + 8 Chaises, Frigo, Micro onde, Cafetière	R	1	0	0
1er	168	DIABETOLOGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	A	1	3800	3 800,00
1er	169	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	A	1	3800	3 800,00
1er	170	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	A	1	3800	3 800,00
1er	171	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	A	1	3800	3 800,00
1er	172	DIABETOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
1er	173	DIABETOLOGIE	Salle de sport	2 Vélo, 1 steps, ballons, altères, tapis, miroirs	R	1	0	0
1er	174	DIABETOLOGIE	Salle d'éducation thérapeutique	1 table, 6 chaises	R	1	0	0
1er	175	CONSULTATION	Office		R	1	0	0
1er	176	CONSULTATION	Salle de détente	Table, + 8 Chaises, Frigo, Micro onde, Cafetière	R	1	0	0
1er	177	CONSULTATION	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
1er	178	CONSULTATION	Salle de réunion	Table informatique	R	1	0	0
1er	CHS		Chambre simple	Kit toilette	A	1	50	50,00
2ème	201	AILE ADMINISTRATIVE 2ème	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0

2ème	202	AILE ADMINISTRATIVE 2ème	Salle d'attente		R	1	0	0
2ème	203	AILE ADMINISTRATIVE 2ème	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
2ème	204	AILE ADMINISTRATIVE 2ème	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
2ème	205	CARDIOLOGIE	Salle de décontamination	Lave bassin + Rangements inox	R	1	0	0
2ème	206	CARDIOLOGIE	Local linge propre	Armoire à linge + 2 étagère + barre d'attelage 1080l	R	2	0	0
2ème	207	CARDIOLOGIE	Réserve		R	1	0	0
2ème	208	CARDIOLOGIE	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
2ème	209	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	210	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	211	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	212	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	213	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	214	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	215	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	216	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	218	CARDIOLOGIE	Sanitaires personnel	Kit toilette	R	1	0	0
2ème	219	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	220	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0

2ème	221	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	222	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	223	CARDIOLOGIE	Local ménage		R	1	0	0
2ème	224	CARDIOLOGIE	Local déchets	Container déchet container linge	R	2	0	0
2ème	225	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	226	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	227	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	228	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	229	CARDIOLOGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	230	CARDIOLOGIE	Local technique		R	1	0	0
2ème	231	CARDIOLOGIE	Réserve		R	1	0	0
2ème	232	CARDIOLOGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	233	CHIRURGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	234	CHIRURGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	235	CHIRURGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	236	CHIRURGIE	Salle de détente	Table, + 8 Chaises, Frigo, Micro onde, Cafetière	R	1	0	0
2ème	237	CHIRURGIE	Local ménage		R	1	0	0
2ème	238	CHIRURGIE	Sanitaires personnel	Kit toilette	A	1	50	50,00
2ème	239	CHIRURGIE	Salle de décontamination	Lave bassin + Rangements inox	R	1	0	0
2ème	240	CHIRURGIE	WC handicapé	Kit toilette	A	1	50	50,00
2ème	241	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	242	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0

2ème	243	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	244	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	245	CHIRURGIE	Local déchets	Container déchet container linge	R	2	0	0
2ème	246	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	247	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	248	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	249	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	250	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	251	CHIRURGIE	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
2ème	217	CARDIOLOGIE	Poste infirmier	FAIT	R	1	0	-
2ème	252	CHIRURGIE	Poste infirmier	MATERIEL DE STOCKAGE + CHARIOTS	A	1	11000	11 000,00
2ème	253	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	254	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	255	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	256	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	257	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	258	CHIRURGIE	Réserve	Rayonnages	R	1	0	-
2ème	259	CHIRURGIE	Local linge propre	Armoire à linge + 2 étagère + barre d'attelage 1080l	R	2	0	-
2ème	260	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	261	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0

