

**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire et social public  
Promotion 2004**

---

**PROJET SOIGNANT POUR UN PROJET DE VIE,  
D'UN HÔPITAL LOCAL QUI VIEILLIT**

**MAITRE D'OUVRAGE OCCASIONNEL, COMMENT LE DIRECTEUR  
D'ÉTABLISSEMENT CONDUIT UN PROJET DE RESTRUCTURATION DANS UN  
HÔPITAL LOCAL ?**

**Agathe LAPORTE**

---

# Remerciements

---

*"Le futur appartient à ceux qui croient à la beauté de leurs rêves"* Eleanor ROOSEVELT.

Je tiens à remercier Geneviève Terrien, maître de stage, directeur et maître d'ouvrage de l'hôpital de Penne d'Agenais et Nadine Soubrier cadre supérieur de santé, pour leur accompagnement au quotidien dans ma mission "d'apprenti-sage" du métier de DESS à l'hôpital local. Mes remerciements vont également au personnel de l'établissement toujours disponible et volontaire.

Merci à mes collègues de promotion D3S et amis du "studio 28" pour leur soutien et les échanges innombrables.

Enfin, je remercie mon époux, Michelle, Evelyne et mes accompagnateurs de toujours pour leur soutien sans faille sur ce chemin choisi.

Le résultat d'un travail est l'aboutissement de la rencontre d'une chaîne de personnes et d'évènements interdépendants les uns des autres. Mes remerciements sont donc dédiés à toutes les personnes que j'ai rencontrées qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire en me faisant confiance.

---

# Sommaire

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1 ENVISAGER LA RESTRUCTURATION D'UN HOPITAL LOCAL, C'EST D'ABORD CONSIDERER L'EXISTANT : HISTOIRE DE VIE - ETAT DES LIEUX</b> | <b>5</b>  |
| <b>1.1 L'hôpital local est un "ancien" dont on parle depuis les années 60</b>  | <b>5</b>  |
| 1.1.1 L'histoire de vie de l'établissement   | 5         |
| 1.1.2 Une consécration juridique qui ne s'est faite que très tardivement.  | 8         |
| 1.1.3 Ses missions d'hôpital local nouvellement affirmées  | 14        |
| <b>1.2 L'évolution conjoncturelle fait du devoir de mutabilité des établissements de santé publics un véritable poids</b>        | <b>16</b> |
| 1.2.1 L'évolution de la notion de santé et de la médecine a un coût  | 16        |
| 1.2.2 Les contradictions administratives concernant la prise en charge sanitaire et médico-sociale                               | 18        |
| <b>1.3 La considération des besoins de la population permet d'envisager une prise en charge globale</b>                          | <b>22</b> |
| 1.3.1 Le vieillissement de la population, une réalité.   | 22        |
| 1.3.2 Pour une prise en charge globale adaptée   | 24        |
| 1.3.3 La spécificité des hôpitaux locaux : les personnes âgées   | 25        |
| <b>2 UNE SUCCESSION D'ETAPES A RESPECTER POUR LE DIRECTEUR</b>   | <b>28</b> |
| <b>2.1 L'identification des acteurs : une étape indispensable.</b>   | <b>28</b> |
| 2.1.1 La maîtrise d'ouvrage : quand le directeur devient maître d'ouvrage occasionnel par délégation                             | 28        |
| 2.1.2 La maîtrise d'œuvre : l'architecte et son équipe, des techniciens affirmés   | 31        |
| <b>2.2 Définition du projet : les documents de référence</b>   | <b>32</b> |
| 2.2.1 Le projet d'établissement : un outil indispensable au préalable  | 32        |
| 2.2.2 Le diagnostic de la situation : un établissement qui "pense" ses plaies  | 37        |
| 2.2.3 La programmation, une étape déterminante pour le projet de restructuration   | 39        |
| <b>2.3 La réalisation du projet : de la confrontation à la réalité</b>   | <b>42</b> |
| 2.3.1 La concrétisation du projet et le choix des entreprises, une succession d'étapes encadrées par le code des marchés publics | 42        |
| 2.3.2 Les démarches administratives  | 46        |
| 2.3.3 Les aléas rencontrés par le directeur  | 51        |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>3</b>   | <b>POUR QUE L'ARCHITECTURE SOIT AU SERVICE DE LA VIE DE L'HÔPITAL LOCAL : LE CHOIX D'UNE METHODOLOGIE</b>                     | <b>54</b> |
| <b>3.1</b> | <b>La conduite de projet : le choix d'une démarche en ergonomie de conception</b>   | <b>55</b> |
| 3.1.1      | L'ergonomie à l'hôpital : se défaire des vieux schémas  | 55        |
| 3.1.2      | L'ergonomie de conception : une notion du faire avec l'existant pour construire progressivement                               | 57        |
| 3.1.3      | L'intervention ergonomique à l'HL de Penne d'Agenais  | 61        |
| <b>3.2</b> | <b>Les éléments complémentaires à cette démarche</b>  | <b>64</b> |
| 3.2.1      | Le choix du marché de définition : quand le projet architectural répond à un consensus collectif de différents professionnels | 64        |
| 3.2.2      | Associer l'entreprise dès le départ   | 66        |
| 3.2.3      | A bâtiment fort, maîtrise d'ouvrage forte : le directeur donne le ton   | 68        |
| <b>3.3</b> | <b>Les freins à ces propositions</b>  | <b>69</b> |
| 3.3.1      | La méthode participative a ses limites  | 69        |
| 3.3.2      | Les inconvénients en hôpital local  | 70        |
| 3.3.3      | La politique actuelle menée autour du plan hôpital 2007 ne semble pas privilégier cette construction progressive              | 72        |
|            | <b>CONCLUSION</b>   | <b>75</b> |
|            | <b>Bibliographie</b>  | <b>77</b> |
|            | <b>Liste des annexes</b>  | <b>I</b>  |

---

## Liste des sigles utilisés

---

### Etablissement de santé :

|        |  |
|--------|--|
| AGGIR  | Autonomie Gérontologique et Groupe Iso-Ressources                                |
| ARACTA | Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail<br>Aquitaine |
| ARH    | Agence Régionale d'Hospitalisation   |
| ANAES  | Agence Nationale d'Accréditation En Santé  |
| AS     | Aides Soignants  |
| ASH    | Agents de Services Hospitaliers  |
| CA     | Conseil d'Administration   |
| CASF   | Code de l'Action Sociale et Familiale  |
| CCAS   | Centre Communal d'Action Sociale   |
| CG     | Conseil Général  |
| CH     | Centre Hospitalier   |
| CHR    | Centre Hospitalier Régional  |
| CHS    | Centre Hospitalier Spécialisé  |
| CHU    | Centre Hospitalier Universitaire   |
| CHSCT  | Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail                       |
| CLIC   | Comité Local d'Information et de Coordination                                    |
| CME    | Commission Médicale d'Etablissement  |
| CNAMTS | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés                |
| CNAVTS | Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés             |
| CP     | Comité de Pilotage   |
| CRAM   | Caisse Régionale d'Assurance Maladie   |
| CREDES | Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de<br>la Santé      |
| CROSS  | Comité de l'Organisation Sanitaire et Sociale                                    |
| CSP    | Code de la Santé Publique  |
| CSSI   | Commission du Service de Soins Infirmiers  |
| CTE    | Comité Technique d'Etablissement   |
| CVS    | Conseil de Vie Sociale   |
| DDASS  | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales                     |
| DDE    | Direction Départementale de l'Équipement   |
| DRASS  | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales                          |
| DRESS  | Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques                             |
| EHPAD  | Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes                         |

|        |   |
|--------|---|
| EPS    | Etablissement Public de Santé                                 |
| ETP    | Equivalent Temps Plein  |
| FEDER  | Fond Européen de Développement Régional                       |
| FIMHO  | Fond d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux      |
| FMESPP | Fond de Modernisation Sociale des Etablissements de Santé     |
| GIR    | Groupe Iso Ressource  |
| GMP    | GIR Moyen Pondéré   |
| HID    | Handicap – Incapacité – Dépendance                            |
| HL     | Hôpital Local   |
| IDE    | Infirmier Diplômé d'Etat                                      |
| INSEE  | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques |
| LS     | Long Séjour   |
| MAINH  | Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier      |
| MR     | Maison de Retraite  |
| MSA    | Mutualité Sociale Agricole                                    |
| OCDE   | Organisation de Coopération et de Développement Economique    |
| OMS    | Organisation Mondiale de la Santé                             |
| PE     | Projet d'Etablissement  |
| PH     | Praticien Hospitalier   |
| PIB    | Produit Intérieur Brut  |
| SAE    | Statistique Annuelle des Etablissements                       |
| SSIAD  | Service de Soins Infirmiers à Domicile                        |
| SROSS  | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale           |
| SSR    | Soins de Suite et de Réadaptation                             |
| TTC    | Toute Taxe Comprise   |
| TVA    | Taxe sur la Valeur Ajoutée                                    |
| UE     | Union Européenne  |

***Projet de restructuration :***

|       |  |
|-------|--|
| AAPC  | Avis d'Appel Public à la Concurrence               |
| ABF   | Architecte des Bâtiments de France                 |
| AMO   | Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage                 |
| AO    | Appel d'Offre                                      |
| APD   | Avant Projet Définitif                             |
| APS   | Avant Projet Sommaire                              |
| BET   | Bureau d'Etude Technique                           |
| BOAMP | Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics |
| CAO   | Commission d'Appel d'Offre                         |

|         |   |
|---------|---|
| CCAG    | Cahier des Clauses Administratives Générales                                |
| CCAP    | Cahier des Clauses Administratives Particulières                            |
| CCTP    | Cahier des Clauses Techniques Particulières                                 |
| CMP     | Code des Marchés Publics  |
| CSPS    | Coordination Sécurité Protection de la Santé                                |
| CT      | Contrôle Technique  |
| DCE     | Dossiers de Consultation des Entreprises                                    |
| DOE     | Dossier des Ouvrages Exécutés   |
| JOCE    | Journal Officiel des Communautés Européennes                                |
| LESC    | Laboratoire d'Ergonomie et des Systèmes Complexes                           |
| MAPA    | Marché Attribué sans Procédure Préalable                                    |
| MN      | Marchés Négociés  |
| MO      | Maître d'Ouvrage  |
| MOE     | Maître d'Oeuvre   |
| MOP     | Maîtrise d'Ouvrage Publique   |
| OPC     | Ordonnancement de Pilotage et de Coordination                               |
| OPPBTP  | Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux<br>publics |
| PGS     | Plan Général de Sécurité  |
| PRM     | Personne Responsable des Marchés  |
| PRO EXE | PROjet EXEcution  |
| PSPS    | Plan Particulier de Protection de la Santé                                  |
| RC      | Règlement de Consultation   |
| SAC     | Situations d'Actions Caractéristiques                                       |

## INTRODUCTION

Dans une période où le plan hôpital 2007 inscrit dans un processus de restructuration construction ou réhabilitation des établissements de santé, il est intéressant de s'interroger en tant que Directeur d'établissement sur la procédure à suivre pour un tel projet.

La vétusté, l'absence de réserve foncière, la réglementation en perpétuelle évolution, les besoins d'équipement et l'exigence de qualité croissante, obligent les hôpitaux à faire face à plusieurs étapes avant de pouvoir prévoir de reconstruire. Or, le système hospitalier d'aujourd'hui est un système organisé et complexe qu'il est nécessaire de comprendre avant d'entreprendre. Il est soumis à des contraintes qui déterminent un système de décision qualifié de descendant. Ce processus décisionnel s'inscrit dans des pratiques en évolution, des directives internes, une législation et une réglementation. C'est d'autant plus exact pour les hôpitaux locaux dont le statut juridique leur confère des missions à la fois sanitaires et médico-sociales. L'hôpital c'est aussi l'hétérogénéité des acteurs internes puisqu'on y trouve 150 métiers et statuts différents.

Cette diversité entraîne des cloisonnements forts et des attentes contradictoires, ainsi qu'un système hiérarchique réel. Il faut noter que l'usager, destinataire ultime du projet, commence lui aussi à se forger une place dans le processus projet. Mais le besoin en matière de santé, d'organisation hospitalière est mal défini. En d'autres termes, le médecin avec sa légitimité scientifique, les soignants avec leur proximité et leur intimité avec l'usager, le directeur d'hôpital avec sa vision de l'intérêt général expriment tous une version du besoin. Il convient d'ajouter, de plus, les acteurs institutionnels que constituent les différentes commissions consultatives ainsi que les différentes organisations syndicales représentant une force de proposition.

Pour ce qui concerne la restructuration, le domaine public est assujéti à une procédure de marchés publics lourde de conséquence sur le processus de conception. Même si aujourd'hui la législation tend à faire évoluer les choses, nous sommes dans une période où l'incertitude règne et il n'est pas facile d'entreprendre dans ces moments là. Est-ce que cette démarche est en corrélation avec le monde de conception privé qui fonctionne à flux tendu et toujours plus vite ? Est-ce que ce projet, au moment de sa restitution, va correspondre aux exigences en constantes mutations de la population qui évolue, des réglementations qui abondent et aux exigences des progrès de la médecine ? La lenteur de la conception s'oppose à la rapidité d'évolution du monde d'aujourd'hui. Concevoir, c'est aussi se confronter au besoin de financement, au respect de la réglementation et lorsque l'on est un hôpital local cet exercice devient périlleux parce qu'il a en face de lui

une multitude d'interlocuteurs publics et privés avec lesquels il doit composer. A l'hôpital, le processus décisionnel est donc de forme descendante, de l'état vers les hôpitaux, mais aussi éclaté entre les différents acteurs de terrain. Il s'inscrit de plus, dans des éléments de complexité technique ou réglementaire pour les projets suivis de travaux. En effet, le système est régi par des règles multiples. A l'échelle de l'hôpital, une forte spécialisation des prises en charge s'est effectuée par une distinction plus fine des pathologies. Les pratiques, l'organisation des soins, sont en perpétuelle évolution, avec des prises en charge aujourd'hui plus élaborées et personnalisées à travers la mise en application du projet de soins et de vie, avec une différenciation marquée des pathologies, qui se traduisent par des activités personnalisées pour les usagers et la volonté d'organiser une prise en charge globale.

Comment s'équilibrent toutes ces données surtout quand en plus vient s'ajouter une législation très forte et un contexte particulier de l'hôpital local, plate forme entre le monde sanitaire et le médico-social qui jongle avec les deux législations. Pendant cette période de restructuration, le directeur est confronté à des choix multiples et en particulier celui d'utiliser une méthodologie qui va pouvoir accompagner la politique qu'il a choisie de mener. Sydney.A.Frieman disait *"tu peux tout accomplir dans la vie si tu as le courage de rêver, l'intelligence d'en faire un projet réaliste et la volonté de voir ce projet mené à bien"*. C'est ce que doit entendre un directeur lorsqu'il envisage le projet de restructuration de l'établissement qu'il dirige avec pour objectif de maintenir le fil conducteur du « construire ensemble » pour améliorer les conditions de vie et de travail des utilisateurs des locaux. Les ingrédients nécessaires à l'élaboration du projet de restructuration sont contenus dans cette phrase. Le rêve énonce un concept selon des besoins. Le projet réaliste expose la confrontation à la faisabilité selon le contexte historique, juridique, économique et social de l'établissement. En dernier lieu, la réalisation du projet dépend de la volonté d'une équipe pluridisciplinaire. Le directeur, dans le cadre de la conception d'un projet, est confronté à plusieurs étapes pour le conduire et doit, là encore, faire des choix. La première c'est la définition du projet qui inclut la notion de mesure de la faisabilité. La deuxième étape sera de faire le choix des partenaires pour réaliser le projet selon un programme déjà défini au préalable et la troisième étape se situe dans la concrétisation et la restitution des travaux.

Cette étude se situe pendant les deux premières phases et s'interroge sur le rôle du directeur dans le cadre d'un projet de restructuration. Considérant le statut polyvalent de l'hôpital local à la fois dans le secteur sanitaire et le médico-social, son rôle plus près de la population âgée, ses missions de soin jusque là moins nobles, il est difficile de se trouver une place et de confirmer qu'il est nécessaire d'améliorer les conditions de vie et de soins des usagers.

Même s'il existe des outils précis dans la réglementation, tels que les marchés publics et la loi de maîtrise d'ouvrage publique pour conduire la restructuration, considérer ces seuls éléments rendrait le projet inadapté. Un hôpital est un lieu dont la mission est tout d'abord de s'occuper de l'humain considérer qu'avoir des locaux neufs suffiront à régler tous les problèmes internes est un leurre. Lorsqu'un projet de restructuration se présente, il est impératif de penser dès le départ à choisir une méthodologie qui mettra l'architecture au service de l'utilisateur et non le contraire comme cela se produit encore. Dans le cadre de cette étude, une approche ergonomique accompagnée de la conduite de projet de façon participative et l'utilisation d'un marché de définition sont une réponse appropriée à la volonté politique de l'établissement de concevoir. La participation de tous les acteurs constitue l'élément clé qui permettra de fédérer toutes les forces internes et externes qui au départ semblent s'opposer. Jacques Salomé dans sa charte pour le travail le confirme par cette seule phrase : *"si vous écoutez mon point de vue de la personne qui travaille vous pouvez être sûr que je collaborerai"*. Restructurer un hôpital local ce n'est pas pour faire du beau mais bien pour améliorer les conditions de travail du personnel et les conditions de vie des usagers. Le projet architectural d'un établissement public est au service des besoins du public qui le fréquente et ceci d'autant plus pour ce qui concerne les établissements hospitaliers. Les conditions psychologiques dans lesquelles arrivent les usagers dans ce lieu pour des problèmes de santé et de dépendance, en particulier liés à l'âge, rendent cette population plus fragilisée, temporairement ou même définitivement. Il est donc en premier lieu du devoir d'un directeur d'établissement et maître d'ouvrage de prendre ces éléments en considération prioritairement. Le fil conducteur reste toujours la mission de l'hôpital local et de la maison de retraite : qu'ils soient patients, résidents, clients, usagers la demande reste celle d'un humain qui recourt à un établissement de santé pour bénéficier de son droit au soin. Volontairement donc, la démarche choisie est celle de penser la restructuration de l'établissement autour de l'analyse des conditions de travail et celles des conditions de vie des personnes en découle.

Cette étude est construite en trois parties sur les bases du montage d'un projet architectural, considéré comme le projet de soin du bâtiment qui va venir servir son projet de vie en interne. Elle s'appuie sur l'expérience de la restructuration de l'hôpital local de Penne d'Agenais. L'étude présente en première partie les fondations sur lesquelles le projet se pose, l'état des lieux et l'énoncé du problème. Ensuite la deuxième partie décrit la procédure réglementaire que doit respecter le directeur qui ne pourra se passer de la troisième partie indispensable proposant une méthodologie accompagnant ce projet pour donner un cœur à l'ouvrage.

# 1 ENVISAGER LA RESTRUCTURATION D'UN HOPITAL LOCAL, C'EST D'ABORD CONSIDERER L'EXISTANT : HISTOIRE DE VIE - ETAT DES LIEUX

## 1.1 L'hôpital local est un "ancien" dont on parle depuis les années 60<sup>1</sup>

En 2000, sur 4 249 établissements hospitaliers, 355 sont des hôpitaux locaux soit 8,4% des établissements de santé. Ils regroupent plus de 57 000 lits, dont 24 000 sont des lits d'hospitalisation et 33 000 des lits d'hébergement<sup>2</sup>. Entre 1996 et 2000, le nombre d'hôpitaux et leur capacité en lits d'hospitalisation ont augmenté de plus de 3%. L'Hôpital Local (HL) a un statut juridique situé entre le sanitaire et le médico-social, la comparaison doit être complétée par celle sur le secteur médico-social. Ce secteur comporte plusieurs types d'établissements. Les 6 398 établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) soit 419 384 lits dont 152 852 lits médicalisés. Les structures type "foyers logement" au nombre de 3 053, soit 158 152 lits dont 7 547 lits médicalisés. Enfin, les 8 571 places en hébergement temporaire et 83 527 lits en soin de longue durée<sup>3</sup>. L'HL est une structure qui est peu connue du grand public pour son activité hospitalière et médico-sociale et a du mal à se faire une place.

### 1.1.1 L'histoire de vie de l'établissement

Les hôpitaux locaux ont été pour la plupart installés dans des locaux appartenant en premier lieu au clergé<sup>4</sup>. C'est la loi de 1838, signant la création des hôpitaux pour les malades psychiatriques qui a favorisé l'apparition d'une structure hospitalière. En 1930, apparaissait le décret d'une organisation hospitalière : l'hôpital médico-obstétrico chirurgical et l'hospice. L'hospice de Penne d'Agenais a lui même été créé le 8 avril 1925.

---

<sup>1</sup> Rapport de la commission d'étude des problèmes de vieillesse ou Rapport Laroque - 1962

<sup>2</sup> Observatoire régional de la santé de Bretagne (ORS) "Les hôpitaux locaux en France en 2000" – *Rapport*. Octobre 2002 (visité le 10.07.04) disponible sur internet : <http://www.orsb.asso.fr>

<sup>3</sup> TOUILLY V., CHICOYE A., CHAUVENET M. et al. *Les enjeux du vieillissement*. Paris : Santé, 2003. 268 p

<sup>4</sup> ALAUZE M., CERVETTI P.A., DUFFOURG N. et al. Centre National d'Etude Supérieures de Sécurité Sociale (CNESS). *L'hôpital Local*. Saint Etienne : CNESS. 1982. 152 p.

#### A) De la distinction géographique

En 1941, pendant que la loi entamait une réforme des hôpitaux, des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et Centres Hospitaliers (CH), perduraient les structures sanitaires existantes dans le milieu rural de type "hôpital hospice" plus modeste. Ceux qui occupaient les lits à cette période pour y naître seront bientôt ceux qui viendront y vieillir. La nécessité d'un hôpital rural au sein du plan général d'hospitalisation sera soulignée en 1952 par le conseil économique et social qui retiendra l'idée de centre sanitaire intercommunal. C'est la naissance du concept de l'hôpital local d'aujourd'hui avec ses particularités.

C'est le 11 décembre 1958<sup>5</sup> qu'est ajouté l'hôpital rural aux 3 autres structures hospitalières par l'ordonnance n°58-1198. Le décret du 3 août 1959 n°59-957 y inclut les hospices et maisons de retraites et décrit les différents services de l'HL : l'hôpital rural est alors un établissement public doté d'une personnalité morale de droit public comportant un champ d'activité limité au secteur communal et intercommunal. A l'HL de Penne d'Agenais, c'est suite au décret du 3 août 1959 qu'une extension est établie pour créer des lits de médecine et l'hospice devient hôpital rural le 7 septembre 1960.

Concernant le domaine d'intervention de l'HL, c'est le décret du 6 juillet 1960 n°60-654 qui fixe les conditions spécifiques d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux ruraux, dont le recrutement des médecins libéraux. Le 16 août 1960, un nouvel arrêté donne la liste des actes et interventions autorisés dans les services de médecine et de maternité, on note déjà la non vocation d'y exercer des urgences. Ses limites territoriales sont arrêtées par une circulaire en 1961 qui demande de tenir compte de la zone d'attraction des malades ainsi que les communes de résidences des médecins et des sages femmes pour en déterminer le champ d'activité. Selon une enquête de 1962, l'hôpital local englobe 11 à 12 communes pour une surface de 477 km<sup>2</sup>, regroupe 15 650 personnes et la distance séparant deux hôpitaux locaux est de 25 km en moyenne : des données qui ont peu évoluées aujourd'hui.

#### B) A la distinction juridique

C'est en 1970 que la transition de l'hôpital rural à l'hôpital local se produit. La clarification de ses missions se fait mais difficilement. En effet, le 31 décembre 1970 la loi n°70-1318 portant réforme hospitalière oublie l'existence des hôpitaux locaux et effectue une distinction entre les établissements à but sanitaire et à vocation d'hébergement définis par la loi du 30 juin 1975 n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Il

---

<sup>5</sup> STINGRE D. *Le service public hospitalier*. PUF : Vendôme, 1998. 127 p. Que sais-je ?

faudra attendre la loi de finance du 24 décembre 1971 n°71-1061 pour que soit réintégré l'hôpital rural dans le paysage hospitalier : des unités hospitalières dont le fonctionnement demeurerait fixé par décret en Conseil d'Etat. C'est le décret du 6 décembre 1972 n°72-1078 qui introduit le terme d'hôpital local encore usité aujourd'hui. C'est suite à ce décret qu'un service de convalescence et de réadaptation est ouvert le 4 février 1975 à l'hôpital de Penne d'Agenais. Le décret du 17 avril 1980 n°80-284 définit clairement les hôpitaux locaux comme unités d'hospitalisation destinées à la pratique médicale courante auxquelles peuvent s'adjoindre des sections de moyen et long séjour. Les hospices sont définitivement supprimés à partir de 1985. L'hôpital rural de Penne d'Agenais cède la place à son nouveau statut juridique d'hôpital local le 29 septembre 1987.

Jusqu'en 1991 l'HL continuait de fonctionner par le décret de 1960 : la loi hospitalière du 31 juillet 1991 n° 91-478 introduit l'HL dans le "clan" des établissements publics hospitaliers de santé au même titre que les CH et définit le long séjour comme « *des unités d'accueils de personnes âgées, invalides ou handicapées nécessitant une surveillance médicale constante* ». Le décret du 13 novembre 1992 définit les missions réelles et obligations relatives aux hôpitaux locaux, une place et des missions confirmées le 28 mai 2003 par la circulaire n°2003-257 relative aux missions de l'hôpital local.

C) L'hôpital Local de Penne d'Agenais, « un vieux parmi les autres »

*" en 1212, Penne était cathare, en 1562 protestante. Toujours rebelle. La nature avait décidé ainsi en lui assignant comme séjour cette insurrection de rocs "* Paul GUTH.

L'HL de Penne d'Agenais s'est construit sur les vestiges d'un ancien couvent « les Cordeliers » fondé en 1261 où les pèlerins s'arrêtaient pour avoir le gîte et le couvert offert avant d'entrer dans la ville de Penne d'Agenais. Le couvent occupait une surface considérable et avait une grande importance dans la vie de Penne, en dehors même de l'accueil des pèlerins. Totalement délabrés sous la révolution, les bâtiments sont achetés par un ancien juge royal qui les lègue au bureau de bienfaisance municipal. En 1925, la municipalité y installe un hospice. L'HL est situé sur un site qui a toujours été important pour le village de Penne d'Agenais. C'est un élément à considérer quand on doit restructurer.

L'HL est désormais reconnu comme une nécessité dans le paysage hospitalier pour ses missions de soin mais également transversales en santé publique. Son atout de proximité de la population lui vaut de participer à un réseau gérontologique et de rompre la solitude des campagnes. Néanmoins, fruit de son histoire, l'HL fonctionne avec des moyens souvent limités du fait de son statut.

### 1.1.2 Une consécration juridique qui ne s'est faite que très tardivement.

En 2000, les HL comptent un ensemble de 355 établissements avec une capacité de plus de 57 000 lits. Certaines régions sont particulièrement riches en HL. La répartition régionale des HL en France dans chaque région au 1<sup>er</sup> janvier 2000 est inégale. Deux régions se démarquent celle de Rhône-Alpes avec 55 hôpitaux locaux, et celle des Pays de la Loire, avec 39 HL, suivies des régions Provence, Alpes, Côte d'Azur (PACA), 24 hôpitaux locaux et Bretagne, 21 hôpitaux locaux contre par exemple la Guadeloupe qui n'en possède que deux.<sup>6</sup>

L'hôpital de Penne d'Agenais est situé en région Aquitaine où les structures de soins sont inégalement réparties sur un territoire vaste et rural. Les opérations de recomposition, de restructuration et de coopération hospitalières constituent donc une option pour permettre un accès aux soins pour tous. La région Aquitaine dispose de 167 établissements de soins soit 5,7% des établissements de soins français. Parmi eux, 29% sont publics, 46% privés à caractère commercial et 41% privés à but non lucratif. Le secteur hospitalier public concerne principalement la médecine et la santé mentale tandis que le secteur privé s'oriente plutôt vers la chirurgie et la réadaptation fonctionnelle dont la moitié de l'offre hospitalière du fait de la présence du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. La région Aquitaine compte 12 HL dont 3 en département du Lot et Garonne.

