

ARCHITECTURE HOSPITALIERE

LE MAGAZINE DES ACTEURS DE L'HÔPITAL DE DEMAIN



Nouveau CHU de Pointe-à-Pitre / Les Abymes
L'hôpital de tous les extrêmes...



**Clinique RHENA
Strasbourg**

Une ambition :
l'excellence

**Clinique PASTEUR
Toulouse**

Une culture d'exigence
au service des patients

**Centre Hospitalier
Métropole Savoie**

Faire rimer qualité des soins
et confort hôtelier

depuis 1989

la création et l'humanisation de lieux dédiés à la santé



www.artbuild.eu

6 Cité Paradis . 75010 Paris . T. +33 1 45 58 17 30



N° 16 - Automne/Hiver - 2015/2016
Revue trimestrielle
4000 exemplaires
ISSN : 2257-0128
Marque déposée
INPI LYON : N° 11 3 830 260
Siège social :
2, rue Cuzin - 69120 VAULX EN VELIN
Tél. : 04 78 80 09 72
Fax : 04 78 80 10 54
redaction.ah@orange.fr
www.architecture-hospitaliere.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION David Entibi

DIRECTRICE ARTISTIQUE Catherine ALBERTI

IMPRESSION Imprimerie de Champagne - Rue de l'Étoile de Langres, 52200 Langres

INFOGRAPHIE C. ALBERTI, David ENTIBI, Imprimerie du bâtiment

ONT COLLABORE

Aube JEANBART, Stéphane PIC-PARIS, Claude BRUGIERE, Emmanuelle LADET, Daniel EJNES, Charlotte PIJCK, Florence KERSALE, Cédric RAFIN, Arnaud CHALLANDE, Patrice MEJRI, Julien SPRINGER, Olivier CONTRE, Françoise HAUMONT, Serge LESAGE, Eric RESCH, Joël NUNES, Jean Louis FESTERAERTS, Jacques VAN ERCK, Alain QUIDORT, Aurélien BÔNE, Laurent COURNEIL, Marie-Laure LUCA, Patrice LECOMTE, Christine TORIBIO, Guy DANINTHE, François BISCH, Laurent-Marc FISCHER, Michel SEBAN, Alain NICOLAS, François DUPIRE, Philippe LABORDA, Jean-Claude MEUNIER, Guy Pierre MARTIN, Sylvia GOTTELAND, Patrick LESAGE, Laurent AMICO, François SERRATRICE, Philippe DIEU-DONNE, Lucie CHABERT, Pierre-Yves BRARD, Albin LORE, Norbert GRATALOUP, Guillaume LOHR, Philippe DOLFI, Didier ERNST, Denis GRAFF, Jean-François THOUVENIN, Sylvain DEROUET, Benoît BOUAN, Bruno FOLLIN, Guillaume PAKEY, Dominique COMBEAU, Christophe MANGHOLZ, Rémi MOLLINE, Dominique PON, Julien GUILLOTREAU, Olivier GEOFFROY,

REPORTAGES ET INTERVIEWS

David ENTIBI, Christophe PRADIER, Christine COGNAT, Cyril COPONAT, Aurélien BELLUC, Florence POULAIN, Catherine ALBERTI, Charli URBINATI, Jonathan ANTIBI, Maria BADINA, Mathilde DELGADO

CREDITS PHOTOS

PAO Couverture : C. Alberti – D. Entibi - Hmedia

Crédits couverture : CHU Pointe-à-Pitre/Les Abymes : ©Architecture-Studio, Babel, l'Agence / MORPH

ABONNEMENTS

Abonnement annuel France (2 numéros et un numéro double) : 60 €

Abonnement annuel Europe (2 numéros et un numéro double) : 60 €

Prix au numéro : 20 €

Règlement : par chèque ou mandat administratif

Contact : Christophe Pradier

Architecture Hospitalière-Abonnements

2, rue Cuzin - 69120 VAULX EN VELIN

Tél. 04 78 80 09 72 - Fax : 04 78 80 10 54

hmedia@wanadoo.fr

EDITION ET REGIE PUBLICITAIRE

H MEDIA RCS Lyon 488246851

Dépot légal : A parution

N° commission paritaire : 0114T91187

Siège social : 2, rue Cuzin

69120 VAULX EN VELIN

hmedia@wanadoo.fr



Toutes les opinions exprimées dans ces articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Pour tout litige, seul les tribunaux de Lyon sont compétents. La loi du 11 mars 1957, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les "copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective" et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, "toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite" (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.



ARCHITECTURE HOSPITALIÈRE

LE MAGAZINE DES ACTEURS DE L'HÔPITAL DE DEMAIN



David Entibi
Directeur de publication

Chère lectrice, Cher lecteur,

La modernisation inéluctable du parc hospitalier et médico-social au travers des projets ambitieux qui occupent les professionnels de santé et le monde architectural ne peut passer inaperçue à l'heure d'évoquer les grands enjeux stratégiques qui animent vos réflexions au quotidien. Les progrès médicaux, l'évolution des techniques et des technologies de l'information ainsi que l'implication forte des personnels, conduisent tous les professionnels, de santé ou non, à réfléchir en profondeur sur les vrais enjeux de la transformation du paysage hospitalier.

Si l'on considère que c'est à l'hôpital de se tourner vers le patient et non l'inverse, l'éternel débat sur sa place au cœur du processus de soins n'a pas vraiment lieu d'être. Cela implique une meilleure gestion des flux et des espaces ainsi qu'une approche plus humaine des relations entre les professionnels de santé et les usagers.

Dans ce contexte, et dans chaque numéro, la rédaction met en exergue l'évolution de l'hôpital et de son architecture au travers des grandes réorganisations médicales et humaines ainsi que les dernières technologies dans tous les domaines qui touchent au cœur de l'activité de nos établissements de santé.

En France, mais également en Belgique et en Suisse, vous êtes plus 2000 établissements de santé à mener des projets de constructions ou de restructurations d'envergure, et de plus en plus d'architectes, d'ingénieurs et de bâtisseurs ayant une expérience dans le domaine de la conception architecturale en santé.

À vous qui pensez, accompagnez, concevez, bâtissez et équipez nos établissements hospitaliers et médico-sociaux, j'ouvre les colonnes de cette revue unique en Europe qui a pour ambition de partager votre expérience et votre vision de l'hôpital de demain.

Ce sont vos projets et expériences qui nourrissent l'actualité, n'hésitez pas à les soumettre à notre rédaction !

Un espace Web vous est réservé sur le site Internet de la revue ou par email pour déposer vos suggestions d'articles ou de reportages.

www.architecture-hospitaliere.fr

Retrouvez toute l'actualité internationale belge et suisse sur :

www.architecture-hospitaliere.be

www.architecture-hospitaliere.ch



H

PARTENAIRE

ARCHITECTURE HOSPITALIÈRE MAGAZINE
Éditions H MEDIA - 2, rue Cuzin - 69120 - Vaulx-en-Velin
Tél. 04 78 80 09 72 - Fax. 04 78 80 10 54
redaction.ah@orange.fr

ÉVÈNEMENT

La « Paris Healthcare Week » succède aux Salons Santé Autonomie page 8

COMPÉTENCES

IN FINE Architectes : impliquer davantage le corps médical dans les réflexions architecturales d'un projet hospitalier page 10

GESTION DE PROJET - TECHNOLOGIE

Maquette numérique : l'expérience de l'outil BIM à travers le projet du nouveau centre de traitement des brûlés de l'HIA Percy page 18

PROJETS ET AMÉNAGEMENT

Gerflor : leader en solutions de revêtements de sols page 22

PÔLE MÈRE ENFANT

Le nouveau service de pédiatrie du CHU Saint-Pierre de Bruxelles : « Parcours d'enfants » page 32

TECHNIQUE ET LOGISTIQUE

Réseau pneumatique PSL au CHRU de Lille : une distribution plus fluide, rapide et sécurisée des Produits Sanguins Labiles page 36