2ème	262	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	263	CHIRURGIE	Chambre simple	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	264	CHIRURGIE	Réserve	Rayonnages	R	1	0	0
2ème	265	CHIRURGIE	Local technique		R	1	0	0
2ème	266	CHIRURGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	267	CHIRURGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	268	CHIRURGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	269	CARDIOLOGIE	Chambre double	LIT + MATELAS + CHEVET + ADAPTABLE + CHAISE + FAUTEUIL	R	1	0	0
2ème	270	GRAND OFFICE 2EME	Office (double)	2 chariots plateaux, lave-vaisselle	A	1	15000+1 2000	27 000,00
2ème	271	CARDIOLOGIE	Salle de détente	Table, + 8 Chaises, Frigo, Microonde, Cafetière, lave-vaisselle	R	1	0	0
2ème	272	AILE ADMINISTRATIVE 2ème	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
2ème	273	AILE ADMINISTRATIVE 2ème	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
2ème	274	AILE ADMINISTRATIVE 2ème	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
2ème	275	AILE ADMINISTRATIVE 2ème	Bureau	Plan de travail CAISSON ARMOIRE HAUTE ARMOIRE BASSE FAUTEUIL TABLE DE REUNION CHAISE VISITEUR	R	1	0	0
Coût total achat								76 950,00

14. Feuilles de route des déménagements

TRANSFERT DE LA CHIRURGIE AU BATIMENT 21 V5 au 13-08-2014								
<i>Mise à jour le</i>							13-août-14	
Planning des opérations	Feuille de route			Répartition des interventions			Observations	
Liste des Tâches	Début	Fin	Durée (jours)	Service	PLT	Entreprise		
Achats								
Livraison de mobilier Office	08-août-14	13-août-14	4			La Bovida	Terminé	
Livraison de mobilier Salle de Soins	15-sept-14	19-sept-14	4			Hopital Service Système	Terminé	
Livraison de Chariot Office	18-sept-14	19-sept-14	1			Iseco	Terminé	
Livraison mobilier de chambre	08-juil-14	08-juil-14	1			Hill-Rom	Terminé	
Livraison lave bassin	04-août-14	04-août-14	1			UGAP	Terminé	
Livraison matelas	A programmer					Hill-Rom	Devis reçus	
Logistique								
Tranfert des mobiliers et rayonnages	16-juil-14	22-août-14	37		ST		Terminé	
Transfert mobilier neuf vers futur UGA	10-juil-14	16-juil-14	6		ST + Hygiène		Terminé	
Transfert des chambres pour commission de sécurité B21	10-juil-14	11-juil-14	1		ST + Hygiène		Terminé	
Signalétique	01-juil-14	31-juil-14	30		ST		Terminé	
Commande des distributeurs papier, savons	04-juil-14	04-juil-14	1			DLOG	Terminé	
Télévisions - Téléphonie - DSP	15-sept-14	30-sept-14	15			Marché à attribué	Terminé	
Création des lits dans C-PAGE	31-juil-14	31-juil-14	1	Mme ANIORT		Mme ANIORT transmetts au bureau des entrées	Terminé	
EOH								
Bionettoyage locaux // ACCES INTERDIT //	09-août-14	09-août-14	1	PLT - EOH	PLT - EOH	ADDD	Terminé	
Prélèvements / contrôle / air surface	09-août-14	09-août-14	1			ADDD	Terminé	
Prélèvements / contrôle /	28-juil-	29-	2			EUROFINS	Terminé	

Eau	14	juil-14					
Nettoyage réseau EFS vidange, chocs chlorés	09-août-14	09-août-14	1		ST		Terminé
Déménagement							
Transfert des Pyxis	21-août-14		1	Pharmacie	PLT	UGAP	Terminé
Livraison Rayonnages archives	20-août-14	22-août-14	2		ST		Terminé
Livraison meuble salle de soins (Chir)	18-août-14	18-août-14	1		ST		Terminé
Déménagement mobilier et dossiers	20-août-14	22-août-14	2		ST		Terminé
Services Techniques							
Installation des distributeurs papier, savons	28/07/2014 au 08-08/2014		2		ST		Terminé
Réparation des lits			4		ST		Terminé
Transmission du listing pour gestions accès	28/07/2014 au 31/07/2014		1	Mme ANIORT			Terminé
Démontage des divers mobiliers à récupérer	19/08/2014 au 20/08/2014		2		ST		Terminé
Paravent à récupérer			1		ST		Terminé
Organigramme des clefs	14-août-14	19-août-14	1		ST		Terminé
Basculement ligne FT bureau	21-août-14	21-août-14	1		ST		Terminé
Basculement des lignes pour les chambres	21-août-14	21-août-14	1			La communication Hospitalière	Terminé
Biomédicale							
Réception des fluides médicaux			1		Scé Bio.		Terminé
Achat de matériel	14/08/2014 au 19-08-2014		1		Scé Bio.		Terminé
Installation du matériel biomédicale			2		Scé Bio.		Terminé
Vérification diverses			1		Scé Bio.		Terminé
Transfert matériel existant	21-août-14	21-août-14	1		Scé Bio.		Terminé
Informatique							
Vérification installation baie informatique	21-07-2014 au 31-07-2014		1		Scé Info.		Terminé
Vérification et branchement des bornes WIFI			1		ST		Terminé