#### A) L'activité des hôpitaux locaux

Concernant le nombre de lits par hôpitaux locaux par région au 1<sup>er</sup> janvier 2000, là aussi, la part des hôpitaux locaux est très variable selon les régions. Elle représente moins de 10% des hôpitaux publics dans le Nord-Pas de Calais et en Ile de France, et plus de 40% des hôpitaux publics en Bretagne, Corse, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon et Auvergne. C'est dans les pays de la Loire que le poids des HL est le plus élevé avec 51% de l'ensemble des établissements publics. Les HL disposent de près de 20% des lits de soins de longue durée et de plus du tiers des lits d'hébergement de l'ensemble des hôpitaux publics<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Observatoire régional de la santé de Bretagne. *Les hôpitaux locaux en France en 2000*. Rapport. Octobre 2002 (visité le 10.07.04). Disponible sur internet : <http://www.orsb.asso.fr>.

<sup>7</sup> Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques. *Statistiques annuelles des établissements*. 2003 Ministère de l'emploi et de la Solidarité (en ligne) année 2003 (visité le 2.07.04). Disponible sur internet : <http://www.santé.gouv.fr>

Répartition de l'équipement des hôpitaux locaux selon les activités en France au 1<sup>er</sup> janvier 2000

| Activité  | Nombre de lits | Répartition   |
|---|----------------|---------------|
| Court séjour  | 3 622          | 6,3%          |
| Psychiatrie générale et alcoologie                      | 198            | 0,4%          |
| Rééducation fonctionnelle et réadaptation               | 631            | 1,1%          |
| Convalescence repos régime                              | 2 063          | 3,6%          |
| Autres disciplines de soins de suite ou de réadaptation | 2 782          | 4,8%          |
| Soins de longue durée                                   | 14 513         | 25,2%         |
| <b>Total Hospitalisation complète</b>                   | <b>23 809</b>  | <b>41,4%</b>  |
| <b>Hospitalisation partielle (places)</b>               | <b>53</b>      |               |
| Section cure médicale                                   | 16 121         | 28,0%         |
| Hébergement en chambres                                 | 15 668         | 27,3%         |
| Hébergement en logements foyers                         | 572            | 1,0%          |
| Hébergement temporaire pour personnes âgées             | 378            | 0,7%          |
| <b>Total hébergement</b>                                | <b>32 739</b>  | <b>57,0%</b>  |
| <b>Autres disciplines sociales et médico-sociales</b>   | <b>935</b>     | <b>1,6%</b>   |
| <b>Total (avec places)</b>                              | <b>57 536</b>  | <b>100,0%</b> |

Source : Ministère de l'emploi et de la Solidarité – DREES - SAE

80% de l'équipement sont répartis autour de trois activités, la section de cure médicale (28,0% des lits), l'hébergement en chambres (27,3% des lits) et les soins de longue durée (25,2% des lits).

A l'image de ces statistiques nationales, l'hôpital Local de Penne d'Agenais est une structure sanitaire et médico-sociale de 176 lits dont 2 lits de médecine, 30 lits de moyen séjour, 20 lits<sup>8</sup> de soins longue durée<sup>8</sup> et 124 lits<sup>8</sup> en maison de retraite dont 65 de cure médicale. Il compte également un service de soins à domicile de 20 places avec un projet d'extension à 30 places en cours.

## B) Les ressources humaines

L'hôpital c'est aussi l'hétérogénéité des acteurs internes. On y trouve 150 métiers et statuts différents. Les identités et les cultures professionnelles sont fortes avec prédominance de la culture médicale, une forte affirmation du personnel infirmier, depuis 20 ans environ, et une moindre reconnaissance des fonctions administratives, techniques et logistiques. Les HL présentent des particularités dans la structuration de leur personnel.

La première d'entre elle est l'importance numérique de praticiens libéraux qui y interviennent et, en contrepartie, le faible nombre de praticiens salariés. Une autre

---

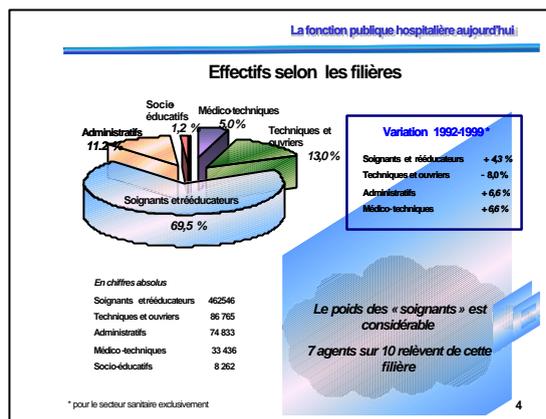
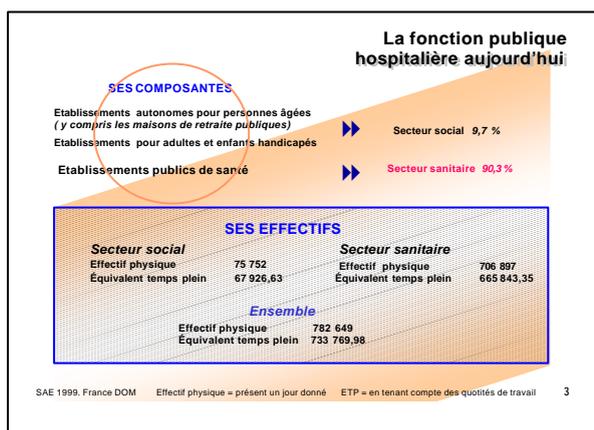
<sup>8</sup> lits pour lesquels il y a un projet de convention tripartite EHPAD en cours selon décret n°99-316 du 26/04/99 modifié par le n°2001-388 du 4/05/2001.

particularité est la part plus élevée d'aides soignants (AS) que d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE).

En 1978 sur 472 688 personnel non médical travaillant en établissement hospitalier public seulement 22 435 travaillaient en hôpital local qui emploie 4,7 % de l'effectif total.

En 2003 sur 706 897 personnel non médical travaillant en établissement hospitalier public seulement 34 637 travaillaient en hôpital local qui emploie 4,9% de l'effectif total<sup>9</sup>.

Le nombre moyen des effectifs en hôpital local évolue de moitié moins vite que celui en hôpital.



#### a) Le personnel médical

Les hôpitaux locaux se distinguent de l'ensemble des hôpitaux publics par l'intervention d'un personnel médical libéral : les libéraux représentent 70% des praticiens dans ces établissements. Parmi les salariés, plus des 3/4 sont des praticiens relevant d'un statut et parmi ces derniers près de 4 sur 10 sont des pharmaciens<sup>10</sup>. L'HL de Penne d'Agenais compte 4 médecins ayant des vacations au sein de l'établissement sur 6 exerçants dans le canton. Il a un salarié, le pharmacien, praticien hospitalier (PH) à temps partiel. Le médecin du travail est partagé avec les établissements du secteur.

#### b) Le personnel de soins

Les HL comptent 26 052 agents de services de soins et représentent 23 953 Equivalents Temps Plein (ETP). En comparaison à l'ensemble des hôpitaux publics, les HL se caractérisent par une relative faiblesse des effectifs en personnel d'encadrement du personnel soignant et des IDE, et par une forte proportion d'AS et d'Agents de Services

<sup>9</sup> Ministère de la Santé. *Données démographique horizon 2015*. Observatoire des emplois et des métiers. Mai 2003 (visité le 15.07.04). Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr>

<sup>10</sup> Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques. *Statistiques annuelles des établissements*. 2003 Ministère de l'emploi et de la Solidarité (en ligne) année 2003 (visité le 2.07.04). Disponible sur internet : <http://www.santé.gouv.fr>

Hospitaliers (ASH), les psychologues sont également relativement peu représentés. Pour ces derniers, il est possible que des professionnels non inscrits à l'effectif des hôpitaux locaux, y interviennent cependant. Les 3/4 des personnels de soins travaillent à temps plein et 1/4 à temps partiel. Au 31 décembre 2003, la situation des effectifs à l'HL de Penne d'Agenais compte 134 agents dont 98,14 agents budgétés (dont en postes budgétés 1 cadre supérieur de soin et une surveillante, 12 IDE, 33 AS et 26 ASH, 22,5 personnel techniques et 8,5 administratifs et le poste de pharmacien ainsi que 2,5 kinésithérapeutes).

c) *Le personnel administratif et logistique*

Les hôpitaux locaux sont reconnus pour leur sous dotation en personnel encadrant que ce soit administratif et logistique. Le personnel technique représente près de 2/3 des autres personnels des HL.

C) *Des hôpitaux dont l'état de vétusté est avancé*

Concernant les conditions d'hébergement dans les hôpitaux locaux, la commission des HL a relevé en 1978 que le niveau de confort est jugé satisfaisant pour 56% des établissements, ce qui paraît peu. Pour la répartition des lits en 1978, 93% des chambres comportent encore 4 lits, pour la section maison de retraite, 30% seulement, des chambres ont 3 lits. Même s'ils ont bénéficié de la politique d'humanisation menée à partir des années 1975 en faveur des personnes âgées, le confort est insuffisant et les statistiques pour le mesurer très pauvres. Des éléments plus généraux sur le parc immobilier sont contenus dans la nouvelle Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) depuis 2000 qui intègre des questions sur l'immobilier, mais le manque de précision au niveau des HL est regrettable. On y constate qu'en 2001, 466 établissements déclarent avoir mené des opérations immobilières, 23% d'extensions, 23% de réhabilitations, 14% de reconstructions avec un coût au mètre carré d'environ 800 euros. Néanmoins, même si les efforts d'humanisation sont réels, ils doivent être poursuivis. En effet, construits dès 1958 pour améliorer accueil et séjour les HL sont un cas particulier là encore en matière d'humanisation. Leur activité essentiellement orientée vers l'hébergement des soins en médecine et moyen séjour les a rendu moins nobles et moins attrayants que les centres hospitaliers et la politique à leur égard a suivi ces faits.

Dans leur cas donc, l'humanisation représentait la rénovation du parc immobilier et l'augmentation des moyens en personnel. Hors sur le plan architectural les résultats ne sont pas probants. Les efforts très importants ont été consentis pour construire des hôpitaux de très haute technicité mais les HL sont longtemps négligés. Ne serait-ce que sur le plan des financements, leur qualité de charnière entre le secteur public et le secteur libéral n'a pas toujours été un atout pour peu qu'il le soit à présent. Les financeurs, comme la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

dans les années 1970, ont refusé leur concours à des établissements qui fonctionnaient sur le mode libéral. C'est à partir de 1975 que les choses s'améliorent pour les HL profitant de la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales. A cette période, la CNAMTS refuse toujours de financer les HL sauf exception. Toutefois la caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) prête son concours considérant qu'à cette période 30% des pensionnaires sont soumis au les solutions régime général. Toutefois, c'est une participation sous condition de réservation de lits qui porte à commentaire considérant le principe constitutionnel d'égal accès aux soins. Un autre exemple des contraintes de ces financements se confirme dans la circulaire n°75-237 du 5 novembre 1975 lorsque pour la sélection des projets, la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et la CNAMTS se réservent la liberté d'examiner au cas par cas le bien fondé des demandes.

La rareté des informations en la matière empêche de faire une estimation du taux de vétusté des locaux dans les hôpitaux locaux. Néanmoins, considérant l'ancienneté des établissements et les difficultés qu'ils ont eu au fil du temps pour prendre leur place, tout laisse penser que même s'ils ont bénéficié de plusieurs rénovations comme l'hôpital local de Penne d'Agenais, elles ne permettent pas de proposer un service de qualité. C'est pourquoi reconsidérer le problème dans sa globalité est impératif.

Actuellement, l'HL, dans ses démarches et dans sa vie quotidienne, mesure le poids des vestiges du passé : la vétusté des locaux, le désintérêt des autorités de contrôle envers ces établissements de "seconde catégorie" et la difficulté à se faire entendre pour obtenir des financement au vu de l'hétérogénéité des prises en charges des hôpitaux locaux à la fois sanitaires et médico-sociales. Le plan hôpital 2007 permet de mesurer l'effort de l'Etat consenti à la restructuration des HL dont les projets sont par définition exclus du volet "plan hôpital 2007" au vu de leur activité sauf exception. Là encore, nous nous heurtons au coût de la santé et à ses priorités. L'objectif du plan hôpital 2007 à travers les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), est de répondre à une offre de soin adaptée mais également à celui de l'intérêt politique à relancer l'économie à travers l'investissement dans la construction et l'équipement. Même si l'on conçoit que, à cette échelle, l'hôpital local ne présente plus un grand intérêt, il est important de noter que la population âgée ne fait pas partie des priorités de santé publique énoncées pour le plan hôpital 2007 mais de celles des mesures à enveloppes exceptionnelles non pérennes.

La politique de soin de l'ARH Aquitaine porte une attention particulière à la planification sanitaire et à la politique d'adaptation des structures hospitalières. Elle s'attèle également à des projets tenant aux ressources humaines, aux activités des établissements, à leur système d'information et à leurs relations avec les usagers. Le compte financier de l'ARH Aquitaine pour l'année 2002 a été arrêté à la somme de 103 438 273 euros en recettes et

dépenses et l'Etat a accordé une dotation régionale hospitalière d'un montant de 2 119 888 200 euros (7ème rang national)<sup>11</sup>. Le taux de subventionnement de la région Aquitaine dans le cadre du plan Hôpital 2007 s'élève à 55% : le volume des investissements supplémentaires programmés pour la période de 2003-2007 est de 643,1 millions d'euros et le volume des aides prévisionnelles apportées par le plan est de 355,4 millions d'euros. Pour 2003, quatre projets majeurs ont été retenus parmi les 52 projets mobiliers et immobiliers : la restructuration du CH de Bayonne, du CH de Périgueux, la reconstruction du CH de Villeneuve sur Lot dans le Lot et Garonne comprenant sa fusion avec une clinique et diverses opérations au CHU de Bordeaux mais celui de l'HL de Penne d'Agenais n'y est pas. Pour ces projets, des aides en capital et un accompagnement des surcoûts à hauteurs respectives de 16,6 millions et 4,3 millions d'euros sont programmés. Concernant la reconstruction/restructuration<sup>12</sup>, 41 établissements aquitains sont impliqués dans 21 opérations de recomposition hospitalière. Principalement situées au niveau des agglomérations régionales, ces opérations visent notamment à améliorer l'offre de proximité et à accentuer la qualité et la sécurité des structures de soins. Par ailleurs, sept réseaux de santé sont comptabilisés dans la région Aquitaine traitant pour un de gérontologie, deux de cancérologie, trois de neurologie et un de périnatalité. Deux d'entre eux sont d'envergure régionale : un en cancérologie et un en périnatalité.<sup>13</sup>

Néanmoins, considérant la confirmation de la mission des HL par la circulaire du 28 mai 2003 n°2003-257 en particulier comme acteur privilégié pour entreprendre des actions en santé publique, les HL devraient être "mieux côtés". N'oublions pas que cette politique de santé va au delà des frontières et qu'elle est conduite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui privilégie la politique de prévention. Un terrain en jachère en France qu'il est urgent d'ensemencer.

---

<sup>11</sup> Agence Régionale de l'Hospitalisation Aquitaine. 2003. (visité le 20.06.04). Disponible sur internet : <http://www.arh.aquisante.fr>

<sup>12</sup> Ministère de la Santé. *Carte des plans régionaux d'investissement*. Mai 2003 (visité le 25.07.04). Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr>

<sup>13</sup> *Atlas de la recomposition hospitalière*. 2003. (visité le 15.07.04). Disponible sur internet : <http://www.recomposition-hospitaliere.fr>

### 1.1.3 Ses missions d'hôpital local nouvellement affirmées

Du lieu d'asile pour les déshérités et d'enfermement, l'hôpital est devenu en quelques décennies un centre de soin sophistiqué et ouvert à l'ensemble de la population. Il n'en n'est pas de même pour l'HL qui n'a pas suivi l'évolution générale. Du fait de l'originalité de son statut et des modifications sociologiques et juridiques, il arbore aujourd'hui des missions spécifiques<sup>14</sup>.

#### A) Une activité de soin longue durée

Il accueille, dans les services adaptés, une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement et des soins de qualité : les soins de longue durée comportant un hébergement. Du fait de l'augmentation de la population âgée et de la dépendance, les services de maison de retraite et de soins de longue durée sont indispensables.

#### B) Une activité de soins en médecine, soins de suite

Il dispense des soins dans une zone géographique de proximité : soins de courte durée en médecine, soins de suite ou de réadaptation, maintien à domicile. Les services de court séjour et de soins de suite sont dans la même configuration que ceux de longue durée. Il faut en effet pouvoir traiter les épisodes aigus de personnes porteuses de poly pathologies, assurer la convalescence des personnes affaiblies, dispenser une rééducation adéquate afin d'éviter que l'incapacité ou le handicap ne s'installe dans le cadre de la prévention de la dépendance.

#### C) Une possibilité : le soin infirmier à domicile

Parce que c'est là le souhait de la grande majorité des personnes âgées, mais aussi parce que les évolutions économiques, sociales, démographiques combinées viennent limiter les moyens qui pourront être consacrés à l'accompagnement des personnes ayant perdu partiellement ou totalement leur autonomie, les services et prestations d'aide à domicile pour les personnes âgées doivent être développés. Ce développement des services à domicile est souvent l'objet des projets d'établissement des HL. En diversifiant leurs prestations, les établissements ont pu créer, en partenariat, un réseau gradué adapté à chaque niveau de dépendance tout en privilégiant le maintien ou le retour à domicile. C'est à ce titre, et dans le cadre de cette démarche, que les services de court

---

<sup>14</sup> loi n°91-748 du 31 juillet 91 et circulaire DHOS n°2003-257 du 28/05/03 relative aux missions de l'hôpital.

séjour et de soins de suite gériatriques sont indispensables. L'HL constitue alors une base logistique essentielle pour le développement des services et prestations à domicile et peut être, selon les situations locales, le lieu de leur coordination.

Il participe ainsi aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé.

#### D) Acteur dans la prévention

La Conférence Nationale de Santé Publique a fixé, au rang de ses priorités, le développement de la prévention. En sa qualité d'acteur de santé de proximité, l'hôpital local, parce qu'il est déjà largement ouvert sur l'extérieur, de par ses relations avec les différents professionnels libéraux, le milieu associatif et les autres organismes sanitaires et sociaux et ayant à la fois une mission sanitaire et médico-sociale, doit investir le champ de la prévention.

#### E) Un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière

Les progrès scientifiques et techniques ont amené et amènent la médecine à s'organiser en spécialités et sous-spécialités. Cette évolution qui ne comporte pas de terme connu rend de plus en plus indispensable l'existence d'un acteur de santé qui puisse assurer la synthèse des informations médicales spécialisées, qui puisse avoir une vision globale de l'individu dans ses composantes à la fois médicales, sociales, psychologiques et économiques. Dans une organisation médicale de plus en plus complexe, le fait pour le médecin généraliste de pouvoir guider le patient au sein d'une filière de soins est assurément générateur de continuité, de qualité des soins et de réduction des coûts.

#### F) S'inscrire dans un réseau pour la continuité des soins

La continuité des soins pour une prise en charge globale est une donnée précieuse pour l'HL. Elle y est illustrée par la diversification de leurs prestations au bénéfice des personnes âgées en perte d'autonomie, et par leur inscription dans un réseau gérontologique dont la coordination relève du médecin généraliste.

Pour l'avenir, l'HL doit développer d'autres réseaux et filières de soins, tout en respectant le principe du libre choix du patient, à partir de sa structure de proximité. Il s'agit de relier le réseau local de soins à des filières de soins pour chaque structure.

Comme son nom l'indique, l'hôpital local s'adresse avant tout à un bassin de population relativement restreint. Hôpital de proximité, situé le plus souvent en zone rurale, dont on connaît la désertification et le vieillissement, son activité s'adresse essentiellement aux personnes âgées. C'est pourquoi, au-delà de missions sanitaires traditionnelles, il développe des missions complémentaires sociales et médico-sociales visant à une prise en charge globale de ce type de population. C'est ainsi qu'il s'efforce, soit de répondre à

la diversité des besoins des personnes âgées, soit de constituer le pivot autour duquel se greffent les interventions sanitaires et médico-sociales qui leur sont nécessaires en coordonnant les différents acteurs de ces prises en charge. Toutefois, si la clientèle de l'HL est majoritairement âgée, il n'en demeure pas moins que nombre d'établissements, du fait des besoins exprimés localement, ont pu développer des activités différentes en direction de populations plus jeunes ou de pathologies plus diverses, qu'il convient de prendre en compte dans l'existant.

## **1.2 L'évolution conjoncturelle fait du devoir de mutabilité des établissements de santé publics un véritable poids**

L'histoire de l'hôpital local démontre combien les établissements, depuis les années 50, ont subi de mutations et de transformations tant sur le plan matériel qu'humain. En effet, l'hôpital est un lieu qui doit s'adapter constamment aux besoins de la population qu'il accueille et soigne. Il se trouve à la croisée des chemins entre la démocratie sanitaire qui accorde un droit à la santé, la médecine qui fait des progrès considérables et enfin des exigences de résultats budgétaires et financiers.

### **1.2.1 L'évolution de la notion de santé et de la médecine a un coût**

*"C'est le préambule de la constitution de 1946 qui reconnaît que le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder au soins que son état nécessite quel que soit le montant de ses revenus. Aussi, le droit à la santé en France se fonde principalement sur le principe d'égal accès aux soins des usagers. Ce principe est complété par un libre accès aux soins garanti par le système de protection sociale créé en 1945 et fondé sur la solidarité. L'égalité et la liberté d'accès aux soins autorise l'accès aux soins sur la base de la non discrimination avec en sus le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement. Aussi, les établissements publics de santé sont confrontés au défi de faire cohabiter une obligation de moyens médicaux et techniques au bénéfice de tous avec une obligation de résultats budgétaires et financiers à l'égard de l'état"<sup>15</sup>.*

C'est aussi la médecine qui en quelque décennie est passée du traitement de la maladie contagieuse à la maladie chronique, de la médecine clinique, expérimentale du XIXème siècle à une médecine de spécialité<sup>16</sup>. Une population de spécialistes qui représente un peu moins de la moitié des 170 000 médecins et qui, aujourd'hui paradoxalement, créent des clivages ne favorisant pas la prise en charge globale du patient.

---

<sup>15</sup> BONNICI B. *L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques*. Paris : Nouvelle édition, 1998. 200 p. Les études de la documentation Française

<sup>16</sup> ADAM P., HERZLICH C. *"Sociologie de la maladie et de la médecine"*. Luçon : Nathan, 2001. 126 p.

Enfin, la santé a un coût. En effet, avec l'extension de la protection sociale à toute la population française et les autres mesures sociales dites solidaires, les conséquences de l'évolution de la médecine et de la protection sociale sont doubles sur la santé des comptes. De même que les hôpitaux deviennent le lieu privilégié de la recherche médicale et du développement des techniques de pointe, la santé représente aujourd'hui l'un des principaux secteurs d'activités des pays développés.

#### A) Le coût de la santé dans le monde et la position française

En 2003, la dépense nationale de santé, agrégat utilisé pour la comparaison entre les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), représente 10,14% du PIB national en 2003 contre 9,69% en 2002<sup>17</sup>, un des plus fort taux observé en Europe. Considérant les dernières données pour l'OCDE relatives à l'année 2002, avec 9,69% de part de dépenses dans le produit Intérieur Brut (PIB), la France se situait au cinquième rang des 30 pays de l'OCDE après les Etats Unis (14,6%), l'Allemagne (10,9%) et l'Islande (9,9%).

La dépense courante de santé s'élève à 168 milliards d'euros en 2003 soit, en moyenne, 2 732 euros par habitant. La consommation de soins et de biens médicaux est de 144 milliards d'euros soit une augmentation de 6,6% en valeur par rapport à 2002. Ces évolutions portent à 9,27% contre 8,87% en 2002 la part de la consommation de soins et biens médicaux dans le PIB. On constate une stabilisation de la consommation de soins et de biens médicaux comprenant les soins hospitaliers et sections médicalisées pour personnes âgées, les soins ambulatoires, les transports sanitaires et les biens médicaux ainsi que la médecine préventive. Néanmoins, avec 64 milliards d'euros de dépenses en 2003, le secteur hospitalier représente 44% de la consommation de soins et de biens médicaux avec une croissance de 5,5% en valeur dans le secteur public contre 3,9% en 2002 due en partie aux augmentations de masse salariale liées aux embauches résultant de la réduction du temps de travail. Les établissements publics consomment une large part des dépenses liées aux soins hospitaliers soit 80,2%. Il est évident que l'hôpital local n'a pas un grand poids économique dans la considération de l'Etat qui a en premier lieu la volonté d'équilibrer ses comptes notamment pour répondre au pacte de stabilité et de croissance<sup>18</sup> limitant le déficit des pays membres à 3% du PIB, dépassé pour ce qui concerne la France en 2003. Le secteur de la santé étant conséquent en terme

---

<sup>17</sup> Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques . *Les comptes nationaux de la santé en 2003*. Etudes et résultats, Juillet 2004. n°323

<sup>18</sup> Conseil européen d'Amsterdam en 1997, dont le principe de la procédure de surveillance et de sanction avait été adopté au traité de Maastricht 1992.

d'influence économique, l'Etat se doit de cibler sa politique sur les secteurs les plus "dépendants" dont ceux de la santé (par exemple les médicaments, les soins ambulatoires) tout en assurant la continuité de la qualité du système de santé cité par l'OMS comme l'un des meilleurs au monde.

#### B) Les organismes de financement, leur place

En 2003, la sécurité sociale finance 75,5% de la dépense courante de soins et de biens médicaux. L'Etat et les collectivités locales interviennent pour 1,1% seulement. Les mutuelles financent 7,1 %, les assurances privées 3%, les institutions de prévoyance 2%. Il reste aux ménages à financer par eux-mêmes 11,3 %. Sur les 2 732 euros dépensés par habitant, 47,4 % des dépenses de consommation de biens et services médicaux sont consacrés aux soins hospitaliers, 27,0 % aux soins ambulatoires, 19,6 % aux médicaments et 6% pour les autres biens médicaux et transports.

### **1.2.2 Les contradictions administratives concernant la prise en charge sanitaire et médico-sociale**

On peut qualifier l'organisation de l'hôpital comme une direction à deux pilotes et une conduite à trois : l'hôpital public est piloté par deux instances, du point de vue juridique, le Conseil d'Administration (CA) qui définit la politique générale de l'établissement et le Directeur qui assure la gestion et la conduite générale de l'établissement. En réalité l'organisation veut que le pouvoir soit partagé entre trois personnalités : le maire, président du CA, le directeur et le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Toute décision stratégique passe par le nécessaire compromis entre les intérêts politiques défendus par le Maire, les contraintes financières et réglementaires opposées par le deuxième, les nécessités médicales avancées par le dernier. De plus il ne faut pas oublier la place prépondérante des partenaires externes. La décision d'allocation des ressources appartient à l'Etat ou ses représentants. Dans le cadre des ordonnances de 1996, l'Etat s'est fixé les objectifs suivants : réduction des inégalités régionales, qualité de soins, meilleures prises en compte de l'activité médicale. Deux acteurs se partagent les instruments de maîtrise quantitative et qualitative de l'évolution du secteur hospitalier : l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), mais également le Conseil Général (CG) pour la partie médico-sociale. Son financement est assuré pour partie par des ressources de l'assurance maladie et par les résidents eux-mêmes pour la partie hébergement. De même qu'il se trouve à la croisée des ordonnances sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'hôpital local se trouve aujourd'hui au carrefour de nombreuses préoccupations tant en matière de santé publique, qu'en matière hospitalière ou encore en matière de médecine libérale. Ce

qui fait que les tendances majeures de la politique au cours de ces dernières années remettent parfois en cause les moyens même d'existence de l'HL.