REGARD D'EXPERT - PORTRAIT

Forbo Flooring Systems : engagé pour la santé de chacun page 40

REGARD D'EXPERT - BIBLIOGRAPHIE

Foster & Little : médecin & manager, premier livre, enfin, sur le sujet ! page 45

GRANDES CUISINES

L'évolution des cuisines hospitalières page 50

SOCAMEL : qualité et innovation au service de la restauration moderne page 53

ANGLE DE VUE

L'hôpital à travers l'œil du photographe page 56

HÔPITAL DE DEMAIN

Le nouveau CHU de Pointe-à-Pitre / Abymes : l'hôpital de tous les extrêmes ! page 61

Centre Hospitalier Métropole Savoie : faire rimer qualité des soins et confort hôtelier page 84

Clinique Rhéna : une nouvelle clinique au service de l'excellence médicale page 115

Clinique Pasteur : une culture d'exigence au service du patient page 148

ARCHIBOOK

L'homme au pinceau d'or : l'incomparable univers des tableaux de Vermeer page 162

PARIS
HEALTHCARE
WEEK

La « Paris Healthcare Week » succède aux Salons Santé Autonomie

Organisée par PG Promotion pour la Fédération hospitalière de France (FHF), la « Paris Healthcare Week » accueillera en mai prochain les salons HôpitalExpo et GerontHandicapExpo ainsi que le salon HIT et des événements partenaires.

Il s'agit d'une nouvelle signature pour le rendez-vous annuel majeur des professionnels exerçant dans les établissements de santé et médico-sociaux. La « Paris Healthcare Week » a pour ambition d'accroître le rayonnement des événements qui la composent, véritables vitrines du système de santé français et de ses mutations. L'objectif est de permettre aux visiteurs et aux exposants d'être au contact, sur une même semaine, de l'ensemble des évolutions qui vont transformer leurs pratiques, tout en maximisant les occasions de rencontres et d'échanges. Les quatre secteurs proposeront des expositions, mais aussi des villages et des parcours thématiques, ainsi que des agoras et des talk-shows sur les enjeux d'actualité : retours d'expérience, débats avec des personnalités du monde de la santé, de l'économie, de l'architecture, du numérique etc. Toutes ces animations s'appuieront sur les résultats d'une enquête, lancée auprès des visiteurs pour mieux connaître leurs préoccupations et leurs attentes.

La création de la « Paris Healthcare Week » répond également au nombre croissant de visiteurs internationaux ainsi qu'à la multiplication des événements satellites, à l'image du « Village des Architectes », organisé en partenariat avec la revue Architecture Hospitalière.



Entretien avec **Stéphane Pic-Paris**, Directeur général PG Promotion et **Aube Jeanbart**, directrice de la « Paris Healthcare Week »

Pourquoi était-il important de faire évoluer ce rendez-vous majeurs des acteurs de la santé ?

En près de 60 ans, HopitalExpo a toujours su s'adapter et se renouveler pour répondre aux attentes de ses visiteurs et de ses exposants. Les créations de GerontHandicapExpo en 1989 et du salon HIT en 2007 répondaient à une forte demande et les trois événements forment aujourd'hui un tout cohérent, des marques fortes et synergiques. C'est le seul rendez-vous à proposer, chaque année et dans un même lieu, une exposition des nouveautés à venir dans les établissements, une rencontre d'affaires et un réservoir d'idées sur l'avenir du système de santé. Aujourd'hui, l'histoire continue avec la « Paris Healthcare Week », un événement résolument tourné vers l'avenir et vers les réponses concrètes à apporter pour l'accueil des personnes malades, âgées ou handicapées.

Quelles sont les nouvelles orientations préfigurant l'édition 2016 ?

Les salons HopitalExpo, GerontHandicapExpo et le salon HIT sont donc désormais regroupés au sein de la « Paris Healthcare Week ». Avec ce nouveau nom et cette nouvelle signature, nous exprimons notre volonté d'internationaliser l'événement. Nous affichons une plus grande cohérence des différents salons constituant ce moment fort de la santé en France et les regroupons au sein d'une semaine complète dédiée à ce secteur. Le salon renforce son envergure internationale et amplifie la présence des architectes et ingénieurs spécialisés.

Quelle a été la part des visiteurs internationaux lors de la dernière édition des salons ?

Nous avons comptabilisé 6% de visiteurs internationaux et espérons voir ce pourcentage augmenter pour nos prochaines éditions. Ces dernières années, nous avons constaté une légère hausse des visiteurs étrangers, et notamment des participants venant de pays d'Afrique du Nord et de pays francophones.

Quel bilan dressez-vous des trois dernières éditions ?

Nous sommes assez satisfaits des résultats de ces trois dernières années. Ils ont pu être redynamisés par la mise en place d'agoras en accès libre, d'animations et de villages thématiques très appréciés par nos visiteurs. Avec cette organisation, nous avons su proposer des sujets intéressants directement les métiers moteurs des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. Nous avons ainsi pu offrir un contenu beaucoup plus large s'adressant à toutes les fonctions des établissements de santé, et non uniquement les responsables

managériaux. La « Paris Healthcare Week » est l'évolution logique des constats que nous faisons depuis plusieurs années. Elle encourage les échanges pluridisciplinaires et offre à cet événement une place renforcée sur la scène européenne.

Quelles sont les premières pistes de réflexions liées à la « Paris Healthcare Week » de 2016 ?

En 2015, notre « Village des Architectes » a accueilli 23 cabinets d'architecture expérimentés en santé. Pour notre prochaine édition, nous recevons des demandes et constatons une liste d'attente préfigurant d'un nombre bien plus important de participants. Ce village accueillera également un espace dédié à l'ingénierie. Cette thématique occupe donc une place croissante au cœur de la « Paris Healthcare Week ». Ainsi, en 2017 ou 2018, nous envisageons la création d'un logo et d'un nom de salon dédiés à l'architecture et l'ingénierie en santé. Hormis l'architecture, le secteur IT affiche un dynamisme constant au sein des salons. Il connaît des innovations permanentes et fait face à des évolutions importantes. Enfin, cette année, nous développons également un espace dédié à la formation pour accompagner les évolutions des méthodes et des pratiques entrainées par la mise en place de groupements hospitaliers territoriaux.

Quel a été le ressenti des visiteurs durant ces trois dernières éditions ?

Nous enregistrons des retours très favorables avec un indice de satisfaction élevé. Les professionnels ayant souvent des difficultés à se déplacer, les participants sont généralement extrêmement motivés. Ils visitent le salon pendant une journée entière et participent ainsi à plusieurs agoras qu'ils repèrent assez facilement grâce à la réponse métier mise en place par notre organisation.

Chiffres clés de l'édition 2015 des « Salons Santé Autonomie »

- 15 159 visiteurs,
- 585 exposants,
- 35 000 m² de surface d'exposition,
- 2 494 participants aux agoras,
- 930 participants aux conférences de la FHF,
- 338 rendez-vous d'affaires entre exposants et porteurs de projets.

La « Paris Healthcare Week » se tiendra du 24 au 26 mai 2016 à Paris, Porte de Versailles



SSR-Pierre de Soleil-Vetraz Monthoux

IN FINE ARCHITECTES : impliquer davantage le corps médical dans les réflexions architecturales d'un projet hospitalier

Ces dernières années, la conduite des projets hospitaliers a profondément évolué. Et cette tendance va s'accroître à l'avenir. Avec l'augmentation du nombre d'intervenants, du côté de la maîtrise d'œuvre comme de la maîtrise d'ouvrage, il est compliqué de savoir se tourner vers l'essentiel, de trouver ou retrouver le « bon sens ». Pourtant, les bases existent et un projet, aussi bien médical qu'architectural, se construit toujours selon des principes directeurs, avec méthode, tout en positionnant l'humain en son cœur. Dans ce contexte, le BIM ou maquette numérique intelligente permet de rassembler le très grand nombre d'informations qu'un architecte ne peut aujourd'hui plus coordonner sans une collaboration active de tous les intervenants. Cet outil est en passe de modifier profondément l'ensemble des processus de conception, de construction et dans un futur proche, de gestion du patrimoine notamment hospitalier. Dans ce contexte, il convient d'impliquer au plus tôt le corps médical dans les réflexions architecturales, aidé par l'utilisation de la maquette numérique pour une meilleure compréhension ou appropriation du projet.