Brassage lignes informatiques	21-août-14		1		Sce Info.		Terminé
Transfert des PC			1			UGAP	Terminé
Connexion des PC			1		Sce Info.		Terminé
Rapport des test prise réseau	25-juil-14				PLT	AGB	Terminé
Instance							
Visite du CHSCT	20-août-14	24-sept-14	2	DG			Terminé
Commission de sécurité	15-juil-14	15-juil-14	1	DG	PLT - Sécurité Incendie		Avis favorable
Ouverture service Chirurgie	21-août-14		1				Terminé
Visite de certification HAS	04-sept-14	05-sept-14	2				Terminé

**TRANSFERT DE LA DIABETOLOGIE
AU BATIMENT 21
V9 au 25-09-2014**

Mise à jour le 25-sept-14

Planning des opérations	Feuille de route			Répartition des interventions			Observations
	Début	Fin	Durée (jours)	Service	PLT	Entreprise	
Liste des Tâches							
Achats							
Livraison de mobilier Office	26-sept-14	26-sept-14	1			La Bovida	Terminé
Livraison de mobilier Salle de Soins	19-sept-14	19-sept-14	1			Hopital Service Système	Terminé
Livraison de Chariot Office cardio et chir.	18-sept-14	18-09-204	1			Iseco	Terminé
Livraison matelas	06-oct-14	06-oct-14	2			Hill-Rom	Livraison en 2 fois à compter du 06-10-2014
Logistique							
Transfert des rayonnages pour réserve	01-sept-14	17-sept-14	16		PLT		Terminé
Télévisions - Téléphonie - DSP	15-sept-14	30-sept-14	15			Notifié	Terminé
Création des lits dans C-PAGE	26-sept-14	26-sept-14	1	Mme ANIORT		Mme ANIORT transmetts au bureau des entrées	Terminé
EOH							

Bionettoyage locaux // ACCES INTERDIT //	17-sept-14	18-sept-14	2		PLT - EOH	ADDD	Terminé
Prélèvements / contrôle / air surface	19-sept-14	19-sept-14	1			ADDD	Terminé
Prélèvements / contrôle / Eau	28-juil-14	29-juil-14	2	PLT - EOH		EUROFINS	Terminé
Nettoyage réseau EFS vidange, chocs chlorés	09-août-14	09-août-14	1		ST		Terminé
Déménagement							
Transfert des rayonnages locaux de stockage	01-sept-14	22-août-14	-10		ST		Terminé
Transfert des Pyxis	26-sept-14		1	Pharmacie	PLT	UGAP	Terminé
Ondulateur pour pixys - et prise ondulée	26-sept-14				PLT		Terminé
Déménagement lits mobilier et dossiers	26-sept-14	26-sept-14	1		ST	UGAP - DEMECO	Terminé
Services Techniques							
Réparation des lits	01-sept-14	24-sept-14			ST		Terminé
Transfert lave bassin	12-sept-14	12-sept-14	1				Terminé
Transmission du listing pour gestions accès	28/07/2014 au 31/07/2014		1	Mme ANIORT			Terminé
Signalétique	01-sept-14	16-sept-14	15		ST		Terminé
Plan d'évacuation incendie à déplacer	12-sept-14	29-sept-14	1		Sécurité incendie		Terminé
Démontage des divers mobiliers à récupérer	10-09 au 26-09-2014		2		ST		Terminé
2 Paravent à récupérer pour les chambres double (3ème étage du bat 19)	10-09 au 26-09-2014		1		ST		Terminé
Installation des badgeuses devant les vestiaires Porte 12 avec câblage - (récup HDJ) Porte 15 transfert du 1er au sous-sol	12-sept-14	29-sept-14	2		ST		Terminé
Organigramme des clefs, digicode	26-sept-14	29-sept-14	1		ST		Terminé
Basculement ligne FT bureau	26-sept-14	29-sept-14	1		ST		Terminé
Menuiserie - Meubles en attente de livraison	26-sept-14	29-sept-14	1		ST		Terminé