A) Les prestations auprès des personnes âgées de l'hôpital local et les financeurs<sup>19</sup>

Les prestations sont assurées par une multitude d'organismes où l'on distingue les secteurs sanitaire et social. Des acteurs que le directeur doit coordonner pour établir son plan de financement et son projet d'établissement en vue d'une restructuration.

Quelques exemples de frontières mal définies des intervenants dans le champ sanitaire et médico-social sans être exhaustif. En premier lieu, les services de soins infirmiers à domicile qui relèvent de la loi de 1975 mais sont financés par l'assurance maladie. En second, les services hospitaliers de long séjour qui appartiennent au champ du sanitaire pour leur tarification du soin mais leur prix journalier pour l'hébergement en fait des services médico-sociaux. Enfin, le dernier exemple cible est celui de la prise en charge de la dépendance dont les frontières sont également mal définies. En l'occurrence la grille nationale d'évaluation de l'Autonomie Gérontologique et Groupe Iso-Ressources (AGGIR) qui sert à évaluer la dépendance des personnes âgées au domicile est limitée à la mesure des capacités de l'individu à exercer les actes de la vie courante. Toutefois, de nouvelles expectatives semblent s'ouvrir aujourd'hui avec le projet de loi sur l'autonomie.

---

<sup>19</sup> HENRARD JC., AHKRI J. *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes: ENSP, 2003. 227p.

| <b>Les financeurs et/ou planificateurs</b>  |   |   |  |   |   |
|---|---|---|--|---|---|
| Prise en charge   | Participation de l'utilisateur  | Collectivités Publiques   | Etat   | Assurance Maladie                           | Autres financeurs   |
| <b>Secteur Médico-social</b>  |   |   |  |   |   |
| Soin à domicile   |   |   |  | Prise en charge du forfait soins            |   |
| Téléalarme<br>Portage de repas à domicile<br>Aide ménagère<br>Transport organisé de personnes âgées<br>Garde à Domicile | Paiement des prestations<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Paiement des salaires | Département<br>Aide si ressources insuffisantes :<br>aide sociale, PSD* - APA*<br><br>Commune : aide, participation   |  |   | Aide des caisses de retraite  |
| Foyer logement  | Paiement d'un loyer   |   |  | Forfait soin si médicalisation              |   |
| EHPAD*  | Paiement du prix de journée   | Département :<br>Aide sociale, PSD, APA si ressources insuffisantes<br>Subventions construction = aide à l'investissement<br>Région : subvention construction, aide à l'investissement                    | DDASS, subvention construction, aide à l'investissement de l'établissement<br><br>Aide sociale SDF                         | Forfait soin courant, forfait cure médicale | Subvention construction<br>Prêts sans intérêt<br>= aide à l'investissement de l'établissement |
| <b>Secteur sanitaire</b>  |   |   |  |   |   |
| Soins de longue durée   | Paiement du prix de journée   | Département :<br>Aide sociale, PSD, APA si ressources insuffisantes<br>Subventions construction = aide à l'investissement de l'établissement<br>Région : subvention construction, aide à l'investissement | DDASS, subvention construction, aide à l'investissement de l'établissement<br><br>ARH qui planifie<br><br>Aide sociale SDF | Forfait soin longue durée                   |   |
| Soins de courtes durées et soins de suite   | Forfait soin  |   | Dotations globales, planifiées par l'ARH   | Forfait soin                                |   |

- B) Des politiques dans le secteur de la santé et celui du médico-social qu'il faut appliquer, le directeur devant assurer son rôle quotidien malgré le projet de restructuration

Le Directeur doit assurer son rôle dans l'établissement et notamment agir dans le cadre des directives qu'il reçoit des tutelles de l'Etat que ce soit pour les secteurs sanitaire ou médico-social et elles sont nombreuses. Quelques exemples de mesures qui sont venues faire évoluer le paysage de l'hôpital local depuis 1998. Ces mesures sont des politiques sociales telles que la mise en place des 35 heures, et celle des 32 heures de nuit, budgétaires concernant la mise en place de la réforme de la tarification par la comptabilité tripartite en vu de la signature des conventions des EHPAD dont le décret du 26 avril 1999 n°99-316 modifié par le décret 2001-388 du 4 mai 2001 induit une nouvelle organisation du travail et des locaux regroupant les services longs séjours (LS), pour partie, maison de retraite et cure médicale. Ce sont aussi des politiques favorisant la qualité du service assuré par les établissements de santé, particulièrement la gestion des risques qui conduit au respect d'une procédure d'accréditation pour le volet sanitaire et d'autoévaluation pour le volet social. Les politiques phares qui viennent agrémenter le quotidien du directeur sont de tous ordres, la dernière consiste à mettre en place le plan canicule pour les personnes âgées.

Un autre exemple se trouve sur le plan régional, dans le cadre du programme de prévention et d'organisation des lois pour les personnes âgées fragiles 2002-2005 où l'Etat impose aux ARH l'intégration dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) un volet spécifique pour les personnes âgées avec une insistance particulière mentionnée dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale pour que les deux schémas SROS et Comité de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) soient cohérents.

Sur le plan national, voir même Européen, c'est la loi du 2004-237 du 18 mars 2004 portant habilitation du gouvernement à transposer, par ordonnance, les directives communautaires et à mettre en œuvre certaines dispositions du droit communautaire qui est à même de faire évoluer la vie des établissements de santé. Le projet d'ordonnance à l'étude modifiant la loi n°85-704 du 12 juillet 1985 modifiée par la loi N°91-662 du 19 juillet 1991 relative à la Maîtrise d'Ouvrage Publique (MOP) et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée en est un exemple. Enfin la loi concernant les marchés publics qui a changé trois fois sur la période de la conception du projet de restructuration de l'HL de Penne d'Agenais avec une dernière législation en date de février 2004.

La politique de santé évolue et elle est aujourd'hui imprégnée d'une forte volonté de favoriser la coordination et une répartition des moyens adaptée aux besoins de la population. C'est un élément qui peu constituer un atout pour les HL.

### **1.3 La considération des besoins de la population permet d'envisager une prise en charge globale**

L'espérance de vie à la naissance en France a été évaluée, en 1998, à 74,6 ans pour les hommes et de 82,2 ans pour les femmes. Au cours des vingt dernières années, elle s'est accrue de trois mois par an. Si les femmes ont une espérance de vie qui les place en tête de l'Union Européenne (UE), celle des hommes n'occupe qu'un rang très moyen.

L'allongement de l'espérance de vie aux âges élevés, observé sur la dernière décennie et qui participe désormais à l'accroissement de la durée moyenne de vie, pose la question de la qualité de vie des années gagnées. D'après les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux, l'espérance de vie sans incapacité avait progressé entre 1981 et 1991 de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes. Les maladies circulatoires et les tumeurs sont les deux principales causes de décès et représentent respectivement 32,3 % et 27,6 % de l'ensemble. Les accidents, les suicides et autres causes de décès représentent un peu moins d'un décès sur dix. Avec les maladies respiratoires, ces pathologies provoquent les trois quarts des décès. En dépit de progrès dans certains domaines, le poids relatif des tumeurs continue d'augmenter quels que soient le sexe et l'âge.

#### **1.3.1 Le vieillissement de la population, une réalité.**

Considérant le vieillissement de la population, il est nécessaire de considérer les projections démographiques pour adapter en conséquence la politique de l'établissement.

- A) L'augmentation de la part des personnes les plus âgées au sein de la population française est une réalité incontournable.

Ainsi, selon les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) les plus récentes, la France compterait 10,4 millions de personnes âgées de plus de 65 ans en 2010 et près de 19 millions en 2050. Lorsque l'on s'appuie sur les données statistiques concernant l'espérance de vie qui s'allonge et que, grâce aux progrès de la médecine, on considère l'évolution des pathologies vers des maladies chroniques, tout conduit à penser que la projection de la politique de santé devra s'adapter plus particulièrement aux besoins de la population âgée.

Bien que la première interrogation date du rapport Laroque en 1962, les perspectives dans ce domaine sont encore rares. Le nombre de personnes de plus de 65 ans a augmenté de 15% entre 1990 et 2000 et augmenterait de 16,9% entre 2000 et 2010. Aujourd'hui, les personnes de plus de 65 ans représentant 10,4 millions de personnes génèrent plus d'un tiers de la dépense médicale totale et presque la moitié de la

consommation de médicament, des postes de dépense particulièrement convoités comme source d'économie. La population de 75 à 84 ans représente 5% de la population en 2000 et celle de plus de 85 ans 2,1%<sup>20</sup>.

Des dépenses de santé pour la prise en charge des plus âgés tendent à augmenter si l'on reste sur le principe de base des soins pour tous. Les revenus des personnes de plus de 60 ans qui ont augmenté jusque là, risquent désormais de stagner voir même de baisser. Néanmoins, contrairement au sujet des retraites, celui d'évaluer les dépenses sanitaires et sociales à venir est encore à étudier.

Pourtant on observe un changement du paysage épidémiologique conséquent dominé par les maladies chroniques. Le type de prise en charge va évoluer considérablement et ceci avec une augmentation du coût évident considérant le nouveau profil des maladies : durables, non guérissables, et sources d'incapacité et de handicap qui rendent nécessaires la réadaptation et la réinsertion sociale. Le traitement de nouvelles pathologies pour les établissements hospitaliers et pour les personnes âgées induira également une nouvelle organisation du travail autour des personnes âgées.

#### B) La consommation de soin de la population âgée

Selon l'enquête du Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) sur la consommation médicamenteuse pour l'année 1997 publiée en 2001 les dépenses annuelles moyenne de santé sont de 1 387 euros, celle des plus de 65 ans est de 2 945 euros, avec un montant de 3 125 euros pour la tranche des 70-79 ans à 3 125 euros. L'hospitalisation atteint un pic entre 70 et 79 ans. Les Soins de Suite Rééducation (SSR) des 60 ans et plus représentent les deux tiers des hospitalisations. La consommation des médicaments représente le deuxième poste de dépense des 60-79 ans. Une augmentation de la consommation des soins est donc marquée par le poids de la tranche d'âge au delà des 75 ans, rappelons que la moyenne d'âge dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est de 85 ans.

#### C) La démographie dans l'Aquitaine

L'hôpital local de Penne d'Agenais est situé en milieu rural dans le département du Lot et Garonne en région Aquitaine. Cette région est la 3ème région française par sa superficie (41 834 km<sup>2</sup> soit 7,6% du territoire français) et 6ème région



---

<sup>20</sup> Institut National de la Statistique et Etude Economique. *Analyse de la population*. Ministère de l'emploi et de la Solidarité. 2003 (visité le 20.06.04). Disponible sur internet : <http://www.santé.gouv.fr>

française en terme de population, 2,9 millions d'habitants, soit 5% des Français. La région présente une dominante rurale même si les deux tiers de la population vivent dans un espace urbain. Par ailleurs, la région dénombre moins de jeunes que de personnes âgées de plus de 60 ans. Le département du Lot et Garonne regroupe 305 380 habitants dont 33 257 personnes âgées de plus de 75 ans. La ville de Penne d'Agenais située au centre d'un canton de dix communes<sup>21</sup>, est entourée de pôles urbains constitués par la préfecture Agen à 20 km, Villeneuve sur Lot la sous préfecture à une dizaine de kilomètres. Le canton s'étend sur 16 552 Km<sup>2</sup> et compte une population de 7 440 habitants dont Penne d'Agenais 2 394 habitants. Ce canton fait partie des deux régions nommées "Pays de Serres" et "Pays de Lot" caractérisées par une succession de vallées et collines ce qui entraîne deux entités géographiques bien distinctes, au nord, riches et fertiles, les vallées du Lot, au sud, zone de coteaux au relief accusé.

Le canton de Penne d'Agenais se caractérise par une croissance constante de sa population depuis les années 1960 : de par sa proximité des villes de Villeneuve sur Lot et d'Agen, son équipement en commerces et services, il devient le lieu de résidence de bon nombre de citadins et de nouveaux retraités. Il détient ainsi l'un des meilleurs soldes migratoires du département. 31,95% de la population de ce canton est âgée de plus de 60 ans soit 2 377 personnes et 13,12% a plus de 75 ans.

### **1.3.2 Pour une prise en charge globale adaptée**

Les motifs les plus fréquents de recours aux soins d'hospitalisation et d'admissions en affection longue durée des plus de 75 ans conduisent les acteurs à adapter un mode de prise en charge global. En effet, les motifs d'hospitalisations concernent les secteurs suivants : cardio-respiratoire, ophtalmologie et tumeurs. Enfin, on constate que le profil chez les personnes âgées est poly-pathologique. Des observations CNAMTS montrent qu'à partir de 65 ans, elles sont atteintes en moyenne de cinq maladies en même temps ce qui rend difficile leur prise en charge. Seulement deux projections sont faites sur la maladie d'alzheimer, qui en 1999, comptait 430 000 cas diagnostiqués avec une projection d'augmentation de 29% pour la population atteinte, et le diabète qui compterait 1,13 million de personnes atteintes avec une augmentation de 3% par an.

A l'HL de Penne d'Agenais, les personnes soignées dans l'établissement ont une moyenne d'âge de 82 ans, en majorité de sexe féminin. Les principales pathologies qui y sont soignées sont les déséquilibres et troubles comportementaux de la sénescence, les affections urinaires, la déshydratation, l'infection broncho-pulmonaire, les syndromes poly-

---

<sup>21</sup> .ST Sylvestre : 2 040 hab. - Trentels : 836 hab. - Hautefage la Tour : 528 hab. - Tremons : 339 hab. - Auradou : 311 hab. - Dausse : 299 hab. - Frespech : 267 hab. - Massoules : 186 hab. - Massels : 104 hab.

pathologiques, les maladies cardio-vasculaires, les troubles neurologiques, les problèmes orthopédiques, les troubles psychiatriques, les maladies de type tumorales et les troubles de la motricité.

Adapter les prises en charge aux incidences qu'ont les maladies chroniques sur l'être humain c'est donc traiter le handicap<sup>22</sup> et la dépendance mais également concevoir le soin palliatif comme une continuité indispensable dans les établissements de santé. C'est aussi limiter la discrimination liée à l'âge et à une seule pathologie en matière de soins. Mais considérer la personne dans sa globalité est un fait nouveau pour la médecine plutôt penchée vers la "balkanisation" du corps humain depuis les années 1970. La coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux autour du patient est un autre enjeu qui souffre de sa séparation sur le plan juridique. A ce titre, l'HL est alors identifié comme une véritable plate-forme entre le secteur sanitaire et celui du médico-social qui ne fait que retrouver aujourd'hui sa place dans le paysage hospitalier, un point commun avec la population qu'il reçoit en majorité : la personne âgée.

### **1.3.3 La spécificité des hôpitaux locaux : les personnes âgées**

Pendant longtemps les pouvoirs publics ne se sont guère souciés de mettre en place des établissements spécialisés et adaptés aux besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées. C'est chose faite depuis la circulaire de mai 2003 sur les missions des hôpitaux locaux où se dégage une volonté de faire une place plus large à la coordination des soins proposés à la personne âgée.

Ainsi, l'évolution démographique française marquée par une augmentation considérable des personnes âgées voire d'un 4<sup>ème</sup> âge et leur implantation rurale incitent de fait les hôpitaux locaux à les accueillir principalement et font de la gériatrie leur spécialité. C'est pourquoi, au delà de ses missions sanitaires traditionnelles, l'HL développe des missions complémentaires sociales et médico-sociales visant à une prise en charge globale de ce type de population. La base de donnée de l'INSEE sur Handicap – Incapacité – Dépendance (HID) effectuée entre 1998 et 2001 constate que la dépendance représente aujourd'hui 800 000 personnes en GIR 1 à 4, dont 530 000 personnes sur la base GIR 1 à 3 et 260 000 personnes estimée sur le GIR 4. Selon les projections de la Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques (DRESS) sur l'enquête HID, il y aura une augmentation de 53% de la dépendance entre 2000 et 2040 . Même si la prévalence de la dépendance lourde considérant le taux de dépendance et l'évolution du nombre de

---

<sup>22</sup> Bonnet M. *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap.* – Rapport du conseil économique et social. Paris. Mars 2004.

personnes âgées entre 1990 et 1999<sup>23</sup> a diminué de 8,5% à 6,4%, aucune mesure n'a été faite sur les problèmes psychiatriques associés.

A Penne d'Agenais, en 2002, près de 31% des habitants ont au moins 65 ans. La population âgée de plus de 75 ans représente 13,12% de l'ensemble de la population soit plus qu'en Aquitaine où elle est de 9,5% et en France 7,7%. Dans la moitié des 35 cantons du secteur sanitaire, le pourcentage dans la population totale des personnes âgées de 75 ans et plus dépasse la valeur moyenne. Le canton de Penne d'Agenais avec une moyenne de 13,12%, occupe le 5<sup>ème</sup> rang des taux les plus forts (maximum 14,92% et minimum 6,70%).

L'analyse de la dépendance à partir de la grille AGGIR pour l'année 2003 positionne 19 personnes sur le groupe iso ressources (GIR) niveau 1 et 2 pour le long séjour, et pour la maison de retraite sur 59 personnes mesurées, 32 sont positionnées sur les GIR 1 et 2, 41 sur les GIR 3 et 4 et 14 sur les GIR 5 et 6. Le GIR moyen pondéré (GMP) du LS est à 95 et celui de la MR à 59.

L'origine des patients est départementale. Mesurées à travers les statistiques de mouvements des entrées année 2003 de l'établissement de Penne d'Agenais, l'analyse confirme que 89,5% sont originaires du Lot et Garonne dont 27,35% de Villeneuve sur Lot, 14% de Saint Sylvestre et 9% de Penne d'Agenais. Les autres départements d'origine concernent le Tarn et Garonne 3,5% ainsi que le Lot 2,5% et d'autres dont le pourcentage est dérisoire.

En conclusion, pour envisager la restructuration de l'établissement il est indispensable que le directeur s'interroge sur l'histoire de vie de l'hôpital local. C'est le parcours qui amène le directeur à l'intention de restructurer un établissement et le début de la phase de conception du projet. Cette étude préalable des usagers, actuels et potentiels, des différentes formes de prise en charge, de la place de l'établissement, son environnement culturel, socio-économique et politique constitue la clé de voûte de base de la réussite optimale du projet et celle du projet d'établissement, préalable indispensable au projet de restructuration. Le bilan des points forts et des faiblesses peut alors être établi et la réponse à la question de l'utilité et de l'opportunité de réhabiliter trouve sa réponse. Ces besoins correspondent à ceux exprimés par le type de population ciblée, les aspects démographique et sociologique. Dans le cas présent, cela concerne des personnes âgées qui vieillissent et plus nombreuses, et une volonté politique de favoriser leur maintien à

---

<sup>23</sup> GUEREL M.F. *Etablissements pour personnes âgées : état des lieux*. Revue du soignant en gériatrie, janvier 2004, n°6, pages 10 et 11.

domicile. Mais des disparités subsistent, particulièrement en termes de couverture du territoire concernant la prise en charge globale sanitaire et médico-sociale. On constate des lacunes dans les services offerts, certaines pathologies devenant irréversibles et trop lourdes pour être assumées par les familles et l'entourage. Les personnes âgées dépendantes n'ont alors pas d'autre choix que l'entrée en établissement. Ainsi, de nouvelles pathologies et l'évolution de la dépendance doivent être intégrées à tout projet et c'est la volonté d'organiser une prise en charge globale qui permet à l'établissement de pallier les inconvénients de son statut juridique hybride entre le secteur sanitaire et social.

## **2 UNE SUCCESSION D'ETAPES A RESPECTER POUR LE DIRECTEUR**

Lorsqu'un HL, établissement public, envisage un projet de réhabilitation, son représentant légal doit se conformer à certaines lois en la matière et s'en servir comme outil. Hormis les normes de sécurité, d'hygiène, et le respect de la législation courante pour un établissement public, la construction-réhabilitation reconstruction est assujettie à des textes cadrant la démarche du projet. Cela constitue un support sur lequel le directeur peut s'appuyer tout d'abord pour identifier les différents acteurs qui contribuent plus particulièrement à ce projet, ensuite à le définir et enfin à le réaliser.

### **2.1 L'identification des acteurs : une étape indispensable.**

#### **2.1.1 La maîtrise d'ouvrage : quand le directeur devient maître d'ouvrage occasionnel par délégation**

##### **A) La Maîtrise d'Ouvrage (MO)**

La loi MOP<sup>24</sup> relative à la maîtrise d'ouvrage publique et ses relations avec la maîtrise d'œuvre privée définit cette activité comme la personne morale pour laquelle l'ouvrage est construit qui ne peut se démettre de ces obligations, c'est une fonction d'intérêt général. Les autres fonctions de la maîtrise d'ouvrage demeurent, telles que les fonctions liées à la passation et à l'exécution des marchés publics, à sa qualité de financeur, à sa qualité de propriétaire, à sa responsabilité en matière de sécurité et de protection de la santé des travailleurs. Il lui appartient également de mettre en place l'équipe projet et d'organiser la concertation interne avec les utilisateurs, les instances et en externe, avec l'Architecte des Bâtiments de France (ABF), les services vétérinaires, les services d'urbanisme, la Mairie, la presse, les voisins. Mais qui est maître d'ouvrage dans un hôpital local ?

---

<sup>24</sup> Loi MOP n°85-704 du 12 juillet 1985 – décrets d'application n°1268, 1269 et 1270 du 29 novembre 1993 ; arrêté du 21 décembre 1993. Actuellement sujet à l'étude pour être modifiée : suite à un recours de la commission européenne, un projet d'ordonnance propose de "modifier les listes des catégories de personnes limitativement énumérées pour l'exercice du mandat de maîtrise d'ouvrage d'une part et de la conduite d'opération d'autre part contraire au principe de libre prestation de services figurant à l'article 49 du traité".

a) *Le Maître d'Ouvrage*

La fonction de maître d'ouvrage est une fonction pour laquelle la personne est difficile à désigner dans certains cas et en l'occurrence celui des établissements de santé. Son autonomie juridique lui confère la mission de MO mais quelle est la personne physique dans l'établissement qui va en avoir la mission ? Considérant la construction juridique de l'établissement de l'HL de Penne d'Agenais comprenant une convention administrative avec le CH de Villeneuve sur Lot, les directeurs de l'HL de Penne d'Agenais et du CH de Villeneuve sur Lot et le CA sont les membres de l'équipe de la maîtrise d'ouvrage. Le directeur de Penne d'Agenais, identifié comme chef de projet de l'opération, acteur principal va être l'instigateur de la politique du projet et les décisions concernant l'investissement seront partagées entre le CA et les organismes tarificateurs qui à certaines étapes clés valident le projet. La composition de la maîtrise d'ouvrage est incertaine et variable en fonction des professionnels qui la composent en fonction du projet et du choix du chef de projet.

b) *Se faire accompagner dans sa démarche : l'Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage (AMO)*

Selon la loi MOP, il appartient au maître d'ouvrage de s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, il doit déterminer la localisation, définir le programme, arrêter l'enveloppe prévisionnelle, assurer le financement, choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé, conclure avec les maîtres d'œuvre et entrepreneurs qu'il choisit et pour cela il peut se faire accompagner. A Penne d'Agenais, le directeur a décidé de travailler avec deux types d'AMO, la conduite d'opération et la conduite de projet.

- La conduite d'opération

A l'HL de Penne d'Agenais elle est assumée par la Direction Départementale de l'Équipement (DDE). C'est une mission définie dans l'article 6 de la loi MOP comme étant celle de conseil et d'assistance générale à caractère administratif, financier et technique depuis les réflexions préliminaires jusqu'à la mise en œuvre des garanties et la restitution.

- Etude et accompagnement dans la stratégie du projet

La conduite de projet est exercée par le Laboratoire d'Ergonomie et des Systèmes Complexe de Bordeaux (LESC). Selon le mode participatif de conduite de projet choisi, l'équipe de la MOE de l'établissement est complétée par un comité de pilotage (CP) qui a une connotation institutionnelle et décisionnelle et le groupe de travail constitué par des membres du CP et du personnel de l'établissement en liaison avec les équipes de MO.

c) *Les études de faisabilité technique*

Après avoir repéré les services publics le directeur choisit des spécialistes qui établiront les études à l'intérieur de l'établissement.

▪ Les services publics

Les services techniques de la commune peuvent être concernés par l'autorisation d'installer une grue, l'emprise des travaux sur le domaine public, la servitude de visibilité et d'alignement, le branchement aux égouts. Le centre de distribution de l'électricité - gaz de France peu être enregistré comme un interlocuteur concernant le contrôle des installations intérieures, la connaissance des réseaux par exemple. Le service des eaux et assainissements et les opérateurs de réseaux téléphoniques doivent être intégrés également dans le projet comme des acteurs potentiels.

Pour s'assurer de la faisabilité technique et de la solidité de l'ouvrage le directeur de l'HL de Penne d'Agenais fait appel à plusieurs spécialistes. Il répond à cet effet aux directives Européennes et aux obligations de contrôles<sup>25</sup> du fait de la nature juridique de l'établissement recevant du public. Pour un chantier supérieur à deux entreprises la désignation d'un Coordinateur Sécurité Protection de la Santé (CSPS) est donc impérative<sup>26</sup>. Ces contrats public/privé sont soumis aux règles du code des marchés publics (CMP). Concernant la solidité de l'ouvrage et des sols, l'étude a été confiée à la société FONDASOL.

Pour répondre à la sécurité des personnes et la prévention des aléas techniques, les sociétés choisies pour assurer le Contrôle Technique (CT) et le CSPS sont respectivement l'APAVE et le cabinet ZANETTE. Ces deux sociétés interviennent de la conception au stade Avant Projet Sommaire (APS), au moment de la constitution du dossier de consultation des entreprises pendant la phase de réalisation et enfin en vérification finale en vue de la réception des travaux.

Ultérieurement, le maître d'ouvrage devra se garantir par une assurance dommage ouvrage, un élément à prendre en compte dans le projet de financement.

---

<sup>25</sup> Loi n°78-12 du 4 janvier 1978 relative à la responsabilité et à l'assurance dans le domaine de la construction - Article 11 "le contrôle peut être rendu obligatoire pour certaines constructions qui en raison de leur nature ou de leur importance présentent des risques particuliers pour la sécurité des personnes »

<sup>26</sup> Loi n°93-1418 du 31 décembre 1993. La directive du CE du 24 juin 2003 étend l'application des principes généraux de l'employeur uniquement, à tout l'ensemble des intervenants liés au chantier notamment la MO et la MOE.

Enfin, la mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination (OPC) est chargée de la coordination des travaux. Dans le cas de l'établissement à Penne d'Agenais ce dernier aspect sera inclus dans la mission de la Maîtrise d'Oeuvre (MOE).

### **2.1.2 La maîtrise d'œuvre : l'architecte et son équipe, des techniciens affirmés**

Après avoir défini son projet par le biais d'un programme, la MO va choisir la Maîtrise d'œuvre (MOE) sur les bases réglementaires bien définies. Tout d'abord la mission de la maîtrise d'œuvre est définie dans la loi MOP comme suit dans l'article 7 : *'elle doit permettre d'apporter une réponse architecturale, technique et économique au programme'* en intervenant dans la conception du projet. La MOE est considérée comme l'unique responsable de la conception et de l'exécution de l'ensemble de l'ouvrage à réaliser. Enfin, la MOE a une mission<sup>27</sup> d'assistance technique au MO, pour la passation des marchés, dans la direction de l'exécution des travaux sur le chantier et son ordonnancement, ainsi que dans l'assistance lors de la réception des travaux et pendant la garantie du parfait achèvement<sup>28</sup>.

