



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion : 2007

Date du Jury : septembre 2007

**ACTIVITES DE SOINS ET PROJET
ARCHITECTURAL :
QUELLE STRATEGIE POUR LE
DIRECTEUR DES SOINS ?**

Christophe SEBERT

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des personnes qui, par leur concours, nous ont apporté un éclairage sur le sujet des constructions hospitalières. Ce remerciement s'adresse tout particulièrement aux différents professionnels qui se sont rendus disponibles pour nous permettre de réaliser nos entretiens.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'ARCHITECTURE HOSPITALIERE.....	9
1.1 Les constructions hospitalières.....	9
1.1.1 Les enjeux des constructions.....	9
1.1.2 Les dispositions réglementaires.....	11
1.1.3 Les principaux acteurs d'un projet de construction	13
1.1.4 Les différentes étapes d'une opération de construction.....	15
1.2 Des concepts à intégrer.....	20
1.2.1 L'organisation	20
1.2.2 L'innovation.....	23
1.2.3 Le changement.....	25
1.2.4 L'accompagnement du changement.....	26
2 L'ANALYSE DE TERRAIN	29
2.1 La méthodologie de l'enquête	29
2.1.1 Les objectifs de l'étude et de l'analyse de terrain	29
2.1.2 L'entretien semi-directif, mode d'investigation retenu	29
2.1.3 Le choix des établissements, le contexte, l'historique.....	30
2.1.4 Le public enquêté	32
2.1.5 Les limites de l'enquête	33
2.2 Les résultats	33
2.2.1 L'impact de l'architecture sur l'organisation des soins	33
2.2.2 La mise en œuvre du projet de soins.....	36
2.2.3 La logistique.....	38
2.2.4 L'implication dans les projets de construction	40
2.3 Conclusion de l'étude de terrain	42

3 LES PROPOSITIONS D’ACTIONS	45
3.1 La gestion d’un projet.....	45
3.1.1 Le positionnement du directeur des soins.....	45
3.1.2 Les étapes de la gestion de projet.....	46
3.1.3 Les aspects incontournables pour le directeur des soins	48
3.2 Les innovations.....	50
3.2.1 L’impact des technologies sur l’organisation.....	50
3.2.2 Se centrer sur le patient : la gestion des flux	52
3.2.3 Les organisations de travail.....	54
Conclusion.....	57
Bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGV : Automated Guided Vehicules
APD : Avant Programme Définitif
APS : Avant Projet Sommaire
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
BEH : Bail Emphytéotique Hospitalier
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DCE : Dossier de Consultation des Entreprises
IDE : infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IP : Internet Protocol
MAINH : Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MEAH : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MOP : Maîtrise d'Ouvrage Publique
PAI : Programme d'Architecture et d'Ingénierie
PC : Poste de Commandement
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
PTD : Programme Technique Détaillé
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

INTRODUCTION

En France, du moyen Age à nos jours, la lente évolution du rôle des hôpitaux et des types de populations prises en charge, en lien avec l'évolution de la médecine, explique les grandes modifications dans l'organisation, la structure et dans la conception architecturale des établissements de santé.

Les hôpitaux, appelés également hospices ou « maisons hospitalières », sont une création religieuse de l'Occident chrétien. Etymologiquement, le mot hôpital vient du latin *hostis*, l'étranger, qu'il soit ami ou ennemi. En France, les premiers hospices apparaissent au VI^{ème} siècle à Reims, Arles et Lyon pour accueillir les pèlerins.

Jusqu'au XV^{ème} siècle, la fonction hospitalière est assumée par l'église qui adapte ses bâtiments pour l'hébergement et les soins aux malades. Les premiers hôpitaux « charitables » édifiés au cœur des cités sont construits selon l'architecture religieuse et les moyens technologiques de l'époque. Les pèlerins, les malades nécessiteux, les moribonds sont accueillis dans de vastes salles d'une longueur de 30 à 100 mètres et composés d'une ou plusieurs nefs. La hauteur est de 15 à 20 mètres pour disposer d'un grand volume d'air ; de grandes fenêtres en hauteur assurent l'aération sans courant d'air. L'Hôtel-Dieu médiéval est localisé à proximité d'un cours d'eau pour la cuisine, le blanchissage et l'évacuation. Les locaux sont humides et insalubres. La disposition des bâtiments se trouve toujours en deux parties, l'une réservée aux malades, l'autre au personnel. La chapelle constitue alors l'espace d'interface entre la cour des malades et la cour de la communauté sur laquelle donnent le bâtiment de celle-ci et les communs : ferme, grange et cellier qui assurent la bonne marche du lieu.

Entre l'an 1000 et 1300, la population française est multipliée par trois dans des conditions d'hygiène propices au développement de pandémies à une période où la médecine ne fait aucun progrès significatif. De fait, l'apparition des premières grandes épidémies, dès le XII^{ème} siècle, de peste, de lèpre, de choléra et la récurrence des grandes famines, accroissent de façon considérable le nombre d'indigents et de mendiants qui se rendent dans les hôpitaux et remplacent les pèlerins.

Municipalités et pouvoir royal pallient l'essoufflement de l'église dans sa fonction de secours aux indigents. Les actions de bienfaisance, financées par de nouveaux impôts, complètent les démarches de charité individuelles.

Le 14 juin 1662, Louis XIV édicte que chaque cité importante doit bénéficier d'un Hôtel-Dieu ou d'un hospice pour accueillir les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins : « l'assistance, une institution religieuse de quasi service public »¹. La notion d'hôpital général, spécifiquement destiné aux pauvres valides, apparue à Paris en 1656

¹ PETER J.-P., « De l'hôpital comme utopie en soi ». *Gestions Hospitalières*, février 2003, n°175, pp 102-107.

est ainsi généralisée pour la province. Le pauvre est devenu un enjeu de sécurité publique bien plus supérieur à l'enjeu de santé publique de gestion des épidémies devenues moins nombreuses. Les pauvres travaillent à l'hôpital et contribuent de façon significative à ses ressources car les établissements accueillent de plus en plus de monde et coûtent cher.

Les évolutions politiques du XV^{ème} et du XVI^{ème} siècle influencent l'architecture des hôpitaux. Les ducs de Bourgogne puis les Habsbourg rassemblent un territoire puissant ; les recherches philosophiques et esthétiques italiennes influencent la France. L'hôpital-palais adopte alors de nouvelles formes, la croix et la cour. Chaque corps de bâtiment constitue le bras d'une croix et délimite un espace central : une cour carrée ou rectangulaire ; l'ensemble traduit un rêve de symétrie, de rationalité et d'efficacité toujours axé sur une chapelle. Ce sont des constructions sur plusieurs niveaux de 6 à 8 mètres de hauteur chacun. Les salles de malades sont plus longues mais plus étroites. L'hygiène se manifeste toujours par la ventilation, la localisation systématique auprès d'un cours d'eau que l'on dérive et que l'on pompe pour drainer les matières souillées. Les malades sont séparés dans des salles par type d'affection. A cette même période, les équipements évoluent : « Des fauteuils brancards permettaient de gravir les escaliers »².

Progressivement, à partir du XVI^{ème} siècle, les pouvoirs municipaux s'investissent davantage dans l'administration temporelle des établissements à des fins de contrôle et de rationalisation de leur gestion économique et financière. La laïcisation des structures s'accélère, celles-ci restent néanmoins confiées dans leur fonctionnement quotidien à des communautés religieuses hospitalières dont la règle est de s'accommoder de la charge de travail.

Ce n'est que pendant la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle que le malade-individu est reconnu et que l'objectif devient la guérison. La reconstruction à Paris de l'Hôtel-Dieu en 1772 permettra au médecin français, Jacques Tenon, de définir pour l'Académie des sciences les principes essentiels de la conception du nouvel hôpital : le rejet de grandes concentrations de malades ; une architecture discontinue de type pavillonnaire ; chaque bâtiment doit constituer un hôpital en soi ; pas plus de deux étages ; la liaison extérieure se fait par galerie couverte mais ouverte ; les pavillons sont séparés par des cours-jardins dont la longueur sera d'environ 30 mètres ; un soin particulier est apporté à la ventilation et à l'évacuation des matières souillées. L'organisation générale, très ordonnancée, cherche à répondre à de nouveaux besoins logistiques et sanitaires : installation de bains, de cabinets d'aisance, de buanderie, d'étuves à désinfection.

² FRANCOIS B., « Patrimoine hospitalier en Bourgogne, l'initiative de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation », Actes Sud, Montpellier, 1999, pp 57-59.

Le parc hospitalier s'agrandit à partir de 1850 sur la base de trois facteurs fondamentaux : le développement de la médecine dite clinique, la mise en œuvre des politiques de santé publiques issues de la Révolution française, l'extension et la naissance des villes industrielles dans lesquelles l'hôpital devient l'un des équipements fédérateurs.

Au XIX^{ème} siècle, l'objectif devient l'éradication de l'insalubrité. Le choléra est perçu comme un révélateur des carences du système de soins et des inégalités sociales ; il est aussi un catalyseur du changement. Le caractère hygiénique devient primordial. Chaque salle forme une entité autonome, les bâtiments suivent un ordonnancement géométrique ; leur orientation, leur création et l'organisation des salles sont établies pour assurer le renouvellement de l'air et la destruction des germes. Cependant, les découvertes de Pasteur pendant la seconde moitié du XIX^{ème} siècle permettent de se libérer de l'obsession de ventilation. L'asepsie relève moins d'un système architectural que de pratiques simples seulement favorisées par l'architecture. Les notions de contagion, germe et microbe modifient profondément les comportements médicaux et, par conséquent, la conception des hôpitaux. Par exemple, « les salles d'opération, jusque là bien souvent placées dans la salle des malades, sont systématiquement isolées et accompagnées d'espaces annexes pour la stérilisation et la conservation du matériel »³.

La nécessité de combattre la contagion en séparant les malades et en stérilisant les outils médicaux généralise à la fin du XIX^{ème} siècle, et ceux jusqu'en 1930, le pavillon comme unité de l'hôpital. L'éclatement de la composition architecturale en pavillons multiples facilite l'intégration dans son environnement de l'hôpital conçu comme quartier, voire une cité-jardin. La complexité croissante des soins et des tâches implique un déploiement d'activités transformant les hôpitaux généraux en entreprises industrielles. Cette évolution s'accompagne d'une progressive laïcisation des hôpitaux, les personnels laïcs font suite aux religieuses. Il devient nécessaire de former ces nouvelles équipes, un diplôme d'infirmier de l'Etat français est ainsi créé en 1922.

L'hôpital pavillonnaire est rapidement remis en question. Les études scientifiques concluent que l'antisepsie rend inutile la limitation des étages et que la contagion aéroportée joue un rôle mineur. Les antibiotiques associés à l'évolution de l'architecture moderne ont peu à peu raison de ces hôpitaux-villas.

La France pense aussi rationalisation, économie, planification. L'étude pour la cité hospitalière de Lille de l'architecte franco-américain Paul Nelson influence beaucoup les responsables⁴. Le style international modèle les hôpitaux, favorisant pour de nombreuses années la construction de l'hôpital monobloc caractérisé par la superposition de services.

³ BERNFELD G., « L'hôpital et son évolution architecturale ». Gestions Hospitalières, février 2003, n°175, pp 108-114.

⁴ PETILLOT A., FESSY G., Patrimoine hospitalier, Scala, Paris, 2004, 335 p.

La création de circuits différenciés séparant malades, personnel, visiteurs et matières apparaît pour la première fois.

Après la seconde guerre mondiale, la médecine progresse considérablement. La loi du 21 décembre 1941 fait définitivement de l'hôpital un centre de soins⁵ ; la création de la sécurité sociale en 1945 introduit l'égalité de tous les individus devant la santé et la sécurité. Pendant la période des Trente Glorieuses, le secteur hospitalier vit une période d'euphorie financière et d'explosion de ses effectifs. Le ministère de la Santé institue une politique d'industrialisation de la construction des hôpitaux pour répondre aux besoins croissants. L'hôpital devient l'un des principaux employeurs de la commune dans laquelle il est implanté. Le travail de soins passe alors d'une organisation artisanale à une organisation de type industriel. «L'architecture rationnelle des ensembles hospitaliers modernisés a imposé une structuration des espaces, et donc un cadre nouveau à l'organisation du travail⁶ ».

En 1958 sont créés les centres hospitaliers universitaires qui, dans chaque région, vont permettre le développement massif de la recherche et du progrès scientifique. Progressivement, la partie technique de l'hôpital située en général au rez-de-chaussée dans une « galette » ou un socle se renforce et juxtapose, sur un même niveau les blocs opératoires, le service de radiographie, les salles de rééducation. Ainsi naît l'hôpital « tour sur socle ». Les quatre autres secteurs hospitaliers : hébergement, services logistiques, services administratifs et services techniques prennent place en dessous ou en dessus dans la tour ou la barre.

A la fin des années 1970, le gouvernement fait le choix de modèles types et de procédés industriels pour multiplier les établissements. L'œuvre architecturale laisse la place aux hôpitaux en kit : les unités de soins normalisés. Il faut alors attendre le début de la décennie suivante pour que les institutions hospitalières fassent à nouveau appel à des concepteurs.

Cependant, après une période prospère, le financement par dotation globale, mis en place au début des années 1980, ne permet pas de maintenir les investissements hospitaliers à un niveau souhaité. A partir de 1985, le vieillissement du parc immobilier s'accélère dans un contexte où de nouvelles contraintes s'imposent, notamment en matière de normes de sécurité. C'est ainsi qu'au début du XXIème siècle, les soignants

⁵ IMBAULT-HUART M.-J., « L'éclairage de l'histoire », Revue fondamentale des questions hospitalières, n°1, 2000, pp 37-48.

⁶SCHWEYER F.-X., Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins ?, in CRESSON D. et SCHWEYER F.-X., Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail, Editions ENSP, 2000, pp 149-170.

doivent répondre aux exigences de confort et de qualité dans des établissements issus de différentes époques, dont l'architecture est plus ou moins bien adaptée, où la logistique hospitalière a peu évolué.

En 2002, le gouvernement présente un plan de modernisation : Hôpital 2007. Plusieurs mesures sont annoncées. Le SROS se voit renforcé et rénové, il devient l'outil central de la planification grâce à la suppression de la carte sanitaire et des indices lits/population. La création des Groupements de Coopération Sanitaire constitue un cadre élargi, souple et polyvalent à la collaboration entre un ou plusieurs établissements, publics, privés, PSPH et des professionnels libéraux de santé. La mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité dans les établissements publics de santé entend, entre autre, harmoniser le mode de financement entre structures publics et privées. L'évolution de la gestion interne des hôpitaux, impliquant le corps médical, est elle aussi envisagée avec la création de pôles d'activité, structure permettant de développer la contractualisation interne. Enfin, le dernier axe du plan concerne la relance de l'investissement hospitalier.

L'objectif est de répondre au retard, de construire l'hôpital moderne, capable de faire face aux défis de l'avenir et de faciliter la recomposition de l'offre de soins. Le législateur a souhaité faciliter le déploiement du volet immobilier du plan Hôpital 2007 ; en plus des moyens financiers, l'ordonnance du 04 septembre 2003 a permis de recourir à deux nouvelles formes de contractualisation pour la réalisation des investissements : les marchés globaux et le Bail Emphytéotique Hospitalier. Avec le même objectif, une mission nationale d'appui à l'investissement se déploie en région afin d'assister établissements et ARH dans la mise en œuvre des projets. Ainsi, sur cinq ans, 10 milliards d'€ sont investis⁷, avec à la fois le soutien classique par subvention mais aussi la prise en charge d'intérêts d'emprunts. Ces opérations couvrent essentiellement l'immobilier mais aussi les équipements et le système d'information, intéressant les secteurs publics, privés, PSPH, indépendants ou en coopération public/privé. Les résultats sont au rendez-vous, des besoins persistent cependant encore aujourd'hui. Il subsiste en moyenne 18 % des établissements pour lesquels des travaux importants de mise aux normes de sécurité sont nécessaires, notamment vis-à-vis de la conformité incendie.

Annoncé en février 2007, le plan Hôpital 2012⁸ se déploie alors autour de trois priorités :

- Achever la mise aux normes des établissements,
- Permettre la mise à niveau du système d'information hospitalier,

⁷ CHARLERY A., « L'architecture hospitalière en question », in Décision santé, n°207, septembre 2004.

⁸ BERTRAND X., « Conférence nationale sur l'investissement hospitalier du plan hôpital 2007 au plan hôpital 2012 », discours, disponibilité : <http://www.sante.gouv.fr>

- Accompagner la recomposition hospitalière et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération.