Souhaitant développer le système d'engagement « global » des équipes avec le développement des contrats de conception-réalisation, l'agence d'architecture IN FINE s'est dotée de moyens humains et matériels spécifiques à l'élaboration de projets hospitaliers. Les projets en cours de l'agence concernent la réalisation de plateaux techniques, de services de radiologies, d'ambulatoires, d'urgences, de réanimation ou les stérilisations, tout comme la réalisation d'établissements de SSR ou EHPAD.



Entretien avec **Claude Brugière**, architecte DESA, président-directeur général et membre fondateur de l'agence IN FINE Architectes.

Comment l'agence IN FINE est-elle organisée pour assurer l'élaboration des projets architecturaux pour les établissements de santé ?

Claude Brugière : Notre organisation est, avant tout, basée sur une équipe aux connaissances et compétences adaptées à chaque sujet. Nous regroupons des personnes expérimentées, rompues à la pratique de l'architecture en santé qui encadrent des profils variés comme des designers, des jeunes architectes ou des consultants extérieurs spécialisés dans le domaine de la santé. Cette composition diversifiée permet d'enrichir les débats et les projets.

Pour quelles raisons souhaitez-vous impliquer le corps médical dans les réflexions architecturales liées à la construction ou la restructuration d'un établissement de santé ?

C.B. : L'implication des médecins est essentielle durant la phase de réflexion, de maturation car dans l'acte de construction, nous ne disposons que de très peu de moments pour échanger efficacement. Souvent, à cause des procédures administratives, nous n'avons aucune participation dans les réflexions en amont, notamment la réalisation

du programme. Dès l'origine, les équipes médicales et la direction de l'établissement ont à construire un projet médical, réflexion structurante et très impactante sur les orientations du futur projet architectural. Pour la bonne conduite d'un projet global, on ne peut pas considérer que l'un et l'autre restent indépendants, notamment interviennent l'un après l'autre, projet médical d'abord puis projet architectural ensuite. Il faut que l'un et l'autre s'enrichissent de manière itérative à toutes les phases du projet architectural. Considérer que l'architecte et son équipe n'ont plus qu'à habiller « le tout » générera inévitablement des difficultés majeures dans la vie de l'établissement futur. Nous devons pouvoir enrichir notre conception par des discussions, des échanges avec les médecins ce qui conduit à l'élaboration d'un meilleur projet.

Comment le corps médical est-il impliqué dans la conduite des projets ?

C.B. : La plupart du temps, les échanges avec le corps médical sont régis, organisés par le code des marchés publics et la direction de l'établissement. L'équipe qui conduit le projet collabore directement avec nos équipes pour partager les éléments transmis par les médecins. Notre mission consiste à recueillir, analyser et revenir vers eux pour soumettre une proposition de réponse ou tout simplement montrer comment nous avons traité leurs demandes. Nous avons finalement peu d'échanges directs, et il nous arrive souvent de contacter les équipes médicales directement impliquées pour être certains d'avoir une bonne compréhension des enjeux ou des contraintes. C'est le gage d'une opération réussie.

Comment sensibilisez-vous vos équipes afin qu'elles échangent efficacement avec le corps médical ?

C.B. : Nous les encourageons à collaborer avec le corps médical et à développer leur capacité d'écoute et d'analyse critique. Ils doivent se montrer curieux pour « capter » la bonne information durant leurs échanges. Au sein de l'agence, nous les accompagnons au mieux en leur fournissant le soutien et les compétences complémentaires nécessaires à la réalisation optimale d'un projet. En fonction de la typologie du projet et des intervenants, IN FINE associe à chaque équipe (variant le plus souvent de 3 à 6 personnes) un « Responsable » de projet expérimenté dans le domaine concerné et sensibilisé au contact avec le corps médical. Son expérience et ses qualités humaines doivent faciliter l'échange et les relations avec les directeurs et le personnel hospitalier. C'est à l'image du travail d'Emmanuelle Ladet au sein de l'agence parisienne. Il consiste à organiser, provoquer, conduire les échanges, pour que le projet devienne une réalité concrète dont chacun pourra être fier. C'est le cas des derniers projets conduits en partenariat avec le dr Daniel Ejnès, où nous distinguons clairement les différences entre un projet médical parfois banalisé et un projet médical intégré qui a du sens, où chaque intervenant a le sentiment d'avoir apporté ses connaissances, sa pratique dans l'intérêt général. C'est un atout majeur pour nos équipes, toujours dans l'intérêt du projet.

Les professionnels de santé interviennent-ils uniquement sur la partie interventionnelle et fonctionnelle du projet ?

C.B. : Nous souhaitons que nos partenaires des établissements de santé se sentent libres de nous communiquer tous leurs besoins, leurs attentes et leurs idées. En tant qu'experts, nous exerçons notre devoir de conseil et étudions systématiquement les renseignements et les retours donnés. Nous travaillons sur la sensation, l'envie et la volonté des professionnels de santé pour les transcrire en un projet architectural cohérent qui sera soumis à leur approbation.

Outre ses échanges avec le corps médical, comment un architecte peut-il s'imprégner de la médecine pour pouvoir concevoir un établissement de santé efficace pour les 15 ou 20 prochaines années ?

C.B. : Même si cela peut paraître paradoxal, l'architecte a pour lui de ne pas être impliqué quotidiennement dans la vie de l'établissement à restructurer ou à construire, contrairement à un médecin ou un gestionnaire d'établissement. Sa force est de pouvoir associer sa pratique de l'architecture de santé à une vision synthétique, objective, avec une méthodologie de conception adaptée et structurée. Cela n'enlève en rien la nécessité des visites sur site et les échanges avec les personnels qui sont essentiels pour lui permettre de s'imprégner d'un projet et des enjeux de l'hôpital de demain.

Quelle est la place du patient dans le projet architectural ?

C.B. : Les architectes rencontrent rarement les patients et il est donc difficile de donner une définition précise de leurs attentes et de leurs besoins car un projet architectural est développé par les professionnels hospitaliers qui ont souvent des visions bien différentes... La direction a des impératifs absolus tels que les coûts et les délais des opérations ; difficiles à mettre en cohérence avec le projet médical. Nous devons savoir nous assurer ensemble du respect du projet médical dans la conception architecturale. C'est à l'image de notre pratique.

Les échanges visant à renseigner l'architecte sur le comportement et la déambulation d'un patient à l'hôpital ne peuvent-ils se faire en amont du projet ?

C.B. : Se mettre à la place du patient ne suffit généralement pas. Cette réflexion complexe doit être nourrie par les échanges avec le personnel médical, hôtelier et administratif. Notre travail consiste à chercher le meilleur équilibre entre le confort des patients et l'efficacité du travail du personnel, qui se confronte à toutes les règles, contraintes techniques et réglementaires que nous avons à respecter aujourd'hui. La sécurité des patients est souvent prévalente au détriment des possibilités d'aller et venir dans certains services. Même si nous privilégions toujours le confort d'usage pour chacun, le processus d'intégration des données et d'adhésion est parfois long et complexe, mais à la fin nous avons souvent le sentiment d'avoir dépassé ces contraintes.

Comment appréhendez-vous le stress de l'utilisateur dans la conception architecturale ?