Elle est désignée soit après un marché d'appel d'offre restreint ou directement après un marché de définition et doit être soumis à concurrence selon les règles du CMP<sup>29</sup>. La maîtrise d'œuvre est constituée de professionnels de la conception architecturale dominant leur sujet sur le plan technique et disposant de procédures et d'outils bien expérimentés. Le choix de la MOE à Penne d'Agenais s'est faite par voie de marché négocié, article 107 du CMP de 1995 suite à un marché de définition<sup>30</sup> le 24 janvier 2001. Ce sont le cabinet d'architecte TEISSEIRE et TOUTON mandataire du groupement d'ingénierie constitué de la SARL d'architecture COQ et LEFRANCQ, de la société SECHAUD bâtiment Aquitaine, Bureau d'Etude Technique (BET), et du cabinet PIQUET chargé de la mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination (OPC) des travaux.

Bien que situé dans un village classé, l'établissement de Penne d'Agenais n'est pas classé monument historique pour lequel la mission de MOE<sup>31</sup> est celle de l'Architecte des Bâtiments de France (ABF) en dehors de la loi MOP, auprès duquel l'établissement devra malgré tout obtenir un avis au stade du permis de construire et de démolir.

---

<sup>27</sup> Circulaire n°86-24 du 4 mars 1986, complétant la loi MOP

<sup>28</sup> BOUCHOND D. *Marché de Maîtrise d'œuvre*. Le Moniteur. Paris, 2003. 280 p.

<sup>29</sup> Décret n°2001-210 du 7 mars 2001 portant code des marchés publics pour l'exemple du HL de Penne d'Agenais depuis abrogé par le décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004.

<sup>30</sup> Selon l'article 72 du code de l'ancien code des marchés publics décret n°2001-210 du 7.03.01

<sup>31</sup> Décret n°87-312 du 5 mai 1987 relatif aux honoraires et vacations allouées aux architectes en chef des monuments historiques et aux vérificateurs. Arrêté du 30 juin 1987

## 2.2 Définition du projet : les documents de référence

### 2.2.1 Le projet d'établissement : un outil indispensable au préalable

Le maître d'ouvrage doit s'assurer de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération, et déterminer la localisation de l'opération.

#### A) Le projet d'établissement

La rédaction du Projet d'Etablissement (PE) est un outil indispensable au directeur sur le plan stratégique. Il a deux utilités principales pour le projet de restructuration. En premier lieu, il permet d'évaluer la nécessité et la faisabilité du projet. En second, il mobilise des équipes pluridisciplinaires sur les thèmes qu'il inclut et ainsi favorise la mesure de la motivation du personnel présent en l'amenant à travailler ensemble sur un projet commun. Il trouve sa définition et sa légitimité dans la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 pour le secteur sanitaire. C'est aussi le document de base, non obligatoire mais exigé dans l'année qui suit la signature de la convention EHPAD avec les tarificateurs. Il s'appuie sur des choix d'objectifs et d'actions sur 5 ans répondant aux besoins et visant à orienter pour le moyen terme les activités et le fonctionnement de l'établissement. Pour cela, il doit tout d'abord considérer l'existant. Le projet d'établissement contient les grandes orientations médicales et de soins que se fixe l'institution. Pour l'accompagner les projets d'investissement, de restructuration sont proposés. Le projet médical qui indique les orientations en matière de pratique médicale précise en particulier les changements de pratique médicale, ou la prise en charge de nouvelles pathologies. Le projet médical est un des éléments qui permet à l'établissement d'assurer sa pérennité, et le maintien de ses lits vis à vis des tutelles. Cette situation conditionne, par voie de conséquence, l'obtention des crédits de l'établissement. Le projet de soins-projet de vie est la traduction en matière de soins des orientations du projet médical. Il précise les nouvelles pratiques de soins et soins de vie. Il met en œuvre les nouveaux modes de prise en charge. Le projet social intègre les mesures d'amélioration des conditions de travail, les relations sociales dans l'hôpital, le projet de formation du personnel. La traduction financière y est établie. Cette notion est fondamentale car elle signifie que lorsque la décision est prise de réaliser une opération, celle-ci doit être menée avec un budget constant quelle que soit sa durée.

A Penne d'Agenais<sup>32</sup>, l'analyse des besoins de la population et la rédaction du projet d'établissement – projet de vie 1999-2004 devait répondre à la priorité au moment de

---

<sup>32</sup> L'hôpital Local de Penne d'Agenais. 2004 (visité le 30.09.2003). Disponible sur internet : <http://www.hopital-2-penne.com>

l'arrivée du directeur en 1998 : envisager la restructuration des 56 lits de MR actuellement situés dans des pavillons en contre-bas de la structure principale. Pour y répondre le directeur, a fait appel à l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail Aquitaine (ARACTA) et a réalisé l'étude de faisabilité avec le PE. L'établissement est un hôpital local de 176 lits recevant plus particulièrement une population âgée dont la moyenne d'âge en 2003 est de 82 ans et un service de soins à domicile de 20 places. L'HL se distingue des structures hospitalières par l'absence de plateau technique, par contre la qualité des soins paramédicaux constitue le déterminant majeur de l'hospitalisation.

#### B) Le projet d'établissement : la réponse à une succession de questions

Pour envisager l'avenir, le directeur commence par faire un état des lieux. Il permet à la fois, toujours selon les obligations du MO dans la loi MOP, de répondre aux questions de l'opportunité de l'opération, de la nécessité de pérenniser l'action de l'établissement et de la localisation de l'établissement. L'établissement est intégré dans le secteur sanitaire n° 5 qui est constitué de la totalité du département du Lot et Garonne, augmenté du canton de Villefranche de Périgord. Il comprend actuellement 15 établissements de Santé dont 3 hôpitaux locaux pour une population de 305 380 personnes qui pour 10% d'entre eux ont une moyenne d'âge au delà de 75 ans. La moyenne étant en Aquitaine de 9,5% et en France de 7,7%.



#### a) *Faut-il pérenniser son action ? Les besoins de la population âgée dans le secteur*

Au vu de l'analyse populationnelle<sup>33</sup>, il ne fait pas de doute que les besoins des personnes âgées, d'autant plus dans le Lot et Garonne, sont croissants. Même si l'on observe que l'on meurt plus vieux et en meilleure santé et que le taux de la dépendance lourde a diminué, d'autres considérations sociales et médicales confirment que le nombre de places offertes aux personnes âgées demeure faible et mal réparti sur le territoire. Pour autant, à Penne d'Agenais, en 2003, l'activité de l'établissement présente la particularité d'être en baisse au niveau de l'hébergement en section de MR. Dans son ensemble le nombre de journées est de 31 380. Ce chiffre est inférieur aux accords

<sup>33</sup> page 23 de ce mémoire

passés avec les autorités de tarification qui acceptaient une baisse d'activité pendant les travaux de 33 215 journées au lieu de 36 000 à cause des lits de MR non occupés. Cette baisse d'activité n'est pas due aux besoins, il existe toujours une liste d'attente conséquente dans les EHPAD avoisinants l'hôpital local de Penne d'Agenais. Cette désertification trouve son explication dans les conditions d'hébergement des locaux vétustes, un établissement situé en hauteur avec de fortes déclinaisons à franchir pour des personnes âgées de plus en plus dépendantes. La restructuration trouve donc son point d'ancrage à ce niveau, mais l'éventualité des travaux et des risques de nuisances supplémentaires n'encourage pas les candidatures à l'hébergement déjà peu nombreuses.

b) *Faut-il construire ailleurs et laisser l'ancien ?*

- Le patrimoine immobilier

L'ensemble du bâti de l'hôpital de Penne d'Agenais est composé de plusieurs types de construction d'époques différentes dont les vestiges les plus anciens datent du XVI<sup>ème</sup> siècle et a subi de multiples rénovations.

Le pavillon Fabre, à l'entrée de l'Hôpital, est un ancien hôtel qui a été légué. Aujourd'hui, pour des raisons de sécurité, seul le rez-de-chaussée est occupé par 4 chambres. Son aménagement est ancien et date de 1950 environ. L'ensemble des pavillons hébergeant les résidents de la maison de retraite n°501 à 513 est réalisé en deux tranches, la première en 1959 et



→ Dénivellation de 4 étages avec liaison ascenseur aux points \*

la deuxième en 1962. Ce sont des pavillons qui sont voués à être détruits ou réhabilités dans le projet de réhabilitation parce qu'ils contiennent de l'amiante et sont vétustes. Une opération particulière est prévue pour son retrait. En 1972 des galeries souterraines reliant les différents bâtiments ont été réalisées dont certaines sont fermées aujourd'hui pour cause de sécurité. Dans le bâtiment de structure la plus ancienne en U, on y trouve des éléments d'architecture ancienne dont la salle de réunion rénovée en 1993 et la petite chapelle. Les deux ailes bâtiments Beausite et Bellevue sont construites en 1974-1976 et une partie rénovée en 1992. Les ateliers se situent dans un bâtiment rénové en 1972. Le bâtiment Beauséjour, ancien hôtel, a été aussi réhabilité de 1987 à 1988, date de sa mise en service. L'ancienne aile du couvent, héberge aujourd'hui l'animation et la bibliothèque. Une extension a été faite dans les années 90 mais elle n'est pas terminée et son

intégration pose des problèmes de sécurité. L'ancien logement de fonction du directeur a été aménagé en 1993 pour être ensuite prêté à la municipalité et y installer la bibliothèque municipale.

- Des missions particulières lui confèrent un rôle dans le réseau gérontologique et social du secteur

L'établissement exerce ses missions d'hôpital local. Il est inscrit dans le réseau gérontologique Aquitain. Son rôle médico-social dans l'environnement sanitaire lui vaut de mettre en place des structures de réseaux, de développer la complémentarité avec :

- La Mairie, en assurant le dépositaire mortuaire du village, et le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Penne d'Agenais en organisant le portage de repas,
- le centre hospitalier (CH) de Villeneuve sur Lot avec lequel l'établissement travaille en étroite collaboration et a une convention de gestion administrative, une convention médicale et une convention pour la confection des repas,
- le centre hospitalier spécialisé (CHS) de la Candélie (Agen) en ayant une convention d'intervention du psychiatre,
- le CH d'Agen, le centre Delestraint Fabien, l'hôpital local de Fumel ainsi que d'autres structures publiques ou privées du département et de la région dans le domaine notamment de la rééducation fonctionnelle, la blanchisserie, syndicat inter hospitalier (SIH) auquel l'établissement adhère.

Son rôle social de lutte contre la précarité, l'hôpital local l'exerce dans sa participation à la mise en place l'hiver d'une cellule de crise en collaboration avec les services de la municipalité et les associations caritatives pour les personnes en situation de détresse sociale.

Aller construire ailleurs priverait l'établissement d'un atout primordial : son emplacement au cœur du village et l'accessibilité directe aux commerces avoisinants. L'hôpital local représente également pour le village et pour les autres partenaires un atout économique important. L'utilité de la restructuration de l'établissement se confirme.

*c) L'établissement a-t-il les capacités de financement ?*

L'établissement au moment de la restructuration affiche un bilan financier favorable. Il dispose de fonds propre de 1 900 000 euros provenant d'un excédent d'investissement pour partie et d'un legs immobilier dont a bénéficié l'établissement en 1994. L'usufruit du legs en 1998, représentant un montant de 1 834 000 € a été destiné après décision du CA à financer les travaux du secteur MR de l'établissement. Ce legs a été placé selon les

règles de comptabilité publique qui oblige les établissements publics de santé à placer leur fond auprès de l'Etat<sup>34</sup>. Ses capacités d'autofinancement seront progressivement provisionnées en attendant la réalisation des travaux.

Enfin, son taux d'endettement est minime, le montant de sa dette en cours sera remboursé le temps de la réalisation de ce projet.

*Le budget de l'HL de Penne d'Agenais années 2002 et 2003*

|   | Dépenses       |                | Recettes       |                |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
|   | 2003           | 2002           | 2003           | 2002           |
| Section Investissement                                  | 1 495 526.76 € | 835 239,94 €   | 1 256 979.32 € | 1 151 252,84 € |
| Section d'exploitation du budget Hôpital                | 3 121 635.17 € | 2 949 261,38 € | 3 128 189.19 € | 2 951 042,77 € |
| Section d'exploitation du Service de Soins Longue Durée | 702 602.65 €   | 637 270,98 €   | 700 992.45 €   | 647 585,54 €   |
| Section d'exploitation de la Maison de Retraite         | 2 231 070.54 € | 2 124 508,43 € | 2 275 670.89 € | 2 179 593,87 € |
| Section d'exploitation du Service de Soins à Domicile   | 190 888.83 €   | 169 237,95 €   | 190 906.54 €   | 174 639,01 €   |
| Total Général   | 7 741 723.95 € | 6 715 518,68 € | 7 552 738.39 € | 7 14 114,03 €  |

Source : compte administratif de l'hôpital local de Penne d'Agenais – 2003

En 2003, il reste à l'établissement de Penne d'Agenais un montant de 94 575,84 euros de dette à rembourser, ses immobilisations représentent un montant de 548 355,29 euros dont une dotation en amortissement de 218 581,91 euros.

C) L'utilité sociale du projet d'établissement : travailler ensemble pour les usagers

Le PE fédère plusieurs projets envisagés concomitamment par des groupes de professionnels différents. Il fait l'objet de réunions d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels sur les thèmes qu'il développe et d'un comité de pilotage qui se réunit pour coordonner leurs actions et écrire le PE. Les projets contenus sont médical, de soins infirmiers, de programmation d'investissement, informatique, social avec une gestion prévisionnelle des emplois et compétences et un plan directeur. Pour le secteur médico-social, il intègre également un projet de vie.

La démarche participative appliquée en interne à l'hôpital de Penne d'Agenais a mis en évidence la forte motivation des personnels qu'il s'agisse des médecins, des soignants, des administratifs ou des techniques, voire des membres du CA de l'établissement. Une

<sup>34</sup> obligation de dépôt des fonds auprès de l'Etat : article 15 de l'ordonnance du 2 janvier 1959 modifié par l'article 26-3 de la Loi de Finance du 1<sup>er</sup> Août 2001, puis celle de l'article 116 de la Loi de Finance Initiale pour 2004 élargissant les dérogations applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

approche plus globale du périmètre de restructuration a permis d'établir une démarche ouverte sur la ville avec la participation active du Maire de la commune et de travailler en collaboration avec des professionnels d'une autre sphère que le milieu hospitalier, architectes, bureau d'études et de contrôle dans le domaine du diagnostic des bâtiments, des installations et du patrimoine.

## **2.2.2 Le diagnostic de la situation : un établissement qui "pense" ses plaies**

En 1998, le diagnostic court fait par l'ARACTA au préalable à l'écriture du projet d'établissement fait état de plusieurs dysfonctionnements.

### A) Inadéquation dans la répartition des lits et des besoins

L'analyse des résidents et de la population des différents services, ainsi que l'analyse de la dépendance menée sur la totalité des patients montre une inadéquation du programme lit de la structure entre la répartition administrative et la situation réelle. Ceci est particulièrement notable dans la partie hébergement du secteur des pavillons recevant une majorité de pensionnaires nécessitant un secteur médicalisé. Ce constat a été fait à partir des critères permettant de déterminer le niveau de dépendance ainsi que des critères spécifiques dus au fait que l'établissement accueille des pensionnaires présentant des pathologies psychiatriques et nécessitant une prise de médicament et une surveillance spécifique.

### B) La sécurité

Les rapports du 24 mars 1998 de la société APAVE présentaient des installations électriques non conformes nécessitant une réfection assez importante des installations et la fermeture de certains niveaux de bâtiments.

### C) Les accès et la circulation au sein de la structure et l'organisation du travail sont difficiles

Le secteur des pavillons est difficile d'accès en niveau R-4, il présente une dispersion ainsi qu'une dénivellation conséquente qui rend la prise en charge des patients difficiles. Cette situation nécessite la présence quotidienne de personnel soignant qui n'est pas prise en compte par le budget.

Les difficultés d'accès et de circulation au sein de la structure ont été mises en évidence, de nombreux points d'accès sont mal identifiés pour les personnes ainsi que pour les véhicules. De plus, les circulations en sous-sol et les trois ascenseurs existants saturés relatent des difficultés de circulations horizontales et verticales conséquentes. C'est pourquoi, par exemple, la règle d'hygiène de séparation des circuits du sale et du propre ne peut pas être respecté. Les services de blanchisserie, de cuisine et de pharmacie ainsi que l'activité de kinésithérapie interviennent au niveau de tous les secteurs et multiplient

les circulations. Ils utilisent de surcroît des matériels encombrants dont il n'a pas été assez tenu compte au niveau des ascenseurs, des espaces et des stockages.

Les circulations sont souvent rendues difficiles par le regroupement de personnes âgées aux endroits stratégiques des différents services, les lieux de passage multiples notamment devant les ascenseurs. Ceci correspondant à une tendance naturelle pour les personnes âgées de se rapprocher des lieux de vie.

Le problème de stationnement dépasse le cadre strict de la structure. Néanmoins, les places offertes au public au centre du village sont insuffisantes et la surface réservée aux véhicules du personnel ne compte que 30 places non ombragées. Ainsi le problème de parking est posé en terme de proximité, de capacité pour l'activité de l'établissement et son personnel et pour les personnes venant se recueillir au dépôt mortuaire.

Les entrées fonctionnelles sont situées selon l'implantation des services considérés, mais prennent peu en compte la nature du trafic engendré : transport en ambulance, stationnement proche de l'accueil et du moyen-séjour bâtiment Bellevue, à proximité de la place du village à la vue de la population et au niveau du 3<sup>ème</sup> sous-sol, provoquant une longue attente devant les ascenseurs. Le dépôt mortuaire jouxte l'entrée de la pharmacie. Le stationnement des véhicules pour le transport des corps se situe sur un dénivelé, ce qui conditionne une situation de transfert problématique.

L'organisation du travail est définie à partir des tâches prescrites et non du travail réel des personnes. L'exemple de la difficulté qu'éprouve l'IDE à distribuer les médicaments dans un tel contexte architectural en est une.

L'analyse des conditions de travail menées avec l'ARACTA a mis en évidence le besoin de réorganisation générale de l'ensemble des bâtiments, d'amélioration des communications et des circulations tant verticales qu'horizontales, ainsi que la nécessaire remise en question de l'organisation des tâches autour du profil des patients accueillis et de leurs attentes.

Ce moment de réflexion indispensable a débouché sur la décision de construire un projet architectural global en abandonnant l'idée initiale de reconstruction de 56 lits de maison de retraite. Ainsi au premier trimestre 1999, au terme de ces réflexions, plusieurs documents importants étaient finalisés et proposés à l'approbation des instances de l'établissement et des tutelles : le schéma directeur, le projet d'établissement qui se regroupent sur un point important : le projet architectural de la structure. Ce qui représente une réhabilitation de 3 587 m<sup>2</sup> et l'extension de 2 970m<sup>2</sup>. Enfin le plan de financement du futur projet, estimé à partir de ces projections, se monte à 12 000 000 €.

Ces phases du lancement, du diagnostic de l'existant, de l'analyse des choix pour la rédaction du PE sont une étape préalable indispensable à la rédaction du programme d'un projet de restructuration.

### **2.2.3 La programmation, une étape déterminante pour le projet de restructuration**

Elle s'intercale entre la décision d'entreprendre du directeur d'établissement et l'élaboration du projet. Cette étape intermédiaire justifie la décision d'entreprendre les travaux de la part du directeur d'établissement en définissant les aspects techniques, architecturaux et économiques de l'opération, c'est la base de travail contractuelle pour l'élaboration du projet par le maître d'œuvre. La programmation permet au maître d'ouvrage, le directeur, de définir son projet, de vérifier sa faisabilité et d'en exploiter tous les objectifs sous la forme de documents destinés à la consultation du maître d'œuvre. Auparavant, le programme du maître d'ouvrage s'appuyait sur le document fourni par le maître d'œuvre : des données souvent réduites aux dimensions techniques et quantitatives, qui n'incorporaient pas les dimensions sociale et économique de l'opération. Depuis la loi MOP « *le maître de l'ouvrage définit dans le programme les objectifs de l'opération et les besoins qu'elle doit satisfaire ainsi que les contraintes et exigences de qualité sociale, urbanistique, architecturale, fonctionnelle, technique et économique, d'insertion dans le paysage et de protection de l'environnement, relatives à la réalisation et à l'utilisation de l'ouvrage* ».

#### A) Elaboration du schéma directeur

Le schéma directeur est la résultante graphique des orientations d'activités arrêtées dans le cadre du PE. Son étude se présente en quatre parties : l'inventaire du patrimoine foncier, l'utilisation des bâtiments, la détermination de l'état futur, les propositions de phases fonctionnelles de réalisation.

#### B) L'étape de la programmation conduit à l'élaboration d'un document écrit : le programme technique détaillé<sup>35</sup>

Celui-ci synthétise l'ensemble des exigences et souhaits du maître d'ouvrage à propos de l'opération envisagée ainsi que les objectifs, les contraintes et le budget alloué au projet. Ce document s'établit alors suivant les données de l'existant, l'évaluation qualitative et quantitative des besoins en locaux, en surfaces. Mais il respecte également les contraintes réglementaires relevant de l'urbanisme, de la sécurité, de l'hygiène, et les exigences de l'établissement délais et mode de réalisation des travaux, rattachement à un système existant et moyens existants.

---

<sup>35</sup> Annexe 1 : les étapes de la programmation pour un projet architectural

- C) Pour aboutir au document le plus renseigné possible, les responsables du projet suivent une méthodologie précise dans laquelle trois phases se distinguent

Les études préalables doivent permettre de structurer le projet à travers les études de faisabilité, le pré-programme, le programme, le programme technique détaillé.

a) *Phase d'étude de faisabilité*

Une phase d'étude préalable et de faisabilité permet d'approfondir les investigations entamées au cours du montage de l'opération : confirmation de la faisabilité technique, urbanistique, fonctionnelle et économique, détail du montage juridique, administratif et financier, et étude de l'impact du projet sur l'environnement. Elle permet ainsi de confronter les besoins du personnel hospitalier à l'étude de constructibilité. Par ailleurs, cette phase est l'occasion de valider l'organisation de la conduite du projet et la participation de chacun. C'est le moment où vont intervenir les spécialistes en étude des sols pour s'assurer de leur solidité.

b) *Etablissement d'un pré-programme*

Cette phase est destinée à faire la synthèse de toutes les études et données recueillies : elle aboutit alors à l'élaboration d'un pré-programme. Celui-ci calibre le projet des points de vue extra-muros (accessibilité, circulations, logistique,... : rapport entre la surface et l'usage des locaux) et intra-muros (schéma d'organisation fonctionnel architectural : rapport entre la surface, l'activité et les usagers) en tenant compte des contraintes réglementaires et normatives et des exigences de l'établissement. Il permet également d'évaluer le coût des travaux par ratio. Ce document, qui formalise les fondements du programme, doit être validé par le maître d'ouvrage.

c) *Elaboration du programme*

Le programme poursuit le recueil précis des besoins, des contraintes et des attentes, il notifie minutieusement le fonctionnement et l'organisation des espaces extérieurs et il établit une typologie des locaux avec une fiche individuelle explicite. Ce document, qui doit conserver une certaine souplesse, prévoit des solutions alternatives et un planning prévisionnel, et garantit ainsi une estimation plus juste du budget des travaux. Il doit être un élément de simulation sur les dotations en personnel, sur la pertinence de la localisation de certaines disciplines. Il doit engendrer une évaluation primaire des coûts de gestion et de maintenance, une évaluation des équipements, une évaluation des mobiliers et fournitures. C'est aussi un document qui permet de clarifier la terminologie et ainsi faciliter la compréhension commune des divers langages et métiers afin de catalyser l'accord des parties sur des dispositions d'ensemble ou particulières. C'est un outil d'échange et de négociation entre les groupes. Il constitue une référence tout au long de l'opération pour vérifier l'adéquation entre les besoins et les réponses architecturales.

Le maître d'ouvrage doit donc mettre en harmonie : un système de décision à plusieurs niveaux, des partenaires internes et externes aux visions hétérogènes, des règles contraignantes, et obtenir un bâtiment rénové dans un environnement privilégié, pour une population particulière. Le programme doit être validé en interne par le CA de l'établissement et les autres instances donneront leur avis. S'ensuit une démarche d'affinement progressive du programme, en concertation avec le maître d'œuvre, pour aboutir au programme technique détaillé. Celui de l'HL de Penne d'Agenais a été proposé et validé par les instances en 2000 pour servir de base à l'appel d'offre concernant la MOE<sup>36</sup>.

Le programme est alors un document contractuel à plusieurs fins puisqu'il joue les rôles de support de formalisation des objectifs, des contraintes et des exigences, de base de travail pour le maître d'œuvre, enfin, d'outil de communication et d'échanges entre les différents acteurs du projet. Disposer d'un bon programme offre la garantie de la traduction des souhaits et l'expression du besoin arbitré par le directeur de l'établissement, l'assurance de l'anticipation des questions que se posera le concepteur, la conservation de marges de manœuvres pour l'adaptation des travaux, l'adéquation du projet avec l'enveloppe budgétaire.

Face à cette vision théorique, en pratique les projets architecturaux hospitaliers sont souvent instruits sans que les programmes répondent à ces différentes orientations. De plus ils se caractérisent souvent par des retards dans la conduite de projet, qui nécessitent des adaptations techniques, face aux évolutions technologiques. Il faut effectivement tenir dans une enveloppe financière en investissement et en exploitation, respecter les échéances, obtenir un bâtiment fonctionnel pour les malades et les professionnels.

---

<sup>36</sup> Annexe 2 : extrait du programme en phase d'esquisse de l'HL de Penne d'Agenais

## 2.3 La réalisation du projet : de la confrontation à la réalité

### 2.3.1 La concrétisation du projet et le choix des entreprises, une succession d'étapes encadrées par le code des marchés publics

Cette succession d'étapes va se baser sur le programme. Ce sont les différents travaux pour lequel la MOE s'est engagée après le marché de maîtrise d'œuvre qui séquentent au fur et à mesure la validation par la MO et les différentes démarches administratives accompagnant le projet de restructuration.

#### A) La concrétisation du projet

La maîtrise d'œuvre se voit donc confier les études d'esquisses, les études d'avant projets, les études de projet, les études d'exécution.

Le programme étant fait, l'esquisse valide la faisabilité de l'opération sur le plan fonctionnel et propose la partie architecturale. L' Avant Projet Sommaire (APS) permet de valider la constructibilité de l'établissement ou les solutions d'aménagement pour les bâtiments existant. C'est la validation de la constructibilité de l'esquisse à l'échelle 1/200<sup>ème</sup> avec une estimation du coût de l'opération. L'Avant Projet Définitif (APD) arrête les choix techniques les plans sont réalisés au 1/100<sup>ème</sup> en lots séparés en fonction des choix établis et formalise le projet dans sa réalisation. C'est à cette phase que se dépose le permis de construire auprès de la mairie de l'établissement.

Sont ensuite réalisées des études d'exécution ou de synthèse du dimensionnement précis de l'ouvrage au 1/50<sup>ème</sup> les Projets d'Exécution (PRO EXE), vérification respectant les éléments essentiels du projet. Enfin, sont réalisées les études techniques par lots qui composeront le Dossier de Consultation des Entreprises (DCE).

Le projet de restructuration de l'hôpital local de Penne d'Agenais doit donc se réaliser en 4 phases<sup>37</sup> et ceci sur 55 mois à compter de l'ordre de service prescrivant le commencement de l'ensemble des travaux et ceci par l'exécution de 26 lots séparés<sup>38</sup>.