Ce nouveau plan quinquennal confirme le précédent ; de nombreux hôpitaux sont ou seront dans des phases de renouveau architectural dans les prochaines années. L'établissement dans lequel nous allons prendre nos fonctions n'échappe pas au contexte de recomposition de l'offre de soins et de modernisation. Le volet urbanisme du projet d'établissement prévoit, entre autre, le rapprochement par adjonction au bâtiment rénové abritant les urgences d'un pavillon recevant les réanimations dont certaines se situent en attendant dans des constructions préfabriquées.

Construire un hôpital neuf ou le réhabiliter, c'est penser un outil de travail, un outil de soins, un lieu de vie. Il s'agit d'imaginer un bâtiment fonctionnel et lieu de santé, disposant de plateaux techniques performants, offrant aux patients une médecine de qualité. L'anticipation des mutations de l'hôpital est à prendre en considération, celle dominante liée à l'accueil de plus en plus important de personnes très âgées, poly pathologiques, en est une illustration. La raréfaction des ressources humaines soignantes qualifiées est également une donnée à prendre en compte. Plus de 50 % du temps soignant concerne des activités afférentes aux soins⁹. La réduction de ces tâches par une optimisation des fonctions logistiques pourrait permettre de recentrer le temps de travail des soignants sur la prise en charge des patients. Dans le cadre d'un projet nouvel hôpital, l'adaptation des organisations aux enjeux à venir des établissements de santé est un gage d'efficacité. Cette recherche est d'autant plus essentielle que certains considèrent que « l'écart entre la performance médicale et soignante, souvent bonne, et la performance organisationnelle, souvent faible sera de moins en moins supportable et de moins en moins supporté¹⁰ ». Notre étude privilégie alors l'approche organisationnelle à celle particulière des conditions de travail, les deux restent cependant liées.

Dès l'ouverture du nouvel hôpital, l'utilisateur doit ressentir que tout a été conçu pour lui dans un cadre soigné, fonctionnel et techniquement optimal. Pour y parvenir, une exigeante participation pluri disciplinaire en amont est conseillée. Le directeur des soins a, parmi les autres professionnels, toute légitimité à être acteur dans les projets de modernisation. D'ailleurs, le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 réglementant le métier de directeur des soins prévoit que ce professionnel coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'encadrement ; il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ; il

⁹ MEAH, « Temps de travail et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques », 2006, disponibilité <http://www.Meah.sante.gouv.fr>

¹⁰ OMNES L., « Hôpital Pompidou, une tumeur maligne », Tallandier, 2006

participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins. Cependant, malgré la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle efficace, certains auteurs relatent que l'écoute de chacun est inégalement intégrée selon les projets. « Il persiste alors des risques de passer à côté de certains besoins des équipes mal entendus et mal identifiés ¹¹ ».

LA PROBLEMATIQUE

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est devenue une préoccupation de tous les instants dans les établissements de santé. Cette notion est déclinée dans le projet d'établissement, dans le projet de soins, elle est rythmée par les démarches de certification. Il est cependant des moments historiques dans la vie des hôpitaux qui constituent des opportunités pour engager de grandes avancées dans la prise en charge des patients. La reconstruction d'un établissement est un moment fort, elle permet d'offrir des locaux aux normes et des conditions d'hébergement et de travail plus confortables. Cependant, ces projets ne permettent pas toujours aux hôpitaux de franchir une étape majeure en matière d'efficience dans le domaine du soin et se limitent parfois à la reconduction de l'existant dans un cadre nouveau. Les chantiers de modernisation ne s'accompagnent alors pas systématiquement d'innovation suffisamment adaptée dans l'organisation et la gestion des processus, de mutation dans les pratiques professionnelles. Afin de mieux appréhender ce risque, nous orientons notre travail de recherche à partir de la question de départ suivante :

En quoi un projet de reconstruction hospitalière constitue pour le directeur des soins un levier d'évolution de l'organisation des soins et des activités paramédicales ?

A partir de cette question de départ, nous émettons trois **hypothèses** susceptibles de nous aider à mieux cerner les enjeux pour le directeur de soins :

Hypothèse n°1 : Les dysfonctionnements sur des points architecturaux stratégiques dans les hôpitaux ont un impact significatif sur l'organisation des soins.

Hypothèse n°2 : La mise en œuvre du projet de soins se trouve limitée, sur certains de ses axes, par des contraintes architecturales.

¹¹ BOUGEARD C., « entretien », in Décision santé, n°207, septembre 2004.

Hypothèse n°3 : La logistique hospitalière, liée au type d'architecture, majore le temps soignant passé en tâches afférentes.

Ce travail de recherche nous amène à nous interroger sur la place du directeur des soins dans un projet de construction hospitalière et l'orientation à donner aux organisations de soins dans un contexte de rationalisation.

LA METHODE

Cette démarche doit nous aider à mieux comprendre pour mieux accompagner les opérations de reconstruction hospitalière dans le cadre de notre fonction de directeur des soins.

Afin d'atteindre cet objectif, nous choisissons de réaliser notre recherche d'information sur la base d'une méthode hypothético-déductive. Nos hypothèses s'appuient sur la place de l'architecture hospitalière dans l'organisation des soins et des activités paramédicales. Nous avons donc, dans un premier temps, orienté nos lectures vers ces concepts. Ensuite, nous avons décidé d'affiner notre connaissance des opérations architecturales à travers la consultation de dossiers et d'articles relatant ce type d'expérience. Au cours de ces lectures, nous nous sommes particulièrement attachés à la compréhension des facteurs de réussite ou au contraire susceptibles d'avoir engendré des difficultés. Nous consacrons la troisième étape de cette recherche à l'enseignement du terrain, étudié au cours de nos stages dans des établissements en cours d'opération immobilière, afin de pouvoir confronter les approches théoriques et pratiques. Enfin, nous procédons à l'analyse des informations recueillies lors de ces différentes phases de recherche. Cette étape doit nous aider à mieux appréhender les enjeux des constructions et leurs conséquences pour l'organisation des soins et des activités paramédicales.

Dans une première partie, nous posons le cadre réglementaire des constructions hospitalières en France. Après un repérage des enjeux pour le bassin d'attractivité et les établissements de santé, nous définissons le cadre conceptuel autour de la gestion d'un projet de reconstruction. Ensuite, nous étudions le changement et la conduite de projet à l'hôpital. La deuxième partie de notre travail, orientée par la vérification de nos hypothèses, en lien avec la recherche théorique, est consacrée à l'analyse du terrain. Précédant notre conclusion, la troisième partie consiste en une présentation de propositions d'actions découlant de notre étude et relevant de la fonction de directeur des soins et dont l'une des missions est la participation, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins.

1 L'ARCHITECTURE HOSPITALIERE

1.1 Les constructions hospitalières

1.1.1 Les enjeux des constructions

A) Enjeux pour le territoire de santé

a) *Un contexte national*

Le plan hôpital 2007 a été conçu comme un plan de modernisation et comme un plan d'accompagnement de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière rendu nécessaire par les évolutions conjuguées des techniques et pratiques médicales d'une part et des attentes des patients d'autre part. Cela s'est traduit par une volonté délibérée de soutenir les politiques de santé publique nationales ainsi que les politiques de regroupement et de recomposition régionales. La construction des établissements de santé français s'inscrit alors dans un contexte dont les enjeux politiques, économiques, sociaux et culturels sont considérables. La conception d'un établissement public de santé se place, plus que tout autre, à l'intérieur d'une logique institutionnelle, à l'échelle locale, régionale et nationale.

b) *Un outil de régulation de l'offre de soins*

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

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

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

c) *Les modalités de coopération*

Les établissements et professionnels de santé s'accordent entre eux sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du SROS, notamment en matière de coopérations. Le groupement de coopération sanitaire a été retenu par l'ordonnance du 4 septembre 2003 comme la formule juridique privilégiée de coopération entre établissements de santé, établissements médico-sociaux et professionnels libéraux. La déclinaison des besoins doit être réalisée au niveau local. Notamment, les établissements de santé doivent prendre en compte les besoins de la population cible dans l'environnement sanitaire et social de l'offre de soins et des réseaux existants ou à créer, intégrer les problématiques de démographie médicale, envisager les possibilités d'actions de coopération avec d'autres structures publiques / privées et s'adapter aux contextes réglementaires.

Ces facteurs ont une influence sur le type d'établissement à construire, que ce soit en termes de capacité (nombre de lits), d'adaptabilité des structures ou de prise en compte des ressources humaines (en cas de difficultés de recrutement). Les projets immobiliers hospitaliers participent ainsi à la recomposition de l'offre de soins au service de la population.

B) Enjeux pour les établissements de santé

a) *Une réponse aux attentes de la société*

L'objectif est de construire un hôpital adapté aux besoins et aux attentes de la société.

L'aide au financement permet tout d'abord la mise aux normes actuelles, notamment aux conformités électriques ou de sécurité incendie mais aussi antisismiques ou de désamiantage.

La construction est une opportunité pour améliorer le niveau de satisfaction au travail, l'objectif étant de renforcer les capacités de recrutement des personnels médicaux et non médicaux.

L'enjeu est également de répondre aux nouvelles attentes des usagers en matière de qualité de service, notamment vis-à-vis du besoin d'intimité et donc de disponibilité en chambres à 1 lit avec douche et toilettes personnelles. L'équipement multimédia tout comme l'attention portée à la décoration, à la vue et à l'acoustique est attendu. Cependant, le besoin ne se limite pas au lieu d'hébergement, le statut actuel du patient au cœur des projets d'établissements situe aussi son intérêt sur les lieux d'accueil et autres espaces collectifs qui doivent devenir agréables, voire animés. La satisfaction des usagers est essentielle car elle permet d'assurer le maintien de l'attractivité de l'établissement dans sa zone de rayonnement naturelle.

b) Une fonctionnalité d'ensemble orientée sur l'avenir

Un bâtiment exprime en trois dimensions la réponse la plus cohérente possible aux besoins fonctionnels et capacitaires, dans le respect des contraintes et des exigences, dont la prise en compte budgétaire. Les tendances les plus récentes doivent être projetées dans l'avenir pour y déceler les fonctionnalités du futur. Au moment où les plateaux techniques sont de plus en plus grands et occupent fortement l'espace, il est nécessaire de repenser la conception hospitalière pour la faire évoluer vers un équilibre entre les espaces sous contrôle et protégés, et les espaces plus ouverts et facilitant les échanges socioculturels. Il convient d'anticiper le développement des activités de prise en charge ambulatoire. Il faut également anticiper le vieillissement de la population, et la nécessaire prise en charge des maladies chroniques, notamment dégénératives.

1.1.2 Les dispositions réglementaires

La réglementation et les recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé sont nombreuses et couvrent notamment les champs de :

- La construction,
- L'équipement du plateau technique médical, du plateau médico-technique et des services logistiques,
- La maintenance et la sécurité,
- Le financement des investissements immobiliers et mobiliers,
- La passation des marchés publics pour ces investissements.

Dans le cadre de notre étude, nous présentons le cadre général de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985, loi relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée, appelée loi MDP, avant de préciser les montages innovants du plan Hôpital 2007.

A) La loi MOP

Les délais de réalisation des établissements publics s'échelonnent sur des périodes allant de quatre à dix ans, ces délais résultent entre autre des procédures réglementaires. La loi MOP régit les constructions d'édifices publics ; elle impose un formalisme et un projet aux phases séquencées très précises, soumises à l'approbation des acteurs, de la direction et de la tutelle. La loi MOP s'organise autour de deux grands titres, l'un consacré à la maîtrise d'ouvrage, l'autre à la maîtrise d'œuvre (le troisième étant consacré aux dispositions diverses et transitoires). La loi et ses décrets d'application ont défini de manière précise la mission minimum de l'architecte en matière de marchés publics. Cette mission de base, insécable, comprend :

- Les études d'esquisse,
- Les études d'avant projet,
- Le projet,
- L'assistance à la passation de marchés de travaux,
- Les études d'exécution ou leur visa si elles sont réalisées par un autre prestataire,
- La direction des travaux,
- L'assistance apportée au maître d'ouvrage lors des opérations de réception et pendant la garantie de parfait achèvement.

Les différentes phases d'avancement d'un projet de droit privé ne sont pas fondamentalement différentes, mais la distance entre la décision stratégique et la décision administrative est plus courte.

B) L'ordonnance de simplification sanitaire

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 a introduit dans le secteur public hospitalier de nouveaux instruments juridiques permettant des partenariats entre opérateurs publics et privés. Elle donne également une assise juridique à la notion de domaine public des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale de droit public.

a) *Les marchés globaux*

Par dérogation à la loi MOP, l'ordonnance permet aux établissements publics de santé et aux structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale de droit public de passer des marchés globaux pour la conception, la réalisation, l'entretien et la maintenance de bâtiments et d'équipements hospitaliers. Ces marchés de conception-réalisation sont intéressants en matière de tenue des délais ; l'établissement doit cependant avoir défini finement ses besoins (PTD). « La conception-réalisation représente à n'en pas douter une avancée pour le maître d'ouvrage hospitalier. Il sera tout à fait pertinent de rapprocher ces retours d'expérience avec ceux liés à la procédure

du Bail Emphytéotique Hospitalier qui, il est vrai, redéfinit le rapport de l'institution avec son espace professionnel et crée une nouvelle approche patrimoniale¹² ».

b) Les Baux Emphytéotiques Hospitaliers

L'ordonnance permet également aux mêmes établissements d'avoir recours au BEH. Ce dernier permet à un opérateur privé de construire sur le domaine public de l'hôpital un bâtiment et de l'amortir sur une période pouvant aller de 18 à 99 ans (en pratique souvent de 18 à 30 ans). En contrepartie de l'utilisation de ce bâtiment, l'hôpital versera à l'opérateur privé un loyer. A l'issue du BEH, l'hôpital devient propriétaire du bâtiment. Il s'agit d'un contrat global portant sur la conception, le financement, l'exploitation-maintenance des bâtiments hospitaliers. Ce recours à la maîtrise d'ouvrage privée est financé sur le titre 3 ; il doit préalablement faire l'objet d'une procédure de publicité permettant la présentation de plusieurs offres concurrentes. Les projets de BEH doivent désormais obtenir un accord préalable de la MAINH qui apprécie les évaluations préalables de l'éligibilité juridique et de la comparaison économique entre le recours à un BEH par rapport à d'autres types de procédures pour le projet envisagé par l'établissement de santé.

1.1.3 Les principaux acteurs d'un projet de construction

La gestion d'un projet de construction appartient à tous les acteurs ; c'est une responsabilité partagée, notamment entre maître d'ouvrage, maître d'œuvre, architectes, entrepreneurs. Avant le montage d'une opération, il est nécessaire de connaître la qualité et le rôle de chaque intervenant.

A) Le maître d'ouvrage

C'est une personne morale qui commande l'opération et en assure le financement. Il est responsable de la commande, du choix des entreprises et de l'ouvrage construit ou rénové après réception des travaux. Le directeur, représentant légal de l'établissement hospitalier est donc le maître d'ouvrage.

Le maître d'ouvrage doit « s'assurer de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération ». Il doit aussi « en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle »¹³. Dans les établissements d'une certaine importance, un directeur des travaux peut être le maître d'ouvrage par délégation du directeur d'établissement.

¹² SIGNAC F., CLEMENT J., « Construction d'un hôpital en conception-réalisation », Techniques Hospitalières, janvier-février 2006, n°695, pp 68-73.

¹³ Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985, art. 4.

B) Le conducteur d'opération

Il est chargé d'assister le maître d'ouvrage dans ses choix et dans la procédure depuis le programme jusqu'à la réception de l'ouvrage, ceci grâce à des compétences techniques et économiques.

C) Le programmiste

Il rédige le dossier programme en collaboration avec les intervenants. Il s'appuie sur des qualités d'expert et des expériences. Son champ de compétence doit être large : architecture hospitalière, technique du bâtiment, économie, pratique soignante, hygiène mais aussi et surtout faire preuve de grandes qualités relationnelles car la qualité de communication et de relation est décisive. Il ne peut pas être le maître d'œuvre futur de l'opération.

Le recours à un programmiste n'est pas indispensable, il est cependant conseillé dans les opérations d'importance. Le maître d'ouvrage peut se charger du travail d'élaboration du programme en interne avec ses propres moyens et ses propres équipes. La tendance générale consiste à confier ce travail à des prestataires extérieurs : un programmiste ou de préférence une équipe de programmation comportant un cadre soignant¹⁴.

D) Le contrôleur technique

Il assiste le maître d'ouvrage au regard des risques d'incendie et de panique (sécurité des personnes) et de la stabilité des ouvrages.

E) Le maître d'œuvre

Il est responsable de la conception et de la réalisation de l'ouvrage. Il s'assure de la réalisation selon les règles d'art. Sa responsabilité est principalement décennale. Il élabore un projet répondant au programme, et après acceptation du maître d'ouvrage, est responsable de l'exécution des travaux par les entreprises.