Attente pour centrale de dilution et doseurs proportionnelle			1		ST		Terminé
Porte automatique porte 12 - accès galerie Hôpital	26-sept-14	29-sept-14	1		ST		Terminé
Ascenseur à l'arrêt	17-sept-14	25-sept-14	1		ST		Terminé
Demande de fax suite maintien en médecine interne du fax de diabétologie	17-sept-14	25-sept-14	1		ST		Terminé
Récupération du copieur HDJ pour 1er étage bât. 19	25-sept-14	25-sept-14	1		ST		Terminé
Ascenseurs accès restreint	26-sept-14	29-sept-14	1		ST		Terminé
Prises non accessible dans la cuisine thérapeutique à déplacer à 1m10 (au dessus de la paillasse - prévoir 3)	17/09/2014 au 29-09-2014		1		ST		Terminé
Prise factice dans le bureau des médecins à mettre en service			1		ST		Terminé
Cloisonnette à prévoir pour le lave bassin			1		ST		Terminé
Basculement des lignes pour les chambres	26-sept-14	29-sept-14	1			Télécom service	Terminé
Débrancher les chariots repas et autre matériel électrique	26-sept-14	29-sept-14	1				Terminé
Biomédical							
Réception des fluides médicaux			1		Sce Bio.		Terminé
Achat de matériel	26 et 29-09-2014		1		Sce Bio.		Terminé
Installation du matériel biomédicale							
Vérification diverses							
Transfert matériel existant							
Informatique							
Transfert des PC	26-sept-14		1			UGAP	Terminé
Borne WIFI du 3ème étage du Bat 19 vers 1er étage du Bat 21	12 au 29-09-2014						
Borne DECT du 3ème étage du Bat 19 vers 1er étage du Bat 21							
Connexion des PC et copieurs	26-sept-14	29-sept-14	2		Sce Info.		
Onduleurs pour équipements réseau	26-sept-	29-sept-	2		PLT		Terminé

	14	14				
Instance						
Visite du CHSCT	24-sept-14	1	DG			Terminé
Commission de sécurité	15-juil-14 15-juil-14	1	DG - Sécurité Incendie	PLT		Avis favorable
Ouverture service diabétologie	30-sept-14	1				30-sept-14

COURTIN	Francesca	Décembre 2014
FILIÈRE DIRECTEUR D'HOPITAL Promotion 2013-2015		
La gestion des risques projet dans l'ouverture d'un bâtiment : L'exemple du CASH de Nanterre		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Le projet d'ouvrir un nouveau bâtiment hospitalier au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers (CASH) de Nanterre, comprenant la préparation de l'équipement, de la logistique et du déménagement des services, est l'occasion de se pencher sur les méthodes de conduite de projet ayant pour objectif de prévenir les aléas qui pourraient retarder les délais, augmenter les coûts ou diminuer le niveau de qualité.</p> <p>En effet, les projets de grande envergure menés en situation critique méritent une attention particulière qu'on appelle « gestion des risques projet ». Ce mémoire n'abordera donc pas la sinistralité à l'hôpital et la prévention des risques liés aux activités courantes, mais se présente comme un focus sur la méthodologie de conduite de projet en tenant compte de la variabilité induite par sa mise en œuvre.</p> <p>Nous étudierons d'abord le projet d'ouverture du bâtiment tel qu'il avait été prévu. Puis, nous analyserons l'enchaînement des opérations et nous examinerons en détail les risques liés à ce projet et comment les acteurs ont cherché à les maîtriser au fur et à mesure. Enfin, la dernière partie consistera en un retour d'expérience, détaillant les outils et les leçons de management utiles à la maîtrise des risques projet.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Projet, ouverture, bâtiment, risque, logistique, équipement, déménagement, management, conduite, pilotage.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		