#### B) Une phase mesestimée : la consultation des entreprises

##### a) Le dossier d'appel d'offres<sup>39</sup>

Le dossier d'appel d'offres se compose de deux parties. La première est administrative, et comprend un Cahier des Clauses Administratives Générales (CCAG), un Règlement de

---

<sup>37</sup> Annexe 3 : phasage des travaux de l'HL de Penne d'Agenais

<sup>38</sup> Annexe 4 : allotissement du marché de travaux de l'HL de Penne d'Agenais

<sup>39</sup> Décret n°2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics articles 11 à 14

Consultation (RC), un Acte d'Engagement (AE), des annexes dont un Cahier des Clauses Administratives Particulières (CCAP). La deuxième, technique comprend le Cahier des Clauses Techniques Particulières (CCTP) regroupant le projet de consultation, un jeu de plans architecturaux et techniques, le plan général de coordination et le rapport des reconnaissances géotechniques. Pour information, le dossier complet d'appel d'offre de Penne d'Agenais pesait l'équivalent de 22 kg et devait être envoyé pour 26 lots à chaque entreprise le requérant et ceci pour toutes les étapes de consultation des entreprises en fonction des attributions de lots ou de l'infructuosité des lots : marché d'appel d'offre (AO), marché négocié (MN)<sup>40</sup> et enfin marché attribué sans procédure préalable (MAPA)<sup>41</sup>. Le coût de reprographie ne doit pas être négligé dans l'estimation du coût des travaux ce qui sous-entend une nouvelle mise en concurrence pour trouver l'imprimeur qui réalisera ce marché.

*b) L'appel d'offre aux entreprises*

▪ L'appel d'offre

Cet appel d'offre aux entreprises a pour objet de choisir les entreprises qui exécuteront les travaux en s'assurant qu'elles respecteront le projet mis au point et avalisé selon l'offre économiquement la plus avantageuse. Elle se déroule en deux temps, celui de la publicité et de la réception des offres des entreprises et celui du choix des entreprises qui selon le procédé, fait l'objet de la réunion d'une commission d'appel d'offre. A noter, pour l'exemple qui va suivre, qu'il a fait l'objet d'une d'application de deux codes des marchés publics (CMP) celui du décret n° 2001-210 du 7 mars 2001 abrogé ensuite par le décret n°2004-15 du 7 janvier 2004. Suivant les sommes à investir, différentes solutions et obligations sont à respecter par le type de marché public. Pour le secteur public, les appels d'offres de travaux avec publicité nationale sont obligatoires au delà du seuil de 130 000 euros dans l'ancien code des marchés publics et 230 000 euros dans le nouveau code.

A Penne d'Agenais la procédure de consultation et de choix des entreprises a suivi un processus de réalisation long et parsemé de questionnement et d'incertitude concernant la réalisation de ce projet. Ce moment, où il ne se passe rien pour une majorité des acteurs est un moment charnière pour le directeur et son équipe où l'établissement va vérifier la faisabilité du projet pour partie financière. Il représente un travail supplémentaire

---

<sup>40</sup> pour ce qui concerne ces marchés de Penne d'Agenais selon la procédure de l'ancien code des marchés publics décret n° 2001-210 du 7 mars 2001

<sup>41</sup> pour ce qui concerne ces marchés de Penne d'Agenais selon la procédure du nouveau code des marchés publics décret n°2004-15 du 7 janvier 2004

conséquent pour ce qui concerne l'équipe administrative. Pour exemple, les travaux de Penne d'Agenais ont été décomposés en 26 lots techniquement homogènes faisant pour chacun l'objet d'un marché séparé. Les marchés de travaux sont passés sur appel d'offres ouvert (procédure des lots séparés) et lancés suivant les dispositions de l'article 33 du CMP. Ce mode de passation a été retenu par le MO afin de favoriser la plus large concurrence possible. La dévolution des marchés de travaux a nécessité l'organisation de procédures successives, la première procédure n'ayant été fructueuse que pour quelques lots techniques : l'appel d'offre, le marché négocié et le marché attribué sans procédure préalable

- La publicité

Un avis de pré-information a été porté à la connaissance du public par une parution au Journal Officiel des Communautés Européennes (JOCE)<sup>42</sup> le 8 janvier 2003. L'Avis d'Appel Public à la Concurrence (AAPC) a été publié à partir du 25 juillet 2003 par une publication dans les revues suivantes le Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics (BOAMP)<sup>43</sup>, JOCE, Sud Ouest, La Dépêche, le Moniteur. La base de la consultation était établie sur le DCE qui était délivré aux candidats qui en faisaient la demande. Respectant le délai de réponse obligatoire de 52 jours, la date de remise des plis était fixée au 12 septembre 2003.

- La remise des offres

Les entreprises doivent remettre leur offre dans une enveloppe contenant deux plis distincts cachetés. Le premier est composé de la présentation administrative de l'entreprise et doit contenir des références obligatoires sous peine de se faire éliminer. Le deuxième pli contient l'offre de l'entreprise.

- L'analyse des offres

L'analyse des résultats fait l'objet de la constitution d'une Commission d'Appel d'Offre (CAO) dont la composition a changé depuis le nouveau code des marchés public<sup>44</sup>. Le directeur est la Personne Responsable des Marchés<sup>45</sup> (PRM) qui a la responsabilité du

---

<sup>42</sup> Une publication qui est rendue obligatoire en deçà du seuil de 5 000 000 € pour le montant de l'appel d'offre ancien code des MP, le seuil est à 5 900 000 € pour le nouveau code des MP.

<sup>43</sup> Le minimum que requiert la règle des marchés publics pour les marchés de travaux supérieurs à 130 000 € ancien code des marchés publics à cette époque est la publication au BOAMP.

<sup>44</sup> Selon l'ancien code des marchés public article 21, sa composition et ses conditions de réunions ont changé dans le nouveau code des marchés public articles 21 à 24

<sup>45</sup> Article 20 du CMP

déroulement dans les règles de ces commissions. L'analyse des offres se fait en deux séances. La première, 16 septembre 2003, où la CAO a pour mission de vérifier, en ouvrant la première enveloppe si l'entreprise requiert les conditions nécessaires pour candidater. La deuxième séance, 23 septembre 2003, où l'on apprécie le dossier de l'offre du candidat. Un tableau de comparaison des offres avec les critères de coût est fait et permet de voir si les offres correspondent au barème fixé par la CAO. Les résultats à Penne d'Agenais sont surprenants. Un pli est rejeté lors de la première séance et la deuxième séance fait état d'un montant total du plan de financement des travaux dépasse de 3% les estimations soit 3 millions d'euros, l'estimation faite au préalable par la MO et la MOE. La CAO décide donc de confier au MOE l'analyse de ces offres et de se réunir lors d'une troisième séance le 1<sup>er</sup> décembre 2003 pour décider de la suite à donner à cette consultation. La question de la continuité du projet se pose. Les résultats de l'analyse permettent à la CAO d'allouer 10 lots et relancer en procédure négociée<sup>46</sup> les 16 lots restants. Une deuxième procédure est en route. Cette procédure respecte les mêmes règles de publication que la précédente, le 8 décembre 2003 pour Penne d'Agenais, à l'exception de la publication au JOCE et du délai de réponse obligatoire fixé à un délai minimum de 37 jours. La procédure des marchés négociés permet ensuite à la MO et la MOE d'ouvrir les enveloppes et de procéder aux négociations pour obtenir une proposition de prix la plus proche de l'estimation faite, avec la volonté première du directeur d'utiliser les deniers publics de façon efficiente. Le directeur de l'établissement de Penne d'Agenais engage les négociations à partir du 14 janvier 2004 date de dépôt des candidatures. A la clôture 35 offres ont été déposées pour les 16 lots relancés. Après une phase de négociation, 12 lots sur 16 sont attribués, 4 déclarés sans suite. 3 des 4 lots déclarés sans suite feront l'objet, selon le nouveau CMP d'un marché attribué sans procédure préalable<sup>47</sup> et le 4<sup>ème</sup> est abandonné. Le montant toutes taxes comprises (TTC) des travaux notifiés s'élève à 11 733 143,71 euros pour un montant total du coût de l'opération fixé à 15 500 000 euros.

Pendant ce passage de négociation, l'expectative de la phase de chantier arrive. Il est nécessaire de la préparer pour anticiper au maximum les désagréments que vont causer ces travaux et ceci phase par phase.

---

<sup>46</sup> Article 68 de l'ancien CMP et article 65 dans le nouveau CMP

<sup>47</sup> Article 27 du nouveau CMP : pour les travaux dont le montant des lots est inférieur à 1 million d'euros avec un montant cumulé qui ne doit pas excéder 20% de la valeur de l'ensemble du marché.

### c) *L'installation du chantier*

La période de préparation du chantier est fixée légalement à 30 jours<sup>48</sup>. Elle sera le début d'une autre aventure à anticiper avec l'identification de la mission des acteurs et des réunions de chantier<sup>49</sup> et surtout l'anticipation au maximum des dysfonctionnements créés par un chantier dans un établissement qui continue de fonctionner. Celle de l'HL de Penne d'Agenais a commencé en juin 2004.

## 2.3.2 Les démarches administratives

### A) Les démarches administratives de validation

Dans la perspective de réhabilitation d'un établissement il est incontournable pour le directeur d'organiser les démarches administratives de validation et d'autorisation<sup>50</sup> tout au long du projet. La validation va se faire auprès des acteurs chargés de décider et de définir localement la politique de soutien, d'accueil, de services et de logement auprès des personnes âgées.

Cela concerne en interne, pour avis les instances de la CME, du CTE, du CHSCT, de la CSI, du CVS et pour validation le CA. En externe, cela concerne en particulier le Conseil Général (CG), la DDASS, l'ARH, la DDE.

Ensuite il y a les acteurs chargés de réguler ou d'autoriser le projet suivant des normes affichées ou non, de donner un accord ou un avis obligatoire comme c'est le cas de la CRAM par exemple. Il y a encore les acteurs responsables de la prise en charge et du coût des services et donc de la solvabilisation des usagers tels que la CRAM ou le CG. Enfin les acteurs susceptibles de participer au financement de l'opération, caisses de retraites, collectivités territoriales. Les mécanismes de partenariat sont difficiles à maîtriser et c'est le directeur qui est chargé de s'assurer de la bonne compréhension du projet par les différents acteurs en leur présentant le projet clairement et régulièrement.

Le projet de restructuration doit être validé par les autorités de contrôle le CROSS et l'ARH pour ce qui concerne l'HL. En fonction du partage des compétences entre les départements et l'État, l'autorisation est délivrée par le président du Conseil Général ou conjointement par le président du Conseil Général et par le représentant de l'État dans le département. L'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le CROSS

---

<sup>48</sup> ARMAND J, REFFESTIN Y, COUFFIGNAL D et al. *Conduire son chantier*. Paris : Le Moniteur, 7<sup>ème</sup> édition, 2003. 288 p.

<sup>49</sup> Annexe 5 : identification des acteurs en phase de chantier pour un projet de restructuration d'établissement.

<sup>50</sup> Directives mentionnées dans le décret n°95-185 du 14 février 1995.

compétent émet un avis sur tous les projets de création, ainsi que sur les projets de transformation et d'extension portant sur une capacité supérieure à un seuil fixé par décret en Conseil d'État, d'établissements ou de services de droit public ou privé. Selon l'article L. 313-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) « *L'autorisation initiale est accordée si le projet :*

*1° Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont il relève ;*

*2° Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 précitée ou pour son application et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information respectivement prévus aux articles L. 312-8 et L. 312-9 ;*

*3° Présente un coût de fonctionnement qui n'est pas hors de proportion avec le service rendu ou les coûts des établissements et services fournissant des prestations comparables ;*

*4° Présente un coût de fonctionnement en année pleine compatible avec le montant des dotations mentionnées, selon le cas, aux articles L. 313-8, L. 314-3 et L. 314-4, au titre de l'exercice correspondant à la date de ladite autorisation. »*

Selon le contexte d'implantation du projet, l'ABF peut intervenir. Le village de Penne d'Agenais étant un site classé, c'est ce qui s'est produit pour l'HLM, où l'ABF est intervenu pour donner son autorisation. Il a modifié la composition de la couverture de l'avant toit et exigeait de préserver un site "mémoire" sur la place, retardant ainsi d'un an l'avancée du projet et augmentant au final le coût de réalisation des travaux.

La demande de permis de construire et de démolir<sup>51</sup> s'effectue au même moment, en phase APS, auprès de la mairie. Ce permis affiché en mairie peut faire l'objet de protestations des habitants de la commune. A l'HLM de Penne d'Agenais c'est l'équivalent de 4 120 m<sup>2</sup> de surface utile qui va être restructuré pour ensuite avoir 6 490 m<sup>2</sup> de surface utile occupée. Le permis a donc été déposé en 2001 et a fait l'objet d'une rectification. Le directeur de l'HLM de Penne d'Agenais a eu également à répondre aux voisins qui ont contesté le permis de construire.

Le propriétaire doit également s'assurer de l'absence d'amiante et le cas échéant de procéder à son enlèvement selon des règles de sécurité stricte<sup>52</sup>. Celle contenue dans les

---

<sup>51</sup> Loi n°76-1285 du 31 décembre 1976

<sup>52</sup> Loi n°96-98 du 6 février 1996

pavillons de la MR de Penne d'Agenais sera enlevée dès le début des travaux en première phase.

La déclaration réglementaire d'ouverture de chantier qui doit être adressée au maire de la commune et celle qui reste à la diligence du MO s'adresse par exemple à EDF et GDF ainsi qu'aux services de la voirie.

La diffusion du Plan Général de Sécurité (PGS) et Plan Particulier de Protection de la Santé (PSPS) doit être faite auprès de la DDE, CRAM, de l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux publics (OPPBT), ainsi qu'à toutes les entreprises qui envisagent de contracter. Sa consultation doit être possible par le médecin du travail, les membres du CHSCT.

## B) La recherche de financement

Les études menées pour la création, la transformation ou l'extension d'un établissement doivent inclure une étude financière et un plan de financement. Pour financer les investissements mobiliers et immobiliers, les établissements de soins disposent de plusieurs sources de financement : l'autofinancement, les emprunts, ainsi que l'aide des autorités tarifaires. Ces sources de financement peuvent également être complétées par des subventions d'autres partenaires. Le Directeur d'un hôpital local engagé dans un projet de restructuration doit veiller au maximum à limiter le surcoût occasionné par les travaux et pesant sur le particulier au final. Ce travail de recherche de financement est particulièrement long et fastidieux, sa réussite est conditionnée par les capacités du directeur à proposer son projet et à développer une stratégie financière efficiente.

### a) *Les études financières*

Pour obtenir des financements, le Directeur a un éventail d'alternatives qui s'offre à lui afin de limiter les charges financières qui pèseront sur l'établissement.

#### ▪ Les aides Européennes

Pour l'HL de Penne d'Agenais, un dossier de demande d'aide européenne dans le cadre du Fond Européen de Développement Régional (FEDER) a été déposé sans suite favorable.

#### ▪ Les aides de l'Etat sous forme de subvention

Pour obtenir les aides de l'Etat sous forme de subvention, il est nécessaire d'entrer dans le cadre d'un dispositif de financement particulier.

Le directeur de l'hôpital de Penne d'Agenais, malgré la présentation de plusieurs dossiers auprès de l'ARH Aquitaine, n'a pas obtenu l'intégration du projet dans les deux dispositifs suivants :

- le Fond d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux (FIMHO) en 2000 et 2001 pour un montant demandé de 1 238 648 euros soit 50% du montant des dépenses relevant dans le projet global du secteur sanitaire.
- Le Fond de Modernisation Sociale des Etablissements de Santé (FMESPP) en 2003.

Néanmoins, suite à une conférence budgétaire organisée en février 2004 au sein de l'établissement réunissant tous les financeurs, le directeur a obtenu un engagement de l'ARH Aquitaine acceptant de financer le surcoût sur le groupe 4 qu'occasionne le plan de financement.

- Les aides des collectivités territoriales (Région, Département, Commune)

Toujours en référence à l'exemple de l'HL de Penne d'Agenais, le CG a accepté depuis 2001 une baisse de l'exploitation des places en maison de retraite et l'augmentation progressive du prix de journée. La Direction Départementale de la Vie Sociale (DDVS) a octroyé à l'établissement une subvention d'environ 915 000 euros.

- Les aides des organismes de sécurité sociale

Le directeur peut repérer dans son projet les dispositifs susceptibles de répondre à des orientations nationales. L'HL de Penne d'Agenais prévoit un dispositif de 8 places en hébergement temporaire et peut bénéficier à ce titre de financement par l'assurance maladie. Une autre possibilité, consiste à bénéficier d'un prêt à taux zéro. Certes l'établissement devra à terme rembourser les sommes prêtées mais la charge financière du fait des intérêts est nulle. L'HL de Penne d'Agenais bénéficie à ce titre d'un prêt d'environ 1 850 000 euros octroyé par la CRAM.

- Les aides des caisses de retraite complémentaire

Le directeur a la possibilité de solliciter le concours des différentes caisses de retraites, Mutuelle Sociale Agricole (MSA), CNAVTS, CNAV : chaque caisse dispose d'un budget consacré à l'action sociale en faveur des assurés. Dès lors que le projet entre dans le cadre des orientations que chaque caisse s'est fixée, il est possible d'obtenir des aides financières. Cependant, l'octroi de ces aides reste souvent conditionné par la réservation d'un nombre de places d'hébergement destinées aux assurés des caisses.

- Les aides d'organismes financiers publics (caisse d'Epargne, Crédit Foncier, Caisse des dépôts et consignations)

Là encore le bénéfice de ces aides, mêmes si elles existent, n'est pas une évidence et mérite une attention particulière. Le directeur de l'HL de Penne d'Agenais a sollicité en 2000 auprès de la DDE, une aide au financement du projet de restructuration pour un montant estimé à 600 000 euros dans le cadre des prêts locatifs sociaux attribués aux

constructions d'hébergement pour personnes âgées. L'objet de ce prêt est d'aider la construction de logements sociaux sous certaines conditions de loyer et de confort, et de bénéficier d'une Taxe Valeur Ajoutée (TVA) à taux réduit sur les travaux de réhabilitation ou des parties correspondant à l'habitation. Les dossiers sont instruits par la DDE et la personne ayant instruit ce dossier l'a éconduit au motif que seuls les foyers logements étaient concernés. Sur l'insistance de plusieurs promoteurs de maison de retraite dans le département, les services de la DDE ont saisi leur administration centrale qui ont bien confirmé que la possibilité d'obtenir de tel prêts en faveur des MR n'était pas formellement interdite par la réglementation en vigueur. L'octroi de ces prêts qui doivent être autorisés par la DDE avant d'être sollicités auprès des banques était une solution intéressante permettant de diminuer le coût du prix de journée aux résidents. Lors de la consultation des banques pour l'obtention du prêt, une des banques candidates s'étonnait pendant l'entretien que l'établissement n'ait pas pu obtenir ce prêt ayant encore des fonds réservés à cet effet et non utilisés au premier trimestre 2004.

- Les aides d'organismes publics ou privés, le mécénat et le sponsoring

La Fondation des Hôpitaux de France peut être sollicitée pour des opérations d'équipement.

#### *b) Le plan de financement*

Celui-ci doit être mené avec beaucoup de rigueur. De lui dépend en effet la solidité du fonctionnement à venir. Il s'agit, dans un premier temps, d'évaluer le coût de l'opération sans le sous-estimer, puis d'indiquer les sources de financement sous forme de subvention et d'emprunt. Il faut ensuite préciser l'échéancier des recettes et des dépenses, chiffrer la charge annuelle de remboursement des emprunts et effectuer un tableau prévisionnel des amortissements. Le coût des travaux de l'hôpital local de Penne d'Agenais en 2000 était estimé à 12 000 000 d'euros, au final en juin 2004, l'estimation du projet est fixée à 15 500 000 euros hors équipement du mobilier. Son financement trouve plusieurs sources. Le Directeur dans le cadre financier doit faire preuve de beaucoup de finesse sur le plan stratégique. Pour ce qui concerne l'exemple sus cité, le directeur a bénéficié d'une conjoncture économique favorable permettant d'emprunter à un taux autour de 5% maximum inférieur à celui prévu au départ de 6,5%. Cet élément a atténué l'augmentation considérable de 3 500 000 euros du coût estimé à l'origine de l'opération en 2001. Le responsable de l'établissement suite à consultation de plusieurs offres a également contracté un emprunt à taux variable avec une période de tirage fixée à 5 ans en fonction des besoins. C'est un procédé novateur encore peu utilisé par les établissements publics de santé qui doit être suivi de façon précise. A cet effet, la banque propose une aide à la décision dans le contrat.

Tableau de financement du plan de restructuration de l'HL de Penne d'Agenais – Mai 2004

| Financement                                       |                     | Répartition 32 lits SSR :<br>1/3 construction 2/3 réhabilitation<br>20% du coût total | Répartition 144 lits "EHPAD"<br>¾ construction et ¼ réhabilitation<br>80% du coût total |
|---|---------------------|---|---|
| <b>Coût</b>                                       | <b>15 500 000 €</b> | <b>3 100 000 €</b>  | <b>12 400 000 €</b>   |
| <b>Financements</b>                               |                     |   |   |
| Legs Autefage                                     | 1 868 115,22 €      |   | 1 868 115,22 €  |
| Auto Financement                                  | 223 699,85 €        | 42 792 €  | 180 971 €   |
| Subvention CG                                     | 914 694,10 €        |   | 914 694,10 €  |
| Prêt CRAMA 0%                                     | 1 856 432 €         |   | 1 856 432 €   |
| Emprunt sur 30 ans<br>Amortissement sur 30<br>ans | 9 500 000 €         | 3 057 208 €   | 7 579 788 €   |

c) *Une contrainte majeure au plan de financement pour la partie MR*

La contrainte du prix de journée pour les résidents : pour la partie MR le résident est tenu de s'acquitter d'un prix journalier au titre de l'hébergement. Ce montant est destiné à financer les dépenses relatives à la mise à disposition d'une chambre, à son entretien, aux repas mais également aux frais financiers de l'établissement. Inévitablement toute nouvelle construction pèse sur le prix de journée dès lors qu'un recours à l'emprunt est décidé. L'HL de Penne d'Agenais après comparaison avec les structures environnantes avec l'accord du Conseil Général a fixé un plafond de prix de journée de 45 euros, une condition incontournable lors du montage du plan financier de l'établissement.

### 2.3.3 Les aléas rencontrés par le directeur

Outre le fait qu'il doit assumer ses fonctions courantes de gestionnaire d'un établissement public de santé, le directeur est confronté à des aléas divers dont ceux du projet de restructuration qui viennent s'ajouter au quotidien. Ce paragraphe se sert directement de l'expérience du directeur de l'HL de Penne d'Agenais pour se construire et n'est en aucun cas exhaustif dans son énumération. C'est un moyen de constater combien la charge de travail du directeur et de ses collaborateurs est augmentée pendant cet épisode de conception du projet. C'est également le moment de mesurer combien les exigences de compétences polyvalentes du directeur dans un HL sont indispensables en tenant compte également de la petite équipe administrative qui s'avère souvent très compétente malgré le manque de qualification avérée.

Dans son quotidien, depuis 1999, le directeur a dû mettre en place les 35 heures de jour et les 32 heures de nuit en 2004. Pour respecter la politique de qualité autant sur le plan sanitaire que médico-social il met en place une démarche d'évaluation. La visite d'accréditation de l'établissement est prévue en 2006 ainsi que la signature de la

convention tripartite fixée en 2005. Concernant la gestion des ressources humaines le directeur a géré en 2003 deux affaires de contentieux avec le tribunal administratif. Il a dû se passer ponctuellement des services d'un de ses collaborateurs principaux sur le secteur du budget qui s'est fait élire maire de la commune où est localisé l'établissement. Cet évènement est intervenu au moment délicat de choix des entreprises. Dans le cadre de la convention administrative avec le CH de Villeneuve sur Lot, le directeur de l'HL de Penne d'Agenais est également directeur Adjoint dans ce CH sur le département gériatrique. Il est responsable en particulier de l'EHPAD de Villeneuve sur Lot qui a bénéficié également d'un projet de restructuration et de la procédure suivie pour signer la convention tripartite en 2003. C'est aussi à ce titre que le Directeur impulse le projet du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) du Villeneuvois en mai 2004. De plus, cette convention administrative n'exerce pas ses engagements dans la totalité : le CH de Villeneuve sur Lot rentre dans le cadre d'un projet de fusion et reconstruction inscrit dans le plan hôpital 2007. L'équipe de direction très sollicitée ne peut pas répondre aux besoins de l'HL de Penne d'Agenais sauf ponctuellement. Les conventions signées entre établissement ne sont pas systématiquement l'objet au préalable d'une étude de faisabilité de regroupement des moyens humains et matériels mais sont plutôt une réponse à une obligation réglementaire. Ils se retrouvent souvent dans l'incapacité d'assumer l'augmentation de la charge de travail. Néanmoins, le directeur a pu bénéficier des conseils financiers de l'équipe du CH et d'un soutien régulier du Directeur.

En 2004, les deux Services de Soins Infirmier à Domicile (SSIAD) dépendant des deux structures font l'objet d'une demande d'extension validée par la DDASS. Le directeur s'avère être un manager qui tout au long de la mise en place des étapes du projet de restructuration doit assurer la continuité et ne pas se laisser envahir par l'effet du "à faire dans le cadre du projet de restructuration". Pour avoir coordonné une partie de l'auto évaluation c'est une expression que l'on retrouve souvent dans la réponse aux questions. Le directeur doit donc au quotidien encourager les équipes et les satisfaire en exerçant des actions d'amélioration quotidienne, là encore le fruit d'une stratégie réfléchie au long terme.

Les exemples d'aléas plus particuliers au projet de restructuration sont également nombreux.

L'épisode de l'ABF cité ci-dessus, le voisin qui se plaint et conteste le permis de construire, ensuite inquiet des dégâts que pourrait causer la démolition d'un mur mitoyen à sa propriété. Un autre dont la maison, non habitée, se situe au milieu des constructions de l'HL qui ne veut pas céder son terrain malgré toutes les propositions de rachat de l'HL et de la mairie. C'est également la presse qui n'est pas très exhaustive dans son information et qui ne favorise pas les relations avec le village. L'épisode de la remise en question de la pérennité de la mesure d'assujettissement de la TVA à 5,5% en décembre

2003 dont la suppression aurait remis en cause le plan de financement de la restructuration. Hormis l'ouverture des plis en septembre 2003 qui a remis en cause la pérennité du projet, d'autres éléments sont sujets à perturbation, plusieurs réunions de négociation laissant apparaître des défauts dans la rédaction du CCTP qui ne peut être changé, source de dépenses supplémentaires. Le directeur, dans le cadre de la passation des marchés et de la négociation avec les entreprises, a une mission qui requiert des connaissances techniques et réglementaires très précises. Même s'il se fait accompagner dans sa mission par la DDE, la MOE et le BET, pour asseoir son analyse et la présenter clairement au CA, le MO occasionnel doit être très précis. Pour certaines procédures le directeur peut s'entourer de spécialistes tel qu'un conseiller juridique.

En conclusion, le projet d'établissement préalable indispensable à la programmation du projet de restructuration, concerne en particulier la prise en charge globale de l'établissement et permet d'assurer sa vie au quotidien. S'il est le fruit d'un travail collectif c'est aussi un exercice qui permet au directeur et au personnel de l'établissement d'apprendre à travailler ensemble. Le directeur et son équipe s'interrogent sur plusieurs points, celui de la pérennité de l'établissement, la population accueillie dans l'établissement et ses besoins, et enfin, comment y répondre. Ceci étant posé, il reste à entériner le projet de restructuration et respecter les étapes décrites. Seulement, cette démarche est vide de sens si elle ne considère que l'architecture, la "carapace". Un projet de restructuration ne peut pas exister sans considérer la vie de l'établissement. Les étapes décrites ci-dessus semblent très simples et coordonnées. Néanmoins, considérant les inconvénients que subissent les hôpitaux locaux cités dans la première partie et la durée de conception du projet, 8 ans pour Penne d'Agenais, il est indispensable que toutes les personnes de l'établissement se l'approprient pour en accepter les inconvénients, les nuisances, et le travail supplémentaire. Qui de mieux que le personnel qui y travaille et les usagers pour partager leur quotidien et faire évoluer le projet ? Le directeur, pour pallier les inconvénients que rencontre l'établissement tout au long de sa route, devra utiliser des outils fédérateurs pour son projet et la vie quotidienne de l'établissement. Il peut concrétiser ce choix dans la conduite de projet participative en utilisant des outils que lui propose la législation mais également le concept de l'ergonomie du travail. Dans une démarche de projet, la restructuration devient une construction collective.