F) Le coordonnateur en matière de sécurité et de santé des travailleurs

Il a été mis en place par les décrets n° 92-158 du 20 février 1992 et n° 94-1159 du 26 décembre 1994. Il intervient notamment dès la conception pour les opérations de travaux réalisées par des entreprises extérieures à l'établissement afin de veiller à l'application des règles d'hygiène et de sécurité des travailleurs.

¹⁴BRINGER J., CAVALIER M., GOBILLARD J., "L'investissement hospitalier : de l'expression des besoins au projet". *Techniques Hospitalières*, avril 2003, n°675, pp 24-33.

1.1.4 Les différentes étapes d'une opération de construction

A) L'analyse de l'offre de soins

Le point de départ d'une construction hospitalière est un plan directeur ou document analogue prévoyant la construction. Afin de le réaliser, l'analyse de l'environnement est indispensable afin de répondre aux besoins des usagers. Elle consiste à s'intéresser d'abord aux données démographiques, sociales et épidémiologiques, puis au positionnement par rapport à l'offre de soins globale dans la région et ,enfin, la planification sanitaire. Elle doit permettre de définir la population desservie par l'hôpital et surtout ses caractéristiques au regard de l'âge. Les travaux des Conférences régionales de santé peuvent être précieux.

Ensuite, il est important de procéder à l'analyse du positionnement de l'hôpital par rapport à l'offre de soins globale dans la région, le département et le territoire de santé.

B) Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le projet d'établissement utilisé dans l'élaboration du CPOM expose les prochaines opérations immobilières à réaliser. En amont, le directeur d'établissement aura suscité une réflexion institutionnelle impliquant l'ensemble des acteurs afin d'aboutir aux différentes composantes du projet d'établissement : le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, le projet de social ou encore le projet de système d'information.

C) La phase de programmation

A partir de l'ensemble des opérations immobilières prévues dans les documents officiels pluriannuels, le calendrier amène à l'ordre du jour de la direction des plans et travaux la réalisation d'une opération en particulier. C'est à partir de ce moment que s'ouvre la phase de programmation.

Le programme répond à une obligation légale et la réflexion fonctionnelle est prévue dans le texte. « Le maître d'ouvrage définit dans le programme les objectifs et les besoins que l'opération doit satisfaire ainsi que les contraintes et les exigences de qualité sociale, urbanistique, architecturale, fonctionnelle, technique et économique d'insertion dans le paysage et de protection de l'environnement relative à la réalisation et à l'utilisation de l'ouvrage »¹⁵. La programmation est également une nécessité financière puisqu'elle permet d'établir des estimations fiables et de vérifier leur compatibilité avec les enveloppes envisagées.

¹⁵ Loi n° 85-704 du 12 juillet 1985, art. 2.

La programmation correspond à la concrétisation des réflexions antérieures ; il s'agit d'une synthèse des travaux menés avec les acteurs de l'hôpital mis à contribution dans cette démarche. Tout cela survient après une longue période de concertation et de réunions tenues lors de la préparation du projet d'établissement et du plan directeur. Cette phase est une opportunité de mobiliser les utilisateurs autour d'idées qui commencent à devenir concrètes. La direction des soins est pleinement impliquée dans la programmation par le projet de soins, volet du projet d'établissement. « Que dirions-nous de constructions ou de projets d'investissements qui ne seraient pas réfléchis à partir des besoins des malades et des équipes qui les entourent, c'est-à-dire les équipes soignantes au sens large, infirmières et médicales¹⁶ ».

Parmi les méthodes d'approche de la programmation, celle qui semble faire l'unanimité consiste à établir un avant-programme comprenant un recensement de l'ensemble des objectifs du maître d'ouvrage, des besoins et des contraintes. Ce premier programme se fait sans pratiquement aucun échange avec les utilisateurs, il sert de base aux négociations futures. Une première approche de faisabilité est alors engagée avec une première évaluation économique et un arbitrage avec le maître d'ouvrage. Le document est ensuite approfondi avec la participation de l'ensemble des acteurs avant évaluation économique pour aboutir à un avant-programme définitif. L'étude détaillée fait l'objet d'un document final appelé programme technique détaillé (PTD), programme d'architecture et d'ingénierie (PAI) ou encore tout simplement programme. Le document est soumis aux instances, il sert à la consultation des concepteurs.

D) Le marché de définition

Le maître d'ouvrage peut y recourir lorsque le problème est complexe et qu'il ne sait pas comment définir l'ensemble de ses besoins. Il établit un document d'objectifs et d'orientations de programme dans lequel il définit sa stratégie et les objectifs qu'ils voudraient atteindre. Il confie simultanément à plusieurs équipes une étude en leur demandant de faire des propositions.

Ces études se déroulent d'abord dans une phase collective où les équipes discutent avec le maître d'ouvrage et l'utilisateur pour comprendre le mieux possible le sujet. Elles sont suivies d'une phase individuelle où chaque équipe élabore sa proposition, avec encore une possibilité d'échange avec le maître d'ouvrage et l'utilisateur. Un jury ou une commission constituée à cet effet juge les prestations proposées. Celui qui est retenu peut assurer la maîtrise d'œuvre d'une partie ou de la totalité de l'opération sans remise en compétition.

¹⁶ BRINGER J., CAVALIER M., GOBILLARD J., « L'investissement hospitalier : de l'expression des besoins au projet », Techniques hospitalières, avril 2003, n° 675, pp 24-27.

La méthodologie d'élaboration du programme est différente, le maître d'ouvrage se contente d'écrire le document d'orientation. A l'intérieur des équipes, des programmistes associés vont mettre au point la programmation. L'avantage est qu'il existe une collaboration dès le début entre les concepteurs, le maître d'ouvrage, les utilisateurs et les programmistes. Les inconvénients sont de créer une lourde charge pour le maître d'ouvrage et une difficulté à protéger la propriété intellectuelle des différentes équipes en compétition. Dans le cadre de ce marché de définition, le programme ressemble à celui de la procédure traditionnelle avec des chapitres techniques beaucoup plus développés. Une variante du marché de définition est l'appel d'offre sur performance. Dans ce cas, il y a conception-réalisation et également des prestations associées d'exploitation ou de maintenance. C'est un programme fonctionnel beaucoup plus orienté vers des résultats et des performances à atteindre que vers des descriptions ou des moyens à mettre en œuvre. Il est applicable dans certains projets hospitaliers tels que des projets de restauration.

E) Le programme fonctionnel

Cette première phase d'opération en BEH consiste à rédiger un document permettant de mettre en concurrence les candidats tout en respectant les principes de transparence et d'égalité.

Elle comprend entre autre :

- La présentation des objectifs généraux de l'opération,
- La définition fonctionnelle des besoins et élaboration de schémas fonctionnels,
- Les prescriptions sur les performances attendues,
- L'assistance à la mise en place et animation du comité de pilotage et des groupes de travail,
- Les principes d'organisation,
- Les contraintes de l'opération, les différentes activités susceptibles d'être prises en charge par le preneur dans le cadre du BEH,
- Les équipements mobiliers et/ou biomédicaux, les projets et les services connexes envisagés.

Le principe du BEH et de la procédure de dialogue compétitif ne permettent pas la rencontre préalable avec les utilisateurs. « Tout repose donc sur la traduction, dans ce programme fonctionnel des besoins, des attentes des utilisateurs exprimées lors des réunions de programmation, très en amont dans la procédure »¹⁷. La réflexion des

¹⁷ ARNAUD A., BOUFFIES J., « Bail emphytéotique hospitalier, une opportunité à saisir », Techniques Hospitalières, mai-juin 2006, n°697, pp 24-28.

équipes paramédicales est évidemment associée à la définition de ce type de programme.

F) Le programme technique détaillé

Le document final est un tout. Il convient de distinguer les pièces qui sont indispensables pour le concours, celles qui sont utilisées par la suite et les pièces qui ne concernent que le maître d'ouvrage.

Le chapitre « données » est un dossier complet qui doit fournir une connaissance précise du site et de l'environnement du projet comme les documents graphiques, la typologie, le cadastre, la géotechnique, les réseaux, etc. C'est tout ce qui est indispensable au maître d'œuvre appelé à concourir pour insérer son projet dans l'environnement existant.

Le chapitre « besoins » est le cœur du programme. Ses sources sont le projet médical, le projet de soins et les autres volets du projet d'établissement qu'il tente de traduire le mieux possible. Les besoins analysent également les objectifs du maître d'ouvrage. Le tableau des surfaces local par local est indispensable mais presque incompréhensible s'il n'est pas accompagné d'éléments rationnels qui expliquent unité par unité comment il va fonctionner, comment il sera organisé, pourquoi et comment il a été dimensionné, quelles sont les statistiques d'activités.

Il doit comporter également des organigrammes fonctionnels. Ceux-ci permettent, à l'intérieur d'un service ou entre services, de présenter les liaisons avec, si possible, une hiérarchisation. Tout le monde souhaite dans un hôpital être à côté de tout, ce qui n'est pas possible. Il est indispensable de procéder à une sélection des liaisons et de leur importance relative. Les schémas d'assemblage de services sont les organigrammes globaux de l'ensemble du projet et des récapitulations de surfaces utiles.

Le PTD définit également les contraintes soit un recensement de l'ensemble des éléments constatés, des réglementations et des normes qui pèsent de l'extérieur et qui s'imposent aux projets. Elles sont d'ordre urbanistique, architectural, technique, réglementaire, portant sur la sécurité, l'hygiène.

G) Du concours de concepteur à la passation des contrats avec les entreprises

Le PTD, une fois élaboré, est utilisé pour sélectionner la maîtrise d'œuvre par le concours de concepteur si elle n'est pas faite en interne. Ensuite, le projet est affiné avec les APS et APD et enfin le projet définitif est présenté dans le DCE pour choisir l'entreprise de construction.

a) *Le concours de concepteur*

Le PTD est remis aux candidats qui souhaitent participer au concours de concepteurs. Les missions de la maîtrise d'œuvre sont prévues dans la loi MOP et ses textes d'application de 1992.

C'est la capacité du concepteur à exprimer le dessein du maître d'ouvrage dans la construction d'un espace architectural qui fait la spécificité d'un marché de maîtrise d'œuvre. L'élaboration du projet ne peut être que progressive. L'architecture est une création.

Les candidats au concours de concepteurs présentent une esquisse du projet et la maîtrise d'œuvre sera sélectionnée par un jury. Ils vont pouvoir échanger avec les utilisateurs.

b) L'avant projet sommaire et l'avant projet définitif

L'élaboration de l'APS est une étape capitale car c'est ce document qui est présenté à l'approbation de l'ARH. En effet, celle-ci doit approuver le programme d'investissement de l'opération et l'APS est également soumis au Conseil d'Administration.

A ce stade, il y a échange renforcé avec les utilisateurs, parmi eux les paramédicaux, un affinement des surfaces, une définition de grandes options techniques et de nouvelles adaptations du programme-projet. Une estimation provisoire du maître d'œuvre avec engagement de sa part est proposée.

La différence avec l'APD provient d'un changement d'échelle. Les niveaux de détails sont beaucoup plus élevés. Les échanges sont intensifs avec les utilisateurs, service par service. Il est procédé aux études détaillées des installations techniques et non plus simplement des grandes options. Ceci peut permettre l'enrichissement des fiches techniques. Les surfaces sont théoriquement rendues presque définitives.

c) Le dossier de consultation des entreprises de construction

L'engagement avec l'entreprise de construction doit être d'une grande clarté de part et d'autre. Un critère important de qualité au moment de cette sélection est l'engagement par l'entreprise sur un calendrier réaliste. Un autre critère de qualité portera sur le prix de la construction.

Une fois l'entreprise sélectionnée, les travaux débutent dans les semaines suivantes. Un programme de réunions régulières doit être établi entre les différents acteurs dont les agents référents de la direction des plans et travaux. Le maître d'ouvrage même s'il s'appuie sur une maîtrise d'œuvre ne doit pas se désengager lors de la construction. Les travaux vont entraîner des imprévus auxquels il faudra des réponses immédiates. Ce n'est plus le temps de la réflexion mais celui de l'action et s'il apparaît manifestement un élément non qualitatif, le maître d'ouvrage doit rétablir la situation immédiatement.

Enfin, la construction une fois réalisée est réceptionnée par le maître d'ouvrage avec la levée des réserves. Elle est ensuite équipée et mise en fonctionnement.

1.2 Des concepts à intégrer

L'évolution de l'hôpital et les progrès techniques associés aux attentes légitimes des usagers ainsi qu'aux exigences de qualité sans cesse réaffirmées, ont accru la complexité du travail hospitalier et rendu plus difficile la coordination entre tous ses professionnels. Le directeur des soins, de ce fait, est placé face à de nouveaux défis. Les relever afin de faire aboutir d'ambitieux projets tel la prévision de nouvelles organisations des activités paramédicales dans le cadre d'un projet de construction exige de lui, plus que jamais, de comprendre le fonctionnement de l'organisation dont il est pour une part responsable, par l'analyse stratégique et systémique, mais aussi de mesurer les impératifs de coordination et de coopération sans lesquels l'organisation hospitalière serait inopérante. Il peut alors aborder l'innovation dans le cadre de la conduite du changement.

1.2.1 L'organisation

A) Les postulats de l'analyse stratégique

Le champ social de l'hôpital, en tant qu'organisation, peut être l'objet d'approches différentes : celle de la production de soins, de leur technicité croissante, des soignants ou de leur rencontre. Ces approches font l'objet de constats, et s'accordent avec différents postulats. L'analyse stratégique présentée par Erhard Friedberg¹⁸ en propose trois, essentiels et applicables notamment à l'organisation hospitalière :

- Les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation. Chacun a ses propres buts et objectifs, qui ne divergent pas forcément de ceux des organisateurs.
- Tout acteur, au sein d'une organisation, conserve une liberté relative, sorte de jeu autonome qu'il utilise plus ou moins. «Ces autonomies se combinent dans les jeux de pouvoir, le pouvoir central essayant de contrôler l'autonomie des acteurs, qui, à leur tour, tentent de lui échapper¹⁹».
- Dans les jeux de pouvoir, les stratégies sont toujours rationnelles, mais d'une rationalité limitée. Selon les stratégies des autres acteurs, les contraintes de l'environnement hospitalier par exemple, aucun soignant n'a le temps ni les moyens de trouver la solution la plus rationnelle dans l'absolu pour atteindre ses objectifs. De façon réaliste, il choisira plutôt celle qui est la moins insatisfaisante parmi plusieurs solutions possibles. Ainsi, chacun de son point de vue a raison, a

¹⁸ FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations*, Revue POUR, n° 28, L'Harmattan, 1988. 125 p.

¹⁹ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Paris, 1990, 132 p.

une bonne raison d'agir, selon sa position dans le système. A l'hôpital, «Cet accent mis sur la compréhension des acteurs et leur rationalité propre, correspond à une attente très forte de la part des personnels, attente d'écoute, de compréhension, de reconnaissance²⁰ ».

B) Le concept d'organisation

La qualité du fonctionnement d'une organisation est l'élément qui conditionne aujourd'hui la compétitivité d'une entreprise, mais aussi l'efficacité de toute entité administrative, culturelle ou sociale.

Un grand changement survenu à l'hôpital au cours de ces trente dernières années tient certainement au fait qu'il est devenu une organisation (et souvent une grande organisation) au même titre que les autres, c'est-à-dire qu'il utilise maintenant, et dans tous les domaines, un grand nombre de professionnels très compétents chacun dans son domaine. La direction des soins est confrontée à cette multiplicité de professionnels, (hyper)spécialisés souvent, inscrits aujourd'hui dans une logique de filière d'origine. Le mode de fonctionnement de l'hôpital est en effet très différencié, marqué par une spécialisation en unités de production de soins, de traitements, de diagnostics. Ces acteurs a priori cloisonnés sont au contraire très dépendants les uns des autres pour accomplir leur mission de soins, en relation constante entre eux, structurée ou non.

Le dictionnaire Larousse définit une organisation comme la façon dont un ensemble est constitué en vue de son fonctionnement. Il l'associe à la notion d'ordre, de structure et de coordination.

Selon Mintzberg, l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle. Il distingue dans une entreprise, quelle qu'en soit la structure, cinq éléments de base :

- le centre opérationnel : les unités fonctionnelles,
- le sommet stratégique : la direction,
- la ligne hiérarchique : l'encadrement,
- la technostructure : les chargés de missions transversales ou groupes de travail,
- les personnels de support logistique : services intérieurs, transports.

L'organisation hospitalière présente les caractéristiques de toute organisation :

- L'existence d'une division des tâches ;
- La présence d'une hiérarchie ;
- L'existence de règles officielles et de procédures multiples, parfois prédominantes. Elles sont de plus en plus formalisées et exigeantes.

²⁰ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Paris, 1990, 132 p.

- La permanence et une stabilité relative, qui justifient les trois points évoqués précédemment.