C.B. : L'hôpital reste un univers de haute technicité et donc de maîtrise, dans lequel le patient est totalement pris en charge. La gestion du stress du patient n'est pas toujours une priorité pour les professionnels hospitaliers. Les principaux facteurs de stress sont le parcours au sein de l'établissement, ainsi que la bonne coordination des actions autour du patient. C'est pourquoi, chaque projet hospitalier doit partir de l'analyse des flux qui ne doit pas se limiter à la connaissance des activités des praticiens ou des flux logistiques, mais doit impérativement intégrer les déplacements des patients. Avec ces trois données d'entrée, l'architecte doit étudier la superposition, la corrélation des approches et des perceptions pour un bon fonctionnement. Une fois cette analyse réalisée, et tout au long du développement du projet, nous travaillons également sur les perceptions ou la progression des usagers, pour que le patient et le personnel y trouvent un réel confort. C'est pour cette raison que nous avons intégré en interne des décorateurs ou designers à l'équipe d'architectes, ce qui conduit indubitablement aux plus belles réussites en matière d'architecture.

Les écoles d'architecture préparent-elles les étudiants aux spécificités de l'architecture en santé ?

C.B. : Elles leur apprennent les bases de l'architecture qui restent applicables dans tous les domaines, mais ne les initient clairement pas au développement de l'approche très spécifique d'un établissement de santé. Cette spécialisation vient souvent grâce à l'intervention d'enseignants expérimentés dans le domaine, ou avec la réalisation de projets de santé durant le parcours universitaire des élèves, mais également au cours de leur pratique professionnelle au sein d'agences spécialisées. Il manque souvent la conscience que l'architecture en santé est maintenant conçue par un groupe de professionnels aux connaissances et compétences complémentaires et non sur l'expérience d'une seule personne, aussi compétente soit-elle.

Au travers des évolutions des échanges entre les architectes et les représentants du corps médical, comment envisagez-vous le projet architectural de demain ?

C.B. : L'humain restera au cœur du système. Il comprendra des prestations simplifiées et modernisées pour tous les utilisateurs. Aujourd'hui, nous devons décloisonner nos pratiques et nos procédures et nous éloigner des démarches historiques, tenter d'imaginer ce que l'« uberisation » peut faire évoluer dans nos pratiques futures.



Le dialogue entre les architectes et les médecins

© Kurhan

« Le dialogue accompagné et co-construit est la notion la plus importante pour mener à bien un projet réussi »



Entretien avec **Emmanuelle Ladet**, architecte DPLG, responsable du développement et de l'agence IN FINE Paris

Dans le cadre de l'élaboration d'un programme architectural, quels dialogues entamez-vous avec les médecins ?

Emmanuelle Ladet : Au sein de l'agence IN FINE, nous essayons d'entreprendre le plus tôt possible les échanges avec le corps médical de l'établissement. Mais dans le cadre des marchés publics, nos équipes ne peuvent discuter avec les membres de l'équipe médicale seulement après que l'agence a été désignée pour la réalisation du projet. Or, il est souvent déjà trop tard car le projet a déjà fait l'objet d'une programmation et nous récupérons un cahier des charges déjà rédigé sur lequel nous devons nous prononcer en tant que concepteurs sans possibilité de dialoguer avec les principaux intéressés. Certes, il est toujours temps d'entreprendre des modifications après mais le calendrier d'un projet hospitalier étant très contraint,

il est difficile de mettre en place des discussions de fond en lien avec le projet médical, les pratiques liées aux spécialités et les besoins spécifiques des patients. Aussi, il est important d'instituer le dialogue entre médecins et architectes bien avant le développement d'un projet.

Quel est l'intérêt pour un architecte d'instituer un tel dialogue bien avant le développement d'un projet ?

E.L. : A mon sens, il est utile voire impératif de créer un champ de savoir partagé par les médecins et les architectes. Ces professions ont de nombreux points communs. Elles sont régies par de nombreuses réglementations, comprennent de hautes responsabilités, partagent une dimension éthique et technique. Depuis quinze ou vingt ans, elles ont connu une constante évolution et vivent une révolution générale de leurs pratiques. Aussi, ces schémas contraints renforcent ce besoin de dialogue et de connaissances communes élaborées et mises en pratique avant même le lancement d'un projet. C'est d'autant plus vrai que les modèles hospitaliers jusque-là dominants sont voués à disparaître, et c'est d'autant plus important pour nous architectes de partager cette réflexion prospective que nous pouvons également éclairer de nos propres réflexions liées aux contraintes urbaines, environnementales et sociétales.

Comment les architectes et les médecins peuvent-ils se rencontrer, dialoguer et se connaître ?

E.L. : Ces échanges peuvent être entrepris lors d’initiatives diverses, sous forme événementielle (conférences...), ou de formation ciblée (master-class, voyage d’études...), permettant de regrouper les médecins et les architectes et de confronter les attentes respectives. Par le biais de ces rencontres les architectes peuvent apprendre et comprendre les contraintes inhérentes aux métiers de la santé (médecins, professions paramédicales, etc.) afin de les intégrer plus efficacement dans leurs futurs projets. De même, ces échanges doivent permettre aux médecins de prendre conscience des contraintes des architectes et des enjeux du projet architectural. Ainsi, ils pourront intégrer plus facilement ces données architecturales lors de la rédaction de leur projet médical. Sans construire un dialogue sur le long terme, le temps d’un projet est rarement suffisant pour atteindre une connaissance suffisante et homogène des sujets médicaux et architecturaux. Au cœur du processus projet, le dialogue entre les architectes et les médecins est souvent inexistant voire interrompu par l’intervention de la direction de l’établissement qui sous-estime souvent le temps nécessaire aux médecins pour pouvoir s’investir dans le projet architectural. Le directeur étant lui aussi contraint par les impératifs budgétaires ou de planning, il arrive souvent qu’il ne dispose que d’une vision unilatérale voire incomplète ou erronée. Nonobstant, le directeur a un rôle majeur, incontournable dans l’instauration du dialogue tripartite entre la direction générale, les représentants du corps médical et l’équipe de maîtrise d’œuvre pour la réussite d’un projet de santé. Le dialogue construit et proactif prévient le mécontentement des équipes médicales.

Quelle est l’importance de la phase de programmation ?

E.L. : C’est une période décisive parmi les cinq phases clés d’un projet immobilier, que sont également la conception, la réalisation, la livraison et l’évaluation du projet final. La programmation permet, lors du démarrage du projet, de définir les besoins quantifiés et qualifiés des futurs utilisateurs du bâtiment. Elle est réalisée par le maître

d’ouvrage qui peut choisir de faire cette programmation en interne ou en externe. Durant cette période, l’architecte n’intervient généralement pas afin de pouvoir candidater pour le projet à venir (Cf. loi MOP et le CMP). Cependant et particulièrement pour les projets de santé, nous constatons que l’absence de réflexion médico-architecturale en amont nous empêche de partager une vision prospective intégrée avec le maître d’ouvrage dans le cadre de la définition de ses besoins et nous empêche par là-même de répondre convenablement à ses demandes. D’ailleurs, une fois l’architecte sélectionné, il est fréquent que le projet soit remis en question au regard de contraintes médicales et immobilières insuffisamment traitées. Aussi, il serait préférable que l’architecte soit présent dès cette première phase de programmation. La deuxième et la troisième phase comprennent la conception et la réalisation au regard du programme. Les représentants du corps médical doivent alors être présents car, si nous sommes des architectes spécialisés dans le domaine de la santé, nos orientations peuvent ne pas parfaitement correspondre aux spécificités de l’établissement liées à ses pratiques et aux besoins de la patientèle prise en charge. Il est donc également primordial de bénéficier du regard médical durant cette étape. À la livraison, la maîtrise d’œuvre remet les clés d’un bâtiment sans pour autant expliquer aux utilisateurs finals les actions menées pour réaliser certains travaux. Or, une visite à visée pédagogique permet de rappeler les raisons pour lesquelles certains choix ont été pris et certaines actions menées, et d’accompagner l’appropriation du nouvel outil. Enfin, le retour d’expérience par l’évaluation multicritère (fonctionnalités, qualité d’usages, qualité environnementale, etc.) est la dernière étape à mettre en œuvre, bien que très rarement réalisée. Ainsi il est possible de mettre en exergue les points d’améliorations dans le cadre de futurs projets à la lumière des échanges avec les équipes hospitalières exerçant quotidiennement dans les nouvelles installations. Ces retours d’expérience peuvent être partagés entre les médecins et les architectes, au même titre que d’autres sujets hors du cadre spécifique lié à un projet donné.



