

EHESP

Filière des élèves directeurs d'hôpitaux

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

Le tertiaire médical :
Question primaire ou secondaire ?
Un juste dimensionnement par les
utilisateurs de l'hôpital Edouard Herriot

Sandra NKONTCHO

Remerciements

« *Le bureau n'a jamais cessé de me plaire pour la simple raison que je ne le vois pas.
Il me permet d'exister.* » **Jacques LAURENT**

Le présent mémoire a été rédigé à partir d'une mission de stage réalisée au Groupement Hospitalier Centre (GHC) des Hospices Civils de Lyon (HCL). C'est pourquoi j'adresse mes plus sincères remerciements à :

- ◆ La Directrice du GHC, **Mme Valérie DURAND-ROCHE** pour l'accueil chaleureux dans son équipe, et la confiance témoignée au travers des missions confiées
- ◆ Ma Maitre de stage et Directrice des Ressources Humaines, **Mme Katia LUCINA** pour son encadrement, ses précieux conseils et son indéfectible soutien
- ◆ La Directrice en charge de la modernisation, **Mme Evolene MULLER-RAPPARD**, qui m'a confiée la mission support de ce mémoire, m'a accompagnée dans sa réalisation et m'a guidée dans l'analyse de cette problématique
- ◆ Toute l'équipe de Direction du GHC pour leur appui pédagogique :
 - ✓ **M. Florent SEVERAC**, Directeur Adjoint.
 - ✓ **Mme Chloé BRIERE**, Directrice référente des Pôles Médecine et Urgences.
 - ✓ **Mme Fabienne NEGRONI**, Directrice Coordinatrice Générale des Soins.
 - ✓ **M. Arnaud PAYSANT**, Directeur référent des Pôles Chirurgie et Urgences.
 - ✓ **Mme Mathilde TZISLAKIS**, Directrice des Affaires Financières et référente du Pôle Gériatrie et Odontologie.
- ◆ A toutes les professionnels des HCL qui ont bien voulu m'accorder des entretiens :
 - ✓ La Directrice en charge du projet du Pavillon H, **Mme Bergamote DUPAIGNE**.
 - ✓ La Directrice en charge du projet de la Recherche, **Mme Floriane KUNDER**.
 - ✓ Les ingénieurs en charge des projets d'investissements, **M. Michael JACONELLI** et **M. Thierry LACHAUD**.
 - ✓ Les cadres supérieurs participant au projet de modernisation : **Mme Sandra BONJOUR**, **Mme Ghislaine GAUDILLERE**, **M. Jean-Christophe DUMES**, **Mme Véronique BURTHIER**.
- ◆ A la documentaliste, **Mme Esther BACHEROT** pour son aide à la recherche documentaire sur ce sujet.
- ◆ A l'équipe pédagogique de l'EHESP, pour la qualité de l'enseignement dispensé.
- ◆ A mon époux, **Flaubert**, et mes enfants, **Lauren** et **Nelson**, pour leur soutien et encouragements tout au long de ce stage.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE.....	4
1 LES ESPACES DE TRAVAIL : UN IDEAL THEORIQUE A LA CROISEE DE LOGIQUES SOCIOLOGIQUES, ARCHITECTURALES ET MANAGERIALES	7
1.1 Le bureau : de l'espace de travail individuel à des lieux de vie collectifs : une évolution sociologique rythmée par les théories des organisations	7
1.1.1 Au commencement : la standardisation rationnelle des espaces de travail ..	7
1.1.2 Première évolution : la mutualisation d'espaces de travail plus collaboratifs.	8
1.1.3 Tendances : l'externalisation des espaces de travail multigénérationnels	9
1.2 Le tertiaire à l'hôpital : une liberté architecturale préservée du dimensionnement surfacique d'un besoin supérieur aux ressources.....	12
1.2.1 L'évolution de l'architecture hospitalière et de la place du tertiaire	12
1.2.2 Le tertiaire et les contraintes architecturales de flexibilité et d'évolutivité	15
1.2.3 Le tertiaire dans les référentiels de dimensionnement surfacique.....	17
1.3 Les bureaux et les managers : un agencement qui oscille entre performance organisationnelle, promotion de bien-être et symbolisation du pouvoir	19
1.3.1 La performance organisationnelle du tertiaire médical.....	19
1.3.2 Le tertiaire comme praxis performative de la qualité de vie au travail	21
1.3.3 La vocation symbolisatrice du bureau : antre du pouvoir... <i>en liquidation</i> ?	24
2 LE TERTIAIRE HOSPITALIER : UN DIMENSIONNEMENT PLUS PRAGMATIQUE QU'EMPIRIQUE LÉGITIMÉ PAR UNE PARTICIPATION DES USAGERS A GÉOMETRIE VARIABLE.....	29
2.1 L'élaboration d'un projet de tertiaire : entre maîtrise des facteurs clés de succès et effectivité de la participation des professionnels.....	29
2.1.1 Quatre facteurs clés de succès à maîtriser dans un projet de tertiaire.....	29
2.1.2 Une participation effective garantie à l'aide de l'hexamètre de Quintilien....	32
2.2 Le cadrage d'un projet de tertiaire : entre objectivation du besoin et structuration de la participation des usagers	35
2.2.1 Objectiver le besoin : justifier le départ et valoriser le point d'arrivée	35
2.2.2 Structurer la participation : Recueillir les besoins et intégrer <i>des avis</i>	38

2.3	La recristallisation du changement : une condition sine qua non à une réussite mesurée du projet de déménagement.....	43
2.3.1	Ajuster les organisations afin d’ancrer le changement.	43
2.3.2	Mesurer l’adhésion afin d’acter le changement.....	45
3	LA MODERNISATION DES PAVILLONS D’HOSPITALISATION DE HEH : UN JUSTE DIMENSIONNEMENT RESULTANT D’UNE CO-CONCEPTION UTILISATEURS-EXPERTS.....	47
3.1	Le <i>lean design</i> ou la co-conception comme fer de lance d’une stratégie inclusive de cadrage d’un projet de tertiaire complexe.....	48
3.1.1	Le lean design : une démarche adaptée aux projets immobiliers.....	48
3.1.2	Le tertiaire des pavillons d’hospitalisation : un projet complexe éligible à la démarche de co-conception.....	50
3.2	La formalisation du besoin du tertiaire comme révélateur des difficultés ressenties et de la rareté de la ressource surfacique :.....	53
3.2.1	Un diagnostic de l’existant permettant d’identifier les difficultés présentes..	53
3.2.2	Une formalisation du besoin futur permettant de mesurer l’écart avec les ressources surfaciques disponibles	57
3.3	La démarche itérative et incrémentale comme procédé de cheminement vers une solution consensuelle	60
3.3.1	La mise en œuvre d’une " <i>scénariologie</i> " participative via des MINI-KAIZEN..	60
3.3.2	L’implémentation du scénario choisi à l’épreuve des aléas architecturaux ..	64
	CONCLUSION.....	67
	BIBLIOGRAPHIE	69
	LISTE DES ANNEXES	I
	Annexe 1 ~ Trame des entretiens	I
	Annexe 2 ~ Projet de modernisation des unités d’hospitalisation de HEH.....	IV
	Annexe 3 ~ Résultat de l’enquête de satisfaction relatif au projet Recherche.....	II
	Annexe 4 ~ L’architecture des hôpitaux pavillonnaires :.....	IV
	Annexe 5 ~ Référentiels de dimensionnement surfaciques :.....	VI
	Annexe 6 ~ Le référentiel d’une unité de réanimation – Les zones tertiaires	IX
	Annexe 7 ~ Les futurs espaces de travail en Europe :.....	X

Liste des sigles utilisés

ÆLIPCE : Evaluation et Amélioration des Indices de Performance.

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

AS : Aide-soignant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIS : Comité national de l'investissement en santé

COPERMO : Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins

DGOS : Direction générale de l'offre des soins

DIM : Département de l'information médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles

DRESS : direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou

HEH : Hôpital Edouard Herriot

HIAD : Hôpital d'Instruction des Armées Desgenettes

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MAINH : Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier.

NPM : New Public Management

ORL : Otorhinolaryngologie

OSCIMES : Observatoire des surfaces et des coûts immobiliers en établissement de santé

Pav : Pavillon

ROSES : Référentiel Organisationnel Et Surfaccique Des Etablissements Sanitaires

SDI : Schéma Directeur Immobilier

SDO : Surface dans œuvre

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SGPI : Secrétariat général pour l'investissement (SGPI)

SU : Surface Utile

INTRODUCTION

Lorsque le terme « espace de travail » est recherché sur Google Scholar (en anglais : *workplace*), le moteur de recherche délivre en 0,03 s plus de 4,04 millions de résultats et propose comme recherche associée : les espaces de travail sains, diversifiés, multigénérationnels, productifs, inclusifs, intelligents... Ce foisonnement de publications illustre l'intérêt de la communauté scientifique pour ce sujet qui comporte des enjeux organisationnels, économiques et de fidélisation stratégiques. La modification des espaces de travail (co-working, flex-office...) s'est accélérée avec la pandémie de la Covid-19, et les mutations continuent, portées par l'évolution du rapport au travail constatée chez les jeunes générations. L'impact de cette évolution s'est surtout fait ressentir dans les entreprises spécialisées dans les services (informatique, banque, assurance...) avec notamment la mutualisation, la dépersonnalisation et l'externalisation de leurs espaces de travail. Cela étant, les hôpitaux sont également de plus en plus confrontés à la question de la modernisation de leurs locaux dits tertiaires médicaux (espaces de travail, salles de collaboration, lieux de vie...) du fait des importants projets immobiliers qu'ils sont amenés à déployer depuis les accords du SEGUR de l'investissement.

En effet, en application des mesures SEGUR, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 prévoyait une enveloppe de 9 Mds dédiée aux investissements dans les établissements de santé, qui étaient en baisse depuis 2012 (DRESS, 2020) ; l'effort d'investissement était, en effet, passé de 9 % des recettes brutes en 2012 à 4 % en 2020, et l'enjeu était alors de relancer les investissements hospitaliers. Ce cadre favorable a insufflé une vague d'opérations d'envergure : CHU de Lille 600 M€, CHU de Nancy 420M€, HCL 125 M€...certains de ces projets portant sur la construction de nouveaux bâtiments, d'autres sur la modernisation de bâtiments existants. Selon les recommandations de la DGOS (2019, fiche 3.1), pour être validés par le conseil, ces projets de modernisation du patrimoine hospitalier doivent s'inscrire dans une stratégie immobilière de l'établissement, stratégie traduite dans un schéma directeur immobilier (SDI).

Outil stratégique et structurant, le SDI décrit l'organisation actuelle et future (à moyen long terme) de l'hôpital, en ce qui concerne notamment les bâtiments, le découpage en secteurs fonctionnels (zones de soins, logistiques...). Son élaboration suit différentes étapes allant de l'analyse régionale de l'offre et de la demande de soin, à la validation du projet médical puis au dimensionnement du capacitaire cible en fonction de plusieurs paramètres d'efficience (taux d'occupation, rotation, durée de séjour...) ; in fine, c'est ce capacitaire cible qui permet de déterminer le dimensionnement surfacique.

De nombreux référentiels ont été mis au point pour calculer ce dimensionnement surfacique pour les établissements de soins : MAINH (Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier en 2008), AELIPCE (Évaluation et Amélioration des indices de performance des organisations en 2012), et récemment en 2022, un référentiel CNIS et prochainement un Référentiel Organisationnel et Surfacing des Etablissements Sanitaires (ROSES). Ils indiquent pour chaque grande fonction d'un établissement (hospitalisation conventionnelle, urgences, bloc, imagerie, logistique...), la surface recommandée, laquelle varie en fonction du nombre de lits, de box, de postes, de salles...

Les surfaces allouées aux soins ne cessent de progresser du fait de l'activité (hausse et diversification de l'offre de soins, malgré le virage ambulatoire), de l'exigence croissante de la qualité et de la sécurité des soins (individualisation des chambres, des douches), de l'innovation thérapeutique (robots chirurgicaux, radiologie interventionnelle) ou de l'informatisation des outils (switch réseau, gestion et maintenance assistée par ordinateur...). Quant à la demande en surfaces tertiaires, zones réservées au personnel, elle devrait également augmenter du fait de la hausse des effectifs qui ont connu une évolution de +0,8 % par an en moyenne, de 2013 à 2020 (DRESS, 2022). Et pourtant, la surface des projets immobiliers est limitée, à la fois par le coût du foncier et sa disponibilité notamment pour les hôpitaux-cité. Cette contrainte est d'autant plus prégnante dans les projets de modernisation pour lesquels la surface disponible initiale est finie.

Il se pose dès lors la question de trouver comment accueillir plus de patients, disposer de plus de matériels, déployer plus de technologies et installer plus de professionnels dans des hôpitaux aux emprises au sol limitées, et ce tout en améliorant la qualité de la prise en charge et des conditions de travail ?

Ces contraintes architecturales et surfacing amènent à prioriser certaines fonctions lors de l'affectation des locaux. Ainsi, les programmes immobiliers sont élaborés de manière à répondre d'abord à un projet médical, puis aux fonctions support (médicales logistiques et techniques) nécessaires à sa mise en œuvre. La fonction tertiaire apparaît comme le parent pauvre du programme. Avec un dimensionnement résiduel, i.e. déterminé après affectation des autres surfaces, elle sert de variable d'ajustement en cas d'aléas architecturaux. Ce positionnement n'est pas sans conséquences pour les utilisateurs qui voient leurs espaces de travail être modifiés, majoritairement dans le sens d'une réduction, la mutualisation étant la réponse préconisée par les référentiels pour répondre à la contrainte surfacing. Or, ces changements d'espace de travail, plus souvent subis que construits, surtout lorsqu'ils "absorbent" les aléas du projet immobilier, produisent un inconfort chez les professionnels insuffisamment accompagnés.

L'enquête européenne PRESS-NEXT (*Promouvoir en Europe la santé et la satisfaction des soignants au travail – Nurses' Early Exit Study*) a ainsi révélé que plus de 50 % des médecins interrogés et près de 60 % des infirmiers et aides-soignants étaient insatisfaits de leurs espaces de travail (Estryn, 2018). Ce sentiment pourrait s'accroître, car les projets de modernisation des hôpitaux s'orientent vers une répartition des plateaux par mode de prise en charge : urgences, ambulatoire, bloc, hospitalisation... soit un éclatement des activités des services anciennement regroupées géographiquement. Ces projets comportent donc un risque de perte d'identité, d'affaiblissement des services et d'intégration du personnel.

Le défi pour le manager hospitalier est donc d'élaborer des SDI qui sont la traduction architecturale du projet médical tout en optimisant la performance de la prise en charge et en minimisant l'impact des contraintes surfaciques sur des espaces de travail. Au vu du poids des contraintes et du niveau de satisfaction des professionnels, il convient de se demander *quelle importance est réellement accordée au projet du tertiaire ? À quel niveau du projet immobilier, stratégique, tactique ou opérationnel, est-il intégré ? Et surtout, cette place qui lui donnée est-elle en accord avec les attentes des utilisateurs ?*

Afin d'explorer cette question, une identification du rôle et de la place du tertiaire sera faite en confrontant les analyses des sociologues, architectes hospitaliers et managers (I). Cette approche multidisciplinaire expliquera pourquoi « *les bureaux ne sont pas que des bureaux* » (Monjaret, 2002) destinés au travail individuel ou collaboratif, mais aussi des lieux de vie de plus en plus multigénérationnels, à la fois sources d'épanouissement, vecteurs d'intégration, voire jeu et symbole de pouvoir hiérarchique. Dans la pratique, plusieurs de ces rôles sont minorisés lors des projets immobiliers et le tertiaire sous-dimensionné (II). L'analyse des retours d'expérience de projets impliquant une modification conséquente du tertiaire révélera le risque de rejet du projet lorsque le sous-dimensionnement du tertiaire n'a pas été correctement anticipé et managé. Suivant les recommandations du CNIS (Conseil National de l'Investissement en Santé) qui préconisent que les projets immobiliers soient « *co-construits et partagés avec l'ensemble des acteurs* » dans une démarche horizontale, une étude d'un projet de modernisation impliquant les utilisateurs dès la phase de conception sera faite (III). Elle mettra en lumière l'importance du tertiaire pour ces utilisateurs ; elle sera surtout l'occasion de proposer des principes et une démarche d'élaboration d'un projet de tertiaire permettant de transformer des contraintes surfaciques en des innovations organisationnelles.

En somme, l'ambition de ce travail sera d'identifier la juste place du tertiaire dans les transformations architecturales et organisationnelles en cours à l'hôpital, et qui exigent non pas des locaux adaptés à un fonctionnement, mais des locaux adaptables à tout moment.

METHODOLOGIE

Ce mémoire vise à comprendre et à analyser les stratégies de dimensionnement, aménagement et affectation des zones tertiaires dans les hôpitaux, et ce dans un contexte caractérisé par la multiplication des projets immobiliers, l'absence de référentiel précis sur le tertiaire, la raréfaction de la ressource surfacique face à une demande croissante, et les mutations managériales issues des nouvelles organisations du travail (open office, flex office, télétravail...). L'objectif de ce travail est de valoriser une approche plus participative, fondée sur le principe *d'empowerment*, dans laquelle les usagers ont un pouvoir décisionnel dès la phase de conception du projet : *le lean design*. Cette co-conception du projet devant leur permettre de devenir « *comme maîtres et (non)-possesseurs de leurs bureaux* » :

Pour ce faire, le mémoire est structuré en trois parties :

① La première partie est une présentation analytique des réflexions sur les espaces de travail, analyse élaborée à partir d'une revue de la littérature pluridisciplinaire. Trois points de vue sont abordés :

- ✓ Le sociologue : quel est le rôle social des bureaux dans les entreprises, hier, aujourd'hui et demain, et ce, en fonction des différentes théories des organisations ?
- ✓ L'architecte : comment localiser et dimensionner les bureaux au regard de l'évolution de l'architecture hospitalière et des référentiels souvent imprécis sur la question ?
- ✓ Le manager : comment optimiser la performance fonctionnelle, économique et symbolique des espaces de travail de plus en plus multigénérationnels ?

② La seconde partie est une analyse de deux projets de tertiaire déjà menés aux HCL : le déménagement de la Direction de la Recherche et la fusion des Bloc de l'hôpital Edouard Herriot ; cette analyse est enrichie par les expériences d'autres hôpitaux :

- ✓ Le projet du déménagement de la Recherche est appréhendé par un entretien semi-directif avec la Directrice de la Recherche, ainsi que par l'analyse d'un questionnaire de satisfaction rempli par les professionnels.
- ✓ Le projet de la fusion des Blocs de l'Hôpital Edouard Herriot est étudié à partir d'entretiens semi-directifs avec la Directrice chef de projet, la Directrice des Soins, les ingénieurs, les cadres supérieurs d'avant et après le projet.
- ✓ Les projets menés par d'autres hôpitaux sont analysés sur la base d'articles illustrant la démarche et le retour d'expérience. Il s'agit essentiellement de la création de l'Hôpital Georges Pompidou, de la fabrique de l'hospitalité du CHU de Strasbourg, de la fusion des blocs de la Pitié Salpêtrière, de la Reconstruction du site de Pontchaillou au CHU de Rennes.

Les trames des entretiens sont présentées en Annexe 1.

③ La troisième partie est la présentation du projet de dimensionnement et affectation du tertiaire dans les futurs pavillons dédiés à l'hospitalisation complète. Il s'agit d'une mission de stage conduite en appliquant la démarche du *lean design*, soit une méthodologie fondée sur la co-créativité des futurs utilisateurs. La démarche s'est déroulée en 3 étapes :

- ✓ Un diagnostic préalable de l'existant réalisé par exploration des unités de soins : le tertiaire de tous les services destinés à avoir une activité dans les futurs pavillons a été déterminé en termes de superficie, nombre de postes, nombre de bureaux, caractéristiques de ces derniers (individuels, collectifs...). Cet état des lieux a été envoyé pour validation aux responsables de service (binôme chef de service / cadre de pôle)
- ✓ Un recueil des besoins a ensuite été réalisé auprès du management de chaque service. Un outil standard permettant de structurer et d'objectiver les besoins a été développé et le leur a été transmis (Voir Annexe 2). Des rencontres ont par la suite été programmées avec chaque service afin de recueillir le besoin identifié via l'outil. Chaque service devait indiquer le besoin en nombre de postes, de bureaux, de salles collectives ; il devait également hiérarchiser les principes souhaités d'affectation (unicité géographique du service, proximité des bureaux avec les lits...)
- ✓ Des scénarios ont été analysés dans des mini-kaizen, ateliers de travail dans lesquels participaient au moins 2 représentants de chaque service. Chaque session de travail avait pour objectif de faire travailler les participants organisés en sous-groupes sur des scénarios de dimensionnement et d'affectation des zones tertiaires. Les sous-groupes constitués garantissaient au maximum un équilibre en termes fonction, discipline, personnalités. La dernière session de travail s'est caractérisée par l'adoption d'une solution consensuelle élaborée par les différents services qui ont trouvés eux-mêmes des compromis à la cohabitation : répartition des postes de proximité, partage de salles de réunion, localisation des services...

Le projet de tertiaire retenu sera intégré aux autres composantes du projet de modernisation (projet logistique, projet de soins...) et ce, au cours d'un atelier général organisé avant la fin de l'année : le « Kaizen ». Dans cette session, les professionnels pourront tester, sur une maquette, l'organisation choisie et procéder aux ajustements nécessaires.

1 LES ESPACES DE TRAVAIL : UN IDEAL THEORIQUE A LA CROISEE DE LOGIQUES SOCIOLOGIQUES, ARCHITECTURALES ET MANAGERIALES

Au carrefour des réflexions sociologiques, architecturales et managériales, le bureau recouvre plusieurs fonctionnalités en évolution constante depuis la tertiarisation des économies. Lieu d'intégration professionnelle, facteur d'attractivité et de fidélisation, enjeu de qualité de vie au travail, outil managérial porteur de symbole d'identité et de pouvoir, son dimensionnement et son aménagement demeurent cependant fort peu encadrés dans les hôpitaux publics.

1.1 Le bureau : de l'espace de travail individuel à des lieux de vie collectifs : une évolution sociologique rythmée par les théories des organisations

Etymologiquement, bureau, vient du latin « *bure* » qui désignait d'épaisses toiles de laine que l'on mettait sur les tables à écrire pour éviter que le parchemin ne se déchire pendant qu'on écrivait dessus. Selon Perec (1989 : 89) « *par métonymies successives, on est passé dudit tapis de table à la table à écrire elle-même, puis de ladite table à la pièce dans laquelle elle était installée, puis à l'ensemble des meubles constituant cette pièce, et enfin aux activités qui s'y exercent, aux pouvoirs qui s'y rattachent, voire même aux services qui s'y rendent* » (Perec, 1989 : 89).

1.1.1 Au commencement : la standardisation rationnelle des espaces de travail

L'analyse des espaces de travail fait l'objet d'un intérêt somme tout récent chez les sociologues du travail. « Les bureaux sont longtemps restés en retrait des préoccupations des chercheurs » affirme Pillon (2022) car ces derniers préféraient se concentrer sur l'usine, cœur de l'économie industrielle, les bureaux étant réservés à l'administration. Les premiers espaces de travail étaient alors uniformes, monotones, avec un agencement qui reflétait la rationalisation taylorienne des usines (Gardey, 2008). Majoritairement anonymes, car les effets personnels étaient souvent rangés dans des vestiaires, et très souvent collectifs, ils matérialisaient un système bureaucratique alimenté par une paperasserie routinière.

Puis progressivement, et parallèlement à l'application des théories de l'école des relations humaines (Elton Mayo, Abraham Maslow), les bureaux se sont transformés, ont été personnalisés par leurs occupants, chacun s'appropriant à sa manière son espace de

travail, en le décorant, en le réaménageant. Ils sont passés de lieux exclusivement professionnels, à des espaces propices aux activités extra-professionnelles pour l'épanouissement du personnel : le déjeuner, la pause-café, les parties entre collègues. C'est ce que Pélegrin-Genel (1995) a qualifié de naissance « *d'un art de vivre au bureau* ».

1.1.2 Première évolution : la mutualisation d'espaces de travail plus collaboratifs

A partir des années 1950, s'opère un changement venu d'Allemagne : Les « bureaux paysages » (*bürolandschaft*), grands plateaux séparés par des paravents mobiles, remplacent les bureaux fermés et disposés le long de couloirs. La disparition des portes et cloisons doit favoriser une circulation plus rapide et plus fluide de l'information dans une entreprise analysée selon l'approche systémique (Herbert Simon). Les designers cherchent alors à remplacer ce qui était littéralement des « usines à cols blancs » en des locaux plus attractifs favorables à l'interaction et la collaboration ; des espaces d'interaction sont également aménagés (coin café, plante verte...). Les hôpitaux connaissent aussi cette évolution avec notamment des jardins très présents dans les hôpitaux pavillonnaires qui cessent d'être uniquement potagers pour devenir également thérapeutique et d'hospitalité (De Gunzbourg, 2014). Ainsi, l'hôpital Edouard Herriot, achevé en 1933 présente avec ses arbres, bosquets et parterre, la fonctionnalité d'une cité-jardin. Monjaret (2012) précise que « *Dans les hôpitaux, le jardin n'est pas seulement un espace public ; lieu de circulation, il est aussi un lieu de détente, de balade pour le personnel comme pour les malades, et par là même de rencontres.* »

Mais ces grands *open space*, propices à la surveillance "orwellienne", génèrent pour les utilisateurs une pollution auditive et visuelle qui limite la concentration. En outre, ils ne favorisent pas l'appropriation de l'espace de travail comme dans les bureaux fermés. Afin de pallier cet inconvénient, des systèmes de panneaux (panel system) seront accolés au mobilier pour créer des mini-cellules individuelles dans ces grands espaces. Ce système de panneau permet au bureau de remplir les deux fonctions attendues : situé dans un *open space*, il facilite l'échange ; encadré par des panneaux isolants, il préserve l'intimité.

Avec la tertiairisation de l'économie, les activités bureaucratiques se concentrent dans des espaces spécialisés : bureaux de travail personnel, salles pour les réunions, des bureaux de passage, espaces pour la documentation, pour le déjeuner... L'émergence des nouvelles technologies de télécommunication et d'informatisation offrant de possibilités nouvelles d'interaction, l'organisation se développe en réseaux et se veut plus souple, plus flexible, en un mot, agile. Les bureaux sont alors conçus pour s'adapter à un travail tourné vers la polyvalence et la multifonctionnalité ; ils deviennent des lieux de concentration de l'infrastructure informatique : le bureau, désigne alors par métonymie, le poste informatique, qui tend à s'externaliser.

1.1.3 Tendances : l'externalisation des espaces de travail multigénérationnels

L'évolution des NTIC permet la délocalisation des espaces de travail appréciée par les nouvelles générations qui intègrent l'entreprise, mais moins demandée par les anciennes générations. Elaborer un projet de tertiaire exige donc de tenir compte des attentes et perceptions différentes sur la fonction du bureau. Ces différences découlent des caractéristiques des quatre générations qui cohabitent actuellement dans les organisations :

- La génération des baby-Boomers, dite génération dorée par les « trente glorieuses » (croissance, plein-emploi, développement...) : très travailleuse, loyale au travail, engagée sur le long terme dans l'organisation, respectueuse de la hiérarchie, cette génération fonde une partie de son identité au travail. Elle trouve donc un sens à la vision identitaire que véhicule les espaces de travail. Bénéficiant d'une longue expérience, les baby-boomers occupent souvent des positions de cadres supérieurs dans les organisations, succès attribué au sacrifice et au dur labeur ; ils attachent une réelle importance à la représentation hiérarchique retranscrite dans des espaces de travail et l'occupation d'un bureau de responsable est pour eux un signe de réussite (Lancaster et al, 2002).

- La génération X dite *génération sacrifiée*, car elle intègre le marché de l'emploi durant les « trente *piteuses* » marquées par la crise économique, le chômage, l'inflation... Ayant démarré sa carrière avec les contrats à durée déterminée dans un marché de l'emploi en déclin, cette génération s'adapte aux exigences et aux codes de l'organisation : valorisation de l'expérience, acceptation des exigences du marché et respect de la hiérarchie fondent son rapport au travail, bien que l'équilibre vie familiale vie professionnelle soit une de ses valeurs fortes. Ainsi, cette génération comprend et adhère à l'organisation spatiale hiérarchique et identitaire exprimée au travers des espaces de travail : ainsi, elle trouve normale de devoir travailler sans relâche, pendant des années pour pouvoir occuper le bureau à côté de celui du chef de service.

- La génération Y dite *génération millénaire* car née au croisement des II^e et III^e millénaires. Ayant grandi avec les innovations successives des TIC (internet, portables, réseaux sociaux), elle privilégie la flexibilité, l'autonomie et le lien social dans le travail perçu comme un moyen d'accomplissement personnel devant susciter créativité et productivité. Par conséquent, elle recherche les environnements de travail agréables et des organisations peu rigides (travail à distance, flex office, co-working...) lui permettant de mieux concilier vie professionnelle et vie privée. Accordant moins d'importance au statut et à la hiérarchie et valorisant le travail donnant un sens à leur action, les millénaires veulent des résultats et des réponses immédiates à leurs questions (Wojang et al, 2013). Très mobiles, ils ne se projettent pas dans le long terme dans une même entreprise, car ils mettent toujours leur employeur en compétition avec les autres.

- La génération Z, dite « *génération zoomer* » du fait de ses similitudes avec la génération baby-boomers, est non-conformiste. A la recherche des organisations horizontales, elle trouve les normes hiérarchiques peu intelligibles. Elle préfère apprendre de ses « paires » (réseaux sociaux) plutôt que de ses pères professionnels, dont elle valorise moins l'expérience accumulée par des années de travail, du fait d'une confiance aux nouvelles technologies qui transforment et rendent obsolètes les anciens processus. Comme la génération Y, elle est en quête de sens de travail et de flexibilité des organisations et privilégie les entreprises avec un engagement sociétal (développement durable, équitable, paritaire...). Elle recherche donc des espaces de travail innovants et des organisations permettant d'alterner le travail en présentiel et le travail à distance pour un épanouissement aussi bien personnel que professionnel.

Ainsi, alors que pour les anciennes générations, l'espace de travail était fixe, dans l'entreprise et reflétant des valeurs auxquelles ils s'identifiaient, les nouvelles générations, qui valorisent la flexibilité, la collaboration dans les organisations tout en s'y projetant moins longuement que leurs aînées, recherchent des espaces de travail essentiellement fonctionnels. Les entreprises, pour être attractives proposent du télétravail, fait à domicile ou dans des bureaux délocalisés. Des expériences de non-territorialisation des postes se multiplient avec la création d'espaces de travail partagés et souvent externalisés : co-working, flex-office, tiers-lieux, bureaux de proximité ; ils sont conçus pour une utilisation optimale des postes de travail, mesurée avec des indicateurs tels que les taux d'occupation, les taux de rotation.

La stratégie d'externalisation des bureaux connaît un tournant majeur avec le développement du télétravail. Si cette modalité d'organisation du travail existait déjà au XIX^e siècle notamment chez les canuts, maîtres tisserands lyonnais, elle se développe dans les sociétés modernes avec le déploiement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans des organisations vues comme des boucles de rétroaction (approche cybernétique de Norbert Wiener en 1950). La pandémie de la Covid-19 se traduit par une accélération du télétravail réalisé à domicile, matérialisant une plus forte réduction de la frontière entre espace privé et espace personnel déjà entamée avec le développement des NTIC. Post-Covid, l'essor du télétravail aurait permis d'économiser entre 15 % et 35 % des surfaces de bureaux en France (Groupe Global, 2022). Un modèle hybride, caractéristique des organisations qui se veulent agile, et mêlant présentiel et télétravail, se met en place ; cette hybridation pousse les entreprises à adapter les locaux pour qu'ils attractifs (« *mieux qu'à la maison* »), fonctionnels (*plug and work*) tout en favorisant la collaboration de proximité ou à distance (visioconférence, webcam, micro...).

Ces nouvelles tendances d'organisation spatiales, tournées vers la mutualisation, la flexibilisation et l'externalisation des bureaux, posent la question de l'efficacité de la fonction intégratrice et identitaire des espaces de travail. Comment fédérer le groupe, maintenir l'esprit d'équipe, réussir l'intégration des nouveaux lorsque les membres travaillent dans des lieux et horaires asynchrones ? Cette problématique est d'autant plus prégnante que les jeunes générations ont un taux de rotation dans l'entreprise plus élevée, ce qui exige une adaptation des processus d'intégration et de fidélisation.

