



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion 2008 - 2010

Date de jury : Décembre 2009

**Le rôle du directeur d'hôpital dans la
conception et la préparation d'un
projet de construction : l'exemple de
l'hôpital Saint-Antoine**

Jean-Bernard Castet

Remerciements

Mes premiers remerciements seront destinés à mon maître de stage, M. Renaud PELLÉ, Directeur des Ressources Humaines de l'hôpital Saint-Antoine, pour son accueil chaleureux, sa disponibilité tout au long de ces mois de stage et ses précieux conseils méthodologiques au moment de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également Mme Laetitia LAUDE ALIS, Docteur en Gestion et Enseignant chercheur à l'EHESP, qui a accepté de bien vouloir encadrer ce mémoire.

Je tiens ensuite à souligner la disponibilité et la bienveillance de M. Didier HOTTE, Directeur de l'établissement, ainsi que de l'ensemble de l'équipe de direction de l'hôpital Saint-Antoine. Je remercie également Mme Chantal DE SINGLY pour m'avoir encouragé à poursuivre mes investigations sur ce sujet dès mon premier stage hospitalier.

Un grand merci à Mme Catherine LATGER, Directrice des Usagers, de la Qualité, des Projets et des Risques, pour m'avoir associé aux différentes étapes du projet de construction et d'installation dans le bâtiment Urgences, Polyclinique et Réanimation (UPR) tout au long de mon stage.

Merci à tout ceux qui ont contribué à m'aiguiller ou à m'orienter dans mes démarches. Je pense surtout à ceux qui ont pris la peine de répondre à mes questions et en particulier à l'ensemble des acteurs de ce projet à l'hôpital Saint-Antoine et au Siège de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Je tiens enfin à remercier M. François-Xavier CARABELLI et M. Samuel ROUGET pour leur soutien et leurs relectures attentives.

Sommaire

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE	5
PREAMBULE : DE LA GESTION DE PROJET AU <i>MANAGEMENT</i> PAR PROJET, QUELQUES EVOLUTIONS RELIEES AU SECTEUR HOSPITALIER	7
1 LA CONCEPTION DU PROJET UPR : FRUIT DE CHOIX MEDICAUX ET DE PERSPECTIVES D'ETABLISSEMENT SUR UN TERRITOIRE DE SANTE	12
1.1 Le besoin de construction d'un nouveau bâtiment s'insère à la fois dans la dynamique de l'établissement et dans un projet de territoire	12
1.1.1 La nécessité de créer un nouveau bâtiment à l'hôpital Saint-Antoine	12
A) Un besoin d'espace et de mise en conformité avec la réglementation	12
B) Une déconnection entre les moyens existants et l'activité réalisée	15
1.1.2 L'intégration du projet dans la politique de l'établissement et dans le territoire de santé	16
A) L'insertion du projet dans la politique de l'établissement	16
B) L'intégration du projet dans le territoire de santé de l'Est parisien	18
1.2 Les apports de la programmation : localisation, dimensionnement des nouvelles unités et prévisions d'augmentation d'activité	20
1.2.1 La question de la localisation du bâtiment et des activités à transférer	20
A) La localisation du nouveau bâtiment	21
B) Le choix des activités à transférer	22
1.2.2 Le dimensionnement des services	25
A) Le service des urgences	26
B) Le service de réanimation	28
C) La polyclinique médicale	29
1.3 Proposition : développer le rôle du directeur d'hôpital dans la phase de conception du projet	31
1.3.1 Comprendre le projet	32
1.3.2 Mener une bonne analyse des besoins	32
1.3.3 Comprendre les acteurs d'un groupe de travail	33
1.3.4 Présenter les phases du projet aux futurs utilisateurs	34

2	LA PREPARATION DU PROJET UPR : CREATION D'UNE STRUCTURE DE PILOTAGE ET INSERTION DU BATIMENT DANS LE SITE	36
2.1	La constitution d'une équipe décisionnelle et d'une équipe opérationnelle	36
2.1.1	Les travaux de la structure de pilotage et des groupes projet	36
A)	Le Comité Stratégique	37
B)	Le Comité de Pilotage	37
C)	Le Comité Projets	39
2.1.2	Les groupes projet et l'interface avec le reste de l'hôpital	41
A)	Les groupes projet	41
B)	L'interface entre les acteurs du projet et le reste de l'hôpital	42
2.2	L'insertion du bâtiment dans le site : opérations préalables et nouvelle gestion des flux	42
2.2.1	L'environnement du bâtiment : une nouvelle gestion des flux	43
A)	La réorganisation des flux piétons et automobiles	43
B)	La réorganisation des liaisons internes au sein du nouveau bâtiment	44
2.2.2	Les opérations préalables : éléments de phasage	45
A)	Les opérations de travaux préalables à la construction du bâtiment UPR	46
B)	L'intégration du bâtiment UPR dans son environnement	47
2.3	Proposition : renforcer les missions du directeur d'hôpital chef d'un projet de construction	49
2.3.1	Définir les missions du chef de projet	49
2.3.2	Trouver son style en tant que chef de projet	51
2.3.3	Gérer le temps et la continuité	53
2.3.4	Articuler le volet fonctionnel, le volet technique et les demandes des acteurs	55
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	58
	LISTE DES ANNEXES	I
	ANNEXE 1 : Présentation synthétique de l'hôpital Saint- Antoine	I
	ANNEXE 2 : Images de synthèse du bâtiment UPR	II
	ANNEXE 3 : Plan de l'hôpital Saint-Antoine (2001)	III
	ANNEXE 4 : Localisation du bâtiment UPR (2009)	IV
	ANNEXE 5 : Localisation des activités au sein de l'hôpital Saint-Antoine (2001)	V
	ANNEXE 6 : Guide d'entretien	VI
	ANNEXE 7 : Liste des entretiens	VII

Liste des sigles utilisés

AIA	Architectes et Ingénieurs Associés
AFNOR	Association Française de Normalisation
AP-HP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
APD	Avant Projet Définitif
APS	Avant Projet Sommaire
ARHIF	Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France
BDSP	Banque de Données en Santé Publique
BTP	Bâtiments et Travaux Publics
CCM	Comité Consultatif Médical
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CDAG	Centre de Diagnostic Anonyme et Gratuit
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLSSI	Commission Locale du Service des Soins Infirmiers
COS	Coefficient d'Occupation des Sols
CTLE	Comité Technique Local d'Etablissement
DAV	Dispensaire Anti-Vénérien
DCE	Dossier de Consultation des Entreprises
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DM	Dispositifs Médicaux
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPL	Direction du Patrimoine et de la Logistique (siège AP-HP)
DPM	Direction de la Politique Médicale (siège AP-HP)
EDP	Entrepôt de Données Partagées
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
GBEA	Guide de Bonne Exécution des Analyses (de biologie médicale)
GHU	Groupement Hospitalier Universitaire
HEGP	Hôpital européen Georges Pompidou
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation (Urgences)
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGH	Immeuble de Grande Hauteur
NRBC	Nucléaire, Radiologique, Bactériologique et Chimique (risques)
PM	Personnel Médical
PNM	Personnel Non Médical
POS	Plan d'Occupation des Sols

SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SHON	Surface Hors Œuvre Nette de l'établissement
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFUR	Société Francophone des Services d'Urgences
SSR	Soins de Suite et de Rééducation
TSH	Technicien Supérieur Hospitalier
TOM	Taux d'Occupation Moyen
UHLIN	Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales
UPR	Urgences, Policlinique, Réanimation
URQUAL	Système d'information « Urgences et Qualité »
ZHTCD	Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Introduction

Depuis la mise en œuvre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012¹, les établissements de santé bénéficient de nouveaux financements destinés à améliorer les locaux hospitaliers. L'objectif de ces plans est triple. Tout d'abord, il s'agit de moderniser les structures hospitalières, de simplifier les règles d'achat public et d'optimiser la gestion de ce type de projet de construction. Enfin, ils permettent aux établissements de faire preuve d'adaptation et d'innovation pour relever les défis posés par les mutations importantes que le secteur de la santé connaît depuis quelques décennies.

Ces plans conduisent les hôpitaux à développer de nouveaux projets de configuration spatiale destinés à repenser l'organisation de leurs unités, de leurs services ou de leurs pôles, notamment dans l'optique de la nouvelle gouvernance. Il s'agit ainsi de renforcer la cohérence médicale de la localisation des unités en respectant à la fois les liaisons fonctionnelles et la réglementation. Mais il convient également d'adapter les structures anciennes à de nouvelles modalités de prise en charge ou à de nouveaux outils, voire de rétablir le lien entre l'espace consacré à une unité et son activité elle-même.

De nombreux hôpitaux se lancent ainsi dans des opérations de restructuration. Il s'agit parfois de reconstruire l'ensemble d'un établissement ou de concevoir un nouveau bâtiment. Mais quelle que soit la taille du projet de construction, une restructuration de l'espace hospitalier implique nécessairement une vaste concertation au sein de l'établissement et la mise en marche d'une dynamique permettant d'associer les acteurs à la fois médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs.

La construction d'un nouveau lieu de soins n'est donc pas le fruit du hasard mais d'un long travail de négociation et de maturation. Or, étrangement, cet aspect n'est pas particulièrement perçu par les utilisateurs au moment de leur arrivée dans une nouvelle structure. Les remises en question, la sensation d'incohérence ou d'inadaptation des locaux prédomine parfois chez les acteurs hospitaliers. Ce sont ces remarques, relevées au cours de mon premier stage hospitalier, qui m'ont donné envie de me pencher sur la question de la conception et de la préparation d'un projet de construction. L'objectif était ainsi de remonter le temps pour savoir comment était pensé un site hospitalier.

¹ Ces deux plans d'investissement hospitalier ont permis de débloquer environ 20 milliards d'euros destinés à moderniser les établissements de santé.

L'hôpital Saint-Antoine permet ce type d'analyse dans la mesure où l'établissement mène depuis 1999 un projet de construction d'un nouveau bâtiment destiné à regrouper trois services : les urgences, la polyclinique et la réanimation médicale (UPR). Ce bâtiment de vaste ampleur, qui a permis une augmentation des surfaces disponible de 6 780 mètres carrés et coûté plus de vingt millions d'euros, ouvrira au mois d'octobre 2009. Dix années auront donc été nécessaires pour permettre à ce bâtiment de sortir de terre et d'améliorer les conditions de prise en charge des patients de l'Est parisien.

Situé en plein cœur du 12^{ème} arrondissement de Paris, entre Bastille et Nation, le site souffre d'un manque d'espace qui rend ce type d'opération difficile. Pour autant, un tel investissement a été rendu possible grâce à un projet fonctionnel et médical cohérent ainsi qu'à une technique de gestion de projet novatrice. C'est l'analyse de ces deux éléments différents mais complémentaires qui est développée dans ce mémoire.

Mais, ce type d'opération s'avère particulièrement complexe, notamment sur les volets juridiques, techniques, financiers. Rendre compte de l'ensemble de ces aspects aurait mérité plusieurs travaux de recherche. Il a donc été choisi d'entrer dans ce projet en travaillant essentiellement sur le rôle du directeur d'hôpital, acteur qui intervient ainsi pour encadrer la programmation et l'élaboration du projet, mais aussi pour assurer la préparation de l'opération de construction en lien direct avec un interlocuteur technique.

Or, analyser les besoins et se projeter dans le temps n'est pas une tâche aisée pour les décideurs hospitaliers. La diversité des acteurs impliqués, des pratiques médicales et soignantes ainsi que la complexité des structures organisationnelles qui se sont progressivement adaptées à un espace spécifique sont autant d'éléments rendant la phase de programmation particulièrement délicate. Le dimensionnement des unités, qui doit prendre en compte une éventuelle augmentation d'activité, s'avère également compliqué. Cette analyse peut être confiée à un cabinet de programmation, positionné en lien direct avec les équipes, parfois sans arbitrage d'un chef de projet qui n'est pas encore nommé à ce stade ou qui ne mesure pas l'importance de cette première démarche.

De même, la conduite d'un tel projet de construction implique pour le directeur d'hôpital une connaissance des enjeux à la fois techniques et médicaux liés à ce type d'opérations. Au cours de toutes les phases menant de l'étude architecturale au lancement des travaux, il doit contribuer à assurer la cohérence globale du projet dans les délais qui lui ont été fixés et en se conformant à une enveloppe donnée. Mais cette contribution est parfois difficile à justifier dans la mesure où certains établissements optent pour un interlocuteur

de profil technique. La place du directeur d'hôpital comme chef d'un projet de construction ne va donc pas de soi.

Dans ce cadre, **tout au long d'un projet de construction, quel peut être le rôle du directeur d'hôpital dans ce processus de passage de la représentation à la réalisation ?**

Pour répondre à cette interrogation, ce mémoire s'est fondé sur deux hypothèses transversales :

- 1/ L'arbitrage du directeur d'hôpital dans la phase de conception du projet permet de l'insérer dans un projet d'établissement et dans un projet médical sur un territoire de santé donné.
- 2/ Dans la phase de préparation du projet, le directeur d'hôpital a un rôle à jouer, en lien avec un interlocuteur technique, pour maîtriser les dimensions financières et qualitatives dans les délais impartis.
-

Pour réaliser ce mémoire, le projet a été déconstruit en quatre grandes phases qui sont matérialisées dans le tableau suivant et qui permettent d'analyser le rôle du directeur d'hôpital dans les différents temps du projet.

Les quatre phases identifiées du Projet UPR de l'Hôpital Saint-Antoine²

Représentation du projet		Réalisation du projet	
Conception	Préparation	Construction	Intégration
- Projet d'établissement - Programme médical - Programme fonctionnel	- Définition d'une structure de pilotage - Insertion du bâtiment dans le site - Gestion des opérations préalables à la construction	- Construction du bâtiment - Livraison des équipements - Levée des réserves	- Organisation des déménagements - Installation dans le nouveau bâtiment - Ouverture
3 ans	3 ans	2 ans	6 mois
2000-2003	2003-2006	2007-2009	2009

Dans le cadre de ce mémoire, l'ensemble des opérations relatives au bâtiment UPR de l'hôpital Saint-Antoine seront considérées comme un seul et même projet.

² Le choix de ce vocabulaire est propre à la réalisation de ce mémoire et vise à identifier quatre phases identifiables par les équipes. Si certaines de ces expressions peuvent par ailleurs être utilisées dans le vocabulaire architectural (conception, réalisation,...), elles ne renverront donc pas à leur définition classique dans le cadre de ce mémoire.

Cependant, seule la dimension relative à la représentation du projet sera analysée, à savoir uniquement les phases de conception et de préparation. L'objet de ce travail est donc de se pencher sur ces deux premières pour tenter d'apporter une réponse aux deux hypothèses de travail proposées.

S'en tenir à l'analyse d'un seul projet de construction a été un choix destiné à déconstruire un projet complexe, s'échelonnant sur dix ans avec des interlocuteurs différents qu'il a parfois fallu retrouver pour remonter le temps. Cette démarche a pour objectif de retrouver la cohérence globale du projet, qui s'est pour certains acteurs étiolée au fil des années. La contribution qui en résulte reste modeste, bien évidemment, dans la mesure où l'importance du travail à fournir n'a pas permis de comparer plusieurs projets sur d'autres établissements, si ce n'est à travers l'expérience des acteurs rencontrés au cours des entretiens réalisés.

Une réflexion en trois temps permettra donc de travailler sur ces hypothèses à l'aune d'un projet particulièrement complexe, mais considéré comme unique, et de fournir quelques outils permettant de définir le rôle du directeur d'hôpital dans la représentation globale d'un projet de construction.

Pour analyser la conduite de ce projet, un petit détour vers les origines théoriques de la gestion de projet permettra de mieux cerner ses spécificités à l'hôpital.

Une fois ces éléments préalables posés, la phase de conception du projet sera déconstruite à travers une étude des motivations du projet, de l'analyse des besoins et du dimensionnement des espaces (1).

Enfin, la phase de préparation du projet elle-même permettra de se pencher sur les techniques et les outils pouvant être déployés par le chef de projet pour mener à bien ce type d'opération en amont de la construction elle-même (2).

Ces deux dernières parties proposeront une mise en perspective théorique et pratique destinée à répondre aux deux hypothèses de travail proposées. Elles comprendront une dernière sous-partie de synthèse proposant des recommandations sur le rôle que tient ou que pourrait tenir le directeur d'hôpital dans ces phases de conception puis de réalisation d'un projet.

Méthodologie

Le choix de ce sujet a conduit la mise en place d'une méthodologie destinée à valider ou à invalider les deux hypothèses élaborées pour mener ce travail. Le point de départ de ce mémoire repose sur une demande de l'établissement destinée à apporter des éléments de réponse aux équipes ne parvenant plus à se retrouver dans un bâtiment conçu à une période où ils n'étaient pas nécessairement arrivés au sein de l'établissement. Il s'agissait notamment de rappeler que les choix n'ont pas été fait de façon arbitraire mais selon une logique prenant en compte des contraintes multiples et conduisant à la solution la plus réaliste et la plus facilement réalisable en fonction d'un bilan coûts/bénéfices.

Le souci, c'est que dans le flot de ces analyses et de ces documents, les utilisateurs, les experts comme les décideurs ont du mal à cerner les véritables enjeux du projet. D'où le besoin ressenti de raconter de manière encore plus synthétique l'histoire du nouveau bâtiment, pas forcément sur un mode chronologique, qui n'est pas, dans le cas présent le plus opérant, mais sur un mode logique et intelligible par tous. Dans la phase de représentation du projet, fondamentale pour construire une image de nouveau lieu de travail, distinguer les phases de conception et de préparation permet ainsi de redonner du sens et de justifier les choix effectués depuis 1999.

Pour comprendre l'histoire de cette nouvelle construction, il a tout d'abord été nécessaire de s'appuyer sur des ouvrages généraux relatifs à la maîtrise d'œuvre publique et aux constructions hospitalières. Cette phase préalable a commencé dès le mois de novembre 2008 au cours de mon stage effectué au sein de la société Architectes et Ingénieurs Associés (AIA) à Paris.

Suite à cette première prise de contact avec l'architecture et l'ingénierie hospitalière, j'ai recherché des informations plus ciblées à la fois grâce à la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), à la bibliothèque de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) à Rennes. Certaines bibliothèques spécialisées m'ont également permis d'approfondir mes recherches, notamment la bibliothèque interuniversitaire de médecine de Paris 5 et les bibliothèques hospitalières des hôpitaux Tenon, Trousseau et Saint-Antoine. Enfin, des recherches à la Bibliothèque Nationale de France m'ont permis de me documenter sur la gestion de projet et ses évolutions au sein du monde hospitalier.

Une fois ce cadre conceptuel défini, c'est au moment de mon retour en stage à l'hôpital Saint-Antoine que je me suis à nouveau mis à travailler sur le projet de nouveau bâtiment. Pour ce faire, j'ai assisté et parfois animé des réunions de travail destinées à faire des

points d'étape sur le chantier du bâtiment UPR, tout en préparant le déménagement des équipes dans leurs futurs locaux. Cette étape de prise de contact m'a permis de mieux connaître le nouveau bâtiment grâce à de fréquentes visites. Des dossiers qui m'ont été confiés, tels que la coordination de la mise en place d'un dispositif de sécurisation du nouveau bâtiment, la clarification du circuit patient, ou l'intégration du nouveau bâtiment dans l'actualisation du plan blanc m'ont permis d'échanger avec les équipes sur leurs difficultés à se projeter dans ce nouvel espace.

En parallèle, j'ai travaillé sur les archives du projet, à la fois à la Direction des Investissements et des Services Techniques (D.I.S.T.) de l'hôpital Saint-Antoine, mais aussi en lien avec le programmiste PATMO (devenu IOSIS Bâtiments) et le cabinet d'architecture de M. Michel Rémon. Il s'agissait de retrouver et de synthétiser les éléments ayant concouru à la prise de décision. Il convenait également de travailler sur les niveaux de discours présents dans ces documents et de dégager ainsi, au-delà de ce qui est écrit, ce qui avait poussé les acteurs à privilégier telle ou telle option. L'actualisation de données chiffrées et la comparaison avec des données actuelles a été rendue possible grâce à l'utilisation des logiciels de l'hôpital, notamment URQUAL pour les urgences mais également EDP pour le service de réanimation médicale et pour la policlinique.

Enfin, la réalisation d'entretiens semi directifs ciblés m'a permis de recueillir les points de vue des utilisateurs (chefs de service, cadres de santé, agents) mais aussi des décideurs de ce projet à quelques semaines de l'entrée dans les nouveaux locaux. L'objectif était surtout de travailler sur les phases de conception et de préparation du projet de construction dans la mesure où une autre étude, menée en lien avec l'Unité de Santé Publique de l'hôpital Saint-Antoine et l'EHESP est en cours sur l'impact de l'arrivée des équipes dans le nouveau bâtiment sur leurs nouvelles organisations du travail. Ce mémoire tentera modestement d'être complémentaire et d'apporter des éléments de synthèse sur l'historique de ce nouveau bâtiment. Elle permettra, je l'espère, de créer des interactions avec l'équipe de chercheurs actuellement mobilisée sur ce projet.

Préambule : De la gestion de projet au *management* par projet, quelques évolutions reliées au secteur hospitalier

Etymologiquement, le mot « projet » renvoie au latin *projectare*, jeter en avant, apparu dès 1452. Mais cette origine ne donne que peu d'informations sur les différents sens que peut revêtir la notion de projet. En effet, pour mieux cerner ses contours, il convient à la fois de se pencher sur le sens français et sur le sens anglo-saxon de ce terme.