L'hôpital n'est cependant pas un univers parfaitement cohérent et réglé. Il est au contraire, comme toute organisation, un champ de forces dans lequel cohabitent, et rivalisent souvent des compétences parfois divergentes quant aux objectifs à poursuivre et aux attitudes à adopter, autour desquels tous doivent coopérer. Les règles, les procédures n'occulent ni n'éliminent les échanges, les relations, de type alliance ou convention qui s'y noue, pas plus que les conflits qui s'y déclarent.

La stratégie et la liberté de ses acteurs qui détiennent des pouvoirs formels ou informels face à des zones d'incertitudes, leur rationalité propre conjuguée à la complexité et la forte différenciation du milieu hospitalier, nécessitent une coordination toute particulière de ses activités. Cette coordination est entre autre confiée au directeur des soins au sommet stratégique.

C) Une organisation en décalage

L'hôpital, resté pendant une partie du XXème siècle à l'abri des contraintes économiques a évolué très différemment de l'entreprise privée. Il a entre autre fonctionné sur un mode affectif en privilégiant les relations humaines à l'intérieur de petites unités, dans lesquelles les malades étaient soignés par un personnel peu nombreux et polyvalent. Le reste de l'hôpital avait pour mission de donner les moyens à ces unités de fonctionner. L'entreprise se préoccupait, elle, davantage de production et de rationalisation.

Les établissements publics de santé sont aujourd'hui entrés dans une ère concurrentielle. Les enjeux auxquels les hospitaliers font face doivent permettre de répondre à des attentes croissantes en matière de qualité de soins et de maîtrise des dépenses dans un environnement contraint en évolution quasi-permanente. L'approche organisationnelle est une réponse à ces enjeux. La Haute Autorité de Santé donne à cet aspect du management trois dimensions : l'organigramme dynamique, la définition des fonctions et la mise en place des procédures. Une Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitalier (MeaH) a été créée en 2003, dans le cadre du plan Hôpital 2007, afin d'aider les établissements publics et privés à améliorer leurs organisations.

Le directeur des soins intervient directement dans ce domaine pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais aussi pour rendre le système plus efficient afin de faire face à la tarification à l'activité. Lors de la négociation et de la mise en place des 35 heures, veiller à la qualité des soins par des réorganisations de travail était au cœur des

préoccupations des établissements. «Parfois, la recherche du compromis social a pu prendre le pas sur les actions d'organisation »²¹.

Des marges de manœuvre sont ainsi encore possibles afin de permettre à l'hôpital, dans le respect de ses valeurs, de s'adapter aux contingences socio-économiques. Ainsi, « pour la construction des structures hospitalières, il convient d'être rationnel ²²». Les facteurs issus de l'évolution accélérée de notre société doivent être pris en compte pour la réflexion sur le devenir hospitalier.

1.2.2 L'innovation

Le dictionnaire Larousse définit une innovation comme l'introduction de quelque chose de nouveau dans un domaine particulier. L'association des termes innovation et hôpital ne semble pas incongrue. Bien au contraire, l'innovation est considérée comme une activité ancienne, sans cesse renouvelée dans le système hospitalier. Par contre, elle y est traditionnellement reconnue aux travers d'une profession savante : le médecin. L'innovation médicale concerne l'ensemble des disciplines, elle désigne notamment la conception de technologies médicales : diagnostiques, thérapeutiques, matérielles. Ces dernières constituent des outils supplémentaires à la disposition des processus et des prestataires de soins.

L'innovation médicale modifie fondamentalement la nature des soins prodigués. Les gestes techniques se substituent ainsi de plus en plus au relationnel, les temps techniques aux temps techniques, ce qui influe sur les dispositifs de gestion et de contrôle de l'activité. La mesure des temps techniques est plus aisée que celle des temps relationnels.

Le champ de l'innovation s'est ouvert à l'hôpital à d'autres domaines. L'établissement de santé est un prestataire de services complexe, qui met en scène un nombre de plus en plus considérable d'acteurs différents, qui consacrent leur travail à des activités diverses, soignantes certes, mais aussi non soignantes. Les processus d'innovation de ces acteurs méritent d'être pris en considération puisqu'ils participent de manière fondamentale directement ou indirectement à la finalité générale du soin.

Une innovation majeure dans les activités de services à laquelle l'hôpital n'échappe pas concerne le caractère invasif de la diffusion des technologies de l'information et de la

²¹ Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier, *Temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques*, rapport final, 2007, 75 p, disponibilité : <http://www.Meah.sante.gouv.fr>.

²² TOURNEUR M-P, « Devenir de l'hospitalisation et avenir de l'hôpital ». *Techniques Hospitalières*, mai-juin 2006, n°697, pp 14-17.

communication. Les dépenses informatiques dans les établissements de santé croissent sans cependant encore atteindre un niveau suffisant au regard de l'enjeu. Il faut alors distinguer l'informatique de gestion administrative de l'informatique de soins. La première concerne la gestion des malades, la gestion des moyens nécessaires à la production de soins, un système de gestion des unités de productions et un système de gestion de la production elle-même. La seconde rejoint l'innovation médicale matérielle puisque l'informatique intervient de façon majeure dans la recherche biomédicale. Elle concerne différents types d'appareils, notamment ceux de surveillance des malades. Quelque soit le mode d'implantation, les TIC influent sur l'organisation de travail des personnels puisque le temps du personnel hospitalier consacré au traitement de l'information est estimé à 40 % à 60 % du temps de travail.

Les innovations médicales et informatiques sont tangibles et souvent spectaculaires, parfois mises en valeur par les médias. Ces technologies constituent une vitrine pour l'hôpital, et elles témoignent de son degré de modernisme.

L'innovation à l'hôpital concerne aujourd'hui de nombreux acteurs. Dans le domaine des soins infirmiers, on note un certain nombre d'expériences novatrices visant à faire connaître et reconnaître le rôle propre de la profession dans le processus de soins. De nombreux outils en sont ainsi issus comme le dossier infirmier, le diagnostic infirmier, les transmissions ciblées²³.

L'architecture hospitalière est, elle, doublement concernée par l'innovation puisqu'elle doit prendre en considération dans ses projets l'ensemble des évolutions de chaque activité hospitalière et les anticiper. Elle doit aussi s'adapter à l'innovation dans la construction, prendre par exemple en compte les nouvelles normes environnementales. Les nouveaux bâtiments peuvent par exemple intégrer la norme Haute Qualité Environnementale.

Une nouvelle construction doit ainsi systématiquement intégrer les innovations. Innover n'est pas inventer, c'est rassembler les meilleures idées, les tester, les présenter aux équipes de l'établissement, et les mettre en application quand elles sont validées et compatibles avec le coût d'investissement et d'exploitation. Pour cela, il faut connaître les innovations et le contexte de leur mise en œuvre. Chaque acteur impliqué dans un projet de construction, dont le directeur des soins, doit ainsi être pleinement informé des innovations dans son domaine de compétence afin d'obtenir un projet adapté aux modes de prise en charge à venir.

²³ DJELLAL F., GALLOU C., GALLOUL F., *L'hôpital innovateur, de l'innovation médicale à l'innovation de service*, Masson, Paris, 2004, 132 p.

1.2.3 Le changement

Si nous nous rapportons aux définitions du Larousse, le changement est une action, un état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique, en parlant de quelqu'un ou de quelque chose. Il est précisé que l'on peut apprécier ou craindre le changement. Dans ce dernier cas, il est fait état de conservatisme. Le changement est parfois associé au mot « bouleversement » en cas de changement brusque. Le changement entraîne une évolution « en mal », il est alors considéré comme une altération ou une évolution « en bien », il s'agit alors d'une amélioration. Un des enjeux d'une construction hospitalière est d'obtenir un changement qui permette une évolution favorable.

Le changement s'accompagne d'une modification des repères avec quelques risques que Jean-François CLAUDE identifie ainsi : l'amoindrissement du sens du devoir avec le risque de désintéressement du salarié, une distension du lien affectif reliant le salarié à son entreprise, repli individuel, perte de sens et mal-être, un affaiblissement du volontarisme collectif avec une valorisation de leaders qui parfois s'épuisent par un surinvestissement des uns et un désinvestissement des autres²⁴.

Le changement entraîne la perte des repères alors que ces repères sont justement nécessaires pour donner du sens au changement et ainsi favoriser pour le salarié le développement du sentiment d'appartenance à une structure qui sera différenciée d'une autre.

Si l'on associe le changement à la modernisation, un des objectifs des constructions hospitalières, plusieurs sens sont susceptibles de s'appliquer aux organisations en présence : la possibilité de s'investir dans de nouvelles technologies, la nécessité de repenser les organisations de travail, le recours à de nouvelles techniques managériales, la définition de campagnes de communication, etc.

Le changement est donc une source d'opportunités qu'il convient de saisir ou de permettre aux acteurs de s'en saisir. Cependant, le changement constitue une période de crise et s'accompagne parfois de résistances, de rejet. Il est utile d'identifier quelques mécanismes entrant en jeu dans ces phénomènes.

Pour Pierre-David LABANI, les évolutions du travail renvoient à deux caractéristiques qui n'échappent pas aux professionnels de la santé. Il s'agit d'une part de l'incertitude générée par ces évolutions. Quel sera le travail de demain ? D'autre part, la complexité

²⁴ CLAUDE JF., *Le management par les valeurs, l'appartenance à l'entreprise*, Liaisons, Paris, 2003, 264 p.

d'une société économiquement et socialement engagée dans un processus de diversification et d'hétérogénéisation constitue la seconde source d'incertitude²⁵.

Face à ces incertitudes, la sociologie des organisations nous enseigne que l'individu peut développer un système de défense ; celui-ci peut aller jusqu'à l'agressivité et passer par une gamme d'attitudes d'opposition active ou passive au changement.

Il convient de repérer les mécanismes de résistance au changement

1.2.4 L'accompagnement du changement

Lever majeur du management, le projet formalisé est un outil vivant qui permet de savoir où l'on est, de savoir où l'on va. Outil vivant parce qu'adaptable aux contraintes extérieures et ressources nouvelles, «le projet est une intention de réalisation d'une œuvre, d'un travail, d'une action, intention suscitée par une motivation, animée par une implication continue, affirmée par une orientation de valeur²⁶». En effet, fondé sur des valeurs conceptuelles mais aussi pragmatiques, ainsi qu'en fonction d'exigences réglementaires et institutionnelles, le projet permet au directeur des soins, dans les moments de doute, d'argumenter auprès des équipes et de prouver de ce qui a été réalisé.

Avant de proposer les principales étapes d'un projet, il est possible de souligner les invariants requis pour conduire le changement, depuis le diagnostic de la situation jusqu'à l'accompagnement du changement. Ces invariants sont le portage politique, la communication et la participation.

L'équipe de direction doit incarner la nécessité de changer et le sens du changement voulu. Quand ce n'est pas le cas, l'encadrement intermédiaire risque de se désengager à son tour car il interprète cette façon d'agir comme un changement de priorité de la direction. La continuité du pilotage stratégique est primordiale. C'est à ce niveau que des commandes sont passées à une équipe projet animée par un chef de projet qui assure la conduite opérationnelle du changement.

Une opération de changement repose sur des efforts importants de dialogue et de communication à tous les niveaux de l'organisation et tout au long du processus de changement. Il s'agit d'engager la discussion sur le changement et les ruptures, d'explicitier, de dédramatiser, de générer un foisonnement d'idées.

²⁵ LABANI P-D., « les mutations au travail. Entreprises, parcours professionnels et identités sociales ». In « La peur, ses logiques et ses masques ». Paris : Esprit, octobre 2002, volume 10, pp 101-111.

²⁶ BOUTINET JP, *Anthropologie du projet*. 2^{ème} édition. Paris : PUF, 1993, p.23.

Le portage politique et la communication ne suffisent pas à garantir la qualité du pilotage du changement. La participation des différents acteurs concernés de l'organisation est indispensable car elle aide à lever les résistances et assure la pérennité du changement grâce à l'implication directe. La négociation doit ensuite permettre de trouver un consensus sur le changement à conduire.

Ces invariants pris en considérations, les pilotes du changement doivent s'adapter en fonction des caractéristiques de l'organisation, des acteurs et du changement concerné : chaque changement est unique et appelle en réponse une démarche contextualisée. Le processus peut être appréhendé en trois phases successives : l'éveil, la transition et la ritualisation.

L'éveil est le processus de prise de conscience de l'écart entre la situation prévue et la situation actuelle. L'objectif est à ce stade de préparer le changement pour en faire émerger les possibilités et les conditions. Cette étape doit aboutir au choix d'une stratégie et à la définition d'un plan d'action.

La transition est le processus par lequel on passe de l'état ancien à l'état nouveau. Elle se traduit par la mise en œuvre opérationnelle du plan d'action qui nécessite de cadrer, conduire et évaluer l'action.

La ritualisation est la phase de consolidation des nouveaux comportements requis par le changement. Elle consiste à pérenniser les nouvelles pratiques, sans quoi les anciennes habitudes se rétablissent.

Conduire les changements organisationnels et accompagner les changements individuels induits ne relèvent pas d'une procédure normalisée. C'est une construction humaine aléatoire et parfois chaotique.

A la lumière des concepts abordés dans cette première partie, nous allons nous intéresser à l'étude menée sur le terrain.

2 L'ANALYSE DE TERRAIN

Dans cette seconde partie, nous présentons les objectifs recherchés par une étude de terrain, la méthode utilisée pour vérifier nos hypothèses ainsi que les résultats, suivis d'une conclusion.

2.1 La méthodologie de l'enquête

2.1.1 Les objectifs de l'étude et de l'analyse de terrain

A travers nos hypothèses, nous supposons que l'architecture hospitalière est susceptible d'influer sur l'organisation, sur la mise en œuvre du projet de soins et que le temps soignant passé en tâches afférentes aux soins est dépendant de la logistique au sein de ces architectures. La phase de conceptualisation de notre pratique favorise la mise à distance des événements et permet de comprendre les enjeux et les phénomènes qui s'y rapportent. Associé à l'étude de terrain, elle nous met alors en capacité de vérifier la validité de nos hypothèses. Au cours de notre enquête, nous recherchons des éléments nous permettant :

- De repérer l'incidence de l'architecture et de la logistique sur l'organisation des soins ;
- D'apprécier les changements choisis ou subis par les agents en terme d'organisation des activités de soins lors d'un projet immobilier ;
- D'identifier le ressenti des personnes, acteurs lors d'un projet de construction et aussi entendre l'analyse des directeurs des soins avant ou après le déménagement ;
- D'appréhender les éléments du management susceptibles de susciter l'adhésion des acteurs ou au contraire risquant de constituer un frein à ces évolutions, notamment au travers de la démarche de projet.

2.1.2 L'entretien semi-directif, mode d'investigation retenu

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour l'entretien semi-directif. Celui-ci nous paraît particulièrement adapté pour l'exploration de notre sujet car il nous amène à recueillir des enseignements sur les systèmes de valeurs, les repères normatifs et la lecture de leur propre expérience faite par nos interlocuteurs. De plus, celui-ci présente l'avantage de nous fournir une connaissance plus adaptée au domaine des représentations car, tout en étant guidé, l'interviewé a la possibilité de s'exprimer librement et donc de favoriser l'ouverture de champs de compréhension complémentaires. De plus, l'utilisation du guide d'entretien (annexe) nous donne la possibilité de revenir sur des points nous semblant obscurs ou au contraire de cibler nos questions en fonction de la situation des personnes rencontrées.

Enfin, l'entretien nous permet d'entendre des informations qui n'entreraient pas ou peu dans le cadre d'une recherche par questionnaire. En effet, la relation instaurée entre l'enquêté et l'enquêteur peut être propice à l'émergence de « non-dits » favorisant ainsi une forme de libération des ressentis longtemps tus, qui nous sont pourtant nécessaires pour comprendre le vécu des personnes brs de projets de construction. L'entretien favorise la différenciation entre le discours « politiquement correct » où tout semble aller bien, mais qui, à partir des mots, d'attitudes, de silences nous permet d'entrevoir des zones de difficultés.

Afin d'optimiser la qualité des entretiens, nous avons informé et fait valider notre démarche par les directeurs et les directeurs de soins des établissements nous accueillant en stage. Préalablement à notre arrivée, compte tenu de la durée des stages et de l'emploi du temps des différents acteurs, les directeurs des soins respectifs ont eux-mêmes organisés nos rendez-vous avec les personnels médicaux, de direction et les architectes. Ces entretiens ont ainsi pu pratiquement tous se faire pendant la durée du stage. Pour les autres professionnels, nous avons-nous-même organisé nos rencontres en expliquant directement aux personnes concernées le cadre de notre étude.