En réponse à cette problématique, les entreprises créent des moments et espaces de convivialité, qui permettent au personnel de se retrouver dans une ambiance plus propice aux communications extra-professionnelles. Pour Edgar H. Schein, (1985), l'organisation devient anthropologique, car elle met l'accent sur les valeurs et la culture pour fédérer autour d'une identité au travail attractive et fidélisante : plus les espaces de travail sont dépersonnalisés, plus le besoin d'une marque employeur forte devient stratégique.

Mais comme le souligne Méda & Vendramin (2013), une distance peut perdurer, notamment entre les générations uniquement du fait des différences d'âge ou si la composition démographique du personnel ne favorise pas la mixité des équipes ; les sujets de conversations et centres d'intérêt peuvent effectivement varier fortement avec l'âge. « *C'est sûr qu'on ressent plus la différence d'âge dans leurs discussions. Eux parlent de leurs problèmes d'adolescents et de jeunes (...) alors que nous, on est dans cet âge-là, donc on se sent un peu concernées, mais de l'autre côté* » confie une infirmière italienne de 22 ans, dans l'étude européenne menée par Méda (ibid.). Très souvent, à l'hôpital, ce gap générationnel se traduit en un gap de grade pour une même catégorie de métiers : les internes, les assistants, les seniors, les universitaires... la progression dans les carrières se réalisant avec l'ancienneté. C'est pourquoi, se retrouveront en sous-groupes dans ces moments/espaces de convivialité, des personnes de grades semblables qui partagent de fait la même réalité générationnelle.

En somme, le rôle social du bureau a fortement évolué passant de la taylorisation à la *dé-verticalisation* des organisations. « *Espace imposé par l'institution, le bureau est avant tout un espace de vie, c'est-à-dire un lieu occupé, parfois partagé, toujours réinvesti par les occupants qui en délimitent les frontières et lui donnent un nouveau caractère dans lequel le groupe (ou l'individu) se reconnaît et affiche ses appartenances* » (Monjaret, 2012). Si cette fonction sociologique est prise en compte par les architectes et designers dans le dimensionnement et l'aménagement des espaces de travail des entreprises du tertiaire, à l'hôpital le cadre réglementaire est peu contraignant sur cette question lors de la conception des programmes immobiliers ; elle est donc souvent traitée de manière accessoire.

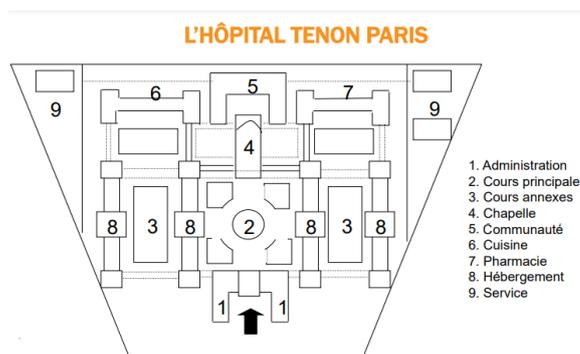
1.2 Le tertiaire à l'hôpital : une liberté architecturale préservée du dimensionnement surfacique d'un besoin supérieur aux ressources.

1.2.1 L'évolution de l'architecture hospitalière et de la place du tertiaire

Le dimensionnement et l'aménagement du tertiaire dans les hôpitaux publics ont évolué avec le rôle de ces derniers dans le système de santé. Historiquement, les hôpitaux en France relevaient essentiellement de la mission de charité de l'Église qui les érigeait en Hôtels-dieu pour prendre soin des plus démunis. Construits à proximité des sites religieux, le tertiaire, qui incluait le dortoir des religieuses, était très minimaliste, car la prise en charge se faisait essentiellement par les membres des congrégations géographiquement proches. Le concept architectural de ces lieux, ecclésiaux et rigoureux, suivait un double objectif : d'une part, isoler les malades de la ville et d'autre part faciliter la circulation à l'intérieur pour une surveillance efficace (plan en croix autour d'une chapelle). Le confort du personnel était alors monastique, adapté pour une vie spartiate : « *Dans l'aile perpendiculaire, se situe le lavoir d'été, le bureau de la religieuse en charge du linge qui sert de chauffoir aux lavandières, l'apothicairerie, le laboratoire et la salle de distribution des tisanes.* » décrit ainsi Rousteau-Chambon (2017).

La municipalisation de la gestion des hôpitaux amorcée en 1662 par Louis XIV et confortée par le Directoire de 1796, transfère aux communes le défi de la gestion des Hôtels-dieu en précarité financière. La centralisation devient la réponse à l'obligation d'optimisation des ressources : ainsi, à Paris, est constitué un bureau central des admissions qui répartit les malades dans les hôpitaux (Salaün, 2003) ; aujourd'hui, cette organisation correspond actuellement à l'externalisation géographique et à la mutualisation de la fonction d'ordonnancement au niveau d'un territoire de santé. Par ailleurs, les réformes hospitalières se traduisent par la suppression des congrégations religieuses des hôpitaux dont la fonction médicale est renforcée ; le tertiaire se développe ainsi pour garantir l'effectivité de soin (essor des spécialités portées par des services) et pour favoriser l'enseignement clinique : amphithéâtre d'anatomie, salle de dissection, logement et restauration des internes.

L'essor de l'hygiénisme pasteurien fait émerger une nouvelle architecture hospitalière : les *hôpitaux pavillonnaires*, dans lesquels les services sont répartis dans des petits bâtiments séparés afin de favoriser le renouvellement et la circulation de l'air (*doctrine aériste*) et de se prémunir des contagions (*théorie des miasmes*).



Le plan de l'Hôpital de Menilmontant ou de Popincourt (futur Hôpital Tenon) Conception 1868/1872 et mise en service 1878 - Architecte Billon

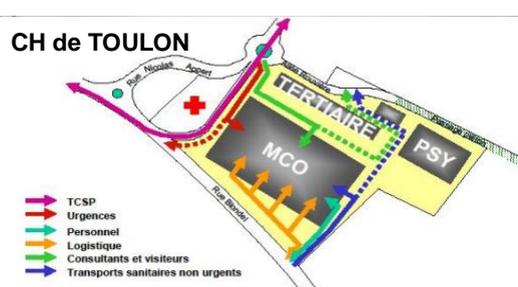
D'abord construits sur plusieurs étages (système Tenon) les pavillons seront ensuite édifiés avec un seul étage (système Tollet). Dans ces bâtiments, le tertiaire est généralement situé aux extrémités du bâtiment (voir Annexe 4) sans règles formelles de dimensionnement : la surface sera de 18 % à l'hôpital Tenon ; 14 % à l'hôpital Lariboisière... Cette architecture présente toutefois de nombreuses limites :

- ✚ Elle est consommatrice de surfaces et donc coûteuse en frais d'acquisition de terrain ; la rareté et la cherté grandissante du foncier freinent son expansion. Ainsi, le premier hôpital pavillonnaire, l'hôpital de la marine de Rochefort, prévu sur 10 bâtiments, sera finalement ramené à 8 bâtiments pour des raisons budgétaires.

- ✚ La distance à parcourir entre les pavillons souvent reliés par des galeries souterraines est génératrice de coûts organisationnels et d'inconfort pour les patients ;

- ✚ La faible évolutivité des locaux qui ne peuvent intégrer les nouvelles techniques du bâtiment (construction en béton, techniques de développement vertical...)

Ces inconvénients conduisent à un abandon progressif de cette architecture, abandon conforté par la généralisation de l'usage des antibiotiques qui rend inutile l'éloignement géographique pour éviter la contagion. Dès le début du XX^e siècle, les *hôpitaux-blocs* sont érigés : les différents services sont répartis dans les étages de grands bâtiments qui bénéficient de l'essor du mouvement des gratte-ciel et de l'invention de l'ascenseur.

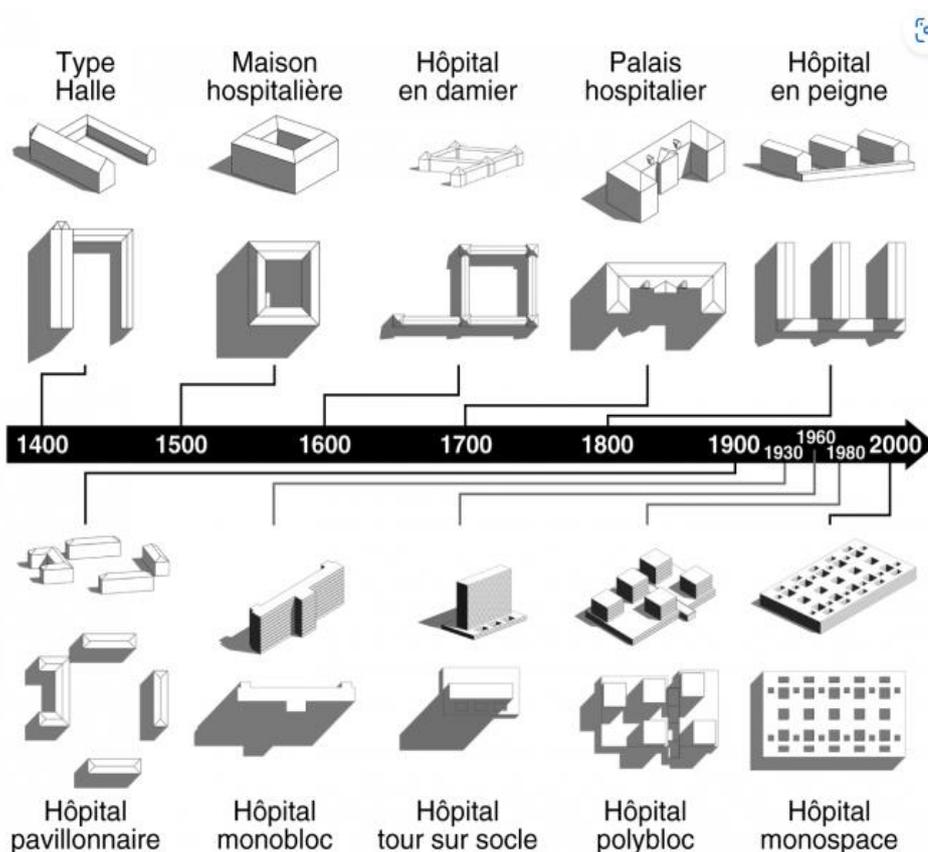


Dès le début du XX^e siècle, les *hôpitaux-blocs* sont érigés : les différents services sont répartis dans les étages de grands bâtiments qui bénéficient de l'essor du mouvement des gratte-ciel et de l'invention de l'ascenseur. Des « modèles standards » (Beaune, Fontenoy, Duquesne) sont définis afin de favoriser l'accueil d'un maximum de patients, la flexibilité des organisations et le déplacement du personnel dans une emprise au sol restreinte ; les bâtiments vont gagner en hauteur les volumes qu'ils ne peuvent obtenir en largeur. D'abord sous forme de monoblocs érigés dans de grandes tours, les hôpitaux deviennent à partir des années 1980, *polyblocs* avec des services répartis dans plusieurs bâtiments de plus petites tailles. Les zones tertiaires de chaque service sont idéalement situées à proximité des lits ou regroupées dans des PC médicaux (comme dans le cas du CH de Toulon).

Au XXI^e, se déploient des *monospaces hospitaliers* développés par l'agence architecturale Brunet Saunier (Brunet et al 2014). L'hôpital est construit sur une plaque homogène de forme simple, creusée de patios pour mettre le maximum de locaux en lumière naturelle. L'ensemble est assez compact pour optimiser la performance fonctionnelle (circulation fluide des patients, du personnel et du matériel) et rationaliser la consommation des ressources (personnel, énergie...). Les patios sont stratifiés sur 5 ou 6 niveaux, avec des plateaux dont l'affectation fonctionnelle peut évoluer dans le temps ; la localisation des services est donc interchangeable. En général, les fonctions hospitalières sont en bas et l'hébergement au-dessus (sauf dans les bâtiments d'obstétrique). Le tertiaire médical sera idéalement situé dans les niveaux supérieurs. L'enveloppe est unitaire ce qui confère une égalité aux différentes fonctions, afin de faciliter leur regroupement et d'autoriser l'extensibilité des bâtiments.

Ainsi, le paysage des hôpitaux a beaucoup évolué depuis plusieurs siècles (voir Figure 1) avec les Hôtel-Dieu en centre-ville, les hôpitaux pavillonnaires en périphérie pour isoler les patients, les hôpitaux monoblocs puis *polyblocs* du XX^e siècle, et les monospaces actuels. Le rythme des changements s'est accéléré avec les réformes hospitalières : flexibilité et évolutivité apparaissent désormais comme les principes fondateurs qui encadrent les contraintes à prendre en compte dans la construction des futurs hôpitaux.

Fig. 1 - Histoire de la typologie hospitalière © BSA, dessin : Jacques Lévy-Bencheton.



1.2.2 Le tertiaire et les contraintes architecturales de flexibilité et d'évolutivité

Les programmes architecturaux des hôpitaux sont conçus pour les rendre les plus flexibles et évolutifs possibles afin qu'ils puissent intégrer différentes opportunités et contraintes :

- Evolutions techniques dans la prise en charge médicales qui peuvent se traduire par une augmentation de la demande en surface : la robotique dans les blocs, la numérisation de l'imagerie médicale, la chirurgie non-invasive...
- Performance logistique qui impose de penser l'hôpital en termes de flux de personnes et de matériel dont il faut clarifier et simplifier la circulation.
- Contrainte environnementale qui exige d'intégrer les caractéristiques durables dans les programmes (démarche Haute Qualité Energétique dans la gestion de l'énergie, de l'eau, de l'air, des bruits...)
- Organisation territoriale de la santé basée sur un réseau de soins, et orientée vers le virage ambulatoire et la gradation des soins avec un recours croissant aux urgences
- Règles budgétaires qui imposent de la rigueur dans les dépenses compte tenu de la tendance haussière des dépenses de santé. Les financeurs publics (ARS, CNIS...) exigent une visibilité du retour sur investissements (ROI) des dépenses.
- Evolution des techniques de gestion qui se traduit par la mutualisation de plusieurs locaux et la sous-traitance de certaines prestations
- Un hôpital humain dans lequel les usagers et professionnels peuvent y mener une vie sociale dans des espaces propices à la convivialité et aux actions culturelles et artistiques. Le projet d'établissement est donc enrichi d'un projet de vie compatible avec le projet médical et le projet de soin. Il permet de construire un hôpital « *où il fait bon de travailler et où il fait bon de se faire soigner* » comme dans les hôpitaux magnétiques (Brunelle, 2009).

La conception du tertiaire médical intègre ces différentes contraintes, les trois derniers ayant toutefois plus d'impact : ainsi, les nouveaux bureaux sont éclairés en priorité à la lumière naturelle, bénéficient d'un chauffage et climatisation modernisés, ont des installations acoustiques limitant les nuisances sonores... L'objectif est de passer d'aménagements déshumanisés et impersonnels qui font "*couloir d'hôpital*" à des espaces chaleureux, inclusifs, dont l'ergonomie incite à leur appropriation par les occupants. Afin d'être flexibles et évolutifs comme les autres espaces, ils suivent la logique de regroupement des organisations hospitalière et de mutualisation des ressources.

Les programmes de modernisation se développent effectivement dans un contexte de regroupement de moyens, voire d'alliance interne ou externe (DGOS, Guide 2019). Ce regroupement peut se faire suivant différentes logiques : par discipline (médecine, chirurgie obstétrique...) subdivisée en spécialités, par type de population (adulte, enfant, parturiente,

pathologie psychiatriques...), par mode de prise en charge (hospitalisation complète, ambulatoire, consultations, urgences), ou dans une logique de flux (programmées, non-programmées...). Le dimensionnement et la localisation du tertiaire dépendront de la logique de regroupement choisi. A titre d'illustration, un programme de modernisation basée sur le regroupement des spécialités par mode prise en charge se traduira pour les chirurgiens par un exercice sur 3 lieux différents : blocs, unité d'hospitalisation, plateau de consultation. Dans la pratique, la tendance est à une harmonisation des principes de répartition spatiale des activités (Martin, 2004) : regroupement des unités d'hospitalisation standardisées, regroupement des plateaux techniques (blocs, imagerie, stérilisation), regroupement des services externes (consultations, urgences...), regroupement des services généraux (logistique, hôtellerie, administratif...)

La localisation des bureaux médicaux, optimisée du point de vue du professionnel sera alors celle qui minimise les trajets quotidiens. Ces derniers peuvent être analysés selon deux dimensions : médicale et spatiale :

- La dimension médicale procède à un regroupement spatio-temporel d'un même type d'actes exécutés successivement auprès des malades. Ex : matinée au bloc, après-midi en unité de soins, consultations une fois par semaine...

- La dimension spatiale minimise la distance parcourue lors des déplacements en les organisant sous une forme de tournée, dans une logique de marche à l'avant.

Outre ces deux dimensions, la localisation intégrera le critère d'unicité des bureaux de l'équipe afin de maintenir la cohésion du service, la répartition spatiale étant en effet un élément fédérateur du collectif (Dumas, 2016). Pouvoir se retrouver tous ensemble, un moment dans la journée, avoir des temps et lieux de pauses communs permet de faciliter les interactions et de fluidifier la communication.

In fine, le tertiaire du service de soin sera donc positionné selon les effectifs nécessitant un poste de travail, la surface des locaux disponibles et la localisation des différents lieux de prise en charge. Si historiquement, le service a souvent été localisé au plus près des malades, les tendances actuelles dans l'hôpital monospace sont à un regroupement dans des plateaux tertiaires. Dans ces plateaux, l'agencement des bureaux est également concerné par les exigences de flexibilité et d'évolutivité qui guident les nouvelles architectures hospitalières. Le modèle d'organisation spatiale qui répond le plus à ces critères est l'open space, car ses frontières facilement amovibles permettent de redimensionner rapidement des services.

Cela étant, la généralisation des *open space dans les monospaces hospitaliers* ne s'observe pas encore, ni dans les (re)constructions récentes ni dans les recommandations issues des guides architecturaux et sur lesquels s'appuient de nombreux programmes immobiliers.

1.2.3 Le tertiaire dans les référentiels de dimensionnement surfacique

Afin d'accompagner les projets d'investissements hospitaliers, le ministère de la Santé a publié des référentiels successifs de dimensionnements des surfaces.

✚ Le premier référentiel a été édité en 2008 par la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MNAIH, 2008). Sa méthodologie consiste à partir de la projection d'une activité donnée (nature et volume), à identifier l'unité physique de production de cette activité (lits, places, box, salles...) et à réaliser le dimensionnement de celle-ci. La surface attribuée aux bureaux d'une unité de soins est 1 poste de travail de 27 à 30 m² pour 5 à 8 lits et places (Voir Annexe 5). Cette surface inclut les bureaux des médecins, des internes, la salle du staff et le secrétariat ; dans l'illustration pratique proposée par le guide, ces bureaux représentent en moyenne 5 % de la surface totale (SDO \equiv surface dans œuvre). Le référentiel laisse une liberté totale de localisation de ces bureaux qui peuvent être situés dans les unités de soins ou regroupés dans un poste central, ou un mixte entre les deux. Pour précisions, toutes les fonctions éparses (le bureau des admissions, les vestiaires, l'hygiène, le département de l'information médicale dit DIM, les locaux syndicaux, culturels, associatifs...) sont regroupées sous le vocable de tertiaire administratif et dimensionné à 8 % à 12 % des surfaces de soins.

✚ Un outil de dimensionnement plus élaboré \AE LIPCE est mis au point en 2012 par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), agence créée sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) et qui reprend notamment les missions de la MNAIH. Outil de dialogue et d'aide à la décision, \AE LIPCE reprend la démarche d'identification des surfaces du premier référentiel de 2008 à savoir un dimensionnement surfacique à partir d'une prévision d'activité. Les règles de dimensionnement du tertiaire médical sont également inchangées : 1 poste de travail de 27 à 30 m² pour 5 à 8 lits. Quant au tertiaire administratif, son dimensionnement évolue, car il inclut en plus des fonctions identifiées dans le précédent référentiel les salles de réunion, de formation, les salles serveurs : la surface nécessaire est estimée à 12 m² par poste de travail tous grades et statuts confondus. Cela étant, ce guide recommande en outre de mener des études spécifiques pour dimensionner correctement le tertiaire ; il laisse ainsi la liberté aux managers de s'affranchir des recommandations sans que cela ne soit pénalisant pour leur demande de financement.

Outre \AE LIPCE, l'ANAP a conçu un outil de simulation architectural : OSCIMES (observatoire Immobilier de la Santé). Il permet d'estimer les surfaces et le coût des travaux immobiliers, en fonction des secteurs d'activités et des services fonctionnels. La simulation peut distinguer les projets sur bâtiments neuf ou sur bâtiment existant. L'outil de simulation est alimenté par les projets immobiliers de plusieurs hôpitaux, ce qui en fait un outil compatible à une démarche empirique.

✚ En 2022, un nouveau référentiel de dimensionnement surfacique a été publié par le Conseil National d'Investissement en Santé (CNIS). Comme les précédents, il est élaboré par observation de plusieurs programmes immobiliers. Dès le préambule, le référentiel indique que les préconisations proposées ne peuvent être appliquées qu'à la construction des bâtiments neufs. En d'autres termes, les projets de modernisations des bâtiments existants doivent réaliser leurs propres études pour adapter les dimensionnements aux surfaces disponibles. De façon générale, les préconisations de surface de ce nouveau référentiel représentent en moyenne une augmentation de 5 % par rapport au référentiel de 2008. Les plus fortes hausses provenant des unités de surveillance continue et de soins intensifs qui doivent pouvoir être transformées en lits de réanimation, ainsi que des blocs qui intègrent désormais des salles hybrides. Même les zones d'hébergement conventionnel sont en augmentation du fait entre autres de la privatisation des salles de bains et de la généralisation de l'usage des équipements d'aide à la mobilisation. *A contrario*, les plus fortes baisses de surface s'observent sur le plateau médicotechnique notamment en radiologie (surtout l'imagerie par coupe) et en laboratoire (du fait de l'automatisation). Quant au secteur tertiaire, son évolution est marquée par la mutualisation des espaces de réunions et la pratique du co-working. Le guide préconise pour le tertiaire médical 1 poste de 20 à 24 m² pour 4 à 5 lits, avec des bureaux individuels pour les praticiens à temps plein ; et pour le tertiaire administratif, 10 % de la SDO des secteurs de soins.

En somme, les hôpitaux actuels sont très souvent le résultat de constructions anciennes, auxquelles ont été ajoutées des extensions successives, justifiées mais non-coordonnées dans le temps. *« C'est dans ce contexte d'établissements issus des différentes époques, dont l'architecture est plus ou moins bien adaptée aux exigences de confort et de sécurité actuelles, que la recomposition de l'offre de soins doit être organisée. »* précise le Ministère de la Santé dans le guide architectural hospitalier (2019). Or, l'évolution des référentiels de dimensionnement surfacique laisse entrevoir une augmentation du besoin en surface, augmentation difficile à satisfaire lorsque le programme immobilier porte sur la réhabilitation d'anciens bâtiments qui ne peuvent être agrandis ni en hauteur ni en largeur. Cette contrainte architecturale qui pèse généralement plus fortement sur le tertiaire, car dimensionné après les fonctions de soins, logistiques et techniques, représente dès lors un défi pour le manager qui doit alors compter sur de l'innovation organisationnelle pour améliorer la performance de l'utilisation des surfaces.

1.3 Les bureaux et les managers : un agencement qui oscille entre performance organisationnelle, promotion de bien-être et symbolisation du pouvoir

La contrainte architecturale, entendue comme la surface totale disponible pour le tertiaire médical, s'imposant au manager responsable d'un établissement de santé, d'un pôle ou d'un service, celui-ci utilise l'agencement et l'aménagement des bureaux pour répondre à des objectifs de performance organisationnelle, sans nuire à la qualité de vie au travail et tout en gardant la symbolique managériale qu'ils doivent refléter.

1.3.1 La performance organisationnelle du tertiaire médical

La performance organisationnelle du tertiaire médical dans les hôpitaux, peut être observée au travers de deux objectifs ; l'un inscrivant le travailleur dans le dialogue, la collaboration, l'échange, et l'autre le situant dans une spatialité et une temporalité plus autonome :

✚ Objectif informationnel qui est l'optimisation la qualité de la transmission des informations dans une unité de soins. Il peut s'agir d'informations devant être communiquées au plus grand nombre de professionnels de l'unité (relève médicale, relève infirmière, réunion de service...) ; leur transmission se fait en général dans des espaces collectifs (PC médical, salles de soin). Il peut s'agir d'informations plus ciblées, destinées à un nombre restreint de professionnels : l'échange se fait alors dans des bureaux privatifs (bureau du cadre, du chef d'unité...). Par ailleurs, en plus des médecins, étudiants, infirmiers et aides-soignants et secrétaires, d'autres acteurs, dont certains sont assez récents, interviennent auprès des malades et nécessitent des espaces d'échange garantissant la confidentialité : assistantes sociales, infirmiers de coordination (IDEC), infirmière de pratique avancée (IPA)...

✚ Objectif cognitif qui est l'optimisation de la fonction intellectuelle nécessitant du temps et de l'espace pour la concentration individuelle. Cet objectif concerne essentiellement les médecins seniors, mais également les acteurs exerçant des fonctions de gestionnaire, d'encadrement, de recherche, voire d'administration ; leur espace de travail doit alors favoriser l'expression et le développement de leurs capacités dans des activités dont ils possèdent l'initiative et/ou l'intelligence. Le référentiel du ministère précise que ces espaces de travail peuvent être situés à l'extérieur de la zone de prise en charge des patients.

Afin d'atteindre ces objectifs de performance organisationnelle et dans un contexte de contrainte surfacique, le manager peut mettre en place un mix de différentes organisations spatiales: bureaux individuels, bureaux collectifs cloisonnés (pour 2 à 4

personnes) et les espaces de travail ouverts (*open space* pour au moins 5 personnes). Il peut également déployer de nouvelles modalités organisationnelles, tournées vers une gestion au plus juste (*approche lean*) afin d'optimiser l'utilisation des surfaces ; il peut s'agir :

- ✓ De la mutualisation des postes de travail partagés : elle se traduit par la suppression de l'attribution nominative des postes de travail et concerne généralement les collaborateurs de mêmes métiers (kinésithérapeutes, psychologues, technicien de recherche). Ainsi des postes polyvalents sont attribués à des professionnels du même métier qui s'organisent pour leur occupation, le bureau devant être laissé propre au départ de son occupant temporaire. Cette organisation, adaptée aux professionnels qui n'exercent pas à temps plein (vacataires) peut également s'appliquer à ceux qui peuvent faire du télétravail (gestionnaires de données, chercheurs, secrétaires...).
- ✓ De la "*transversalisation*" de certaines fonctions (pool de secrétaires, plateau des diététiciens, des chercheurs, PC médicaux...). Cette organisation favorise le travail en collectif, qui concerne les $\frac{3}{4}$ des professionnels de l'hôpital (DRESS, 2009) et est d'autant plus efficace que la mutualisation transcende les frontières d'un service de soin ou d'un pôle pour créer un service transversal. Elle participe également de la recherche d'efficacité managériale en matière de ressources humaines (Belzile & Al, 2012).

Enfin, le bureau en tant que lieu de vie doit permettre au travailleur de se sustenter durant ses heures de travail. L'article 7 du décret 2002-9 instaure ainsi un temps de pause réglementaire de 20 min pour le déjeuner « *lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives* ». L'employeur peut accorder un temps de coupure plus important (45 min d'usage) afin de permettre au salarié de déjeuner hors de son unité de soin. La plupart des hôpitaux disposant de plus de 50 professionnels, ils sont tenus de mettre à disposition du personnel un local de restauration (self). De nombreux établissements apportent un soin particulier à l'aménagement des espaces de restauration collective, ainsi qu'au menu, car la restauration est un indicateur de la qualité des conditions de travail. Cela étant, l'organisation du temps de travail contraint certains professionnels (IDE, AS) à déjeuner rapidement (20 min) dans leur unité de soin afin de pouvoir répondre à une éventuelle sollicitation des patients. De ce fait, la configuration des locaux de l'unité de soins doit intégrer des espaces de convivialité suffisamment grands pour permettre au nombre de soignants présents d'y déjeuner. Idéalement, cet espace doit être distinct de l'office alimentaire des patients, la coupure physique facilitant la coupure mentale et améliorant l'efficacité de ces moments de répit. Les guides du ministère ne fournissent pas de recommandations sur le dimensionnement de ces espaces de pause, mais certains professionnels ont établi des référentiels pour leur service ; c'est notamment le cas de la

société savante des anesthésistes-réanimateurs (SFAR) qui dimensionne cette salle de détente à 20 m² pour une unité de 8 à 12 lits (Annexe 6). Dans la pratique, en cas de contrainte surfacique, la salle à manger des soignants est l'une des pièces la plus souvent sous-dimensionnée (voire supprimée) en cas de contrainte surfacique, avec des aménagements légers tels que des mange-debout en lieu et place de tables de déjeuner.

Au final, le point commun de ces innovations organisationnelles est qu'elles repensent le bureau comme une ressource partagée et non plus comme une ressource individuelle. La mutualisation, lorsqu'elle est possible, apparaît comme la clé de la performance organisationnelle. Cela étant, cette dépersonnalisation de l'espace de travail n'est pas sans conséquences sur la qualité des conditions de travail des professionnels.

1.3.2 Le tertiaire comme praxis performative de la qualité de vie au travail

Avec l'évolution des organisations et le déploiement des NTIC, plusieurs modes d'agencement des espaces de travail sont désormais possibles. L'espace de travail peut ainsi être cloisonné ou ouvert, individuel ou collectif, territorialisé ou partagé, fixe ou flexible, au sein de l'entreprise ou externalisé... Or, depuis l'après-guerre, le lieu de travail est de plus en plus perçu comme un lieu de vie (Pillon 1996) dont les *facility manager* cherchent à optimiser l'usage en alliant confort et productivité. Les travaux de Fischer et Vischer (1997) expliquent comment aménager les espaces de travail afin d'obtenir les objectifs de productivité et de satisfaction du personnel compte tenu des contraintes financières et surfaciques.

L'enquête conduite par Actineo (Annexe 7) sur le bien-être au travail révèle que les facteurs les plus valorisés sont par ordre d'importance : les relations avec les collègues ; l'espace dans lequel s'effectue le travail ; la qualité de l'aménagement du bureau ; l'absence de bruit et la climatisation. L'espace de travail est donc un élément important de la qualité de vie au travail : il a une influence sur le bien-être de 86 % des sondés, sur l'efficacité de 80 % d'entre eux, et sur la motivation de 72 % des participants. Derrière les bureaux, se cache ainsi un enjeu de performance (D'Iribarne, 2012) ; il y a une construction sociétale dans le milieu du travail qui se reflète dans l'agencement des espaces de travail : ceux qui exercent des fonctions d'encadrement sont généralement dans des bureaux cloisonnés et nominatifs (le bureau du cadre), tandis que se retrouvent dans les espaces collectifs ceux qui se partagent les fonctions d'exécution d'un même périmètre (salle de soins, secrétariat d'un service) ou qui remplissent des missions similaires (techniciens d'information médicale, attachés de recherche clinique...). La cohabitation dans un même espace de travail encourage à la fois la communication, la collaboration professionnelle et le partage des temps de détente (déjeuner, pause-café ensemble).

In fine, l'agencement des espaces résulte de la combinaison de 2 logiques différentes : d'une part celle des employeurs qui veulent encourager le travail d'équipe, la collaboration et la transversalité en promouvant des espaces d'échange ; et d'autre part celle des salariés qui aimeraient pouvoir s'organiser librement en fonction des objectifs qui leur sont assignés. L'aménagement d'un bureau collectif pourra ainsi être modifié par les occupants (positionnement des meubles, orientation des tables...) afin d'améliorer leur bien-être et de mieux s'approprier cet espace collectif. Il en découle que la mise en place d'un nouvel aménagement peut soit entraîner une amélioration du confort au travail, soit générer un malaise au travail que le manager doit anticiper.

La problématique posée par l'agencement des espaces de travail devient prépondérante dans les années 1970 ; deux mouvements sont alors à l'œuvre : le premier organisationnel se traduit par le déploiement des bureaux paysagers ; et le second architectural, conduit à l'agrandissement des bâtiments favorisant notamment l'hôpital-bloc. La canicule de 1976 qui causa 4 500 morts (Santé Publique France, 2019) poussa les syndicats à alerter sur les conditions de travail dans les grands immeubles. Les travaux menés par l'Agence Nationale de l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) révélèrent des pathologies associées à ces environnements de travail : anxiété, dépression, prise de poids, troubles cardio-vasculaires, troubles psychosomatiques, prises de poids... ce sont de « nouvelles pathologies du bureau » qui touchent les employés et cadres travaillant dans le tertiaire et passant plus de temps dans des bureaux fermés et ventilés qu'à l'extérieur. Ce constat ouvrit la voie à une véritable réflexion sur la qualité des conditions de travail dans les bureaux. « *Les nuisances attribuées aujourd'hui aux grands bureaux en open space, trouvent leur origine dans ces premières mobilisations des années 1970* » précise Pillon (2012), ce qui pourrait expliquer le retard dans le déploiement de ce mode d'organisation en France.