En français, la notion de projet renvoie à « la représentation de quelque chose (un état ou une situation), que l'on a l'intention de faire³ ». Dans ce cadre, il ressort de cette définition que, contrairement à l'expression familièrement utilisée, un projet ne peut s'avérer irréaliste. Le deuxième sens du mot projet est le suivant : « un travail ou une rédaction préparatoire⁴ ». Le projet est donc habituellement conçu dans la culture française comme une étape préalable à une réalisation, plus destinée à la penser et à l'imaginer qu'à la mettre en œuvre directement. Comme le précisent justement G. Muller et M. Joly, « le sens français s'attache à la fois à l'aspect intentionnel des choses et à l'objectif à atteindre, mais fort peu à la période correspondant au passage à l'acte et au déroulement de celui-ci.⁵ »

Or, le sens anglo-saxon de la notion de *project* s'avère bien différente de la nôtre dans la mesure où elle prend en compte l'ensemble des phases qui permettent de passer de la représentation à la réalisation. Ainsi, au sens anglo-saxon, le projet est défini comme « un ensemble d'actions à réaliser pour atteindre un objectif défini dans le cadre d'une mission précise et qui comporte un début mais aussi une fin.⁶ » Il s'agit donc plutôt d'envisager les moyens de parvenir à un objectif que de seulement déterminer les contours de cet objectif. Cette différence sémantique n'est pas anodine dans la mesure où elle peut influencer directement sur l'issue de la réalisation en question et où elle conditionne la définition des moyens qu'une structure est en mesure de s'octroyer ou d'obtenir pour parvenir à ses fins.

Le terme de gestion de projet est quant à lui apparu dans les années 1950-1960 pour désigner les programmes militaires ou spatiaux développés aux Etats-Unis. Il désignait également les différentes opérations menées dans les secteurs couramment rattachés au

³ MULLER J.- L., JOLY M., 2002, *De la gestion de projet au management par projet : Maîtriser les risques d'une organisation transversale*, Paris : AFNOR, p. 24.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ AFITEP, 2002, *Dictionnaire du Management de Projet*, 4^{ème} édition, Paris : AFNOR, 337 p.

concept de projet à savoir essentiellement le bâtiment et les travaux publics, l'ingénierie, mais aussi plus largement les grands travaux. Il renvoyait alors à la notion anglo-saxonne de *project* qui comprenait l'ensemble des phases du projet de la conception à la réalisation. Comme le précise T. Picq, à l'époque, « l'accent est surtout mis sur les outils et méthodes de structuration d'un projet global et de sous-projets emboîtés, de planification de tâches, d'anticipation et de suivi de leur bon déroulement, d'affectation et de contrôle des ressources, des coûts, des délais,...⁷ ». Il s'agit donc d'outils strictement opérationnels et destinés à analyser l'efficacité économique d'un projet, éventuellement décliné en sous-projets.

Les 3 sens de l'expression « gestion de projet »⁸ :

- 1 – Fonction de pilotage de tout ou partie du programme de réalisation d'un ouvrage ;
- 2 – Programme de réalisation lui-même (ou projet d'exécution) ;
- 3 – Par extension, l'objet final de la réalisation tel qu'il sera construit sur le site.

Ce n'est que par la suite que les autres dimensions de la notion de projet sont envisagées, dimensions qui pouvaient provoquer l'échec ou la réussite d'un projet. La dimension humaine liée au *management* des équipes a ainsi été progressivement analysée comme un facteur d'explication de plus en plus déterminant : l'animation, la motivation tant individuelle que collective ou l'utilisation optimale des compétences sont ainsi devenus des critères d'évaluation d'une conduite de projet.

Longtemps limité au premier sens du concept de projet, représentant la préparation et la formalisation de la réalisation à accomplir, il convient d'étendre le rôle du chef de projet à l'ensemble de cette réalisation. Même si comme l'avait écrit Molière : « Le chemin est long du projet à la chose⁹ », il est pourtant indispensable que le projet puisse permettre de réaliser quelque chose. Sartre y voyait un moyen d'accomplissement personnel de l'individu : « L'être libre est celui qui peut réaliser des projets.¹⁰ » Pour ce faire, encore faut-il se donner les moyens d'agir sans pour autant négliger le temps où il convient de penser le projet. Or, cette définition, qui suppose que le projet puisse répondre aux besoins et aux attentes des utilisateurs présuppose que ces besoins et que ces demandes soient stables.

⁷ PICQ T., 2005, *Manager une équipe projet*, Paris : Dunod, p. 3.

⁸ VILLEMAIN C., 1991, *La planification opérationnelle : Objectifs, méthodes et métiers de la planification de projet*, Paris : AFNOR, pp. 11-12

⁹ MOLIÈRE, 1664, *Le Tartuffe ou l'imposteur*, Acte III, scène 1^{ère}.

¹⁰ SARTRE J.-P., 1968, *L'existentialisme est un humanisme*, Paris : Nagel, p. 55

Cependant, d'autres auteurs ont tenté d'aller plus loin dans la définition des différentes dimensions d'un projet. Ainsi, pour V. Giard et C. Midler, un projet semble se définir par six caractéristiques principales :

- « Une démarche finalisée par un but et fortement contrainte, Cette finalité se décline dans la formalisation du projet par des objectifs de performance fonctionnelle et de spécification technique, le respect d'un délai, et un objectif économique exprimé sous forme de coût et/ou de rentabilité,
- Une prise en compte de la singularité de la situation,
- Une intégration des différentes logiques, aucun expert ne détenant seul la clef de du produit du projet. Le projet est donc une négociation d'objectifs et de ressources (en temps, en savoir, en moyens humains et financiers),
- Un processus d'apprentissage dans l'incertitude. La gestion de l'incertitude est au cœur du management de projet : sans incertitude, on serait alors dans un univers probabilisable, et le projet pourrait être réductible au programme (...),
- Une convergence dans une temporalité irréversible. Cette dynamique irréversible est, selon C. Midler, liée à une loi de proportion inverse entre évolution de la connaissance et des degrés de liberté d'un projet,
- Un espace ouvert et fluctuant : il est impossible, toujours selon V. Giard et C. Midler, d'assigner des frontières *a priori* nettes et stables aux projets.¹¹ »

Il est donc important de prendre en compte la transversalité de cette notion dans l'objectif de ne pas négliger certains aspects d'un projet.

A l'hôpital, le terme même de gestion de projet s'avère relativement récent. C'est en fait essentiellement par le biais de la formalisation des projets d'établissements et de leurs sous-projets que sont le projet médical, le projet de service, le projet de soins infirmiers et le projet social qu'a émergé la notion de projet. Jean-Pierre Claveranne a tenté de décrire la genèse de l'émergence de la notion de projet à l'hôpital en distinguant trois facteurs explicatifs : le premier qu'il appelle la « gestation administrative » de 1970 à 1991, le second qui s'inspire du courant managerial et enfin le troisième qui renvoie au mouvement plus général de modernisation du service public¹².

¹¹ Ces caractéristiques de V. GIARD et de C. MIDLER sont reprises et analysées dans l'ouvrage suivant : AMOUROUS C., 2004, *Que faire de l'hôpital ?*, Paris : L'Harmattan, p. 218.

¹² CLAVERANNE J. – P., « Le projet d'établissement à l'hôpital : Objet de négociation et d'articulation établissement-région », in CLAVERANNE J. – P., LARRASQUET J. – M., JAYARATNA N., 1996, *Projectique, à la recherche du temps perdu*, Paris : Economica, pp.283 – 300.

L'appropriation de ces concepts par le champ hospitalier, même si des projets étaient bien sûr menés sans être nommés comme tels, a conduit le secteur hospitalier à mener leurs projets sur un mode plus innovant que d'autres secteurs du service public. Touchés par les préceptes traditionnels de la gestion de projet à l'anglo-saxonne, les dirigeants des hôpitaux publics se sont ainsi plus directement saisis des techniques de *management* de projet. Le projet est ainsi pensé comme un élément structurant la démarche de changement comme le précisent Marc Henry Broch et Françoise Cros : « Le projet n'est pas seulement un document écrit, c'est surtout un énoncé performatif qui contient une pré-vision, une pré-diction ; en tant que tel, il vise à faire advenir ce qu'il dénonce et il participe déjà à la réalité du changement.¹³ »

Les théories relatives à cette dynamique de changement ont été synthétisées sous l'appellation de *management* de projet. D'autres appellations ont par la suite été utilisées. C'est le cas du *management* de projets : la dimension plurielle permet d'évoquer un portefeuille de projets destiné à être gérés dans leur globalité, notamment grâce à un système de priorisation des activités et de *benchmarking* constant. Au sein des établissements hospitaliers, cette notion émerge chez certains chefs d'établissements qui créent ces dernières années des postes de directeurs des projets. D'autres préfèrent confier chaque projet à l'un de leurs adjoints et se chargent de maintenir la cohérence globale de la juste allocation des ressources en fonction de leur propre grille d'évaluation des projets les plus restructurants.

Cette notion nous conduit à la dernière déclinaison de ce concept, apparue il y a quelques années seulement à travers l'expression de *management* par projets. Elle est également explicitée par T. Picq : « la préposition 'par' introduit l'idée que le mode projet est le mode de fonctionnement normal d'une organisation : le management s'exerce *au travers* ou encore *par l'intermédiaire*¹⁴ de projets.¹⁵ » Certaines organisations sont ainsi amenées à se transformer du fait de l'introduction de nouveaux projets. Une telle évolution, qui peut être souhaitée ou subie, transforme les modes de fonctionnement traditionnels en introduisant une plus forte transversalité et en développant des nouveaux outils qui conservent au-delà du projet une certaine pérennité. Le *management* quotidien est ainsi fortement impacté par ces nouvelles façons de travailler.

¹³ BROCH M. – H., CROS F., 1991, *Comment faire un projet d'établissement ?*, Lyon : Chronique sociale, p. 41.

¹⁴ En italique dans le texte de l'auteur.

¹⁵ PICQ T., 2005, *Manager une équipe projet*, Paris : Dunod, p. 4.

Si la tension entre une approche organisationnelle du projet et une approche par les acteurs transcende l'ensemble des concepts actuellement développés par les sciences de la gestion, il apparaît aujourd'hui que la seconde approche tend petit à petit à supplanter la première. C'est en fait essentiellement l'introduction du critère humain qui permet de passer du concept de gestion de projet au concept de *management* de projet, concept qui peut revêtir des formes extrêmement diverses. En effet, il peut même aller, le cas échéant, jusqu'à une profonde transformation des formes traditionnelles de gestion des équipes, à l'hôpital. Le *management* de projet a ainsi autant permis de prévoir le changement que de la réaliser tout en transformant certains types d'organisations et en inscrivant de nouvelles méthodes de travail dans la durée.

Ce détour théorique permet de mieux cerner les contours des notions de projet, de gestion de projet, de management de projet et de *management* par projets. Il permet également de comprendre comment les établissements de santé se sont saisis des nouvelles modalités d'implication des acteurs construites à partir de la notion de *management* de projets. Enfin, il contribue à définir la place réservée, dans la culture projet à la française, aux étapes de représentation et de réalisation d'un projet. Ces deux dimensions, souvent déconnectées, ne font pas toujours l'objet de la même attention de la part des responsables hospitaliers. La préparation du projet est parfois réduite à la seule idée de représentation au risque de passer pour une simple conceptualisation de l'état futur d'une construction réservée aux architectes et aux ingénieurs. Dans d'autres établissements, c'est la réalisation qui fait l'objet d'une attention moindre dans la mesure où elle est considérée comme une étape technique dans laquelle le rôle du directeur d'hôpital serait principalement administratif. Comme le précise Michel Rabatel, chargé de mission MAINH : « Les techniques de conduite de projet font progressivement leur apparition dans le domaine des investissements hospitaliers mais elles reposent, encore trop souvent, sur un grave malentendu : le projet ne devrait jamais se résumer au seul projet de construction.¹⁶ » Identifier ces deux phases clef pour mettre à jour leurs synergies et leurs complémentarités au sein d'un seul et même projet est l'un des principaux objectifs de ce mémoire. Définir le rôle que peut tenir le directeur d'hôpital dans l'une de ces deux étapes est le second enjeu de ce travail.

¹⁶ MAINH, 2006, « Regards croisés sur la conduite de projets immobiliers hospitaliers », URL : <http://www.mainh.sante.gouv.fr/>.

1 La conception du projet UPR : fruit de choix médicaux et de perspectives d'établissement sur un territoire de santé

Le projet de création d'un nouveau bâtiment à l'hôpital Saint-Antoine est le fruit d'une réflexion à la fois médicale et politique sur la nécessité de mettre en œuvre une réorganisation spatiale de l'hôpital. Il apparaît ainsi que le nouveau bâtiment a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés à l'échelle de l'hôpital, de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) et du territoire de santé de l'Est parisien (1.1). Une fois ce projet politique posé, la programmation médicale et fonctionnelle permet de trouver la localisation optimale du futur bâtiment, de déterminer quelles activités doivent être transférées et de dimensionner les futures unités (1.2.). Ce travail sur la phase de conception du projet permet de mener une analyse du rôle que le directeur d'hôpital pourrait tenir dès ce stade du projet de construction (1.3.).

1.1 Le besoin de construction d'un nouveau bâtiment s'insère à la fois dans la dynamique de l'établissement et dans un projet de territoire

A l'échelle de l'établissement, le besoin de construire un nouveau bâtiment à l'hôpital Saint-Antoine est né suite au constat d'une certaine saturation spatiale et d'une déconnection croissante entre les moyens existants et l'activité réalisée (1.1.1). A l'échelle de l'AP-HP, il s'agissait de rééquilibrer les urgences de l'Est parisien tout en assurant le développement de nouvelles activités à l'hôpital Saint-Antoine (1.1.2).

1.1.1 La nécessité de créer un nouveau bâtiment à l'hôpital Saint-Antoine

Les progrès médicaux et les nouvelles modalités de prise en charge étant ces dernières années de plus en plus consommatrices d'espace, il s'avérait nécessaire de revoir une organisation spatiale peu optimale en termes de prise en charge et qui ne permettait pas d'envisager d'augmentation d'activité ou le développement de nouvelles unités.

A) Un besoin d'espace et de mise en conformité avec la réglementation

Comme dans de nombreux hôpitaux parisiens anciens, la saturation spatiale pose de véritables défis en cas de reconfiguration ou de développement de nouvelles activités. Qu'ils soient organisés de façon pavillonnaire (Hôpital La Pitié Salpêtrière) ou structurés au sein d'un même bâtiment (Hôpital Bichat Claude Bernard), ces établissements doivent faire face à une pression foncière certaine.

L'hôpital Saint-Antoine, qui a ouvert ses portes en 1796, a connu un développement architectural progressif, lié à sa montée en charge et induisant une extension des surfaces d'hospitalisation.

Le site a été transformé grâce à deux principales vagues de constructions:

- Dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle sont construites deux nouvelles ailes au sud du pavillon historique Lenoir (l'actuel pavillon de l'Horloge) de 1861 à 1863. Puis en 1886 est édifié le pavillon Moïana. Dès cette période, l'hôpital dispose de 900 lits et totalise 300 000 journées d'hospitalisation par an.
- Dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, de nouveaux bâtiments sont également construits : le bâtiment Lemierre en 1960, la nouvelle maternité en 1965, le bâtiment Jacques Caroli en 1966 et le bâtiment Robert André en 1973¹⁷.

Ces différentes époques sont autant de strates datées qui se superposent de façon plus ou moins cohérente dans un espace contraint. C'est cette consistance historique qui donne au site une spécificité qu'il a été nécessaire d'appréhender au moment de mener une analyse sur la localisation des pavillons et des activités au sein de l'hôpital Saint-Antoine.

Or, malgré ces constructions, l'hôpital connaît dès la fin des années 1990 un certain manque d'espace qui touche des services pourtant stratégiques à l'échelle de l'établissement comme les urgences et la réanimation médicale.

Aux urgences, des aménagements architecturaux ont donc été mis en œuvre au début des années 2000 pour pallier temporairement cette difficulté sans apporter de réponse durable et pérenne. Or, il est rapidement apparu que la localisation du service n'était pas optimale dans la mesure où la zone de surveillance de très courte durée (ZSCTD) n'était pas située en continuité horizontale du SAU comme l'exige le décret du 30 mai 1997¹⁸. L'hôpital avait justement été autorisé comme SAU en 1999, suite à une décision de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF)¹⁹ avec comme réserve de conformité, la réalisation de travaux de rénovation et de mise aux normes. Ainsi, ce SAU qui prenait en charge des pathologies importantes (urgences chirurgicales orthopédiques et traumatologiques, urgences chirurgicales générales et digestives, urgences psychiatriques), ne pouvait perdurer dans cette situation de non-conformité avec la législation.

Le service de réanimation médicale polyvalente était, quant à lui, située dans un bâtiment devenu inadapté à ce type d'activité. A l'époque, l'une des principales difficultés, outre la vétusté des locaux, était l'impossibilité d'installer les quatre lits de soins continus

¹⁷ Les bâtiments ici recensés sont ceux qui sont toujours existants. Il n'a pas semblé utile à l'analyse d'inclure les bâtiments détruits avant la période récente. Un plan comprenant les noms de chaque bâtiment est reproduit en annexe.

¹⁸ Décret n° 615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

¹⁹ Décision n°99-289 de l'ARHIF du 10 septembre 1999.

autorisées depuis 1996 et permettant de faire passer la réanimation de 14 à 18 lits. Il convenait également d'appliquer la nouvelle organisation prévue par le décret du 5 avril 2002²⁰, qui conduisait à s'interroger sur la coordination des activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue de l'ensemble du site et au possible élargissement de leurs missions au sein même de l'hôpital.

D'autres services manquaient d'espace pour se développer et assurer le plus efficacement leurs missions.

Les services de biologie étaient répartis sur neuf sites et sept bâtiments. De plus, ces bâtiments étaient destinés à une activité d'hospitalisation, ce qui, en l'occurrence ne permettait pas de respecter les normes en termes de sécurité incendie pour un immeuble de grande hauteur (IGH).

Les services d'hématologie et de cancérologie devaient quant à eux bénéficier d'une humanisation des chambres (cancérologie) et d'une remise à niveau technique (notamment les postes sous flux d'hématologie). Il convenait également de revoir l'organisation des soins eu égard aux nouvelles modalités de prise en charge développées dans ces secteurs (hôpital de jour, de semaine, consultations). La reconstitution centralisée des cytostatiques, consommatrice d'espace, n'était pas envisageable du fait du manque d'espace de la structure.

Enfin, le service de psychiatrie, qui disposait à l'époque de chambres à 4 lits, devait bénéficier d'une humanisation qui s'avérait impossible à mettre en œuvre dans le cadre des locaux dont il disposait à l'époque. Ce service était en effet réparti sur deux sites et devait pouvoir, dans le cadre d'une nouvelle répartition des activités, être centralisé.

Outre la libération d'espace qui devenait indispensable, la saturation spatiale générait également des dysfonctionnements qui nuisaient à l'efficacité de la structure. L'insuffisance d'espaces utilisables pour créer des « rocares » et ainsi permettre de déplacer des services durant un temps limité pour des motifs de nettoyage ou de travaux, constituait un handicap majeur pour l'hôpital. Cette souplesse faisant défaut, les moindres interventions provoquaient des fermetures de lits et freinaient l'activité de l'établissement. Il convenait donc de libérer de l'espace pour assurer à la fois une plus grande souplesse dans la localisation des activités, pour permettre d'améliorer le fonctionnement de certains

²⁰ Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique.

services stratégiques et enfin pour, le cas échéant être en mesure d'ajuster les moyens à une augmentation d'activité.

B) Une déconnexion entre les moyens existants et l'activité réalisée

Or, s'il fallait éventuellement pouvoir faire face à une augmentation d'activité, pour certains services, il s'agissait également de revoir les locaux existants pour les dimensionner au regard de leur activité de l'époque.

Le service des urgences, conçu dans les années 1980 pour accueillir un volume de 80 passages par jour, avait connu une nouvelle augmentation d'activité au cours des années 1990. Elle était notamment liée à l'augmentation du nombre de passages aux urgences, équivalent en moyenne à 5% par an. 100 passages par jour étaient ainsi enregistrés au SAU en 1998. A cet effet d'augmentation tendancielle de l'activité s'est ajoutée dès 1999, la fermeture des urgences de l'hôpital Rothschild, lui aussi situé dans le 12^{ème} arrondissement de Paris. Le transfert de cette activité à l'hôpital Saint-Antoine a induit une nouvelle augmentation qui a porté le nombre moyen de passages par jour à 130 en octobre 1999 et qui s'est ainsi traduit par un taux d'occupation du service de 160% de sa capacité initiale. A cette augmentation du nombre de passages s'ajoutait une difficulté dans la gestion des flux de malades des urgences vers des lits d'aval à la fois à l'intérieur de l'établissement et vers d'autres hôpitaux du territoire de santé. Le service enregistrait en 1999 un nombre total de 8000 admissions annuelles depuis le SAU. Les transferts de patients étaient nombreux, essentiellement par manque de places d'aval : en 1999, la part des patients transférés sur le total de ceux pour lesquels une décision d'hospitalisation était prise était comprise entre 14 et 19%. 80% de ces transferts étaient liés à un manque de place sur l'hôpital et 20% à l'impossibilité de prendre en charge le patient dans la mesure où la discipline nécessaire était inexistante sur l'établissement²¹.

Pour le service de réanimation médicale, le nombre de 14 lits posait des difficultés qui justifiaient parfois des transferts dans la mesure où la taille de la structure ne permettait pas de faire face aux besoins. Il s'agissait également de s'assurer que l'établissement, ne se retrouve pas bloqué dans sa volonté de développer de nouvelles activités, du fait d'un service de réanimation médicale sous dimensionné.