SSR-Pierre de Soleil-Vetraz Monthoux

Comment pouvez-vous former les membres du corps médical pour les sensibiliser au travail des architectes ?

E.L. : Il existe plusieurs formules en terme d'information et de formation initiale ou continue. Des tribunes et supports médiatiques peuvent favoriser le partage de l'information. L'une des actions à mettre en place peut être la sensibilisation des étudiants de troisième cycle (mastériens en université et en écoles d'architecture, internes, etc.) aux principaux enjeux de l'intégration des dimensions médicales et architecturales d'un projet hospitalier. Il est également possible de communiquer avec les différents organismes mettant en place des formations à la conduite de projet ou à la programmation. Nous pouvons également organiser des conférences ou des journées dédiées à la rencontre entre médecins et architectes et à l'ouverture de débats autour de thèmes clés (ambulatoire, SSR spécialisés, etc.).

Quelle est la clé de la réussite des projets architecturaux hospitaliers ?

E.L. : Le dialogue accompagné et co-construit est la notion la plus importante pour mener à bien un projet réussi. Les tensions entre directions et équipes médicales font partie des difficultés auxquelles l'architecte est souvent confronté. Claude Brugière, Daniel Ejnès et moi-même vivons ces rivalités plus ou moins importantes dans chacun des projets hospitaliers auxquels nous participons. Notre rôle est alors de comprendre les enjeux propres à chaque partie et d'orienter le débat vers l'intérêt général du projet. Une activité médicale optimisée et bien gérée garantit la pérennité de l'hôpital, le dialogue entre les acteurs est primordial pour garantir la réussite d'un projet immo-

bilier adapté. La qualité des échanges entre médecins et directeurs permet donc à l'architecte d'interagir plus efficacement et de concevoir un projet de santé intégrant toutes les données essentielles (médicales, managériales, réglementaires, économiques et environnementales).

Quelles sont les innovations majeures attendues dans le domaine de l'architecture hospitalière ?

E.L. : La modélisation numérique et la conception collaborative autour du BIM est l'évolution principale de notre pratique architecturale de ces dernières années. La maquette numérique qui en découle permet d'inclure efficacement une multitude de données dans le cadre d'un projet complexe. Elle révolutionne littéralement les collaborations et la conduite de projet entre les différents acteurs impliqués dans un projet hospitalier. Nous ne pouvons que difficilement apprécier, aujourd'hui, les impacts que cette innovation pourra avoir également sur les usages et les pratiques par l'intégration dans la maquette des systèmes d'informations et de communication, permettant d'améliorer non seulement le travail des équipes médicales (télémédecine, etc.) mais également l'environnement des patients, en dématérialisant notamment l'action médicale hors des murs de l'hôpital. De fait, les modèles immobiliers hospitaliers s'en trouveront profondément révolutionnés.



Le rôle du praticien hospitalier

« Le président de CME joue un rôle crucial dans les échanges internes et dans la réussite d'un projet médico-architectural »



Dr Daniel EJNES, médecin de réadaptation, directeur Neuron Rehab, société de conseil et de recherche en neurorehabilitation

Quel est le rôle du praticien hospitalier dans les finalités du programme architectural d'un hôpital ?

Daniel Ejnes : Le rôle du praticien hospitalier est grandement influencé par le contexte et le système mis en place autour des projets architecturaux hospitaliers. Dans un pays où les réglementations sont toujours plus normatives et, donc, restrictives, le règlement de l'appel d'offres interdit souvent à l'architecte retenu pour un projet de participer à la conception du cahier des charges. Cet écueil est très paradoxal. Dans un contexte où tous les acteurs liés à de tels projets s'accordent sur l'importance de la mise en place d'une concertation éclairée, il est contre productif d'empêcher l'architecte d'intervenir en amont des opérations, dès les premières réflexions. Aussi, pour parvenir à une concertation optimale, il faut, tout d'abord, acter le développement d'une « co-construction » d'un projet médical tourné vers l'immobilier impliquant les médecins, les directeurs et les cadres de santé (et de rééducation en SSR dont les plateaux techniques sont assez complexes à réussir). Dès lors que les acteurs concernés sont convaincus de son bien-fondé, la méthode intégrée ad hoc mise en place permet de développer des échanges pragmatiques respectant à la fois la réglementation et les usages des professionnels et patients et aboutissant à un projet réussi.

Comment pourriez-vous impliquer davantage les médecins dans les projets architecturaux ?

D.E. : Notre méthode pour impliquer le personnel médical, baptisée « Archimed », s'appuie sur le projet médical de l'établissement, repris dans le sens d'un document à destination des architectes. Il s'agit d'un point d'appui incontournable. Aujourd'hui, les projets hospitaliers s'intègrent dans des cycles d'évolution bien plus courts qu'auparavant, et même si cela paraît évident, le changement de paradigme entre l'hôpital hébergement et l'hôpital plateau technique et ambulatoire est une évolution profonde, ou même une révolution. Face à cette modification profonde du contexte, il faut définir l'élaboration du projet médical avant même d'envisager le projet architectural. Si un projet médical est déjà existant et validé, nous le traduisons par un projet architectural cohérent. Mais, si aucun projet médical n'est clairement défini par la maîtrise d'ouvrage, nous pouvons lui en proposer un adapté. Il s'agit, alors, pour nos équipes, de co-concevoir un projet médico-immobilier. Je suis souvent amené en tant que consultant médical spécialisé à jouer ce rôle d'interprète entre directions, médecins, soignants, architectes. Des associations de patients peuvent également être consultées pour des services très spécialisés.

Comment un tel projet est-il élaboré ?

D.E. : Il s'agit d'un projet médical mené, si possible, par un médecin et un architecte consultants en lien avec le président de CME et les praticiens les plus concernés. Ce projet est centré sur une projection physique, spatiale et temporelle précise. Il inclut des réflexions sur les techniques disponibles, les technologies, l'évolution des pathologies, les différents types de patients, les modes de prise en charge, les consultations, les accès etc. En prenant en considération ces éléments, nous tentons d'imaginer efficacement l'action médicale ainsi que les locaux et les espaces dans lesquels elle prend place. Chacun de nos projets développe, en premier lieu, le traitement des plateaux techniques car ils sont le cœur de la prise en charge hospitalière de la population. Le projet médico-immobilier nécessite un groupe projet dédié, constitué en amont, contribuant à la rédaction du cahier des charges. Ce document est soumis tout au long de la démarche à l'approbation du directeur général de l'établissement qui reste le décisionnaire final, tout en déléguant le plus souvent un responsable technique connaissant bien la structure en cas de restructuration. Il comporte une projection de l'activité des praticiens et, en ce sens, il est à la fois une science et un art car il évoque une part d'inconnu. Mon rôle est alors de transcrire le projet médical ainsi rédigé dans un langage directement utilisable par les AMO et les architectes. Ce projet est ensuite confronté à des professionnels de la conception et de la construction et donne progressivement naissance à un schéma directeur d'organisation médical offrant des réponses en matière d'espaces, de locaux et de temporalité. Cette traduction aboutit à la définition de deux nouveaux schémas directeurs.

Quels sont ces deux schémas directeurs ?