Les organisations en *open space*, définies comme des espaces réunissant plus de 4 personnes, sont en effet peu développées en France comparativement aux autres pays européens. L'enquête conduite en 2014 par Actinéo, l'observatoire de la qualité de vie au bureau révèle ainsi que le pourcentage des travailleurs de bureau en *open space* est 41 % en Grande-Bretagne, 27 % en Espagne, 25 % au Pays-Bas, contre 17 % en France et 11 % en Allemagne. Cette organisation, qui a émergé avec l'avènement des bureaux paysagers dans les années 1970, s'est généralisée tant parce qu'elle facilitait la communication entre professionnels, le travail en équipe et l'invisibilité des liens hiérarchiques (Oldham & Brass, 1979), que parce qu'elle permettait d'optimiser l'usage des surfaces rendues onéreuses par le coût croissant du foncier (Pillon, 1996).

Si ce mode d'aménagement spatial des bureaux s'est naturellement imposé dans les domaines dans lesquels différents acteurs travaillaient simultanément sur le même objet (salle de marché, salle de presse, atelier d'architecture...) ainsi que dans certaines professions aux processus standardisés (accueil, secrétariat, comptabilité...) elle conquiert progressivement d'autres activités souvent non-tertiaires. Ainsi certains hôpitaux construisent les blocs opératoires en *open space* : en 2006, le CHU de Grenoble a ouvert un bloc opératoire en *open space* de 180 m² réunissant 4 cellules ; en 2017, l'hôpital Cochin de l'AP-HP a regroupé ses services d'ophtalmologie dans un Ophtalmo-Pôle avec des blocs en *open space* permettant d'opérer 3 patients simultanément. La généralisation de l'*open space* dépasse ainsi la frontière du tertiaire, ce qui rend d'autant plus prégnante la question de son impact sur les conditions de travail.

Le baromètre Actinéo révèle que les salariés qui travaillent en *open space* trouvent cette organisation moins satisfaisante que celle des bureaux individuels ; en effet, 88 % des français en bureau individuel disent trouver leur installation satisfaisante contre 67 % des travailleurs en *Open space*. La première cause d'insatisfaction est le bruit, devant de l'air, la température et l'éclairage (Ravallec, 2021). La nuisance sonore est également le principal inconvénient soulevé dans le bloc opératoire de Grenoble (Buisson, 2018).

Outre les installations, le mode de contrôle instauré par cette organisation est également source d'inconfort pour les utilisateurs. Si l'*open space* matérialise la fin du management pyramidal pour un management transversal, il signifie également le basculement du contrôle centralisé vers un « contrôle social » ; les salariés ont des objectifs à atteindre et une certaine liberté d'organisation de leur travail pour atteindre cet objectif, mais la pression des paires fabrique un conformisme comportemental (heures de départ, d'arrivée...) qui garantit leur productivité. C'est ce qu'explique l'écrivain Des Isnard (2008) « *Mais la comédie humaine a de nouveaux codes et la première des choses à apprendre quand vous arrivez dans l'open space, c'est... d'avoir l'air toujours débordé* ». Ainsi, le manque d'intimité architectural et la promiscuité incitent à un conformisme comportemental riche en « paraître, avoir l'air », un diktat d'une convivialité permanente qui laisse peu de place à l'expression des tristes passions spinoziennes. Ce contrôle social permanent est générateur de stress induisant des difficultés à se concentrer et donc une baisse de productivité. Il y a ainsi dans les open space plus d'arrêts-maladie (62 % de plus selon Pejtersen et al, 2011). Ces arrêts-maladie sont notamment dus au stress ce qui soulève une question de santé publique importante, car la dépression est selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2022), la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde ; il convient donc de veiller à ce que les espaces de travail ne participent pas de sa diffusion.

Par ailleurs, certaines études reviennent sur le postulat d'une communication améliorée dans un open space. En effet, l'organisation paraît inadaptée aux confidences personnelles, et aux conversations privées (Sundstrom et al, 1994). En outre, selon Bernstein et Turban (2018) le passage en open space peut se traduire par une baisse des échanges face-à-face, couplé à une hausse des correspondances par mail ou par téléphone.

Pour corriger les défauts de ce mode d'organisation, des « open space intelligents » sont de plus en plus déployés (Actinéo 2017) ; ils incluent une meilleure gestion de l'acoustique, de l'aération, de l'éclairage, et l'ergonomie des meubles permet de limiter les nuisances sonores et visuelles. Ils prévoient des salles de réunion, des espaces d'intimité (lieux de repli permettant de s'isoler) ainsi que des espaces de détente. Et pour "*horizontaliser*" la hiérarchie, les directions jouent la transparence avec des bureaux à proximité des opens space, cloisonnés mais translucides, et toujours porteurs de la symbolique managériale qu'ils doivent refléter.

1.3.3 La vocation symbolisatrice du bureau : antre du pouvoir... en liquidation ?

Le mot « symbole » vient du grec « *súmbolon* » qui signifie « *objet coupé en deux, dont les parties réunies à la suite d'une quête permettent aux détenteurs de se reconnaître* » ; c'est donc un objet, un signe de reconnaissance convenu entre différentes parties, une réalité matérielle qui incarne des idées, notions ou concept immatérielles telle que le pouvoir, entendu comme la capacité à conduire les autres à agir d'une certaine façon.

Le pouvoir est donc une notion qui reflète les relations de domination/subordination entre parties et qui peut être matérialisé par des symboles, des codes, des rites... Le lieu d'où il exerce est également porteur de symbole, il est « *à la fois porteur de pouvoir dans l'ordre spatial et porteur de l'espace dans l'ordre du pouvoir* » précise Monnet (1998). Cette fonction "*symbolisatrice*" de l'antre de laquelle émanent les décisions des personnes détenant un pouvoir important a donné naissance à de nombreuses métonymies universellement reconnues. Il en est ainsi du *bureau ovale*, symbole du pouvoir du président de la première puissance économique et militaire ; ceux qui fréquentent ce bureau, des conseillers à la femme de ménage, se sentent honorés, élevés, anoblis par cet espace dans lequel très peu de privilégiés sont admis (Edelman, 1997). C'est également le cas de la « *table ronde* » dont Shakespeare en fait le symbole du pouvoir de la légende arthurienne et dont la simple évocation rappelle que c'est autour de ce meuble que les chevaliers les plus méritants du royaume échangeaient sur les stratégies portant sur la destinée du royaume. Plus récemment la célèbre série de romans « le trône de fer » a fait le choix d'une représentation du pouvoir par « le fauteuil en fer », objet mythique à conquérir.

Dans les entreprises, la manière dont les bureaux sont aménagés, disposés, répartis est empiriquement révélatrice de la répartition du pouvoir. L'aménagement de l'espace de travail a ainsi, outre un objectif d'efficacité organisationnelle, une vocation à refléter la hiérarchie de la structure. Selon les pays, la taille des bureaux augmente plus ou moins grandement avec le positionnement hiérarchique ; selon une étude conduite en 2016 par l'agence immobilière Knight Franck, le rapport entre la taille du bureau d'un responsable et celle de ses assistants est en moyenne de 4 à Honk-Kong, 3,6 aux Etats-Unis, 2 à Londres... mais de 1 en Australie. Des différences existent également dans le positionnement géographique : ainsi dans les immeubles, plus on monte dans les étages, plus on retrouve les bureaux des cadres de haut rang. La justification fonctionnelle étant qu'ils doivent être au calme, isolés des circulations quotidiennes. C'est notamment cette explication qui a conduit à positionner préférentiellement les bureaux médicaux dans les étages supérieurs des hôpitaux érigés en monoblocs : un positionnement spatial qui satisfaisait l'exigence d'une fonctionnalité opérationnelle clairement exprimée (être dans une zone calme) tout en étant au service d'une fonction symbolique, rarement écrite, mais très souvent prise en considération (zone localisée dans les étages les plus hauts).

Si l'architecture hospitalière a beaucoup évolué, l'occupation des espaces de travail dans une unité de soins reflète toujours le rapport de pouvoir qui structure les relations professionnelles. Comme l'indique Pillon (1996) « *nombre d'entreprises ont en effet longtemps aménagé leurs espaces de travail tertiaires selon des taxinomies de surfaces et d'équipements dont les attributions reflétaient le rang de l'usager.* » Mercier (2002) arrive aux mêmes conclusions dans sa thèse sur l'espace hospitalier : elle trouve ainsi qu'une règle non écrite gouverne la distribution des espaces dans les unités de soins qui se traduit « *par une expression spatiale de la hiérarchie hospitalière* ». Plusieurs variables, souvent patentes parfois plus subtiles, permettent de créer cette représentation :

- Le dimensionnement : il existe une corrélation positive entre les mètres carrés attribués et le rang du professionnel.
- La qualité de la pièce : les plus hauts responsables bénéficient d'un meilleur éclairage naturel, en termes d'intensité de la lumière, de surface éclairée... ainsi que des meubles avec de belles qualités esthétiques.
- L'ameublement de la pièce : les meubles, bien que standards, donnent également une idée de l'importance du statut de l'occupant ; la formule *premium* étant souvent réservée pour les hauts responsables. Ainsi, ces derniers disposent en général de bureau de grande taille et ont des fauteuils de meilleure qualité ; de même, la qualité des chaises dans leurs salles de réunion (ex : salle accueillant le conseil de surveillance) est en général meilleure que celle des chaises de la salle de réunion d'une unité de soins.

- La qualité de l'environnement : les professionnels de rang hiérarchique supérieur bénéficient généralement d'une meilleure protection contre les pollutions visuelles, auditives, olfactive, ainsi que d'une bonne gestion de température de la pièce (chauffage, climatisation...). Leur bureau sera situé préférentiellement soit dans une zone permettant au manager d'avoir une large vue de l'équipe (bureau du cadre situé au centre de l'unité de soins), soit dans une zone retirée de la circulation permettant de travailler dans le calme (bureaux médicaux situés aux étages supérieurs). Ils ont également une meilleure vue panoramique.

- Le partage du bureau : les bureaux collectifs et non-nominatifs tendent à disparaître au fur et à mesure que l'on s'élève dans la chaîne hiérarchique. De même, la fréquence de changement des bureaux des responsables est plus faible que celle de leurs subordonnés.

- Le cloisonnement du bureau : les cloisons du bureau sont des frontières qui protègent l'intimité des occupants : les visiteurs doivent obtenir l'autorisation des occupants pour franchir ces frontières. Derrière cette autorisation, se trouve le détenteur de l'autorité, autorité entendue dans son sens étymologique grec, *auctor/augere*, signifiant faire grandir, élever l'autre (Lavigne 2021). L'occupant du bureau détient ainsi une autorité qui lui permet d'accompagner, de guider, de faire cheminer celui qui rentre dans la pièce. C'est pourquoi tous ceux qui exercent une fonction d'encadrement ou qui ont la responsabilité de guider les autres dans l'exécution de leurs missions (cadre, chef de service, directeur...) sont légitimes à occuper un bureau cloisonné, aménagé pour préserver la confidentialité de ce qui s'y passe. Cette position d'autorité est généralement statutaire : elle s'accompagne d'un pouvoir octroyé et encadré par l'institution. Ainsi ; les plus hautes responsabilités donnent un accès privilégié aux bureaux fermés, et majoritairement individuels. Ce cloisonnement permet également d'échapper à la surveillance collective et permanente des bureaux ouverts. Même si certains managers font le choix de laisser leur porte quasi-ouverte, la possibilité de fermer leur bureau demeure un symbole subtil de pouvoir.

A contrario, l'espace de travail du personnel des fonctions d'exécution (accueil, hôtelier, secrétariat, IDE, AS...) ne reflète pas de symbole de pouvoir : « *Il dispose souvent d'un espace à partager à plusieurs, ouvert, de petite taille, en position périphérique, éclairé en lumière artificielle et difficilement accessible* » précise Mercier (2002). Ils sont conçus pour être les plus opérationnels possibles. Très souvent non-nominatifs, l'occupant du jour ne peut les personnaliser. Ainsi donc, derrière l'agencement et la répartition des bureaux, se joue une dynamique du pouvoir très édifiante. Cette puissance du bureau à incarner et véhiculer la culture managériale est modifiée par les nouvelles formes d'organisations spatiales du travail.

L'organisation spatiale du travail s'adapte en effet aux exigences modernes d'évolutivité et de flexibilité des bâtiments hospitaliers. L'agencement et l'aménagement des locaux sont faits dans le souci de conserver la capacité d'adapter la disposition des installations, qui se déploient par conséquent sur des plateaux modulables. : *“on fait tomber les cloisons pour développer la communication, la polyvalence, la flexibilité”* ; *“le rassemblement des services clarifie l'organisation”*. Précise Maclouf (2011). Cette tendance est encouragée par le guide ministériel qui recommande « *de mettre en commun des espaces fonctionnels comme les bureaux* », soit de regrouper et de mutualiser à chaque fois que c'est possible.

C'est le choix fait par l'AP-HP lors du déménagement de son siège à l'hôpital Saint-Antoine en 2022. Le nouveau bâtiment propose aux 3 400 collaborateurs qu'il accueille des bureaux ouverts sur l'environnement, des espaces de travail communs ouverts à tous.



Ce décroissement se traduit néanmoins par un affaiblissement de la symbolique managériale. En effet, en intégrant les mêmes espaces visuels et sonores que leurs équipes, les managers de proximité perdent en pouvoir territorial. Si cette organisation est plus adaptée à un management horizontal, basé sur des objectifs à atteindre, elle se traduit par un transfert du contrôle centralisé au niveau hiérarchique au contrôle social. Le manager est de ce fait également contrôlé par ses subordonnés qui peuvent l'observer au quotidien. La question de l'exemplarité du responsable devient alors essentielle : conscient d'être observé en permanence, il subit l'effet panoptique de ce type d'organisation. Cette approche est assumée par certaines organisations qui font de la transparence et de l'équité les fondements de leurs valeurs. C'est ainsi que le groupe Axérial, le leader français de la collecte de matières agricoles, a fait le choix, lors d'une opération de regroupement de deux de ses structures, d'installer les directeurs dans des bureaux fermés mais sans clefs sur les portes, avec des cloisons en verre, donc transparent et visibles de l'ensemble des collaborateurs qui sont dans les open space à proximité.

Par ailleurs, il se pose également la question du critère de regroupement des espaces. En effet, la tendance des programmes immobiliers est la spécialisation des zones par mode de prise en charge ; les praticiens d'une spécialité sont donc amenés à intervenir dans différents endroits de l'hôpital (consultation, plateau ambulatoire, bloc, hospitalisation...). Il en découle que les bureaux peuvent également être regroupés soit sur le plateau de la prise en charge, soit dans une zone tertiaire séparée.

En cas de regroupement des professionnels selon la même modalité que les plateaux de soins, i.e. par mode de prise en charge, un risque d'éclatement du service apparaît. Certains praticiens d'un service risquent de se retrouver dans le plateau des consultations (ex : ceux qui ne font que de l'exploration fonctionnelle), d'autres dans le plateau ambulatoire (ex : ceux qui n'interviennent qu'en hôpital de jour) et les autres praticiens en hospitalisation. Cet éclatement géographique d'un service rend illisible, voire inexistante la représentation spatiale de son organisation hiérarchique. Elle peut créer un sentiment justifié ou infondé, de discrimination entre ceux dont les bureaux sont à proximité de celui du chef de service, et ceux dont les bureaux sont situés dans une autre zone.

Les tendances vers des espaces mutualisés et le regroupement des plateaux par mode de prise en charge ne sont pas les seules variables qui ébranlent le pouvoir symbolique du bureau. La cohabitation dans le même espace de travail de plusieurs générations aux caractéristiques différentes modifie également les pratiques managériales (Méda et Vendramin, 2013) et *ipso facto* les représentations symboliques qui les soutiennent. Pour les générations « baby-boomers » et « X », respectueuses des normes hiérarchiques, l'organisation spatiale du travail est porteuse d'un sens managérial. Pour les générations Y et Z, qui sont en quête de flexibilité et d'autonomie, et qui se projettent moins à long terme dans l'entreprise, la fonction symbolique de l'espace de travail est moins importante, d'où une plus forte adhésion au *co-working* et tiers-lieu (Nappi et al, 2021). Cette cohabitation de générations aux aspirations et valeurs différentes amène à repenser l'espace de travail, dont la portée symbolique varie selon les générations : les jeunes recherchent plus un espace de travail agréable et fonctionnel qu'un bureau reflétant leur statut et leur position hiérarchique. Si le haut de la hiérarchie est majoritairement occupé par les anciennes générations, la part des nouvelles générations dans les effectifs ne cesse de progresser ; il convient alors de s'interroger sur l'avenir de la fonction symbolique du bureau, *instrumentum* d'un pouvoir que les jeunes générations désirent horizontal.

En somme, l'agencement de l'espace de travail reflète la matérialisation d'un ethos organisationnel intangible, et pouvant être ébranlé par tout changement. « *Au moment d'un emménagement, d'un déménagement ou d'un simple réaménagement, beaucoup de dirigeants ont peur de lancer le débat sur l'aménagement de leur futur espace. Comme si, en faisant cela, ils ouvraient la porte à la remise en cause du management établi, ou même, à la boîte de Pandore* », affirme l'architecte et psychologue du travail Elisabeth Pelegrin-Genel (2012). Le défi pour le manager sera donc de préserver ces différentes fonctions du bureau en satisfaisant la contrainte budgétaire et surfacique. Le relever passe par la maîtrise des facteurs clés de succès dont l'analyse fera l'objet de la prochaine section.

2 LE TERTIAIRE HOSPITALIER : UN DIMENSIONNEMENT PLUS PRAGMATIQUE QU'EMPIRIQUE LÉGITIMÉ PAR UNE PARTICIPATION DES USAGERS A GÉOMETRIE VARIABLE

Le déménagement d'un service vers un nouveau lieu de travail, voire le simple réaménagement d'un lieu existant présente divers risques, dont ceux relatifs à la non-adhésion du personnel à ce nouvel espace. Si les risques ne sont pas correctement anticipés, mesurés, et appréhendés le projet peut générer un malaise au travail, une perte d'efficacité et de motivation, et ce même si le nouvel environnement de travail est neuf. *A contrario*, si le risque est bien géré de préférence collectivement, les professionnels adhèrent mieux au projet et s'approprient leur nouvel espace avec moins d'appréhension. La réussite du projet passe donc par la maîtrise de facteurs clés de succès qui seront identifiés et analysés à partir de projets tertiaires réalisés dans différents hôpitaux :

- Le déménagement de trois services de la Pitié Salpêtrière dans le bâtiment Babinski (Mercier 2002)
- La fusion de trois hôpitaux pavillonnaires parisiens Boucicaut, Broussais et Laennec (BBL) en un hôpital monobloc, Hôpital Georges-Pompidou (Monjaret, 2001)
- La démarche strasbourgeoise (CHU) d'aménagement des espaces mise en place dans le cadre de « la Fabrique de l'hospitalité » (Lerch 2016 ; Bay & Carrier 2017)
- Le déménagement de la Direction de la Recherche et de l'Innovation des HCL sur le site du Biopôle de Gerland.
- Le regroupement des différents blocs de l'hôpital Edouard Herriot (HEH) dans un seul bâtiment (pavillon H).

L'expertise Lyonnaise (HCL) dans la démarche de *lean management* servira de fil d'Ariane dans l'analyse de la conduite de ces différents projets.

2.1 L'élaboration d'un projet de tertiaire : entre maîtrise des facteurs clés de succès et effectivité de la participation des professionnels

2.1.1 Quatre facteurs clés de succès à maîtriser dans un projet de tertiaire

Plusieurs variables conditionnent la réussite d'un projet de construction / agencement du tertiaire dont quatre sont des exigences incontournables :

① *L'existence d'une volonté de changement*, d'une ambition soutenue institutionnellement par la gouvernance administrative (Directeur Général) et médicale (Président de la CME) de l'hôpital. En général, les grands projets relatifs au tertiaire hospitaliers sont déployés dans le cadre d'un projet immobilier qui matérialise le projet

médical. Le projet immobilier doit lui-même être partie intégrante d'un schéma directeur immobilier afin de garantir la cohérence des évolutions organisationnelles et la compatibilité de la démarche avec la stratégie et les valeurs de l'hôpital. Ainsi, un projet de regroupement des blocs doit inclure, outre le dimensionnement des salles techniques, le besoin en bureaux, salles de réunion, détente et autres zones tertiaires, pour le personnel qui travaillera dans ce nouvel environnement : cette vision globale permet d'harmoniser les règles et méthodologie de conduite des différents sous-projets. Au CHU de Strasbourg, le principe qui guide la démarche projet se résume en une phrase : « *Better, et pas uniquement faster et cheaper* », signifiant la volonté d'amélioration continue de la qualité combinée à une recherche de performance.

② *Un portage médico-soignant-administratif* : le projet doit être piloté par les différentes communautés de l'hôpital afin qu'il intègre les points de vue des différentes catégories de professionnels, le tertiaire étant, en effet, porteur d'enjeux qui ne concernent pas que les occupants. La direction des soins est souvent représentée par un cadre supérieur ; le corps médical par le chef de service ou le chef de pôle selon la taille du projet, et la direction par le directeur référent du pôle ou le directeur en charge du projet immobilier. Les membres du Copil doivent être choisis avec soin et vigilance, en veillant à ce qu'ils disposent des compétences en gestion de projet ainsi que des qualités managériales adéquates : sens de la collaboration, capacité d'écoute, ouverture d'esprit l'absence de cohésion dans le Copil pouvant être fort préjudiciable. C'est notamment ce qui s'est passé lors de la construction d'un nouveau complexe hospitalier pour l'hôpital de Beaujon : le projet débuté en 1935 a abouti en 2000, soit 65 ans plus tard et ce majoritairement du fait de divergences entre les acteurs ([Benkimoun et al, 2000](#)). C'est pourquoi les membres du Copil doivent être réellement motivés, et le temps consacré au projet valorisé dans leur temps de travail. Le Copil peut par ailleurs se faire assister par un expert (ingénieur, prestataire externe) pour veiller à la faisabilité technique du projet.

③ *Une démarche projet formellement structurée et partagée* qui place le patient au cœur du processus, tout en étant mobilisatrice et inclusive.

✚ Elle débute par l'élaboration d'un diagnostic partagé à partir d'entretiens, de dialogues et d'observations sur le terrain ; le diagnostic de l'existant doit identifier le nombre de professionnels concernés, les caractéristiques de leurs postes (individuel, collectif, nominatif...) et les espaces tertiaires qu'ils utilisent (cartographie par bâtiments, et niveau des bureaux, salle de réunion, débrief...). Le diagnostic doit également faire ressortir une analyse technique relative à la conformité des bâtiments aux normes de sécurité et d'accessibilité, ainsi qu'une analyse fonctionnelle de la compatibilité des locaux avec les organisations soignantes et les circuits patients. Les contraintes architecturales et urbaines

doivent également être relevées. Une grande partie des bâtiments de l'hôpital Edouard Herriot, par exemple, est classée monument historique, ce qui contraint les projets de modernisation au respect de critères établis par la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC). Dans cette démarche diagnostique, il convient de relever tout écart entre les discours des acteurs et la réalité des faits afin d'établir le diagnostic le plus fédérateur possible.

✚ La démarche doit également préciser des différentes étapes du projet, leur articulation, les indicateurs de réalisation, les organes et processus de validation de chaque étape. Il est important de déterminer dès le début du projet, les périmètres de décision des différents organes notamment pour les arbitrages entre scénarios. Il convient en outre d'inscrire le projet dans une temporalité définie, distinguant les phases à court terme et celles à long terme, ces dernières présentant souvent plus d'incertitudes.

④ *Une concertation large des professionnels* : cette participation des professionnels apparaît comme la meilleure réponse au stress et à l'appréhension générés par un projet induisant des changements d'espace de travail.

✚ La démarche doit permettre de vérifier la fonctionnalité des nouvelles organisations, et d'encourager l'adhésion des utilisateurs à leur futur lieu de travail. Tous les corps de métiers concernés doivent être sollicités, à savoir les usagers des futurs espaces (médecins, soignants, rééducateurs, chercheurs, brancardiers, qui fréquenteront régulièrement ou occasionnellement les futurs locaux), ainsi que les professionnels en relation avec eux (pharmacie, hôtellerie, informatique). Dans le cadre de l'élaboration du SDI du CHU de Rennes, ce sont 150 professionnels répartis dans 7 groupes de travail pluridisciplinaires qui ont été mobilisés (Medelli, 2018) et de nombreuses actions de communications (affiches, articles, portes ouvertes...) ont été mises en place.

✚ La démarche doit également favoriser l'émergence d'innovations organisationnelles intégrant toutes les contraintes des usagers. Leur participation doit enrichir le processus de réflexion et permettre d'aboutir, après des arbitrages successifs, à une solution qui satisfasse le plus grand nombre. Les équipes doivent donc pouvoir se projeter dans une organisation différente de l'actuelle : pour cela des études de benchmarking peuvent être réalisées, des maquettes physiques ou numériques des futurs locaux peuvent être construites, des projets réalisés dans d'autres structures peuvent être présentés, certains participants peuvent être envoyés sur des sites d'autres hôpitaux... Pour atteindre cet objectif, *la fabrique de l'hospitalité* du CHU de Strasbourg reprend la première étape du changement identifiée par le psychologue comportementaliste, Kurt Lewin, à savoir le dégel (*unfreeze*) : elle consiste à d'abord faire évoluer les comportements des acteurs pour ensuite transformer leur représentation du réel ; c'est donc l'évolution des comportements actuels qui favorise l'innovation organisationnelle et limite les effets

d'ancrage. La démarche lyonnaise privilégie l'approche *lean* dans laquelle des *sponsors* formés promeuvent le changement.

2.1.2 Une participation effective garantie à l'aide de l'hexamètre de Quintilien

Tout projet de déménagement / réaménagement peut générer chez les usagers concernés une angoisse, un stress face au changement à venir, vécu comme un déracinement. Si ce sentiment d'inquiétude n'est pas géré correctement, il peut aboutir à un rejet du nouvel espace, et ce même s'il est neuf, mieux équipé et plus fonctionnel. En effet, « *Changement et résistance au changement sont, comme les deux faces d'une même pièce, irrémédiablement liées* » affirme la psycho-sociologue Marsan (2008) ; cette résistance serait ainsi une cause majeure de l'échec des projets proposés par les directions.

En outre, de nombreux facteurs de risque augmentent la probabilité de rejet :

✚ Une absence de confiance entre les usagers et l'encadrement ou la direction. De façon générale, les projets proposés par le top management sont accueillis avec scepticisme par les professionnels lorsque les rapports sociaux sont empreints de méfiance voire tendus. Le climat social évolue en effet dans un *path dependency* qui peut produire à l'extrême un effet de verrouillage dont il devient très difficile de s'écarter : le personnel devient alors réfractaire à tout projet, par une opposition souvent plus de principe que situationnelle.

✚ Une modification des organisations. Elle se produit souvent lorsque le projet tertiaire s'inscrit dans le cadre d'un projet médical basé sur le regroupement ou la fusion de services (fusion des blocs, création d'un plateau ambulatoire...). Le personnel doit ainsi faire face à la fois à un nouveau périmètre d'activité avec une redéfinition des tâches, ainsi qu'à un nouvel espace de travail. Le rejet de ce dernier peut souvent être la manifestation de l'angoisse issue de la nouvelle organisation.

✚ Une modification des durées ou horaires de travail. Lorsque le projet de déménagement s'accompagne d'un changement des horaires de travail, le bouleversement occasionné s'étend sur la sphère privée. S'il est vrai que la tendance actuelle est à l'expérimentation du travail en 12 h voulu par des professionnels mais honni par les organisations syndicales, il n'en demeure pas moins que les 12 h ne font pas l'unanimité ; pour les professionnels qui ne souhaitent pas le changement, cela se traduit généralement par un changement d'équipe (rupture du lien professionnel) ou de tâches (désécialisation).

✚ Une modification de l'agencement ou de la répartition des zones tertiaires : le projet de tertiaire peut se traduire par un changement de l'organisation spatiale : passage en open office, flex-office... Ces nouvelles modalités, qui se multiplient dans les entreprises spécialisées dans les activités tertiaires (web, vente en ligne...) continuent à être moins appréciés que les organisations traditionnelles (bureaux individuels ou collectifs,

nominatifs...) et tardent à se généraliser dans les hôpitaux publics, bien qu'elles constituent des niches de performance.

Cela étant, la résistance au changement est plus faible lorsque les professionnels contribuent à l'élaboration du projet. La solution serait donc, selon le professeur d'économie John Kotter (2015) dans la responsabilisation des professionnels, en leur donnant une partie du pouvoir dans l'élaboration du projet. Par cet *empowerment*, ils ne sont plus de simples sujets impuissants du changement mais en deviennent des acteurs influents.

La participation effective des usagers à ces projets apparaît alors comme une condition sine qua none à la réussite du projet. « *Les projets d'aménagement les plus réussis sont participatifs* » écrit en effet le chercheur au CNRS A. d'Iribarne (2012). L'association des salariés aux réflexions sur l'agencement et l'aménagement de leur espace de travail favorise l'efficacité du projet : plus les équipes seront engagées dans le projet, plus celui-ci sera performant en matière de conditions de travail favorisant une appropriation du nouvel espace.

Dans la pratique, cette participation est à géométrie variable : les usagers peuvent en effet être sollicités au début, au milieu ou à la toute fin du projet, leur avis peut être requis sur un périmètre restreint (finitions, ergonomie des meubles) ou large (localisation, agencement). Afin de garantir une participation effective, la méthode Quintilienne (QOQCP) peut être retenue ; facile à mettre à œuvre, elle permet d'explorer toutes les dimensions du projet :

Champ	Questionnements	Réponses possibles
<i>Quis</i> (qui) ?	Qui est concerné par le projet ? Directement ? Indirectement ? Qui détient un savoir spécifique sur ce projet ?	L'objectif est d'identifier tous les professionnels qui doivent participer au projet : les usagers, ceux avec qui ils travaillent (plateau technique, hôtelier, transport), les ingénieurs (travaux, informatiques)
<i>Quid</i> (quoi) ?	Quel thème doit être soumis à la participation du personnel (dimensionnement, agencement, organisation...?) Quel périmètre de décision déléguer ?	Le projet du tertiaire peut contenir des dispositions non-négociables (surface totale, agencement...). Il convient d'identifier les éléments variables sur lesquels les usagers pourront être concertés, ainsi que le motif de la concertation : pour information, pour avis, pour décision...

<i>Ubi (où) ?</i>	Quels sont les locaux concernés ? Quels locaux sont quittés, libérés, réaffectés ?	Ce questionnement sert à identifier les unités, services, plateaux concernés par le déménagement ainsi que ceux affectés par le projet. En cas d'opération tiroir, il convient également de solliciter la participation des membres des unités qui seront temporairement délocalisées.
<i>Quando (quand) ?</i>	Quand démarre le projet ? Quand s'arrête-t-il ? Quelle est la durée de chaque étape ? Les enchaînements des sous-projets ?	La concertation des professionnels peut se faire <i>ab initio</i> , soit dès la genèse de l'avant-projet, avant que le programme ne soit établi. Elle peut également être programmée vers la fin du projet, lorsqu'il s'agira de choisir les finitions (<i>coloris...</i>). De façon générale, plus les professionnels sont impliqués en amont, plus ils ont une marge de manœuvre dans la conduite du projet et moins le risque d'un rejet est élevé.
<i>Quomodo (Comment) ?</i>	Comment la concertation sera-t-elle organisée ? Quels moyens seront mobilisés ? Quels outils de collaboration seront utilisés ?	Il s'agit de définir les moyens techniques, financiers, humains utilisés pour mobiliser les professionnels : enquêtes, sondages, comités de travail... Il convient également de définir le processus de décision : quels acteurs/organes décident et comment la décision est-elle prise ?
<i>Cur (Pourquoi) ?</i>	Pourquoi solliciter les usagers sur une thématique précise ? Pourquoi recueillir leur avis sur tel sujet et pas sur un autre ? Pourquoi leur déléguer (ou pas) le pouvoir décisionnel ?	Cette réflexion nourrit la finalité de la démarche qu'il convient de toujours garder à l'esprit pour que les objectifs fixés soient atteints. La participation des usagers est généralement recherchée parce qu'elle est créatrice d'intelligence collective, mobilisatrice pour le projet et incitative à l'appropriation du nouvel espace.