### **3 POUR QUE L'ARCHITECTURE SOIT AU SERVICE DE LA VIE DE L'HÔPITAL LOCAL : LE CHOIX D'UNE METHODOLOGIE**

Thierry HOET<sup>53</sup>, architecte, décrit l'évolution des constructions architecturales pour les hôpitaux et constate que les variantes de la restructuration désormais se présenteront plus pour la fonctionnalité, l'organisation du travail autour d'un patient. Cette vision confirme qu'il est nécessaire de remettre en cause les évidences et de se remettre en cause pour pouvoir entreprendre. Pour trouver un consensus entre sa volonté de respecter les procédures et celle de répondre aux besoins réels des utilisateurs, le directeur doit s'efforcer de trouver une méthode fédératrice, la démarche en ergonomie en est une. Concevoir un espace hospitalier c'est donc rendre compatibles et harmonieuses des visions différentes du monde, travailler en mode projet, construire une représentation partagée, le jargon des différents corps de métiers doit être traduit en mots simples. C'est en quelque sorte une façon de concilier les points de vue, et de faire des arbitrages. C'est une certaine conception du management qui s'exprime ainsi sur cette dimension particulière du métier de directeur : celle de bâtisseur. Le maître d'ouvrage devient par construction une équipe autour d'un chef de projet dont le rôle majeur sera de fédérer les différentes compétences et de faire que les multiples partenaires s'animent autour d'un objectif bien défini qu'il est de l'intérêt de tous de mener à son terme. La réalisation de la conduite de projet à travers l'ergonomie de conception est un moyen peu utilisé encore mais très adapté aux besoins de la structure. Elle peut également s'appuyer sur des outils que la réglementation met à la disposition du directeur tels que le marché de définition peu usité également mais complémentaire à la démarche ergonomique en conduite de projet. Cependant, il existe des freins à cette méthodologie, le rôle du maître d'ouvrage dans tous les cas est de faire une succession de choix.

---

<sup>53</sup> HOET T. *L'hôpital confronté à son avenir*. Paris : Lamarre, 1994. 229 p.

### 3.1 La conduite de projet : le choix d'une démarche en ergonomie de conception

« Si tu diffères de moi, loin de me léser tu m'enrichis » Antoine de Saint Exupéry

Il est difficilement concevable pour le directeur de l'établissement de prétendre maîtriser parfaitement l'ensemble du dispositif et communiquer avec l'ensemble des acteurs de l'opération. Pour faire face aux inévitables difficultés, il peut faire appel à un œil extérieur, expert et avisé, qui l'assistera dans son projet, l'ergonome. Mais qu'est-ce que l'ergonomie et la conduite de projet, comment cette discipline va-t-elle pouvoir apporter son aide à un hôpital local qui envisage sa restructuration ?

#### 3.1.1 L'ergonomie à l'hôpital : se défaire des vieux schémas

Définir l'ergonomie semble un exercice périlleux tant cette matière est diverse. Toutefois, comme l'étymologie du mot l'indique elle désigne une science du travail. Une autre représentation de l'objectif de l'ergonomie est de penser que l'ergonomie c'est produire du matériel ergonomique. L'expression souvent utilisée "ce n'est pas ergonomique" en est une démonstration. L'ergonomie est un secteur qui s'est développé depuis les années 50 bien plus vaste en fait et qui s'appuie sur des techniques d'observation et de résolution très pragmatiques.

##### A) L'ergonomie, un concept

*"L'activité à l'hôpital, c'est d'abord le soin, c'est à dire la prise en charge d'une femme, d'un homme.... par des femmes et des hommes, professionnels compétents qui sont à son service. Cette prestation de soin est essentiellement du travail, avec le sens très fort donné par les hospitaliers à cette notion de service au malade. Soigner l'autre signifie t-il que l'on oublie le soin de soi-même ?". Edouard Couty<sup>54</sup>.*

L'ergonomie va répondre à cette nécessité d'écoute de soi pour la personne qui travaille, d'amélioration de ses conditions de travail. Ces améliorations des conditions de travail dans un contexte hospitalier sont indispensables et permettent au personnel d'être plus disponible, à l'écoute de l'autre. L'ergonomie, dans le sens le plus large, se définit comme étant la mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés par le plus grand nombre. Elle contribue à la conception ou à l'évolution des situations de travail non seulement sous l'angle de leurs conditions matérielles mais surtout dans leurs dimensions socio-organisationnelles afin que le travail puisse être réalisé dans le respect de la santé et de la sécurité avec un maximum de confort, de satisfaction et d'efficacité.

---

<sup>54</sup> Préface. ESTRYN-BEHAR M. *Ergonomie Hospitalière*. Paris : Estem, 1996. 568 p.

C'est une science qui est destinée à comprendre le travail pour le transformer et ainsi adapter l'outil à l'homme et non pas le contraire. Ce n'est pas une notion idéaliste. En effet, elle a également pour objectif d'optimiser le travail au long terme en améliorant les conditions de travail de l'homme. Les critères de l'action ergonomique, menée dans l'intérêt des personnes et des entreprises, concernent d'une part la santé, la sécurité, le confort et les compétences des personnes, d'autre part l'efficacité et la qualité du travail. Cette action sert donc à la fois la santé de l'être humain en terme de prévention mais également l'économie d'un système puisqu'elle contribue à la réorganisation du travail pour une meilleure productivité. Dans le cadre du service public, l'amélioration de la productivité est traduite dans le service rendu aux usagers et contribue de ce fait à l'amélioration de la qualité. Deux courants principaux coexistent dans le domaine de l'ergonomie. Le premier, celui des "Human factors" qui est centrée sur les caractéristiques anthropométriques, physiologiques, cognitives des hommes à prendre en compte pour la transformation des systèmes. Cette approche principalement développée par les anglo-saxons est dominante au plan international. Et le second, une ergonomie centrée sur l'activité de l'homme qui s'appuie sur l'analyse du travail réel pour contribuer à la transformation et ou à la conception des situations et des systèmes de travail<sup>55</sup>. Elle permet par exemple en analysant le travail réel d'une IDE, de déterminer les informations dont l'IDE a besoin pour réaliser son travail et ainsi définir des caractéristiques essentielles d'une nouvelle situation de travail. Cette approche est principalement développée par les pays francophones et tend actuellement à se répandre dans l'univers anglo-saxon. Ces deux approches en ergonomie sont d'ailleurs complémentaires.

#### B) La démarche ergonomique : une méthode

Toute intervention ergonomique impose de caractériser l'ensemble des paramètres d'une situation de travail : les opérateurs, la tâche et ses conditions de réalisation, le contexte socio-économique culturel, les résultats du travail et ses effets sur les personnes. Pour cela l'ergonome intervenant va respecter plusieurs étapes, tel un directeur dans un projet de restructuration d'un hôpital local, à la différence qu'elles ne sont pas réglementées.

La première étape constitue le point de départ de l'intervention ergonomique : l'analyse de la demande. C'est à dire la reformulation des raisons évoquées pour l'intervention de l'ergonome – le problème et l'interlocuteur qui fait la demande – les acteurs, mais également les enjeux, le champ d'action potentiel et le contexte général. Il s'agit ensuite de définir une intervention ergonomique et de la proposer.

---

<sup>55</sup> GUERIN F., LAVILLE A., DANIELLOU F. et al. *Comprendre le travail pour le transformer*. Lyon : ANACT, 2001. 287 p.

Ceci étant fait, l'intervention ergonomique consiste à observer, décrire et analyser les actes de l'opérateur pour rendre compte de la cohérence du travail en rapprochant la description de la tâche et la description de l'activité. Les éléments observables sont de deux ordres comportementaux comme la direction du regard par exemple ou des actions caractéristiques du métier souvent désignées par des termes de métier. Le résultat des observations doit être confronté à la réalité auprès des opérateurs.

Enfin, l'ergonome élaborera un diagnostic à partir des résultats de l'analyse du travail et des entretiens comprenant des éléments démontrés. Le diagnostic en ergonomie ne se bâtit pas sur des suppositions mais sur des faits vérifiés de façon à tendre vers une rationalité optimale. Suite à ce diagnostic, l'ergonome fait des propositions d'action de transformation sur les situations de travail et une évaluation. Il est à noter que la démarche ergonomique dans une entreprise progressivement peut prendre une grande ampleur. Une entreprise étant construite sur un système interdépendant il n'est pas rare que vouloir améliorer les conditions de travail sur un poste conduise à repenser la totalité de l'organisation du travail dans une entreprise. L'idée de restructurer un établissement devrait de ce fait ne pas systématiser la présence d'un ergonome en particulier pour penser l'organisation du travail. L'ergonomie de conception est une spécificité qui répond aux besoins de la restructuration d'un établissement. Elle s'appuie sur le présent pour mieux prévenir l'avenir.

### **3.1.2 L'ergonomie de conception : une notion du faire avec l'existant pour construire progressivement**

C'est en 1987 que sont posées les premières bases de l'intervention ergonomique en conception consistant à participer à la conception de l'ensemble du lieu de production le plus en aval possible afin d'intervenir désormais en préventif plutôt qu'en curatif. De nombreux travaux ont donc défini des modalités d'intervention ergonomiques, la mise en œuvre de démarches participatives et enfin la définition de la dimension organisationnelle collective et sociale de la conception. C'est là qu'apparaissent les premières demandes d'intervention pour assister des directeurs dans le cadre de projet de restructuration, ce qui a permis de développer l'AMO. Il peut également être amené à travailler auprès de la MOE.

#### **A) La démarche de l'ergonomie de conception**

Dans un projet de façon habituelle, l'activité future est supposée être le reflet fidèle des tâches définies préalablement. Cette hypothèse ne se vérifie jamais et la contribution du personnel est toujours indispensable pour permettre le fonctionnement des systèmes de production ou de services." *L'apport spécifique de l'ergonomie dans la conception est*

*donc de fournir des moyens de prendre en compte l'activité future dans les décisions de conception*" Christian MARTIN<sup>56</sup>. La démarche peut se décomposer en trois étapes. La première, consistant à choisir et analyser des situations ou des sites de références. La deuxième où l'ergonome définit des Situations d'Action Caractéristiques (SAC) qui serviront de base pour l'étude. Dans le cas de la restructuration de l'HL de Penne d'Agenais c'est l'HL et l'expérience de l'ergonome qui a fourni ces SAC. Et la troisième, qui consiste à faire des simulations sur plan ou sur maquette. La conception consiste à explorer, à construire tout en gérant des contraintes et ceci de façon progressive, c'est à dire tout au long du projet.

Pour toutes ces démarches l'ergonome ne travaille pas seul, il sollicite de manière générale tous les acteurs qui sont en lien avec le projet. Il utilise une démarche participative et par exemple effectuer des simulations pour l'ergonome consiste à demander à des utilisateurs futurs leur opinion ou à mettre en évidence des difficultés qu'ils pourraient rencontrer. L'enjeu de l'introduction de l'ergonomie est surtout d'éviter les écueils trop souvent rencontrés d'avoir un hôpital neuf qui n'est pas adapté aux utilisateurs parce que l'on n'a pas considéré les situations de travail réelles. Ceci avec toutes les incidences déplorables que cela peut avoir sur la qualité des soins. De plus la position de l'ergonome dans l'équipe est importante de préférence et doit se situer au plus près de l'organe décisionnel.

#### B) Un objectif : faire communiquer des logiques pluridisciplinaires

La conception est le fruit d'un travail collectif d'un ensemble d'acteur. C'est en particulier la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre qui vont représenter pour l'un l'établissement à restructurer et pour l'autre la technique. S'il intervient le plus en amont possible, l'ergonome est l'élément charnière qui va s'efforcer de faire communiquer les différentes logiques afin d'obtenir un consensus optimal entre les besoins et les impératifs techniques. L'activité de conception dans une conduite de projet architectural est un processus social dynamique et complexe, un processus de négociation permanent. Il intègre de multiples logiques hétérogènes, MO, MOE, usagers qui constituent un référentiel auquel la description ergonomique de l'activité doit être rattachée afin d'influencer le processus de décision.

Lors des échanges sociaux dans une intervention, on voit souvent s'affronter des objectifs, des compétences, des positions hiérarchiques, des intérêts, des représentations du travail très divers qui trouvent pourtant, dans des conditions de coopération, un fil conducteur commun : l'intention d'agir sur une situation, un environnement de travail pour

---

<sup>56</sup> MARTIN C. *Maîtrise d'ouvrage – Maîtrise d'œuvre construire un vrai dialogue* Toulouse : Octarès, 2000. 228 p.

optimiser le fonctionnement, la qualité des soins et la sécurité. Il est donc nécessaire pour cela d'assurer de façon précoce une coopération satisfaisante entre les membres du projet.

Par exemple, le positionnement de l'architecte en tant que maître d'œuvre dans le cadre du projet est important. En effet du fait de son histoire, de son positionnement social et enfin de son expérience cette profession n'est souvent pas prête à faire des concessions. Cela évolue, désormais, il doit être celui qui aide un groupe dans un contexte social et culturel particulier tel que le monde de l'hôpital et celui qui met ses connaissances techniques au service de l'organisation. Il en va de même pour le directeur, maîtrise d'ouvrage occasionnelle, il doit s'affirmer dans ce rôle pour conduire le projet et défendre les intérêts des utilisateurs de l'établissement qu'il gère et ceci sans oublier le contexte économique.

L'ergonome par sa connaissance de l'activité, sur son versant fonctionnel, humain, mais aussi technique va participer au processus de rencontre des différents acteurs. C'est pour cela que son intervention doit se situer le plus en amont possible afin de sensibiliser le plus grand nombre d'acteurs aux autres logiques, tout en atténuant les interférences hiérarchiques. Un positionnement plus près du décideur permettra également d'optimiser son action. Son rôle n'est pas de prendre des décisions mais d'entériner des orientations. Cette coopération permet également de fournir à la MO des données relatives à l'activité future probable du projet en question et des autres structures impliquées. Ceci permet d'enrichir les objectifs de la conception au delà de la dimension technique par la connaissance par exemple du corps humain, des situations de travail, des besoins physiologiques de la population âgée. Cette collaboration sociale va permettre à la MOE d'intégrer par le biais de simulations validées par les opérateurs, les variabilités fonctionnelles et humaines au cahier des charges ou au programme. Des échanges, des compromis, des négociations permettent d'étoffer le projet dans sa phase précoce et d'y intégrer une réflexion orientée sur l'étude de l'homme au travail. Mais ce processus de conception est assujéti à la procédure des marchés publics qui définit de façon précise la démarche à suivre dans le cadre d'une restructuration d'établissement public. Il a deux solutions possibles en fonction du choix que fera le directeur.

### C) Deux modélisations du processus de conception

#### a) *Définition et résolution du problème*

Dans le cadre de la démarche classique du processus de la conception, le modèle consiste d'abord à définir et ensuite à résoudre le problème. On identifie les phases suivantes développées dans la deuxième partie de ce mémoire :

- La phase de la programmation où l'on découvre le problème, l'identifie et le formalise en fixant des objectifs et se concrétise par la remise d'un programme.
- La phase de conception où l'on étudie les grandes familles de solution et où on les choisit.
- La phase de la réalisation qui consiste à mettre en œuvre les solutions et qui débute les travaux.

Dans ce schéma, le programme est un outil définitif dont les données manquantes sont supposées être des lacunes. Seulement l'exhaustivité du programme établi la première année de la phase de conception du projet est contestable et n'a pas grand chose à voir avec la réalité. De plus il s'oppose à la notion de mutabilité et d'évolution constante que les établissements publics de santé ont du mal à suivre. C'est pourtant le processus le plus souvent utilisé aujourd'hui.

#### *b) Construction progressive du projet*

C'est un modèle qui convient à la situation de conception pour deux raisons. Les informations qui surviennent tout au long du processus de la conception sont pris en considération et participent à la construction progressive du projet, et ce sont les spécifications provenant du projet d'établissement par exemple, les contraintes et les informations négociées par les acteurs de la conception qui vont déterminer tout ou partie des solutions. Le programme ne sera donc jamais définitif mais complété et enrichi au fur et à mesure par des contraintes, des repères et des prescriptions négociées. La conception intervient tout au long du processus de la restructuration de la définition du projet à la réalisation et même lors de l'utilisation. Le programme est dans ce cas un outil qui relie les différents outils intermédiaires que l'on retrouve dans le processus de conception, il constitue un élément fédérateur dans lequel l'activité collective est perçue comme un élément de co-conception. Un outils réglementaire est mis à la disposition du directeur dans le CMP pour suivre ce modèle : le marché de définition, article 73 du CMP.

#### *c) L'importance du système de communication*

Le système de communication mis en place tient un rôle majeur. Il doit être structuré selon une coordination non hiérarchisée ou les interactions sont directes. Pour les acteurs il est impératif de s'assurer que chacun a connaissance des faits relatifs à l'état de la situation, traiter les mêmes données au même moment pour le même problème. Il est important également de faire en sorte que les opérateurs constituent un référentiel commun pour s'entendre. L'ergonome à ce titre propose des formations action aux participants pour favoriser la compréhension des phases principales d'un projet architectural : lecture des plans, repérage des phases.

### 3.1.3 L'intervention ergonomique à l'HL de Penne d'Agenais

L'intervention ergonomique pour le projet de restructuration de Penne d'Agenais a suivi le diagnostic court effectué par l'ARACT dans le cadre d'un projet de restructuration de la partie maison de retraite de l'établissement en 1999. Ce diagnostic précédait la mise en place de deux formations action avec le Laboratoire d'Ergonomie et des Systèmes Complexes de Bordeaux II (LESC) en vue de l'élaboration d'un schéma directeur comprenant l'analyse des situations de travail et la formation à la démarche projet. Parallèlement, la direction d'établissement impulsait la mise en place des groupes de travail nécessaire à l'élaboration du projet d'établissement.

Ce moment de réflexion indispensable a débouché sur la décision de construire un projet de restructuration global en abandonnant l'idée initiale de reconstruction de 56 lits de maison de retraite. Cette dynamique de projet a été impulsée par le LESC.

#### A) Les différents niveaux de réflexion

Pour mener à bien ce projet, différents niveaux de réflexion ont soutenu la démarche.

##### a) *Le comité de pilotage*

Il est chargé de suivre l'ensemble des travaux des différents groupes de réflexion et de proposition et de veiller à la cohérence des orientations proposées. Sa principale mission consiste à valider l'ensemble de la démarche et des choix à proposer aux instances de l'établissement.

##### b) *Les groupes projets*

Ils sont constitués sur la base de la participation volontaire, comprenant :

- Pour le projet médical, l'ensemble des médecins autorisés à exercer dans l'établissement.
- Pour le projet soignant, des surveillants, infirmiers, aides-soignants et agents de services hospitaliers des différents services.
- Pour le projet d'amélioration des conditions de travail, mené en collaboration avec l'ARACTA et le LESC, un groupe de 9 personnes représentant les médecins, les services de soins, les personnels administratifs et ouvriers ont suivi une formation action à l'analyse des situations de travail.
- Pour le projet de restructuration des bâtiments, le LESC et un cabinet d'architecte ont accompagné la direction pour l'élaboration du schéma

directeur de l'établissement, et du programme technique des constructions à envisager.

B) Les objectifs qui soutiennent l'élaboration de ce projet

a) *Une ouverture accrue sur l'environnement*

L'arrivée d'une population de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante confronte le personnel à de nouvelles pratiques et les implique à des remises en question durables et profondes. Remettre la personne âgée au centre des préoccupations, et s'ouvrir sur l'environnement ont permis une réflexion de santé publique tenant compte des données démographiques et épidémiologiques de la population du bassin d'attraction de l'établissement. Cela a favorisé en outre l'analyse des besoins à satisfaire et la recherche de complémentarité tant sanitaire que sociale sous l'aspect de filière gériatrique et de réseau gérontologique de coordination, dépassant le cadre institutionnel, incluant par exemple la dimension de l'aide au maintien à domicile pour la personne âgée qui est vraisemblablement une évolution à prendre en compte pour les années à venir.

b) *Choix d'une dynamique participative*

Il s'appuie sur la concertation et le dialogue social avec les principaux acteurs extérieurs à la structure et les personnels exerçant à l'hôpital. Cette méthodologie s'est avérée être un outil d'intégration et de décloisonnement permettant une réflexion collective sur le choix d'activités à développer, d'organisation à mettre en place et d'objectifs à atteindre.

Dans cette logique d'adaptation de la structure à l'évolution des besoins une nouvelle orientation de la politique budgétaire a été choisie d'emblée : permettre au budget de réaliser la politique retenue dans le projet d'établissement, en restant dans un cadre économique cohérent.

C) La phase d'analyse et de choix

L'analyse des conditions de travail, celle de l'activité médicale et de l'accompagnement des résidents le structurant, a mis en évidence le besoin de réorganisation générale de l'ensemble des bâtiments, d'amélioration des communications et des circulations tant verticales qu'horizontales, ainsi que la nécessaire remise en question de l'organisation des tâches autour du profil des patients accueillis et de leurs attentes. L'élaboration du schéma directeur de la structure a été un élément de cohésion pour le projet d'établissement et le projet architectural en est le fruit. Ainsi dès l'origine du projet, l'ensemble des acteurs de l'institution a été conduit à s'orienter vers une vision plus systémique du fonctionnement interne de la structure et de son ouverture sur l'environnement urbain. La méthode retenue est apparue valorisante pour plusieurs raisons. C'est une démarche qui a permis le "faire parler ensemble" des professions

diverses qui travaillent ensemble et parfois ne se rencontrent pas parce qu'ils ne "s'entendent" pas et qui a été coordonnée en particulier par les ergonomes du LESC qui sont intervenus dès la phase de conception du projet.

Le choix a été fait d'aborder la définition du projet architectural à travers l'organisation des soins et du travail dans le sens de la démarche ergonomique.

Les groupes de travail pluridisciplinaires ont travaillé et échangé sur leurs pratiques professionnelles. Le rôle fédérateur de cette démarche ergonomique fait ses preuves. Le personnel s'est approprié le projet, a donné son avis et apporté ses connaissances techniques. L'exemple du personnel technique soignant et administratif présentant le projet lors de la journée porte ouverte organisée à l'occasion de la pose de la première pierre est prégnant. Se servant des plans et de la maquette, ce sont eux qui répondaient aux questions très diverses qui leur était posées sur le phasage, les opérations tiroirs et la méthodologie utilisée. Le personnel a aussi partagé ses connaissances techniques de l'établissement permettant ainsi, par exemple, de réutiliser du matériel déjà existant pour le projet futur. Travailler dans le même sens c'est avoir un objectif commun, à cet instant le regard sur le travail de l'autre s'équilibre. Le personnel a moins l'impression de travailler plus que l'autre.

La démarche ergonomique est utile également parce qu'elle permet de formaliser une organisation du travail autour d'une charge de travail réelle qui assure une répartition de la tâche de façon plus équitable. Dans l'exemple de Penne d'Agenais le projet s'est conçu à effectif constant en personnel. C'est également un outil qui permet d'oublier les différentes scissions qu'il y a dans l'établissement du fait de son statut juridique sanitaire ou médico social et de favoriser la prise en charge globale. Ce sont là des êtres humains qui sont considérés autour d'un patient le plus souvent âgé, qui a des besoins. Les résultats de cette méthodologie sont encore probants dans l'établissement et cette méthodologie est utilisée au quotidien : le personnel apprécie désormais de travailler ensemble. Il est important de souligner que ce n'est pas un établissement idyllique et que la participation n'est pas de 100%. Comme dans tous les établissements certaines personnes ne participent pas. Ce n'est pas une obligation, ce qui reste intéressant c'est que la « toile » des professionnels participants soit constituée de diverses professions, ainsi que les personnes du village invitées à des informations régulières : ceci permet de créer un maillage efficace pour informer ceux qui ne savent pas et prévenir les désagréments.

Cette dynamique de travail va dans le sens de l'amélioration de la filière des soins gériatriques, consistant à travailler ensemble en interne avant de développer le partage des compétences en externe.

C'est également un moyen de prévenir les changements qui s'opèrent tout au long de la conception. Ayant déterminé à l'avance des situations de travail, le groupe projet au

moment de la réalisation des travaux va se réunir quotidiennement et faire part de ses remarques concernant l'évolution des travaux. Ce sont des personnels comme celui du service technique qui lors des réunions de chantier établit une veille pour répondre aux propositions de changements qui sont courantes dans le cadre des travaux. Elles sont courantes mais le montage d'un encadrement de porte au mauvais emplacement peut changer l'organisation du travail, il est donc important de veiller. Le groupe projet va aussi anticiper les déplacements prévus lors des opérations tiroirs. Restructurant sur des bâtiments où l'activité continue, il est impératif de déplacer les usagers en fonction de l'avancée des travaux. Ces opérations tiroirs sont planifiées et il reste au fur et à mesure au groupe de travail à prévoir le déplacement de l'activité et à en prévoir les incidences sur les circuits en fonction de l'activité. J'ai moi-même pu effectuer une intervention ergonomique dans le cadre de l'installation du chantier et le commencement des travaux qui a consisté à analyser les circuits sur les entrées qui devaient être condamnées et réfléchir à la répartition de l'activité sur d'autres entrées. Cette réflexion s'est faite avec le groupe projet et a conduit à anticiper les dysfonctionnements. Comme le souligne G. BRUCKER : *"il faut cesser d'improviser sur du prévisible"*.

C'est donc dans un contexte de conditions de travail et de pratiques de soins particulier que s'est installée cette volonté de restructuration de l'établissement afin de répondre à la fois à des exigences techniques mais surtout des normes de sécurité et une volonté d'améliorer les conditions de travail du personnel de l'établissement. Ce projet architectural est le fruit d'un véritable travail en collaboration avec les ergonomes et les différents acteurs en phase de conception qui se réalise tout au long du projet.

## **3.2 Les éléments complémentaires à cette démarche**

### **3.2.1 Le choix du marché de définition : quand le projet architectural répond à un consensus collectif de différents professionnels**

Pour affiner le projet, le directeur recherche une procédure susceptible de faire coïncider une volonté politique et la faisabilité technique, en respectant les règles de concurrence pour les équipes de maîtrise d'œuvre et en choisissant une procédure prévue par le CMP, notamment le choix sur concours d'une équipe de maîtrise d'œuvre. Quand il y a déjà une démarche associant dans une réflexion commune la maîtrise d'ouvrage chargée de poser le problème architectural en terme de pré-programme, et la maîtrise d'œuvre dont la mission est de répondre au mieux aux problèmes posés en offrant des solutions spatiales et compte tenu de la complexité du projet de restructuration, choisir le marché de

définition<sup>57</sup> semble opportun. Il permet de poursuivre cette collaboration indispensable entre la MO et la MOE pour finaliser un programme technique complexe qui permette de poser le plus correctement possible le problème.

#### A) Le marché de définition

"Lorsque pour des raisons économiques, techniques ou financières, le rythme ou l'étendue des besoins à satisfaire ne peuvent être entièrement arrêtés dans le marché, la personne publique peut passer un marché fractionné sous la forme d'un marché à tranches conditionnelles. Ces marchés ont pour objet d'explorer les possibilités et les conditions d'établissement d'un marché ultérieur... Il doivent également permettre d'estimer le niveau des prix des prestations, les modalités de sa détermination et de prévoir les différentes phases de l'exécution des travaux<sup>1</sup> »

#### B) Les raisons qui font choisir le marché d'étude et de définition

Le concours de MOE traditionnel ne semble pas adapté dans ce cadre de projet pour plusieurs raisons. En effet, tout d'abord l'intervention du programmiste y est prévue mais de façon trop ponctuelle et la vision du système considéré y est restrictive. La rigidité du programme ne répond pas aux besoins d'adaptation constant de la démarche de conception dans le cadre de la restructuration d'un établissement public de santé d'où la difficulté d'obtenir un programme exhaustif. La MO va alors rencontrer des problèmes pour adapter le fonctionnement des services au bâti ou pour y inclure des oublis.