Enfin, la policlinique médicale, qui avait été créée en 1992, était installée au sous-sol du bâtiment de l'Horloge, à l'entrée de l'hôpital. Cette structure hébergeait en réalité trois

²¹ Hôpital Saint-Antoine, 2000, « Programme médical du nouveau bâtiment de l'hôpital Saint-Antoine », p. 45.

types d'unités ayant donné lieu à une autorisation ministérielle ou départementale : le Centre de Diagnostic Anonyme et Gratuit (CDAG), autorisé par la Direction Départementale d'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) en 2001 ; le Dispensaire Anti-Vénérien (DAV) qui faisait l'objet d'une convention avec la DDASS (Mairie de Paris) depuis 1979 ; enfin, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), créée en 1998 et dénommée « consultation Baudelaire ». Or, du fait de cette multiplication de structures datant de périodes différentes, cette policlinique n'était plus véritablement adaptée aux flux gérés en consultation. De plus sa localisation posait de véritables difficultés d'accessibilité, notamment pour les personnes à mobilité réduite qui devaient emprunter un ascenseur et se déplacer dans les sous-sols de l'établissement, à proximité des zones logistiques, avant de pouvoir accéder à l'accueil de la policlinique. Cette difficulté d'accès posait également un problème pour l'accueil des publics traditionnels de la policlinique, essentiellement des populations précaires. L'image de ce service, qui se voulait ouvert sur la ville et accessible à tous, n'était pas conforme à sa localisation dans un espace peu lumineux, difficilement accessible et peu attractif au sein de l'hôpital.

Pour ces trois services au moins, il s'agissait donc de trouver une solution permettant de rétablir une cohérence entre l'activité réalisée et les locaux destinés à l'accueillir. Or cette cohérence était alors remise en cause du fait d'une augmentation d'activité liée à une restructuration (urgences), d'une autorisation qui ne pouvait donner lieu à une ouverture de lits (réanimation) ou tout simplement, d'une localisation originelle peu optimale (policlinique médicale).

1.1.2 L'intégration du projet dans la politique de l'établissement et dans le territoire de santé

A l'hôpital Saint-Antoine, la volonté de faire face à la saturation spatiale par le biais d'une nouvelle construction s'intégrait justement dans les enjeux prioritaires de l'établissement comme en témoignent les documents institutionnels élaborés à partir de l'année 2000. Elle était également portée par l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris qui partageait à la fois le diagnostic de l'hôpital et avait dressé des objectifs pour l'Est parisien qui passaient notamment par une reconfiguration des sites d'urgence.

A) L'insertion du projet dans la politique de l'établissement

Dès l'année 2000, la contrainte spatiale de l'hôpital fait partie des questions prioritaires évoquées dans le projet médical de l'établissement pour la période 2000-2004 : « l'hôpital Saint-Antoine se caractérise à la fois par une logique médicale fortement affirmée et par

l'existence de contraintes techniques et patrimoniales majeures.²² » Mais ce document va plus loin et se positionne en cohérence avec les dispositions décrites dans les deux projets de l'établissement pour les périodes 1996-2000 et 2001-2005 qui ne prévoient plus de transferts d'activité eu égard aux choix déjà actés les années précédentes comme le départ des services d'urologie et d'ophtalmologie et la réduction de l'activité de neurologie. L'objectif est donc surtout de poursuivre les opérations déjà engagées et de mettre aux normes des services en difficulté pour des raisons d'exiguïté des locaux ou d'inadaptation de ces mêmes locaux à une activité.

En termes de méthodologie, le projet médical prévoit une analyse stratégique fondée sur quatre approches complémentaires destinées à permettre la détermination des axes médicaux prioritaires : une analyse des activités de chacun des services (selon le modèle état des lieux et perspectives), une prospective d'ensemble pour l'établissement (notamment à partir du plan 1996-2000), un examen des complémentarités intra CHU (avec les hôpitaux Tenon, Trousseau et Rothschild) et enfin, une projection par discipline pour l'ensemble de l'AP-HP (c'est-à-dire une mise en cohérence des activités médicales à l'échelle de l'institution).

A la lecture du projet stratégique de l'AP-HP pour la période 2001-2004, il apparaît en outre que ce projet de construction sera l'un des seuls projets financés sur l'établissement pour les années à venir. Dans ce cadre, avant la même la formalisation du projet, il est clair que cette opportunité constitue le seul moyen d'atteindre les objectifs que s'est fixé l'établissement pour les dix années à venir. Il est donc important que ce bâtiment puisse accueillir d'autres activités que les urgences, qui ont initié la réflexion du fait de leur localisation spécifique et de l'augmentation d'activité forte qu'elles ont connu les années précédentes l'élaboration du projet. Pour autant, si la rénovation de la polyclinique et le déplacement de la réanimation médicale apparaissent dans ces documents, ces deux derniers ne font pas encore officiellement partie du nouveau bâtiment.

Le projet d'établissement pour les années 2005-2009 porte trace de la volonté d'intégrer au maximum le bâtiment UPR dans une réflexion plus globale sur l'amélioration de la filière de soins définie au départ des urgences. L'un des objectifs affichés est le suivant : « Améliorer la fluidité en aval des urgences et en externe²³ ». Les actions envisagées sont la formalisation des filières de soins en amont avec la médecine de ville et en aval

²² Le projet médical est cité dans le document suivant : Hôpital Saint-Antoine, 2000, « Programme médical du nouveau bâtiment de l'hôpital Saint-Antoine », p. 4.

²³ Hôpital Saint-Antoine, 2006, « Projet d'établissement 2005-2009 », p. 8.

vers les autres hôpitaux du secteur, notamment pour les personnes âgées (hôpital Rothschild, hôpital La Pitié Salpêtrière, hôpital Charles Foix,...). Les solutions d'aval externe sont aussi envisagées, par exemple avec le réseau handicap. Enfin, l'actualisation des contrats internes des urgences et le développement de complémentarités avec la policlinique médicale, constituent des enjeux prioritaires pour l'établissement.

A cette période, l'un des sous groupe de travail créés pour rédiger le projet médical réfléchit ainsi à la question de l'accueil des urgences et aux spécialités médicales d'aval. Il regroupe des médecins issus des services de médecine interne, de réanimation médicale, de psychiatrie, mais aussi de gériatrie. Chaque sous groupe est guidé dans sa réflexion par un questionnaire portant sur la demande et l'offre de soins dans les spécialités en question, les réponses aux priorités de l'AP-HP (notamment l'accueil des urgences, les malades âgés, les personnes en situation de fragilité,...), les relations avec les autres spécialités de l'hôpital, le recours aux divers plateaux techniques de l'hôpital, les relations avec la médecine de ville et réseaux de soins ainsi que l'enseignement et recherche.

Dès 2004, date de la rédaction de ce document, les débats de l'établissement ne portent donc plus sur les modalités de construction et de fonctionnement du nouveau bâtiment, mais sur sa contribution à une meilleure prise en charge des publics auxquels il est destiné, notamment à travers les problématiques d'accès aux soins, de permanence des soins et d'insertion dans une filière incluant à la fois l'amont et l'aval.

B) L'intégration du projet dans le territoire de santé de l'Est parisien

Le territoire de santé de l'Est parisien présente dès 2000 des caractéristiques qui rendent la reconfiguration du site des urgences de l'hôpital Saint-Antoine nécessaire. La provenance géographique des patients témoigne de sa mission de proximité avec 57% de patients venant de Paris, 35% d'Ile de France et 8% de province ou de l'étranger. Le pourcentage de patients de plus de 80 ans est quant à lui estimé à 12%²⁴. En outre, les principales catégories de diagnostic, à savoir, les affections du tube digestif, les grossesses pathologiques ainsi que les affections ou traumatismes de l'appareil musculo-squelettique, renvoient à des pathologies pouvant être prises en charge à Saint-Antoine.

²⁴ Données issues d'un document interne d'analyse des caractéristiques du territoire de santé 75-2 élaboré en 2000.

L'opération de construction de ce nouveau bâtiment est l'un des objectifs prioritaires du GHU Est²⁵ pour la période 2005-2009. Le GHU Est est l'un des quatre groupements hospitaliers créés par l'AP-HP destiné à définir des synergies entre établissements de santé de l'Est parisien. Il comprend sept hôpitaux localisés dans la partie Est de Paris intra muros (La Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine, Tenon et Rothschild), ainsi que dans les départements du Val de Marne (Charles Foix - Jean Rostand) et de l'Essonne (Joffre-Dupuytren). Sa principale caractéristique est le faible dimensionnement de l'offre de soins concurrente, notamment privée.

La construction du bâtiment UPR s'intègre alors parfaitement dans les principaux enjeux du GHU, qui figurent dans le plan stratégique de l'AP-HP pour 2005-2009 : « amélioration de l'accueil et du traitement des urgences, organisation de l'aval des activités d'urgences²⁶ ». Ce nouveau bâtiment permet également d'envisager des synergies avec les établissements psychiatriques du secteur et notamment avec les hôpitaux Esquirol ou Maison Blanche. En revanche, il ne s'intègre pas dans la volonté de se rapprocher des quelques établissements privés à but non lucratif situés sur le territoire de santé et focalisés sur des enjeux de périnatalité (comme les Diaconesses – Croix Saint-Simon ou les Bluets).

Ainsi, dans le cadre du territoire de santé, les missions d'accueil et de traitement des urgences sont essentiellement partagées entre la Pitié Salpêtrière, Saint-Antoine, Tenon et Trousseau. Des objectifs plus précis sont donnés en matière d'amont et d'aval : « Vers l'amont, la recherche d'une collaboration plus étroite avec la ville visera un effet de régulation, notamment en pédiatrie et en gériatrie. Concernant l'aval, un pilotage opérationnel sera mis en place, en vue d'une amélioration de la régulation inter établissements en situation normale ou de déséquilibre, d'une coordination de la fermeture des structures, d'une promotion des formes nouvelles de prise en charge (polyclinique, maison médicale), et d'une évaluation du mode de fonctionnement des filières.²⁷ » Concernant la prise en charge des personnes âgées, il s'agit ainsi de répondre à un impératif d'accroissement des capacités d'hospitalisation en Soins de Suite et de Rééducation dans l'Est parisien et dans la petite couronne, en ré ouvrant des secteurs fermés par manque de personnel ou pour des raisons d'inadaptation

²⁵ Depuis 2003, l'AP-HP compte quatre groupements hospitaliers universitaires (GHU Nord, Sud, Est, Ouest). Leur objectif est de rapprocher la Direction générale dans le processus de décision, d'impulsion et de pilotage, ainsi que dans la préparation, le suivi et la mise en œuvre des plans stratégiques. Chaque GHU comprend un Directeur exécutif et un comité d'orientation associant les directeurs, les présidents des comités consultatifs médicaux et les doyens de chaque ensemble.

²⁶ AP-HP, 2005, « Plan stratégique 2005-2009 », Volume 1, p. 55.

²⁷ Ibid.

architecturale, notamment sur les hôpitaux la Pitié Salpêtrière, Charles Foix et Rothschild. Pour ce dernier, tel était l'objectif défini depuis plusieurs années au niveau de l'institution. Ses activités de médecine et de chirurgie avaient ainsi été progressivement transférées dans des établissements tels que Tenon ou Saint-Antoine pour permettre à Rothschild de se recentrer sur des missions d'aval et de SSR. En parallèle, le projet de construction d'un nouveau bâtiment à l'hôpital Tenon, et devant regrouper les activités chirurgicales, d'anesthésie, de réanimation, de radiologie et des urgences (bâtiment BUCA) entrain en cohérence avec ce nouveau dispositif conçu à l'échelle du territoire de santé de l'Est parisien. Ce projet se concevait, *de facto*, presque exclusivement en cohérence avec les hôpitaux du GHU Est du fait de l'absence d'offre de soins concurrente sur ces différents types de prise en charge.

Les stratégies de l'hôpital Saint-Antoine et de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris convergent donc tout au long du projet. L'objectif d'une reconfiguration des urgences et d'une structuration de leur aval constitue à cette période l'un des enjeux prioritaires de l'institution. Pour autant les autres activités pouvant être intégrées dans le nouveau bâtiment ont fait l'objet d'un arbitrage interne, fondé sur des critères plus médicaux que politiques.

1.2 Les apports de la programmation : localisation, dimensionnement des nouvelles unités et prévisions d'augmentation d'activité

Après avoir acté politiquement la nécessité de se lancer dans l'édification d'un nouveau bâtiment, les éléments de programmation sont définis à la fois dans leur aspect médical et dans leur aspect fonctionnel. En juillet 2000, le programme médical du futur bâtiment est établi et tranche les questions de localisation du bâtiment et des activités médicales pouvant y être transférées (1.2.1). Puis, en février 2001, un cabinet de programmation privé est sollicité pour conduire les opérations de programmation qui comprenaient à la fois les questions de localisation du bâtiment et de dimensionnement des unités (1.2.2).

1.2.1 La question de la localisation du bâtiment et des activités à transférer

Epineuse question dans un site saturé, la question de la localisation s'avère pourtant cruciale dans la mesure où elle permet de définir les nouvelles liaisons entre le bâtiment, l'hôpital et la ville. Cet enjeu a donc été particulièrement important et ce d'autant que le choix d'une localisation à Saint-Antoine impliquait le déplacement d'autres services devant permettre de libérer de l'espace pour l'édification du nouveau bâtiment.

A) La localisation du nouveau bâtiment

Alors que le programme médical du nouveau bâtiment est en cours d'élaboration, la mission du programmiste est lancée sur la localisation possible de cette nouvelle construction. La situation de l'hôpital Saint-Antoine n'est à cet égard pas aisée dans la mesure où, en dépit de son caractère pavillonnaire, aucun terrain n'est alors disponible sur le site de l'hôpital. Une nouvelle construction induit ainsi la destruction d'autres bâtiments.

Les contraintes d'urbanisme s'avèrent également importantes dans la mesure où l'ensemble du quartier du Faubourg Saint-Antoine est localisé dans un périmètre de monuments historiques. Le site lui-même comporte des bâtiments inscrits à l'inventaire des monuments historiques. C'est notamment le cas de certaines façades et toitures mais également du passage central du bâtiment Lenoir (l'actuel le pavillon de l'Horloge).

En outre, en fonction du Plan d'Occupation des Sols (POS), 5 contraintes sont identifiées pour le site de l'hôpital Saint-Antoine :

- Au cœur de l'îlot représenté par l'hôpital, les espaces libres doivent représenter au moins 50% de la superficie du terrain,
- La hauteur maximale des constructions est fixée à 31 mètres, soit environ dix étages.
- Le gabarit des constructions est réglementé : deux bâtiments distincts situés sur une même parcelle doivent être séparés d'une distance au moins égale à la hauteur du bâtiment le plus haut moins 2 mètres.
- La surface qui doit être réservée au stationnement sur le site ne peut être inférieure à 10% de la Surface Hors Œuvre Nette de l'établissement (SHON). Or cette surface est alors de 9,2% (soit 454 places de parking au total), ce qui s'avère déjà insuffisant.
- Enfin, le Coefficient d'Occupation des Sols (COS), fixé à 3 sur la zone, s'élève à l'époque à 1,98. La SHON est ainsi équivalent à 123 138 mètres carrés, ce qui porte la réserve constructible à 62 589 mètres carrés.

Ces contraintes d'urbanisme sont donc prises en compte au moment du choix de la localisation du nouveau bâtiment.

Mais le programmiste et l'architecte doivent faire leur choix en considérant que l'emprise au sol doit permettre de dégager sur les différents niveaux la plus grande surface utile possible. L'objectif est ainsi de renforcer la cohérence médicale du transfert des activités dans le bâtiment. Ils doivent également tenir compte des liaisons de ce bâtiment avec le reste de l'hôpital et mener une analyse approfondie des nouveaux circuits, des nouvelles

circulations et des nouvelles modalités de transport de biens et de personnes que le bâtiment va induire. La gestion des flux revêt ainsi une importance capitale à la fois entre le nouveau bâtiment et l'hôpital, mais également au regard de l'accessibilité de ce dernier vers la ville. L'emprise au sol du bâtiment peut également s'avérer bloquante dans la mesure où ce dernier doit permettre d'assurer une continuité de la zone ZHTCD et du SAU et implique qu'ils soient situés sur un même niveau.

En fonction de ces contraintes, cinq scénarii de localisation sont envisagés et successivement abandonnés. Un scénario permettant de réaliser le bâtiment au prix de préalables concevables et en respectant toutes les contraintes du site est finalement adopté. Il est ainsi décidé de construire un bâtiment de 3 ou 4 niveaux maximum entre les urgences de l'époque et le bâtiment J. Caroli, parallèlement à ce même bâtiment. Cette solution permet de libérer la plus grande surface au sol possible et d'inclure toute la partie des urgences de l'hôpital en y incluant d'autres activités.

B) Le choix des activités à transférer

Dès les années 2000, les équipes médicales ont mené une large concertation destinée à établir le programme médical du nouveau bâtiment. Outre le transfert des urgences, qui était un objectif prioritaire, il s'agissait ainsi de réfléchir à la définition du périmètre des activités qui pouvaient y être transféré.

Le programme médical propose trois critères permettant de déterminer quelles sont les deux activités pouvant être accueillies au sein du nouveau bâtiment. Le premier critère est la compatibilité entre les surfaces et volumes nécessaires pour ces activités et ceux disponibles dans le nouveau bâtiment. Le second est le fait que cette répartition permette de constituer une réponse directe aux enjeux définis dans le projet médical. Enfin, le troisième est la réalisation de cette répartition dans un calendrier compatible avec l'objectif prioritaire de reconfiguration des urgences.

Dans ce cadre est défini un bloc d'activités dites « urgences », composé de quatre éléments essentiels : une unité d'accueil, une unité de radiologie, une unité d'hospitalisation et une policlinique rattachée au service de médecine interne. L'espace nécessaire pour installer ces activités est alors estimé à première vue à 3 400 mètres carrés.

Le site de distribution des produits sanguins est considéré comme présentant un lien fort avec les urgences, et doit donc, selon les rédacteurs de ce document, être situé à proximité des urgences sur un espace qui, selon le périmètre d'activités transférées, pourrait être compris entre 300 et 500 mètres carrés.

Autre service pouvant être relocalisé dans le bâtiment : la réanimation médicale dans la mesure où elle présente des liens forts avec le SAU. Les réanimateurs s'y déplacent en effet fréquemment en cas d'urgence vitale et 40% des admissions du service de réanimation proviennent alors des urgences. La proximité que connaissaient alors les urgences et la réanimation médicale dans leurs anciens locaux serait ainsi maintenue. Cependant, ces éléments ne parviennent pas à convaincre l'ensemble de la communauté hospitalière de la nécessité d'intégrer la réanimation au nouveau bâtiment. Dans la mesure où plus de 50% des patients de réanimation proviennent d'autres services de l'hôpital, le Comité Consultatif Médical²⁸ (CCM) décide de proposer au programmiste d'analyser la faisabilité d'une inclusion de la réanimation au sein du nouveau bâtiment.

Le groupe chargé de la rédaction du programme médical du nouveau bâtiment a ensuite recherché à définir « le(s) groupe(s) d'activités pouvant donner lieu à un projet médicalement cohérent et qui pourrai(en)t occuper un volume à peu près équivalent au volume du 'bloc' des urgences.²⁹ » Ce premier programme médical a ainsi pour objectif d'adjoindre à ces urgences, et éventuellement à la réanimation, une autre activité structurante pour l'établissement, tout en restant dans des hypothèses de construction compatibles avec les surfaces disponibles au sol ainsi qu'avec les règles architecturales (en matière de prospects) et techniques (en restant en deçà d'un IGH).

Or, mis à part la question de l'implantation des urgences dans le nouveau bâtiment, seules deux hypothèses semblent alors répondre aux conditions requises : un plateau de biologie restructuré et une fédération d'hématologie et de cancérologie.

En premier lieu, il semble en effet que la biologie nécessite de nouveaux aménagements, qui doivent permettre, à terme, une centralisation de ses activités. C'était du moins le sens des négociations en cours entre la Direction de l'AP-HP et les services concernés depuis 1998. Il s'agit ainsi à la fois de mettre en conformité des installations (respect du GBEA, sécurité incendie), d'améliorer la productivité de la structure à moyens constants, d'anticiper les prochaines innovations technologiques, de développer de nouvelles synergies, etc. A l'époque, la dispersion des services de biologie induit une allocation des moyens clairement sous optimale. Un premier projet de rapprochement des laboratoires avait été élaboré pour les intégrer au sein du bâtiment Robert André, localisation peu

²⁸ Hôpital Saint-Antoine, Compte rendu du CCM extraordinaire du 20 mai 2000. Il est à noter qu'à l'AP-HP, la Commission Médicale d'Etablissement n'existe qu'à l'échelle de l'institution. Au sein des établissements, ce sont des Comités Consultatifs Médicaux qui sont organisés.

²⁹ Hôpital Saint-Antoine, 2000, « Programme médical du nouveau bâtiment de l'hôpital Saint-Antoine », p. 4.

efficace dans la mesure où ils se seraient retrouvés dans un espace ancien et conçu pour rester un secteur d'hospitalisation. Il semble alors plus intéressant d'envisager cette centralisation dans le cadre d'un bâtiment neuf, permettant des synergies plus nombreuses.

C'est en fonction de ces deux types d'activités complémentaires à l'activité d'urgence qu'est lancée la réflexion sur les affectations du bâtiment. Elle permet ainsi d'établir deux hypothèses différentes, mais présentant toutes les deux un caractère restructurant pour l'établissement, et, au-delà, pour l'ensemble de l'Est parisien.

L'hypothèse 1, intitulée « Urgences et Biologie » permet d'accueillir :

- Le « bloc » urgences (accueil, service d'hospitalisation, antenne de radiologie, policlinique, distribution du sang) sur une surface de 3 500 mètres carrés utiles ;
- Le plateau de biologie restructuré dans un volume de surface utile de 4 000 mètres carrés ;
- Eventuellement, la réanimation médicale, soit environ 800 à 900 mètres carrés.

Cette hypothèse permet de libérer la moitié du rez de chaussée et du 1^{er} étage ainsi que la totalité des 3 niveaux du bâtiment Robert André. Elle permet ainsi d'accueillir dans ces locaux le service d'hématologie existant, le service de cancérologie ainsi qu'une activité d'hématologie venant d'un autre hôpital. L'arrivée de cette activité, confirmée par la suite avec le projet de transfert du service d'hématologie de l'Hôtel Dieu, peut alors être effective. La fédération d'hémo-cancérologie peut ainsi être créée dans ces locaux.