Les entretiens ont été réalisés dans des bureaux où la confidentialité pouvait être garantie et le temps imparti a été d'une moyenne de 1h15, ce qui correspond à ½ heure de plus que le temps initialement prévu. Ce dépassement peut être interprété comme relevant d'un intérêt particulier par nos interlocuteurs pour le sujet abordé. Au cours du rappel de l'objet de notre sujet, nous nous sommes engagé à cette même confidentialité auprès des interviewés dans la restitution de notre travail et nous avons choisi la retranscription par prises directes de notes, ce qui, nous semble-t-il, a favorisé la liberté d'expression de certains de nos interlocuteurs.

2.1.3 Le choix des établissements, le contexte, l'historique

Le choix des établissements dans lesquels nous avons pratiqué ces entretiens est motivé, d'une part par le type de construction et d'autre part pour leur histoire par rapport à ces opérations. Nous les avons ainsi réalisés dans deux établissements publics de santé, un centre hospitalier et un centre hospitalier universitaire.

A) Le centre hospitalier

Hôpital d'une ville préfecture dans un département à forte densité de population, siège d'un SAMU dont l'activité en fait un des dix premiers en France par le nombre d'interventions, le centre hospitalier concerné assure aujourd'hui des soins à un territoire de 230 000 personnes. D'une capacité de 1200 lits et places, conçu dans les années 1960, il a peu évolué jusqu'au début des années 2000, restant marqué par une organisation rigide et traditionnelle faite de cloisonnement entre les services, les métiers et d'isolement vis à vis de l'environnement médical et social extérieur.

Ce retard et cette tendance à l'autarcie ont compromis la capacité de l'établissement à assurer, au-delà des différents épisodes d'hospitalisation, une réponse globale aux besoins de santé de la population. De fait, outre des indicateurs de santé défavorables à l'image de ceux de la région, le territoire du centre hospitalier connaît en 2004 des taux de fuites de patients importants : 1 habitant sur 3 choisit de se faire soigner hors du territoire ; ce taux est encore plus aigu pour les pathologies lourdes, complexes ou chroniques (plus d'un patient sur 2 en cardiologie lourde, 4 patients sur 10 en cancérologie).

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, une dynamique de restructuration et de reconstruction permet aujourd'hui d'inscrire l'hôpital dans une dynamique d'innovation. Cette dernière vise à faire d'un établissement de soins traditionnel une plate-forme de ressources mise au service d'une stratégie territoriale de santé. Achevé au premier trimestre 2007, le nouvel hôpital regroupe sur un site les activités auparavant réparties sur trois bâtiments.

La direction des soins dans cet hôpital est assurée par un directeur des soins accompagné dans ses missions par deux cadres supérieurs de santé.

B) Le centre hospitalier universitaire

Le CHU concerné se situe dans une région composée de 4 départements pour une population de plus de 2 310 000 habitants. Le territoire de proximité sur lequel se situe l'établissement accueille une population de 298 950 habitants aux caractéristiques classiques d'une grande agglomération. Le CHU entend être présent sur l'ensemble de la région, à la fois pour conforter son rôle de référent régional et interrégional mais aussi pour offrir à la population l'ensemble des activités de soins. De nombreuses spécialités médicales bénéficient d'ailleurs d'une large attractivité du fait de leur rareté.

Le CHU dispose de 2000 lits et place dont 1600 de court séjour. Ceux-ci étaient répartis avant avril 2006 sur sept établissements et le sont aujourd'hui sur six. Le projet d'établissement 2007-2011 inclut un plan directeur prévoyant les changements structurels et architecturaux qui viendront soutenir l'évolution de l'organisation médicale. A l'issue des opérations, le CHU ne comptera plus que deux sites principaux dans lesquels les plateaux techniques seront regroupés afin d'optimiser les ressources soignantes et de générer des économies directes grâce à la rationalisation des flux logistiques. Le pari est de réduire les coûts tout en obtenant la plus grande cohérence entre les pôles. Ce plan directeur entend aboutir à un retour à l'équilibre budgétaire d'ici 2010.

Sur un site conservé, un premier bâtiment est en cours de construction, un second doit commencer avant la fin de l'année. Sur le second site, le programme de la construction du bâtiment des plateaux techniques est envisagé.

Depuis 2005, le pôle d'activité constitue l'organisation de base du CHU avec une accélération en 2007 grâce à la signature des contrats et à l'élection des conseils. Ont été créés 10 pôles médicaux, 4 pôles médico-techniques et 3 pôles administratifs ; le conseil exécutif est opérationnel depuis 2 ans.

La mise en place des pôles mais aussi des mouvements au sein de l'équipe de la direction des soins ont permis et encouragé une nouvelle organisation et des modalités de gestion nouvelles. Les directeurs des soins avaient individuellement jusqu'à la fin de l'année 2006 la responsabilité d'un site géographique. La nouvelle organisation a été définie sur la base de trois principes, à savoir, le respect du contour des pôles, le développement des missions transversales et l'identification des responsabilités de chacun. Les directeurs des soins sont référents d'un ou plusieurs pôles qu'ils accompagnent dans leurs évolutions en mettant à disposition leur expertise, leur conseil et leur arbitrage le cas échéant. Ils collaborent de ce fait étroitement avec les responsables médicaux et paramédicaux du pôle ainsi qu'avec le directeur référent de ce dernier. Leur positionnement hors du pôle permet de maintenir une cohérence institutionnelle et particulièrement celle concernant la politique de la direction des activités de soins.

2.1.4 Le public enquêté

Nous avons rencontré dans les deux établissements des personnes impliquées dans les projets de construction dans les mêmes catégories professionnelles, à savoir :

- Les architectes : celui de la maîtrise d'ouvrage pour le CH mais par contre aucun pour le CHU ;
- Les directeurs : le chef d'établissement pour le CH et le directeur référent d'un pôle concerné par une construction pour le CHU ;
- Les médecins : le président et la vice présidente de CME pour le CH et le médecin responsable d'un pôle d'activité concerné par une construction pour le CHU ;
- Les directeurs des soins : le directeur des soins du CH, deux directeurs des soins référents de pôles concernés par une construction pour le CHU ;
- Les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé : 7 au total dans les deux établissements ;
- Les infirmières et aides soignantes : 6 au total dans les deux établissements dont 5 au CH, le CHU n'ayant au moment du stage encore peu impliqué les équipes soignantes.

Parmi ces personnels, certains ont vécu un projet de construction de sa genèse jusqu'à son aboutissement, d'autres sont impliqués dans un projet en cours et quelques uns ont l'expérience de plusieurs constructions hospitalières comme l'architecte et deux cadres supérieurs de santé du CHU.

2.1.5 Les limites de l'enquête

Nous avons conduit les entretiens avec une prise de notes simultanée au lieu de l'enregistrement, pourtant garant d'une exploitation du contenu exhaustif. Notre choix a favorisé la liberté de paroles de la part de nos interlocuteurs. Cependant, afin de garantir une retranscription fidèle, nous avons pratiqué une reformulation régulière de nos écrits au cours des entretiens. Tout en confortant la mise en confiance des personnes interrogées, la prise de notes nous a souvent permis de faire préciser les discours.

La méthode retenue pour l'étude a pour intérêt de permettre une comparaison a priori peu rationnelle entre des structures de tailles différentes, sur un thème particulier dans un domaine que peu de professionnels ont l'opportunité de vivre plusieurs fois dans une carrière. Ses limites sont liées au nombre d'entretiens réalisés, qui légitime une représentativité toute relative, notamment chez les infirmières et aides soignantes. Elle n'a donc pas de valeur statistique, n'autorise pas de généralisation, ni de pourcentage.

Par ailleurs, les constructions du CH et du CHU sont des opérations conduites sur la base de la procédure classique loi MOP. Les spécificités des procédures en conception réalisation et en BEH ne sont ainsi pas appréhendées.

2.2 Les résultats

2.2.1 L'impact de l'architecture sur l'organisation des soins

A) Au CH

Avant le début de l'année 2007, date du déménagement dans le nouvel hôpital, les activités de médecine chirurgie et obstétrique sont réparties dans quatre bâtiments tous situés sur un même site géographique. Ceux-ci ont été conçus dans les années 1960 et ont bénéficié de peu d'évolutions depuis.

L'encadrement paramédical et les soignants expriment les difficultés d'organisation du travail dans les anciens locaux. Les difficultés étaient liées à la taille réduite de certaines pièces comme les chambres, les salles de préparation des soins ou le PC infirmier mais aussi à l'absence de locaux dédiés à certaines activités.

Une infirmière explique la difficulté de coordination dans le travail avec les aides soignantes : « La taille des chambres à trois lits et l'exiguïté de son cabinet de toilettes nécessitait l'occupation de la chambre le matin pour un temps certain par les aides soignantes, ce qui rendait l'accès aux patients difficile ou impossible pour réaliser un acte technique ». Une aide soignante exprime dans la même logique : « du fait du retard souvent pris par les infirmières dans la matinée, la distribution des repas pour certains patients était impossible à l'heure prévue ». Ce travail était alors reporté sur l'équipe suivante qui était en effectif moindre l'après-midi.

L'exiguïté des autres locaux avait des répercussions sur l'organisation du travail. Les activités de soins en poste matin et après-midi étaient sectorisées pour les infirmières. Les transmissions orales ne pouvaient pas se faire simultanément pour les trois secteurs comme l'explique un cadre de santé : « Une seule équipe pouvait s'installer dans le PC pour faire les transmissions et aucun espace ne pouvait accueillir une seconde équipe. Les trois secteurs ne pouvaient ainsi transmettre que successivement, ce qui ne permettait pas de réduire le temps de chevauchement entre les équipes en poste matin et celles en poste après-midi ».

L'hospitalisation de jour s'est progressivement développée dans l'établissement. Aucun lieu dédié n'a par contre été identifié dans l'ancien hôpital. L'organisation de cette activité n'était ainsi pas efficiente ; un cadre supérieur de santé de médecine manifeste son insatisfaction : « Les patients, dont certains très fragiles, arrivaient le matin alors qu'aucune place n'était parfois disponible. L'accueil se faisait ainsi dans un fauteuil alors qu'un lit aurait été nécessaire. Et quand bien même le patient était correctement installé, c'est l'équipe soignante qui n'était pas toujours disponible. Ces patients quittaient alors parfois l'hôpital après 21h00, ce qui entraînait leur insatisfaction et majorait l'activité de l'équipe de nuit ». L'ensemble des activités ambulatoires est dans le nouvel hôpital regroupé dans une seule unité avec une équipe paramédicale dédiée. Les médecins se déplacent auprès des patients.

L'activité du service d'accueil et d'urgences du CH a fortement augmenté, de façon continue depuis l'ouverture en 1960. Ce phénomène a nécessité la reconstruction du service en 1992 par une extension à l'arrière du bâtiment principal. Cette modification d'emplacement du service a modifié le flux des patients, « le temps de transfert vers les unités d'hospitalisation a été majoré de 50% » explique le cadre de santé responsable de l'équipe de brancardiers. L'activité des urgences a continué à augmenter depuis 1992. Les locaux sont rapidement devenus insuffisants. « La sectorisation par type de prise en charge avec des personnels dédiés n'a pu être effective que peu de temps. Les équipes soignantes étaient d'ailleurs amenées à réaliser des soins dans les couloirs » regrette le cadre supérieur de santé en charge du SAU.

Le président de la CME confirme les propos des équipes paramédicales. Pour lui, « les conditions de prise en charge dans les anciens locaux étaient un obstacle au développement de l'activité et au recrutement de praticiens hospitaliers ».

L'architecte de la maîtrise d'ouvrage a visité les anciens bâtiments « conçus pour le mode de prise en charge adapté à une époque ».

B) Au CHU

Les pôles d'activité concernés par la construction en cours sont actuellement installés dans un bâtiment monobloc construit à la fin des années 1950. Celui-ci ne sera pas

détruit mais réhabilité afin d'accueillir d'autres spécialités médicales actuellement dispensées sur d'autres sites qui eux, seront cédés.

L'encadrement paramédical argumente l'effectif aide soignant actuel, supérieur aux autres bâtiments du CHU, par les contraintes liées au nombre de cabinet de toilettes disponibles. Le cadre supérieur de santé du pôle de cardiologie illustre la situation : « Nous venons d'installer l'activité de réadaptation cardiaque à un étage où les chambres ne sont pas équipées de cabinet de toilette. Les aides soignantes doivent ainsi accompagner les patients dans les unités de l'étage inférieur matin et soir pour que les soins d'hygiène puissent être effectués. Cette organisation majore de façon significative le temps passé à ces soins ». Autre situation, effets similaires, à un autre étage, le cabinet de toilette est destiné à deux chambres chacune de deux lits. Il se situe en effet entre les chambres avec un accès de chaque côté. Ces contraintes, inconfortables pour le patient, consommatrices de temps aide soignant influent également sur l'organisation des soins infirmiers.

Les activités médicales ont évolué depuis l'ouverture de ce bâtiment. L'installation de certaines unités de soins a été problématique ces dernières années. Ainsi, certaines sont réparties sur plusieurs étages. Un cadre supérieur de santé concerné explique : « une unité d'hospitalisation conventionnelle de chirurgie se situe sur trois niveaux, 6 lits à un étage et deux fois 9 lits sur d'autres étages. Cette situation nécessite des effectifs supplémentaires. Sur le poste après-midi, deux IDE seraient suffisantes pour les 24 lits, il en faut trois actuellement ».

Dans certains secteurs, la salle de préparation des soins est de taille trop modeste, cela ne permet pas de mener jusqu'au bout la sectorisation. Dans une activité où les actes techniques, notamment en perfusions sont nombreux, l'équipe souhaitait avoir trois paillasses, une par secteur. « Malgré l'aide technique du service des travaux, l'installation de trois paillasses n'a pas pu être possible faute de place et la sectorisation s'arrête à l'entrée de cette pièce » explique le cadre de santé de l'unité concernée.

Le médecin responsable de pôle interviewé regrette les conditions d'hébergement « indignes d'un CHU, elles font fuir les patients ». Il n'apprécie pas l'éclatement géographique de certaines unités « qui empêche toute gestion rationnelle dans un établissement devant faire face à un plan de retour à l'équilibre ».

Le directeur référent de pôle confirme les propos jusque là tenus. Les difficultés rencontrées sont prises en considération dans le projet du nouveau bâtiment. La configuration des unités de soins sera par exemple harmonisée, de chacune 24 lits. « Cette homogénéisation des secteurs doit faciliter à termes l'évolution des activités et l'efficacité des organisations ».

Les acteurs rencontrés adaptent leurs organisations de travail à l'architecture des locaux, prévue à une époque pour l'activité et les attentes de cette époque. Au CH comme au CHU, la configuration des lieux est prise en considération dans les procédures de prise en charge, ne donnant satisfaction ni aux équipes paramédicales, ni aux équipes médicales et certainement pas aux patients.

L'attente de ces professionnels est donc majeure dans les projets de construction.

2.2.2 La mise en œuvre du projet de soins

A) Au CH

Le projet de soins de l'établissement 2007-2011 pourra être mis en œuvre dans le nouvel hôpital. Le précédent était articulé sur quatre axes :

- Favoriser le décloisonnement, notamment par la mise en place de missions transversales ;
- Recentrer les soignants sur les soins ;
- Gérer au plus près des besoins ;
- Contribuer à la politique d'amélioration de la qualité des soins centrée sur la lutte et la prévention des infections nosocomiales.

Le directeur des soins de l'établissement, en poste depuis 1998, précise que la mise en œuvre du précédent projet de soins a été ralentie par l'implication des équipes dans le projet nouvel hôpital. Il estime de toute façon que l'attente était sur certains thèmes nécessaire : « la configuration des locaux dans l'ancien bâtiment ne favorisait pas le développement d'un axe central du projet de soins : recentrer les soignants sur les soins ». Le projet de soins a par contre été pris en considération dans la gestion du projet de construction : « la direction des soins a été impliquée au plus tôt dans le projet nouvel hôpital qui a ainsi pu prendre en considération la volonté de majorer le temps soignant passé auprès des patients ». La direction des soins a été impliquée dès la phase de programmation.

Hormis l'encadrement paramédical, les autres professionnels soignants n'avaient pas d'idée précise sur le contenu du projet de soins. Le seul axe maîtrisé concerne le fait de recentrer les soignants sur le patient grâce à la réflexion menée sur ce thème dans le cadre du projet nouvel hôpital. Pendant les quelques années de préparation du projet, l'implication de la direction des soins s'est concrétisée par la tenue de huit groupes de travail qui ont préparé l'organisation dans le nouvel hôpital. Chacun de ces groupes a été piloté par un binôme, composé d'au moins un cadre supérieur de santé ou un cadre de santé. Le directeur des soins a assuré, en outre, la coordination de son équipe. Le groupe 4 avait pour thème « Organisation des soins », il était piloté par un cadre supérieur de santé et un cadre de santé. Le travail de ce groupe a abouti à une réorganisation des

activités de soins dont l'idée première est la préparation des soins au lit des patients et non plus en salle de préparation de soins.