En somme, il ressort de cette démarche que tout projet possède un cadre propre, difficilement transposable à d'autres. Selon le Pr Minvielle (2004), leur mise en œuvre relève plus d'une « gestion sur mesure » et les études empiriques permettant d'en déduire un apprentissage sont encore à construire. Il en découle que les projets menés, recettes personnalisées de solutions préconisées, contiennent une forte dose de pragmatisme.

2.2 Le cadrage d'un projet de tertiaire : entre objectivation du besoin et structuration de la participation des usagers

2.2.1 Objectiver le besoin : justifier le départ et valoriser le point d'arrivée

Un projet de déménagement se caractérise par un point de départ et un point d'arrivée, ce qui selon Monjaret (2001) représente deux dynamiques distinctes « *partir et fusionner* ». Pour que les professionnels adhèrent au projet, il faut qu'ils soient à la fois motivés à quitter leurs locaux actuels et motivés à intégrer les locaux futurs, ce dernier point n'étant pas systématique. Le cadrage du projet, le degré d'implication des acteurs, le choix des outils mobilisés dépendront du degré de motivation des acteurs. Afin d'illustrer cette démarche, deux projets d'envergure conduits au sein des HCL sont analysés :

- ✓ Un projet de tertiaire seul : le déménagement de la Direction de la Recherche en Santé et de la Direction de l'innovation (projet DRS_DI).
- ✓ Un projet de tertiaire comme composante d'un projet médical plus global : le regroupement dans un seul pavillon (Pav H) du plateau technique de soins ambulatoire, des Blocs opératoires et de la chirurgie ambulatoire de l'hôpital Edouard Herriot. L'analyse se focalisera sur la composante Blocs du projet (projet BLOC_HEH)

❖ **Le projet DRS_DI** a consisté au déménagement en octobre 2022 des personnels des Directions de la Recherche et de l'innovation des HCL (117 professionnels), du siège des HCL situé au bord des quais de la Saône, vers de nouveaux locaux situés dans la banlieue lyonnaise (Gerland). Pour précision, les professionnels exerçant dans les unités de soins n'étaient pas concernés par le projet. Au lancement du projet, le personnel était dans l'ensemble motivé à quitter les locaux, mais moins enthousiaste à rejoindre les locaux futurs.

Critère	Locaux de Départ	Locaux d'arrivée
Ambition institutionnelle	Sortir la Recherche et l'Innovation de locaux exigus	Dynamiser la Recherche et l'innovation en leur offrant des locaux compatibles avec les ambitions institutionnelles

Localisation des locaux	Au siège des HCL (sur les quais de la Saône) dans 4 lieux différents du bâtiment	Dans le Biodistrict Lyon-Gerland, sur un même plateau
Symbolisme du lieu de travail	Quartier dynamique, à bonne réputation, sur la rive gauche de la Saône et à proximité d'une des plus grandes places d'Europe (Bellecour)	Quartier souvent cité pour des faits de violence, abritant un grand stade (Stade de Gerland)
Symbolisme du voisinage	Travailler dans le même immeuble que la Direction Générale du 2 ^e CHU de France est un symbole de pouvoir.	Travailler au cœur du pôle de compétitivité Santé de la Région est un symbole d'appartenance à une intelligence scientifique.
Qualité des locaux et prestations	Bâtiment ancien, travaux de ravalement de façade	Bâtiment et mobilier neufs ; avec des zones de vie (espace cuisine, salle de sport...)
Agencement des espaces de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Bureaux fermés • Bureaux collectifs • Bureaux nominatifs • Bureaux sur-occupés (4 personnes dans 20 m²) • Eclairage naturel souvent faible 	<ul style="list-style-type: none"> • Bureaux ouverts • Open space • Bureaux en flex-office • 70 % de taux de poste (84 postes pour 120 personnes) • Bon éclairage naturel
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Présentiel avec du télétravail occasionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du télétravail programmation

Les caractéristiques ci-dessus ont permis d'objectiver les deux axes du projet :

- *Justifier le départ* : le personnel était insatisfait des anciens locaux, car ils étaient trop à l'étroit et souhaitaient un changement. Un projet de réinstallation/déménagement était attendu ce qui a facilité l'adhésion à l'idée d'un départ.

- *Valoriser le point d'arrivée*. Les nouveaux locaux étaient neufs et modernes, mais leur localisation géographique (dans le quartier de Gerland, moins accessible et éloigné d'une ligne de métro souvent en travaux) couplée à l'agencement des espaces de travail (open office) ne les rendaient pas attractifs pour le personnel. La Direction s'est appuyée sur le symbolisme du voisinage pour les valoriser : leur positionnement au cœur du Biopôle Lyonnais, un pôle de compétitivité en santé et biotechnologie qui héberge des leaders mondiaux des laboratoires pharmaceutiques (Sanofi Pasteur, Biomérieux...) a été

présenté comme l'occasion de bénéficier de la dynamique d'innovation de ces grandes structures. Cette proximité géographique (fréquentation des mêmes restaurants, des mêmes salles de sport) devait en effet être génératrice d'opportunité de partenariats. En outre, pour limiter le risque de rejet du projet, la Direction a mis sur pied un programme d'accompagnement au changement porté par du personnel dédié au projet et avec l'appui de prestataires extérieurs spécialisés dans la conduite de changement.

❖ **Le projet BLOC_HEH** consistait quant à lui au regroupement en 2018 dans un seul pavillon de tous les blocs opératoires ainsi que du plateau technique des soins critiques. La question du tertiaire était par conséquent incluse dans un projet motivé par une réorganisation des lieux de prises en charge.

Critère	Locaux de Départ	Locaux d'arrivée
Ambition institutionnelle	Améliorer la qualité de la prise en charge en modernisant les locaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efficience organisationnelle ▪ Coopération civilo-militaire avec l'HIA de Desgenettes.
Localisation des locaux	Salles de bloc répartis dans 6 services localisés dans différents pavillons : digestif, urologie, vasculaire, orthopédie des membres et membres inférieurs.	16 salles de blocs regroupées dans un seul pavillon, avec une mutualisation du personnel permettant la standardisation des pratiques professionnelles.
Symbolisme du lieu de travail	Appartenance à un service, à la "famille d'une pathologie"	Appartenance à un plateau, à la "famille d'un mode de prise en charge"
Symbolisme du voisinage	Regroupement autour d'une spécialité, émergence des sur-spécialistes	Regroupement multidisciplinaire, tendance à la déspecialisation (pour les non-médicaux).
Qualité des locaux	Pavillons vétustes	Pavillon modernisé
Agencement des espaces de travail	Bureaux, salles de réunion et de détente installés dans le service.	Un "salon du bloc " (open space dépersonnalisé) et des bureaux répartis dans plusieurs pavillons
Organisation du travail	Présentiel en 7 h 50	Présentiel en 10 h 20

Il découle des caractéristiques la nécessité d'objectiver à la fois le départ et la fusion :

- Justifier le départ : les anciens blocs étaient situés dans des locaux dont la plupart avaient besoin de travaux pour améliorer le confort des patients. Mais le déménagement des seules équipes du bloc se traduisait par une séparation de la famille

de la pathologie, car le personnel de l'hospitalisation restait dans les services. Le projet comportait donc un risque d'éclatement de la famille générant des réticences que le temps a contribué à atténuer « *le projet du pavillon H, on en entendait parler depuis 2010 et personnes n'y croyait jusqu'au début des travaux en 2016* » confie un cadre supérieur.

- Valoriser le point d'arrivée. La fusion des blocs était un projet institutionnel, imposé dans le cadre du dossier COPERMO : le financement de la modernisation était donc conditionné par l'exigence de performance *financière*. De même l'intégration de l'activité des chirurgiens militaires de Desgenettes correspondait à une volonté nationale : la collaboration civilo-militaire qui devait se matérialiser. Ainsi, l'argument d'autorité a servi de moteur au projet de fusion, et l'efficacité organisationnelle qui devait découler de la standardisation des pratiques a permis de rationaliser ce choix.

Ces deux projets, qui étaient objectivés par des ambitions distinctes, ont donné lieu à des méthodes différentes de participation des usagers.

2.2.2 Structurer la participation : Recueillir les besoins et intégrer des avis

La participation des usagers dans la conduite du projet relatif à leurs futurs locaux professionnels est à géométrie variable, et dépend notamment du périmètre de décision qui peut être délégué. Cette variabilité transparaît clairement dans les projets étudiés.

Critères	RECHERCHE_INNOVATION	BLOC_HEH
Type de projet	Projet tertiaire autonome de déménagement de direction	Projet de tertiaire accessoire au projet de regroupement des blocs
Référentiel hospitalier	Guide ANAP inadapté pour une activité de recherche	Guide ANAP inadapté car bâtiment ancien, protégé
Paramètres du projet non délégués	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu d'implantation • Organisation spatiale en <i>open office</i> • Fonctionnement en <i>flex office</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Plans du bâtiment • Dimensionnement des blocs (instructions COPERMO) • Services à intégrer (stratégie institutionnelle)
Périmètre de consultation des occupants	<ul style="list-style-type: none"> • Finitions • Mobilier • Cloisonnement des zones par pôle d'activité 	<ul style="list-style-type: none"> • Concours : membres du jury avec le comité technique • Fonctionnement des différents services
Modalités de consultation des usagers	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe de travail collaboratif composé de volontaires des différents pôles (RH, Promotion, Partenariats, Finance, Appel à projets) 	Groupes de travail collaboratif thématiques (approche en silo): <ul style="list-style-type: none"> • Modalités de prises en charge • Fonctions médicotéchniques • Logistique

	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des travaux sur site • Newsletter créée pour le projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité • Communication + Usagers Pas de groupe spécifique sur le tertiaire
Avis non intégrés	Limitation des zones cloisonnées aux seuls pôles de Pharmacie, Vigilance, Relecture scientifique (contrainte financière)	Sous-dimensionnement du tertiaire afin de respecter l'objectif d'activité correspondant à la performance attendue.
Gestion des contraintes surfaciques	<ul style="list-style-type: none"> • 80 postes installés pour 120 collaborateurs : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation du temps de télétravail (½ journée supplémentaire) ▪ Présence de tous les membres d'un pôle une fois par semaine pour maintenir l'identité de l'équipe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraintes architecturales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect des normes de la DRACT • Zones de stockage insuffisantes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la fréquence de rotation des stocks • Bureaux et zones de détente insuffisants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Délocalisation d'une partie des bureaux vers d'autres pavillons ▪ Création d'un salon de bloc (<i>open office dépersonnalisé</i>)
Accompagnement au changement	<ul style="list-style-type: none"> • Directrice dédiée au projet • Psychologue • Bureau des conditions du travail • Ergothérapeute 	<ul style="list-style-type: none"> • Directrice dédiée au projet • Encadrement supérieur

❖ **Le projet de la Recherche** s'est traduit par des changements importants pour les professionnels, notamment en termes de localisation (nouveau quartier éloigné de l'ancien site), d'organisation spatiale (*open office*) et de modalités de fonctionnement (*flex office*). Les membres du service n'ont pas été consultés sur ces éléments ; par contre, la mise en œuvre de la nouvelle organisation exigeant une augmentation du télétravail d'une demi-journée pour tous les agents, cette adaptation a été accueillie favorablement.

L'avis des occupants a été formellement requis sur les finitions et la contrainte budgétaire a conduit à limiter le nombre de zones cloisonnées. En effet, tous les travaux d'aménagement de l'open space (cloisonnement, individualisation des zones, décoration...) étaient facturés en sus. Le personnel a été informé de cette règle de facturation et sensibilisé à la contrainte budgétaire. Par conséquent, seuls les pôles qui justifiaient d'un besoin particulier de confidentialité ou d'isolement ont été cloisonnés.

En outre, des efforts particuliers ont été déployés pour accompagner le personnel au changement. La démarche adoptée s'inspirait de la conduite de changement à 3 étapes de Kurt Lewin (1947) : *Unfreezing - Moving - Freezing* (dégeler – changer – recongeler). Elle

combinait de ce fait de nombreuses actions permettant de favoriser la discussion et l'expression des craintes :

✓ Intervention de spécialistes (psychologue, ergothérapeute...) pour questionner sur les habitudes, mettre en lumière les changements attendus et craints.

✓ Transparence de la communication : newsletter dédiée au projet qui présentait les évolutions des travaux ainsi que les réflexions et les demandes des usagers

✓ Appropriation progressive des nouveaux locaux par des visites fréquentes sur le site pour constater l'évolution des travaux et procéder aux ajustements si nécessaires.

Cet accompagnement a permis de réduire les résistances au déménagement et de favoriser l'incitation aux changements. Les nouveaux locaux ont été bien acceptés comme l'illustre l'enquête de satisfaction menée 6 mois après le déménagement (Voir Annexe 3).

❖ **Dans le projet de fusion des blocs**, les professionnels, comme dans le projet Recherche, n'ont pas été sollicités avant le dimensionnement surfacique, celui-ci étant déterminé de manière à respecter trois contraintes prioritaires :

- *Contrainte architecturale* : l'hôpital Edouard Herriot a été construit par l'architecte Tony Garnier (1933) et est inscrit au titre des monuments historiques. Les travaux se devaient donc de respecter les normes de la DRACT, ce qui s'est traduit par une diminution de la surface initiale disponible. En effet, la façade avant était lisse et la DRACT a demandé qu'elle soit travaillée pour avoir l'illusion de trois bâtiments. Cette modification a conduit à avoir par exemple des couloirs plus petits, plus biscornu au rez-de-chaussée.

- *Contrainte de performance (COPERMO)* : Pour respecter les critères de performance exigés par le COPERMO, un nombre de box minimum devait être installé.

- *Contrainte nationales* d'une meilleure intégration des HIA dans le système de santé, afin de répondre à la recommandation n°13 du rapport thématique de la Cour des Comptes (2010) sur la mutualisation des moyens, nécessaire au redressement des comptes. La décision d'intégrer l'activité chirurgicale de l'HIAD dans le pavillon H est intervenue tardivement dans le projet, et a nécessité des réajustements : les blocs d'endoscopie et d'otorhinolaryngologie (ORL) ont été exclus du projet et les salles d'endoscopie ont été transformées en salles opératoires.

L'implication des usagers dans ce projet s'est faite sur un périmètre plus large que dans le projet Recherche et est intervenue plus en amont puisqu'ils ont participé au concours du choix du maître d'œuvre et à l'organisation du fonctionnement du bloc (circuit patient, organisation logistique...). Cela étant, la question du tertiaire a été traitée de façon subsidiaire, et son dimensionnement a été résiduel, i.e. déterminé par solde après déduction des autres surfaces, et ce bien que les utilisateurs aient alerté sur son insuffisance.

Le tableau ci-dessous présente la répartition de la surface utile (SU) par niveau et par fonction (soins, support hors stockage, stockage, tertiaire) du bâtiment. Le stockage est isolé des autres fonctions support car afin de mieux souligner les enjeux de son dimensionnement. Les locaux techniques (3 500 m²) et les circulations (5 300 m²) étant hors SU, ils ne sont pas comptabilisés.

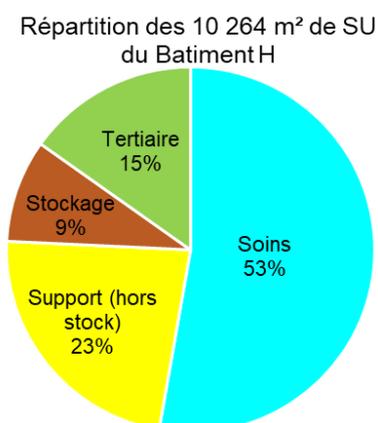
BATIMENT H - TABLEAU DES SURFACES (SU en m²)

Niveaux & Plateaux	Soins	Support	Stockage	Tertiaire	TOTAL
SS1	0	553	386	0	939
1- STOCKAGE BLOC DIVERS	0	0	37	0	
5B - VESTIAIRES CENTRAUX	0	500	13	0	
5D – LOCAUX SUPPORT	0	53	335	0	
N0	1 629	590	223	349	2 790
1B - BLOC H24	660	382	108	188	
2C - REANIMATION CHIRURGICALE	575	78	83	75	
2F - DECHOCAGE	109	4	8	7	
3B- IMAGERIE D'URGENCE	284	53	25	79	
5A - HALL	0	73	0	0	
N1	1 624	514	109	408	2 654
1A- BLOC H12	996	417	71	132	
3A- BLOC H12 (y.c. imagerie intervent.)	154	41	25	45	
4A – ACHA (Chirurgie Ambulatoire)	474	56	13	231	
N2	1 098	155	186	614	2 052
2A - REANIMATION MEDICALE	433	91	127	105	
2B - SURV. CONTINUE MEDICALE	268	22	35	49	
2D - SURV. CONTINUE CHIRURGICALE	369	25	24	40	
2E - PC MEDICAL REANIMATIONS	0	9	0	195	
4B - PC MEDICAL ANESTHESISTES	29	8	0	224	
N3	1 064	550	30	186	1 829
2J - UNITES HOSPITALISATION URGENCE	960	162	30	186	
5C - SECTEUR DE GARDE	104	22	0	0	
2K – LOCAUX SUPPORT	0	366	0	0	
TOTAL	5 414	2 362	933	1 556	10 264

Il appert ainsi que :

- ✚ Plus de 50 % de la surface est dédiée aux soins : le bâtiment est de l'avis des utilisateurs une structure efficace pour les opérations. Le regroupement des blocs des interventions urgentes et programmées avec le plateau technique des soins critiques, la proximité des appareils d'imagerie qui leur sont dédiés, permet de fluidifier la prise en charge des patients et d'optimiser l'utilisation des ressources mutualisées. Plus de 22 000 interventions chirurgicales y sont ainsi réalisées chaque année.
- ✚ 15 % de la surface est occupée par du tertiaire (secrétariat, accueil, détente, staff, bureaux à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité). La surface allouée est sous-dimensionnée car il n'y a pas assez de lieux de vie :
 - Il n'y a que 100 m² d'espace de détente sur les 4 niveaux (6 salles), insuffisant pour accueillir tout le personnel du bâtiment durant la pause-déjeuner.
 - Il n'y a que 90 m² de salles de réunions/staff réparties dans 4 salles, dont aucune ne peut accueillir plus de 15 personnes puisque la norme Afnor NF 35-102 fixe comme surface minimale 3 m² par participant.
 - Le bâtiment accueille 33 bureaux médicaux (10 bureaux simples et 22 bureaux doubles, soit 474 m²) situés au 2^e étage. Ils ont été affectés aux chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs des services d'urgence. La décision d'affectation a été prise quelques mois avant l'inauguration du bâtiment. Les autres bureaux ont été délocalisés vers d'autres pavillons, en général à proximité de l'unité d'hospitalisation (le digestif au Pav D, l'urologie au Pav V, l'orthopédie au Pav E...)
 - Un "salon de bloc" de 75 m² a été installé au rez-de-chaussée et est aménagé en *open office* avec des postes informatiques dépersonnalisés. Il résulte d'une proposition de l'architecte, et non d'une demande des utilisateurs. Traversé par un puits de lumière, il remplace le patio initialement prévu dans les plans.
- ✚ 9 % de la surface est allouée au stockage, soit une surface faible au regard de l'activité. Ce sous-dimensionnement avait été relevé par les utilisateurs et la solution trouvée était d'augmenter la fréquence de rotation des stocks.

En somme, le dimensionnement du bâtiment H s'est fait dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en respectant la contrainte architecturale, en privilégiant la performance organisationnelle (regroupement géographique) économique (mutualisation des moyens) et ce, au détriment de la performance de la logistique (stockage) et du tertiaire (réunion). In fine, le tertiaire résulte plus d'une utilisation pragmatique des surfaces résiduelles que d'une stratégie d'organisation spatiale.



2.3 La recristallisation du changement : une condition sine qua non à une réussite mesurée du projet de déménagement

2.3.1 Ajuster les organisations afin d'ancrer le changement.

Plus les changements découlant d'un projet de tertiaire sont importants, plus forts sont les risques de rejet ; ces risques sont exacerbés si les utilisateurs n'ont pas été suffisamment impliqués ou si leurs avis n'ont pas été correctement pris en compte. Dans le cadre du projet BLOC_HEH, plusieurs difficultés découlant des risques identifiés se sont succédées :

- Une sous-utilisation du salon du Bloc qui peine à devenir le lieu de convivialité confraternelle escompté ; quelques praticiens l'utilisent uniquement pour saisir les comptes rendus opératoires et retournent dans leur service pour se détendre. Cette sous-utilisation conduit le personnel à utiliser une partie du salon comme zone de stockage.

- Une embolisation des couloirs par les chariots : l'augmentation prévue de la fréquence de rotation des stocks en réponse au sous-dimensionnement des surfaces de stockage, se traduit par une arrivée permanente de chariots d'instruments à vider. Le personnel du bloc à qui incombe la tâche de vider le charriot ne peut le faire que quand il n'est pas en salle d'opération. Le délai de déchargement des chariots est donc long, et ces derniers stationnent dans les couloirs, gênant la circulation.

- La transformation des zones tertiaires en zones de stockage. Des salles de réunion sont progressivement devenues des salles de stockage, réduisant la surface des lieux de vie et ipso facto les opportunités de fédérer l'équipe autour de la « famille de bloc ».

- L'aménagement officieux de salle de pause dans des blocs, opportunité générée par le ralentissement de l'activité depuis la pandémie de la Covid-19.

- Le départ des cadres expérimentée, qui géraient les anciens blocs et qui ont participé à la conduite du projet. Ils se sont retrouvées à la tête des équipes 3 fois plus grandes que celles qu'ils manageaient avant, sans avoir l'organisation spatiale (salles de réunion, de pause, de stockage) sur laquelle s'appuyer pour cela.

- La frustration de nombreux professionnels qui étaient surspécialisés dans les petits blocs et qui en intégrant le pavillon H ont dû être plus polyvalents. Le changement pour eux s'assimilait à une perte de la reconnaissance de leur surspécialisation couplée à une demande d'une compétence polyvalente qu'ils ne possédaient plus. De nombreux infirmiers de blocs sont ainsi partis du Bloc dans les mois qui ont suivi l'inauguration du bâtiment. Il convient de préciser que cette difficulté d'appropriation d'un nouvel environnement de travail avec redéfinition des organisations se produit souvent lorsqu'il y a fusion de différentes unités. Les mêmes observations furent faites sur la fusion des blocs à la Pitié Salpêtrière (Mercier, 2002) : le passage d'une organisation familiale à un système plus industriel généra chez les usagers le sentiment « *d'équipes totalement éclatées par fonctions [...] de dévalorisation [...] de destruction de l'intimité créées au sein des familles* »

Le pavillon H a donc souffert lors de son inauguration d'un problème de fidélisation et d'attractivité. Sans être la cause principale des difficultés constatées, la répartition des surfaces a néanmoins intensifiée les irritants quotidiens sources de tensions, de frustrations et de malaise au travail. Pour y remédier, l'encadrement a mis en place, 4 ans après l'inauguration du bâtiment, la *démarche managériale appréciative*.

Née de la fusion de deux courants, celui de la psychologie positive et celui du développement des organisations et des personnes, la démarche appréciative (AI \equiv *Appréciative Inquiry*) développée par Cooperrider & Whitney (2005), est une méthode d'accompagnement au changement basée sur la valorisation des talents, initiatives et réussites des collaborateurs. Focalisée sur les succès et non sur les erreurs, cette méthode vise à susciter l'envie, l'engagement dans des projets et à créer des synergies collectives.

Les cadres supérieurs de la Chirurgie ont été formés au rôle de *facilitateur* de cette méthode par un organisme agréé. Puis ils l'ont mise en application en 2 étapes :

✚ Une étape d'identification des thématiques à prioriser à partir d'entretiens en binôme axés sur des aspects mélioratifs (ex : racontes-moi une bonne journée au bloc ; quelle a été ta contribution à telle activité ?). Trois thèmes ont été sélectionnés car récurrents : la communication, l'entraide et la connaissance de l'autre.

✚ Une seconde étape qui s'est déroulée sur une journée, sous l'encadrement des formateurs certifiés. Deux groupes, "organisation du travail" et "faire équipe" ont été constitués pour chaque thématique. Toutes les catégories professionnelles (médecins, IDE, AS...) étaient invitées à travailler ensemble sur le même pied d'égalité : 85 professionnels y ont participé. Ils devaient participer à des entretiens appréciatifs en binômes afin d'aboutir à la propositions d'actions concrètes à mettre en place. Plusieurs propositions d'action concernant le tertiaire ont émergé :

- Transformer le salon de bloc : mettre un plancher pour couper le puits de lumière et le diviser en espaces de travail individuel.
- Créer une salle de déjeuner au 3^e étage.
- Créer des salles de réunions dans les blocs.
- Créer des bulles de déconnexion dans le bloc.
- Sanctuariser un poste d'infirmier de module, charger de vider les chariots afin qu'ils n'encombrent plus le couloir.

En somme, le projet de déménagement s'était arrêté après l'inauguration (dissolution des groupes de travail). Mais les difficultés qui sont apparues par la suite ont justifié le redémarrage du projet de conduite de changement, avec une méthode formalisée. Elle a abouti à une recristallisation tardive mais réussie, car conduite par des professionnels et facilitée par le renouvellement de l'équipe : 75 % du personnel non-médical (soit une centaine d'IDE & AS) n'ayant pas connu les anciens blocs dits familiaux.

2.3.2 Mesurer l'adhésion afin d'acter le changement

L'adhésion au changement peut être considérée comme acquise lorsqu'elle a fait l'objet d'une mesure objective. Cette mesure peut se faire au moyen d'indicateurs de différentes catégories :

❖ Les indicateurs de santé et de qualité de vie au travail : le taux d'absentéisme, d'arrêt-maladie. De nombreuses études révèlent ainsi que le risque d'être en arrêt-maladie est plus élevé en open space que dans des bureaux de moins de 5 personnes, les microbes et infections se diffusant plus vite avec la promiscuité. Ces risques ont été mesurés en Norvège (Nielson et al 2020), en Suède (Danielsson et al, 2013) et confirmés par la méta-analyse de Mauss et al (2023). Cela étant, les open space les plus récents tendent à corriger les imperfections des premiers open space en mettant l'accent sur l'acoustique, les coloris des séparateurs qui incitent à l'intimité, et à la systématisation des « bulles de déconnexion ». Ce qui conduit l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) à recommander la réalisation et la diffusion des retours d'expérience formalisés sur ces nouvelles formes d'organisations spatiales du travail (Sylvan et al, 2021). La non-dégradation des indicateurs de santé au travail (absentéisme, prise de poids, stress, addiction...) permettrait de mesurer l'adhésion au changement.

❖ Les indicateurs symboliques : ils peuvent être représentés par des signes d'appropriation de l'espace : le fait d'entreposer des objets personnels (photo, tasse, plante...) dans les nouveaux locaux. Lorsque l'entreprise Axéreal a procédé à la fusion de ses deux sièges avec une installation en open space, la direction a offert à chaque salarié une plante (*ficus ginseng*) en programmant un concours dans les 6 mois afin de récompenser les employés qui auront le mieux pris soin de leur bonsaï. La direction a ainsi fait du soin que le salarié apporterait à sa plante un indicateur symbolique de son adhésion à ce nouvel espace. Cela étant, pour une meilleure adhésion, il aurait fallu donner au salarié la possibilité de choisir la plante, même sur un échantillon restreint, afin de dé-standardiser les bureaux.

❖ Les indicateurs de productivité : les déménagements, s'accompagnent souvent d'une ambition d'amélioration de la performance organisationnelle, économique, voire sociale. Le regroupement d'unité par exemple repose souvent sur une hypothèse d'une synergie : la performance des unités regroupées sera supérieure à la somme des performances individuelles des unités séparées, ne serait-ce que par la mutualisation des ressources (charges fixes). Une analyse de l'évolution de la performance ante et post-déménagement permettra de mesurer le degré d'adhésion au projet.

❖ Les indicateurs de satisfaction collectés au moyen d'une enquête formelle. C'est la méthode retenue dans le projet de la Recherche. 6 mois après le déménagement, la direction a procédé à une enquête flash auprès des occupants. 62 professionnels ont répondu. Le tableau ci-dessous présente une synthèse des résultats. Il apparaît que :

- ✓ La communication tout au long du projet a été efficace. Si la présentation valorisant les locaux d'arrivée a convaincu, la localisation de ceux-ci demeure source de frustrations.
- ✓ Moins de 40 % des professionnels ont sollicité un accompagnement au changement
- ✓ L'organisation du travail qui a été instaurée avec le déménagement (open office + flex office + télétravail) est globalement satisfaisante, bien que les espaces collaboratifs et le traitement acoustique de l'open space peinent à satisfaire.

ENQUETE FLASH - DEMENAGEMENT DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE		Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Non concerné
Satisfaction sur la communication	En amont du déménagement	2%	8%	56%	34%	
	Lors de la gestion du projet de déménagement	0%	8%	47%	45%	
	Après le déménagement	0%	11%	48%	40%	
Justification du lieux d'arrivée	Qu'avez-vous pensé de la présentation du biodistrict réalisée par la Métropole en début d'année 2023 ?	5%	10%	51%	13%	21%
Accompagnement au changement	Par le bureau des conditions de travail des HCL ?	5%	8%	16%	8%	63%
Localisation	Localisation des locaux dans le biodistrict de Gerland	20%	28%	39%	13%	
	Accessibilité du quartier de Gerland	18%	39%	36%	7%	
Organisation du travail	Organisation du travail en open space	8%	31%	44%	16%	
	Organisation du travail en flex office	5%	21%	61%	13%	
	Augmentation du nombre de jours de télétravail	7%	5%	48%	41%	
Concernant les locaux, quel est votre niveau de satisfaction sur chacun des points suivants :	Agencement global du plateau (division par pôle / espaces communs / reprographie / salles de réunion)	0%	18%	59%	23%	
	Espaces collaboratifs (nombre, mobiliers utilisés, qualité des espaces proposés)	5%	46%	28%	21%	
	Traitement acoustique : insonorisation espaces clos (bureau, salle de réunion...) et bruit ambiant (en open space)	16%	46%	28%	10%	
	Espaces de pause proposés sur UG	3%	31%	46%	20%	
Quel est votre niveau de satisfaction par rapport au mobilier proposé sur UG	Bureau	2%	11%	41%	46%	
	Chaise de bureau	0%	5%	46%	49%	
	Ecran	5%	20%	43%	33%	
	Casier	8%	11%	44%	36%	

Ainsi, cette enquête, au résultat globalement satisfaisant, acte l'adhésion au changement. Pour renforcer celle-ci, une participation des usagers dès la conception du projet est préconisée. C'est le choix retenu pour les projets des pavillons E et F de HEH.

3 LA MODERNISATION DES PAVILLONS D'HOSPITALISATION DE HEH : UN JUSTE DIMENSIONNEMENT RESULTANT D'UNE CO-CONCEPTION UTILISATEURS-EXPERTS

L'hôpital Edouard Herriot (HEH) a été construit en 1933 par l'architecte Tony Garnier sous forme pavillonnaire. Les bâtiments, le réseau souterrain et la topographie sont inscrits au titre des monuments historiques ; leur conservation, restauration, mise en valeur est donc soumise au contrôle de la DRAC. En 2013, les HCL ont engagé un programme de modernisation d'HEH formalisé par un schéma directeur immobilier (SDI) orienté vers un hôpital composite, i.e. un hôpital qui se décompose en entités distinctes spécialisées dans des fonctions déterminées ([Bertrand et al, 2019](#)). « Cette typologie organise l'hôpital de telle sorte que les activités ayant des fonctions similaires, partageant les mêmes systèmes structurels et mécaniques, soient regroupées dans des bâtiments ad hoc, de manière à disposer chacune de plus grandes facilités d'adaptation et d'évolution ». Le projet de modernisation d'HEH organise ainsi le site en 6 pôles géographiquement séparés :

- Le pôle du plateau technique et des soins critiques (Pav G – H – I)
- Le Pôle des urgences, accueil et hospitalisation (Pav M – N – O)
- Le Pôle des hospitalisations médicales et chirurgicales (Pav E et F)
- Le Pôle d'activités externes : consultations, médecine ambulatoire (Pav A – JK – L)
- Le Pôle Logistique et Pharmacie Recherche (Pav X – D)
- Le campus hospitalo-universitaire (Pav S – T – U)

Le projet de modernisation a donc pour ambition d'adapter les bâtiments à de nouvelles fonctions, afin qu'ils soient performants, durables et les plus évolutifs possible. La mise en œuvre du projet a démarré avec la création du Pôle du plateau technique dans le bâtiment H, étudié dans la partie 2. Dans cette partie, c'est le projet du Pôle hospitalisation qui sera analysé (Pav E & F), et plus précisément le dimensionnement et l'allocation des zones tertiaires. Il convient de préciser que le déploiement de ce projet a été l'occasion pour le Groupement hospitalier Centre (GHC) des HCL de mettre en application une démarche relativement innovante : *le lean design* qui associe les utilisateurs dès la conception du projet.