L'hypothèse 2, quant à elle dénommée « Urgences et Hémo-Cancérologie », a pour mission d'accueillir :

- Le « bloc » urgences selon la même configuration avec ses 3 500 mètres carrés utiles ;
- Une fédération d'hématologie et de cancérologie qui doit comprendre le service, d'hématologie et le service de cancérologie de l'époque mais aussi l'unité de reconstitution des cytostatiques et un plateau de thérapie cellulaire sur 4000 mètres carrés ;
- Et éventuellement la réanimation médicale sur 800 ou 900 mètres carrés.

Dans cette hypothèse, la réfection du plateau de biologie est effectuée dans le bâtiment R. André et est favorisée par le départ des services d'hématologie (dans le nouveau bâtiment) et de psychiatrie (dans le bâtiment Moïana). Cependant, l'un des principaux inconvénients de cette hypothèse est alors son incapacité à intégrer le transfert éventuel

d'une autre activité d'hématologie de l'AP-HP. Son deuxième inconvénient est d'installer les activités de biologie dans un ancien secteur d'hospitalisation.

Il apparaît ainsi qu'au moment même de l'élaboration du programme médical, l'hypothèse 1 est clairement privilégiée dans la mesure où elle permet de réaliser plusieurs opérations de regroupement alors projetées. Dans ce cadre, plus qu'une simple présentation de deux solutions probables, l'élaboration de ces deux hypothèses semble avoir stratégiquement permis aux responsables médicaux de justifier leurs trois principales ambitions pour l'hôpital, à savoir par ordre de priorité : les urgences, la biologie et l'hémato-cancérologie. Le programme médical lui-même, s'il semble avoir pour objectif de démontrer le cheminement de la réflexion collective, a ainsi pour ambition de rappeler à l'institution les enjeux prioritaires qui doivent être développés pour les années à venir.

Mais au final, l'intervention du programmiste contribue à clarifier la situation en écartant ces deux hypothèses. Il ressort de l'analyse menée que les règles urbanistiques ne permettent pas d'envisager d'intégrer ce type d'activités au sein du bâtiment, qui ne peut présenter une hauteur supérieure à quatre niveaux. Dans ce cadre, le programmiste suggère une ultime hypothèse validée par la direction de l'établissement et par les instances médicales. Le bâtiment comprendra donc trois services : les urgences, la polyclinique et la réanimation médicale. L'opération hématologie et cancérologie est donc repoussée. Quant à l'activité de biologie, elle ne pourra pas y être installée dans la mesure où l'espace disponible ne s'avère pas suffisant. Il est donc décidé de revoir à la baisse la taille du bâtiment et de songer à la construction d'un bâtiment distinct destiné à accueillir les activités de biologie à l'extrémité du bâtiment J. Caroli.

1.2.2 Le dimensionnement des services

Une fois cette décision prise, le programmiste commence à travailler sur le dimensionnement des nouvelles unités. Des groupes de travail sont organisés avec les vingt sept équipes médicales et soignantes concernées par l'opération. Cette analyse des besoins prend en compte la structure antérieure du service. Mais, en parallèle, c'est également l'organisation des services concernés qui doit être repensée à l'occasion de la construction de ce nouveau bâtiment. Cette analyse permet à la fois d'ajuster l'espace à l'activité réalisée durant l'année N, mais aussi et surtout de prévoir quelle sera cette activité de N+1 à N+30 dans la mesure où la durée moyenne de vie d'un bâtiment de ce type est évaluée à une trentaine d'années. Une telle étude doit donc confronter les projections effectuées pour chacun des services devant composer le nouveau bâtiment UPR, à savoir le service des urgences, le service de réanimation médicale et la polyclinique.

A) Le service des urgences

Le programme médical a permis de définir le périmètre d'activité du SAU : il s'agit d'un service d'accueil et de traitement des urgences adultes destiné à recevoir des urgences médico-chirurgicales et psychiatriques. Les urgences pédiatriques doivent quant à elles être orientées vers l'hôpital Trousseau selon une convention définie entre les deux établissements. Les urgences gynéco-obstétriques restent traitées par les urgences dédiées à cette activité au sein de l'établissement à proximité de la maternité.

Le dimensionnement du service est donc été effectué en fonction de ce périmètre, qui reprend dans ses grandes lignes, le fonctionnement du SAU de l'époque. Les données d'activités extraites du logiciel de gestion du SAU, URQUAL, permettent de chiffrer l'activité, en intégrant notamment la variable liée à l'accueil des urgences de l'Hôpital Rothschild. Les résultats présentent une légère augmentation entre 1999 et 2000 dans la mesure où le nombre de passages est respectivement passé de 40 841 (soit 112 passages par jour en moyenne) à 47 162 (soit 129 passages par jour en moyenne). Ces données apparaissent stabilisées pour l'année 2001, année de réalisation de la programmation puisque le nombre de passages est alors équivalent à 47 018. Mais l'importance des pics d'activité est également prise en compte : les variations d'activité par rapport à ces données moyennes sont alors estimées à plus ou moins 25% et peuvent être expliquées en fonction des jours de la semaine (+ ou - 15%) ou selon la période de l'année (+ ou - 10%).

Suite à l'analyse de l'activité réalisée, le chef d'établissement propose que les ratios nationaux ou les décrets relatifs aux urgences soient utilisés pour chiffrer les besoins en termes d'espace. L'établissement se trouve alors confronté à une difficulté d'évaluation du potentiel d'augmentation de l'activité. Comme le précise une note adressée au Siège par le Directeur de Saint-Antoine, le 4 juin 2002 : « faute d'étude rétrospective et prospective de niveau national, régional ou même interne à l'AP-HP, permettant d'objectiver les facteurs d'évolution à prendre en compte, l'hôpital s'est retrouvé dans l'obligation de réaliser sa propre analyse. » Plusieurs éléments annexes sont alors pris en compte par la Direction pour évaluer le niveau d'augmentation potentielle du nombre de patients pris en charge aux urgences de l'hôpital Saint-Antoine. C'est notamment le cas de la démographie médicale qui est envisagée par l'hôpital comme la cause d'un recours croissant aux urgences. Mais la limitation croissante du nombre de gardes de villes contribue également à l'augmentation du nombre de passages au SAU. Une analyse de l'environnement institutionnel public et privé du site est également menée en rappelant qu'il n'y a alors aucune perspective d'ouverture de nouveaux services d'urgences sur une zone qui souffre de certaines attitudes actives de limitation des flux. Le vieillissement de la population parisienne et du territoire de santé, est également envisagé comme un

facteur d'augmentation du nombre de passages au SAU. Enfin, plus que les moyennes, ce sont en fait les pics d'activité qui sont pris en compte pour envisager le fonctionnement du service en mode dégradé, y compris en cas d'activation du plan blanc et de prise en charge des risques NRBC (nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique).

L'un des choix politiques de l'établissement et du siège de l'AP-HP dans le cadre de la construction de ce nouveau SAU, est fondé sur une analyse coût/bénéfices. Il est en effet évalué, qu'en cas de sous utilisation du bâtiment, il s'avère moins coûteux d'entretenir des surfaces provisoirement sous utilisées que d'avoir sous dimensionné un service structurant pour l'hôpital³⁰. Dans sa négociation en termes de moyens, l'hôpital s'engage ainsi dès 2002 à distinguer le niveau d'activité destiné à dimensionner l'espace et le niveau attendu à l'ouverture pour négocier les moyens de fonctionnement. Sur le nombre de places en ZHTCD, le décret de 1997 et le SROS Urgences d'Ile de France avaient prévu entre 3 et 5 places pour 10 000 passages annuels. La Direction de l'hôpital privilégie la moyenne haute de cette fourchette (4,6 pour 10 000) en se fondant sur les recommandations de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF). Ainsi pour une activité prévisionnelle de 60 000 passages annuels (supérieure de 25% à l'activité alors réalisée), la ZHTCD est dimensionnée à 25 places selon la fourchette imposée par les textes (3 à 5 boxes individuels par tranche de 10 000 passages).

De son côté, le groupe de travail Urgences essaye également d'anticiper cette augmentation de surfaces dans la mesure où il souhaite dès ses premiers travaux prévenir le risque de « balkanisation du service ». Il s'agit ainsi d'éviter d'éclater le service en secteurs distincts fonctionnant de manière cloisonnée et de favoriser les coopérations en dépit de l'étalement spatial du nouveau service. Effectivement, l'une des principales caractéristiques du rapprochement du SAU et de la ZHTCD est l'augmentation des surfaces disponibles. Dans la programmation, la taille du service passe de 1 700 mètres carrés (comprenant le SAU, la zone d'attente, la zone d'observation et la zone de déchocage) à 4 422 mètres carrés dans le bâtiment UPR (soit un rapport de 1 à 2,6). Pour autant, indépendamment de cette augmentation des surfaces, la logique d'implantation des secteurs présente un certain nombre de constantes par rapport au fonctionnement antérieur. Certaines clefs de délimitation spatiale de la prise en charge sont maintenues dans le nouveau système alors qu'ils n'existent pas sous cette forme dans d'autres services d'urgences. C'est ainsi le cas de la délimitation des secteurs au sein de la ZHTCD qui distingue des emplacements à « zone chaude » (4 places), à « zone tiède » (8 places) et des emplacements à « zone froide » (8 places boxées et 8

³⁰ A l'hôpital Saint-Antoine, le service des urgences permet de réaliser environ 40% des hospitalisations selon les chiffres de l'année 2002.

places non boxées). Comme auparavant, la prise en charge des patients dans la structure doit donc être fondée sur l'évaluation de leur état puis sur une logique déchochage / « zone tiède » / « zone froide » qui doit, selon eux, impérativement se retrouver dans l'implantation et la disposition des locaux. Les boxes de soins (15 boxes indifférenciés de médecine et de chirurgie et 2 boxes de psychiatrie) réservés aux urgences non vitales, ne doivent donc pas disposer de sanitaires et être en priorité destinés à un passage rapide de patients ensuite orientés vers d'autres zones. Les besoins supplémentaires en termes de PM et de PNM pour faire fonctionner cette nouvelle structure sont quant à eux définis par le Directeur des Ressources Humaines et par le Directeur des Soins respectivement à 13 et 10 ETP.

La structure spatiale de l'ancien service est donc partiellement reprise dans le nouveau bâtiment, avec une organisation longitudinale qui rappelle l'aile ressemblant à un couloir qui accueillait les urgences au sein du bâtiment Robert André. Les seuls éléments de nouveauté sont induits par la nécessité de mettre aux normes certaines liaisons au sein du service et par la possibilité, nouvelle, d'obtenir des places d'hospitalisation au même niveau que les urgences elles-mêmes.

B) Le service de réanimation

Les besoins du service de réanimation médicale n'ont pas été recensés dans le programme médical dans la mesure où le transfert de ce service dans le nouveau bâtiment n'était alors qu'une éventualité. Son périmètre d'action a été essentiellement défini en fonction de ses missions traditionnelles. Est ainsi précisé le fait que ce service accueille le plus souvent des malades présentant plusieurs défaillances vitales aiguës nécessitant une présence médicale continue et à la disposition exclusive du service. Le service est supposé recevoir des malades relevant de toutes les disciplines. Au moment de définir les besoins, deux options sont envisagées pour prendre en compte les nouvelles normes et l'autorisation de 1996. Il est ainsi possible de retenir une première hypothèse de 14 lits de réanimation et de 4 lits de soins continus ou une seconde hypothèse de 10 lits de réanimation et de 4 lits de soins continus. Des débats importants ont lieu à cette période entre les réanimateurs, les membres du CCM et la Direction pour parvenir à la prise de conscience de la nécessité d'installer 18 lits dans le nouveau service, notamment dans le cadre d'une augmentation projetée du nombre de passages dans le nouveau service des urgences. Indépendamment de cette autorisation, les données d'activité ont été recensées pour évaluer les besoins réels. Comme pour tout service d'hospitalisation, ont été prises en compte les données relatives au nombre d'entrées, à la durée moyenne de séjour (DMS) et au taux d'occupation moyen (TOM) sur les années 1999 – 2001. En 1999, le service a ainsi effectué 854 entrées. Il présente une

DMS de 4,77 jours et un TOM de 82,9%. Malgré une petite chute du nombre d'entrées en 2000 (passées à 773), les chiffres apparaissent comme plus stables en 2001 (865 entrées, une DMS de 4,6 jours, un TOM de 81%).

Le groupe de travail Réanimation travaille sur une nouvelle architecture du service, permettant de respecter la circulaire du 7 février 1989 et le décret alors en cours de préparation. Pour réitérer la nécessité d'inclure la réanimation dans le projet, le groupe prend appui sur ce dernier texte qui mentionne dans son annexe 2 que « la réanimation doit disposer d'une liaison très courte et horizontale avec le service d'accueil des urgences ». Une fois ce pré requis établi, le groupe définit une nouvelle configuration spatiale destinée à respecter les recommandations existantes en matière de réanimation médicale. Outre l'unité de soins continue devant être située à proximité, le service de réanimation médicale est pensé pour comprendre trois zones spécifiques. Une zone filtre, essentiellement tertiaire, doit être située entre les salles d'attente, la salle d'accueil des familles et le secrétariat. Le groupe envisage une utilisation partagée de la salle de réunion et de la bibliothèque avec le SAU. Une zone technique se composant des espaces réservés au stockage et à l'approvisionnement doit être située à proximité de la zone d'hospitalisation. Enfin, une zone d'hospitalisation comprendrait les chambres d'hospitalisation regroupées en plusieurs unités. Il est envisagé de créer pour 18 lits, 3 unités de 6 lits, disposant chacune d'un poste de soins, ce qui présente l'intérêt d'obtenir une certaine cohérence en matière de gestion du personnel paramédical.

Pour établir cette répartition spatiale, il apparaît que le groupe de travail a non seulement utilisé les normes et recommandations publiées par les sociétés savantes en matière de réanimation, mais qu'il a en outre effectué quelques visites. Les choix retenus à l'Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) ont ainsi une influence sur leur conception de ce nouveau service doté d'une organisation spatiale très différente de celle du service de réanimation de l'époque. Cette nouvelle organisation entraîne une forte augmentation de la demande d'espace du service. Au total, 1 580 mètres carrés sont finalement réservés à la réanimation médicale, à rapprocher des 840 mètres carrés du service antérieur (soit un rapport de 1 à 1,9). Selon la même méthodologie que pour les urgences, les besoins supplémentaires en termes de PM et de PNM sont respectivement établis à 4 et 5 ETP.

C) La policlinique médicale

L'objectif est de créer une structure plus ouverte sur la ville qu'à l'époque et qui permette de devenir un préalable à une hospitalisation dans un autre service. Pour ce faire, le périmètre d'action de la policlinique est lui aussi précisé : des consultations de médecine générale programmées et non programmées, la prise en charge de situations de précarité

et de vulnérabilité, des consultations de spécialistes non représentés dans l'hôpital, des demandes de dépistage et de prévention, des prélèvements de laboratoires non pris en charge par d'autres services de l'hôpital (les cytogénétiques par exemple), et enfin des soins infirmiers. L'une des nouvelles pistes évoquées au moment de la création du projet de nouveau bâtiment est également d'adresser à la polyclinique des patients réorientés par le SAU. Le dimensionnement de la polyclinique est réalisé en fonction des données d'activité recueillies essentiellement en 2001. En effet, si le nombre d'actes mentionnés entre 1995 et 2000 permet de mesurer une certaine croissance de l'activité de la polyclinique, il n'est pas représentatif du nombre de passages réels. En 2001, un nombre de passages réels estimé à 34 653 a ainsi pu être fourni. La répartition des activités est la suivante pour l'année 2001 : 57% d'actes médicaux, 24% d'actes infirmiers, 16% d'actes à visée sociale.

Un ratio type d'augmentation d'activité équivalent à 3% par an a été défini jusqu'en 2010 pour dimensionner la nouvelle polyclinique, ce qui correspond à 45 000 passages annuels. Les responsables de la polyclinique médicale ne souhaitent quant à eux pas modifier la répartition spatiale des activités de l'ancienne structure. En effet, ses principales difficultés proviennent d'une mauvaise accessibilité du site. En outre, l'historique du service démontre une véritable capacité d'adaptation de l'équipe de la polyclinique, équipe par ailleurs beaucoup plus stable que celles des urgences ou de la réanimation qui sont des secteurs où le taux de rotation du personnel s'avère plus important. La polyclinique, qui était jusqu'à la mise en œuvre du projet, située dans les sous sols du bâtiment de l'Horloge, se trouvait effectivement dans un lieu qu'elle n'avait au départ pas pu choisir et adapter en profondeur à son activité. Les équipes étaient ainsi à l'époque parvenues à adapter leurs organisations du travail à cette structure et n'avaient pas été amenées à penser leurs espaces de travail. La prise en charge des patients à la polyclinique n'étant pas aussi normée que celle de la réanimation et des urgences, les innovations récentes n'avaient donc pas remis en cause la structure spatiale des installations anciennes qui avaient simplement besoin d'une rénovation. Dans ce cadre, l'organisation spatiale de la nouvelle polyclinique s'avère donc très proche de la configuration de l'ancienne structure. L'augmentation des surfaces demandée est ainsi similaire à l'augmentation qui peut être allouée, soit 1 350 mètres carrés, à rapprocher des 1 080 mètres carrés de la polyclinique de l'époque (soit un rapport de 1 à 1,25). Enfin, le personnel supplémentaire concerne seulement le PNM à hauteur de 0,5%. Il est à noter que sur l'ensemble du bâtiment, les effectifs de bio nettoyage alors centralisés ont été renforcés à hauteur de 6,5 ETP.

Au tournant de l'année 2001, telles sont donc les conclusions du long travail du programmiste concernant l'analyse des besoins de l'hôpital et sa formalisation dans un programme. Si cette mission a au final duré plus d'un an, le programmiste accompagne

encore le projet jusqu'à l'Avant Projet Définitif. Rencontré dans le cadre de ce mémoire, il conserve le souvenir d'une concertation difficile et de contraintes très fortes. Ce qui l'a le plus étonné, c'est « le nombre de pré requis et de préalables à la construction du bâtiment dans un lieu contraint par sa nécessité de fonctionner pendant les travaux 24h sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an.³¹ » Cependant, la méthodologie suivie n'a pas permis d'éviter certains écueils, notamment en terme de dimensionnement des unités, mission dont s'est saisie la Direction de manière désordonnée et dont les résultats ne se sont finalement pas avérés très concluants.

Le programme médical et le programme fonctionnel ont tout de même permis de dresser les grandes lignes du futur bâtiment. Reste à envisager ce qui pourrait être amélioré dans cette démarche, notamment grâce à l'intervention d'un directeur d'hôpital, qui pour l'instant reste simplement positionné en position d'arbitrage entre des contraintes médicales et fonctionnelles.

1.3 Proposition : développer le rôle du directeur d'hôpital dans la phase de conception du projet

Au stade de la conception d'un projet, le directeur d'hôpital concourt à l'adéquation du projet de construction et des projets de l'établissement en cohérence avec les enjeux prioritaires définis à l'échelle de l'institution et du territoire de santé. Il s'assure également du bon déroulement de la phase de programmation qui permet de déterminer la localisation optimale du bâtiment, de dimensionner les nouvelles unités en accord avec les projets de chaque service. Pour mener à bien ces deux missions, des recommandations existent pour associer les équipes à chaque phase de la préparation du projet et en respecter la cohérence.

Des encadrés permettent de synthétiser les bonnes pratiques en la matière :

- comprendre le projet (1.3.1),
- mener une bonne analyse des besoins (1.3.2),
- mieux cerner le fonctionnement d'un groupe de travail (1.3.3),
- présenter les phases du projet aux utilisateurs (1.3.4).

³¹ Entretien réalisé avec Mme Anne Valérie Sceau, responsable de la programmation du bâtiment UPR travaillant au sein de la société PATMO, le 30 juillet 2009.

1.3.1 Comprendre le projet³²

Comprendre le projet, c'est pouvoir répondre à des questions apparemment simples :

- Quel est l'objectif du projet ?
- Quelles sont la taille et l'importance du projet ?
- Quel est le degré de complexité du projet ?
- Quels vont être les effets induits du projet ?

C'est aussi identifier les liens qu'il entretient avec l'organisation environnante :

- Quels sont les différents modèles de relations projet-organisation ?
- Quelle est la part d'innovation de ce projet ?
- Dans quelle mesure est-il possible de sortir des cadres institutionnels pour innover ?
- Quels sont les différents niveaux d'autonomie de chaque acteur ?

Vient ensuite la nécessité d'identifier le profil du projet :

- En fonction de plusieurs critères : petite taille/grande taille, faible enjeu/fort enjeu, caractère matériel/immatériel, faible complexité/forte complexité, faible degré d'innovation/fort degré d'innovation, faible autonomie/forte autonomie, insertion du projet dans une organisation/construction d'une organisation autour du projet.
- En fonction du diagnostic antérieur établi et des objectifs définis.
- En fonction des spécificités du projet par rapport à des projets antérieurement menés.
- En fonction des risques inhérents au projet.

Cette grille, une fois complétée, permet au directeur chargé du suivi de cette première phase de détenir une feuille de route synthétique. Elle sert d'interface avec les auteurs du programme médical et du programme fonctionnel. Elle permet également de communiquer autour de ce projet de construction.

1.3.2 Mener une bonne analyse des besoins³³

- 1 - Cadrer l'étude : périmètre, objectifs, acteurs.
- 2 - Analyser l'existant interne : points forts et points faibles.
- 3 - Faire un *benchmark* interne-externe : outils réutilisables et éléments nouveaux.
- 4 - Modéliser l'existant : dessiner, schématiser, expliquer et analyser.
- 5 - Faire valider l'existant : acter et synthétiser ces données.
- 6 - Construire des fiches des axes de solutions : volets fonctionnel et technique.
- 7 - Choisir un axe de solution : solutions vs volet budgétaire et temporel.
- 8 - Modéliser en détail la solution choisie.
- 9 - Faire valider les modélisations : par les utilisateurs, les experts, les décideurs.
- 10 - Construire le document final : appelé à devenir le cahier des charges.