Ce concept novateur a été testé dans une unité avant le déménagement et généralisé dès l'installation dans les nouveaux locaux. Les équipes les plus impliquées sont particulièrement satisfaites. Une infirmière explique : « Cette organisation nous permet de passer plus de temps avec les patients, ceux-ci remarquent d'ailleurs la nouveauté et expriment leur satisfaction ». Le directeur des soins précise d'ailleurs que cette organisation influe sur un autre axe du projet de soins, la lutte contre les infections nosocomiales : « les soignants se sentent observés lors de la préparation des soins dans la chambre des patients, ce qui participe à un plus grand respect des procédures, notamment dans les gestes d'hygiène des mains ».

Après le déménagement, un faible nombre d'unités n'a pas adopté la nouvelle organisation de préparation des soins dans la chambre des patients. Elles étaient certainement moins impliquées en amont que certaines autres équipes. Une aide soignante travaillant dans un de ces secteurs parle même « du projet du directeur des soins » alors que ce n'est pas ce qui est vécu dans la plupart des unités. Un certain niveau de résistance au changement existe donc.

Cette organisation n'était pas possible dans les anciens locaux, elle nécessite notamment l'installation pour chaque lit d'un chariot individuel de soins qui doit bénéficier d'un espace dédié. L'architecte a pris en considération cet aspect du projet : « il a été simple d'intégrer cette idée dans le bâtiment puisque les besoins avaient été clairement exprimés initialement ».

B) Au CHU

Le projet de soins 2007-2011 du CHU s'inscrit dans le prolongement du précédent. Il s'articule avec le projet médical en constituant une référence pour les soignants. Il est animé par des valeurs professionnelles d'humanisme, de professionnalisme et d'un esprit de collaboration. Il prend en compte les éléments déterminants des projets de soins rédigés par chacun des pôles en 2005 et se développe autour de quatre axes :

- La politique et la qualité du management,
- La prise en charge de la personne soignée,
- La collaboration et la complémentarité,
- L'évaluation et la dynamique d'amélioration.

L'encadrement paramédical estime que l'architecture ne remet pas en cause fondamentalement la mise en œuvre du projet de soins. Par contre certains de ses aspects semblent quand même buter sur des contraintes architecturales. Cela concerne notamment le respect de la confidentialité. Certaines consultations ont lieu dans les étages et à chaque niveau, un seul accueil, de taille modeste, pour les hospitalisations

conventionnelles, les hospitalisations de jour et les consultations. Il n'y a qu'un espace d'attente et d'accueil dans une configuration qui ne permet pas le respect de la confidentialité. Le cadre supérieur de santé du pôle d'hématologie est particulièrement touché par cette question : « nous avons tenté plusieurs aménagements mais l'espace dédié est incompatible avec les recommandations ».

La même réserve concerne le respect de la pudeur notamment dans les chambres à plusieurs lits. Le système de paravents n'est pas complètement satisfaisant. Le projet de soins prévoit de développer la dignité du patient, l'architecture actuelle ne la favorise pas. Un cadre de santé explique : « Tant que nous aurons de petites chambres à deux lits, le respect de la pudeur sera difficile, le mobilier empêche de mettre en place les paravents ».

Les directeurs des soins interviewés estiment que l'architecture n'influe que très peu sur la mise en œuvre du projet de soins. Ils confirment les aspects évoqués de confidentialité et de dignité.

La mise en œuvre du projet de soins est rarement contrainte par l'architecture du bâtiment. Certains aspects du projet de soins sont d'application difficile du fait des locaux comme le respect de la confidentialité. D'autres axes, plus particuliers, comme le projet du CH de recentrer le temps de travail des soignants sur le patient nécessitent, eux, une prise en compte architecturale.

2.2.3 La logistique

A) Au CH

L'ensemble des personnes interrogées a marqué un intérêt particulier à l'impact de la logistique hospitalière. « Dans l'ancien bâtiment, le développement de l'utilisation du matériel à usage unique a par exemple rapidement rendu notre pièce de réserve beaucoup trop petite, nous avons utilisé chaque recoin pour faire du rangement. Rien n'était rationnel, nous avons de tout partout, ce qui ne facilitait pas les commandes, le suivi des stocks » explique un cadre de santé. Un autre : « la maternité se trouvait à 400 mètres du bâtiment central, sans service de course, ce sont les aides soignantes qui portaient les prélèvements au laboratoire ; elles faisaient plusieurs aller-retour par poste ». Les illustrations sont nombreuses et significatives, les soignants passent un temps certain en tâches afférentes aux soins. L'établissement n'utilise pas de méthode de mesure de la charge en soins, le directeur des soins a cependant fait une estimation qui porte entre 50% et 60% le temps passé par les soignants en tâches afférentes dans les anciens locaux.

Chacun avait ainsi comme objectif de voir se réduire ces activités dans le nouvel hôpital. Cette volonté a été entendue, un groupe de travail incluant des soignants a travaillé sur

cette thématique, accompagné par le directeur des soins. Les résultats, après déménagement, sont à la hauteur des investissements. Un système plein-vidé est installé, il permet le renouvellement automatique de la pharmacie et du petit matériel. Les commandes sont livrées à l'étage par un automate et sont ensuite prises en charge par un agent logistique jusqu'à l'unité. Cette même organisation est assurée pour d'autres transports comme les repas et le linge. Les prélèvements sont, eux, acheminés au laboratoire par pneumatique.

Le temps passé en commande de matériel, rangement et transport a été considérablement réduits. Le président de la CME précise : « Il fallait trouver des solutions afin d'éviter de voir des infirmières aller chercher du matériel dans des réserves parfois situées dans les sous sol ».

B) Au CHU

L'ensemble des personnes interrogées marque également un intérêt particulier à la logistique. Les difficultés de rangement sont nombreuses, également en partie du fait du développement du matériel à usage unique. Le matériel est ainsi dispersé, « quand nous faisons les commandes, nous devons passer d'une pièce à l'autre, sans oublier les couloirs pour vérifier le niveau des stocks » précise un cadre de santé. Les courses sont nombreuses et même si le bâtiment est monobloc, les distances sont importantes, « surtout quand il faut prendre les escaliers du fait de l'indisponibilité des ascenseurs, ceci sur 10 niveaux ».

L'établissement utilise la méthode SIIPS. Le pôle d'hématologie effectue une mesure des tâches afférentes aux soins tous les deux ans. Depuis 2001, elles sont en augmentation constante et sont passées de 49 % à 54%. Le cadre supérieur de santé donne une explication : « Les raisons sont multi factorielles, liées aux modalités de commandes et de livraisons actuelles, à la réduction du nombre de ramassages des prélèvements ou à la centralisation de l'édition des étiquettes patients ».

Les directeurs des soins connaissent bien sûr les résultats des études SIIPS. La région est concernée par la pénurie en personnel infirmier, environ 30 postes ne sont pourvus sur le CHU. Un directeur explique : « Il est essentiel pour nous de réduire le temps passé en tâches afférentes aux soins ». Pour le bâtiment en construction, la direction des soins n'a pas été impliquée à la réflexion sur la prise en charge des fonctions logistiques. Les cadres supérieurs en sont inquiets. Une d'elle l'exprime : « nous voyons monter le bâtiment sans savoir si des progrès sur la logistique sont prévus, nous craignons que ce ne soit pas le cas ».

Le directeur référent du pôle concerné a pris le dossier de construction en cours. Il a vu fonctionner dans un autre établissement le système pneumatique et souhaite le développer dans le bâtiment déjà en construction, ce mode de transport n'y a pas été

prévu. Pour l'architecte de la maîtrise d'œuvre, il n'est pas trop tard même si son coût sera supérieur à un équipement prévu dès le départ.

Au CH comme au CHU, les différents acteurs estiment le temps de travail des personnels paramédicaux passé en tâches logistiques trop important. Ils souhaitent pouvoir recentrer le temps soignant sur la fonction première d'accueil et de soins par la prise en compte de cette attente dans le nouvel hôpital, ce qui est déjà le cas pour le CH. Cependant, l'implication de la direction des soins dans l'approche logistique d'une construction ne semble pas être systématique comme nous le montre l'expérience du CHU.

2.2.4 L'implication dans les projets de construction

A) Au CH

L'implication du directeur des soins est essentielle dans le projet de construction. Il est membre du comité de pilotage mis en place pour coordonner la reconstruction. « Je me situe alors à un niveau stratégique, ce qui favorise la mise en œuvre du projet de soins dans le nouvel hôpital. La collaboration avec les équipes médicales, administratives et techniques a été très enrichissante pour chacun. » Précise-t-il.

Pendant les quelques années de préparation du projet, la direction des soins et les équipes paramédicales sont particulièrement présentes. Certains visitent un hôpital parisien de construction récente mais également des sites industriels, secteur d'activité exploitant depuis des années l'automatisation des tâches. « Cela ouvre l'esprit de voir la modernité appliquée à l'hôpital quand on a travaillé si longtemps dans un établissement qui a peu changé » raconte une aide soignante. Le directeur des soins a assuré la coordination des huit groupes de travail mis en place.

La réflexion permet d'envisager de mettre les TIC, la domotique et la logistique au service des paramédicaux et donc au service des patients. L'intégration des nouvelles technologies dans l'établissement libère du temps soignant, temps dévolu aux patients. Les différents axes d'amélioration sont explorés et de réelles possibilités de réduire le temps passé aux tâches afférentes ont émergé. « Je suis très satisfaite d'avoir été entendue sur le système des pneumatiques, je n'avais pas fait ma formation pour porter des tubes au laboratoire », explique une aide soignante de maternité. Les équipes ont souhaité un environnement de travail plus riche et plus épanouissant afin de mieux assurer leur mission première d'accueil et de soins.

Au-delà de l'organisation des unités de soins, c'est l'ensemble des types de prise en charge qui est préparée pendant la phase projet, les thèmes des différents groupes de travail concernent :

- Accueil et admission du patient,
- Urgence et soins non programmés,

- Soins et hospitalisation programmée,
- Organisation des soins,
- Plateaux techniques,
- Travail collaboratif,
- Transfert et sortie du patient,
- Recueil et traitement de l'information médicale.

Le directeur des soins explique : « toute la chaîne de prise en charge a pu être abordée en impliquant un grand nombre de personnels pluri professionnels ». Les flux de patients sont revus en séparant les circuits d'hospitalisation programmée et non programmée, une unité d'hospitalisation de jour médico-chirurgicale a été créée afin de favoriser l'activité ambulatoire, parmi d'autres innovations dans cet hôpital.

B) Au CHU

La construction en cours dans cet établissement concerne plusieurs pôles d'activité, deux directeurs des soins se trouvent ainsi impliqués. Ils le sont cependant depuis peu, à savoir le début de l'année 2007, date de mise en application des nouvelles organisations de la direction des activités de soins. Avant cette date, le projet était géré par le directeur des soins du site qui a aujourd'hui en responsabilité des pôles non concernés par la construction.

L'implication des équipes est délicate. Un cadre supérieur de santé explique : « Nous avons travaillé sur ce projet il y a plus de 10 ans avec une forte implication des équipes médicales et paramédicales. Au moment du choix du projet architectural, le projet retenu n'était pas celui ayant la préférence des soignants. Nous avons cependant travaillé sur l'adaptation des organisations aux locaux proposés, ce qui a démotivé les équipes. Le projet n'a de plus pas abouti, les travaux n'ont jamais commencé. Quelques années après, quand le projet a refait son apparition, il a été particulièrement difficile de mobiliser les équipes ».

Maintenant en charge de ce dossier, les directeurs des soins mettent en place des groupes de travail afin de prévoir les organisations dans le nouveau bâtiment. Un des thèmes concerne les modalités de gestion de la pharmacie au sein des unités. Le souhait des équipes soignantes est d'obtenir une dispensation nominative journalière des thérapeutiques. Le cadre supérieur de santé du pôle de cardiologie commente : « je pense que nous rêvons, nous imaginons ce système à 8 mois de l'ouverture sans avoir encore discuté avec la pharmacie. Cette organisation nécessite une anticipation et des moyens que nous n'avons pas ».

L'encadrement se pose de nombreuses questions sur la prise en charge des fonctions logistiques dans le nouvel hôpital. Ils ont cependant été rassurés par le directeur sur l'équipement en pneumatique. Le choix reste à faire sur le diamètre de ce système, la

possibilité de transporter d'autres éléments que les différents prélèvements par cette voie permettra de préciser l'option retenue.

L'équipement matériel des unités inquiète également l'encadrement paramédical. Le mobilier actuel comme le nombre de postes informatiques ne répond pas à l'attente des équipes. Ils ne savent pas si le projet immobilier s'accompagnera d'un volet mobilier et équipement. Un cadre de santé précise : « Il y a embouteillage devant l'ordinateur. Les équipes perdent beaucoup de temps à attendre la disponibilité du seul poste destiné aux paramédicaux ».

Le nouveau bâtiment évitera l'éclatement géographique actuel de certaines unités. Il est alors nécessaire de revoir l'effectif soignant des secteurs concernés. Le directeur des soins en charge de la gestion des ressources humaines en mission transversale y travaille avec les cadres supérieurs des pôles concernés et la direction des ressources humaines. Pour ce directeur des soins, «la composition des nouvelles équipes sera validée trois mois avant le déménagement, très peu de mouvements de personnels seront nécessaires ».

L'implication des équipes et le mode de management des projets de construction n'a pas été le même au CH et au CHU. Dans le premier établissement, le directeur des soins, situé à un niveau stratégique, a engagé ses équipes sur plusieurs années afin de mettre au point un projet novateur répondant aux différentes attentes. Au CHU, un dossier n'ayant pas abouti une première fois, n'arrive pas à fédérer des équipes décontenancées. Les directeurs des soins concernés tentent de remobiliser les différents professionnels afin d'arriver à un résultat probant à l'ouverture prévue dans quelques mois.

2.3 Conclusion de l'étude de terrain

En conclusion à cette seconde partie, nous pensons pouvoir valider la première et la troisième hypothèse. Les dysfonctionnements sur des points architecturaux dans les hôpitaux ont un impact significatif sur l'organisation des soins. La logistique hospitalière, liée au type d'architecture influe sur le temps soignant passé en tâches afférentes. En ce qui concerne la deuxième hypothèse, nous ne pouvons que partiellement la valider. La mise en œuvre du projet de soins ne se trouve que rarement limitée par les données architecturales. Seul un axe du projet de soins du CH n'avait pu être développé dans l'ancien bâtiment. Le directeur des soins en avait par contre fait un point central dans le projet nouvel hôpital.

Ce travail sur le rôle central du directeur des soins dans le cadre d'un projet de construction hospitalière, et sa capacité à mobiliser les équipes soignantes afin de faire de ce moment une opportunité d'évolution des activités de soins, est certainement un élément contributif de la réflexion et du positionnement du directeur des soins amené, au

moment de sa prise de poste, à unir les ressources pluri professionnelles pour l'aboutissement d'un projet innovant.

Nous proposons dans une troisième partie de cette étude d'émettre quelques propositions d'actions. Elles sont le résultat du travail de recherche de terrain confronté à nos recherches documentaires et bibliographiques. Chacun pourra, s'il le souhaite, suivant sa personnalité et selon le niveau auquel il est placé, y trouver des sources de réflexion, utiles à l'orientation de son management.

3 LES PROPOSITIONS D' ACTIONS

Les différentes propositions porteront dans un premier temps sur l'intérêt du respect des étapes de la gestion de projet avant d'aborder des points d'innovations sur lesquels le directeur des soins peut être attentif afin de faire évoluer l'organisation des activités de soins lors d'un projet de construction.

3.1 La gestion d'un projet

3.1.1 Le positionnement du directeur des soins

La création du corps des directeurs des soins est le fruit d'une longue évolution statutaire. Depuis la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les infirmiers généraux étaient reconnus comme membres de l'équipe de direction et occupaient une direction fonctionnelle placée sous l'autorité du chef d'établissement, celle du service de soins infirmiers, exclusivement.

Devenus directeurs des soins, ils ont vu leur champ de compétence recouvrir aujourd'hui non seulement la filière infirmière, mais aussi les filières de rééducation et médico-techniques. Dans une logique de continuité après la réforme de la formation des cadres de santé de 1995, ce corps est désormais accessible quelle que soit la filière d'origine.

L'article 6146-9 de l'ordonnance du 02 mai 2005 précise que dans chaque établissement, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins infirmiers de rééducation et médico-technique, membre de l'équipe de direction et nommé par le directeur. Ce directeur des soins est le président de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques composée de différentes catégories de personnels.

La place du directeur des soins, coordonateur général des soins, au sein du conseil exécutif prévu par la nouvelle gouvernance n'est pas nommément précisée, cependant, leur présence est observée dans une majorité d'établissements.

Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière précise, lui aussi, la place de ces acteurs au sein des équipes de direction, ainsi que leur autorité déléguée par le chef d'établissement sur l'ensemble des cadres de santé. Il en fixe également les missions dont celle de sa participation, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins.