Le marché de définition est donc dans le cas de l'HL de Penne d'Agenais la procédure la plus adaptée à la volonté politique de l'établissement pour définir les besoins, l'organisation et le fonctionnement souhaités, et adapter la réponse architecturale à ces critères. C'est également un moyen de travailler avec les MOE retenus dès la définition du programme. Enfin, à l'inverse de l'écueil qui consiste à adapter après coup, cela permet de réaliser le projet tel qu'il a été conçu, le processus de conception dans ce cadre étant effectué tout au long du développement du projet. Exposer les problèmes et les résoudre au fur et à mesure évite d'être surpris au final par une structure qui ne correspond pas à l'utilisation projetée au départ. C'est réaliser progressivement une projection en la confrontant à la réalité quotidiennement et en la réajustant au fur et à mesure.

Pour le directeur, le marché de définition c'est aussi respecter des règles de transparence et de mise en concurrence<sup>58</sup> puisqu'il s'agit d'une procédure prévue par le CMP. Cette

---

<sup>57</sup> article 72 et 73 du CMP décret n°2004-15 du 7 janvier 2004 abrogeant le CMP du 7 mars 2001

<sup>58</sup> La loi n°95-127 du 8 février 1985 a prévu l'insertion d'un nouveau délit en cas " d'atteinte à la liberté d'accès à l'égalité des candidats dans les marchés publics et les délégations de service public ".L'article 432-14 du Code pénal résultant de cette loi en précise les risques.

procédure lui permet également de rester ou de devenir enfin un maître d'ouvrage confirmé, en rappelant que dans le domaine architectural, les maîtres d'ouvrages occasionnels ont besoin de s'entourer du savoir faire des professionnels dont c'est le métier. Enfin, pour l'ensemble des acteurs concernés par le projet depuis son origine jusqu'à sa réalisation, c'est une occasion exceptionnelle de partager des connaissances et des savoir faire divers et variés.

### C) Les exigences du marché de définition

Pour utiliser ce processus, il est nécessaire d'avoir une maîtrise d'ouvrage bien identifiée, forte et disponible, pour faire face à une démarche longue et contraignante. La coordination entre la MOE et la MO est délicate, cette procédure n'est pas utilisée souvent et la MOE n'est pas habituée à travailler de la sorte même si cela évolue. Enfin, le processus de concertation pluridisciplinaire peut laisser présager un allongement dans le temps de la procédure de définition du projet. Cette observation est avérée, néanmoins en observant les différentes interventions des ergonomes, l'augmentation du temps consacré à l'élaboration du projet initial est compensée par une diminution des reprises APS et surtout par un temps de démarrage très réduit.

Le marché de définition est donc un outil intéressant qui devrait être accompagné de la possibilité d'inclure la participation d'une entreprise dès le départ.

### **3.2.2 Associer l'entreprise dès le départ**

Associer une entreprise dès le départ serait un atout considérable dans l'estimation de la faisabilité du projet. Dans la démarche de conduite de projet et de partage d'expérience pluridisciplinaire c'est le seul partenaire qui ne peut être associé dès le départ. Lors de l'ouverture des enveloppes lors de la CAO organisée pour choisir les entreprises, l'HL de Penne d'Agenais a eu la surprise de voir le montant de son estimation du coût des taux augmenter de 3%. Hormis les raisons de la grimpée inflationniste du coût de la construction et des matières premières et malgré la présence du BET dans l'équipe de la MOE, on a pu constater que l'organisation des phasages et la rédaction des CCTP comportait des imperfections qui auraient pu être évitées si l'on avait profité de l'expérience d'une entreprise au moment de la rédaction du projet. Ceci bien entendu a un coût. Une des raisons principales à l'impossibilité d'associer l'entreprise dès le départ provient de la nécessaire obligation au respect de la mise en concurrence des entreprises privées. Une entreprise qui se porte candidate après avis de l'appel d'offre au moment du choix des entreprises par l'établissement ne doit pas connaître le montant de l'estimation de l'enveloppe ni le contenu du projet, au risque d'être favorisée par rapport à une autre. Néanmoins, cela constitue un frein à la méthodologie participative engagée dans l'établissement. Il existe un autre outil proposé dans le CMP : la possibilité de contracter avec une entreprise générale.

Pour contracter avec une entreprise générale la MO doit dès le départ choisir un mode de dévolution en marché unique globalisé en référence à l'article 10 du CMP. Ce type de marché globalise la concurrence et contracte avec une seule entreprise qui devra assumer les aléas tout au long des travaux, coordonner l'exécution des travaux et s'assurer de l'avancée régulière des travaux en respectant un planning précis. Un choix qui me semble opportun pour répondre également à la continuité de la démarche de projet engagée dans l'établissement. En effet, même si nous l'avons vu précédemment l'entreprise ne peut pas être intégrée dès le départ dans la démarche de projet, le fait de n'avoir qu'un interlocuteur qui a de l'expérience de surcroît, peut aider à la continuité de la démarche participative entreprise dans l'établissement. C'est un choix qui permet d'éviter la longueur et la lourdeur des démarches administratives que représente le marché public par allotissement : l'envoi des dossiers de consultation à chaque entreprise candidate, l'envoi des courriers, la passation des contrats, la gestion financière du paiement des actes. Enfin c'est l'assurance pour le directeur de la continuité des travaux quoiqu'il arrive. C'est l'entreprise générale qui a la responsabilité administrative et financière des sous traitants. Un retard, le dépôt de bilan d'un sous traitant est à sa charge et la MO est dégagée de cette fonction de gestion qui alourdit son travail au quotidien.

L'HL de Penne d'Agenais n'a pas utilisé ce mode de marché unique qui aurait pu représenter un gain de temps considérable au moment de la passation des marchés. La période séparant l'AAPC et la signature des marchés a duré une année de démarches administratives, de concertation avec les entreprises, la MOE, le BET, le directeur étant accompagné par la DDE. Pour mémoire, le DCE du projet de réhabilitation de l'HL de Penne d'Agenais pèse 22 kilos. Il doit être envoyé à chaque entreprise qui le demande et ceci à chaque procédure marché d'AO pour 25 lots et 54 dossiers de candidature étudiés, une PN pour 15 lots 29 candidatures étudiées et enfin le MAPA pour 3 lots. Au cours de mon étude j'ai pu recueillir le témoignage de l'expérience de deux établissements<sup>59</sup> ayant fait usage de cette procédure en marché unique. Les deux MO étaient formelles sur leur argumentation, cela baisse le délai de réalisation. Ce procédé représente une sécurité pour l'établissement, en cas de faillite d'une entreprise ou autre problème pour la MO ou la MOE, il n'y a qu'un interlocuteur. Les travaux ayant lieu en site occupé et s'échelonnant sur plusieurs années les délais doivent être impérativement respectés ce qui est davantage garanti avec l'entreprise générale.

---

<sup>59</sup> MR Olnagier à Asnière et le centre de gérontologie et d'accueil spécialisé "la Chevreuse" (78)

Par contre c'est un mode de dévolution qui représente un surcoût de 10% plus cher en moyenne que le mode en marché alloti. Ce surcoût peut être diminué de l'économie faite sur le coût de l'OPC, des frais supplémentaires que représentent la démarche d'appel d'offre et du temps passé par le personnel, la MO et la MOE. Dans le cas du projet de restructuration de l'établissement de Penne d'Agenais, vu l'estimation du coût au départ des travaux porté à 12 000 000 d'euros, le choix de la MO d'économiser ces 10% est justifié, cette proposition est donc à adapter en fonction du projet, là encore le directeur est confronté à des choix et il sera intéressant de faire la comparaison à la restitution des travaux et quelques années plus tard.

### **3.2.3 A bâtiment fort, maîtrise d'ouvrage forte : le directeur donne le ton**

Les responsabilités du maître d'ouvrage sont spécifiées dans la loi MOP mais sa figure reste complexe, parfois multiforme voir même introuvable. Il semble essentiel que dans le projet une personne puisse bénéficier d'une délégation large de la part des différentes instances et prenne à sa charge la cohérence des différentes composantes de la MO, un chef de projet MO comme le directeur de l'HL de Penne d'Agenais par exemple. Si ce n'est pas le cas, la crainte serait que la diversité des logiques et des points de vue se traduise par de sérieuses difficultés. Selon une analyse en ergonomie<sup>60</sup> de la fonction de MO sur cinq établissements accueillants des personnes âgées, il apparaît indispensable que dans le projet une personne bénéficie de la délégation large des instances. En effet, conduire un projet de restructuration demande une maîtrise d'ouvrage forte c'est la première condition importante pour que le projet aboutisse. Le positionnement de la MO semble conditionner toute la construction du projet même si elle est représentative du besoin des utilisateurs. La seconde difficulté vient du fait que la MO ne constitue pas en soi un métier, c'est la raison pour laquelle la loi MOP offre à la MO plusieurs possibilités d'organisation comme de confier à un tiers une partie de ses attributions par exemple le mandataire ou le conducteur d'opération. Mais il reste au MO de définir la politique et d'impulser la dynamique pour affronter en particulier le temps objet de toutes les impatiences au long terme.

---

<sup>60</sup> DUBOURG D., ESCOUTELOUP J. *Positionnement de la maîtrise d'ouvrage dans le processus de conception : un enjeu pour les qualités du bâti. L'exemple de l'hébergement collectif pour personnes âgées.*

### **3.3 Les freins à ces propositions**

Après la satisfaction d'une procédure cohérente au départ, les freins à la décision et la réalisation viennent de nouveau faire évoluer le projet.

#### **3.3.1 La méthode participative a ses limites**

La concertation avec les utilisateurs constitue une méthode de gestion de projet incontournable dans le secteur public. Néanmoins, elle peut induire des risques de nature fonctionnelle, financière et juridique respectivement imputables à des imprécisions dans l'organisation financière, à des demandes inflationnistes, et à une modification de l'offre retenue. Dès lors il y a nécessité de définir les règles et les limites de la concertation pour que celle-ci conduise d'une démarche prospective des besoins et non a priori d'éviter une demande inflationniste de surfaces lors de la définition des besoins.

Le groupe projet peut ne pas rassembler les compétences nécessaires ou à l'opposé rassembler ces compétences, mais être composé de participants volontiers tentés de dépasser les limites de leurs attributions. Une autre difficulté concerne l'exercice de l'autorité. Le changement de directeur dans l'établissement en restructuration est un véritable obstacle à la continuité du travail. C'est également la participation aux groupes de travail sur le projet qui n'est pas toujours bien comprise de l'ensemble du personnel et pour lequel il est nécessaire de veiller à ce que cela ne désolidarise pas l'ensemble du personnel. La notion de l'information est difficile à équilibrer. Il faut du temps pour réaliser un projet de restructuration. Or, dans la démarche participative, donner l'information même aux personnes occupants le village et les divers acteurs extérieurs est importante. Toutefois, dans la mesure où le projet est en constante mutation, la question du moment le plus opportun pour dévoiler le projet se pose. A l'HL de Penne d'Agenais, même si les voisins ont été informés dès le départ, cela ne les a pas empêché de s'y opposer voir même peut-être d'accentuer leurs inquiétudes.

Enfin, en interne le personnel qui participe au groupe projet peu se fatiguer et il est important de le prévoir dès le départ. Ils sont volontaires mais doivent exercer leur métier dans le même temps.

En dernier, c'est la volonté de faire participer les résidents et les patients de cet établissement qui est remise en cause. La population âgée dépendante qui fréquente l'hôpital local développant des pathologies accentuant la sénilité de ces personnes, leur participation devient difficile. Elle ne peut se faire qu'à travers leur représentant et le personnel qui travaille à son chevet mais il est difficile de parler pour eux. Il est important de garder toujours à l'esprit que ces personnes peuvent parler autrement que par la parole considérant par exemple les pathologies ou leur comportement. Une politique autour de l'observation accrue des patients en période de restructuration est primordiale

et souvent oubliée du fait de la surcharge de travail déjà provoquée par les nuisances du projet lui-même. Mais leur silence ne veut pas dire qu'ils ne souffrent pas. Un projet d'animation dans les services, dans leur chambre et/ou dans un secteur identifié leur permettra d'exprimer leurs inquiétudes ou leur souhait autour de ce projet. C'est aussi un moyen de les informer de la vie de l'établissement et ainsi prévenir l'effet psychologique que peuvent avoir les nuisances des travaux. A l'HL de Penne d'Agenais trois résidentes, membres du CVS ont fait le discours lors du jour de la pose de la première pierre en l'ayant préparé avec le directeur au préalable. C'est également un résident qui a posé symboliquement la première pierre. Enfin, un projet d'animation est fait autour du thème des travaux.

### **3.3.2 Les inconvénients en hôpital local**

#### **A) En interne**

Pour reprendre la description faite ultérieurement de l'HL, le personnel y est peu nombreux. Cet état de fait est un inconvénient majeur à la mise en place d'une politique participative au long terme. En effet, leur participation nécessaire aux réunions de travail a pour effet de diminuer leur temps de présence à leur poste respectif. Cette méthodologie nécessite également des formations dont le programme sera fixé au préalable par le projet d'établissement dans le cadre du projet de restructuration et la notion d'absence sur le poste du travail peut poser un problème d'organisation nuisant encore une fois à la compréhension de leurs collègues. Le médecin du travail étant partagé entre plusieurs établissements demeure également absent dans l'élaboration du projet autour des conditions de travail du personnel. C'est pourtant un acteur qui devrait avoir un rôle conséquent dans ce secteur.

#### **B) Problèmes des pratiques secteur public/secteur privé**

Par ailleurs, les pratiques entre le secteur public et le secteur privé sont très différentes : dans le privé, les contrats sont négociés de gré à gré tandis que dans le secteur public, une procédure de mise en concurrence doit être suivie dans le respect de la réglementation, notamment le CMP. La durée de l'étape de programmation hospitalière varie quant à elle de 3 à 4 mois dans le meilleur des cas et peut atteindre 2 ans. Cet écart relève d'une part, de l'ensemble du processus de décision (le public étant généralement plus long que le privé puisqu'il requiert l'aval des tutelles allant parfois même jusqu'au ministre de la Santé) et d'autre part, du management du directeur, de sa présence et de son engagement.

Il n'est pas nécessaire de développer ici les différentes règles auxquelles l'établissement et ses professionnels sont assujettis. Les contraintes législatives et réglementaires sont bien connues, le CMP qui à la fois contraint mais aussi structure. Il définit les différentes

formes de mise en concurrence pour les marchés d'architecture et les appels à la concurrence pour les travaux en particulier ; le Code de la Santé Publique (CSP) qui comprend une partie de la gestion des risques à l'hôpital ; la loi MOP sur la maîtrise des ouvrages publics et ses décrets d'application qui nous indique, pour la conduite de projet les orientations ; les différentes lois et règlements sur la sécurité, dont la sécurité incendie qui est une des plus contraignantes, et les normes en matière de construction et d'équipements s'appliquent à l'établissement.

L'HL de Penne d'Agenais a mesuré l'ampleur de cette dichotomie service public/privé pendant l'épisode de la contractualisation avec la société bancaire qui devait financer l'emprunt de 9 500 000 euros pour les travaux. Le directeur a établi un plan pluriannuel de financement qu'il a présenté lors de la conférence budgétaire à la DDASS pour obtenir un engagement de financement de leur part. La DDASS n'a pas pu s'engager, argumentant l'aspect annuel réglementaire de la validation des budgets. Le directeur n'avait donc pour réponse que l'assurance de la part de la DDASS « *qu'on ne le laisserait pas au fond du guet* » pour s'engager à contracter son emprunt sur 30 ans.

#### C) L'environnement

Les conventions signées avec d'autres partenaires peuvent avoir un effet défavorable à la progression du projet. La convention de prêt de locaux à la mairie pour y installer sa bibliothèque à Penne d'Agenais a été source de conflit. Le déménagement indispensable de ce bâtiment a suscité des polémiques au sein de la municipalité, dans la presse locale. L'incidence de cette polémique sur le projet de restructuration a été conséquent surtout sur l'image que les habitants ont pu se faire du projet de l'hôpital. Surnommé « l'arlésienne » par les journalistes, il était celui qui allait causer des nuisances dans le village et non plus celui qui représentait un atout pour le village.

#### D) L'évaluation de cette méthodologie

##### a) *Le coût des travaux*

Les travaux de Penne d'Agenais représentent un coût de 15 500 000 euros ce qui est conséquent pour un petit établissement. L'adage "il vaut mieux prévenir que guérir" trouve son acceptation dans ce schéma. En effet, nous sommes dans une démarche où l'on privilégie la prévention pour mieux anticiper les risques courants dans les restructurations habituelles de ne pas avoir de locaux adaptés à la prise en charge dont les conséquences seraient de plusieurs ordres : celle de voir augmenter au long terme les risques de maladies professionnelles (troubles musculo squelettiques : TMS) et de ce fait augmenter le taux d'absentéisme dans l'établissement ; une autre serait de faire des modifications pour compenser les inadéquations entre la prise en charge et la structure ce qui augmenterait le coût ; enfin, une incidence économique qui se mesure autant dans

l'augmentation du quota en personnel nécessaire pour palier au défaut d'organisation du travail. L'histoire de l'hôpital local et sa restructuration par épisode sans avoir de projet d'établissement et de planification pluriannuelle confirme qu'il est important d'investir plus pour un plus long terme. Et ceci, sans considérer l'intérêt pour chaque individu travaillant dans l'établissement en terme de santé publique.

*b) Les outils d'évaluation*

Ces outils doivent être proposés en fonction de la situation du projet de l'établissement et donc progressivement. Mesurer uniquement le coût au mètre carré est une procédure courante qui n'est pas suffisante puisque c'est du long terme dont il est question.

Le moment de l'évaluation, dans un tel projet, se situe tout au long de la conception. En effet, la nature progressive et la confrontation constante à la réalité du terrain en font un outil d'évaluation. Ce sont donc par exemple la programmation, les simulations, le choix des entreprises, l'installation du chantier, les opérations tiroirs qui sont des moments où le directeur évalue son projet et fait des corrections. L'impact de cette réorganisation du travail et de l'amélioration des conditions de vie des usagers se fera ensuite par des enquêtes multiples en utilisant les outils déjà en place dans la structure : le questionnaire de satisfaction des usagers, l'analyse des accidents de travail, des maladies professionnelles du personnel. Pour mesurer l'impact de la méthodologie participative il s'agira d'observer comment le personnel travaille dans leur secteur, il semblerait que l'on puisse constater qu'ils travaillent plus en collaboration. Enfin, la mesure du coût financier de cette opération doit se faire au long terme en utilisant des sites de référence du même type ayant utilisé une méthodologie classique. C'est le cas de l'hôpital local de Belves en Dordogne (24) qui se trouve dans la même configuration historique, politique, économique et géographique que l'HL de Penne d'Agenais mais qui utilise un procédé normal avec des restructurations qui se succèdent.

**3.3.3 La politique actuelle menée autour du plan hôpital 2007 ne semble pas privilégier cette construction progressive**

Même si seules les opérations répondant à des motifs d'intérêt général comme l'urgence ou des caractéristiques techniques, fonctionnelles ou économiques, les opérations retenues par le plan Hôpital 2007 en premier lieu sont concernées par ces mesures la tendance de la politique nationale ne semble pas privilégier cette volonté de construction progressive.

A) L'opération de conception-construction<sup>61</sup>

a) *Une possibilité utilisable de façon exceptionnelle*

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a ouvert dans son volet immobilier, de nouvelles modalités de réalisation des investissements des Etablissements Publics de Santé (EPS) ou des structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique. Parmi ces modalités, et par dérogation aux articles 7 et 18 de la loi 85-704 du 12 juillet 1985 relative à la MOP et à ses rapports avec la MOE privée, figure la possibilité, pour un EPS ou une structure de coopération sanitaire, de passer un marché portant à la fois sur la conception, la réalisation, l'aménagement, l'entretien et la maintenance de bâtiments ou d'équipements ou sur une combinaison de ces différentes missions. L'exécution d'une opération suivant cette procédure résulte d'un marché passé entre l'EPS ou la structure de coopération sanitaire et la personne ou le groupement de personnes selon les dispositions prévues par l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>62</sup> et par le CMP. Les marchés de conception-réalisation représentent une forme particulière de l'appel d'offres, dit sur performances, associant l'entrepreneur aux études de l'ouvrage à réaliser. Selon l'article 36 du CMP, la procédure d'appel d'offres sur performances oblige le MO à bien définir le projet. En effet, le MO ne recourt à l'appel d'offres sur performances que lorsqu'il ne peut maîtriser les moyens techniques qu'il faudra mettre en œuvre pour satisfaire sa demande. A noter également qu'il dispense la MO de l'obligation à l'anonymat lors du concours de la MOE. La procédure marché de conception-réalisation particulière porte à la fois sur l'établissement des études et sur l'exécution des travaux pour la réalisation des ouvrages. On mesure ici les responsabilités du maître d'ouvrage dans sa décision de recourir à ce type d'appel d'offres qui peut apparaître comme une solution de facilité : cela va plus vite car les études sont menées par des spécialistes et c'est moins coûteux, puisque c'est l'entreprise qui les réalise, mais aussi comme une solution de connivence avec une entreprise possédant un savoir-faire particulier. Les travaux à réaliser doivent présenter des difficultés techniques particulières susceptibles de constituer des motifs techniques et rendant nécessaire l'association de l'entrepreneur aux études.

---

<sup>61</sup> Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH). Conception – réalisation guide pour le choix et la mise en Œuvre. Ministère de la Santé, Juillet 2004 (visité le 20.07.04). Site internet <http://www.sante.gouv>

<sup>62</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de service sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

b) *La concertation avec les utilisateurs se limite à la rédaction du programme*

Dans la procédure conception - réalisation, les seules étapes compatibles avec une démarche de concertation sont l'élaboration du programme et le jugement des offres. La mise au point du marché ne constitue qu'une étape d'ajustement où la prise en compte des résultats d'une concertation reste limitée. Lors de l'élaboration du programme, la concertation avec les utilisateurs, doit être menée sur la base d'un pré-programme conforme au projet d'établissement définissant les options organisationnelles stratégiques incontournables, dans le respect du cadre budgétaire. En conception réalisation l'adaptation du bâtiment à ses futurs équipements en cours de travaux est à proscrire formellement. Ce procédé n'est donc pas adapté à la volonté de construire progressivement le projet et au contexte juridique et administratif de la situation de la restructuration à l'HL de Penne d'Agenais.

B) La délégation à la Maîtrise d'ouvrage

La délégation de maîtrise d'ouvrage sous forme de marché global est désormais inscrite dans les textes depuis la parution de l'ordonnance de simplification du fonctionnement du système de santé du 4 septembre dernier. L'article L.6148-7 du CSP ainsi modifié trace les grandes lignes de l'utilisation de ce nouvel outil mis à la disposition des responsables d'établissements hospitaliers et de groupements de coopération sanitaire publics. Par dérogation, *" un établissement public de santé ou une structure de coopération sanitaire doté de la personnalité morale publique peut confier à une personne ou à un groupement de personne, de droit public ou privé, une mission portant à la fois sur la conception, la construction, l'aménagement, l'entretien et la maintenance de bâtiments ou d'équipements affectés à l'exercice de ses missions ou sur une combinaison de ces éléments "*, indique le nouveau texte. La délégation de maîtrise d'ouvrage devra alors faire l'objet d'un marché public et d'un contrat.

C) Les marchés globaux

Par ailleurs, les établissements et les structures de coopération sanitaire publics ou encore les collectivités territoriales peuvent conclure des baux emphytéotiques *" en vue de l'accomplissement, pour le compte de l'établissement ou de la structure, d'une mission concourant à l'exercice du service public dont ils sont chargés "* et selon un *" programme détaillé "* établi au préalable. Il est donc désormais possible d'opérer un transfert de foncier et de déléguer à un opérateur privé le financement et la réalisation d'une opération dans le cadre d'un bail de longue durée. Les dépenses de loyer incombent ainsi au groupe 3, dépenses générales du budget de l'établissement alors qu'une opération menée directement par l'hôpital est imputée au groupe 4.

## CONCLUSION

Ce qui ressort en premier lieu dans la conduite du projet de restructuration de l'HL de Penne d'Agenais, c'est la grande complexité des procédures de passation des marchés publics. Elle engendre des conséquences préjudiciables en terme de calendrier dans la mise en œuvre des travaux. Dans un contexte concurrentiel, ce manque de réactivité peut s'avérer pénalisant pour des établissements publics, par opposition à la liberté de manœuvre dont disposent les structures privées.

Il convient également de signaler le caractère hétérogène des activités de l'HL qui le place à la frontière entre deux champs aux règles de financement différentes : le sanitaire et le médico-social. A ce titre, le récent plan hôpital 2007 ne prend en compte que les activités relevant du premier champ en excluant les activités médico-sociales majoritaires à l'HL de Penne d'Agenais. Il en résulte qu'une grande partie du patrimoine hospitalier n'est pas concerné au titre de l'enveloppe précitée. Le secteur médico-social fait lui-même coexister trois types de prestations qui ne font encore qu'accroître la fragilité d'un édifice déjà instable : l'assistance, c'est-à-dire les prestations d'aide sociale délivrées par le département ; les institutions créées par la loi de 1975 offrant hébergement et soins et, enfin, les prestations correspondant à l'action sociale facultative des municipalités ou des différents régimes d'assurance sociale.

La réalisation d'un tel projet, rend plus impérieux encore, la nécessité de dépasser les logiques de pouvoir trop souvent présentes à l'hôpital entre les différents corps sociaux qu'il s'agisse d'élus, syndicats, médecins ou directeurs. Tout l'enjeu est de parvenir à une logique de « faire ensemble ». A cette fin, la notion de projet est particulièrement fédératrice. Mais le projet est valable dans une institution si le mode de management et la stratégie ne pilotent pas cette dynamique. Il ne s'agit pas de nier les dimensions réglementaires et économiques, mais de redessiner l'établissement en regroupant les services (production) et en répartissant leurs tâches différemment. Cette réorganisation suppose d'aller vers un fonctionnement en projet qui dépasse le cadre du service ainsi qu'une implication des pôles dans l'élaboration de la stratégie institutionnelle. L'ergonomie semble présenter tous les avantages pour répondre à cette forme de conduite de projet. Ce schéma participatif exige des engagements écrits et demande un style de management où la parole peut circuler sans entraver la prise de décision. Secondairement, une culture commune de management voit le jour sur la base de ces fondements.

Tout en ayant beaucoup de moyens à sa disposition pour mener à bien son projet et ceci à moindre coût, il serait souhaitable que le directeur ne soit pas trop empêché dans ses choix pour pouvoir adapter au mieux les solutions à la situation contextuelle.

Le « formatage » de la démarche évite, certes, les dérives qui pourraient tenter certains responsables, mais il stérilise les initiatives et la créativité indispensables à toute direction. Le temps des mutations exige des responsables plus libres pour agir à bon escient et remettre l'utilisateur au centre de ses priorités. La volonté de la prise en charge globale de l'utilisateur basée sur la mesure de sa perte d'autonomie et la construction d'un système unique autour d'une politique globale de santé publique serait potentiellement un moyen de répondre à tous ces inconvénients et de rendre les actions plus transparentes.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- ADAM P., HERZLICH C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Luçon : Nathan, 2001. 126 p.
- ALAUZE M., CERVETTI P.A., DUFFOURG N. et al. Centre National d'Etude Supérieures de Sécurité Sociale (ed). *L'hôpital Local*. Saint Etienne : CNESS. 1982. 152 p.
- ARMAND J, REFFESTIN Y, COUFFIGNAL D et al. *Conduire son chantier* . Paris : Le Moniteur, 7ème édition, 2003. 288 p.
- BONNICI B. *L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques*. Paris : Nouvelle édition, 1998. 200 p. Les études de la documentation Française
- BOUCHOND D. *Marché de Maîtrise d'œuvre*. Paris : Le Moniteur, 2003. 280 p.
- ESTRYN-BEHAR M. *Ergonomie Hospitalière*. Paris : Estem, 1996. 568 p.
- GUERIN F., LAVILLE A., DANIELLOU F. et al. *Comprendre le travail pour le transformer*. Lyon : ANACT, 2001. 287 p.
- HENRARD JC., AHKRI J. *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes: ENSP, 2003. 227p.
- HOET T. *L'hôpital confronté à son avenir*. Paris : Lamarre, 1994. 229 p.
- MARTIN C. *Maîtrise d'ouvrage – Maîtrise d'œuvre construire un vrai dialogue*. Toulouse : Octarès, 2000. 228 p.
- TOUILLY V., CHICOYE A., CHAUVENET M. et al. *Les enjeux du vieillissement*. Paris : Santé, 2003. 268 p.
- STINGRE D. *Le service public hospitalier*. Vendôme : PUF, 1998. 127 p. Que sais-je ?