D.E. : Le schéma directeur structurel permet une première élaboration des principaux espaces par une large estimation des besoins de surface en mètres carrés et des regroupements principaux par zone. Le schéma directeur fonctionnel, quant à lui, tente de définir au mieux les flux et les volumes de fréquentation de l'établissement. Pour certaines de nos spécialités, notamment la construction de services et de centres de réadaptation, nous débutons par la réalisation du schéma directeur fonctionnel car il permet d'envisager les flux et l'organisation d'un service. La prise en compte des flux permet d'optimiser l'aménagement des locaux en cohérence avec l'activité quotidienne, entraînant une optimisation des déplacements du praticien, des soignants et des patients. Ce cadrage est une guidance relativement complexe, à la fois ouverte et active, dont l'un des obstacles est la projection trop hâtive dans l'élaboration d'un projet détaillé tenant compte des particularités (« mon bureau »). Nous préférons donc centrer nos réflexions sur les éléments de surface et d'espace traduisant l'activité médicale projetée et nous focaliser sur les besoins devant être comblés pour proposer le cahier des charges et lancer l'appel d'offres. Ce projet médico-immobilier et les schémas doivent être soumis au regard du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME). En tant que chef d'orchestre de la traduction médico-technique, il joue un rôle crucial de coordination des échanges internes et dans la réussite du projet. Lui et le directeur général doivent travailler de concert pour définir au mieux leurs attentes et participer efficacement à la création du futur outil.

Comment accompagnez-vous ce changement de culture pour les personnels des établissements hospitaliers et les équipes des bureaux d'architectes ?

D.E. : La mise en place d'un tel projet est un exercice assez particulier. Nous proposons de former les hospitaliers à la réalisation de telles méthodes. La conduite d'un projet architectural peut, d'ailleurs, parfaitement faire l'objet d'une conférence pour les présidents de CME comme nous l'avons organisée récemment grâce à votre revue. La méthode peut paraître évidente, mais nous constatons que les projets décevants ont souvent été desservis par des procédures désordonnées, un manque de temps et de concept, ou par cultures d'opposition entre différents acteurs impliqués. Notre rôle est donc de favoriser la réussite de ces opérations en soutenant les responsables du management. Pour chacun de nos projets, nous consacrons au moins une journée de lancement à des échanges regroupant tous les acteurs du projet et à un cadrage méthodologique afin de nous assurer que la vision définissant les opérations soit partagée par tous.

Comment les relations entre architectes et personnels médicaux évoluent-elles ?

D.E. : Les architectes doivent faire preuve d'une très grande capacité d'écoute auprès de la maîtrise d'ouvrage et du corps médical, ainsi que d'une certaine souplesse pour accepter que leur première esquisse puisse être modifiée. Cependant, à la manière d'un chirurgien au sein d'un chef de service, ils doivent faire preuve aussi d'autorité et maintenir le cadre du projet. Comme évoqué par mes deux collègues architectes qui ont une grande expérience du monde hospitalier et médico-social, il existe de nombreux points communs entre architectes et médecins qu'il faut savoir valoriser. Si l'écoute est importante, une capacité à arbitrer et à apporter de l'expertise est fondamentale. Des discussions trop longues et le recueil de l'avis du plus grand nombre sans des temps de décision, peuvent nuire à l'avancement du projet. Il est important, pour la réussite des opérations, d'établir des relations et un lien forts entre les médecins et les architectes. Tous les professionnels ayant participé à un groupe interdisciplinaire ont été ravis de pouvoir en faire partie. Cette expérience leur permet d'acquérir de nouvelles connaissances et leur ouvre de nouvelles perspectives.

Quelle est la clé de la réussite de ce type de projets ?

D.E. : L'échange et l'étroite collaboration interdisciplinaire sont les éléments primordiaux pour mener à bien ces projets. Il s'agit d'un cheminement clinique durant de 6 mois à 1 an. L'adhésion à un groupe projet est définitive et implique une grande assiduité et une importante responsabilité. De plus, pour assurer la réussite de ces opérations, les hôpitaux doivent collaborer avec des architectes expérimentés dans le domaine de la santé, capables d'allier l'esthétisme d'une enveloppe structurelle externe avec la fonctionnalité des installations et des locaux. Un bon cabinet d'architectes implique des équipes efficaces et des professionnels aptes à se projeter dans l'établissement qu'ils conçoivent et à voir leur création à travers les yeux du personnel et des futurs patients pour mieux anticiper leurs besoins et répondre à leurs attentes. Outre la définition des volumes et des espaces nécessaires, le travail d'un architecte et l'efficacité d'un établissement hospitalier résident également dans le souci du détail sur une colonne vertébrale pertinente. Enfin, malgré la volonté habituelle de chacun de rapprocher les différentes installations et les services, tout ne peut être « à côté de tout » ! Il est extrêmement important de soigner les axes de circulations et les éléments de liaisons

entre les espaces pour ne pas augmenter outre mesure la surface au sol lorsqu'une liaison verticale est efficace et fonctionnelle. Aujourd'hui, nous rencontrons un nombre croissant de projets de rénovation et de reconstruction sur site. Pour ces opérations, il est important d'entreprendre une phase de diagnostic de l'existant au cours de laquelle il faut interroger directement les personnels médical et soignant, les familles, voire les fournisseurs. Si le projet est préparé efficacement, chaque acteur prend conscience de l'impact positif qu'il peut avoir sur l'organisation de l'établissement et participe donc plus activement à sa réalisation. Lors de nos collaborations avec Emmanuelle Ladet et le cabinet d'architecture IN FINE, nous organisons une réunion définissant le cadrage et le planning des opérations, la présentation des procédures à venir et le lancement des premières actions.

Trouvez-vous difficile de maintenir la motivation du personnel hospitalier durant un projet de longue haleine ?

D.E. : Il peut, effectivement, être assez difficile de solliciter des professionnels de santé expérimentés, s'ils ont déjà participé à un ou plusieurs projets architecturaux non finalisés. Les projets doivent donc être les plus courts possibles et nous ne devons plus rencontrer de projets de CHU nécessitant 17 ans de procédures entre la programmation et l'ouverture. Un cycle d'opérations de 3 ans, construction incluse, est recommandé et pratiqué par certains acteurs et peut se réduire à 2 ans chez certains acteurs de santé expérimentés. Face aux évolutions de l'offre et des pratiques, l'infrastructure hospitalière doit, d'ailleurs, faire preuve d'une grande modularité. Elle doit intégrer des espaces à la fois fermés et ouverts, évolutifs, sécurisés et sécurisants, ergonomiques et de haute qualité environnementale. De plus, l'hôpital reste une cité pourvue d'axes de circulations et accueillant du public. Tous ces éléments doivent être pris en compte pour rester pragmatique et aboutir à un résultat efficient. Les enjeux financiers et de santé sont trop importants pour que de tels éléments ne soient pas considérés et aboutissent à des résultats décevants voire inacceptables. Aussi, un établissement hospitalier parfaitement fonctionnel, harmonieux et réussi architecturalement, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur est si important qu'il mérite que les acteurs chargés de sa conception et de sa construction fassent preuve de méthode, de patience et de rigueur et que ce temps particulier d'une vie hospitalière soit bien compris et doté du meilleur en terme de groupe projet. Le directeur et le président de CME jouent à ce titre un rôle essentiel. La réflexion architecturale ne doit pas être rejetée par le personnel médical et les dirigeants hospitaliers car elle est souvent un temps privilégié et une occasion unique d'avancer sur nos pratiques et modes d'accueil. La réflexion médico-économique sera par nature au cœur d'un tel projet ! Les nouveaux outils des architectes, les évolutions technologiques, les durées de séjours courtes, les espaces ambulatoires, les plateaux techniques, l'ergonomie et le design, la maîtrise des coûts, l'intégration à la cité sont à intégrer dans une coordination médico-administrative bien comprise et ne sauraient être l'œuvre d'un seul, aussi bâtisseur soit-il...





PARIS
HEALTHCARE
WEEK

LA SEMAINE DES PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

24 > 26 MAI 2016

PARIS - PORTE DE VERSAILLES - PAVILLON 1

parishealthcareweek.com



UN ÉVÉNEMENT



UNE ORGANISATION





Maquette numérique : l'expérience de l'outil BIM à travers le projet du nouveau centre de traitement des brûlés de l'HIA Percy

Le nouveau centre de traitement des brûlés de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Percy est un projet de très haute technicité comprenant 22 lits de grands brûlés et 3 salles d'opération. La construction, sur l'emprise actuelle, d'un nouveau bâtiment d'une surface de 3200 m² va permettre d'augmenter la capacité d'accueil d'un afflux massif de brûlés et d'améliorer l'intimité, le confort et la surveillance des patients. La proximité immédiate avec la maison des blessés et des familles améliorera la qualité de l'accueil.