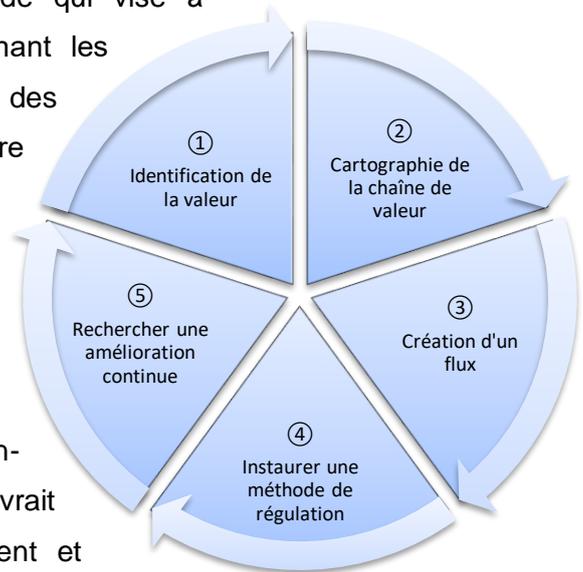


3.1 Le *lean design* ou la co-conception comme fer de lance d'une stratégie inclusive de cadrage d'un projet de tertiaire complexe

3.1.1 Le *lean design* : une démarche adaptée aux projets immobiliers

Le *lean design* résulte de la combinaison de deux démarches de gestion de projet : le *lean management* et le *design thinking*.

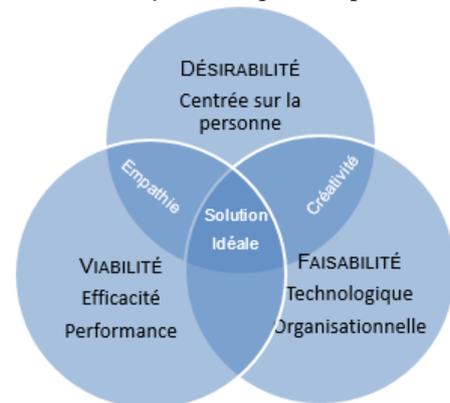
❖ Le *lean management* est une méthode qui vise à améliorer la performance de l'entreprise en éliminant les opérations sans valeur ajoutée. Conceptualisée par des chercheurs du MIT (Womack et al. 1991), elle s'inspire des techniques de productions déployées par Toyota en 1940 et qui avaient pour objectif de lutter contre tout gaspillage (de matières premières, de temps...). Lean voulant dire « maigre, sans gras », le *lean management* est donc une méthode de gestion sans superflu, sans gaspillage, sans processus non-générateur de valeur ajoutée. Cette démarche devrait permettre de créer la valeur ajoutée pour le client et d'améliorer en continu la performance de l'entreprise avec l'implication de tous les professionnels.



Le *lean management* se déploie à l'hôpital dès le début du deuxième millénaire, au même moment que le *new public management* (NPM), les deux méthodes concourant à la rationalisation des organisations pour améliorer leur performance (Bouville et al, 2015). Elle va notamment permettre d'améliorer l'efficacité des services d'urgences (augmentation de la satisfaction des patients, diminution des temps d'attente...)

❖ Le *design thinking* ou conception créative est une technique de gestion qui utilise les « *compétences que les designers ont acquises au cours des décennies d'effort, pour mettre les en adéquation avec les besoins des hommes et les ressources techniques disponibles dans le respect des contraintes économiques* » explique [Tim Brown \(2009\)](#). Ces compétences sont mobilisées par des acteurs étrangers du milieu du design afin de générer une innovation centrée sur l'utilisateur.

Principes du Design Thinking



Approche synthétisant la pensée analytique et la pensée intuitive, elle mobilise des procédés et méthodes de co-créativité multidisciplinaires au bénéfice de l'utilisateur. Elle se déroulant en trois étapes : *Inspiration – Imagination – Mise en œuvre*.

❖ Le Lean Design est une combinaison de ces deux approches collaboratives avec une implication des professionnels dès la phase de conception. Cette démarche est particulièrement adaptée à des projets d'investissement hospitalier, car elle permet de définir à la fois les organisations futures déployées selon le projet médical ainsi que les solutions architecturales et fonctionnelles répondant aux besoins des utilisateurs. Les deux approches ont en effet en commun de privilégier le besoin de l'utilisateur et de rechercher des solutions issues non pas de l'expertise, mais de l'expérience et de l'intelligence collective. La démarche se déroule en 3 étapes temps :

- ✓ Une phase de diagnostic et de recueil des besoins : elle consiste en une écoute empathique des utilisateurs, une analyse de leurs difficultés et une définition de leurs besoins.
- ✓ Une phase de recherche de solution via l'analyse de scénarios : elle consiste à faire émerger des idées dans des séances d'idéation, de brainstorming.... Puis à les représenter de manière miniaturisée (maquettes, prototypes...) afin à les tester.
- ✓ Une phase de consolidation du scénario retenu : elle se déroule généralement dans un séminaire « KAIZEN » (amélioration continue) qui réunit le plus grand nombre d'utilisateurs afin de tester le scénario retenu et de proposer des corrections.

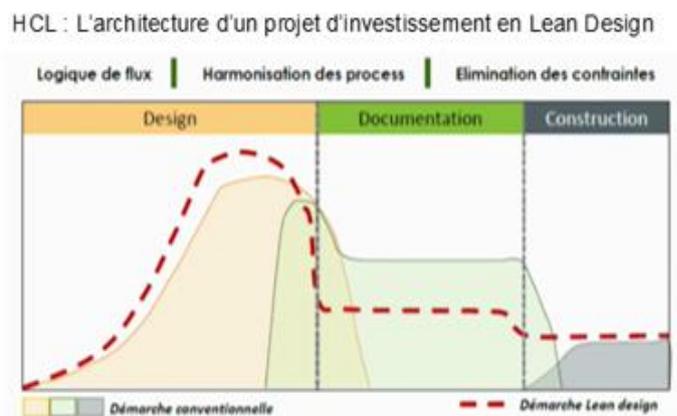
❖ Les HCL, développent depuis 2017 la méthode *lean* et encouragent les services à la mettre en application. La démarche est axée sur l'amélioration continue des processus par la recherche des défaillances d'un service, l'identification des causes (réflexion collective) et la recherche de solutions (proposition – test – évaluation). Tous les professionnels sont considérés comme des acteurs expérimentés, aussi bien les cadres, les aides-soignants que les médecins, et peuvent donc proposer des solutions.

Le *lean design* est utilisé dans de nombreux projets immobiliers des HCL notamment :

✓ *Le projet BAUREAL* à l'hôpital Lyon Sud qui ambitionne de regrouper et moderniser les Blocs, les Urgences et la Réanimation. Il a fait travailler ensemble pendant 7 ans 180 professionnels pour réfléchir sur le cadrage du projet.

✓ *L'élaboration du Schéma Directeur Immobilier* de l'hôpital de la Croix-Rousse qui mobilise depuis octobre 2022, une centaine de professionnels sur la configuration future de l'hôpital.

✓ *La modernisation des bâtiments de consultations externes (Pav A) et d'hospitalisation (Pav E & F)* de l'hôpital Edouard Herriot ; ce projet est l'objet de la présente étude.



3.1.2 Le tertiaire des pavillons d'hospitalisation : un projet complexe éligible à la démarche de co-conception

Le projet de modernisation des unités d'hospitalisation consiste au regroupement dans deux pavillons (E et F), de tous les services d'hospitalisation complète, actuellement dispersés dans 9 pavillons (voir Annexe 2). D'un budget de 167 M€, ce projet concerne 20 spécialités mobilisant près 425 professionnels pour une capacité cible de 350 lits. Il a la particularité de s'étaler sur deux phases distinctes du schéma directeur immobilier de HEH : le pavillon E étant livré en 2031 et le Pav F en 2040, soit 9 ans plus tard.

Avec ce regroupement, les professionnels devront se répartir 23 000 m² de surface dans œuvre (SDO) pour leurs activités de soins, les fonctions support et le tertiaire associé, et ce après déduction des locaux techniques et des circulations.

PROJET	Pav E	Pav F	TOTAL
Mise en service	01 / 2031	01 / 2040	
Budget	100 M€	67 M€	167 M€
Capacité	252 lits	101 lits	353 lits
Spécialités concernées	14	7	20
SDO (4 étages)	14 940 m ²	8 140 m ²	23 080 m ²
Personnel médical	196		424
Personnel non-médical	228		

Le cadrage du projet a suivi la méthodologie institutionnelle définie par le CNIS :

- ✓ Une détermination du capacitaire à partir de la projection de l'activité. Les prévisions d'activité sont elles-mêmes établies selon le projet médical et de manière à générer un Retour sur Investissement (ROI) positif.
- ✓ Une détermination des ressources humaines non-médicales nécessaires à cette activité établie en suivant les standards de l'outil ÆLIPCE de l'ANAP.
- ✓ Un dimensionnement surfacique des zones de soins selon les recommandations ANAP.
- ✓ Le dimensionnement des locaux techniques suit les préconisations de la Direction des Investissements et des Travaux.

La démarche adoptée pour la conception du projet est le *lean design* : des groupes de travail pluridisciplinaires sont régulièrement réunis en comités thématiques afin de déterminer l'organisation et l'agencement des activités. Ces comités portent aussi bien sur les fonctions de soins (comité unité de soins, comité rééducation...) sur les fonctions support (comité logistique, vestiaire) que sur le tertiaire. C'est ce dernier qui distingue le projet des Pav E et F des autres projets immobiliers conduits selon l'approche *lean design*. La problématique du tertiaire est pour la première fois intégrée dès la conception du projet en mode collaboratif, avec un impact sur le cadrage identique à celui des autres comités.

Le choix d'inclure et d'individualiser la question du tertiaire dès la phase de conception résulte du constat de la complexité du problème et du risque important que comporte le projet. En effet, il ressort de la revue de la littérature conduite par [Mumani et al.](#) (2021) que lorsqu'une décision nécessite la mobilisation de plusieurs facteurs contradictoires (MCDM \equiv Multi-criteria decision making), l'approche *lean* est tout à fait indiquée.

En l'espèce, plusieurs facteurs aux effets divergents comportent des enjeux à maîtriser :

- ✓ Des enjeux importants en termes humains (425 professionnels avec un poste de travail financier (167 M€) et organisationnels (250 lits)
- ✓ De nombreuses incertitudes découlant de l'échéance du projet : le Pavillon E a obtenu l'accord et les financements de la tutelle (ARS) mais le pavillon F pas encore. Le projet s'accompagne d'opérations à tiroirs impliquant de nombreux déménagements.
- ✓ Des réorganisations spatiales importantes : fusions de services (néphrologie et transplantation rénale) ; division de service (médecine interne, avec séparation d'équipe) ; nouveau parcours (plateau de rééducation) ... Ces nouvelles organisations présentent un risque de non-appropriation du nouvel environnement de travail, d'éclatement des services, de perte de sens, si le changement n'est pas correctement accompagné. L'expérience de la fusion des hôpitaux de Georges Pompidou, des blocs à la Pitié Salpêtrière, du plateau technique au Pav H, ont révélé les risques de non-appropriation post-déménagement lorsque les professionnels n'ont pas été suffisamment écoutés ou impliqués.
- ✓ Des enjeux relatifs à la symbolique du pouvoir avec la dépersonnalisation des bâtiments. Certains pavillons ont encore sur leur édifice le nom du chef du service qu'ils hébergent. Le regroupement de plusieurs services dans un seul lieu entraînera une disparition de ce symbole de pouvoir. De même, le déménagement s'accompagnera d'une réduction de la taille des bureaux, qui pourra être perçue comme une diminution symbolique de l'autorité managériale.
- ✓ Des enjeux stratégiques en termes de dimensionnement et d'agencement du tertiaire, car il n'y aura pas d'autres options de relocalisation en dehors des pavillons E et F. Les professionnels qui interviendront dans E et F pourront également avoir une activité dans le plateau ambulatoire, des consultations ou dans le bloc, zones dans lesquelles il n'y aura pas de tertiaire. L'absence d'alternative exige de mesurer correctement le besoin pour éviter tout sous-dimensionnement fortement préjudiciable.

L'intégration des utilisateurs dès la phase de conception du projet leur donne l'occasion de mieux maîtriser les enjeux et de les intégrer dans leur vision de l'hôpital.

Cette démarche présente de nombreux avantages :

- ✓ L'émergence d'une organisation qui valorise aussi bien, si ce n'est plus, l'expérience du terrain, que l'expertise des ingénieurs et techniciens.
- ✓ La préparation psychologique des professionnels à un changement mieux accepté car déterminés par eux ; ils sont « maîtres des futurs locaux », puisqu'une partie importante des décisions leur est déléguée dès la conception du projet (*empowerment*).
- ✓ La co-construction d'une vision partagée de l'hôpital : les personnels participent ainsi de l'évolution de leur environnement de travail, ils contribuent à l'innovation organisationnelle, laquelle est mise en œuvre conformément à leurs attentes.
- ✓ La dynamisation du dialogue entre la direction et les équipes : les contraintes institutionnelles qui sont imposées à l'hôpital (ROI, fusion des unités...) sont communiquées aux professionnels qui s'en approprient et les intègrent eux-mêmes dans leur planification.

Le cadencier des tâches du comité technique du tertiaire est planifié sur 6 mois selon le diagramme de Gantt ci-dessous.

COTECH TERTIAIRE		DIAGRAMME DE GANTT									
ACTIONS	ACTEURS	janv	févr	mars	avr	mai	juin	juil	août	sept	
Etat des lieux, diagnostic partagé <i>Diagramme des causes des défaillances</i>	Cadre de service										
Recueil des besoins <i>Appuyé par un projet de service</i>	Chef de service Cadre de service										
Constitution des groupes de travail <i>6 à 8 personnes par groupe</i>	Représentant des services	<i>en temps masqué</i>									
Mini kaizen de présentation du projet <i>Partage du diagnostic, énoncé des dilemmes</i>	Représentant des services										
Mini Kaizen de recherche de solution <i>Scénarios organisationnels et architecturaux</i>	Représentant des services										
Kaizen de test du scénario retenu <i>Avec des plans et maquettes et prototypes</i>	Tout le personnel des services concernés										
Finalisation de la programmation par service	Chef de service Programmist, ingénieur										

Il convient de préciser que la planification initiale prévoyait un KAIZEN général en juin, avec l'intégration du scénario choisi par tous les autres comités techniques. Ce dernier a bien eu lieu, mais sans les propositions relatives au tertiaire. En effet, après le mini Kaizen de mai, les ingénieurs ont annoncé une réduction de la surface utile disponible de 10 % car la circulation avait été sous-dimensionnée. L'impact de cet ajustement surfacique a été reporté sur le dimensionnement du tertiaire. La diminution de l'espace disponible a rendu caduque la solution retenue par le COTECH de mai, qui devait être le dernier. C'est pourquoi le KAIZEN final relatif au tertiaire a été décalé en septembre, afin que les groupes de travail trouvent une autre solution.

3.2 La formalisation du besoin du tertiaire comme révélateur des difficultés ressenties et de la rareté de la ressource surfacique :

3.2.1 Un diagnostic de l'existant permettant d'identifier les difficultés présentes

La réalisation d'un état des lieux est l'étape qui acte fondamentalement le démarrage du projet. Le périmètre du projet porte sur tous les services d'hospitalisation complète (médecine, chirurgie), ainsi que les services qui n'auront plus de tertiaire du fait des différents projets de modernisation ; il s'agit par exemple des services de dermatologie et d'ORL qui réalisent des consultations et de l'hospitalisation de jour, et qui devront être relocalisés après le transfert de leurs activités dans un pavillon dédié à l'ambulatoire. L'objectif de cette étape est la compréhension du fonctionnement actuel des équipes, et l'identification des organisations à conserver et celles à corriger.

Concrètement, cette étape se déroule en 2 temps :

✚ Elle commence par une observation de chaque service, soit sous la forme d'exploration solitaire, soit via une visite guidée par le cadre ; l'ambition est double :

- Recenser tous les espaces occupés. Toutes les pièces du service sont visitées, leurs fonctions notées ; les postes de travail sont comptés, l'organisation de l'espace précisée (bureau individuel, double, superficie...) et les identifiants de leurs occupants relevés (nom, prénom, fonction).
- Recueillir des informations sur la qualité de l'espace de travail. La quête d'informations s'appuie sur l'écoute active du personnel, durant des échanges semi-directifs qui permettent de les questionner sur différents items : la fréquence d'occupation du poste, sur la pratique du télétravail, sur la satisfaction de l'environnement de travail (ergonomie des bureaux, qualité des meubles, vétusté des locaux), sur l'organisation spatiale, sur l'accessibilité et la sécurité de l'espace de travail... Durant cet échange, le personnel est invité à donner son avis sur les difficultés rencontrées dans l'espace de travail et sur les solutions qu'il propose ; cela permet de discuter de tous les critères qui influenceront les futurs scénarios : la qualité de vie au travail, l'évolutivité des espaces, le rapport au travail, l'impact environnemental. Il est à noter que lorsque l'exploration est faite en solitaire, le personnel exprime plus spontanément les frustrations relatives à leurs installations.

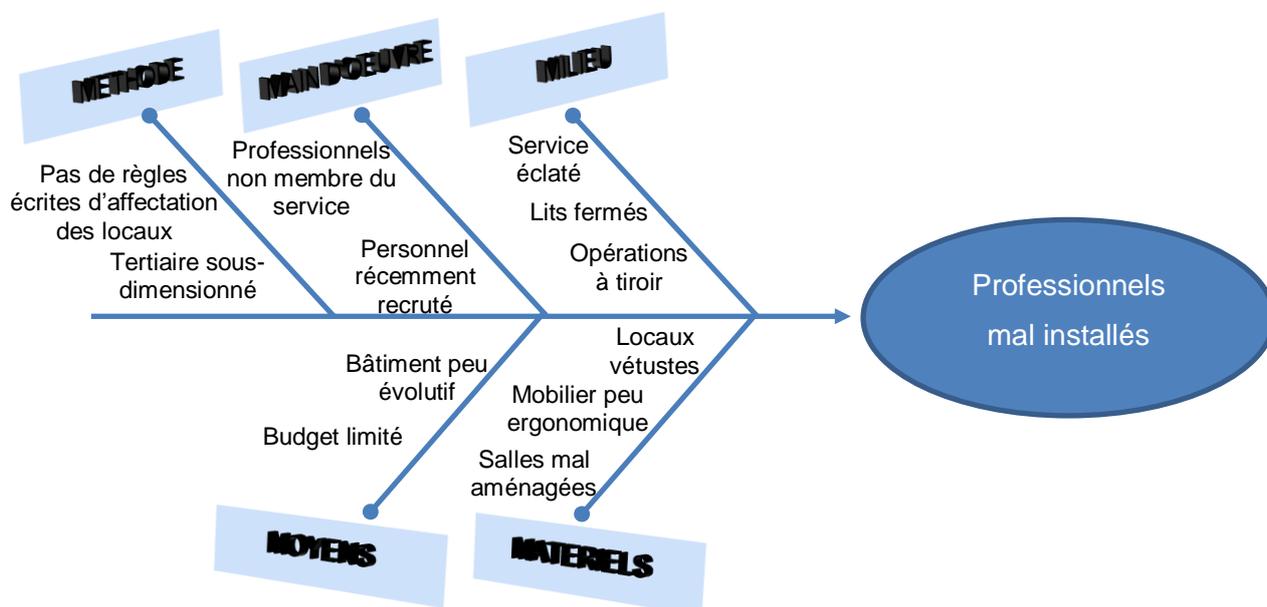
✚ Dans un second temps, un contrôle de cohérence est fait afin de s'assurer que les personnes identifiées sur le terrain se retrouvent bien dans la base des ressources humaines, avec la bonne affectation. Puis les informations sur l'occupation des pièces sont retranscrites dans un plan, et une synthèse de l'état des lieux est transmise au chef de

service et au cadre de service. Dans cette synthèse, les difficultés relevées sur le tertiaire sont rappelées ainsi que leurs causes probables. Il s'agit essentiellement :

- Des professionnels installés dans des pièces non-conformes en superficie (<9 m²) ou éclairage (peu de lumière naturelle).
- Des professionnels installés dans des locaux sans fonction tertiaire (hospimag, salle de soins...).
- Des locaux sous-utilisés car affectés à des personnes ou à des structures qui sont peu ou plus présentes (aumônerie...).
- Des professionnels installés dans des bureaux en dehors de leurs services donc éloignés et de leurs collègues et de leurs patients.
- Des professionnels sans salle de pause et déjeuner dans les offices alimentaires des patients.
- Des professionnels disposant de deux postes de travail (ex : même secrétaire intervenant dans un service installé dans différents pavillons).
- Des services géographiquement éclatés, du fait des opérations à tiroir ou de la fermeture / réouverture partielle des lits.

L'analyse des dysfonctionnements par la technique des 5P (5 pourquoi ?) permet d'élaborer le diagramme des causes ci-dessous.

Diagramme d'Ishikawa des principales causes d'insatisfaction des espaces de travail



Par la suite, la synthèse du recensement (plan des locaux et observations) est transmise au cadre et au chef de service pour validation (voir Annexe 2). Le diagnostic de certains professionnels qui sont affectés dans des services de soin tout en relevant d'un service transversal (kinésithérapeutes, assistantes sociales...) a exigé une double validation : par leur autorité fonctionnelle et leur autorité hiérarchique.

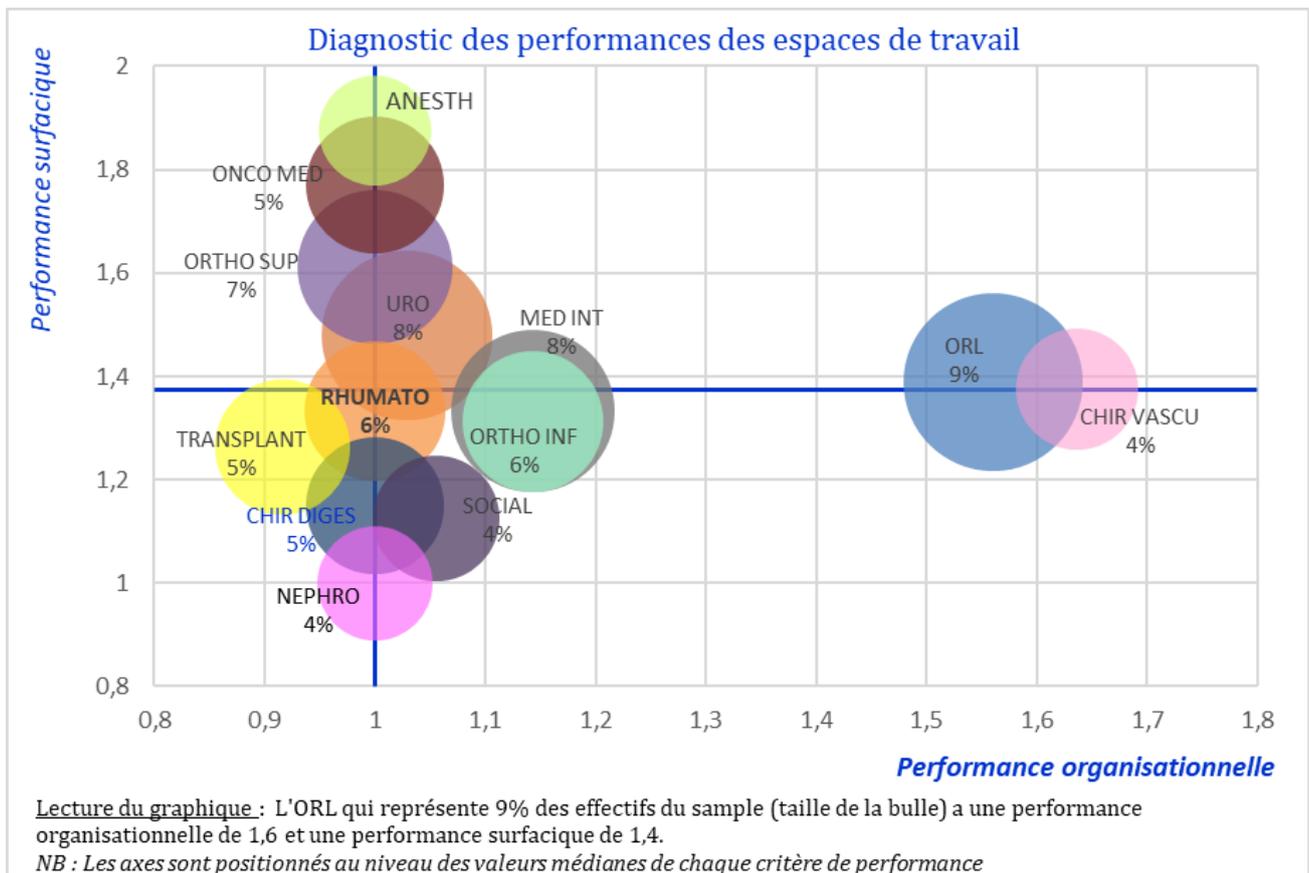
In fine, le diagnostic identifie près de 425 professionnels mobilisant près de 390 postes.

SERVICE	LOCALISATION FUTURE DES LITS	PM	PNM	REEDUC	NB POSTES	NB BUREAUX
MEDECINE INTERNE	Pav E	17	15	0	28	21
DERMATOLOGIE incl. TOXIDERMIE	Pav E (Toxi)	9	5	0	14	12
RHUMATOLOGIE	Pav E	14	10	0	24	18
ORTHOPEDIE MEMBRES INFERIEURS	Pav E	14	8	2	21	16
ORTHOPEDIE MEMBRES SUPERIEURS	Pav E	22	6	1	29	18
CHIRURGIE DIGESTIVE	Pav E	9	12	2	23	20
CHIRURGIE VASCULAIRE	Pav E	12	6	0	11	8
NEPHROLOGIE	Pav E	8	8	0	16	16
TRANSPLANTATION	Pav E	10	12	0	24	19
UROLOGIE	Pav E	16	19	0	34	23
DIALYSE	Pav E	3	6	0	9	7
KINESITHERAPIE	Transversaux	0	1	16	12	1
SOINS PALLIATIFS	Pav F	4	3	3	10	11
MEDECINE POLYVALENTE	Pav F	6	4	0	10	7
MEDECINE INFECTIEUSE ET TROPICALE	Pav F	11	2	1	14	10
ONCOLOGIE MEDICALE	Pav F	9	13	1	23	13
EXPLO ET CONSULT VASCULAIRE	Ambulatoire	6	5	0	11	6
3C EST - COORDO CANCEROLOGIE	Ambulatoire	0	5	1	6	6
ANESTHESIE PAV D	Blocs & Consult	9	6	0	15	8
ORL	Blocs & Ambu	17	10	12	25	18
DIETETIQUE	Transversaux	0	1	13	14	4
SERVICE SOCIAL	Transversaux	0	19	0	18	16
TOTAL		196	176	52	391	278
		424 personnels			1,1 pers/poste	1,4 poste/bur

Cet état de lieu permet de dresser un diagnostic de la performance des espaces de travail, basé sur deux indicateurs :

- *Indicateur de performance organisationnelle* : nb de personnels / nb de postes. Plus il est élevé (> 1), plus le service est performant. Cette performance peut provenir de l'optimisation de l'occupation des postes (postes partagés) ou de l'instauration de nouvelles modalités de travail (flex office...)
- *Indicateur de performance surfacique* : nb de postes / nb de bureaux : Plus il est élevé (>1), plus le service optimise l'utilisation de sa surface. Cette performance provient notamment de l'augmentation des bureaux collectifs par rapport aux bureaux individuels.

Le graphique ci-suit illustre les résultats pour les services dont le personnel représente plus de 3 % de l'effectif des services concernés, soit au total 75 % de l'échantillon.



Il découle de cette représentation les observations suivantes :

- Les services qui réalisent les performances organisationnelles les plus élevées sont ceux qui ont organisé un partage de bureau entre les personnels qui ne sont pas présents tous les jours sur le site (ORL, Chirurgie Vasculaire, Maladies Infectieuses). En ORL, sont affichés sur les portes des bureaux des orthophonistes les plannings prévisionnels d'occupation du bureau qui découlent des agendas des rendez-vous médicaux. Par ailleurs, les performances organisationnelles moins élevées de certains services proviennent d'une recherche de performance économique, car ils ont des postes vacants dont le pourvoi a été décalé suite à la baisse d'activité post-pandémie 2019 (ex : spécialité rénale).
- La performance surfacique est la plus élevée dans les services qui s'organisent en open office (kinésithérapeutes) ou qui sont éclatés, dispersés dans différents bâtiments (anesthésie, Oncologie). Cette performance a souvent un côté *ad hoc*, étant plus la résultante d'une contrainte surfacique subie, qu'une organisation planifiée et objectivée en ce sens (quelques kinésithérapeutes n'ont pas de postes et certains s'installent dans des hospimag). Cela étant, pour certains services, ce résultat provient d'une gestion rationnelle de la ressource limitée : en urologie les secrétaires sont toutes dans un open space ; en orthopédie du membre supérieur, les médecins sont presque tous dans des bureaux duos.

Ainsi, l'évolution de la performance des espaces pourra être un indicateur du succès de la démarche. La validation de ce diagnostic permet de passer au recueil des besoins.

3.2.2 Une formalisation du besoin futur permettant de mesurer l'écart avec les ressources surfaciques disponibles

Le recueil des besoins futurs est une étape qui consiste essentiellement à écouter les futurs utilisateurs, à comprendre leurs attentes et à analyser leurs besoins. Elle se fait auprès du chef de service idéalement accompagné du cadre de service. Elle s'appuie normalement sur un projet de service mais, de nombreux services ne l'avaient pas rédigé.

Cette étape est réalisée au travers d'un outil transmis aux chefs de service, ce qui permet de standardiser l'expression des attentes. Cet outil (voir annexe 2) a été pré-rempli avec les informations collectées dans la phase de diagnostic. Pour chaque service, la liste de son personnel a été saisie en renseignant pour chacun d'eux, la fonction, le poste, le bureau (numéro d'identification de la pièce), son mode d'organisation spatiale et la superficie occupée.

Le chef de service est donc invité à compléter l'outil en indiquant pour chaque salarié ses vœux futurs d'espace de travail. Il peut également rajouter les prévisions de recrutement. Les items à renseigner pour chaque personne de son service sont :

- *Le type de poste demandé* : poste standard, poste responsable (plus grand), poste de cadre d'unité, bureau bench (pour les internes), pas de poste attribué.
- *Le type de bureau* : bureau responsable (15 m²), bureau single (12 m²), bureau duo (18 m²) bureau triple (24 m²) ou open space (7 m² par personne).
- *La localisation du bureau* : absolument dans l'unité de soins, absolument dans le pavillon de l'unité, possiblement dans un autre pavillon. Ce critère permettra de prioriser les services qui doivent être localisés près des lits de leurs patients.
- *Le voisinage souhaité* : à côté de quel service souhaite-t-il avoir ses bureaux ? Cette information permet de projeter avec quelles spécialités certains locaux pourront être mutualisés (salles de réunion, secrétariat, assistante sociale...).
- *La mutualisation des fonctions acceptées* : partage des secrétaires, des assistantes sociales, du personnel de recherche...
- *Le critère principal d'affectation des postes* : unité de lieu pour le service, proximité avec les patients, proximité avec un autre service...

Il convient de noter que cette formalisation du besoin laisse au chef de service la possibilité de construire une organisation spatiale de son service qui reflète à la fois le mode de circulation de l'information qu'il privilégie et la symbolique du pouvoir qu'il souhaite établir : qui doit être dans un bureau de responsable ? Dans un bureau collectif ?... Les différences de taille de bureau (12 m² vs 15 m²) aussi petites, semblent-elles, ont été intégrées dans les critères de choix, dénotant leur importance réelle pour le décideur.

Précisons en outre que les services impliqués dans le projet peuvent être classés en 3 groupes :

- Les services qui auront des lits d'hospitalisation au pav E, et qui sont plus légitimes à demander que leur tertiaire y soit localisé.
- Les services qui auront des lits d'hospitalisation au pav F et dont le tertiaire devrait également s'y retrouver. Mais le projet de modernisation du pav F est incertain dans son financement, ce qui peut faire durer la phase de transition.
- Les services qui n'ont d'activités ni dans le pav E, ni dans le pav F, mais la Direction souhaite y mettre leur tertiaire, car les bâtiments hébergeant leurs activités (ambulatoire, consultation, bloc) ne disposeront pas de place pour du tertiaire.