Ces textes situent le directeur des soins à un niveau stratégique au sein des établissements publics de santé et au cœur des projets dont ceux de constructions hospitalières. Le directeur des soins du CH de l'étude a trouvé cette place alors que cela

semble plus délicat au CHU où les deux directeurs des soins tentent, à leur propre initiative, de remobiliser les soignants autour du projet de construction.

Dans les grandes structures, la coordination au sein de l'équipe de direction des soins est une fonction majeure. La place de chacun dans les projets, notamment d'envergure, doit être précise afin que tous puissent s'investir à la juste mesure en bonne cohésion avec l'ensemble des acteurs. Une fois la feuille de route définie, l'implication en amont du projet est souvent gage de réussite, notamment dans le cadre du respect de la procédure loi MOP.

3.1.2 Les étapes de la gestion de projet

Le directeur des soins se doit de manager le projet en intégrant le contexte et les enjeux spécifiques. Une priorité est de concilier l'autonomie et la responsabilisation des acteurs dans le cadre d'une gestion rigoureuse et cohérente.

Plusieurs données seront présentes en permanence à chacune des étapes :

- Privilégier l'accueil et le confort du patient,
- Renforcer la qualité et la sécurité des soins,
- Améliorer et préserver les conditions de travail des personnels.

A) Le cadrage stratégique du projet

Un questionnement préalable à l'élaboration du projet est indispensable :

- Un projet pourquoi faire ? : Quel est son sens ?
- Un projet pour quoi faire ? : Quel est le résultat attendu ?
- Un projet pour qui ? : A qui s'adresse-t-il ?
- Un projet pour agir sur qui ? : Envisager et tenter de mesurer les répercussions et implications.

La construction d'un bâtiment à destination des soins est un projet complexe, préciser l'ensemble des facteurs cités ci-dessus aide à faire de la stratégie de changement une opération consciente et résolument adaptée aux exigences de la transformation. La stratégie doit indiquer comment tous les axes du projet sont reliés entre eux, se soutiennent mutuellement et renforcent les objectifs globaux. Un effort unifié rationalise la dynamique des processus du projet ; il apporte à l'ensemble des professionnels une motivation et une compréhension plus grandes que ne le feraient plusieurs initiatives distinctes. Il est parfois difficile d'impliquer chaque catégorie professionnelle dans un projet unifié à l'hôpital, il est pourtant gage de cohérence pour l'établissement.

B) La mobilisation des acteurs

Un premier niveau d'information est nécessaire afin de rappeler l'objectif global pour qu'il soit connu de tous. Il faut clarifier le but général, les enjeux par rapport à ce qui est

attendu de chacun des acteurs et préciser les ressources, les contraintes, fixer les contours du cadre afin de ne pas donner d'illusion.

Il faut cerner les acteurs concernés par le projet en identifiant :

- Les différentes logiques d'acteurs,
- Les facteurs facilitant et entravant,
- Leur contribution, ce qu'ils doivent faire pour que cela marche.

Leur implication doit être précoce.

C) L'organisation de l'équipe projet

a) *Le chef projet*

De par sa légitimité professionnelle et statutaire, le directeur chef d'établissement délègue ce projet au directeur des travaux. Ce dernier reçoit une large délégation de la direction générale à laquelle il rend compte de façon périodique et arrête avec elle les objectifs généraux du projet. Les compétences du chef de projet doivent se situer à trois niveaux : la maîtrise des méthodologies, la connaissance des techniques concernées par le projet et la compréhension ou adhésion au projet.

Les principales qualités requises sont un sens du relationnel développé, une facilité pour la médiation et la négociation.

b) *L'équipe projet*

Le chef projet choisit ses collaborateurs et détermine avec eux les objectifs, les politiques, l'organisation, les ressources et les modalités de fonctionnement de l'équipe. L'équipe projet, appelée souvent comité de pilotage, se caractérise par les compétences techniques et stratégiques des différents acteurs choisis pour cette mission. Pour une construction hospitalière, le directeur des soins a sa place dans l'équipe projet, ce qui était le cas dans le CH de l'étude. Dans certains établissements, des comités, groupes ou commissions, comme nous l'avons vu dans l'enquête de terrain arrivent en support à l'équipe projet.

Le chef projet ne peut à lui seul conduire l'ensemble des opérations. Il a donc besoin de travailler en collaboration avec des personnes prêtes à apporter tout leur soutien et leur motivation.

c) *Une commande claire*

Toujours à partir des projets institutionnels, il sera essentiel de :

- Développer clairement les attentes et les ressources disponibles ;
- Ecrire des lettres définissant les missions et les responsabilités attendues ;
- Décrire par quels moyens et outils la supervision s'exercera ;
- Démontrer comment le soutien méthodologique pourra se réaliser ;

- Définir les modalités d'évaluation ;
- Expliquer le processus de décision, tel qu'il est conçu dans l'établissement en fonction des priorités définies auparavant.

D) Le suivi du projet

Il est indispensable de réaliser un organigramme du projet avec un calendrier, le diagramme de Gantt est un exemple d'outil adapté puisqu'il donne la possibilité de visualiser l'évolution, de déterminer la durée, de contrôler les prévisions et les réalisations, de prendre les mesures correctives. De la même façon, la structure thématique pour les groupes de travail doit être précise avec des tableaux de bord.

Les fiches projet permettent de cadrer, fixer les contours du projet et assurer un suivi permanent grâce aux indicateurs de suivi. Elles sont un véritable outil de gestion, de communication interne.

L'équipe projet doit disposer des moyens nécessaires à l'optimisation de sa mission. Une base documentaire comportera en outre le cadre réglementaire en matière d'hygiène, de sécurité et de vigilances, les référentiels du manuel de certification. Les visites à l'extérieur, sur des sites récemment construits permettent d'enrichir la réflexion, de s'inspirer des atouts et d'éviter certains écueils connus par les équipes rencontrées.

La traçabilité rigoureuse de l'avancement du projet doit faciliter le suivi lors des différentes réunions de l'équipe projet. Les dirigeants et le comité de pilotage assurent le suivi stratégique.

3.1.3 Les aspects incontournables pour le directeur des soins

A) La communication

L'information d'anticipation donne à l'établissement la possibilité d'envisager les évolutions, les mouvements de son environnement. Elle sert à accompagner les équipes dans le changement grâce à des messages réguliers, progressifs et fiables. Il faut argumenter, convaincre et motiver l'ensemble des professionnels. Elle permet également de valoriser les acteurs impliqués, de reconnaître le travail fourni.

Plusieurs supports de communication sont possibles, les réunions avec l'encadrement sont classiques. Les écrits sont à ne pas négliger, ils permettent entre autre une diffusion large. Le CH de l'étude a par exemple édité un mensuel de 10 pages intitulé : « Mutations, le magazine du changement et des équipes en mouvement ». Ce support de communication destiné à l'ensemble du personnel est également précieux dans la préparation de la phase de déménagement. Cette étape délicate concerne effectivement tout un chacun et doit être minutieusement préparée.

B) Favoriser la créativité

Nos organisations hospitalières fonctionnent selon des schémas relativement classiques souvent marquées par le cloisonnement. L'implication de l'ensemble des partenaires hospitaliers est indispensable à la réussite d'un projet de construction. Le directeur des soins peut être un catalyseur des différentes énergies afin de permettre à celles-ci de se coordonner. L'illustration peut être faite par le projet d'équipement d'un bâtiment neuf par un système de transport des prélèvements par pneumatique. Le temps de transport s'en trouve considérablement diminué. Il est alors possible d'aller jusqu'au bout de la démarche et d'anticiper le maintien ou non des horaires de prélèvement sanguin par les IDE ou l'évolution des plages horaires des techniciens de laboratoire en les faisant commencer au moment de l'arrivée des tubes.

Certaines démarches ne sont pas spontanées, le directeur des soins est force de propositions. Le temps des négociations associant les partenaires sociaux est à prendre en considération.

C) Les fiches de poste et les procédures

L'installation dans de nouveaux bâtiments implique des modifications dans les organisations de travail. La mise à jour de certains documents est indispensable, elle doit bien évidemment associer les différents acteurs concernés. L'objectif est d'aboutir à des organisations efficaces sans conflit après le déménagement. Aucun domaine ne doit être négligé et le directeur des soins veille à cette exhaustivité. Le bio nettoyage est une illustration sensible. La mise à disposition d'un plus grand nombre de chambres particulières dans les bâtiments actuels, l'apparition de nouveaux équipements dans les chambres comme les terminaux multi médias sont susceptibles d'être sources de conflit entre aides soignantes et agents de service hospitaliers si la définition du qui fait quoi n'est précisément définie.

En aval du déménagement, l'existence de procédures dégradées, préalablement établies, est un gage de sécurité. En effet, la mise en route de matériels complexes neufs nécessite parfois le recours à ces procédures.

D) La formation

La préparation des équipes aux évolutions induites par le nouvel hôpital est un gage de réussite au moment de l'ouverture. Au-delà de phases tests effectuées en amont dans les unités volontaires, la formation de l'ensemble des équipes est essentielle. Elle concernera bien évidemment la prise en main des nouveaux équipements parfois nombreux comme les appareils de surveillance bio médicaux, les TIC, les pneumatiques et les éléments clefs de sécurité comme les appels malades.

L'appropriation des lieux par des visites organisées en amont du déménagement fait partie de la préparation des équipes. Les flux et circuits sont à ne pas négliger dans cette phase. Dans les constructions d'ampleur, cette étape peut être favorisée par la mise à disposition d'un « pavillon témoin ». Ce dernier peut, par exemple, être une chambre de patient ou un PC infirmier, voire les deux. Il peut faciliter l'appropriation des lieux et favoriser les dernières réflexions quant à l'organisation du travail. Ce lieu témoin pourrait être remplacé par des visites virtuelles grâce à l'informatique.

E) L'implication des usagers

L'usager est une préoccupation de chacun à l'hôpital, dont le directeur des soins. Sa place dans la structure est à organiser dans le nouvel hôpital et ses nouvelles organisations. Ont-ils besoins d'espaces communs comme une salle repas, salle d'activités ou d'espaces de rencontre avec les familles ? Il est également possible de prévoir une maison des usagers au sein de l'établissement comme le suggère la circulaire DHOS/E1 n° 2006-550 du 28 décembre 2006.

Nous parlons d'horaires des prélèvements dans les nouvelles organisations, associer les usagers à ce type de décision est essentiel. La construction d'un bâtiment hospitalier est également un enjeu pour les usagers et leur association au projet est indispensable. Le directeur des soins, en collaboration, peut être un catalyseur pour qu'espaces et organisations dans le nouvel hôpital bénéficient à tous et notamment aux patients.

3.2 Les innovations

Construire un hôpital, c'est penser un lieu de vie, un outil de travail, un outil de soins. Le patient doit, dès qu'il y pénètre, ressentir que tout a été conçu pour lui avec attention, respect, souci du détail. La mission du groupe projet est d'organiser par anticipation un hôpital soigné, fonctionnel et techniquement optimal dès sont ouverture. La réflexion et l'intégration des innovations en amont est d'autant plus essentielle que l'expérience montre que leur mise en place, dès lors qu'elle n'est pas coordonnée avec les infrastructures existantes, génère une inflation financière sans garantir pour autant un retour sur investissement. La recherche et l'implication de la direction des soins en matière d'innovation est un gage d'efficience et de qualité pour les organisations futures.

3.2.1 L'impact des technologies sur l'organisation

L'enjeu est de penser les technologies pour une application totale aux soins, d'améliorer ainsi l'organisation, la qualité et la sécurité des soins mais aussi au-delà d'améliorer la productivité et donc de pouvoir dégager des financements pour des activités nouvelles structurantes. Le directeur des soins n'a pas à se substituer à l'ingénieur, au logisticien, il veille à l'étroite collaboration pluri disciplinaire.

A) L'automatisation des tâches

Les fonctions logistiques d'un bâtiment neuf sont réfléchies afin de rendre du temps soignant aux patients.

Nous avons déjà abordé le transport des prélèvements sanguins par le système pneumatique qui économise le temps passé à l'acheminement des tubes. Ce système peut être étendu à d'autres transports comme la livraison urgente de médicaments de petit volume ou celui des radios de thorax faites au lit du patient. La notion de proximité s'en trouve bouleversée.

Mais une autre illustration de l'impact des changements possibles réside dans la mise en place d'AGV (Automated Guided Vehicles) ou « tortue ». Les séquences d'approvisionnement et désapprovisionnement de ces engins suppriment les gros stockages au sein des services, notamment quand ils sont combinés à un système de commande plein vide. Plus besoin d'encombrantes armoires de médicaments, de dispositifs médicaux en quantité, de linge en surnombre. En revanche, les zones d'attente de ces AGV doivent être prévues devant les monte-charges, compatibles avec l'enchaînement des séquences.

La logique logistique peut aller plus loin encore. Traditionnellement, les aides-soignantes assurent la mise en chauffe des plats, la préparation des boissons chaudes et froides et une partie de la vaisselle destinée aux patients et leurs accompagnants. Il est envisageable, de faire prendre les chariots repas livrés par les AGV par un agent logistique responsable de plusieurs unités. Celui-ci peut alors conditionner, préparer les chariots avant de les amener aux AS puis récupérer les mêmes chariots et assurer la vaisselle non réalisée en cuisine. Il est également possible de confier d'autres missions à cet agent logistique comme la distribution du linge.

Cette organisation s'anticipe suffisamment en amont afin de la prévoir dans les plans. Un office centralisé par niveau peut alors suffire plutôt qu'un office par unité de soins. Le directeur des soins aura à s'assurer de la formation des agents logistiques notamment dans les domaines de l'hygiène et de la confidentialité.

B) Les technologies de l'information et de la communication

Leur utilité est avérée, ces technologies permettent entre autre une réactivité des soignants et du management, un accès en temps réel à l'information ou une traçabilité plus exhaustive des activités de soins. Leur intégration est facilitée quand elle a lieu à la conception des locaux.

Plusieurs types de données très différents peuvent transiter sur un même réseau informatique traditionnel, en toute sécurité. La construction d'un bâtiment est une opportunité pour développer les fonctionnalités informatiques au service des patients et des équipes soignantes.

Le réseau peut porter des automatisations de processus aux médecins libéraux pour les prévenir de l'hospitalisation d'un de leur patient, ou mieux encore aux usagers pour les informer de la date et l'heure de leurs rendez-vous. L'expérience montre que ce type de relance diminue de 10 à 15 % les rendez-vous non-honorés²⁷.

La téléphonie sur Internet Protocol (IP), maintenant stabilisée, permet de remplacer la téléphonie classique par un ordinateur, y compris le standard traditionnel. L'application directe de cette technologie aux soins peut être illustrée par l'appel malade. Le signal de la simple « poire » est répercuté via le réseau convergent sur le système de téléphonie IP, ce qui permet au soignant de savoir de quel patient émane l'appel, et d'entrer en contact avec lui via son téléphone IP. Le patient constate alors que sa demande a été prise en considération, est rassuré, obtient la réponse au problème qui a motivé son appel. Cette technologie évite au soignant certains allers-retours inutiles et permet en outre une traçabilité médico-légale de cette prise en charge.

Le wifi (Wireless fidelity) est une technologie de réseau informatique sans fil conçue pour fonctionner en réseau interne. Lié à un ordinateur portable très léger, il permet aux soignants d'accéder aux programmes en toute liberté. Il facilite les prescriptions en évitant les erreurs de retranscription.

L'attention de la direction des soins au développement de ces technologies dans le cadre de la construction d'un bâtiment est essentielle. Il s'agit d'optimiser la prestation assurée au patient, rendre aux soignants la valeur ajoutée de leur métier et d'assurer la réactivité et la performance.

3.2.2 Se centrer sur le patient : la gestion des flux

Le choix de se centrer sur le patient nous apparaît essentiel parce que c'est la mission de l'hôpital et c'est un moyen de fédérer les acteurs de l'hôpital autour d'un même but.

Les flux ou trajectoires de patients font référence à l'ensemble des déplacements qu'effectuent les patients depuis leur entrée jusqu'à leur sortie de l'hôpital. Les flux de patients sont peu étudiés par rapport aux flux de matière (tels que les approvisionnements de dispositifs médicaux et hôteliers). De plus, les études existantes sur les flux de patients sont très souvent menées par le personnel soignant de services isolés ; l'optimisation qui en résulte est donc effectuée du point de vue d'un nombre restreint d'unités auquel appartient le soignant et non dans une logique d'optimisation globale de l'hôpital.