Cette question de l'analyse des besoins renvoie à la nécessité de stabiliser les choix effectués indépendamment des changements d'affectation des personnels travaillant sur le projet. En cas de changement, les différences de conception selon la sensibilité de

³² Elaboration propre à partir de données issues de l'ouvrage : PICQ T., 2005, *Manager une équipe projet*, Paris : Dunod, 246 p.

³³ Elaboration propre à partir de l'ouvrage : MARCHAT H., 2008, *Gestion de projet par étapes : Analyse des besoins*, Paris, Eyrolles, 207 p.

chaque praticien peuvent ainsi provoquer de véritables difficultés. Une étude a été menée au sein de l'AP-HP en 2007 pour obtenir l'avis des chefs de services sur leur conception du service des urgences idéal. Il s'agissait de déterminer quel était le circuit du patient optimal pour assurer une meilleure prise en charge et améliorer la filière de soins. L'enquête présentait une certaine ampleur : 265 questionnaires avaient été envoyés et 131 réponses avaient été enregistrées. Les deux chefs de services initiateurs de l'enquête n'ont cependant pas totalement atteint leur objectif : dessiner le service d'urgences idéal. Selon eux, « chaque correspondant hospitalier des urgences véhicule sa propre image du service des urgences idéal, parfois contradictoire avec celle du collègue³⁴. » D'où la difficulté d'obtenir une configuration spatiale de service satisfaisant une majorité d'utilisateurs dans un monde aussi complexe que l'hôpital.

En outre, certains acteurs du projet UPR font remonter au cours de différents entretiens réalisés qu'il aurait également été intéressant d'associer les usagers à cette démarche d'analyse des besoins. Effectivement, tout au long du processus de réalisation du projet, les usagers, qui seront en fait les destinataires des locaux ne sont que très partiellement interrogés sur la conception des locaux. Même s'il est évident que bon nombre d'équipes n'ont cessé de penser à la prise en charge des patients dans les futurs locaux, il est évident que ce type de consultation aurait eu lieu dans d'autres types de processus d'analyse des besoins. Il serait ainsi inenvisageable dans bon nombre de projets commerciaux, de ne pas tester telle ou telle disposition des locaux auprès des consommateurs avant de lancer un bureau d'architecte sur un projet.

1.3.3 Comprendre les acteurs d'un groupe de travail

Le modèle de **Tuckman**³⁵ distingue cinq phases de l'évolution d'un groupe :

- Le *forming* correspond à une période de « socialisation » liée à la constitution du groupe. Il s'agit d'une phase préliminaire de découverte mais aussi d'incertitude.
- Le *storming* est une phase « d'assaut » qui s'avère renvoyer à la détermination des objectifs mais aussi des conflits et des débats entre les membres de ce groupe qui recherchent leur statut et exercent leur capacité à le contrôler.
- Le *norming* renvoie à une stabilisation de la situation liée à la formation des rôles et des missions de chacun des participants. La cohésion peut opérer et les normes, explicites ou implicites de fonctionnement sont acquises.
- Le *performing* correspond à une phase au cours de laquelle toutes les tensions ont disparu : le groupe est maintenant tout à fait opérationnel et fonctionne de manière transparente.
- L'*adjourning* est la phase de démantèlement du groupe : les tâches confiées à chacun sont réalisées et le groupe peut se dissoudre. Cette phase, qui peut paraître superflue, est pourtant tout à fait nécessaire.

³⁴ LUCAS-AMICHI A. (coord.), 2007, « Dessine-moi un service d'urgences », *Journal européen des urgences*, vol. 20, n°15, p. 159.

³⁵ TUCKMAN B.-W., 1965, « Developmental sequence in small groups », *Psychological Bulletin*, Volume 63, Number 6, p. 384-99.

Une telle réflexion permet ainsi au chef de projet de percevoir dans quelle phase le groupe qu'il anime se situe. A lui de reconsidérer par la suite sa façon de concevoir ces rencontres pour faire en sorte de passer d'une phase à l'autre, et, notamment, de permettre au groupe d'atteindre le *performing* qui permet alors d'accélérer le rythme de maturation du projet. Certains responsables rencontrés au cours des entretiens réalisés pour la rédaction de ce mémoire ont ainsi avoué avoir ressenti le passage à cette phase : le chef de projet est reconnu pour sa capacité à animer un groupe, à décider mais aussi à reconnaître ses propres erreurs et à demander des solutions. Certains participants ayant alors une démarche d'abstention systématique, qui conduisait souvent à des impasses, ont ainsi pris progressivement la parole pour faire avancer le projet.

1.3.4 Présenter les phases du projet aux futurs utilisateurs³⁶

- 1 - *Le pré-programme* : C'est le moment d'une réflexion prospective et d'une mise à plat de l'existant avec l'ensemble de l'équipe. Elle s'appuie aussi sur la visite d'autres services et la consultation d'experts. Cette étape nécessite au moins 6 mois à 1 an, parfois plus.
- 2- *La période d'élaboration du cahier des charges, ou « programme »*, est une étape plus formalisée et donne lieu à la rédaction d'un support de travail pour la création du plan architectural, soit par l'intermédiaire d'un concours d'architecte, soit à une plus petite échelle par un bureau d'études ou l'hôpital lui-même.
- 3- *Analyse des projets* proposés au concours d'architecte.
- Le groupe projet doit diffuser aux utilisateurs l'avant-projet pour apporter les corrections nécessaires.
- 4- *Analyse de l'APS et APD*. – C'est une étape essentielle mais aussi fastidieuse, car elle nécessite de reprendre, d'analyser les implantations et le choix des matériaux retenus, de consulter les experts qui peuvent apporter un éclairage dans les domaines techniques. C'est une étape qui peut durer 3 mois. Un groupe de professionnels de terrain comprenant les membres du service, participent au suivi de l'élaboration et de la construction du service, en particulier au moment de l'APS et de l'APD qui sont validés à chaque étape.
- 5- *Le phasage des travaux* nécessite la participation du groupe projet avant la mise en route du chantier lorsqu'il implique les locaux actuels. Ce groupe est également associé au suivi de chantier.
- 6- *L'avancée des travaux* doit faire régulièrement l'objet d'une information au personnel. Une pièce témoin peut être prévue dans le calendrier pour permettre au personnel une visualisation du nouvel espace, un début d'appropriation. Durant cette période, l'équipe doit plus particulièrement travailler sur la concrétisation des concepts définis de fonctionnement et envisager l'adaptation du matériel.
- 7- *La réception des travaux* doit également impliquer les utilisateurs qui ont une approche fonctionnelle qui permet de surveiller les écarts au projet. Cette phase sera suivie, avant l'entrée dans les locaux, d'une appropriation par les utilisateurs et d'une revalidation des modes d'organisation initialement prévus.

³⁶ Elaboration propre à partir de données issues d'un article de la Société Francophone des Services d'Urgences : BLEICHER G., 2005, « Architecture des services d'urgence : recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence », *Journal européen des urgences*, vol. 18, n°2, pp. 102-126.

Cette grille permet ainsi d'expliquer aux utilisateurs quelles sont les différentes phases du projet de construction. La question de la communication rejoint celle de la projection des utilisateurs dans le nouveau bâtiment. Le programmeur comme certains utilisateurs estiment ainsi qu'il était extrêmement difficile pour les équipes de se projeter dans des locaux sur plans ou avec une maquette représentant le bâtiment lui-même. Cette difficulté serait encore plus accrue avec des usagers ne connaissant pas très bien le fonctionnement quotidien d'un hôpital et les besoins des agents. Or, certains types de modélisations existent aujourd'hui et permettent de mieux appréhender les nouveaux locaux via notamment des simulations en trois dimensions. L'investissement dans ce type de modélisations, souvent coûteuses, n'est généralement pas réalisé par les établissements qui n'y voient pas d'intérêt immédiat. Il s'avère pourtant qu'un tel investissement serait de toute évidence rentabilisé dans la mesure où il permettrait un gain de temps pour les utilisateurs au moment de la présentation des projets architecturaux (en termes de réunions de coordination dans les phases APS et APD notamment). Il permettrait également de limiter les retards de chantiers liés aux nouveaux éléments découverts ou revisités à quelques mois de l'ouverture (le poste de soins trop éloigné, la banque d'accueil trop basse,...). Enfin, il permettrait aux équipes de se voir dans les locaux et d'adapter leur nouvelle organisation du travail à un nouvel espace.

Même si à ce stade de l'analyse, le directeur d'hôpital n'est pas systématiquement associé aux démarches entreprises par les médecins dans l'élaboration du programme médical ou dans les travaux de programmation, son intervention s'avèrerait particulièrement utile. Son rôle est surtout un rôle d'accompagnement qui permet de s'assurer de la cohérence du projet et de nouer des liens avec les utilisateurs. Il s'agit ainsi d'assurer la communication des informations, de présenter les principaux aspects du projet, à la fois dans les instances et devant les utilisateurs. Une telle démarche, qui n'a pas été menée à l'hôpital Saint-Antoine à ce stade de la procédure, permet de préparer la seconde phase de préparation du projet, plus délicate dans la mesure où des choix lourds du projet de construction ont déjà été actés. Nommer un chef de projet dès cette période, permet ainsi d'accélérer la réalisation du projet. Dans le cas du projet de bâtiment UPR, ce n'est qu'à l'issue de cette phase de préparation que le chef de projet a été nommé et que ses missions ont été plus précisément décrites.

2 La préparation du projet UPR : création d'une structure de pilotage et insertion du bâtiment dans le site

Suite à cette phase de conception, qui a permis de choisir les activités à transférer dans le nouveau bâtiment, de déterminer sa localisation et de dimensionner les futures unités, il convient d'entrer dans la phase de préparation du projet. Cette phase sera limitée à l'examen des modalités d'intégration du bâtiment dans son environnement et de la gestion des opérations préalables. La partie relative à la construction du bâtiment lui-même n'est donc pas analysée dans la mesure où l'objectif de ce mémoire est surtout de définir le rôle du directeur d'hôpital dans les étapes de conception, de dimensionnement et d'insertion dans le site. Dans ce cadre, l'étude de cette étape de préparation permettra d'analyser la structure de pilotage du projet (2.1), puis d'envisager les transformations que l'édification d'un nouveau bâtiment implique pour l'hôpital (2.2). Enfin, cette partie comprendra une mise en perspective du rôle que peut avoir le directeur d'hôpital, désormais nommé chef de projet, à ce stade du projet.

2.1 La constitution d'une équipe décisionnelle et d'une équipe opérationnelle

De 2001 à 2003, l'établissement s'organise en interne et en collaboration avec l'AP-HP pour assurer le pilotage et le suivi du projet. Appréhender cette période permet de se recentrer sur la mission du directeur d'hôpital pour la préparation du projet UPR. La structure de suivi du projet est ainsi constituée pour assurer une prise de décision consensuelle (2.1.1). En parallèle, de nouveaux groupes projet travaillent sur l'organisation des nouvelles unités en lien direct avec les autres acteurs de l'hôpital (2.1.2.).

2.1.1 Les travaux de la structure de pilotage et des groupes projet

Dès 2001 est progressivement créée une structure de pilotage destinée à prendre les décisions stratégiques à l'échelle de l'établissement et en lien direct avec le Siège de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Ce n'est qu'en 2003 que cette structure de pilotage est formalisée dans un contrat interne d'objectifs et de moyens³⁷. Mais c'est surtout le Comité projets de l'hôpital Saint-Antoine qui travaille sur la préparation opérationnelle du projet UPR et assure le suivi des opérations menées en lien avec les groupes projet.

³⁷ AP-HP, 2003, « Contrat interne d'objectifs et de moyens du bâtiment urgences, policlinique, réanimation de l'hôpital Saint-Antoine », 14p.

A) Le Comité Stratégique

Les principales décisions sont prises par un Comité Stratégique, mis en place en 2001 et constitué d'une part du Directeur général de l'AP-HP et des Directeurs du Siège, et d'autre part du Chef d'établissement, du Chef de projet et du Président du Comité Consultatif Médical.

Les questions stratégiques touchent notamment à la modification des objectifs du projet, de son enveloppe financière et de son calendrier. Sont donc prioritairement prises en compte les questions touchant aux coûts et aux délais. L'interlocuteur principal de l'établissement sur les questions relatives au bâtiment UPR est la Direction du patrimoine et de la logistique de l'AP-HP et notamment le Service de programmation architecture et travaux.

Cette Direction organise et préside les revues de projets qui rassemblent à la fois les représentants de l'hôpital et ceux des directions du Siège. Ces rencontres permettent d'analyser l'avancement du projet en fonction des *reporting* fournis par le Chef de projet. La Direction a également un rôle de conseil et d'assistance dans les domaines de la gestion technique, financière, administrative et juridique.

Cette structure place le projet entre les mains du Chef d'établissement qui assume la responsabilité totale et unique de l'opération vis à vis de l'AP-HP. Il définit clairement les résultats attendus de l'opération en termes d'objectifs fonctionnels, de coût et de délais.

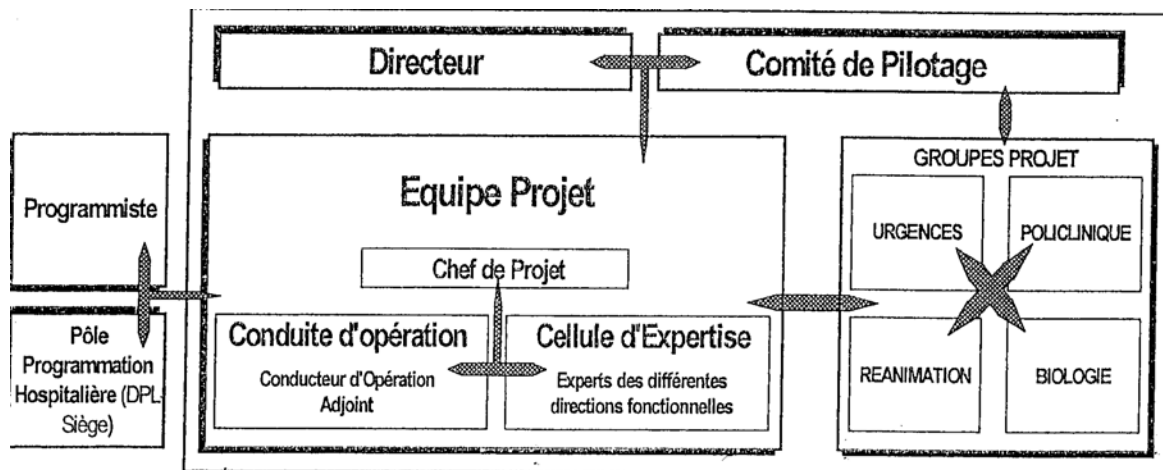
L'originalité de ce montage réside dans sa structuration autour de directions locales et de directions du Siège. Ce niveau stratégique permet ainsi d'acter certaines décisions, prises en amont au sein de l'établissement par l'intermédiaire d'un comité de pilotage local. Cette première échelle de prise de décision, qui n'existe pas dans d'autres établissements, a le mérite d'apporter à l'hôpital Saint-Antoine une expertise supplémentaire permettant de résoudre certaines difficultés techniques. Elle présente néanmoins l'inconvénient d'ajouter un niveau de prise de décision assez éloigné de l'établissement. Cette structure contribue donc à complexifier le processus de prise de décision et à augmenter le nombre de réunions destinées à la préparation du projet.

B) Le Comité de Pilotage

Le Comité de Pilotage, présidé par le chef d'établissement, comprend 36 membres : 8 représentants des groupes « projet », 4 représentants du CCM, 8 représentants des organisations syndicales, le secrétaire du CHSCT, le secrétaire du CTLE, 1 représentant de la CLSSI, un représentant des usagers, l'équipe de direction, 2 représentants des

directions du siège de l'AP-HP concernées en priorité par la réalisation du projet (la Direction du Patrimoine et de la Logistique, la Direction de la Politique Médicale), le cabinet de programmation. La mission principale de cette structure est de valider les différentes étapes d'avancement du projet en s'assurant du respect des objectifs institutionnels fixés dans le cadre de sa conception et en cohérence avec le projet médical et les spécificités du territoire de santé.

La structure interne de pilotage du projet UPR³⁸



Si cette structure de pilotage, très formalisée, a le mérite d'exister, elle ne permet cependant pas d'éviter un écueil important : sa composition ne ressemble pas à ce que devrait être un cercle restreint de prise de décision. Elle présente l'intérêt de regrouper l'ensemble des acteurs touchés par le projet : les représentants des instances, l'équipe de direction, les représentants du Siège et même les usagers, jusqu'alors peu concernés par le projet. Cependant, une telle structure ne peut être un lieu de décision mais plutôt un lieu de communication. Il ressort d'ailleurs des discussions avec les pilotes du projet que les décisions stratégiques sont à l'époque essentiellement prises avec un groupe de quatre à cinq personnes (essentiellement le Chef d'établissement, le Président de la CME, le Chef de projet, l'architecte), puis validées au sein du Comité de pilotage.

Le chef de projet, un directeur d'hôpital, est nommé par le Chef d'établissement pour assurer le bon déroulement du projet. Il est assisté par un conducteur d'opérations et par une cellule d'expertise, composée de spécialistes de l'établissement. Sa mission, qui n'a pas été formalisée dans une lettre de cadrage, consiste à prendre en charge le pilotage opérationnel du projet UPR. Seul le contrat interne d'objectifs et de moyens permet de définir succinctement sa mission de coordination. Il est ainsi chargé de définir

³⁸ AP-HP, 2002, « Contrat interne d'objectifs et de moyens du bâtiment urgences, policlinique, réanimation de l'hôpital Saint-Antoine », p. 6.

l'organisation du travail de l'équipe projet, de s'assurer de la cohérence des travaux des différents groupes, de coordonner la diffusion de l'information et de proposer des actions destinées à respecter les objectifs du projet. Il doit également assurer un *reporting* régulier au Chef d'établissement, sans que sa périodicité ne soit strictement définie. L'objectif est que ce dernier puisse rendre compte régulièrement au Siège des actions menées en lien avec le projet.

C) Le Comité Projets

Pour assurer cette mission, le Chef de projet constitue un Comité Projets dès 2003. Le fonctionnement de ce comité s'appuie sur une logique de représentation de secteurs. Outre le Chef de projet, sont invités à ces réunions des représentants de chaque direction et des responsables d'unités. Sont ainsi représentées : la Direction des ressources humaines (avec le chef du personnel et le responsable des risques professionnels), la Direction de la logistique (avec les responsables des transports et de l'environnement), la Direction des investissements et des services techniques (avec un ingénieur chargé des travaux et le responsable des services techniques) et enfin, la Direction du système d'information local (avec le responsable réseaux).

Cette pluridisciplinarité permet d'envisager toutes les facettes d'un problème et de trouver des solutions parfois innovantes. Le Chef du projet UPR précisait ainsi au cours d'un entretien que la consultation des responsables de chaque secteur était pour lui un élément capital dans le mécanisme de prise de décision : « Je suis souvent arrivé en Comité Projets sans avoir trouvé la solution d'un épineux problème. Et c'est souvent en confrontant les avis du responsable du magasin, de la logistique, du chef du personnel, des ingénieurs que nous avons pu élaborer, à l'issue de nos discussions, la solution la plus pérenne.³⁹ » Il lui semblait également important que ce type de réunions permette de consulter les personnels directement impactés par un problème spécifique plutôt que les principaux responsables des directions concernées.

C'est en fait ce Comité Projets qui travaille sur les éléments essentiels de la réalisation, en lien avec les groupes projet constitués pour chaque service, au fruit d'un travail de réflexion collective. L'originalité de la structure réside cependant dans le fait qu'elle ne traite pas exclusivement du projet UPR mais est destinée à assurer le suivi de l'ensemble des opérations ayant lieu sur l'hôpital. S'il ressort des documents alors élaborés par le Chef de projet qu'un nombre important d'opérations renvoient de près ou de loin au projet UPR, d'autres missions sont suivies par le Comité. C'est ainsi le cas du projet de bâtiment

³⁹ Entretien réalisé avec M. Jean-Baptiste Hagenmuller, ancien directeur en charge des affaires médicales et des projets de l'hôpital Saint-Antoine le 11 août 2009.

de biologie ou d'opérations plus modestes de rénovation dans plusieurs ailes de l'hôpital. Ce Comité Projets a suscité en 2004 la mise en place de deux autres comités intitulés Qualité et Activité/ressources. Ces comités avaient pour objectif de faire le point sur leurs sujets respectifs. Il est intéressant de constater que la réussite du Comité Projets a ainsi permis au chef de projet de créer deux autres comités qui se réunissaient mensuellement.

C'est à cette période qu'est formalisée la gestion des projets au sein de l'établissement avec une équipe projets composée de trois personnes : un cadre supérieur de santé, un ingénieur en organisation et un cadre supérieur de santé médico-technique. Cette équipe permet d'épauler le chef de projet dans le suivi de l'ensemble des projets de l'établissement. Le directeur d'hôpital chargé du suivi de cette opération devient alors Directeur des affaires médicales et des projets. La gestion opérationnelle n'est cependant pas strictement formalisée. Certains membres de l'équipe projet sont ainsi détachés plus spécifiquement pour assurer le suivi d'une opération, comme cela a par exemple été le cas pour le bâtiment de biologie, confié au cadre médico-technique. En revanche pour le projet UPR, le chef de projet se réserve le suivi de l'opération UPR.