Bien que cette classification, ne constitue pas un critère de répartition, elle permet d'identifier les services qui auront les mêmes intérêts et qui devront plus travailler ensemble pour trouver les consensus.

Les besoins exprimés sont ensuite traduits en surfaces demandées et une synthèse est transmise au service (voir Annexe 2). Cet indicateur de mesure a été retenu car il permet d'harmoniser l'expression des besoins de manière plus efficace qu'une comparaison en termes de postes ou de bureaux.

Il ressort un besoin total de près de 5 400 m²

BESOINS EXPRIMES	Dans les unités de soins		Surfaces mutualisables par plateau		Dans le service	TOTAL
	Unité S1	Unité S2	Bureaux	Salles de réunions	Bureaux	Σ Tertiaire
Services ayant des lits dans E	488 m ²	298 m ²	136 m ²	280 m ²	1 839 m ²	3 041 m ²
Services ayant des lits dans F	286 m ²	0 m ²	102 m ²	180 m ²	456 m ²	1 024 m ²
Services sans lits dans E ou F					1 319 m ²	1 319 m ²
TOTAL	774 m ²	298 m ²	238 m ²	460 m ²	3 614 m ²	5 384 m ²

Les informations recueillies conduisent aux observations suivantes :

- La préservation de l'unité de lieu pour le service apparaît comme le principal critère d'affectation. Quelques rares services acceptent d'être séparés géographiquement. C'est notamment le cas des anesthésistes qui préfèrent être dispersés dans les services des chirurgiens. De même, les assistantes sociales privilégient une localisation dans un service de soin, même si elles sont souvent affectées dans plusieurs services.
- La mutualisation de certaines fonctions (secrétariat...) n'est généralement pas souhaitée. Chaque service aimerait disposer d'un secrétariat distinct des autres afin d'éviter tout risque de partage du personnel en cas d'absence inopinée.
- La proximité géographique révèle que les services de chirurgie préfèrent être sur le même plateau qu'un service de médecine, car les horaires de staff sont différents.

Partager les zones mutualisées avec un autre service de chirurgie conduirait à des tensions sur l'utilisation des locaux communs (salles de staff...)

- Les organisations en open office ne sont presque jamais demandées. Seuls les services qui sont déjà en *open office* (kinésithérapie, diététique) et qui ont de fortes tensions sur les postes de travail, le formulent comme souhait.
- Le besoin exprimé est souvent l'expression de la seule volonté du chef de service. Quelques rares services (néphrologie, service social) ont procédé à une concertation avec leur personnel avant de renseigner l'outil.
- Les besoins exprimés ont un faible contenu en innovation organisationnelle. La plupart des services ont reproduit l'organisation actuelle en essayant de corriger les défaillances. Cette préférence illustre le « biais d'ancrage » (*path dependency*) qui est un frein à la recherche de solutions innovantes ([Baumard et al, 2005](#)), car le mécanisme de dissonance cognitive empêche les acteurs de remettre en cause leurs représentations et comportements.
- Le besoin exprimé ($\approx 5\,400\text{ m}^2$) est supérieur à la surface disponible ($\approx 5\,100\text{ m}^2$). Si le déficit de surface ($\approx 300\text{ m}^2$) semble relativement petit (6 % du besoin), il pose des problèmes de répartition des zones tertiaires en respectant les critères prioritaires exprimés par les services, puisque les surfaces disponibles sont ventilées sur plusieurs étages des différents pavillons. Un autre facteur de complexité du dilemme est la variation des surfaces disponibles tout au long du projet, les pavillons n'étant pas livrés au même moment.

SYNTHESE DES SURFACES DISPONIBLES POUR LE TERTIAIRE PAR ETAPE			
DISPONIBLE	LIVRAISON E	LIVRAISON JK	LIVRAISON F
PAV E	2 300 m ²	2 300 m ²	2 300 m ²
PAV F	990 m ² EQT	1 350 m ² EQT	2 310 m ²
PAV P Rdc & S1	370 m ² EQT	490 m ² EQT	490 m ² EQT
PAV V		370 m ² EQT	
TOTAL	3 660 m ²	4 510 m ²	5 100 m ²

Plusieurs questions découlent de cet écart entre le disponible et le besoin :

- Quels services faut-il éventuellement exclure du projet ?
- Quels services doivent être éventuellement éclatés géographiquement ?
- Quels services doivent être positionnés le plus à proximité de leurs lits ?
- **En bref, où devraient être localisés les différents services ?**

La résolution de ces questions est le travail confié aux acteurs. C'est un casse-tête, un puzzle complexe qui leur est délégué, mais c'est surtout aussi la possibilité de trouver la solution qui corresponde le mieux à leurs attentes et aux compromis qu'ils sont eux-mêmes prêts à faire.

3.3 La démarche itérative et incrémentale comme procédé de cheminement vers une solution consensuelle

L'un des principes de conduite de changement de Kurt Lewin (1947), fondateur de la dynamique des groupes, est que le changement se met en place plus facilement lorsque les acteurs concernés sont acteurs de ce changement. C'est pourquoi la co-conception a été choisie comme démarche dans ce projet, afin que la nouvelle organisationnelle attendue soit issue de l'intelligence collective et non d'une philosophie imposée par la hiérarchie hospitalière. Le choix d'une telle démarche n'est pas sans risques, car les participants peuvent être enchaînés dans *la trappe des habitudes*, qui les pousse à reproduire les organisations actuelles et freine leur capacité d'innovation. C'est pour limiter ce *biais d'ancrage* que certains hôpitaux préfèrent laisser la conception « aux experts ». C'est notamment le choix de la Fabrique de l'Hospitalité qui ne délègue pas la conception des nouveaux espaces aux utilisateurs (Lerch, 2016) tout en les associant dans l'analyse des besoins. Le défi dans cette démarche était donc de challenger suffisamment les acteurs pour les inciter à l'innovation.

3.3.1 La mise en œuvre d'une "scénariologie" participative via des MINI-KAIZEN

Étymologiquement, KAIZEN vient de deux mots japonais, *Kai* (changement) et *Zen* (meilleur). C'est un processus d'amélioration continue qui présente la particularité d'impliquer tous les acteurs. Dans le cadre du projet tertiaire, plusieurs MINI-KAIZEN ont été organisés afin d'analyser les scénarios conduisant à une solution consensuelle. Leur déroulement s'effectuait en trois étapes :

- La constitution des sous-groupes, les plus équilibrés possibles en termes de profils professionnels et de personnalités ;
- La présentation de la situation, avec les éléments immuables et les dilemmes à résoudre. Un rappel des règles de communication permettant d'améliorer la synergie d'équipe est fait : écouter avec bienveillance (*écoute active*) ; écouter pour comprendre (*s'écouter écouter*) ; savoir se taire (ne pas couper la parole) ; parler avec respect ; donner un sens à sa parole ; critiquer pour construire...
- La synthèse des réflexions et la formalisation des résolutions à retenir de la séance.

❖ **CONSTITUTION DES SOUS-GROUPES.** Il avait été demandé à chaque service de désigner deux collaborateurs, un médical et un non-médical, qui participeraient aux MINI-KAIZEN. Très souvent, ce fut le binôme chef de service et cadre de service qui était présent, mais certains services se faisaient représenter par d'autres membres. Les services avaient également été sensibilisés sur la nécessité d'une présence régulière du même représentant afin de capitaliser sur les apprentissages. Les membres de l'équipe de Direction, la

présidence de la CME, les ingénieurs et des programmeurs étaient présents dans toutes les sessions. Une fois la liste des participants arrêtée, des sous-groupes étaient constitués en veillant à respecter certains critères :

➤ *Équilibre des profils professionnels.* Il consistait à ne pas mettre dans le même groupe deux personnes du même service. Chaque sous-groupe devait être constitué à minima d'un personnel médical, d'un personnel non-médical, d'un paramédical, d'un membre de la direction et d'un ingénieur/programmeur. En outre, les groupes ne devaient pas être le reflet d'un pavillon afin d'éviter que les discussions ne se focalisent que sur celui-ci. Chaque sous-groupe était animé par un *sponsor* (ingénieur ou membre de la Direction) ; formé à la résolution des problèmes par le questionnement, il était chargé de s'assurer que le travail allait effectivement dans le sens de la commande qui avait été faite et que la participation des membres était la plus égalitaire possible.

➤ *Équilibre des personnalités.* La constitution des sous-groupes veillait également à ce que différentes personnalités soient représentées et puissent s'exprimer librement ; ce qui impliquait par exemple de ne pas mettre dans le même groupe une personne ultra-dominante avec une dépendante-symbiotique de même métier. En outre, pour éviter toute homéostasie préjudiciable au changement, la composition des sous-groupes variait d'un atelier à un autre.

Les ateliers se déroulaient dans la salle de réunion de la Direction, qui servait d'OBEYA (grande salle), et le problème à résoudre était affiché en permanence via un vidéoprojecteur. Au final, tous les ateliers se sont déroulés avec calme et professionnalisme ce qui a permis d'analyser plusieurs scénarios.

❖ **PRESENTATION DU CADRE : LA PATINOIRE** : Avant toute analyse de scénario, une présentation du cadre est faite avec les éléments immuables du projet.

- La ressource surfacique totale est fixe.
- Le tertiaire localisé dans les unités de soins est standardisé : Ainsi, chaque unité disposera d'un bureau individuel pour un médecin, d'un bureau individuel pour le cadre, d'un bureau double, et d'un bureau bench permettant d'accueillir 6 internes.
- Le tertiaire localisé dans le plateau mutualisé (secrétariat d'accueil, assistante sociale) est également standardisé. Chaque plateau disposera en outre d'une salle de réunion permettant d'accueillir 15 personnes et mutualisée pour tout l'étage
- Les besoins affectés aux unités de soins et au plateau mutualisé ne sont pas modifiés. Ils sont retirés du périmètre des scénarios.

❖ **ANALYSE DE SCENARIOS SUCCESSIFS** : trois scénarios ont été analysés :

➤ *Le premier scénario : ARGUMENTUM* ou subsidiarité complète : ce mini-kaizen commence par la présentation de la ressource surfacique répartie par pavillon et par

période (à la livraison du Pav E ; puis à la livraison du pavillon JK dédié à l'ambulatoire ; puis à la livraison de F). Une présentation selon les mêmes modalités des besoins recueillis est ensuite faite. Dans ce scénario, le besoin exprimé par les utilisateurs n'est pas modifié. Le rapprochement du besoin et du disponible permet de formaliser le problème.

Les sous-groupes sont invités à positionner chaque service sur les surfaces disponibles en respectant au mieux le principal critère d'affectation demandé par le service (unicité géographique, proximité des lits...)

ARGUMENTUM	DISPONIBLE	BESOIN	ECART
PAV E	2 300 m ²	3 041 m ²	-741 m ²
PAV F	2 310 m ²	1 024 m ²	1 286 m ²
Pav P_O	490 m ²	1 319 m ²	-829 m ²
TOTAL	5 100 m ²	5 384 m ²	-284 m ²

Il apparaît très vite que le dilemme dans ce scénario se résume à choisir quels services exclure du projet ; chaque groupe est invité à motiver ses décisions.

Diverses configurations sont proposées et se traduisent en général :

- Par l'exclusion du projet des services des paramédicaux (kinésithérapeute, diététiciens) ou de spécialités n'ayant pas de lits dans les Pav E & F (ORL, dermatologie).
- Par le non-respect du critère prioritaire d'affectation de plusieurs services : pas suffisamment d'anesthésistes auprès des chirurgiens ; localisation des bureaux de soins palliatifs éloignés de leurs lits...

In fine, ce scénario n'est pas retenu, car il ne permet pas d'atteindre les objectifs. Il permet toutefois de valider une résolution : la nécessité de transformer le besoin afin qu'il puisse être satisfait par la ressource disponible. Ce qui sera fait lors du second scénario.

➤ *Le second scénario : PARCIMONIA* ou optimisation maximale : Dans cet atelier, le besoin de tertiaire hors unité de soins et plateau mutualisé est transformé par mutualisation des bureaux des personnels ayant les mêmes grades médicaux ou fonctions non-médicales. Ainsi, dans tout service, il y a un bureau collectif pour les secrétaires, un autre pour les médecins, un pour les IDE de coordination... Chaque poste dispose de 7 m². Le tableau ci-dessous illustre la transformation pour l'unité de Rhumatologie, qui se traduit à une économie de surface de 28 %.

Rhumatologie	BESOIN INITIAL			BESOIN APRES OPTIMISATION		
	Nb postes	Nb bureaux	Surface	Nb postes	Nb bureaux	Surface
INTERNES SUPP	11 p	1 bur	60 m ²	11 p	flex office	60 m ²
PM	12 p	11 bur	141 m ²	12 p	flex office	84 m ²
SECRETAIRE	6 p	6 bur	57 m ²	6 p	flex office	42 m ²
TOTAL	29 p	18 bur	258 m ²	29 p		186 m ²

Cette transformation permet donc d'aboutir donc à un besoin total inférieur à la surface disponible rendant inutile le recours aux autres pavillons pour compléter l'offre de surface.

SCENARIO "PARCIMONIA"	DISPONIBLE ALLOUE	DISPONIBLE RESTANT	BESOIN INITIAL	BESOIN TRANSFORME	ECART
PAV E	1 202 m ²	1 098 m ²	1 839 m ²	1 305 m ²	-207 m ²
PAV F	568 m ²	1 742 m ²	456 m ²	1 151 m ²	591 m ²
Autres	exclu du périmètre		1 129 m ²		0 m ²
TOTAL	1 770 m ²	2 840 m ²	3 424 m ²	2 456 m ²	384 m ²

Comme dans le premier scénario, la commande est de répartir les besoins des services par pavillon, et par étage en respectant le principal critère d'affectation communiqué par chaque service. Très vite, le dilemme se résumera à choisir quelle spécialité exclure du Pav E. Le choix devra être fondé sur un argumentaire d'abord médical (parcours patient, collaboration des services) et ensuite architectural.

Si ce scénario est plus facile à analyser que le premier, car il se déroule dans un contexte d'excédent surfacique autorisant le respect du critère d'unicité géographique pour presque tous les services, il n'est pas pour autant retenu par les participants. En effet, il implique la « mort » des bureaux individuels ; les participants n'adhèrent pas à l'idée de bureaux collectifs systématiques, d'autant plus que l'excédent de surface pourrait être converti en bureau individuel. La proposition d'utiliser l'excédent de surface pour la création des lieux de vie, de convivialité, bien qu'illustrée visuellement par l'exemple du bâtiment recherche, n'est pas retenue.

Au final, le scénario est rejeté, car les participants ne se projettent pas dans cette organisation. Un autre scénario, qui implique l'égalisation des besoins et des ressources, sans déficit, ni excédent, est alors préparé.

➤ *Le troisième scénario : ÆQUALITAS* ou égalité maximale. La démarche consiste dans ce scénario à répartir entre tous les services, de manière égale, la surface totale restant disponible, après déduction des surfaces déjà allouées dans les unités de soins. Les surfaces disponibles dans les pavillons hors E et F sont intégrées dans les ressources, qui s'élèvent alors à 3 330 m². Le critère de répartition est le nombre de postes demandés par service, après déduction des 95 postes déjà ventilés dans les unités de soins, soit 322 postes restants à répartir dans le tertiaire disponible.

Cette clé de répartition alloue ainsi à chaque service une surface de $\frac{3\,330}{322} \approx 10\text{m}^2/\text{poste}$

SCENARIO "ÆQUALITAS"	DISPONIBLE ALLOUE	DISPONIBLE RESTANT	BESOIN DE POSTES	BESOIN REPARTI	ECART
PAV E	1 202 m ²	1 098 m ²	165 postes	1 650 m ²	-552 m ²
PAV F	568 m ²	1 742 m ²	37 postes	370 m ²	1 372 m ²
Autres		490 m ²	120 postes	1 200 m ²	-710 m ²
TOTAL	1 770 m ²	3 330 m ²	322 postes	3 220 m ²	110 m ²

Cette démarche conduit à deux observations :

- L'égalité des m² par professionnel est-elle équitable ? Elle sous-entend que le besoin de tertiaire est le même pour tous, quels que soient les métiers : secrétaire, professeur

d'université, psychologue... Cela étant, une différenciation des m² par fonction, exigerait de justifier les différences, ce qu'aucun référentiel ne fait présentement.

- Cette égalité ne s'applique que sur le périmètre du tertiaire situé à l'extérieur des zones de soins. Le tertiaire standardisé à l'intérieur des unités de soins est moins contraint et conserve une superficie moyenne de 14 m² par poste.

La commande faite aux sous-groupes du mini-Kaizen demeure identique aux précédents ateliers à savoir la localisation géographique des services sur un motif médical en respectant la contrainte surfacique et le critère prioritaire de répartition indiqué par chaque service.

Le résultat de cet atelier est présenté en Annexe 2. Il se traduit par :

- ✓ L'adhésion des utilisateurs à cette règle de répartition.
- ✓ Le respect du principe d'unité géographique pour tous les services.
- ✓ La localisation de toutes les unités de chirurgie dans le même pavillon que de leurs lits d'hospitalisation, ce qui leur permet « d'égaliser » les coûts des déplacements avec les médecins : ces derniers se déplaceront vers l'hospitalisation complète et l'ambulatoire tandis que les chirurgiens se déplaceront vers le bloc et l'ambulatoire.

Il convient toutefois de souligner que ce scénario ne permet pas de respecter le critère premier du service d'Anesthésie qui était la proximité avec les chirurgiens, et qui se retrouve dans un autre pavillon. Malgré cette limite, ce scénario est adopté, car il permet d'équilibrer les besoins en tertiaire de manière objective.

La solidité de cette solution sera vérifiée lors de la gestion des aléas architecturaux.

3.3.2 L'implémentation du scénario choisi à l'épreuve des aléas architecturaux

La solidité du scénario retenu est conditionnée par le respect de 3 principes qui ont permis son élaboration :

✚ *LE PRINCIPE DE TRANSPARENCE* : les acteurs détiennent toute l'information relative au projet : son financement, son processus d'instruction, le rôle des différentes parties prenantes (direction centrale, ARS, SGPI...), les exigences de performance, ainsi que les incertitudes qui l'entourent. Toutes ces informations leur sont communiquées afin qu'ils puissent prendre leur décision en étant au courant de toutes les contraintes.

✚ *LE PRINCIPE D'HOMOGENEITE*, qui se traduit par l'application de la même règle d'attribution du tertiaire à tous les services : 10 m² par poste de travail demandé. Il est vrai que la détermination du besoin a été hétérogène, et que tous les services ne l'ont pas justifié par un projet formalisé ; mais ce principe, qui reflète la volonté d'une égalité de traitement entre les acteurs, et qui encadre le processus de recherche de la solution comme une *charte de tertiaire*, fonde et sécurise la démarche projet.

✚ *LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITE* qui permet à chaque service d'organiser comme il l'entend l'agencement de son tertiaire. Une fois déterminées la surface totale et la localisation du service découlant des ateliers mini-Kaizen, le service rencontre le programmiste pour affiner son projet. Il décide alors avec ce dernier du nombre de bureaux simples, multiples qu'il souhaite, de leur positionnement, des liaisons... Le service s'approprie ainsi son espace et devient autonome et responsable dans l'agencement de ses locaux. Plus qu'une simple délégation qui limiterait la participation des acteurs au rôle de pourvoyeur d'idées, il s'agit d'un véritable transfert du pouvoir de décision et de son corollaire indispensable, la responsabilité qui l'accompagne. La responsabilité de la décision est confiée au service, entité la plus proche du terrain et pour être effective, cette subsidiarité doit reposer sur 3 engagements implicites de la Direction :

- *Engagement de compétence* : permettre aux acteurs d'acquérir la compétence nécessaire pour prendre ces décisions. Cela suppose une formation à la *démarche lean*, à l'utilisation des outils, aux techniques efficaces de prise de décision, ainsi qu'à la familiarisation avec les enjeux qui entourent le projet.
- *Engagement de secours* : assister, venir en aide aux utilisateurs en cas de difficulté dans leur processus de décision. Ils sont accompagnés et conseillés par la direction et des experts (ingénieurs, auditeurs...) afin de sécuriser leur décision.
- *Engagement de suppléance* : en cas de défaillance des utilisateurs dans la conception, la Direction se doit d'intervenir pour que le projet puisse continuer. Ainsi, si un service procède à un dimensionnement très inégal des locaux de son tertiaire, ses propositions pourront être rejetées, car non-conformes à la philosophie de la démarche projet.

Le scénario retenu est donc solide non pas tant du fait de l'organisation qu'il propose, mais plus par le procédé de génération de cette organisation. Cette solidité lui permet d'être résilient face aux aléas du projet. Ainsi, après la validation du scénario, les ingénieurs ont annoncé une réduction de la surface utile de 10 %. L'impact de cet aléa s'est porté :

◆ De manière modérée sur les surfaces d'activité : 20 lits d'hospitalisation ont été retirés du projet ; une plus forte diminution se serait traduite par un ROI négatif, mettant en péril la poursuite du projet. A noter que la dimension des chambres n'a pas été modifiée, elle est restée conforme aux standards CNIS. De même les surfaces tertiaires (1 770 m² de bureaux et salles de réunion) situées dans les zones de soins n'ont pas été diminuées, les 95 postes qui y sont affectés conservent leur surface moyenne de 14 m² par poste.

◆ De manière plus conséquente sur les surfaces tertiaires situées à l'extérieur de la zone de soins. Elles ont été réduites de 10 %, passant de 3 300 m² à 3 000 m². Cette baisse de la surface disponible ne remet en question l'organisation adoptée que si et seulement si la règle de répartition change. Si elle demeure identique, chaque service recevra une

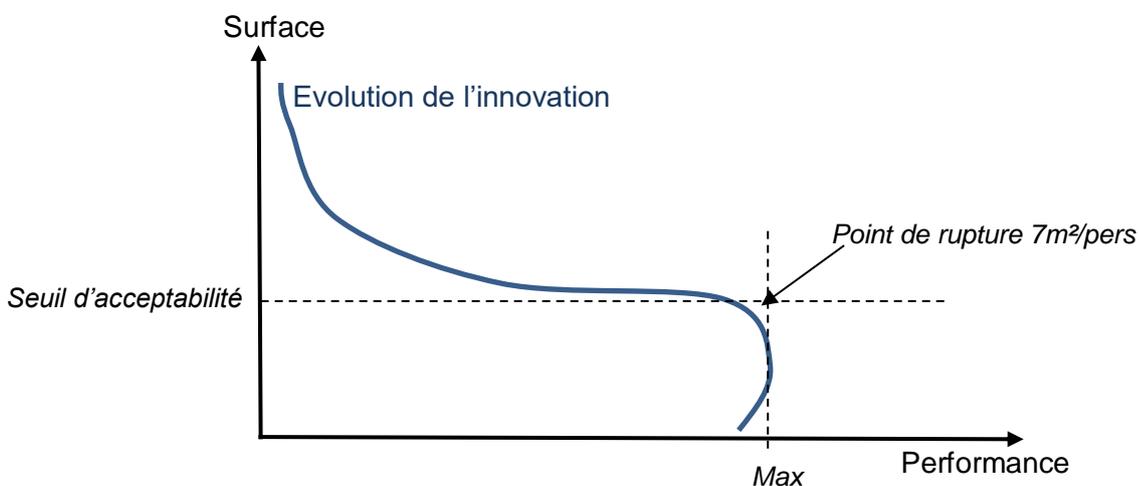
superficie de $\frac{3\,000}{322} \approx 9\text{m}^2/\text{poste}$, au lieu des 10m^2 initialement prévus. En effet, ce qui compte, c'est moins le résultat en lui-même que le processus qui permet d'aboutir à cette organisation, et qui donne au scénario final la solidité nécessaire pour résister et s'adapter face aux aléas survenant inévitablement dans des projets immobiliers d'envergure.

Il appert donc que le tertiaire demeure la variable d'ajustement face à la contrainte surfacique. Son dimensionnement et son agencement par les utilisateurs dès la phase de conception résultent de la combinaison de deux mouvements complémentaires.

➤ Une intégration très amont des contraintes incitant à l'innovation. Plus les utilisateurs constateront l'impossibilité de reproduire leur organisation actuelle, plus ils seront incités à innover pour s'adapter aux nouvelles contraintes. C'est pourquoi la phase imaginative, dite d'idéation, durant laquelle tous les participants sont invités à explorer leurs idées, leurs rêves de l'espace idéal de travail est importante. Et plus la contrainte sera élevée, plus les utilisateurs renonceront à construire un futur qui ne serait qu'un présent corrigé de ses défaillances.

➤ Un rejet très en amont des scénarios dont la contrainte est jugée trop forte pour les utilisateurs. Il existe un seuil d'acceptabilité en deçà duquel les utilisateurs rejeteront au mieux uniquement la philosophie du scénario, au pire l'ensemble du concept véhiculé par le projet. Ce seuil a été identifié lors du second mini-kaizen (2500 m^2 soit 7 m^2 par personne). Il est essentiel de la garder en mémoire afin de ne pas risquer la viabilité du projet dès la phase de conception.

Ces deux mouvements peuvent être représentés par la courbe ci-dessous. L'innovation progresse au fur et à mesure que la surface diminue. Lorsque la contrainte surfacique atteint une limite plancher, l'innovation ne permet plus de pallier les contraintes, et la performance organisationnelle et surfacique se transforme en contre-performance.



CONCLUSION

L'ambition de cette étude était de comprendre le rôle du tertiaire médical dans la stratégie immobilière des hôpitaux, d'identifier son importance lors de l'élaboration des schémas directeurs immobiliers et de mettre en lumière la place que lui accordent les utilisateurs. Pour ce faire, trois questions ont été posées et explorées. Que disent les théories organisationnelles et sociologiques sur les espaces de travail ? Quelles conclusions découlent des projets immobiliers menés dans différents hôpitaux ? Quel(s) rôle(s) jouent les professionnels hospitaliers dans ces projets ?

La première question, relative à l'analyse théorique des espaces de travail révèle que le rôle des espaces de travail a évolué parallèlement aux théories organisationnelles et managériales. Initialement conçus pour correspondre à l'organisation rationnelle du travail, les bureaux sont progressivement devenus des lieux de vie personnalisés que les designers ont modulés, équipés, aménagés pour optimiser la collaboration et le confort des utilisateurs. Si les nouvelles formes d'exécution du travail (télétravail, flex office) matérialisent la mutation de l'organisation spatiale du travail portée par les jeunes générations, le manager hospitalier demeure quant à lui toujours confronté au défi de la construction d'espaces performants, d'un point de vue organisationnel (circulation des flux), économique (coût du foncier) et de qualité de vie au travail (fidélisation du personnel). A l'hôpital, les bureaux médicaux, au travers de leur taille, leur localisation, leur agencement voire leur positionnement, continuent d'être des reflets de l'identité des services de soins et les symboles du pouvoir et de l'autorité qui les organisent.

Cela étant, l'analyse des projets immobiliers hospitaliers, objet de la seconde interrogation, ne fait pas apparaître de place prépondérante accordée au tertiaire. Ces projets, cadrés par les recommandations des autorités de tutelle, sont orientés vers l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge ainsi que la performance économique liée à l'activité ; la performance des espaces de travail n'est pas mesurée. De ce fait, les référentiels architecturaux qui existent font du tertiaire hospitalier un ensemble hétéroclite d'activités éparses normées avec peu de précisions. Son dimensionnement est systématiquement résiduel, i.e. déterminé après le calcul des surfaces nécessaires pour le soin avec un volume assurant un ROI positif. Or, lorsqu'une opération de modernisation présente une surface finie dans laquelle il faut rentrer plus d'activités et donner plus de places aux surfaces techniques modernes (telles que le pavillon H), le tertiaire se retrouve très vite sous-dimensionné. Et ce statut de parent pauvre du projet immobilier n'est pas sans conséquence pour les professionnels dont c'est le lieu de vie.

Alors quels rôles jouent les utilisateurs dans ces projets ? Leur participation dépend du périmètre qui leur est confié. Tout projet incluant une modification de l'espace de travail peut être rejeté par les utilisateurs si la conduite au changement n'est pas correctement menée. C'est pourquoi ces derniers sont de plus en plus consultés et intégrés dans le projet. Leur participation est toutefois à géométrie variable, pouvant aller des finitions à la co-conception. C'est ce dernier choix qui a été retenu dans la phase 2 du projet de modernisation de HEH. En effet, suivant les lignes directrices ministérielles, ce projet se traduit par l'organisation spatiale de l'hôpital par mode de prise en charge : urgences, bloc, ambulatoire, hospitalisation complète... Cette répartition spatiale conduit les praticiens à intervenir dans plusieurs lieux d'exercice différents ; se posent alors les questions du risque d'éclatement du service et de la fragilisation de l'identité de la famille de spécialité. C'est pourquoi, la participation des utilisateurs très en amont du projet permet à ceux-ci de concevoir leur futur espace de travail avec des changements voire de l'innovation organisationnelle issus de leur intelligence collective pour intégrer les contraintes du projet.

L'analyse des facteurs clés de succès de cette démarche collaborative insufflée très en amont conduit à formuler les deux recommandations suivantes pour tout hôpital :

- ◆ *Disposer d'un schéma directeur du tertiaire* qui reflète la vision commune, partagée, idéalisée et co-construite des espaces de travail, afin que ceux-ci ne soient plus de simples variables d'ajustement du SDI mais de véritables projets sur lesquels s'appuie son élaboration.
- ◆ *Disposer de référentiels précis sur le tertiaire*. Au niveau de l'hôpital, il peut s'agir d'une charte du tertiaire qui clarifie les principes d'agencement et de répartition des espaces de travail. Au niveau des spécialités, il peut s'agir des bonnes pratiques et recommandations des sociétés savantes sur l'aménagement des services, comme celui fait la SFAR. Et au niveau national, il s'agit de référentiels actualisés et affinés sur le dimensionnement et la localisation des différents espaces tertiaires ; il est espéré que le travail fait actuellement par l'ANAP dans le cadre du projet ROSES réponde à cet objectif.