Aujourd'hui, l'hôpital Percy conjugue une expérience des traumatismes graves et une expertise du traitement de la brûlure, en liaison avec le Centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), présent à proximité. Dans son histoire, il a dû faire face à plusieurs afflux massif de blessés brûlés : lors de la catastrophe d'Argenteuil en 1971, lors de l'attentat d'Orly en 1983, ou plus récemment suite à l'accident d'Albacete.

La construction de ce nouveau centre de traitement des brûlés s'inscrit dans le cadre de la réforme hospitalière militaire du Service de santé des armées. Elle fait suite à l'ouverture, en avril 2015, de la maison des blessés et des familles sur le même site. Elle illustre la préoccupation constante du ministère de la Défense pour les militaires blessés en entraînement ou en opération, et sa volonté de leur offrir un parcours de soins digne et de haute qualité jusqu'à leur réinsertion professionnelle et sociale.

Ce projet de conception-réalisation a été lancé il y a près de 3 ans et son concours a été remporté par le groupement composé de Bouygues Construction, de l'agence Art & Build, de Fabrice Bougon économiste, ainsi que des bureaux d'Etudes Setec et Elan. Le projet du nouveau centre de traitement des grands brûlés de Percy est développé en maquette numérique depuis la phase APD. Cette méthode de travail a permis, entre autres, d'identifier et de résoudre rapidement les points de conflits en présynthèse. La maquette numérique a été partagée avec tous les membres du groupement pour les phases d'études et servi également de support pour les industriels lors de la construction.



Entretien avec **Charlotte Pijcke**, Architecte Associée Art & Build, **Florence Kersale**, SETEC Bâtiment, et **Cédric Rafin**, Bouygues Bâtiments Ile-de-France.

Le projet du nouveau centre de traitement des grands brûlés de l'hôpital Percy...

Charlotte Pijcke : Ce projet comporte toutes les contraintes liées à la réalisation de travaux sur un site en activité et disposant d'une hélistation. Le bâtiment de traitement des grands brûlés est situé à l'ouest de l'hôpital. Le programme du projet impliquait de fortes contraintes en matière de liaisons. L'entrée principale du monobloc de l'hôpital servant également d'entrée au site de traitement des grands brûlés, nous devons anticiper les accès et les liaisons logistiques et patients couchés. Nous avons donc concilié les contraintes suivantes : le respect de l'environnement bâti, la création de relations fortes et la définition d'un centre d'excellence hautement performant.

Quel est le concept fonctionnel architectural du projet ?

C.P. : L'organisation générale de ce nouveau centre est assez claire. Le niveau 0 est en liaison de plain-pied avec les installations d'accueil et de consultation de l'hôpital. Le niveau -1 est dédié aux fonctions du secteur administratif. Le niveau -2 du bâtiment regroupe l'ensemble des installations de réanimation et le secteur des grands brûlés. Ce secteur lourd et les installations techniques se retrouvent également au niveau -3. Nous souhaitions offrir un maximum de lumière naturelle dans les chambres de traitement des patients et les locaux du personnel. Avec près de 3500m² de surface, ce projet est à échelle humaine. Aussi, nous voulions exploiter la lumière naturelle à son plein potentiel et concevoir des vues recherchées sur les passerelles de liaison avec le monobloc. Ce projet de centre de traitement des grands brûlés ressemblant, de l'extérieur, à une serre, nous voulions recréer une ambiance paysagère en créant de larges patios. Dans ce contexte, nous avons tenu compte du confort du patient et de la qualité de vie du personnel. Nous devons, pour ce faire, aborder une contrainte majeure du programme : le parcours visiteur. Les visites ne se faisant que par des sas et les heures de visite pour ce service étant assez réduites, nous avons organisé une promenade à l'extérieur du bâtiment. Nous avons souhaité privilégier l'accès à la lumière naturelle pour les patients en aménageant des sas d'accès vers les chambres. Nous évitons ainsi de masquer l'ensemble des façades par la mise en place d'un couloir périphérique.

Quels sont les grands principes fonctionnels du projet ?

C.P. : Le niveau 0 regroupe les fonctions d'accueil, de soins externes et une salle de réunion. Un circuit visiteur permet un accès direct au deuxième sous-sol par un parcours extérieur. Par la suite, nous avons intégré un « salon des familles » offrant aux visiteurs se rendant aux lits de patients, souvent hospitalisés pour plusieurs mois, un espace confortable situé au niveau de l'accueil. Ce niveau offre également un accès aux installations d'ambulatoire du centre. Le niveau -1 est un secteur purement administratif réservé au personnel avec quelques chambres de garde et un local de détente donnant accès à une toiture végétalisée. Ce niveau comprend aussi un axe dédié reliant les locaux du personnel à un parking situé sous l'hélistation. Le niveau -2 est réservé à la réanimation. Il comprend une zone de liaison avec le bâtiment Percy existant, un secteur protégé, une zone ambulatoire filtrée permettant l'accueil de patients d'ambulatoire venant du niveau 0, la zone filtre regroupant un accès ambulances, des installations de déchocage et des liaisons directes vers le bloc opératoire, ainsi que le service de réanimation. Au cœur de ce dispositif, entre les chambres de grands brûlés et le plateau technique, nous avons intégré les installations logistiques en liaison avec le monobloc existant. Ce geste accompagnait la création d'une gare AGV avec une passerelle de liaison au niveau -2.

Comment avez-vous conçu l'environnement du patient pour ce centre ?

C.P. : La chambre du patient a été conçue pour offrir une ergonomie optimale malgré les très nombreuses contraintes. Nous avons notamment abordé la disposition du sas d'accès du personnel car il est employé pour une très grande majorité des circulations. Ce sas dédié est placé latéralement pour libérer de l'espace et un accès dédié au transfert du patient alité au bloc opératoire. Nous retrouvons

également l'accès visiteur depuis le circuit périphérique extérieur. Ce circuit a été volontairement décalé vers le haut pour offrir l'accès le plus ouvert possible à la lumière naturelle. La nature est particulièrement présente grâce aux patios, au circuit extérieur et à la notion de cinquième façade permettant de végétaliser la toiture. Nous avons profité de ce geste pour mettre en place une terrasse verdurée pour le personnel, accessible depuis la salle de détente.

Pour quelles raisons avez-vous eu recours au BIM (Building Information Modeling) sur ce projet ?

C.P. : Le concours de ce projet autorisait une réponse de conception-réalisation classique nécessitant un développement rapide et une très bonne entente entre les acteurs du groupement. Après avoir été désigné lauréat, Art & Build a initié le passage de ce projet en BIM. Cette méthode de travail collaborative est travaillée depuis près de 8 ans au sein de Art & Build et nous y avons trouvé un réel intérêt. Trois notions pourraient être distinguées : le BIM conception concerne la maîtrise d'œuvre avant le démarrage du chantier, le BIM exécution prend en compte l'ensemble des plans d'exécution de l'entreprise de construction, le BIM exploitation maintenance permet au gestionnaire hospitalier de connaître exactement les délais de remplacements des éléments logistiques internes à l'établissement.