## RAPPORTS

- Bonnet M. *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap*. – Rapport du Conseil économique et social. Paris. Mars 2004.
- DUBOURG D., GUILLEMET J.P., ESCOUTELOUP J., TAPIE G. *Positionnement de la maîtrise d'ouvrage dans le processus de conception : un enjeu pour les qualités du bâti*. L'exemple de l'hébergement collectif pour personnes âgées. LESC, Université Victor Ségalen Bordeaux 2, Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement Bordeaux. 2004.

## MÉMOIRE

- PORTANGUEN S. *Pour une éthique du projet architectural*. Mémoire de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Sociaux ENSP : 2002

## ARTICLES

- DRESS. *Les comptes nationaux de la santé en 2003*. Etudes et résultats, Juillet 2004. n°323
- GUEREL M.F. *Etablissements pour personnes âgées : état des lieux*. Revue du soignant en gériatrie, janvier 2004, n°6, pages 10 et 11.

## DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- Agence Régionale de l'Hospitalisation Aquitaine. 2003. (visité le 20.06.04). Disponible sur internet : <http://www.arh.aquisante.fr>
- *Atlas de la recomposition hospitalière*. 2003. (visité le 15.07.2004). Disponible sur internet : <http://www.recomposition-hospitalière.fr>
- Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques. *Statistiques annuelles des établissements*. 2003 Ministère de l'emploi et de la Solidarité (en ligne) année 2003 (visité le 2.07.04). Disponible sur internet : <http://www.santé.gouv.fr>
- Institut National de la Statistique et Etude Economique. *Analyse de la population*. 2003 Ministère de l'emploi et de la Solidarité (en ligne) année 2003 (visité le 20.06.04). Disponible sur internet : <http://www.santé.gouv.fr>
- *L'hôpital Local de Penne d'Agenais*. 2004 (visité le 30.09.2003). Disponible sur internet : <http://www.hopital-2-penne.com>
- Ministère de la Santé. *Carte des plans régionaux d'investissement*. Mai 2003 (visité le 25.07.2004). Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr>
- Ministère de la Santé. *Données démographique horizon 2015*. Observatoire des emplois et des métiers. Mai 2003 (visité le 15.07.04). Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr>
- Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH). *Conception – réalisation guide pour le choix et la mise en Œuvre*. Ministère de la Santé, Juillet 2004 (visité le 20.07.04). Disponible sur internet <http://www.sante.gouv.fr>
- Observatoire régional de la santé de Bretagne. *Les hôpitaux locaux en France en 2000*. Rapport. Octobre 2002 (visité le 10.07.04). Disponible sur internet : <http://www.orsb.asso.fr>

## **TEXTES DE LOI**

- Ordonnance du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances article 15, modifié par l'article 26-3 de la Loi de Finance du 1er Août 2001, article 116 de la Loi de Finance Initiale 2004 élargissant les dérogations applicable au 1er janvier 2004 page 33
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de service sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre, complétée par la circulaire n°86-24 du 4 mars 1986 – décrets d'application n°1268, 1269 et 1270 du 29 novembre 1993 ; arrêté du 21 décembre 1993.
- Loi n°78-12 du 4 janvier 1978 relative à la responsabilité et à l'assurance dans le domaine de la construction.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n°93-1418 du 31 décembre 1993. La directive du CE du 24 juin 2003 étend l'application des principes généraux de l'employeur uniquement, à tout l'ensemble des intervenants liés au chantier notamment la MO et la MOE
- Loi n°95-127 du 8 février 1995 relative aux marchés publics et délégation de service public. Décret n°2001-210 du 7 mars 2001 portant code des marchés publics, abrogé par le décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Décret n°87-312 du 5 mai 1987 relatif aux honoraires et vacations allouées aux architectes en chef des monuments historiques et aux vérificateurs. Arrêté du 30 juin 1987
- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par le décret n°2001-388 du 4/05/2001 relative à la convention tripartite des établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Arrêté du 29 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Circulaire DHOS n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital.

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 Les étapes de la conception pour une restructuration
- Annexe 2 Extrait du programme détaillé en phase d'esquisse de l'HL de Penne d'Agenais
- Annexe 3 Phasage des travaux de l'HL de Penne d'Agenais
- Annexe 4 Allotissement du marché de travaux de l'HL de Penne d'Agenais en 25 lots
- Annexe 5 Identification des acteurs en phase de chantier pour un projet de restructuration d'établissement
- Annexe 6 Les étapes de la préparation a la réalisation

# ANNEXE 1

## LES ETAPES DE LA CONCEPTION POUR UNE RESTRUCTURATION

Extrait du livre "Maîtrise d'Ouvrage – Maîtrise d'œuvre" MARTIN C. page 132

| Stade de la conception                        | Programmation                          | Objectifs du travail  | Nature des groupes de travail  | Participation des ergonomes  |
|---|--|---|--|--|
| Projet  | Intention / Projet                     | Etudes de faisabilité   | Comité restreint   | Influencer la conduite projet sur le modèle <i>construction progressive</i> , sur les orientations et les aspects organisationnels |
| Formalisation de l'intention                  | Avant-projet initial                   | Inventaire : intentions, objectifs et exigences contraintes                             | Groupe Projet  | Mettre en place des conditions de confrontations de logiques, enrichir les données par les analyses du travail                     |
| Clarification du projet                       | Avant-projet                           | Modifications et validation des objectifs, orientations                                 | Groupe de travail  | Instruire et donner un point de vue sur les fonctionnements possibles à partir des SAC, analyse de l'activité                      |
| Choix des options                             | Pré-programme                          | Etude de faisabilité  | Groupe technique et architecte   | Apprentissages croisés : M.O./M.Oe/Ergonomes, repérer les concepts utilisés, négocier les prescriptions                            |
| Formation programme concours choix du M.Œuvre | Programme initial                      | Recensement des objectifs qualitatifs et quantitatifs, définition des critères de choix | Groupe projet<br>Groupe suivi  | Choix d'une équipe de M.Oe. avec laquelle on va construire le projet<br>Apport d'informations et délibération de l'énoncé initial  |
| Esquisse APS<br>APD<br>Projet                 | Programmes actualisés                  | Apport d'infos, repères<br>Actualisation après négociations                             | Maîtrise d'ouvrage<br>Maîtrise d'œuvre<br>Acteurs, partenaires et utilisateurs | Mettre en place une structure communicationnelle et actualiser les points spécifiques  |
| Etudes d'exécution                            | Programmes STD<br>PEO                  | Faisabilité et suivi des modifications, concertation                                    | Maîtrise d'œuvre, entrepreneurs  | Suivi et validation des spécifications   |
| Chantier construction                         | Compte rendus modifications            | Coordination, suivi des travaux et des modifications gestion                            | Groupe technique (restreint)   | Suivi, validation des modifications, actualisation du programme achevé   |
| Réception                                     | Constats de parfait achèvement         | Solution concrète   | Groupe projet<br>Maître d'œuvre  | Evaluation à partir du programme actualisé.<br>Constats d'anomalies  |
| Pratiques professionnelles et sociales        | La conception se poursuit dans l'usage | Evaluation occupationnelle modalités et stratégies d'adaptation                         | Groupes d'évaluation, de suivi, de réflexion<br>M.O./M.Oe./Ergo                | Analyser les situations de vie et de travail.<br>Analyser le processus d'appropriation   |

## ANNEXE 2

### Extrait du PROGRAMME DE L'HOPITAL LOCAL DE PENNE D'AGENAIS en phase d'esquisse

| EXTENSION<br>CONSTRUCTION NEUVE                            | RESTRUCTURATION -<br>REHABILITATION  |
|--|--|
| Remplacement de 56 lits (au minimum) de maison de retraite | concerne les lits à ventiler selon une configuration générale : 2/3 en chambre simple et 1/3 de chambre double |

Les objectifs poursuivis

#### Objectifs généraux

Le comité de pilotage a procédé à une analyse à partir du diagnostic de fonctionnement. Les premières orientations qui se dégagent de cette analyse sont les suivantes :

- Rechercher une plus grande proximité des bâtiments constituant la structure incluant le bâtiment central (Beau Site et Belle Vue), mais également Beauséjour permettant une continuité de prise en charge pour les patients comme pour les soignants (distribution de soins).
- La maison de retraite : il est indispensable de rapprocher cette activité du bâtiment central dans une construction nouvelle permettant de conserver la capacité en lits.
- Ouvrir l'hôpital sur la ville pour améliorer la lisibilité de l'établissement, notamment la lisibilité de l'accueil dans la structure :
  - Prévoir une entrée de l'hôpital bien identifiée.
  - Faciliter les relations avec l'extérieur.
- La réhabilitation du bâtiment central doit tenir compte des circulations verticales et horizontales, ainsi que l'identification des circuits piétons et logistiques. Les entrées seront situées en fonction de la nature du trafic engendré :
  - pour les transports en ambulance à côté du moyen séjour (service qui occasionne le plus grand nombre de transports)
  - pour le dépôt mortuaire en sous-sol,
  - pour les livraisons et la logistique, un circuit en partie basse sera aménagé.
- Réfléchir à la possibilité d'organiser les secteurs par niveau horizontal et non plus par niveau vertical.
- Séparer définitivement les flux d'origine différente et respecter davantage les normes en matière d'hygiène et de sécurité.

#### Objectifs par secteur

Le projet de prise en charge qui conditionne le projet architectural correspond à un programme-lits différent de l'existant pour une capacité totale identique.

### Les objectifs par secteur et par activité du projet de Penne

| SECTEUR                    | ACTIVITE                    | NOMBRE DE LIT        |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| SANITAIRE                  | Médecine                    | 2                    |
|                            | Moyen-séjour                | 30                   |
|                            | Long-séjour                 | 30                   |
| SOCIAL et<br>MEDICO-SOCIAL | Cure médicale               | 60                   |
|                            | Maison de retraite          | 38                   |
|                            | Hébergement temporaire      | 8                    |
|                            | Espace de vie protégée      | 8                    |
| <b>TOTAL DES LITS</b>      |                             | <b>176 lits</b>      |
| <b>MEDICO-SOCIAL</b>       | Soins infirmiers à domicile | 20 places à domicile |
|                            | Réseau gérontologique       | -                    |

#### Identification des secteurs et des activités dans la future structure

- Secteur Sanitaire

**Médecine** : L'unité se compose de 2 lits "flottants" au sein du service de moyen séjour. Les patients admis dans ces lits nécessitent une surveillance médicale attentive, des soins techniques infirmiers et des soins de nursing constants.

**Moyen Séjour** : lits de convalescence et de réadaptation fonctionnelle nécessitant une surveillance médicale régulière et une prise en charge pour les soins de réadaptation par des kinésithérapeutes confirmés. La durée moyenne de séjour dans cette unité est d'environ 25 jours. Les patients ont vocation à renouer avec les gestes de la vie courante dans le cadre d'une préparation au retour à domicile, ou en établissement, avec un maximum d'autonomie (patients en fauteuil roulant ou utilisant un déambulateur nécessitant des espaces de circulation sans obstacles au sol).

**Long Séjour** : Les patients admis dans cette unité relèvent de soins de longue durée. Il s'agit de personnes âgées très dépendantes voire grabataires ayant perdu toute ou partie de leur pouvoir de mobilité et dont le lieu de vie privilégié devient la chambre. Ils nécessitent une surveillance médicale régulière et des soins de nursing et d'accompagnement très importants. La durée moyenne de séjour dans cette unité est très élevée.

- Secteur Social et Médico-Social

**Cure Médicale** : les lits de cette unité hébergent des résidents de maison de retraite nécessitant une médicalisation légère ou plus importante de leur prise en charge, souvent liée à l'apparition de la dépendance physique ou psychique. Cette unité doit de ce fait héberger deux grandes catégories de patients, ceux réclamant une aide constante aux gestes de la vie courante et la dispensation de soins et ceux réclamant une aide ponctuelle et un accompagnement pour les soins

de nursing. La surveillance médicale est elle aussi soit régulière soit ponctuelle. Durée moyenne de séjour très importante dans les 2 cas. Prévoir des lieux de vie et d'animation communs

**Espace de Vie Protégée:** Autre activité particulière de la maison de retraite, s'adressant à des résidents atteints par les troubles du comportement de la personne âgée. Patients mobiles mais désorientés voire perturbateurs pour le groupe, nécessitant des périodes d'isolement surtout la nuit dans des chambres individuelles afin de leur conserver une certaine liberté de mouvement sans perturber les autres résidents. L'ensemble des autres actes de la vie courante pouvant être partagés avec l'ensemble des résidents, sous surveillance accrue pour éviter les fugues. Surveillance médicale sur site en collaboration avec l'équipe psychiatrique de secteur.

**Maison de Retraite :** hébergement de personnes âgées ayant conservé une certaine autonomie. Ils circulent volontiers dans les bâtiments et utilisent fréquemment les lieux de vie communs ou se regroupent en ateliers d'animation. Ils souhaitent l'organisation de manifestations ouvertes sur le monde extérieur. Dans cette unité la prise en charge hôtelière est très importante (ménage, rangement, service repas, accompagnement pour les petites courses ou les sorties, encadrement des activités physiques, manuelles ou culturelles). Les visites sont régulières et réclament des lieux plus intimes pour ces rencontres.

**Hébergement Temporaire :** Activité particulière de l'unité de maison de retraite, prévue à plusieurs titres. D'abord comme une aide aux aidants pour un hébergement de quelques jours voire de plusieurs semaines pour permettre à une famille ou un conjoint de se reposer ou de partir en vacances. En deuxième lieu comme une possibilité de favoriser le séjour d'un proche pour recréer des liens familiaux. Enfin de répondre à une attente de la population qui souhaite ne venir en établissement qu'à certaines périodes de l'année. Ces locaux vont nécessiter une prise en charge hôtelière importante et devront se rapprocher d'un habitat identique à celui d'un domicile particulier ( coin cuisine, salle de bains, coin repas...). Possibilité de faire intervenir le service de soins à domicile, si besoin.

**Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD):** Service ayant son siège dans l'établissement mais prenant en charge les personnes âgées à leur propre domicile, sur prescription médicale. Le fonctionnement de ce service nécessite un local dans lequel puisse se réunir, tous les jours, les aides-soignants et l'infirmière coordinatrice (une dizaine de personnes), ainsi qu'un local contigu pour le bureau de cette infirmière, afin qu'elle reçoive les demandeurs et s'assure du rangement confidentiel des dossiers de patients.

**Réseau Gériatologique :** Assurer le maintien à domicile des personnes âgées dans les meilleures conditions possibles. Coordonner les acteurs de santé autour du sujet âgé en proposant des évaluations gériatriques régulières et la mise en place et le suivi de plan de prise en charge de l'état médico-socio-psychologique des sujets âgés. Ce service sera développé à partir de l'unité de soins infirmiers à domicile (antenne du CLIC Villeneuvois en cours de constitution).

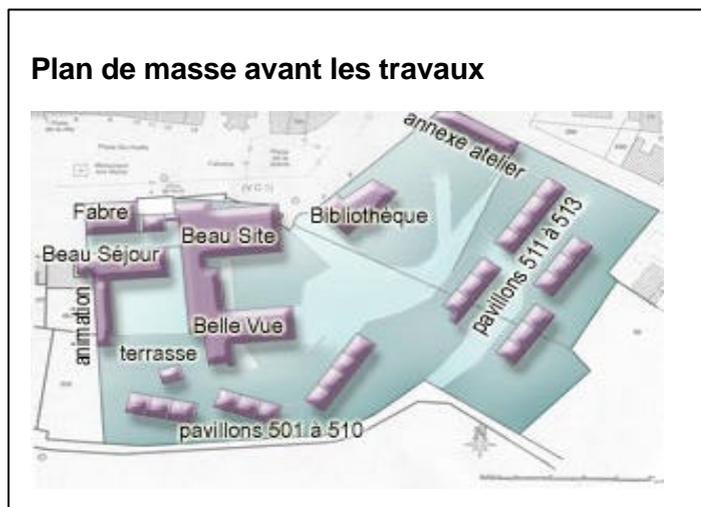
### **Les exigences**

- La circulation des déchets contaminés et des déchets de cuisine est peu ou mal prise en compte aujourd'hui.
- Développer les animations internes en aménagement des espaces pour l'ensemble des résidents, par service ou par étage. En effet, la situation actuelle fait ressortir comme un handicap majeur le manque d'espace pour la réalisation de certaines activités et manifestations internes.

- Améliorer le confort hôtelier dans les chambres.
- Mener une réflexion générale sur l'organisation du travail dans tous les secteurs, y compris celui de la rééducation et de la pharmacie, compte tenu de la transversalité de ces activités.
- Il est prévu des locaux de vie commune situés au rez-de-chaussée, d'accès facile et largement ouverts sur l'environnement urbain de l'établissement.
- chaque étage disposera de lieux de vie et de salons privilégiant l'aspect humain tout en respectant les conditions d'hygiène de ces services.
- l'emplacement des locaux réservés à l'usage professionnel permettra de réduire le plus possible les déplacements et d'améliorer les conditions de travail. Ils seront centralisés dans les unités de soins.
- la présence d'une salle de bain dans toutes les chambres semble être une nécessité. Par contre leur agencement ne nécessite pas la présence de douche dans toutes les chambres, tous les malades relevant du long séjour et de la cure-médicale, très dépendants ne sont pas susceptibles d'utiliser des équipements individuels, ce qui n'est pas le cas des pensionnaires de maison de retraite et des patients admis en moyen -séjour.
- la possibilité de faire entrer dans les chambres des chariots-douches en prévoyant des espaces de circulation nécessaires sera envisagée.
- concernant la rénovation du vieux bâtiment, il sera tenu compte du respect des normes de sécurité en matière de détection incendie, d'appel malade, de mise en conformité électrique, de fluides médicaux. Il sera envisagé de surcroît le problème de climatisation des locaux.
- pour améliorer l'accessibilité à la structure et la fonctionnalité des bâtiments, il pourra être envisagé la disparition d'une partie des locaux actuels : l'annexe atelier, la maison Fabre, l'ancien logement de fonction et l'ensemble des pavillons.

## ANNEXE 3

### Annexe 3 : phasage des travaux de l'HL de Penne d'Agenais



#### Phase 1 : Durée des travaux : 18 mois – Début des travaux en septembre 2004

- Démolition bibliothèque et des pavillons MR n°501 à 510 (désamiantage)
- Première construction utile aux opérations tiroirs ainsi qu'aux installations techniques : bât. 6,7,8
- Parking haut.
- Pas de diminution de la capacité d'accueil.

#### Phase 2 : durée 12 mois

- 1ère opération tiroir.
- Réhabilitation du pavillon BEAU SITE (4 niveaux).
- Aménagement de la cour interne.
- diminution de la capacité d'accueil : 132 lits (12 lits de moins)

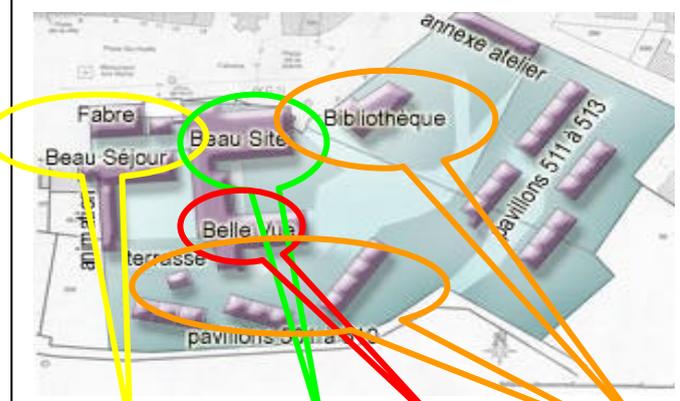
#### Phase 3 : durée 18 mois – 2<sup>ème</sup> opération tiroir

- Démolition des pavillons FABRE et BEAU SEJOUR
- Construction des chambres autour de la cour basse
- Construction du bâtiment 4 en contre bas
- Maintien de la capacité d'accueil à 132 lits

#### Phase 4 : durée 6 mois

- Réhabilitation du bâtiment BELLE VUE (5 niveaux)
- Construction du bâtiment 5
- Parking bas de 75 places et espaces verts
- capacité d'accueil 156 lits

#### Les quatre phases des travaux



PHASE 3

PHASE 2

PHASE 4

PHASE

## ANNEXE 4

### ALLOTISSEMENT DU MARCHÉ DE TRAVAUX DE L'HL DE PENNE D'AGENAIS EN 25 LOTS

| N du lot | Intitulé des lots  | Mode de dévolution |
|----------|--|--------------------|
| 1        | Démolitions/Terrassements<br>Fondations/Gros Œuvre       | Marché négocié     |
| 2        | Charpente métallique                                     | Appel d'offre      |
| 3        | Étanchéité   | Appel d'offre      |
| 4a       | Charpente bois neuve                                     | Appel d'offre      |
| 4b       | Révision charpente bois existante<br>Couverture tuile    | Appel d'offre      |
| 5        | Couverture zinc  | Procédure adaptée  |
| 6        | Bardage minéral  | Appel d'offre      |
| 7        | Menuiseries extérieures alu                              | Procédure adaptée  |
| 8        | Menuiseries extérieures PVC – occultations               | Appel d'offre      |
| 9        | Menuiseries bois intérieures et extérieures – agencement | Appel d'offre      |
| 10       | Serrurerie   | Procédure adaptée  |
| 11       | Plâtrerie  | Appel d'offre      |
| 12       | Faux plafonds  | Procédure adaptée  |
| 13       | Peinture revêtements muraux                              | Appel d'offre      |
| 14       | Revêtements sols souples                                 | Marché négocié     |
| 15       | Sols durs / faïence                                      | Appel d'offre      |
| 16       | Chauffage  | Marché négocié     |
| 17       | Plomberie – sanitaire                                    | Marché négocié     |
| 18       | VMC - désenfumage  | Marché négocié     |
| 19       | Fluides médicaux   | Marché négocié     |
| 20       | Equipements de cuisine                                   | Appel d'offre      |
| 21       | Electricité courants forts et faibles                    | Marché négocié     |
| 22       | Ascenseurs   | Appel d'offre      |
| 23       | Assainissement et réseaux extérieurs                     | Appel d'offre      |
| 24       | Chaussées/aménagement des surfaces                       | Appel d'offre      |
| 25       | Espaces verts  | Sans suite         |

## ANNEXE 5

### IDENTIFICATION DES ACTEURS EN PHASE DE CHANTIER

| Rôle  | Mission   |   |
|---|---|---|
| <b>L'équipe de la Maîtrise d'ouvrage</b>                              |   |   |
| Directeur   | Pouvoir de décision   |   |
| Assistance de projet  | Définir les exigences du travail  |   |
| Conducteur d'opération  | Coordonne les missions entre les différents intervenants  |   |
| Bureau de contrôle  | *Etudie les doc. Réalisées par les entreprises ou les plans<br>*Visite fréquemment le chantier et contrôle.   |   |
| Personnel technique   | Apporter des infos sur l'entretien et la maintenance  |   |
| Cadre Supérieur de Santé  | Apporter des connaissances au niveau du soin et garant de la continuité des soins.  |   |
| <b>L'équipe de la Maîtrise d'Oeuvre</b>                               |   |   |
| Architecte  | *Responsable de la conduite de projet<br>*organise et dirige les réunions de chantier   |   |
| L'ingénieur (BET)   | Chargé d'étudier et donner un avis sur les études techniques  |   |
| Responsable de l'ordonnancement, pilotage et coordination des travaux | *Etabli un planning pour tous les corps d'état<br>*Assure le respect de ce planning<br>*rôle d'interface entre les équipes de MO et de MOE ainsi que les entreprises.<br>*il donne l'autorisation de démarrer les travaux.<br>*informer les autres de la coordination et de l'avancement des travaux. |   |
| Coordonnateur SPS   | *veiller à ce que les principes généraux de prévention soient mis en œuvre<br>*élaborer un PGC  | Rédige un "registre journal   |
| <b>Les différentes réunions de chantier</b>                           |   |   |
| Réunions techniques Hebdomadaires                                     | Ingénieur BET, OPC, représentants des . Corps d'état  | *voir exigences du chantier du point de vue technique<br>*compte rendu de ces réunions fait lors des réunions de chantier   |
| Réunions spécifiques en fonction des besoins                          | MO, MOE, entreprises fournisseurs   | *Choix du matériel, des appareillages<br>*compte rendu fait lors des réunions de chantier   |
| Réunions de chantier hebdomadaires                                    | MO, MOE, OPC, représentants des corps d'Etat  | *convocation par l'architecte qui mène la réunion<br>*compte rendu rédigé par l'architecte<br>Objet : vérification (délais...)<br>Décisions (rôle de l'ergonome important)<br>Information |

## ANNEXE 6

### LES ETAPES DE LA PREPARATION A LA REALISATION

Extrait du livre "Maîtrise d'Ouvrage – Maîtrise d'œuvre" MARTIN C. page 142

#### **Analyse et construction de la demande – Proposition générale d'intervention**

Analyse et reformulation de la demande, recherche d'information, hypothèses exploratoires...

**Etude générale du système (établissement ou entreprise)** : analyse stratégique des acteurs (objectifs, enjeux, atouts, freins). Analyse de l'existant (compréhension du fonctionnement du système). Analyse du processus technique. Identification des logiques.

#### **1 – Préparation du processus de conception** : construction sociale et collective (M.O)

- identifier la situation de conception prévue, définir les acteurs
- repérer les concepts utilisés par les acteurs de la conception
- mettre en place les règles et les structures des apprentissages croisés de base
- définir un référentiel opératif commun (langage, métier...)
- établir les règles du jeu, participation de chacun : rôle et mission.

Analyse de la situation de conception. Identification et étude générale du projet, de la structure et du contenu envisagé (étapes, acteurs). Analyse des caractéristiques des acteurs. Négociation de la structure et de la démarche projetée.

Définition des objectifs et du cadre futur par le Maître d'Ouvrage. Définition des orientations et des aspects organisationnels. Enrichir les données par les analyses du travail.

**Etude approfondie** : analyse de l'activité (observations, entretiens, analyse de traces)

**Définition des situation d'action caractéristiques** – SAC (ou les déterminants de l'activité) fournissent une référence sur les situations de travail, qui doivent permettre une « reconstitution prévisionnelle de l'activité future possible » par des simulations sur plans ou sur maquettes.

**Elaboration de l'Avant-Projet** : instruire et donner un point de vue sur les fonctionnements possibles à partir des SAC. Valider les orientations et les contraintes avec les utilisateurs. Faisabilité avec les architectes.

**Formalisation du programme initial** : recensement des objectifs qualitatifs et quantitatifs.

#### **2 – Préparation à la construction collective** : MO – MOE : spécificités, explications des contraintes, apprentissage organisationnel.

**Validation de l'esquisse** à partir de l'énoncé initial et des points spécifiques (accès, circulations, proximités) et actualisation du programme.

**Elaboration et validation de l'APS et l'APD et du projet** : analyse des points spécifiques, simulations sur plans et maquettes.

**Suivi et validation des modifications des études d'exécution et des**

#### **3 - Préparations à la construction collective** : MOE (architecte et entrepreneurs)

**Réception de l'ouvrage** : évaluation à partir du programme actualisé, constats d'anomalies.