Pour conclure, il convient de rappeler que les hôpitaux construits ou modernisés aujourd'hui se doivent d'être évolutifs, afin de s'adapter aux innovations thérapeutiques, techniques et organisationnelles. Le projet du tertiaire, question aujourd'hui secondaire dans la stratégie hospitalière, mais primaire pour les utilisateurs, s'inscrit dans cet objectif ; il est donc essentiel que son élaboration soit le reflet de la vision des utilisateurs. Comme le Prométhée mythique qui jadis donna à l'homme le feu pour qu'il conquière et domine la terre, il convient de confier aux professionnels les moyens de concevoir le tertiaire afin qu'ils deviennent comme *des maîtres et non-possesseurs de leurs espaces de travail*.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES SCIENTIFIQUES

- BAUMARD, Philippe & STARBUCK, William H (2005) « Learning from failures: Why it may not happen » *Long Range Planning*, vol. 38, no 3, p. 281-298.
- BECKER, Franklin; QUINN, Kristen L.; RAPPAPORT, Andrew J.; SIMS, William R. « New Working Practices: Benchmarking Flexible Scheduling, Staffing, and Work Location in an International Context ». IWSP, E-213 MVR Hall, Cornell University, Ithaca, NY
- BELZILE, Louise, SALLES, Mylène, GAGNON, Dominique, COUTURIER, Yves (2012) « L'élaboration de dispositifs de *transversalisation* professionnelle et organisationnelle pour le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », *Gérontologie et société*, vol. 35, n° 142, pages 115 à 127
- BERNSTEIN, Ethan, and TURBAN Stephen (2018). "The Impact of the 'Open' Workspace on Human Collaboration." Art. 239. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences* 373, no. 1753 (August 19, 2018).
- BERTRAND, Raymond & MAURICE, Joël (2019) « L'hôpital du 21^e siècle, un hôpital composite ? Vers une approche déconstructive », *Architecture hospitalière* - numéro 30-31 - Printemps-Été 2019 - Patriarche Office of Architecture
- BRUNELLE, Yvon (2009) « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, p. 39-48
- CARRIER Christelle, BAY Barbara (2017) « L'aménagement de l'espace dans les établissements de santé : une expérience d'innovation sociale hospitalière », *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 2017/2, p. 28-32. DOI
- DANIELSSON, Christina Bodin, CHUNGKHAM, Holendro Singh, WULFF, Cornelia & WESTERLUND, Hugo (2014) « Office design's impact on sick leave rates », *Ergonomics*, 57:2, 139-147,
- De GUNZBOURG, Bethsabée (2014) « Histoire et devenir des jardins dans les établissements hospitaliers », *Pour*, vol. 224, no. 4, pp. 225-231
- DUMAS, Marc, DOUGUET, Florence, et FAHMI, Youssef (2016). « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, vol. 20,5, no. 1, pp. 45-67.
- EDELMAN, Murray (1978) « Space and the Social Order » *Journal of Architectural Education*, 32:2, 2-7
- Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS 2013) « L'aménagement des bureaux : Principales données ergonomiques » Fiche Pratique de Sécurité, ED 23
- Sandra NKONTCHO - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2023

- KOONCE, Tommy and NEUTZE Dana (2020) « Improving Patient Care Through Workspace Renovation and Redesign: A Lean Approach » *Family Medecine*, 2020
- LANCASTER, L, STILLMAN, D, (2002) « When Generations Collide : Who they Are. Why they clash ? How to Solve the Generational Puzzle at Work », *Collins Business*, New York.
- LAVIGNE Adeline (2021_3) - Le bureau - *Sociographe* _N° 75
- LERCH, Christophe (2016) « Recréer les espaces de travail à l'hôpital : le design au service d'une démarche de management", Ed. Baly, L. Cazin, Despatin: *Management hospitalier et territoires les nouveaux défis*, *Ecoles des Mines, Paris*.
- LEWIN Kurt (1947) « Group decision and social change ». In: *Newcomb TM, Hartley EL (eds) Readings in Social Psychology*. New York: Henry Holt, 330–344.
- LINDAHL, G.A. (2004), "The innovative workplace: an analytical model focusing on the relationship between spatial and organisational issues", *Facilities*, Vol. 22 No. 9/10, pp. 253-258.
- MACLOUF, Etienne (2011) « Espaces de travail et management », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°81, pp5 à 18
- MAUSS Daniel, JARCZOK Marc N., GENSER Bernd, HERR Raphael (2023) « Association of open-plan offices and sick leave-a systematic review and meta-analysis ». *Ind Health*. 2023 Jun 3;61(3):173-183.
- MEDELLI, Jean Francois, & al (2018) « Schéma directeur immobilier : les facteurs clés d'une réussite ; retour sur l'expérience du chu de rennes » *Techniques hospitalières* (n°770, mai - juin 2018) pp10-14
- MERCIER, Nathalie (2002) « L'espace hospitalier comme révélateur des pratiques professionnelles au sein des services de soin » *Communication et organisation* n°21
- MINVIELLE, Étienne et CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (2004) « La conduite du changement : Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? » Dans *Revue française de gestion*, n° 150, pages 29 à 53
- MONJARET Anne, 2002, « Les bureaux ne sont pas seulement des espaces de travail », *Communication et organisation*, Journals Open Edition
- MONJARET, Anne (2001), « Fermeture et transfert de trois hôpitaux. L'ethnologue, accompagnateur social », *Ethnologie Française* Vol 31, p. 103-115.
- MONNET, Jérôme (1998) « La symbolique des lieux : pour une géographie des relations entre espace, pouvoir et identité », *Cybergeog: European Journal of Geography*, Political, Cultural and Cognitive Geography, document 56,
- MUMANI, Ahmad A., MAGABLEH, Ghazi M., et MISTARIHI, Mahmoud Z. (2021) « Decision making process in lean assessment and implementation : a review » *Management Review Quarterly*, 2021, p. 1-40.

- NAPPICHOULET Ingrid et LE LUYER Diane (2021) « L'avenir du bureau » *L'économie Politique*, n°92 – pp 54 à 61
- NAPPI-CHOULET, Ingrid et CLERET, Christian (2013) « Quand l'immobilier d'entreprise devient stratégique », Dans *Le journal de l'école de Paris du management*, (N° 104), pages 29 à 36
- NIELSEN, Morten B. & et KNARDAHL, Stein (2020) « The impact of office design on medically certified sickness absence » *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*; n°46, vol 3, pp:330-334
- OLDHAM, Greg. R., & BRASS, Daniel J. (1979) « Employee Reactions to an Open-Plan Office: A Naturally Occurring Quasi-Experiment » *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 267–284. <http://doi.org/10.2307/2392497>
- PEJTERSEN, J. H., FEVEILE, H., CHRISTENSEN, K. B., & BURR, H. (2011). « Sickness absence associated with shared and open-plan offices--a national cross sectional questionnaire survey ». *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(5), 376–382.
- PILLON, Thierry (2016) « Retour sur quelques modèles d'organisation des bureaux de 1945 à aujourd'hui », La nouvelle revue du travail, Journal Open Edition
- RAVALLEC Celine, DELAVAL Katia, LARROQUE Damien. (2021) « L'aménagement des bureaux », *Travail et Sécurité*, n°825, INRS
- ROUSTEAU-CHAMBON, Hélène (2017) « Premières réflexions théoriques sur l'architecture des hôtels-Dieu au XVIIIe siècle », *In Situ*, n°31, Revue des patrimoines
- SALAÜN, Françoise (2003) « Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIXe siècle », *Revue française des affaires sociales*, no. 3, pp. 9-26.
- SCHEÏN, Edgar .H. (1985) « Organisational culture and leadership: A dynamic view », *Jossey-Bass, A Wiley Imprint*
- SHARMA Lavina (2012) « Generation Y at Workplace » *Human Resource Management*, Vol V
- SILVAN, Mathilde et LEÏCHLÉ, Jacques (2021) « Révolution des espace de travail tertiaires : Qu'en est-il de la prévention » *Hygiène et Sécurité*, n°265, INRS
- SUNDSTROM, E., TOWN, J. P., RICE, R. W., OSBORN, D. P., & BRILL, M. (1994) « Office Noise, Satisfaction, and Performance ». *Environment and Behavior*, 26 (2), 195–222.
- WOJANG, L, SOOJIN, L, 2013, « Who are Gen Y'ers and What do They Want From Their Employers ? », *Cornell University ILR School*, ILR coll
- WOMACK, James P., JONES, Daniel T., ROOS, Daniel (1991) « The machine that changed the world : the story of lean production », *The MIT International Motor Vehicle Program*, New York : Rawson Associates,

ARTICLES DE PRESSES

- BENKIMOUN Paul et Isabelle MANDRAUD (2000) « Les hôpitaux de Paris sous influence », *Le Monde*, samedi 27 mai : 18-19.
- ESTRYN, Madeleine (2008) « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », presses de l'EHESP, 2018
- MINVIEILLE E., GALLOPEL MORVAN K., JANUEL J. M., et al. (2018) « Manager une organisation de santé : l'apport des sciences de gestion »: Presses de l'EHESP
- PELEGRIN-GENEL, Elisabeth (2012) « La symbolique managériale ». *Le nouvel Economiste*, Management & Stratégie.

OUVRAGES

- BROWN, Tim (2009) « Change by Design : How Design Thinking transforms organisation and inspires innovation » *Harper Business*
- COOPERRIDER, David & WHITNEY, Diana (2005) « Appreciative Inquiry : A Positive Revolution in Change », *Berrett-Koehler Publishers*, ; 1st edition, 95p
- DES ISNARDS, Alexandre et ZUBER Thomas (2008) « L'open space m'a tué » *Hachette Littératures*, EAN 9782012374089
- DIBIE, Pascal (2020) « Brève histoire d'une humanité assise, Ethnologie du bureau », Métailié, Paris, 2020.
- FISCHER, Gustave-Nicholas et VISCHER Jacqueline C. (1997) « L'évaluation des environnements de travail ; la méthode diagnostique », PUM, Les Presses de l'Université de Montréal, De boeck Université, ISBN 978-2-7606-1679-0
- GARDEY Delphine (2008), *Écrire, calculer, classer. Comment une révolution de papier a transformé les sociétés contemporaines (1800-1940)*, Paris, La Découverte.
- KOTTER, John, (2015) « Conduire le changement : feuille de route en 8 étapes », Pearson, 238 pages, ISBN 978-2744066382
- MARSAN, Christine, (2008) « Réussir le changement : Comment sortir des blocages individuels et collectifs ? » *De Boeck Supérieur*, coll. Manager RH 296 pages
- PELEGRIN-GENEL, Elisabeth (1995) « L'art de vivre au bureau ». Paris, Flammarion.
- PEREC, Georges (1989) « Le Saint des Saints : Des mille manières d'incarner son pouvoir » *L'infra-ordinaire* – Paris, Seuil.

CHAPITRES D'OUVRAGE

- BERT Jean-François, LAMY Jérôme (2021) « Penser à/avec son bureau », dans : , *Voir les savoirs. Lieux, objets et gestes de la science*, sous la direction de BERT Jean-François, LAMY Jérôme. Paris, Anamosa, « Hors collection », p. 156-173

- BOUVILLE, Gregor, et TREMPE, Carole (2015) « La mise en place du *lean management*. Un bouleversement de l'univers hospitalier ? », Béatrice Fermon éd., *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Dunod, pp. 253-266.
- BRUNET, Jérôme et CONTRÉ, Olivier (2014) « Le concept du monospace : la simplicité dans la construction architecturale » Collège de France, Licence Open Edition Books
- MARTIN, Christian et GADBOIS, Charles (2004) « 36. L'ergonomie à l'hôpital », dans : Pierre Falzon éd., *Ergonomie*. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Hors collection », p. 603-619.
- MEDA, Dominique et VENDRAMIN, Patricia (2013) « La coexistence des générations au travail », *Réinventer le travail*, Presses Universitaires de France, coll. Le lien social, pp 185 à 234

RAPPORTS ADMINISTRATIFS OU DE RECHERCHE

- Conseil National d'Investissement en Santé (CNIS 2022) « Référentiel sur le dimensionnement Surfamique et préconisations architecturales pour les Etablissements de Santé » Guide Ministère de la santé
- COUR DES COMPTES (2010) « Médecins et hôpitaux des armées », *Rapport Thématique*
- COURTEJOIE, Noémie & RICHET, Jehanne (2022) « La situation économique et financière des établissements de santé en 2020 » DRESS, N° 100
- D'IRIBARNE, Alain (2012) « Performance au travail, et si tout commençait par les bureaux? », Actinéo – Editions Italiques 2012.
- DGOS (2019) « Pertinence du programme architecturale » *Efficiencce des établissements de santé*.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES, 2009) « L'organisation du travail à l'hôpital, évolutions récentes » *Etudes et Résultats*, n° 709
- Ministère de la Santé (2019) - Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières
- Organisation Mondiale de la Santé (2022) « Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble », OMS, ISBN: 9789240051928
- PARMENTIER Michaël, DONIS Céline, TASKIN Laurent, STINGLHAMBER Florence (2016) « Déshumanisation au travail dans un contexte de développement de l'open-space, du hot-desking et du télétravail », *Université catholique de Louvain*, Rapport de recherche

TRAVAUX D'ETUDIANTS

- MITIFIOT, Franck et BUISSON S « Les blocs open space » SFAR, Congrès 2018

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 ~ Trame des entretiens

Entretien avec les ingénieurs en charge des projets immobiliers des HCL

Item
Le Projet H : Comment les plans ont-ils été arrêtés ?
✓ Comment le tertiaire at-il été défini ? Quel concept derrière le design du « salon de H »
✓ L'intégration de l'HIAD a-t- elle impacté le dimensionnement du tertiaire ?
✓ A quelles étapes les groupes de travail utilisateur ont été intégrés ? Quelles attentes de leur travail ?
✓ Le tertiaire à H vous paraît-il suffisant ?
Pav E et F : Qu'attendez-vous des groupes de travail utilisateur ?
✓ Les propositions issues des groupes sont-elles différentes des projections des ingénieurs ?
✓ Le <i>lean design</i> est-il adapté pour déterminer le dimensionnement du tertiaire ?
✓ Les organisations en open office / flex office se généralisent-elles dans les hôpitaux ?
✓ Idéalement, comment devrait être dimensionné le tertiaire d'une unité de soin ?
Suggestions ou questionnement

Entretien avec la Directrice chargée de la modernisation de HEH

Item
Quelques mots sur votre parcours, sur les fonctions occupées qui ont conduit à porter le projet de modernisation.
Le projet dans sa globalité : ✓ Quelle philosophie ? ✓ Quelles ambitions ? ✓ Quels objectifs premiers ?
Pav E & F : ✓ Quelle méthodologie (lean design) ? ✓ Pourquoi ? ✓ Quelle valeur ajoutée par rapport aux autres méthodes ?
Le tertiaire (bureau, salle de réunion, pause...) ✓ Comment le concevez-vous dans un hôpital : dimensionnement, positionnement géographique...
Quels sont les risques d'un sous-dimensionnement du tertiaire ?
Comment inciter les utilisateurs à l'innovation organisationnelle (en matière de tertiaire)
Des bureaux médicaux en open space à l'hôpital. ✓ Un futur possible ?
Comment concevez-vous l'hôpital de demain (d'un point de vue architectural)
D'autres points complémentaires ?

Entretien avec la Directrice chargée du projet tertiaire de la Recherche (HCL)

Item
Quelques mot sur son parcours
Présentation de la direction de la recherche.
Quels sont les enjeux du projet tertiaire de la recherche ?
Comment s'est passé ce déménagement
Comment les équipes ont vécu ce changement ?
Quel bilan aujourd'hui ?
Et si c'était à refaire, que feriez-vous directement ?
Cette expérience peut-elle être reproduite dans d'autres services ?

Entretien avec la Directrice chargée de la modernisation du Pavillon H (HEH)

Item
Quelques mots sur votre parcours, sur les fonctions occupées qui ont conduit à porter le projet de H
Quels étaient les objectifs fixés pour ce projet (efficience organisationnelle, économique...)
Quelle fut la méthodologie adoptée pour le projet (Quels acteurs ont été sollicités ? comment ? sur quels périmètres ?...)
Quelle méthodologie a guidé le dimensionnement du tertiaire (bureaux, salles de repos) ? Comment ces espaces ont évolué au gré des contraintes ?
Quels aléas importants le projet a dû affronter (HIAD ?) et comment ont-ils été gérés ?
Retex : Et s'il fallait le refaire aujourd'hui ? Que feriez-vous de la même façon ? Que feriez-vous différemment ?
Pour vous à quoi ressemblera l'hôpital de demain (vision architecturale) ?

Entretien avec le Directeur référent du Pôle Chirurgie du GHC

Item
Un mot d'historique sur le projet H. Comment y avez-vous participez ?
Quels autres acteurs étaient impliqués dans les groupes de travail (médecins, soignants, ingénieurs, usagers)
Quelle importance occupe aujourd'hui le bâtiment H dans votre PAM ?
Fonction médicale : le dimensionnement des blocs vous paraît-il satisfaisant ?
Fonctions support (zones de stockage et surface techniques): le dimensionnement des vous paraît-il satisfaisante ?

Fonction tertiaire (bureaux, salles de réunions, détente) : dimensionnement satisfaisant ?
Le tertiaire vous paraît-il important dans l'organisation de l'activité ?
Lean design ? Qu'en pensez-vous ?
Sur le pavillon C, comment les acteurs sont-ils impliqués dans le projet ? (recueil des besoins, participation à la prise de décision...)
Quelles recommandations faites-vous dans la conduite d'un projet immobilier sur la méthode d'agencement des locaux
Pour vous à quoi ressemblera l'hôpital de demain (vision architecturale) ?
Quels conseils donnerez-vous à un jeune élève directeur ?

Entretien avec la Directrice des Soins du GHC

Item
Quelques mots sur votre parcours. Et le service que vous encadriez avant
Votre participation aux groupes projet de H
Comment avez-vous identifié les besoins de locaux
Comment a été traitée la question du tertiaire
Les besoins exprimés en tertiaire ont-ils été bien pris en compte ?
Vos recommandations compte tenu de votre expérience.

Entretien avec les cadres supérieurs de la chirurgie et des soins critiques

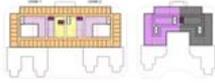
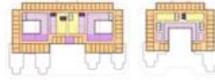
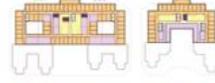
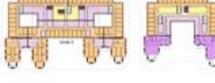
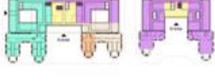
Item
Quelques mots sur votre parcours. Et le service que vous encadriez avant
Votre participation aux groupes projet de H
Le bâtiment H : description
Comment avez-vous identifié les besoins de locaux
Comment s'est passé l'installation dans H
Quels professionnels étaient impliqués dans les groupes de travail
Quel est l'impact du sous-dimensionnement dans l'organisation ?
Comment avez-vous géré cette désaffection des équipes
Le management appréciatif : comment l'avez-vous mis en œuvre ?
Que pensez-vous de l'Open office ? du Flex-office ?
Vos recommandations sur la gestion d'un projet de tertiaire compte tenu de votre expérience.

Annexe 2 ~ Projet de modernisation des unités d'hospitalisation de HEH
Illustration de la démarche de co-conception

Présentation du projet

LES PAVILLONS E ET F FINAUX

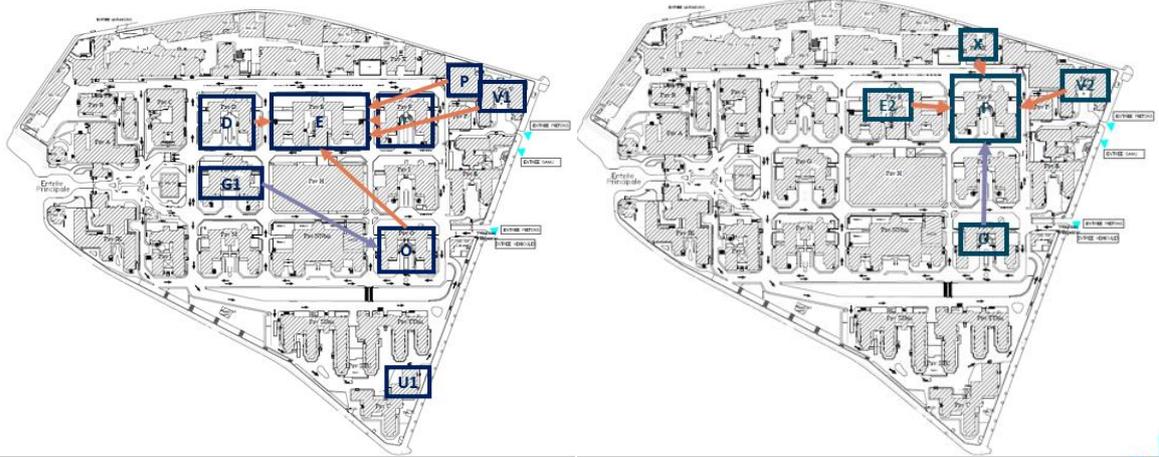
4

Médecine interne O2,3,4 (52) Toxicodermie (4)	N4 (56/56)		N4 (17/17)	Soins palliatifs X (17)
Orthopédie (37) Rhumatologie (19)	N3 (56/56)		N3 (28/28)	Médecine polyvalente UMEP V2 (18) Post-U (10)
Chirurgie digestive (37) Chirurgie vasculaire (19)	N2 (56/56)		N2 (28/28)	MIT (5) Médecine polyvalente aiguë AN (23)
Néphrologie P1 (20) Transplantation P (20) Soins intensifs P (9) Urologie V1 (27) Grands délabrements (5)	N1 (81/84)		N1 (28/28)	UROI E2 ou O (5 à 10) HC Onco méd G1 ou O (18 à 23)
Dialyse (P3), tertiaire, rééducation, aphérèse	RDC		RDC	Tertiaire



MISE EN SERVICE DE E 01/2031

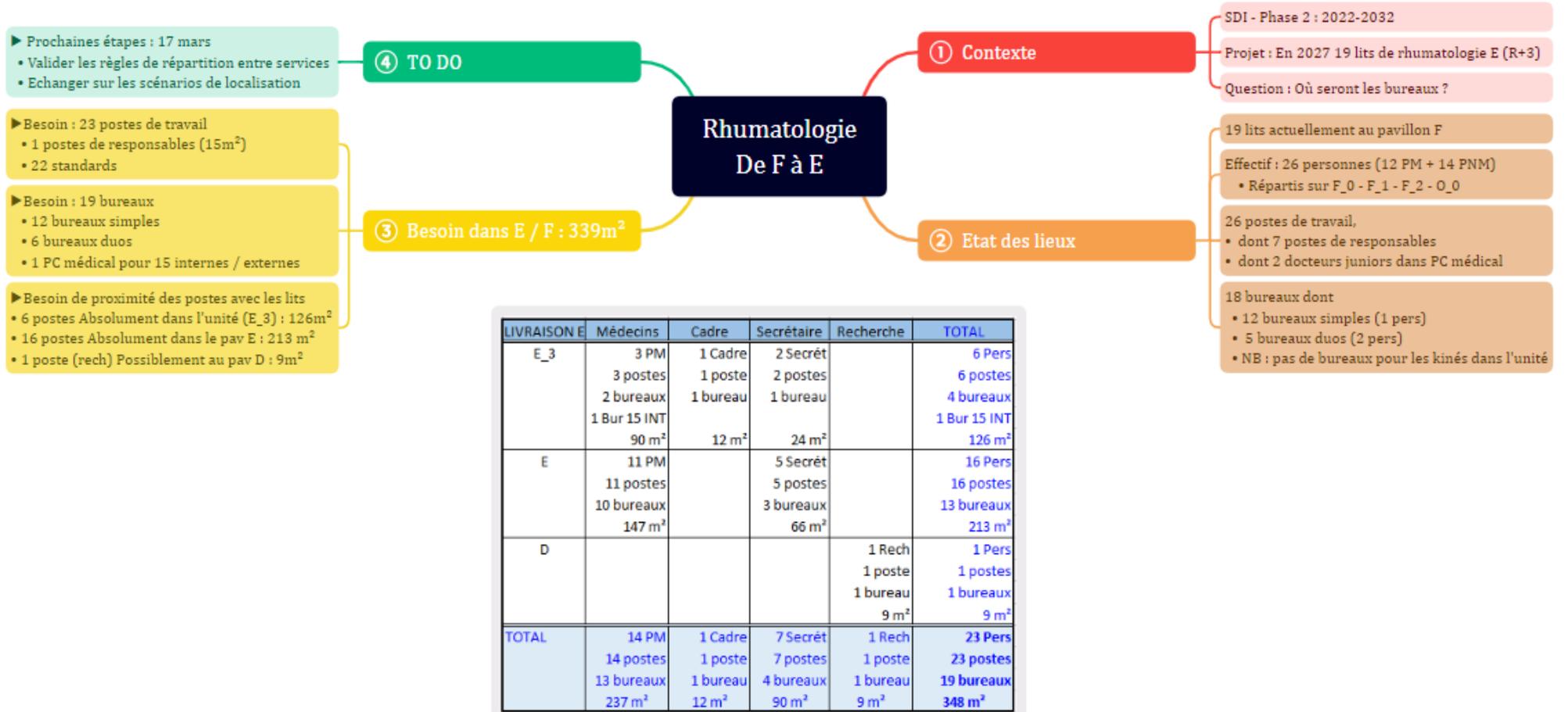
MISE EN SERVICE DE F : 01/2040



Outil de recueil des besoins en tertiaire de chaque service

SERVICE DE XXX				PAV V & O Capacité HC 20 lits					Pav E Capacité future HC 28 lits			
Sélectionner dans le menu déroulant				Poste de travail actuel					Vœux de poste de travail futur			
CATEGORIE	NOM	PRENOM	GRADE	Type de bureau	Partage de bureau	Localisation	Réf Pièce	Observations	Type de bureau	Partage de bureau	Localisation du bureau	Proximité
Ex de rempl.	Pierre	Paul	Assistant	Bureau cadre	Bureau multiple	PAV V2	D-02-34	Coordo - 12m ²	Poste standard	Bureau multiple	Possiblement dans un autre	
Service	Réunion			Salle de réunion		PAV V0	V-00-03					
Accueil	Salle	Attente Famille		Salle de réunion	Open space	PAV O1	O-01-32	Salle des familles				
Personnel	Vestiaire	Externe			Open space	PAV O2	O-02-02	Vestiaire				
Personnel	Vestiaire	Externe			Open space	PAV O2	O-02-23	Vestiaire				
PM	XXXXX	XXXXX	PU-PH	Poste responsable	Bureau simple (1 pers.)	PAV O0	O-00-28	Bur Chef Service			Chef de service dans un autre pavillon	
	XXXXX	XXXXX	PH	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	PAV V0	V-00-06	Bureau médecin	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	Possiblement dans un autre pavillon	
	XXXXX	XXXXX	PH	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	PAV V0	V-00-01	Bureau médecin	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	Possiblement dans un autre pavillon	
	XXXXX	XXXXX	PH	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	PAV V0	V-00-02	Bureau médecin	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	Possiblement dans un autre pavillon	
	XXXXX	XXXXX	Aut PRAT	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	PAV V0	V-00-03b	Bur 1P non référencé	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	Absolument dans l'unité	
	XXXXX	XXXXX	FFI	Bureau bench	Bureau médical	PAV V2	V-02-27	PC medical - 6P	Poste standard	Bureau duo (2 pers.)	Possiblement dans un autre pavillon	
	XXXXX	XXXXX	FFI	Bureau bench	Bureau médical	PAV V2	V-02-27	PC medical - 6P	Poste standard	Bureau duo (2 pers.)	Possiblement dans un autre pavillon	
ASS SOCIAL	XXXXX	XXXXX	ASS SOCIAL	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	PAV V0	V-00-03	Bur 1P	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	Absolument dans l'unité	
PNM	XXXXX	XXXXX	ENCAD U.S.	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	PAV V2	V-02-34	Bur 1P	Poste standard	Bureau simple (1 pers.)	Absolument dans l'unité	
	XXXXX	XXXXX	SECRETAIRE	Poste standard	Bureau duo (2 pers.)	PAV V2	V-02-28	Bur 2P	Poste standard	Bureau duo (2 pers.)	Absolument dans l'unité	
	XXXXX	XXXXX	SECRETAIRE	Poste standard	Bureau duo (2 pers.)	PAV V2	V-02-28	Bur 2P	Poste standard	Bureau duo (2 pers.)	Absolument dans l'unité	

Présentation synthétique de l'état des lieux de chaque service et du besoin futur exprimé



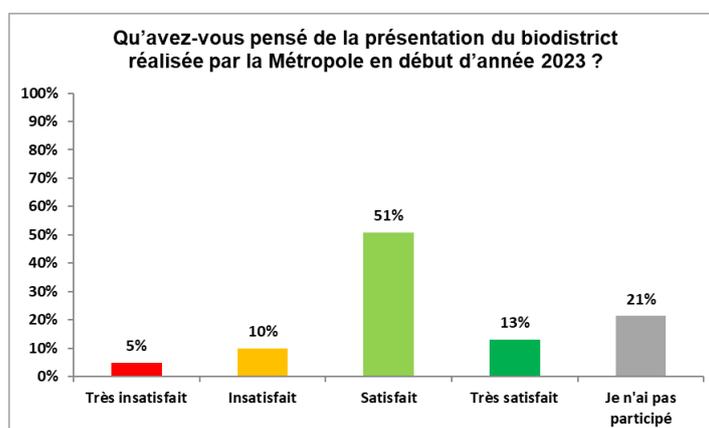
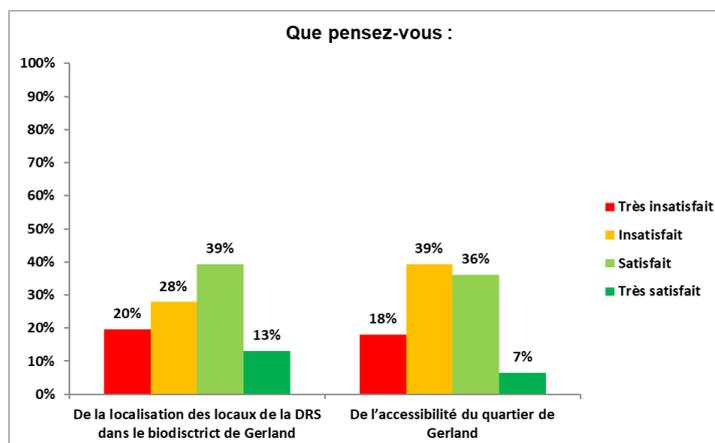
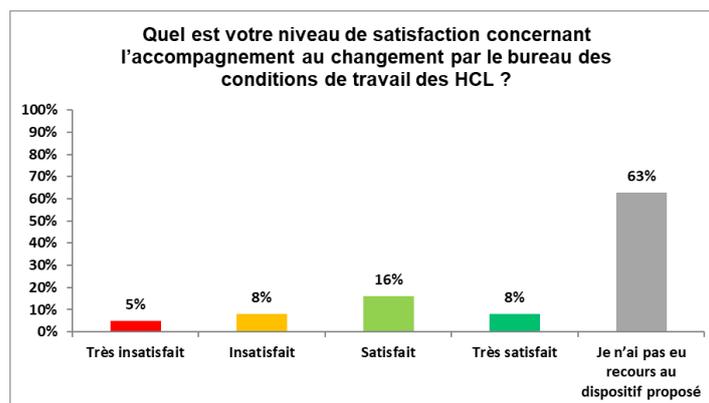
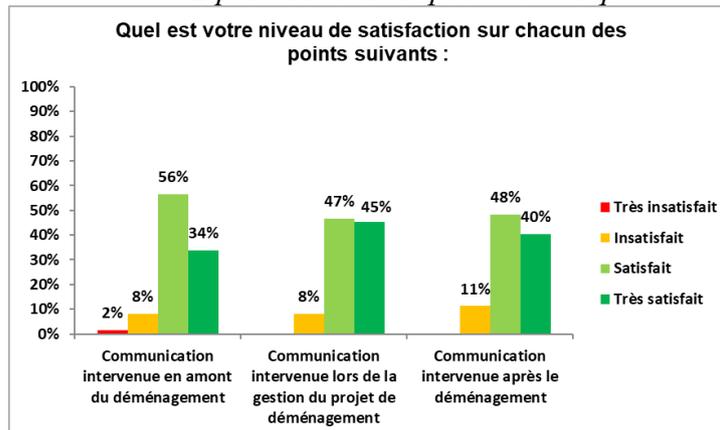
Scénario 3 « ÆQUALITAS » Affectation des surfaces par service