La mise en place de ce Comité Projets a été assortie de modalités d'évaluation. Il est ainsi intéressant d'observer dans les archives des comptes rendu quel a été le bilan de cette nouvelle organisation, un peu plus d'un an après sa mise en place, en janvier 2005⁴⁰. Des éléments satisfaisants ont été relevés : beaucoup d'informations sont reçues au cours de ces réunions sur des sujets importants, informations particulièrement utiles pour ceux qui ne participent pas au Comité de Direction. Elles permettent de faire le point sur l'état d'avancement de chaque projet et l'interaction de plusieurs projets. Le Comité est perçu comme « un lieu d'échanges où les différentes compétences se rencontrent régulièrement avec une bonne liberté d'expression, notamment des contraintes de chacun, une bonne qualité d'écoute et de discussion, une intégration accélérée des nouveaux arrivés à Saint-Antoine et qui sont concernés par la gestion des projets. » Des pistes d'amélioration sont proposées : assurer une plus large diffusion des comptes rendus de ces réunions, élargir le nombre de membres permanents, inviter des personnes référentes sur un sujet précis lorsque celui-ci doit être abordé à l'ordre du jour, améliorer le suivi des sujets qui émergent en Comité de Projets (amélioration des comptes rendu), travailler sur une stabilisation de la composition du groupe pour assurer le suivi des dossiers (limiter les absences). Est également souligné le fait que « la vision globale de

⁴⁰ Hôpital Saint-Antoine, 2005, « Comité Projets, bilan d'un an de fonctionnement », 6 p.

l'évolution stratégique des différents locaux et bâtiments vers des ensembles cohérents d'activité médicale est mal connue ».

Cette évaluation permet donc de mettre à jour les avantages et les inconvénients d'un tel mode de coordination. Il est cependant regrettable que ce type d'évaluation n'ait pas été mené pour les autres structures de pilotage du projet. Cette absence d'évaluation est liée au fait que ces structures n'étaient *a priori* pas destinées à être pérennisées au sein de l'établissement, même si elles ont finalement été installées pour une durée de 10 ans.

2.1.2 Les groupes projet et l'interface avec le reste de l'hôpital

Mais cette structure de pilotage et ce Comité projets travaillent également avec les trois groupes projets chargés de réfléchir en parallèle à l'organisation optimale pouvant être développée dans les locaux du nouveau bâtiment. Au delà de la programmation, ils ont pour objectif de préparer l'ensemble des préalables à l'installation dans le nouveau bâtiment à la fois en termes d'équipements, de destination des locaux et d'organisation.

A) Les groupes projet

Les trois groupes projet concernent respectivement les urgences, la polyclinique et la réanimation médicale. Un trio de coordination pilote chaque groupe projet. Il est composé d'un coordonnateur médical, d'un cadre supérieur de santé adjoint au coordonnateur et d'un directeur adjoint référent pour le groupe projet. Ce trio fait partie du comité de pilotage local. Les trois groupes projet comprennent une majorité de représentants médicaux et paramédicaux directement impliqués dans le service et des représentants des services impactés par la réorganisation. Au total plus de 110 personnes participent ainsi au travail de réflexion et de préparation du projet. Enfin, un groupe d'experts est coordonné par le Chef de projet. Il est à noter que ces groupes projet sont différents des groupes de travail constitués au moment de la phase de programmation fonctionnelle du nouveau bâtiment. Ils comprennent effectivement des personnels ayant participé aux premiers groupes de travail mais ont pour caractéristique de réunir plus de personnel soignant qu'au cours de la phase de programmation.

Mais si consultation et réflexion collective il doit y avoir, il s'agit encore que les groupes projet permettent de travailler en ce sens. Pour ce faire, il convient de réfléchir à la constitution de ces groupes ou d'avoir un regard actif sur leur validation. Dans le cas inverse, le fonctionnement en groupes projet peut également induire une certaine concurrence entre groupes. C'est ce qui semble en partie s'être produit à Saint-Antoine en 2004 au moment où le groupe projet Urgences publie un document intitulé « Contributions méthodologiques et perspectives pour la conception des urgences de Saint-Antoine ». Ce document, diffusé aux différentes parties prenantes du projet a pour objectif de relater les méthodes de travail destinées à prévenir les risques d'anomalies de

conception. Il militait notamment pour la reconfiguration globale de la structure des urgences en forme des couloirs vers une structure en forme d'escargot. Mais cet écrit intervient pourtant dans une phase où l'analyse des besoins et la programmation sont terminées et où le groupe doit justement réfléchir sur des éléments plus opérationnels, sans remettre en cause l'économie générale du projet.

B) L'interface entre les acteurs du projet et le reste de l'hôpital

Un travail de communication est mis en œuvre pour renforcer la cohésion des équipes autour d'un projet fédérateur. Des points d'information permettent de tenir l'ensemble des agents de l'hôpital au courant de l'évolution du projet. Ainsi, comme le précise une note interne à diffusion générale en date du 18 décembre 2007 : « Le bâtiment UPR est l'aboutissement d'un travail de réflexion inspiré par la nécessité d'améliorer les conditions d'accueil aux urgences en apportant une réponse adaptée aux besoins des patients, de l'hôpital et de son environnement, de mettre en conformité ses activités et d'intégrer les différentes contraintes réglementaires et évolutions techniques récentes.⁴¹ » En outre, pour assurer une accessibilité de tous les agents de l'hôpital au groupe projet, le comité a l'idée de créer une adresse électronique. Cette adresse, « 34.crozatier », correspond au numéro de la nouvelle adresse de l'hôpital, mise en place une fois le bâtiment terminé. Largement diffusée et consultée tous les jours par l'ingénieur en organisation, elle permet ainsi de faire remonter les difficultés suscitées par les personnels de l'hôpital ainsi que les réflexions suscitées par le projet UPR.

Gérées selon un mode très consultatif, la structure de pilotage, le Comité Projets et les groupes projet créés pour préparer puis pour suivre le projet UPR permettent sans doute d'illustrer le passage de la gestion de projet à un *management* de projet. Cette structure de pilotage a été mise à l'épreuve des faits au moment de la réalisation des opérations préalables aux travaux du futur bâtiment. Elle a également dû mener un travail de coordination destiné à concevoir la réorganisation des flux liée à l'ouverture du bâtiment UPR.

2.2 L'insertion du bâtiment dans le site : opérations préalables et nouvelle gestion des flux

Le travail, permettant d'envisager l'insertion du site dans le nouveau bâtiment et de démarrer les travaux, s'avère capital dans cette phase de préparation du projet.

⁴¹ Note de la Direction à diffusion générale, Service de la Communication, 18 décembre 2007.

C'est l'une des missions les plus complexes du Chef de projet dans la mesure où il convient d'engager un autre type de consultation, plus vaste, mais aussi plus délicate. Elle concerne en effet des acteurs qui ne sont pas les utilisateurs directs du nouveau bâtiment et qui peuvent ainsi s'avérer plus réticents à envisager ce changement. Pour mieux comprendre cette phase d'étude sur la réorganisation de l'hôpital, il convient de revenir à la fois sur la gestion des flux et des liaisons internes (2.1.1). Il est également nécessaire de définir le nombre et la nature des opérations préalables à l'édification du bâtiment sur le secteur choisi (2.1.2).

2.2.1 L'environnement du bâtiment : une nouvelle gestion des flux

La préparation du projet UPR a été l'occasion de repenser l'organisation des flux piétons et automobiles au sein d'établissement, mais aussi de reconsidérer les liaisons internes, qu'elles concernent les flux de déchets ou de marchandises.

A) La réorganisation des flux piétons et automobiles

Les groupes projet se doivent ainsi d'analyser les flux piétons et automobiles, d'une importance capitale pour l'ensemble de l'hôpital, mais de manière encore plus nette pour un service tel que les urgences. Il est également nécessaire de revoir les liaisons internes à l'hôpital pour déterminer celles qui doivent impérativement être maintenues entre les services et certains secteurs techniques ou logistiques.

En termes de flux, la situation antérieure n'apparaissait pas satisfaisante dans la mesure où le site fonctionnait à partir d'une entrée unique située rue du Faubourg Saint-Antoine. Il s'agissait d'un porche étroit, protégé par une barrière électrique et un contrôle strict des entrées de véhicules. Seuls deux autres accès (rue Crozatier et rue de Chaligny)⁴² permettaient de desservir des sites logistiques comme la cuisine, le magasin ou la sortie des déchets. Les véhicules entraient par l'accès unique du Faubourg Saint-Antoine et sortaient par la rue Crozatier en suivant un circuit inverse à celui des aiguilles d'une montre. La principale difficulté de cette organisation était l'absence de distinction et de priorisation entre les flux logistiques, personnels, urgences et visiteurs. L'entrée unique par le Faubourg Saint-Antoine n'était donc pas optimale eu égard notamment à cette confusion de flux, pénalisante pour les urgences, à l'étroitesse du porche d'entrée de l'hôpital ainsi qu'à l'engorgement provoqué quotidiennement par l'afflux de véhicules à l'entrée de l'établissement.

⁴² Des plans de l'hôpital datant de 2001 (avant construction du bâtiment) et de 2009 (après construction du bâtiment) sont reproduits en annexe.

Dans ce cadre, l'anticipation de la construction d'un nouveau bâtiment est l'occasion de repenser le sens de la circulation sur le site. Deux nouveaux accès dédiés à des catégories différentes d'utilisateurs sont donc imaginés pour assurer une meilleure priorisation. Les véhicules du public, après avoir été filtrés par le gardien rue du Faubourg Saint-Antoine emprunteront donc la Cour des Rottins située à proximité de l'ancienne entrée du site via le porche principal. Ce dernier sera bloqué à la circulation automobile et deviendra un accès piétons. Pour un accès plus aisé aux urgences, les véhicules professionnels (ambulances, pompiers, SAMU, SMUR,...) entreront quant à eux à par l'entrée de la rue Crozatier, située face à la raquette du nouveau bâtiment, et donc face à l'entrée des urgences. Les sorties seront également dirigées vers ce deuxième accès plus large et plus accessible.

S'est ajoutée à cette redéfinition des sens de circulation une nouvelle organisation de la gestion des places de stationnement situées à l'intérieur de l'hôpital et dans le parking souterrain. Or, la construction d'un nouveau parking souterrain ne pouvant être prévue dans le bâtiment UPR, il est décidé de le construire dans les sous sols du futur bâtiment de biologie. Or, dans l'attente de cette nouvelle construction, une campagne de priorisation est mise en place pour revoir les attributions de parking des personnels de l'établissement dans la mesure où le projet induit finalement une réduction de volume de places disponibles.

B) La réorganisation des liaisons internes au sein du nouveau bâtiment

La nouvelle répartition des activités au sein du bâtiment doit alors prendre en compte les contraintes d'accessibilité (piétons et véhicules) et de fonctionnalité avec les bâtiments existants. La superposition des activités au sein du bâtiment UPR doit ainsi respecter certains principes :

- la nécessité d'implanter les zones d'accueil, de soins et d'observation des urgences sur un même niveau et d'assurer l'arrivée des véhicules au même niveau que la zone active des urgences ;
- le maintien des liaisons entre le niveau des urgences et les galeries existantes au sous sol (notamment avec le bâtiment J. Caroli) ;
- la création de liaisons entre les urgences, la policlinique et la réanimation médicale tout en assurant la sécurité de chaque service.

Les galeries sous terraines existantes doivent donc faire l'objet d'une reconstruction ou d'une relocalisation, sachant que la contrainte est de permettre le maintien des flux logistiques durant la totalité du projet.

Le nombre total de locaux techniques nécessaires au sein du nouveau bâtiment a été évalué à 1 000 mètres carrés. Les espaces de circulation destinés à permettre une bonne ventilation des flux ont quant à eux été évalués à environ 200 mètres carrés, selon les ratios habituellement utilisés de 5% de la surface totale du bâtiment.

Les liaisons prioritaires sont recensées dans le tableau suivant ⁴³:

	Intensité des liaisons avec d'autres secteurs	
	Proximité	Accessibilité
Urgences	Réanimation Imagerie médicale Policlinique	Blocs opératoires Autres services
Réanimation	Urgences Imagerie Blocs opératoires	Hospitalisation Stérilisation Laboratoires d'urgence
Policlinique	Imagerie générale Urgences (Caisses)	

Les services devant bénéficier des liaisons les plus directes avec d'autres activités restent donc les urgences ainsi que la réanimation et dans une bien moindre mesure la policlinique médicale.

Enfin, les flux logistiques classiques (circuit de livraison des repas, des approvisionnements, du linge et des déchets), ont également été repensés pour desservir le nouveau bâtiment sans que cette nouvelle organisation n'impacte en profondeur l'organisation de leurs circuits antérieurs. Seules quelques améliorations sont à ce stade envisagées comme la mise en place d'un distributeur automatique de vêtements à usage exclusif des personnels du nouveau bâtiment ou la mise en place d'un système de transport automatisé des prélèvements destinés au laboratoire de biologie. Dans l'attente de la construction du bâtiment de biologie, il est net que le bâtiment UPR permet ainsi de réaliser certains tests avant généralisation éventuelle de nouveaux dispositifs plus automatisés qui, dans le contexte de l'établissement et selon sa configuration pavillonnaire, mettront du temps à se déployer.

2.2.2 Les opérations préalables : éléments de phasage

Le projet UPR a du répondre à des enjeux extrêmement nombreux en terme de roades et de préalables qui ont fait l'objet d'un nombre très important d'opérations⁴⁴. L'importance de ces préalables, à la fois en termes de nombre et de volume, est liée à la complexité du

⁴³ Ce tableau est reproduit selon les données du document suivant : PATMO, 2002, « Programme de construction d'un nouveau bâtiment : Urgences, Policlinique, Réanimation médicale », p. 56.

⁴⁴ Ces opérations préalables sont synthétisées et recensées dans le document suivant : Hôpital Saint-Antoine, 2006, « Répertoire des projets et des opérations de l'hôpital Saint-Antoine », 286 p.

projet. L'enjeu de ces préalables était double : il s'agissait de libérer de la place pour construire le nouveau bâtiment, tout en assurant la relocalisation des activités à déplacer et en repensant les nouvelles liaisons entre le bâtiment et son environnement.

A) Les opérations de travaux préalables à la construction du bâtiment UPR

En lieu et place du nouveau bâtiment existaient les terrasses Grancher et Soupault⁴⁵. La délocalisation des activités de ces locaux a dû être menée rapidement, tout en prenant en compte les réticences des acteurs face à un projet flou et qui ne permettait pas encore de mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière. Le rôle du Chef de projet a été particulièrement important dans cette phase préalable au chantier pour convaincre de la nécessité de délocaliser certaines activités.

Le service du Bio nettoyage central de l'Hôpital était installé dans des locaux situés sous la terrasse Grancher. Comme cette terrasse devait être évacuée pour le chantier du bâtiment U.P.R., il fallait reloger ce service. La décision a été prise de l'installer dans l'aile Soupault, ce qui nécessitait des aménagements dans les locaux existants.

Dans le cadre de la reconfiguration du service des urgences de l'hôpital, notamment liée à l'accueil des urgences de l'hôpital Rothschild en 1999, il avait été nécessaire de relocaliser l'ensemble de l'activité tertiaire de ce service pour reconvertir les anciens bureaux en boxes destinés à la prise en charge des patients. Ont donc été installés dès 2000 une série de structures modulaires immédiatement en face du service des urgences. Mais comme cette installation se situait sur la terrasse Grancher, elle-même devant être détruite par le chantier UPR, cette rocade ne pouvait avoir qu'un caractère provisoire. Au plus près possible du service des urgences, a donc été identifiée une zone où des bureaux pouvaient être aménagés durablement pour toute la période du chantier. Une partie de l'ancien bloc de l'entresol Robert André a donc été aménagée en plusieurs bureaux médicaux, d'encadrement, de secrétariat et une salle de réunion. Cette installation, immédiatement situés au-dessus de la zone d'accueil et de prise en charge du SAU et en dessous du secteur d'UHTCD, avait un caractère optimal en termes de fonctionnement pour les équipes, permettant au service d'être concentré sur trois étages de la même aile. Concernant le service des urgences lui-même, la difficulté d'imaginer un mode de fonctionnement efficace, sans pour autant reconstruire tout un service pendant la durée du chantier, a conduit à imaginer un nouveau mode d'organisation. Le couloir a été repensé pour ne plus être un lieu traversé en permanence par l'ensemble des flux, mais pour devenir un lieu d'accueil des patients des urgences. La plupart de ceux qui

⁴⁵ La répartition des activités dans les différents bâtiments de l'hôpital fait l'objet d'un tableau situé en annexe.

avaient besoin d'une prise en charge rapide devaient ainsi rester dans la nouvelle partie située auprès de l'entrée, dans laquelle avaient notamment été créés un box médical et un box non médical de consultations rapides.

Un magasin dans lequel étaient à la fois stockés des produits logistiques et des dispositifs médicaux stériles ou non stériles (DM) était situé sur la terrasse Grancher. La destruction de ce magasin a nécessité d'identifier de nouveaux emplacements, les uns pour les dispositifs médicaux, les autres pour la logistique. Pour cette dernière, a été imaginé le regroupement dans une ancienne cuisine. Pour les DM, une partie du premier sous-sol du bâtiment de biologie devait permettre la création d'un magasin principalement dédié aux dispositifs médicaux. Mais, dans l'attente de la construction de ce nouveau bâtiment, alors estimée à 3 ans minimum, une rocade s'imposait pendant toute cette durée. L'absence d'espace disponible a contraint l'hôpital à affecter l'intégralité de la cour des Rotins, à la création d'un bâtiment permettant cette rocade. Cette opération a induit la suppression d'une quarantaine de places de parking et a nécessité la mise en place d'une politique de réduction drastique d'accès des véhicules, notamment des personnels, dans l'enceinte de l'établissement.

L'Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (UHLIN) située dans des structures modulaires assez anciennes appartenant à l'hôpital à proximité du futur chantier devait être déplacée, notamment pour accueillir la base vie durant les travaux. Or, il a été décidé, dans le cadre du projet de biologie, que l'UHLIN avait vocation à être situé, y compris dans sa partie tertiaire, dans l'étage dédié aux activités de bactériologie-virologie et parasitologie du futur bâtiment de biologie. Cependant, exactement comme pour le magasin des dispositifs médicaux, le temps devant s'écouler entre la destruction de la terrasse Grancher pour faire le bâtiment UPR et l'ouverture du bâtiment de Biologie, était suffisamment long pour qu'il faille trouver une rocade destinée à accueillir l'activité en question. De nouvelles structures modulaires de deux étages ont donc été construites temporairement devant l'un des bâtiments de l'hôpital.

B) L'intégration du bâtiment UPR dans son environnement

D'autres types d'opérations préalables ont du être menées, non directement sur le site d'implantation du futur bâtiment mais parce que la phase de construction allait impacter ces secteurs d'une façon ou d'une autre.

Le stationnement dédié des véhicules sanitaires (pompiers, SAMU, ambulances,...) a du être relocalisé pour s'adapter à l'inversion temporaire du service des urgences et pour libérer les espaces dédiés aux travaux. Un auvent a été créé pour les accueillir.

Les entreprises qui travaillaient en permanence sur l'Hôpital, particulièrement pour des travaux de maintenance ou d'entretien courant, devaient disposer de locaux dédiés. Or, elles étaient alors accueillies dans la terrasse Grancher dans des locaux assez peu aménagés à cet effet. Plusieurs pièces dans le sous-sol jusqu'à présent vide d'une aile de l'hôpital ont permis d'accueillir l'ensemble des entreprises concernées avec les équipements, notamment sanitaires, prévus par la réglementation.

La réalisation du bâtiment UPR supposait que les anciens vestiaires soient détruits et que leur surface soit utilisée par la périphérie du chantier, notamment pour les galeries de circulation. Il a donc été décidé, lors de la finalisation du projet U.P.R., de substituer aux surfaces actuellement en place à ce niveau, une autre surface située au 2ème sous-sol et qui était alors disponible. Ce projet a été l'occasion de lancer un audit des vestiaires du personnel et de mieux les ajuster aux demandes des utilisateurs : la superficie qui leur était consacrée a ainsi été considérablement réduite.

Certaines galeries de circulation devaient être détruites dans le but de permettre la réalisation du chantier. Or, comme il n'était pas envisageable de faire fonctionner l'hôpital avec une galerie technique en moins, il convenait de réaliser une autre galerie pour dévier les flux techniques avant de pouvoir supprimer la galerie existante. En outre, les installations de secours d'air comprimé, situées sous la terrasse Grancher, ont dû être déplacées par la société titulaire du marché dans d'autres locaux. Les caves et archives situées sur ce même niveau devaient également être relocalisées, ce qui n'allait pas sans poser de nombreuses difficultés du fait des volumes concernés et des réticences des services.

Le parking souterrain de l'hôpital, situé sous le bâtiment Robert André, a dû être repensé dans la mesure où l'entrée des véhicules était positionnée au niveau du nouveau bâtiment. Il a donc fallu créer une entrée unique destinée à accueillir les véhicules entrants et sortants grâce à une nouvelle signalétique. De plus la perspective de l'édification de deux nouveaux bâtiments (UPR et Biologie) se traduisant par la création de nouveaux espaces alors estimés à 15 000 m² de surfaces utiles, il était indispensable d'envisager une augmentation de la puissance électrique délivrée sur le site. Un cinquième poste de livraison haute et basse tension a également été construit dans un espace pensé comme restant disponible à moyen terme.

Enfin, l'implantation du chantier UPR au pied de plusieurs bâtiments accueillant des patients (et notamment les services d'infectiologie et de pneumologie) constituait un facteur de risque aspergillaire dans la phase d'excavation et de destruction des structures

existantes puis dans la phase de construction du bâtiment avec l'utilisation du béton. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) de l'hôpital a donc validé le principe d'une protection particulière. Elle passait certes par la fermeture et le calfeutrage des centaines de fenêtres concernées, mais également par l'implantation d'une structure de protection de type « rideaux d'eau ». Ont donc été édifiées sur le côté le plus sensible des palissades contre lesquelles était installé un système d'écoulement d'eau continu sur une bâche en plastique qui permettait « d'attirer les poussières » et d'assurer une protection contre le risque aspergillaire, adaptée à ce chantier.

La plupart de ces opérations ont été réalisées en temps et en heure pour permettre le démarrage du chantier à la fin de l'année 2006. La collaboration entre les groupes projet, le Chef de projet et ses interlocuteurs techniques a été l'un des facteurs de réussite de cette phase de préparation. Néanmoins, certains points pouvant être améliorés, il convient d'analyser quels peuvent être les apports d'un directeur d'hôpital chef de projet au cours de cette phase de préparation.