La gestion des flux permet de réintroduire plus encore la préoccupation organisationnelle, parfois trop peu présente dans les hôpitaux. Elle permet d'autre part d'agir sur la durée

²⁷HANSSKE A., « Impact des technologies de santé sur l'organisation ». *Revue Hospitalière de France*, octobre 2006, n°512, pp 18-22.

moyenne de séjour. Par ailleurs, l'optimisation des flux garantit une satisfaction pour le patient, en termes de résultat de qualité des soins ; pour l'institution, en termes de coût engagé pour obtenir cette amélioration et pour les équipes, en termes de conditions de travail. Dans le cadre de la construction d'un bâtiment de soins, l'enjeu est donc majeur pour le directeur des soins de participer, en partenariat pluri professionnel, notamment avec les autres directions et le corps médical à la gestion des flux dans le nouvel hôpital. Ce travail implique tous les secteurs, du service d'accueil et d'urgences, aux différents plateaux techniques, aux unités de soins, aux services administratifs jusqu'aux établissements d'amont.

Il faut distinguer trois développements possibles de la gestion des flux de patients :

- Le pilotage segmenté de la trajectoire des patients gère les patients au fur et à mesure de leur arrivée, sans réellement tenter d'agir sur leur temps d'attente. Ce type de pilotage est à l'origine d'un temps d'attente important dans divers lieux de l'hôpital et d'un nombre de déplacements élevé. Cette gestion primaire des flux de patients entraîne une moindre qualité des soins, mais aussi des dysfonctionnements de l'ensemble du système et une utilisation irrégulière des capacités.
- Le pilotage global de la trajectoire des patients se base sur une vision cohérente de l'ensemble des déplacements de chaque patient, à l'intérieur d'un même hôpital et entre structures de soins. Il peut s'agir d'une logistique statique, qui s'intéresse à l'infrastructure pour canaliser les flux ou d'une logistique dynamique, qui passe directement par la gestion des flux et l'articulation entre la demande et les capacités. Un système de réservation, une programmation journalière des capacités en imagerie, une simplification des formalités d'admission, une anticipation des examens à réaliser en fonction de la pathologie du patient peuvent fluidifier les flux.
- Enfin, le stade ultime de développement correspond à une disparition quasi totale du concept de trajectoire des patients ; on parle de prise en charge complète du patient. Ce n'est plus le malade qui s'adapte à la structure, mais l'inverse. Les déplacements sont réduits au strict minimum : tout se fait au chevet du malade (radiographies, prélèvements, soins). Ceci est permis par une organisation très souple surtout possible dans les petites équipes polyvalentes. ceci permet de personnaliser le service au maximum.

Des choix majeurs sont à faire en amont du projet de construction vis-à-vis des flux de patients afin que l'architecte adapte les espaces. Les réflexions doivent associer l'ensemble des intervenants et la direction des soins y a une place essentielle.

De nombreuses innovations sont alors possibles. Parmi elles, l'ouverture d'une unité d'hôpital de jour médico-chirurgical est un exemple. Elle permet de regrouper dans une

entité cette activité auparavant dispersée dans les secteurs d'hospitalisation conventionnelle. Il convient alors d'anticiper le développement de l'activité ambulatoire et envisager deux types de plateaux techniques, un pour l'hospitalisation complète ouvert 24 heures sur 24, et un pour l'hospitalisation de jour ouvert 8 heures par jour. De la même façon, le circuit de ces patients doit être organisé pour éviter, par exemple, de croiser des patients venus pour des pathologies plus lourdes. En salle de surveillance post interventionnelle par exemple, un espace identifié et distinct peut être prévu selon le mode de prise en charge.

Une autre illustration de l'implication du directeur des soins, en collaboration, concerne le sensible service d'accueil et d'urgences. Diverses possibilités de gestion des flux, avec diverses sectorisations, sont envisageables : secteur médical, chirurgical, déchoquage, soins intensifs, urgences pédiatriques, gynéco-obstétricales. Dans ce service, il est également possible d'innover. La programmation sur la journée des entrées pour urgences relatives est envisageable. En collaboration entre l'infirmière d'accueil et d'orientation et l'équipe médicale, il peut en effet être proposé aux patients dont l'état de santé le permet un rendez-vous à heure fixe dans la même journée. La personne rentre alors chez elle et revient à l'heure fixée. Ce système évite l'engorgement du service par ces urgences relatives et est apprécié des patients qui évitent ainsi une attente toujours péniblement vécue. Là encore, l'anticipation est nécessaire car des locaux dédiés et des procédures doivent être prévus.

L'augmentation du nombre de personnes âgées, voire très âgées poly pathologiques, à prendre en charge est certainement à prendre en considération dans la gestion des flux des hôpitaux en construction. Une bonne articulation entre service d'accueil et d'urgences, unité de court séjour gériatrique et autres unités de gériatrie est une base indispensable à organiser dans les nouveaux espaces. La mise à disposition de locaux peut être combinée à de nouvelles organisations associant les professionnels du service social ou de l'équipe mobile de gériatrie.

3.2.3 Les organisations de travail

L'installation d'équipes dans de nouveaux locaux est une opportunité de réflexion sur de nouvelles organisations. Les modalités d'accueil dans les bâtiments anciens ne pouvaient parfois permettre le respect de la confidentialité, les nouveaux locaux ont pris en considération cet aspect de la prise en charge, les procédures doivent s'adapter. L'ensemble peut être combiné à de nouvelles modalités de sectorisation dans les unités. Le nombre de lits a éventuellement changé dans le nouveau bâtiment, les organisations doivent alors le prendre en considération. Un poste d'infirmière de jour peut être identifié avec des missions d'accueil des patients entrant, des personnes transférées des autres unités. Les horaires de cette professionnelle seront négociés et adaptés à ses fonctions.

Les organisations de soins ont à s'adapter dans l'ensemble des secteurs et aucun n'est à négliger pour une efficacité de l'ensemble. Nous avons déjà évoqué la possibilité d'adapter les horaires de travail des techniciens de laboratoire aux heures d'arrivée des prélèvements. Les modalités de prise en charge des patients par les professionnels de la filière de rééducation peuvent également évoluer, notamment si les nouvelles organisations prévoient un réveil plus tardif des patients ou une modification des horaires de repas.

Des organisations de soins plus innovantes sont possibles. Afin de favoriser le temps soignant passé auprès des patients, la préparation des soins dans les chambres plutôt qu'en salle de soins peut être organisée. Ce système s'anticipe en amont du projet de construction car l'architecte doit adapter les espaces. En effet, il faut prévoir dans les chambres un espace pour un chariot individualisé de soins. La taille de la salle centralisée de préparation de soins peut dans ce cadre être réduite afin de favoriser les nouvelles organisations et éviter que les professionnels reproduisent les anciennes organisations.

Un projet de construction est également une opportunité de préciser la place de l'encadrement de proximité dans les organisations. L'amélioration des prestations logistiques et les TIC bénéficient également aux cadres de santé. Le choix de l'emplacement dans l'unité de leur bureau doit être réfléchi. Au-delà, c'est la mission du cadre de santé qui est à adapter au nouvel hôpital : sa place au sein de l'équipe soignante paramédicale et médicale, auprès des patients et des accompagnants, auprès des étudiants en formation, ou encore son investissement transversal dans l'établissement.

Conclusion

L'organisation des activités de soins paramédicaux, leur évolution mais aussi l'amélioration continue de la qualité constituent des prérogatives du directeur des soins. Les organisations sont parfois figées et ce pour un ensemble de raisons pouvant être liées par exemple à l'architecture des locaux, au cloisonnement des activités. Les dirigeants doivent alors saisir certaines opportunités pour les faire évoluer. Dans l'univers hospitalier, la reconstruction d'un bâtiment est une étape majeure dans l'histoire d'un établissement. Il est essentiel d'en faire un levier d'amélioration de la prise en charge des patients.

Le directeur des soins doit alors prendre toute la dimension de sa fonction, au sein d'un environnement pluri disciplinaire associant le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques. Seul un projet cohérent élaboré autour de la prise en charge du patient peut permettre à chacun de se mobiliser. Dans un contexte d'hyper spécialisation de chaque fonction, d'émergence de nouveaux métiers à l'hôpital, la convergence des différents partenaires vers l'intérêt du patient doit être impulsée en outre par le directeur des soins. Ce dernier est alors à l'écoute des contraintes de chacun, il communique, argumente et surtout est force de propositions. Enfin, il est nécessaire d'associer l'encadrement paramédical et les soignants afin que le projet ne soit pas celui d'une personne mais celui d'une collectivité au service du patient.

La gestion d'une opération d'investissement hospitalier selon la méthode de conduite de projet semble aujourd'hui incontournable. Dans le domaine de la santé, un véritable projet prend toute son ampleur quand il est un projet de prise en charge des patients, il ne faut pas le réduire à un projet de construction. Il rentre alors dans le projet plus vaste qu'est le projet d'établissement. Dans le cadre de ses fonctions, le directeur des soins a un rôle essentiel dans la stratégie de management de projet, gage de mobilisation et de cohérence de l'ensemble des éléments humains et structurels nécessaires à sa mise en place, son fonctionnement et sa pérennité.

Enfin pour conclure, nous nous rappelons qu'un hôpital n'a de raison d'être que pour la réponse qu'il apporte aux besoins de la population. L'expression des usagers devient alors une nécessité dans le projet d'investissement. Leur association est alors déterminante sur certains aspects innovants comme l'intégration d'une maison des usagers ou d'espaces conviviaux dans le nouveau bâtiment. La participation de l'ensemble des acteurs est un facteur déterminant dans la réussite d'une construction hospitalière.

Bibliographie

OUVRAGES

- BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Editions du Seuil, Paris, 1990, 132 p.
- BOUTINET JP, *Anthropologie du projet*. 2^{ème} édition. Paris : PUF, 1993, p.23.
- BUDET J-M, BLONDEL F., *L'hospitalisation publique et privée des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*, Berger-Levrault, Paris, 2004. 414 p.
- CLAUDE J-F., *Le management par les valeurs, l'appartenance à l'entreprise*, Liaisons, Paris, 2003, 264 p.
- ESTINGOY P., RABATEL M., *Montage et suivi d'une opération de construction*, Le Moniteur, 1994.
- DJELLAL F., GALLOU C., GALLOUL F., *L'hôpital innovateur, de l'innovation médicale à l'innovation de service*, Masson, Paris, 2004, 132 p.
- FRANCOIS B., *Patrimoine hospitalier en Bourgogne, l'initiative de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation*, Actes Sud, Montpellier, 1999.
- FRIEDBERG E., *L'analyse sociologique des organisations*, Revue POUR, n° 28, L'Harmattan, 1988. 125 p.
- GONNET F., *L'hôpital en question(s)*, Lamarre, Rueil-Malmaison, 2003. 268 p.
- HOET T., *L'hôpital confronté à son avenir : actualiser et préparer au XXIème siècle*, Lamarre, Rueil-Malmaison, 1993.
- OMNES L., *Hôpital Pompidou, une tumeur maligne ?*, Tallandier, Paris, 2006. 271 p.
- PASTOR P., *Gestion du changement*, Liaisons, Paris, 2005, 182 p.
- PETILLOT A., FESSY G., *Patrimoine hospitalier*, Scala, Paris, 2004, 335 p.
- SAINSAULIEU I., *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*, l'Harmattan, 2003.
- SCHWEYER F.-X., Les directeurs d'hôpital peuvent-ils jouer un rôle dans l'organisation du travail de soins ?, in CRESSON D. et SCHWEYER F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Editions ENSP, 2000, pp 149-170.

MEMOIRES

- CHAMPENIER R., *L'étude logistique préalable à la construction d'un nouveau site hospitalier : le site médian du centre hospitalier de Belfort Montbéliard*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2005. 81 p.

DOUETTE M-C, *Les restructurations hospitalières : le rôle du directeur des soins dans les fusions de blocs opératoires*, Mémoire de Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2005. 55 p.

PIOCH S., *L'évaluation de la qualité des constructions hospitalières : le centre hospitalier de Saint-Brieuc*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes. 2004. 71 p.

POTTIEZ-MAYEUX M., *Contribution de l'infirmière générale dans la conception et rénovation de locaux*, Mémoire d'Infirmière Générale : Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2001. 87 p.

ARTICLES DE PERIODIQUES

ARNAUD A., BOUFFIES J., « Bail emphytéotique hospitalier, une opportunité à saisir ». *Techniques Hospitalières*, mai-juin 2006, n°697, pp 24-27.

BEAUVAIS M. « Evolution de l'architecture hospitalière ». *Techniques Hospitalières*, mai-juin 2006, n°697, pp 10-13.

BERNFELD G., « L'hôpital et son évolution architecturale ». *Gestions hospitalières*, février 2003, n°175, pp 108-114.

BOUGEARD C., SFEZ M., « 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.

BRINGER J., CAVALIER M., GOBILLARD J., « L'investissement hospitalier : de l'expression des besoins au projet ». *Techniques Hospitalières*, avril 2003, n°675, pp 24-33.

CHARLERY A., « L'architecture hospitalière en question ». *Décision santé*, septembre 2004, n°207, pp 10-15.

FAUGEROLAS P., « La modernisation du CHRU de Tours, le projet ». *Techniques Hospitalières*, janvier-février 2003, n°673, pp 57-62.

HANSSKE A., « Impact des technologies de santé sur l'organisation ». *Revue Hospitalière de France*, octobre 2006, n°512, pp 18-22.

HYENNE D., « L'hôpital Pierre Bérégovoy du centre hospitalier de Nevers ». *Techniques Hospitalières*, novembre 2003, n°681, pp 16-28.

IMBAULT-HUART M.-J., « L'éclairage de l'histoire », *Revue fondamentale des questions hospitalières*, n°1, 2000, pp 37-48.

LABANI P-D., « les mutations au travail. Entreprises, parcours professionnels et identités sociales ». In « La peur, ses logiques et ses masques ». Paris : Esprit, octobre 2002, volume 10, pp 101-111.

LEMONNIER G., « Histoire et politique immobilières ». *Techniques Hospitalières*, mai-juin 2006, n°697, pp 19-23.

POUILLY F., «Le futur hôpital de Toulon sur le site de Sainte-Musse ». *Techniques Hospitalières*, décembre 2003, n°682, pp 45-51.

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

SIGNAC F., CLEMENT J., « Construction d'un hôpital en conception-réalisation », *Techniques Hospitalières*, janvier-février 2006, n°695, pp 68-73.

TOURNEUR M-P, « Devenir de l'hospitalisation et avenir de l'hôpital ». *Techniques Hospitalières*, mai-juin 2006, n°697, pp 14-17.

RAPPORTS

Assemblée Nationale, *L'organisation interne de l'hôpital*, rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, présenté par M. René COUANAU, 2003, 81 p.

Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier, *Temps de travail des soignants et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques*, rapport final, 2007, 75 p.

GUIDES

Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier, *Guide Conception-Réalisation pour le choix et la mise en œuvre*, 2004, 27 p.

Mission Nationale d'Appui à l'Investissement hospitalier, *Guide de la réglementation et des recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé*, 2004, 35 p.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE, Ordonnance n°2003-850 du 04 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, *Journal Officiel de la République Française*, 06 septembre 2003 p. 15391.

SITES ELECTRONIQUES

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.MAINH.sante.gouv.fr>

<http://www.MeasH.sante.gouv.fr>

DICTIONNAIRE

Le petit Larousse illustré, Larousse, 2004.

Liste des annexes

Le guide d'entretien

ANNEXE : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Fonction de la personne interviewée :

Type d'activité :

PREALABLE

Actuellement élève directeur des soins, je vous remercie de me recevoir et d'accepter cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Comme je vous l'avais précisé par téléphone au moment de la prise de rendez-vous, il a pour thème l'impact de l'architecture sur l'organisation des activités soins.

THEME N°1 : Les dysfonctionnements liés à l'architecture

Connaissez-vous ou avez-vous connu des dysfonctionnements dans l'organisation des soins liés à des points architecturaux ?

Avez-vous déjà mis en place des moyens, des procédures afin de répondre à des difficultés liées à l'architecture ?

L'architecture intervient-elle sur l'organisation des soins ?

THEME N°2 : Le projet de soins et l'architecture

Quelle connaissance avez-vous du projet de soins de votre établissement ?

La mise en œuvre du projet de soins a-t-elle été limitée par l'agencement des locaux ?

Dans quelle mesure le projet de soins a été/est pris en considération dans le projet nouvel hôpital ?

THEME N°3 : La logistique hospitalière

Le temps passé en tâches afférentes aux soins est-il comptabilisé ?

Existe-t-il des procédures écrites pour la réalisation de ces tâches ?

Dans quelle mesure la logistique a-t-elle été prise en considération dans le projet nouvel hôpital ?

THEME N°4 : L'implication dans le projet nouvel hôpital

Avez-vous été impliqué dans le projet nouvel hôpital, si oui, à quel niveau ?

Savez-vous préciser la place du directeur des soins dans le projet ?

Sur quelles thématiques la direction des soins doit elle être entendue ?

Quelle peut-être sa plus value ?