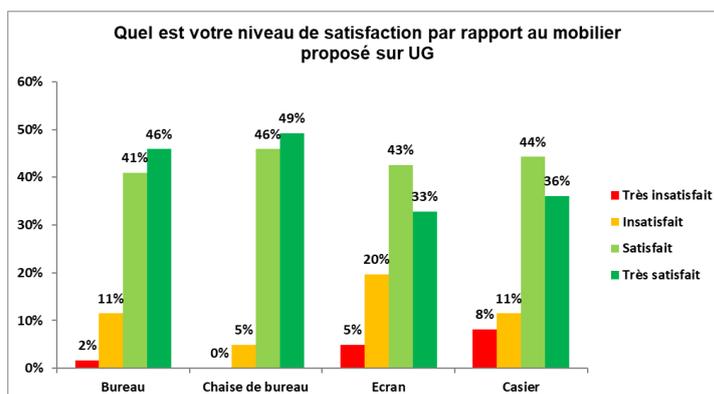
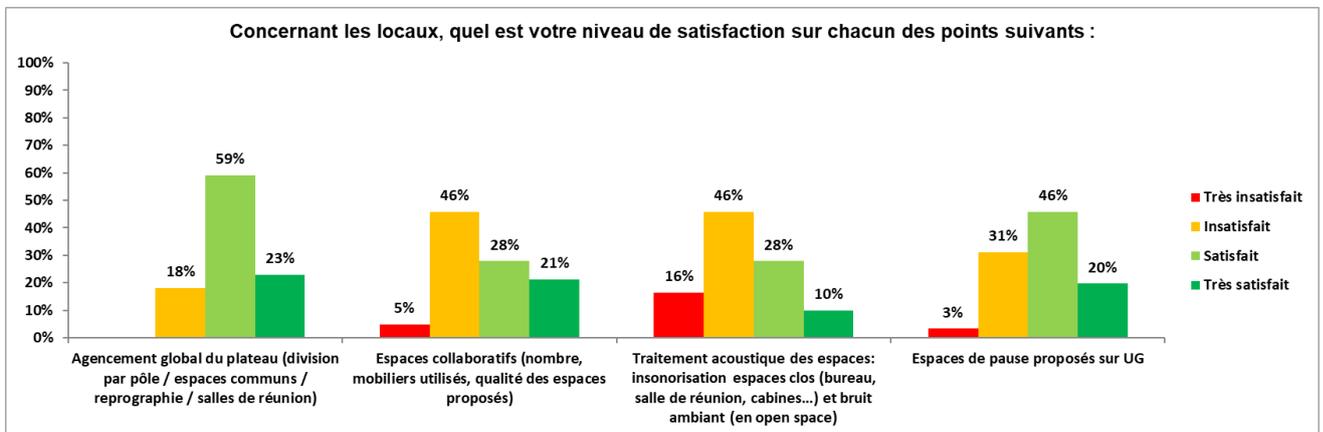
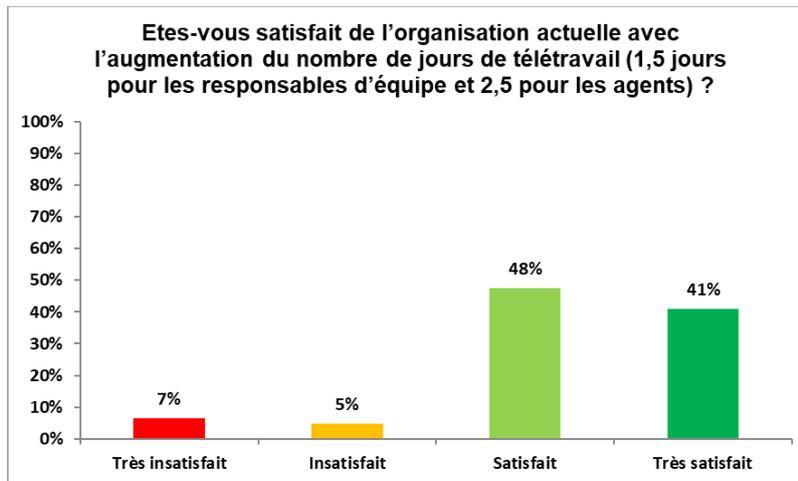
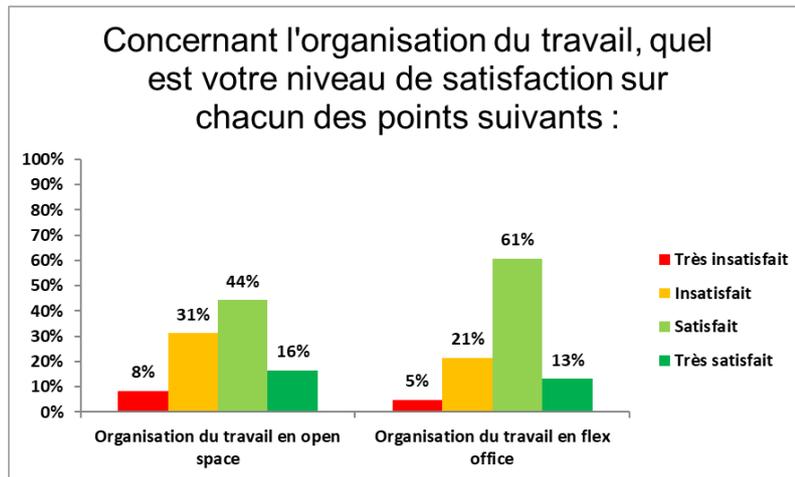
GROUPE	ATELIER 3		LIVRE JK		Affectation des m ²					Affectation des postes					Besoin non satisfait		
	ÆQUALITAS		Etage		E_0	E_1	E_2	E_3	E_4	F_0	F_1	F_2	P_0	P_S1		F_0	V_0
			Dispo en m ²	Dispo en poste	491 m ²	0 m ²	132 m ²	354 m ²	120 m ²	321 m ²	633 m ²	36 m ²	370 m ²	120 m ²		360 m ²	370 m ²
SPECIALITE	Etage des lits	Besoin en m ²	Besoin en poste	A la livraison de E					A la livraison de JK								
SPECIALITES AVEC DES LITS DANS LE	Médecine interne	E_4	50 m ²	5 p					50 m ²								
	Toxicologie	E_4	30 m ²	3 p					30 m ²								
	Rhumatologie	E_3	180 m ²	18 p						18 p							
	Ortho Mb Inf	E_3	170 m ²	17 p					170 m ²								
	Ortho Mb Sup	E_3	220 m ²	22 p					220 m ²								
	Chir Digestive	E_2	220 m ²	22 p	220 m ²												
	Chir Vasculaire	E_2	110 m ²	11 p			110 m ²										
	Urologie	E_1	300 m ²	30 p	300 m ²												
	Transplantation	E_1	210 m ²	21 p							21 p						
	SI Transplant	E_1	10 m ²	1 p							1 p						
	Néphrologie	E_1	130 m ²	13 p							13 p						
	Dialyse Réeduc	E_0	20 m ²	2 p							2 p						
BESOIN ADDITIONNEL	ANESTHESIE		220 m ²	22 p			22 m ²			10 p						99 m ²	
	ONCOLOGIE MED & RI	O_1	130 m ²	13 p							13 p					0 m ²	
	BCEST		40 m ²	4 p							4 p					0 m ²	
	UMEP	O_1	100 m ²	10 p					40 m ²							10 m ²	
	RECHERCHE		140 m ²	14 p												14 m ²	
	KINE		100 m ²	10 p												10 m ²	
	DIET		150 m ²	15 p												15 m ²	
CONSULT DE JK	ORL		270 m ²	27 p									27 p			0 m ²	
	DERMATOLOGIE		150 m ²	15 p									15 p			0 m ²	
	EXPLO FONCT RENALE		70 m ²	7 p							7 p					0 m ²	
	CONS & EXPLO VASCULAIRE		100 m ²	10 p											10 p	0 m ²	
Surfaces & Postes non affectés					-29 m ²	0 m ²	0 m ²	-36 m ²	0 m ²	1 p	-2 p	3 p	-3 p	10 p	30 p	31 p	

GROUPE	ATELIER 3		LIVRAISON F		Affectation des m ²				
	ÆQUALITAS		Etage		F_0	F_1	F_2	F_3	F_4
			Dispo en m ²	Dispo en poste	1 120 m ²	336 m ²	48 m ²	240 m ²	0 m ²
SPECIALITE	Etage des lits	besoin en m ²	besoin en poste	Pav F					
SPECIALITES DE F	Soins Palliatifs	F_4	70 m ²	7 p					70 m ²
	Med Poly (UMEP)	F_3	20 m ²	2 p					20 m ²
	Med Interne	F_3	110 m ²	11 p					110 m ²
	Med Poly Aigue	F_2	20 m ²	2 p					20 m ²
	MIT	F_2	70 m ²	7 p					20 m ²
	Onco Med & RI	F_1	50 m ²	5 p					50 m ²
SPECIALITES DE E	3CEST	F_1	30 m ²	3 p					30 m ²
	Rhumatologie	E_3	180 m ²	18 p					180 m ²
	Transplantation	E_1	210 m ²	21 p	210 m ²				
	SI Transplant	E_1	10 m ²	1 p	10 m ²				
	Néphrologie	E_1	130 m ²	13 p	130 m ²				
BESOIN ADDITIONNEL	Dialyse	E_0	20 m ²	2 p	20 m ²				
	ANESTHESIE		220 m ²	22 p	220 m ²				
	DERMATOLOGIE		150 m ²	15 p	150 m ²				
	ORL		270 m ²	27 p	270 m ²				
	EXPLO FONCT RENALE		70 m ²	7 p	70 m ²				
	CONS & EXPLO VASCULAIRE		100 m ²	10 p			76 m ²		
	RECHERCHE		140 m ²	14 p					
KINE		100 m ²	10 p						
DIET		150 m ²	15 p						

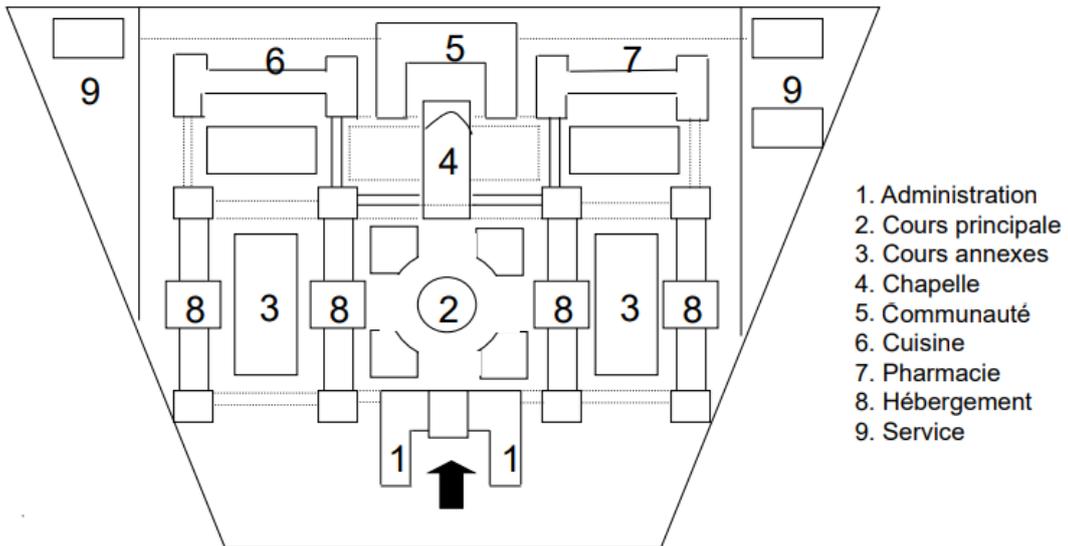
Lecture : Le service d'Anesthésie présente un besoin de 22 postes, soit 220 m² : A la livraison du pavillon E (en 2030), 10 postes seront installés au rez-de-chaussée Pav F (F0). Puis à la fin de la modernisation du Pav F, tous les autres postes seront installés à F0.

Annexe 3 ~ Résultat de l'enquête de satisfaction relatif au projet Recherche
62 personnes ont répondu à l'enquête



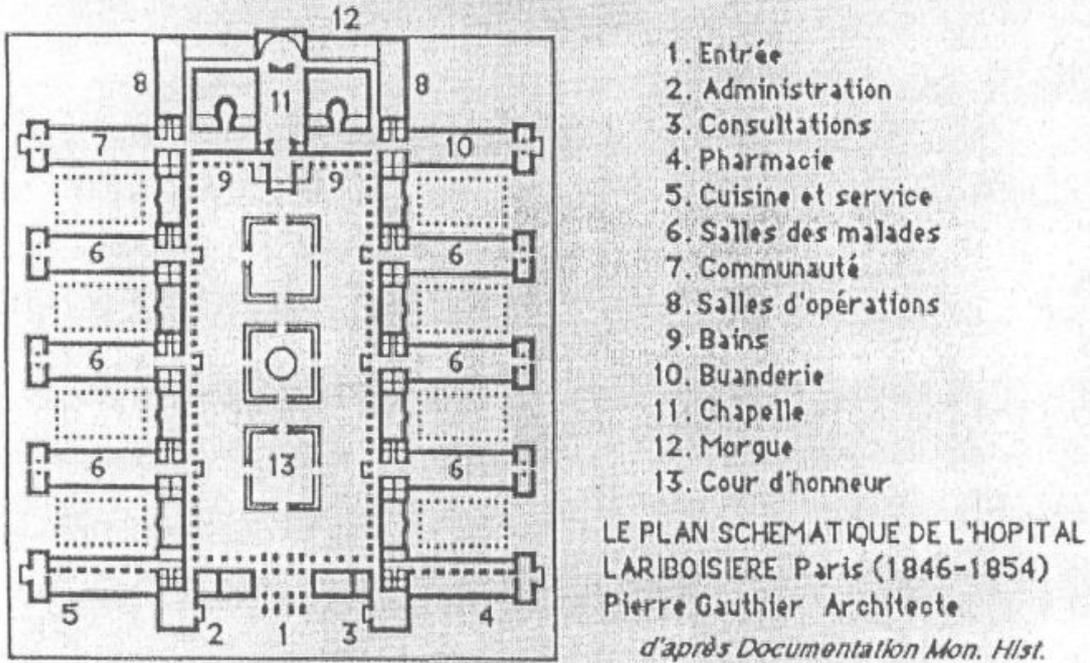


L'HÔPITAL TENON PARIS



Le plan de l'Hôpital de Menilmontant ou de Popincourt (futur Hôpital Tenon)
Conception 1868/1872 et mise en service 1878 - Architecte Billon

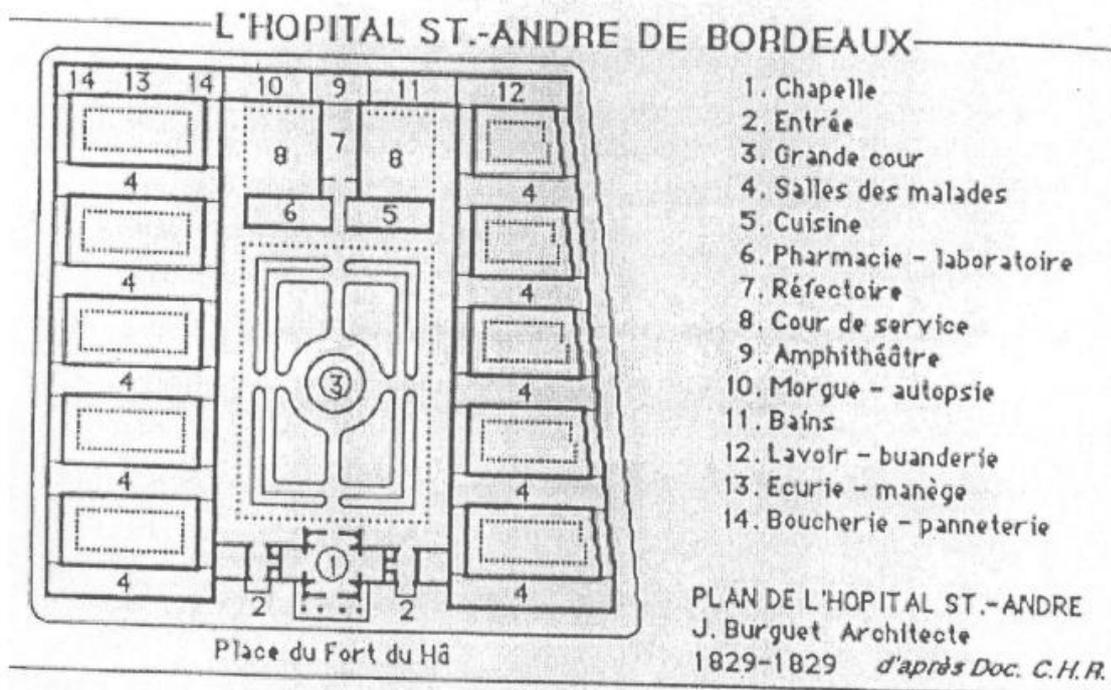
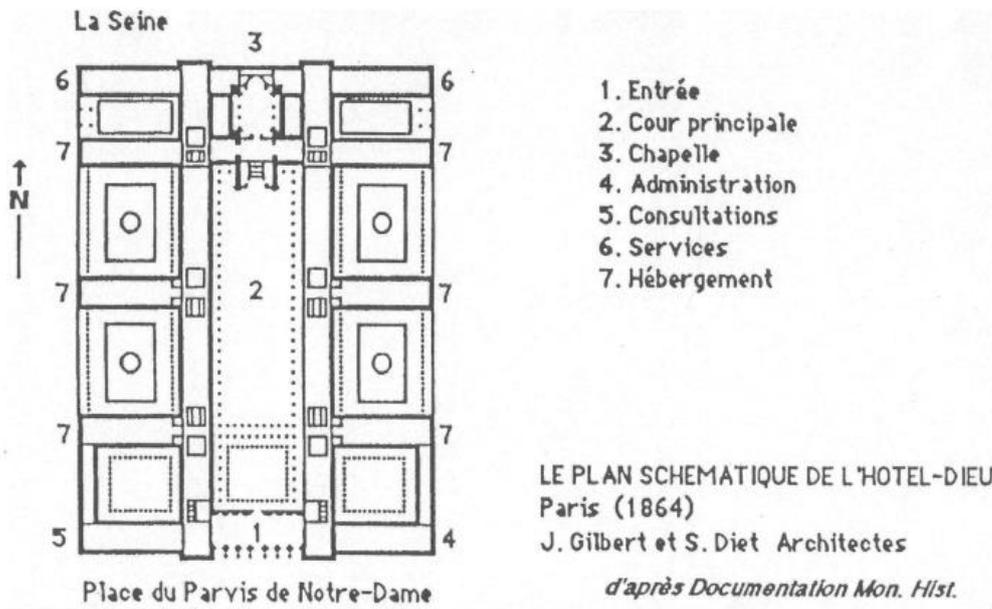
L'HOPITAL LARIBOISIERE A PARIS



LE PLAN SCHEMATIQUE DE L'HOPITAL
LARIBOISIERE Paris (1846-1854)
Pierre Gauthier Architecte

d'après Documentation Mon. Hist.

L'HÔTEL-DIEU DE PARIS



✚ MNAIH : Référentiel de 2008

RÉFÉRENTIEL DE DIMENSIONNEMENT

LOGISTIQUE Restauration (self et distribution)

INDICATEUR CIBLE D'ACTIVITÉ

nombre de rationnaires

M² SDO CIBLES/PARAMÈTRE UNITAIRE

de 1,2 à 1,4 m² SDO/place

Principales hypothèses :

- 2,5 rationnaires/place
- Il s'agit d'un établissement d'aigus

LOGISTIQUE Archives vivantes

INDICATEUR CIBLE D'ACTIVITÉ

nombre d'hospitalisations

M² SDO CIBLES/PARAMÈTRE UNITAIRE

15 à 20 m² SDO/tranche de 4 x 1 000

hospitalisations

Principales hypothèses :

- stockage 5 ans sur site
- les dossiers créés en année n sont dans les services
- les 4 autres années sont stockées en archives vivantes (4 rayonnages mobiles pour un fixe)
- hauteur de stockage : celle d'un étage courant

LOGISTIQUE ADMINISTRATIVE Bureaux de médecins

INDICATEURS CIBLES D'ACTIVITÉ

un poste de travail senior pour

7 à 8 lits et places pour les CH et

les établissements privés non lucratifs,

un poste de travail senior pour **5 à 6 lits**

et places pour les CHU ; non applicable

pour les établissements privés commerciaux

M² SDO CIBLES/PARAMÈTRE UNITAIRE

27 à 30 m² SDO/poste de travail

Principales hypothèses :

- Sont exclus du décompte : les imageurs, les pharmaciens, les biologistes, les réanimateurs, les urgentistes (bureaux comptabilisés dans les unités d'activité)
- La surface inclut : bureau médecin temps plein + bureau vacataire + staff + interne + secrétariat

LOGISTIQUE ADMINISTRATIVE Tertiaire administratif

M² SDO CIBLES/PARAMÈTRE UNITAIRE

8 à 12 % de la SDO de l'ensemble

des secteurs ci-dessus (hors services

techniques, hors locaux techniques

et hors circulations générales)

Principales hypothèses :

- Sont inclus : hall, accueil, admissions, administration, syndicat, formation, médecine du travail, culte, associations, vestiaires primaires, service social, vagemestre, informatique, DIM, hygiène hospitalière, qualité, œuvres sociales...

Positionnement dans la fourchette en fonction de :

- le nombre de secteurs élémentaires à inclure dans le tertiaire administratif

L'appréciation de cet item se fait pour un site donné

LOGISTIQUE ADMINISTRATIVE Services techniques y compris atelier biomédical

M² SDO CIBLES/PARAMÈTRE UNITAIRE

1 à 1,5 % de la SDO de l'ensemble

des secteurs ci-dessus (hors locaux

techniques et hors circulations générales)

Principale hypothèse :

- avec des prestataires extérieurs intervenant sur site

Positionnement dans la fourchette en fonction de :

- la taille de l'établissement



Tertiaire

TERTIAIRE

Bureaux de médecins (y compris secrétariats et PC anesthésie)

Indicateurs cibles d'activité

Pour les CH et ESPIC : 1 poste de travail sénior pour 7 à 8 lits et places

Pour les CHU et les CLCC: 1 poste de travail sénior pour 5 à 6 lits et places

Pour les privés : non applicable

M² SDO cibles / paramètre unitaire

27 à 30 m² SDO / poste de travail (PM uniquement)

Ratio SDO / SU

1,2 à 1,4

Principales hypothèses :

- Sont exclus du décompte : les imageurs, les pharmaciens, les biologistes, les réanimateurs, les urgentistes (bureaux comptabilisés dans les unités d'activité)
- Sont inclus : bureau de médecin temps plein + bureau vacataire + staff + interne + secrétariat

TERTIAIRE

Tertiaire administratif

Indicateur cible d'activité

Nombre de postes de travail (y compris ceux occupés à temps partiel, tous grades et statuts confondus)

M² SDO cibles / paramètre unitaire

12 m² SU par poste de travail

Ratio SDO / SU

1,2 à 1,4

Principales hypothèses :

- Sont inclus : bureaux individuels et collectifs, locaux de proximité (réunion, classement, réserves, photocopieur, attente, sanitaires, office, salle de pose)
- Sont à ajouter selon les cas : hall et accueil, grandes salles de réunion, salles de formation spécifiques, salles serveurs, salles techniques (reprographie, informatique...), culte, vestiaires primaires

Positionnement dans la fourchette en fonction de :

- Le nombre de secteurs élémentaires à inclure dans le tertiaire administratif

L'appréciation de cet item se fait pour un site donné.

Nota : Pour dimensionner ce secteur, il est recommandé de mener une étude spécifique pour apprécier la surface à prévoir.

DIMENSIONNEMENT #SECTEURS ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES

Tertiaire médical

INDICATEURS CIBLES D'ACTIVITÉ

un poste de travail temps plein
pour 4/5 lits et places

M² SDO CIBLES / PARAMÈTRE UNITAIRE

20 à 24 m² SDO / poste de travail

Les principales hypothèses :

- 12 m² par bureau 1 personne
- 16 m² pour bureau double
- si pas dans les secteurs tertiaires des unités d'hospitalisation

Le positionnement dans la fourchette en fonction de :

- selon la répartition bureau seul (temps plein)
ou 2 / 3 / 4 personnes (vacataires)

Tertiaire administratif

M² SDO CIBLES / PARAMÈTRE UNITAIRE

10 % de la SDO de l'ensemble
des secteurs ci-dessus (hors secteurs
techniques, locaux techniques
et circulations générales)

Les principales hypothèses :

- sont inclus : accueil, admissions, administration, directions, syndicats, formation, médecine du travail, culte, associations, vestiaires primaires, service social, vaguesmestre, DIM, œuvres sociales...

Le positionnement dans la fourchette en fonction de :

- selon le nombre de secteurs à inclure dans le tertiaire administratif

Services techniques (y compris biomédical et informatique)

M² SDO CIBLES / PARAMÈTRE UNITAIRE

2,3 % de la SDO de l'ensemble
des secteurs ci-dessus (hors locaux
techniques et hors circulations générales)

La principale hypothèse :

- 1 % Technique, 0,8 % biomédical, 0,5 % informatique

Le positionnement dans la fourchette en fonction de :

- selon la taille de l'établissement

La zone dédiée aux personnels

R36. Le personnel soignant doit avoir accès à :

- des vestiaires séparés hommes–femmes permettant au personnel de déposer en sécurité ses objets personnels. La surface recommandée des vestiaires est de 25 m² pour une UR de huit lits ;
- des toilettes séparées hommes–femmes ;
- des douches séparées hommes–femmes ;
- une salle de détente située dans l'UR et à distance des zones de soins.

R37. Il faut que la salle de détente du personnel ait une surface minimale de 20 m² par unité de 8 à 12 lits et reçoive la lumière naturelle.

R38. Il faut que le personnel puisse, dans la salle de détente, prendre une pause, avoir accès à des rafraichissements et y prendre un repas lorsque les horaires de travail l'autorisent et le nécessitent.

R39. Il faut que la salle de détente soit dotée de moyens rapides de communication et d'alerte permettant au personnel de rejoindre la zone de soins très rapidement.

La zone administrative et tertiaire

R40. Il faut que l'UR comporte une zone administrative et tertiaire séparée des zones de soins et d'accueil.

R41. Il faut que l'UR comporte un secrétariat administratif doté des moyens de gestion administrative, de communication et d'informatisation.

R42. Le nombre d'équivalents-temps plein (ETP) de secrétariat doit être dimensionné en fonction des objectifs de l'UR et des modalités organisationnelles et des tâches de gestion, universitaires et de recherche.

R43. La surface du secrétariat doit être au minimum de 15 m² et doit être adaptée au nombre de postes de secrétaires (20 m² pour une UR de huit–dix lits et 9 m² par poste).

R44. Le secrétariat doit disposer d'un éclairage naturel et permettre le respect des recommandations d'ergonomie des postes de secrétaires : orientation de la lumière, taille des écrans informatiques, assises des sièges et cloisonnements.

R45. Lorsque le secrétariat comporte des matériels informatiques et de reprographie, la température et l'hygrométrie de la pièce doivent être adaptées en conséquence.

R46. Il faut que le secrétariat comporte des accès informatiques en nombre suffisant au réseau interne de l'UR et au réseau de l'ES.

R47. Il faut que le nombre de bureaux de l'UR soit adapté au nombre de personnels médicaux, logistiques et d'encadrement.

R48. Il faut que chaque cadre de santé (CS) dispose d'un bureau proche de la zone de soins.

R49. Il faut que chaque médecin titulaire temps plein dispose d'un bureau individuel, sauf choix délibéré d'organisa-

R50. Chacun de ces bureaux doit disposer de moyens téléphoniques et informatiques.

R51. La surface de chaque bureau doit être d'au moins 12 m².

R52. Il faut que l'UR dispose d'une salle de réunion pour le personnel.

R53. Sa dimension doit être adaptée à la taille de l'unité et au nombre de personnels médico-soignants pour permettre des réunions d'équipe.

R54. Lorsque l'UR accueille des internes ou des étudiants hospitaliers, il faut que ceux-ci disposent d'une pièce de travail comportant un accès informatique.

R55. L'UR doit comporter une bibliothèque et/ou une salle de symposium disposant d'un accès au réseau informatique et à l'Internet et de la capacité de vidéoprojection.

R56. Il faut que l'UR dispose de chambres de garde pour le personnel médical.

R57. Chaque médecin de garde doit disposer d'une chambre de garde individuelle.

R58. La chambre de garde doit être située dans un endroit calme et en dehors des circulations des patients et visiteurs.

R59. La chambre de garde doit bénéficier de la lumière naturelle.

R60. La chambre de garde doit comporter une salle de bains ou une salle d'eau avec douche, toilettes et lavabo individuels.

R61. Elle doit être située à proximité immédiate des circulations allant vers la zone de soins.

R62. Elle doit disposer des moyens d'alerte et de communication adaptés.

La zone logistique

R63. Il faut que l'UR comporte une zone technique et logistique dédiée.

R64. La surface et les locaux de la zone logistique doivent être adaptés au nombre de lits de l'UR. Pour les pièces de stock, la surface minimale recommandée est de 5 m² par lit.

R65. Il faut calculer les surfaces des zones de stockage en fonction de l'organisation logistique.

R66. Lorsque des procédures de type « vide-plein » sont utilisées, la zone logistique doit être dimensionnée pour organiser les livraisons de matériels et de pharmacie par chariots multiples.

R67. La zone logistique doit disposer d'accès informatiques au réseau interne et de l'ES.

R68. L'UR doit disposer de pièces spécifiques pour le stockage des gros matériels et d'une pièce de stockage du consommable (matériel à usage unique, solutés...).

R69. L'UR doit disposer d'une pharmacie comportant un réfrigérateur avec contrôle de température.

R70. L'UR doit disposer d'une pièce permettant l'entretien,

ENQUÊTE INTERNATIONALE 2021

Où et comment travaillerons-nous demain dans les grandes métropoles ?



actineo
L'observatoire de la qualité de vie au travail

une initiative de
l'Assemblée Française

Enquête Sociovision réalisée entre janvier et février 2021
auprès de **2628** salariés et indépendants dans **5** grandes métropoles :



Amsterdam
Rotterdam
La Haye



Londres



Paris



Singapour



San Francisco
Seattle

Leur bureau aujourd'hui



51%
travaillent en
open-space

38%
en sont très
satisfaits

49%
travaillent dans
un bureau fermé

62%

17%
n'ont pas de
poste attribué



1 actif au bureau sur 3

travaille déjà en
dehors du bureau
(au moins une fois par mois)

Temps de travail

61%
"Le temps de trajet
entre domicile et
travail est un
problème majeur."

63%
"Il m'arrive souvent de
travailler en dehors de
mes heures de travail
ou quand je suis en congés."

Impact Covid

Les actifs au bureau ont travaillé à domicile
pendant au moins une journée par semaine :

Avant la crise sanitaire

21%

Pendant la crise sanitaire

83%



Le bureau de demain

Selon vous, lorsque cette crise sera passée, les lieux et les façons de travailler seront :

un peu différents

56%

radicalement différents

20%

Favoriser le télétravail :

85%

aimeraient travailler à domicile (pendant au moins 1 jour par semaine)

Le rythme de télétravail idéal :

2 à 3 jours par semaine

55%

Ajouter dans ma routine un tiers-lieux de proximité

Et retourner au bureau pour :

Des moments d'échanges informels et de convivialité avec ses collègues

41%

34%

Des échanges professionnels plus efficaces

39%

Un espace réservé au travail qu'on peut séparer clairement de sa vie privée

Recherche d'équilibre

Au final, ce à quoi les répondants aspirent surtout, c'est un équilibre,

plus d'autonomie et de flexibilité des temps et lieux de travail et l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

86%

"Je fais le maximum pour préserver des frontières très marquées entre mon travail et ma vie privée."

79%

"J'aimerais avoir un meilleur équilibre entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle."

L'espace de travail idéal



89%

préféreraient travailler sur un poste attribué (1^{er} choix & 2^{ème} choix)

sur un poste attribué dans un bureau fermé (1^{er} choix)

50%

30%

seulement préféreraient un poste non attribué (1^{er} choix & 2^{ème} choix)

Les espaces qui feront la différence

Écoresponsables et durables

26%

Éthiques

21%

Encourageant la créativité

21%

Où vivre une expérience "employé" à travers un décor qui ait du sens et qui soit évolutif

28%

Ludiques et récréatifs

25%



74%

aimeraient que leur employeur participe financièrement à leur équipement ...

34%

... mais sans ingérence (libre choix des équipements)

Les fondamentaux du bureau de demain



Pouvoir s'isoler pour se concentrer dans des espaces adaptés (42%)



Encourager le travail d'équipe et la collaboration (32%)



Favoriser le bien-être (hygiène parfaite 33 % nature 30 % espaces de repos 22%)

Concernant les équipements à domicile

en termes de qualité de vie

7,5/10 de satisfaction

en termes d'efficacité

7,6/10 de satisfaction

NKONTCHO

Sandra

Octobre 2023

Filière des Elèves Directeur d'Hôpital

Promotion 2022 - 2023

Le tertiaire médical :

Question primaire ou secondaire ?

Un juste dimensionnement par les utilisateurs de l'hôpital Edouard Herriot

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

L'ambition de ce travail est d'identifier la place du tertiaire dans l'élaboration des programmes immobiliers et de mettre en lumière l'importance de la participation des utilisateurs dans son dimensionnement.

Les hôpitaux sont engagés dans des programmes de modernisation et de reconstruction qui se traduisent par un regroupement spatial en termes de modes de prise en charge (urgences, bloc, ambulatoire, hospitalisation...) et non plus par spécialités. Les services se retrouvent donc éclatés dans des lieux d'exercices différents. La question de la localisation, du dimensionnement et de l'aménagement de leurs tertiaires se pose alors avec acuité, car la modification de l'espace de travail peut être source d'inconfort lorsqu'elle n'a pas été correctement accompagnée.

De plus, la méthodologie de dimensionnement des bâtiments fait paraître les zones tertiaires comme le parent pauvre de la répartition des surfaces. Leur dimensionnement est résiduel, i.e. estimé après déduction des surfaces dédiées au soin et à la logistique.

Les managers hospitaliers font ainsi face au dilemme de l'hébergement dans des bâtiments à surface limitée, des activités de plus en plus importantes, soutenues par des plateaux techniques de plus en plus volumineux, et réalisées par un personnel plus nombreux. Le tertiaire, dont la performance n'est pas intégrée dans le calcul des Retours sur Investissements (ROI), est souvent la variable d'ajustement des programmes immobiliers, avec le risque d'une dégradation de la qualité de vie au travail des professionnels.

Résoudre ce dilemme nécessite d'intégrer le point de vue des utilisateurs dans l'élaboration des projets tertiaires, et ce, le plus en amont possible afin qu'ils s'en approprient. L'analyse du projet de modernisation de l'hôpital Edouard Herriot, conduit avec la méthodologie du *lean design*, permet d'illustrer l'intérêt de cette co-conception dans le juste dimensionnement des espaces de travail. Grâce à cette démarche, les professionnels définissent le niveau des contraintes qu'ils sont prêts à accepter, et les transforment en innovation organisationnelle afin de devenir *comme maîtres et non-possesseurs de leurs espaces de travail*.

Mots clés :

Tertiaire médical ; Espaces de travail ; Dimensionnement ; Participation des usagers ; lean design ; Architecture hospitalière ; Référentiels surfaciques ; ; Bureaux ; Salles de réunion

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.