2.3 Proposition : renforcer les missions du directeur d'hôpital chef d'un projet de construction

Il est impossible de mener une réflexion sur la conduite de ce projet de construction sans s'attarder sur l'acteur qui joue l'un des rôles centraux dans le dispositif de préparation, à savoir le chef de projet. A la fois confronté aux exigences de l'organisation des soins, aux pressions de sa hiérarchie, aux réticences des directions métiers, aux interrogations des membres de son équipe et aux demandes disparates des utilisateurs, il doit composer avec des contraintes fortes et développer des outils de prise de décision.

Pour améliorer le déroulement de cette phase de préparation, essentiellement articulée autour de la définition de la structure de pilotage du projet et de son insertion au sein de l'établissement, quelques propositions peuvent être avancées :

- Définir les missions du chef de projet (2.3.1),
- Trouver son style en tant que chef de projet (2.3.2),
- Gérer le temps et la continuité (2.3.3),
- Articuler le volet fonctionnel, technique et les demandes des acteurs (2.3.4).

2.3.1 Définir les missions du chef de projet

Dans leur ouvrage de méthodologie consacré au *management* de projet, Thierry Gidel et William Zonghero présentent plusieurs des missions du chef de projet.

Les missions du chef de projet⁴⁶

Le management de l'équipe projet consiste à :

- Etablir l'organigramme du projet,
- Affecter les personnes selon leurs compétences et qualités personnelles,
- Négocier la mission et les objectifs de chacun, les formaliser dans la description de la fonction,
- Diriger et animer l'équipe : impliquer, motiver, communiquer et gérer les conflits.

La coordination est l'une des responsabilités du chef de projet, elle concerne :

- Les interfaces techniques externes (clients, partenaires, fournisseurs),
- Les interfaces techniques internes,
- Les interfaces organisationnelles externes (clients, partenaires, fournisseurs),
- Les interfaces organisationnelles internes.

La mission principale du chef de projet est de respecter l'économie générale de ce projet, définie par les initiateurs du projet et qui a été validée par les différentes instances de l'établissement. Ainsi, il « doit rester vigilant en analysant objectivement si les dérives constatées conduisent à une réévaluation des objectifs ou à la mise en cause des finalités du projet⁴⁷. » Les contours de cette mission doivent cependant être clairement limités par un contrat et/ou une lettre de mission rédigé(s) par le chef d'établissement, qui accorde à son chef de projet une véritable confiance. Cependant, si le chef de projet doit exercer son rôle dans le cadre de la mission qui lui a été impartie, il apparaît qu'il ne peut totalement s'abstraire de son comportement et de sa façon d'être.

Il s'agit donc d'un véritable métier de médiation et de concertation qui doit permettre de rassembler et de synthétiser les points de vue de chacun. Il convient également de parvenir à motiver les troupes et d'assurer une communication homogène. C'est ce que précise Thierry Picq dans l'ouvrage qu'il a consacré à la gestion de projet : « La capacité du chef de projet à intervenir dans le domaine de la motivation individuelle et à réellement mettre en œuvre des moyens simples de la comprendre et de la développer n'est plus simplement un basique, mais réellement une compétence critique, à la base du succès du projet.⁴⁸ » C'est peut être dans ce type de nouveautés que se situe la différence entre la gestion de projet classique et le *management* de projet.

En outre, il est important que le chef de projet définisse, présente et mette en œuvre un dispositif de validation des décisions prises, ce qui n'a pas été forcément formalisé dans le cadre du projet UPR. L'objectif de cette mesure est d'induire un effet de cliquet : aucun des membres des groupes de travail ne pourra ainsi revenir sur un élément qui a été acté auparavant sans l'accord de plusieurs membres du groupe et uniquement dans la mesure

⁴⁶ GIDEL T., ZONGHERO W., 2006, *Management de projet 2, Approfondissements*, Paris : Lavoisier, p. 146

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ PICQ T., 2005, *Manager une équipe projet*, Paris : Dunod, p. 98.

où de nouveaux éléments seraient survenus entre le moment de la prise de décision collective et l'annonce de la volonté de modifier tel ou tel élément. Comme le précise Midler, une sorte de goulot d'étranglement se resserre avec le temps : « Au début d'un projet, on ne sait rien mais tout est possible alors qu'à la fin, on sait tout mais on ne peut plus rien. »⁴⁹ Dans la mesure où le projet se pilote essentiellement par les revues de projet et réunions de projet régulières, il appartient au chef de projet d'organiser ces rencontres destinées à faire le point sur tel ou tel aspect.

Il ressort de la littérature développée autour de la figure du chef de projet qu'il ne saurait être un chargé de communication devant annoncer l'état d'avancement du dossier à la fois à la Direction de l'établissement et aux équipes en interface avec la maîtrise d'ouvrage. C'est ce qui risquait de se produire avec la structure de pilotage créée en 2001 à Saint-Antoine. Mais le fonctionnement des équipes en charge du projet s'est progressivement éloigné de cette structure originelle. Il ne doit pas être un professionnel inexpérimenté qui profiterait du projet pour se former à une technique de conduite de projet, aux conduites de marchés publics ou aux techniques de construction. Le chef de projet se doit de connaître la conduite de projet et de maîtriser les étapes indispensables permettant de préparer la phase délicate de la réalisation. Enfin, il ne peut pas non plus être un professionnel qui segmente les opérations au lieu de penser le projet dans sa globalité et d'anticiper les opérations à conduire en parallèle du projet de construction lui-même tel que le projet d'équipement ou le projet de déménagement.

La mission n'est donc pas aisée mais reste indispensable : il ressort des entretiens avec les acteurs que cette dimension de pilotage rapproché du terrain ne saurait être confiée à un seul interlocuteur technique qui aurait du mal à conjuguer cet aspect technique et l'aspect fonctionnel inhérent à tout projet de cette ampleur.

2.3.2 Trouver son style en tant que chef de projet

La question de la place du le chef de projet dans le dispositif de prise de décision s'avère délicate mais pourtant cruciale dans la mesure où elle détermine souvent l'issue du projet. Pour envisager quel type de *leadership* s'avère le plus efficace, certaines études sociologiques permettent d'apporter un éclairage. Les travaux de Rensis Likert ont ainsi permis de distinguer trois styles différents qui permettent de recouper un certain nombre de situations de *management*.

⁴⁹ MIDLER C., 1998, *L'Auto qui n'existait pas : management des projets et transformation de l'entreprise*, Paris : Dunod, p. 58

Les quatre styles de *manager*⁵⁰

Quatre styles de manager sont décrits par Rensis Likert :

- *Le style autoritaire et exploiteur* : le management fonctionne sur le modèle de la peur à travers des menaces ou des sanctions, la communication est descendante, les travaux de groupe sont proscrits et l'organisation est centralisée.
- *Le style autoritaire et paternaliste* : le management fonctionne sur le modèle de « la carotte et du bâton », les subordonnés ont une attitude soumise et font seulement remonter à leur chef les informations qui sont susceptibles de lui plaire.
- *Le style consultatif* : dans lequel l'implication des subordonnés est cette fois-ci sans influence sur les décisions prises dans la mesure où ils ne disposent que d'un avis consultatif. La communication est ascendante et descendante et le travail d'équipe est favorisé.
- *Le style participatif* : dans lequel le dirigeant s'appuie sur le travail du groupe pour prendre des décisions, régler les conflits, fixer des objectifs. La communication est ascendante, descendante et transversale et les décisions sont décentralisées, au risque de ne pas être prises.

Si, dans un monde aussi complexe que l'hôpital, il est évident que les deux styles autoritaires ne peuvent durablement s'installer, il apparaît que leur mise en œuvre ne soit également pas souhaitable. En effet, si l'on considère que la prise de décision est possible grâce à la maîtrise de l'information, il est impensable de mener aujourd'hui ce style de *management* qui concourt à limiter la participation des acteurs. Il est donc naturel qu'en termes de gestion de projet, le style d'exercice du *leadership* le plus adéquat soit fondé sur une consultation de l'ensemble des parties prenantes. Pour autant, au-delà de la simple participation, il est important qu'une décision soit prise, décision, qui semble permettre de distinguer le style participatif du style consultatif. La consultation permet ainsi au chef de projet de limiter les asymétries d'informations avant de prendre sa décision et ce sans se retrancher derrière le seul avis des groupes, ce qui provoquerait une certaine dilution des responsabilités.

Mais au-delà de ces quelques éléments de synthèse, l'analyse de la réalisation du projet UPR met également en évidence certaines difficultés inhérentes à bon nombre de conduites de projet, difficultés qui doivent être résolues pour éviter de créer des retards. A l'examen du cas UPR surgissent deux types de difficultés rencontrées par le chef de projet et par l'ensemble des interlocuteurs consultés. Bien évidemment, elles ne sauraient à elles seules permettre de rendre compte de la difficulté d'un tel projet, mais elles présentent l'avantage d'être synthétiques et de permettre de proposer quelques pistes d'amélioration. Il s'agit essentiellement de la question de la gestion du temps imparti et du

⁵⁰ LIKERT R., 1974, *Le gouvernement participatif de l'entreprise*, Paris : Gauthier-Villars, p. 156.

maintien de la continuité, ainsi que de la délicate conciliation entre les volets technique et fonctionnel de ce type d'opération.

2.3.3 Gérer le temps et la continuité

A la lecture de l'ouvrage de Thierry Gidel et de William Zonghero, il apparaît que la gestion du temps revêt une importance capitale dans la réalisation d'un projet. Ils écrivent ainsi que « le planning est la technique de base du management de projet. C'est la méthode qui permet de fixer l'objectif de délai, de définir l'ordonnancement du projet, et de contrôler les délais.⁵¹ »

Les trois types de planning⁵²

Trois types de planning existent en matière de *management* de projet :

- Le *planning directeur* : il répond à une approche globale de type 'macro-tâche' et permet de visualiser synthétiquement la situation générale d'un projet.
- Le *planning détaillé* : il répond à une approche de planification de type 'micro-tâche' et décompose les éléments fins de l'organigramme technique.
- Le *planning de tendance* : il répond à une approche de type 'pilotage' et vise à suivre périodiquement la tendance d'une activité en comparant la date prévue et la date de l'objectif.

Ces plannings ne doivent pas être confondus avec le tableau de bord, qui est un outil de *reporting*. La tenue d'un tableau de bord est elle-aussi un élément favorisant la continuité de la conduite du projet. Il est défini par le lexique de gestion Dalloz comme « une représentation synthétique chiffrée des principales informations nécessaires aux dirigeants (...) pour le contrôle de l'exécution d'un programme d'action et d'orientation en cas d'écarts par rapport aux projets ou aux projections⁵³. »

Pour la construction du bâtiment UPR, et pour la première fois à l'hôpital, un tableau de bord a été mis en place pour assurer le suivi de l'opération. Ce document, daté et fortement évolutif, permettait au chef de projet de suivre l'évolution du projet en lien avec les équipes concernées, mais aussi et surtout, d'évaluer l'impact de chaque opération sur une autre opération se déroulant simultanément. Outil de réflexion collective et de prise de décision, il permettait ainsi de conduire la plupart des réunions relatives au projet UPR. Partagé puis archivé, il avait pour objectif de faire le point sur l'avancée du projet en temps réel et d'identifier les moments d'accélération et de ralentissement.

Mais si cette gestion du temps à l'hôpital a été optimale, l'une des difficultés les plus difficiles à surmonter a été la gestion de la continuité du projet dans le cadre d'un

⁵¹ GIDEL T., ZONGHERO W., 2006, *Management de projet 2, Approfondissements*, Paris : Lavoisier, p. 268.

⁵² AIM R., 2007, *La gestion de projet*, Paris : Gualino, pp.100 à 105.

changement de chef de projet. A Saint-Antoine, l'un des éléments qui, selon le programmiste et l'architecte, explique la lenteur du processus d'édification de ce bâtiment, est le changement des équipes. Au tournant des années 2005-2006, les décideurs changent, comme le précise l'architecte : « le départ du chef d'établissement, de son adjoint chef de projet et de l'ingénieur responsable technique de cette construction a posé une nouvelle difficulté. » Les nouveaux interlocuteurs ne disposaient pas tous du même niveau d'information sur le dossier. Comme il le précise : « ce n'est pas une question de personnes, même si l'alchimie du groupe précédent était particulièrement bonne, plutôt une question de transmission du savoir⁵⁴. »

Pourtant, la passation de témoin avait eu lieu entre l'équipe précédente et la nouvelle équipe à travers un certain nombre de rencontres, une période de cohabitation destinée à favoriser la continuité et la rédaction de documents de synthèse destinés à rendre compte de l'état d'avancement du projet. Le directeur chef de projets jusqu'en 2006 avait ainsi, à son départ, rédigé un document de synthèse regroupant l'ensemble des opérations en cours ou devant être réalisées sur l'hôpital. Y figurait l'opération UPR et les 27 préalables qui devaient encore être menés avant le début du chantier. Ce document intitulé « Répertoire des projets et des opérations de l'hôpital Saint-Antoine⁵⁵ » regroupait ainsi des opérations présentées à chaque fois selon le même modèle : un numéro d'opération, un domaine de rattachement, le type d'opération, le chiffrage du montant de l'opération, son type, la date et enfin l'état d'avancée du dossier suivant un code de couleur. Chaque fiche présentait le contexte, les objectifs, les enjeux et les suites de chaque opération.

La passation de relais s'est donc effectuée selon une méthodologie précise destinée à favoriser la continuité. Il n'empêche que certains utilisateurs, qui avaient eux aussi changé dans les cinq années qui ont suivies le lancement du projet, ont à ce moment là tenté de revenir sur des décisions déjà actées. Sur des éléments précis, il est ainsi évident que les nouveaux décideurs ne disposaient pas toujours de l'ensemble des éléments qui avaient poussé les responsables précédents à prendre telle ou telle décision. Dans ce cadre, il leur était difficile d'avoir cette vision globale de l'ensemble du projet et des conséquences d'une décision sur l'équilibre général du site.

⁵³ MARTINET A.-C., SILEM A., 2005, *Lexique de gestion*, Paris : Dalloz, p. 194

⁵⁴ Entretien réalisé avec M. Michel Rémon, architecte du bâtiment UPR de l'hôpital Saint-Antoine, le 30 juillet 2009.

⁵⁵ Hôpital Saint-Antoine, 2006, « Répertoire des projets et des opérations de l'hôpital Saint-Antoine », 286 p.

2.3.4 Articuler le volet fonctionnel, le volet technique et les demandes des acteurs

Le chef de projet est assisté par un responsable technique qui assure la supervision des opérations. A l'hôpital Saint-Antoine, une coordination étroite a été mise en place tout au long du projet entre :

- Un responsable fonctionnel : le chef de projet, un directeur d'hôpital, chargé de la coordination globale des opérations et de la gestion de leur volet fonctionnel. Outre son rôle de coordination, sa mission consistait essentiellement à définir les fonctions que devra remplir la nouvelle réalisation au terme d'un travail conjoint avec les utilisateurs. L'autre mission était de libérer le responsable technique de tout élément « politique » pouvant nuire à son action, notamment au moment de la réalisation de l'ensemble des opérations préalables à la mise en route du chantier.
- Un responsable technique : un ingénieur, assisté de deux techniciens supérieurs hospitaliers (TSH). Ils avaient pour mission de choisir ou de concevoir des solutions techniques permettant d'assurer les différentes fonctions programmées et d'assurer leur niveau de performance. Il s'agissait ainsi de préparer le déroulement du chantier, d'assurer son bon déroulement, en lien direct avec l'architecte, le maître d'œuvre et l'ensemble des entreprises devant intervenir sur les opérations permettant la réalisation du projet.

Ce binôme fonctionnel et technique, qui n'est pas installé aussi clairement dans tous les établissements hospitaliers pour assurer une conduite de projet, a particulièrement bien fonctionné. Il était indispensable qu'il soit solide dans la mesure où le travail de l'un influençait inexorablement le travail de l'autre et où un manque de coordination quelconque pouvait induire des mois de retards. A titre d'exemple, la complexité de l'ensemble des opérations préalables au début du chantier a nécessité l'intervention de chaque membre du binôme et de leurs équipes respectives. Pour assurer la destruction de la terrasse Grancher par exemple, terrasse située sur le lieu d'implantation du nouveau bâtiment, il s'avérait indispensable de libérer des locaux accueillant des archives. La difficulté provenait du fait que ces archives, nombreuses et installées parfois depuis des décennies, provenaient de services très différents, dont certains n'étaient même plus localisés sur l'hôpital. Le chef de projet, responsable fonctionnel, s'est donc employé à les faire évacuer et a fait face à de fortes résistances de responsables de services peu enclins à accepter l'opération. C'est notamment ce travail de persuasion et de coordination, que le responsable technique n'a pas le temps de réaliser qui a, en l'occurrence, permis de débloquer la situation avec un retard moins important que prévu. L'existence d'un binôme permet également de maintenir une certaine continuité en cas de départ d'un des deux responsables.

Certains cabinets de consultants se sont penchés sur les questions de coordination entre acteurs d'un même projet et en ont déduit certaines modélisations qui permettent de mieux cerner les contours de la relation entre le responsable technique et le responsable fonctionnel. Leur travail tourne autour des notions de coopération et de collaboration, notions apparemment voisines, mais en fait bien différentes.

De la coordination à la coopération⁵⁶

La coordination	La coopération
Nécessite une <i>fonction</i> spécialisée	Se fait par <i>contact direct</i> entre les acteurs
Relève de la <i>hiérarchie</i>	Relève du « <i>marché</i> »
Est mise en œuvre à travers des <i>procédures</i> bureaucratiques	Se fait par <i>ajustement mutuel</i> entre les acteurs
Est <i>obligatoire</i>	Est <i>volontaire</i>

Il est important de faire la distinction entre ces deux notions dans la mesure où la coopération s'avère plus intéressante que la simple coordination qui a tendance à épuiser le responsable, qu'il soit technique et fonctionnel. C'est cette collaboration qui permet de faire avancer le projet. Elle implique un climat de confiance et d'échange entre les acteurs, parfois difficile à obtenir. Mais il est clair que tout engagement pris dans le sens du développement de ce type de comportements permettra de faire avancer plus rapidement le projet.

La montée en charge du chef de projet au moment de cette phase de préparation du projet peut donc s'accompagner d'une méthodologie précise destinés à l'aider dans cette tâche complexe. Des outils opérationnels existent pour objectiver les difficultés rencontrées et tenter d'y apporter une réponse. Le chef de projet doit donc s'en saisir pour assurer plus efficacement cette phase importante permettant d'enchaîner plus rapidement sur la réalisation du projet.

⁵⁶ PICQ T., 2005, *Manager une équipe projet*, Paris : Dunod, p. 178. D'après les travaux sur la « coopération compétitive » menés par le cabinet Bossard-Gemini consulting.

Conclusion

Dans un contexte de rénovation des établissements de santé et de fortes restructurations hospitalières, le directeur d'hôpital doit aujourd'hui plus développer des compétences et renforcer son rôle en matière de gestion de projets de construction. A l'avenir, les regroupements envisagés par la loi Hôpitaux, Patients, Santé et Territoires et formalisés au sein de Communautés Hospitalières de Territoires vont en effet nécessiter un fort investissement des directeurs d'hôpitaux qui assurent des fonctions de chef de projet.

Dans ce cadre, il convient de permettre aux directeurs d'hôpitaux chargés de conduire ces projets, d'utiliser un certain nombre d'outils mis à leur disposition pour assurer leur rôle de pilotage fonctionnel des projets de construction. En amont de la construction elle-même, dès la phase de conception du projet, un chef de projet doit ainsi être nommé pour contribuer au débat médical et soignant permettant de concevoir le nouveau bâtiment ou le nouvel hôpital. Or, dans le projet de construction du bâtiment UPR, l'absence de pilote dans les phases de projection et de programmation, a été l'un des facteurs de ralentissement du projet et a nuit à la cohérence des travaux menés.

En revanche, les outils déployés par le chef de projet dans la phase de préparation d'UPR a permis de maîtriser les facteurs délais, coût et qualité grâce à une structure de pilotage solide, bien qu'imparfaite. Le bon fonctionnement du binôme fonctionnel et technique a également été l'un des facteurs de réussite de cette phase du projet. Néanmoins, la gestion du temps et de la continuité, indispensable dès qu'un projet dure plus de cinq ans, n'a pas été assurée de manière optimale et convient donc d'être repensée.

Améliorer la conduite de ces projets de construction passe ainsi par la nomination d'un chef de projet dès les phases de conception et de préparation, mais aussi la poursuite de sa mission dans les étapes de construction et d'intégration dans un nouveau bâtiment. Passer de la représentation à la réalisation nécessite donc un pilotage assuré par un directeur d'hôpital chef de projet, en collaboration avec des interlocuteurs internes et externes.

Le maintien de la cohérence et la gestion de la continuité d'un projet sont les deux principales missions d'un chef de projet. L'enjeu de ce mémoire était donc de démontrer que sa réussite dépend de sa capacité à s'impliquer aussi bien dans la phase de représentation (conception et préparation), souvent négligée, que dans la phase de réalisation (construction et intégration).

Bibliographie

Textes réglementaires et circulaires

Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique.

Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Code de la santé publique – Partie réglementaire – 6ème partie : Etablissements et services de santé - Titre II : Equipement sanitaire– Chapitre IV : Conditions techniques de fonctionnement – Section 1 : Activités de soins - Sous-section : Accueil et traitement des urgences : Art. D.6124-1 à D.6124-26.

Ouvrages

AFITEP, 2002, *Dictionnaire du Management de Projet*, 4^{ème} éd., Paris : AFNOR, 337 p.

AIM R., 2007, *La gestion de projet*, Paris : Gualino, 208 p.

AMOUROUS C., 2004, *Que faire de l'hôpital ?*, Paris : L'Harmattan, 351 p.

BENANTEUR Y., ROLLINGER R., SAILLOUR J.-L., 2000, *Organisation logistique et technique à l'hôpital*, Rennes : Editions ENSP, 171 p.

BROCH M. – H., CROS F., 1991, *Comment faire un projet d'établissement ?*, Lyon : Chronique sociale, 211 p.

CLAVERANNE J. – P., LARRASQUET J. – M., JAYARATNA N., 1996, *Projectique, à la recherche du temps perdu*, Paris : Economica, 407 p.

ESTINGOY P., RABATEL M., 1994, *Montage et suivi d'une opération de construction*, Paris : Le Moniteur, 468 p.

GIDEL T., ZONGHERO W., 2006, *Management de projet 2, Approfondissements*, Paris : Lavoisier, 432 p.

GROSJEAN P., DUVERNOIS F., 2000, *Elaborer et mettre en œuvre un projet de service : Guide pratique et méthodologique*, Paris : Masson, 168 p.

LIKERT R., 1974, *Le gouvernement participatif de l'entreprise*, Paris : Gauthier-Villars, 263 p.

MARTINET A.-C., SILEM A., 2005, *Lexique de gestion*, Paris : Dalloz, 299 p.

MIDLER C., 1998, *L'Auto qui n'existait pas : management des projets et transformation de l'entreprise*, Paris : Dunod, 216 p.

MULLER J.- L., JOLY M., 2002, *De la gestion de projet au management par projet : Maîtriser les risques d'une organisation transversale*, Paris : AFNOR, 239 p.

PETILLOT A., FESSY G., 2004, *Patrimoine hospitalier*, Paris : Scala, 335 p.

PICQ T., 2005, *Manager une équipe projet*, Paris : Dunod, 246 p.

SARTRE J.- P., 1968, *L'existentialisme est un humanisme*, Paris : Naguel, 141 p.

VILLEMAIN C., 1991, *La planification opérationnelle : Objectifs, méthodes et métiers de la planification de projet*, Paris : AFNOR, 124 p.

Articles

BEAUBAIS M., 2006, « Evolutions de l'architecture hospitalière », *Techniques hospitalières*, n°697, pp. 10-13.

BLEICHNER G., 2005, « Architecture des services d'urgence : recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence », *Journal européen des urgences*, vol. 18, n°2, pp. 102-126.

BOUGEARD C., SFEZ M., 2005, « Relations structure-activité : l'architecture au service de l'organisation, de la qualité et de la sécurité », *Risques et qualité*, n°2, pp. 95-100

BRINGUER J., CAVALIER M., GOBILLARD J., 2003, « L'investissement hospitalier : de l'expression des besoins à l'ouverture », *Techniques hospitalières*, n°675, pp. 24-33.

CHARLERY A., BOUGEARD C., 2004, « Dossier : L'architecture hospitalière en questions », *Décision Santé, Stratégie Santé*, n°207, p. 10-15.

HUAULT C., SAVIN P., TAVERDET-POPIOLEK S., 2008, « Les choix d'investissement dans les hôpitaux », *Regards sur l'actualité*, n°340, pp. 85-97.

LUCAS-AMICHI A. (coord.), 2007, « Dessine-moi un service d'urgences », *Journal européen des urgences*, vol. 20, n°15, p. 159.

OMNES L., 2008, « Architecture : l'hôpital de demain. L'architecture hospitalière, toute une histoire », *Gestions hospitalières*, n° 480, pp. 645-647.

QUEYROUX C., 2003, « Comment construire ? Retours d'expériences », *Techniques hospitalières*, n°675, pp. 13-23.

SCHWEYER F.-X., 2000, « Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins ? », in CRESSON D., SCHWEYER F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes : Editions ENSP, pp. 149 - 170.

TUCKMAN B.-W., 1965, « Developmental sequence in small groups », *Psychological Bulletin*, Volume 63, Number 6, p. 384-99.

Comptes rendus de colloques et de séminaires

COLL J.-P., 2006, « Journées de l'architecture : Hôpital, architecture et organisation ; Les évolutions perceptibles », URL : www.fhf.fr.

LE TAILLANDIER V., 2006, « Regards croisés sur la conduite de projets immobiliers hospitaliers », MAINH, URL : <http://www.mainh.sante.gouv.fr/>.

MARASCHIN J., 2008, « L'hôpital à la recherche de son modèle architectural », URL : www.a-i-a.fr.

VERDEIL X., 2003, « L'espace à l'hôpital : architecture, circuits, matériaux, travaux », URL : www.cclin-sudouest.com.

Mémoires soutenus à l'EHESP

SEBERT C., 2007, *Activités de soins et projet architectural : quelle stratégie pour le Directeur des Soins*, Mémoire de directeur de soins, Rennes : ENSP, 65 p.

SORIN T., 1996, *Architecture hospitalière et efficience de l'organisation des soins : opportunités et contraintes au sein d'un établissement pavillonnaire tel que le centre hospitalier d'Antibes-Juan-les-Pins*, Mémoire de directeur d'hôpital, Rennes : ENSP, 85 p.

Documents d'appui disponibles sur Internet

Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier, 2005, *Guide de la réglementation et des recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé*, 35 p. URL : <http://www.mainh.sante.gouv.fr/>

Société Française de Médecine d'Urgence, 2005, « Architecture des services d'urgences : recommandations », 46p. URL : <http://www.sfmou.org/>

Sources non publiées

AP-HP, 2003, « Contrat interne d'objectifs et de moyens du bâtiment urgences, policlinique, réanimation de l'hôpital Saint-Antoine », 14p.

AP-HP, 2005, « Plan stratégique 2005-2009 », Volume 1, 117 p.

Hôpital Saint-Antoine, 2000, « Programme médical du nouveau bâtiment de l'hôpital Saint-Antoine », 86 p.

Hôpital Saint-Antoine, 2000, « Compte rendu du CCM extraordinaire », 6 p.

Hôpital Saint-Antoine, 2003, « Bâtiment Urgences, Policlinique, Réanimation : Contrat interne d'objectifs et de moyens », 22 p.

Hôpital Saint-Antoine, 2005, « Comité Projets, bilan d'un an de fonctionnement », 6 p.

Hôpital Saint-Antoine, 2006, « Répertoire des projets et des opérations de l'hôpital Saint-Antoine », 286 p.

Hôpital Saint-Antoine, 2006, « Projet d'établissement 2005-2009 », 107 p.

Hôpital Saint-Antoine, 2007, Service de la Communication, « Notes de la Direction à diffusion générale ».

PATMO, 2002, « Programme de construction d'un nouveau bâtiment : Urgences, Polyclinique, Réanimation médicale », 84 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Présentation synthétique de l'hôpital Saint-Antoine (AP-HP).

Annexe 2 : Images de synthèse du bâtiment UPR

Annexe 3 : 2001 : Plan de l'hôpital Saint-Antoine.

Annexe 4 : 2009 : Localisation du bâtiment UPR de l'hôpital Saint-Antoine.

Annexe 5 : Localisation des activités au sein de l'hôpital Saint-Antoine.

Annexe 6 : Guide d'entretien.

Annexe 7 : Liste des entretiens.

ANNEXE 1 : Présentation synthétique de l'hôpital Saint- Antoine

Situé dans le 12ème arrondissement de Paris, l'hôpital Saint-Antoine fait partie du groupement hospitalier universitaire (GHU) Est de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il dispose d'une capacité d'accueil totale de 777 lits (dont 702 en Aigus, 22 aux Urgences et 53 en Psychiatrie) et 60 places en hôpital de jour. Il est dirigé par M. Didier HOTTE.

La médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) mais aussi l'enseignement et la recherche constituent les activités principales de cet établissement. Les grandes disciplines qui font sa renommée sont essentiellement la chirurgie digestive, l'hépatologie, l'hématologie et l'oncologie.

L'hôpital emploie 876 personnels médicaux et 2847 personnels non médicaux (en équivalent temps plein).

Un nouveau bâtiment dédié à ses activités d'urgences, de policlinique et de réanimation est en cours d'achèvement et devrait ouvrir à l'automne 2009. Parallèlement, l'hôpital travaille sur la construction d'un bâtiment regroupant les activités de laboratoire de biologie.

Cet hôpital se distingue également par son rôle moteur dans la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance. Le conseil exécutif et l'organisation en pôles datent des années 2005 et 2006. Leur fonctionnement est aujourd'hui pleinement effectif.

Longtemps excédentaire, l'établissement doit faire face depuis quelques mois à une chute de son activité (le déficit prévisible pour l'année 2008 serait de 1,3 millions d'euros), chute générale sur l'AP-HP, mais qui demande néanmoins la mise en place de mesures spécifiques.

L'hôpital fera partie de l'un des futurs groupements hospitaliers qui vont être mis en place d'ici 2011 à l'AP-HP : des réflexions sont en cours sur la mise en place du groupement de l'est parisien qui sera constitué des hôpitaux Tenon, Trousseau, Rothschild et Saint Antoine.

ANNEXE 2 : Images de synthèse du bâtiment UPR



APHP-UPR St ANTOINE. VUE DEPUIS L'ENTRÉE CROZATIER

MICHEL REMON ARCHITECTE - BETEREM.RAC B.E.T. - DECEMBRE 2004.

MICHEL
RÉMON
architecte dplg



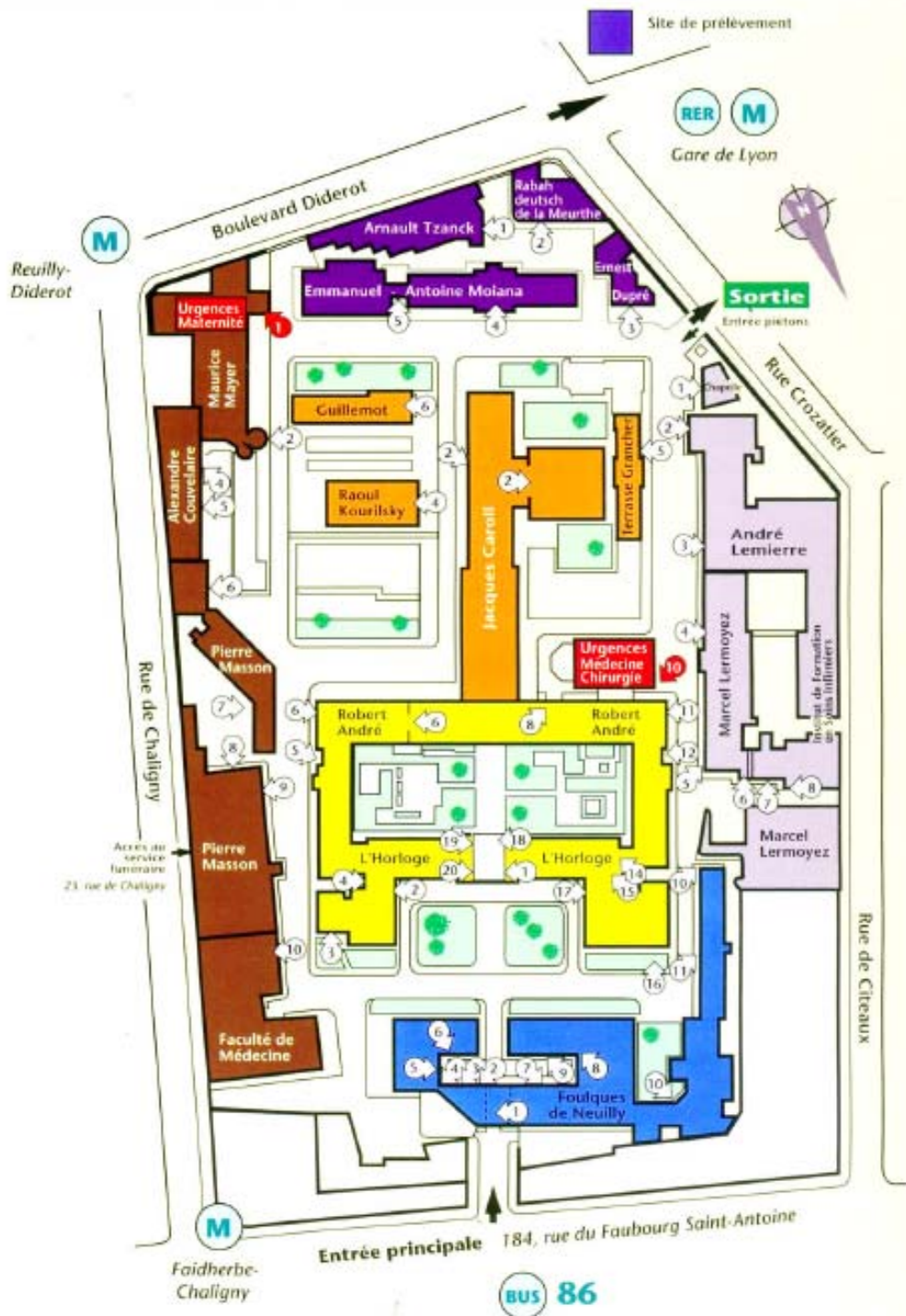
APHP-UPR St ANTOINE. VUE DEPUIS LE BATIMENT LERMOYER

MICHEL REMON ARCHITECTE - BETEREM.RAC B.E.T. - DECEMBRE 2004.

MICHEL
RÉMON
architecte dplg

ANNEXE 3 : Plan de l'hôpital Saint-Antoine (2001)

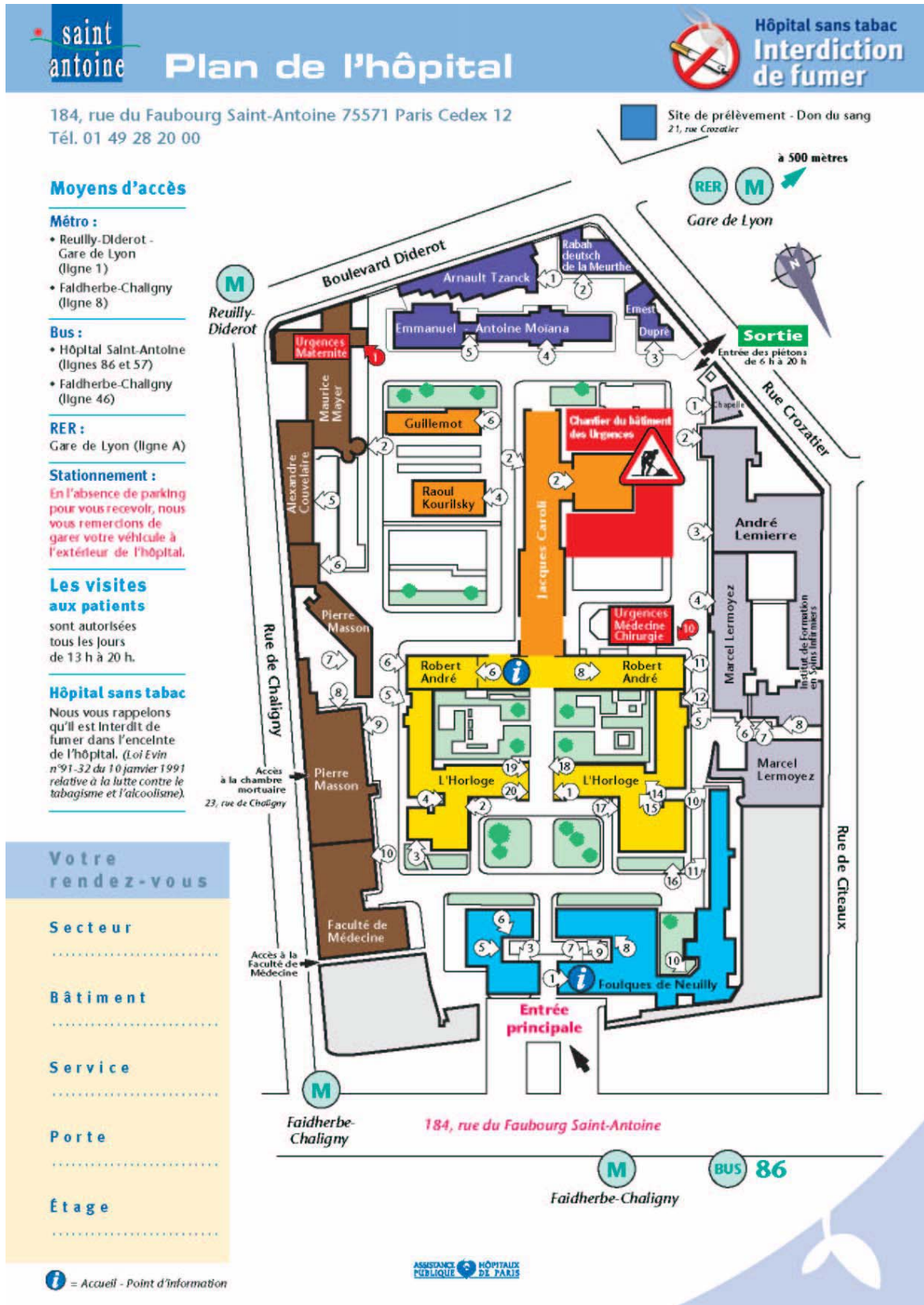
HÔPITAL SAINT-ANTOINE



Moyens d'accès

- Métro :** Reilly-Diderot - Gare de Lyon (ligne 1)
Faidherbe-Chaligny (ligne 8)
- Bus :** Hôpital Saint-Antoine (ligne 86)
Faidherbe-Chaligny (ligne 46)
- RER :** Gare de Lyon (ligne A)

ANNEXE 4 : Localisation du bâtiment UPR (2009)



Bâtiment UPR

ANNEXE 5 : Localisation des activités au sein de l'hôpital Saint-Antoine (2001)

Bâtiment	Activité	
Foulques de Neuilly	Accueil –régie – surveillance	Administration
De l'Horloge	Administration Pharmacie Médecine interne Rocade Soupault Consultation d'hématologie Endocrinologie	Rhumatologie Policlinique médicale Imagerie Parasitologie Service Informatique
Robert André	Médecine nucléaire Endoscopies Hospitalisation d'hématologie Neurologie Consultations d'ophtalmologie et de stomatologie ORL Psychiatrie	Stomatologie Réanimation médicale Urgences Immuno-hématologie Biochimies Bactériologie- virologie Transports
Jacques Caroli	Anesthésiologie Brûlés Chirurgie générale et digestive Hépto-Gastro-Entérologie Chirurgie Orthopédique Policlinique chirurgicale Pharmacologie	Kinésithérapie Pneumologie Cafétéria – boutiques Brancardage Stérilisation Archives
Raoul Kourilsky	I.N.S.E.R.M.	
Guillemot	Cytogénétique	
Emmanuel-Antoine Moiana	Oncologie	S.M.U.R.
Ernest Dupré	Psychiatrie	
Deutsch de la Meurthe	Centre d'hémobiologie périnatale	
Arnault Tzanck	Etablissement Français du Sang	
Pierre Masson	Physiologie Anatomo-Pathologie Centre d'évaluation et de traitement de la douleur	Lingerie Amphithéâtre Services techniques
Alexandre Couvelaire	Consultation de Gynécologie Obstétrique	
Maurice Mayer	Hospitalisation d'obstétrique et de gynécologie Néonatalogie	Foetaopathologie Ecole des sages femmes
Marcel Lermoyez	Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) Centre de loisirs	Cuisine Self du Personnel Service Biomédical
André Lemierre	Cardiologie Centre d'investigation clinique Physiologie	Pneumologie (2002) Maladies Infectieuses et tropicales
Terrasse Grancher	Magasins Vestiaires	Bio-nettoyage

ANNEXE 6 : Guide d'entretien

1/ Présentation du cadre général de la recherche

Le mémoire de l'EHESP dans le dispositif de formation des élèves directeurs

Le sujet du mémoire et la méthodologie retenue

2/ Recherche de données et d'éléments factuels

Depuis quand travaillez-vous sur le projet de construction du bâtiment UPR ?

Quel a été votre rôle dans la conception et la mise en œuvre de ce projet ?

Quels sont les documents dont vous disposez sur ce projet ?

3/ La conception du projet

Quel est le contexte de la conception de ce projet ?

Quelle était l'organisation spatiale et générale des services concernés par le projet ?

Dès l'origine, quels ont été les points moteurs et les points faibles de ce projet ?

4/ La gestion de projet

Quelle a été la méthodologie retenue pour recenser et analyser les besoins ?

Comment ont été effectués les arbitrages entre les différents services concernés ?

Quelles ont été les marges de manœuvre et les contraintes que vous avez identifiées ?

5/ Le déroulement du projet

Quel a été le rythme d'avancée du projet : a-t-il été régulier oui a-t-il connu des phases d'accélération ou de ralentissement ? Pourquoi ?

Quels ont été les éléments d'évolution par rapport au projet initial ?

Quels sont les facteurs qui permettent d'expliquer la longueur du processus ?

6/ Dimension performative

Si vous êtes à nouveau impliqué dans ce type de projet, quels sont les réflexes que vous vous êtes appropriés ?

Quelles sont les pistes que vous proposeriez pour améliorer le fonctionnement d'un tel projet ?

ANNEXE 7 : Liste des entretiens

A l'hôpital Saint-Antoine

Mme Valérie BAUER, Cadre de santé aux Urgences

Mme Catherine CAUCHOIS, Cadre de santé de la Policlinique médicale

Mme Catherine DUMAS, Cadre du pôle Urgences médecine d'aval généraliste

Mme Catherine LATGER, Directrice des Usagers, de la Qualité, des Projets et des Risques

M. Jacques LEBAS, Responsable médical de la Policlinique médicale

M. Michel MORENVAL, Directeur des Investissements et des Services techniques

M. Georges OFFENSTADT, Chef du service de réanimation médicale

M. Dominique PATERON, Chef du service des Urgences

Mme Nadine REMY, Equipe Projets

Mme Dominique CALLOU, Equipe Projets

A l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris

M. Jean-Baptiste HAGENMULLER, ancien Directeur des projets de l'hôpital Saint-Antoine

Mme Simonne DEBEAUPUIS-CLEMENT, Directrice du Patrimoine foncier, de la Logistique et du Logement

A l'extérieur de l'hôpital Saint-Antoine

M. Michel REMON, Architecte du bâtiment UPR

Mme Anne-Valérie SCEAU, Architecte au sein du cabinet e programmation IOSIS Bâtiments