Cédric Rafin : Le choix de ce BIM émane, avant tout, d'un souhait d'élever le niveau de compétences. Au regard de son potentiel et des éléments qu'il peut nous offrir, le BIM est l'évolution majeure des méthodes constructives futures. Le projet de ce centre de traitement des grands brûlés de l'hôpital Percy est d'une grande complexité avec des chambres conçues en salles blanches et trois salles d'opérations ISO5. Cependant, il conserve une taille raisonnable d'environ 3.500 m² de surfaces utiles. Les 8 semaines allouées pour la réalisation de l'APD et les 6 semaines pour réaliser un PRO démontrent des délais d'études très courts. De plus, la synthèse technique s'annonçait complexe, comme en témoigne le niveau -3 entièrement dédié à l'exploitation du niveau -2. Dans le cadre de la mise en place de cette procédure BIM, nous avons sélectionné un BIM manager chargé d'animer les réunions collaboratives et de créer une plateforme dédiée. Il a également eu la charge des repérages. Les maîtres d'ouvrage n'étant pas demandeurs de cette étude, il nous a fallu réaliser les livrables en 2D, à partir de la maquette numérique. Le BIM a été initié par l'agence Art & Build dès la phase APD car, dès la fin de la phase APS, nous avons résolu tous les problèmes fonctionnels. Le bureau d'études Setec a débuté la maquette numérique au niveau PRO. La maquette architecturale est ainsi déclinée en maquette du gros œuvre associée à une maquette CET à travers des réunions de collaboration regroupant les intervenants de la maîtrise d'œuvre et l'entreprise. Le regroupement de ces maquettes fait apparaître de nouveaux conflits dans la conception. Cependant, ces derniers ne sont pas à résoudre durant la phase de présynthèse, de même que la synthèse d'exécution ne doit pas empiéter sur le développement du projet.

Quelles ont été les difficultés rencontrées durant la mise en place du BIM ?

C.R. : Nous avons fait face à certaines réticences et à un désengagement de sous-traitants qui n'étaient pas dans la capacité de livrer une étude sous forme de maquette numérique. Les sous-traitants dans le corps d'état technique sont des pionniers et se montrent particulièrement intéressés par le BIM. À la manière des acteurs chargés du gros œuvre, ils développent leur projet d'exécution sous forme de maquette numérique. Pour les autres sous-traitants, nous devons produire des livrables en 2D. Les conflits les plus simples à résoudre ou les plus impactants ont été traités durant la phase PRO, tandis que les autres ont perduré jusqu'à la phase d'exécution. De façon générale, les problèmes rencontrés sont liés à une montée en compétences de l'ensemble des acteurs.

Quels sont les avantages de la maquette numérique ?

C.R. : Le BIM permet une compréhension volumétrique plus aisée pour l'ensemble des intervenants, y compris les utilisateurs souvent peu habitués à la lecture de plans. Elle facilite les échanges avec toutes les parties prenantes et leur permet d'interagir pratiquement en temps réel. Elle favorise le respect de livraison des différentes phases dans des délais très courts. La maîtrise d'ouvrage peut conserver cette maquette et l'utiliser dans le cadre de l'exploitation du bâtiment. Enfin, le PRO est de meilleure qualité et est reconnu par les équipes d'exécution souvent très sévères avec les résultats d'études. L'outil BIM prend tout son sens en associant l'entreprise à la maîtrise d'œuvre et les modes opératoires à la conception.

C.P. : Malgré la charge de travail supplémentaire qu'elle représente, nous sommes convaincus que le BIM est une avancée majeure dans notre domaine. De plus, dans le cadre d'un projet complexe comme celui de l'hôpital Percy et du centre de traitement des grands brûlés, la maquette numérique nous a permis de résoudre bien des conflits, notamment entre les corps d'état techniques. Cette méthode nous a permis de rendre un dossier PRO particulièrement abouti.

Florence Kersale : Le BIM nous a permis d'anticiper des problèmes d'interfaces et de dimensionnement des réseaux techniques lors de la conception qui n'auraient pas manqué de rajouter de la tension

et de rallonger les délais de l'opération, s'ils n'avaient été repérés que durant la phase de chantier. Cette maquette numérique est très fiable et est devenue un élément essentiel dans le cadre de la réalisation de projets de bâtiments à haute technicité.

Comment le BIM est-il représenté en Belgique ?

C.P. : La Belgique est, en matière de BIM, dans la même situation que la France. L'agence Art & Build travaille depuis 8 ans avec l'outil Revit, mais si seul l'architecte emploie cette procédure, nous ne pouvons raisonnablement parler de BIM pour un projet. Nous constatons, cependant, une réelle évolution et certains appels d'offre demandent, aujourd'hui, une réponse en BIM. Les concours en BIM émergent donc et permettent à notre agence de démontrer sa compétence dans le domaine.

Selon vous, quand la maquette numérique sera-t-elle pleinement démocratisée sur l'ensemble des projets ?

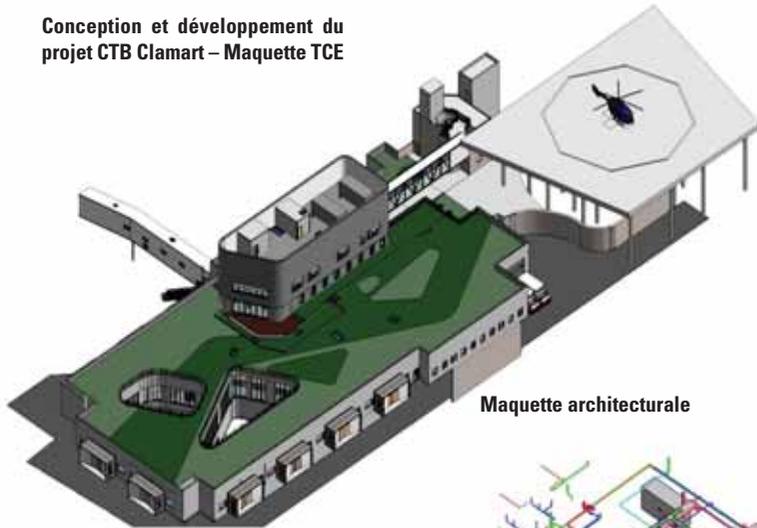
C.P. : La majeure partie des agences d'architectes et bureaux d'études appréhende aujourd'hui l'importance de développer des compétences pour le BIM conception. Certaines entreprises, telles que Bouygues Bâtiment, sont très sensibilisées à l'utilisation du BIM exécution mais elles rencontrent les réticences de leurs sous-traitants qui ne sont pas équipés pour fournir une telle réponse. Le BIM exploitation & maintenance prend tout son sens dans le secteur hospitalier mais son déploiement demande du temps. Le maître d'ouvrage doit être en mesure de l'utiliser. Il doit s'équiper des programmes nécessaires et disposer des compétences nécessaires à l'utilisation de ces systèmes. Cependant, nous devons persévérer et poursuivre les avancées dans le domaine.

Comment pouvez-vous accompagner les maîtres d'ouvrage dans leur adaptation au BIM ?

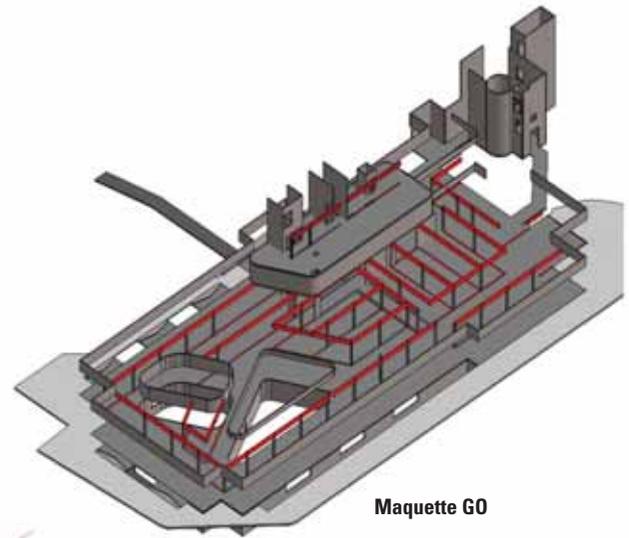
C.P. : Beaucoup de maîtres d'ouvrage sont sensibilisés à l'intérêt du BIM. Nombre d'entre eux assiste à des formations dédiées et s'entoure d'AMO spécialisées en BIM. Aussi, bien qu'ils ne puissent utiliser, demain, le BIM exploitation, ils pourront, au moins, reprendre le BIM conception fourni par la maîtrise d'œuvre pour le réutiliser.



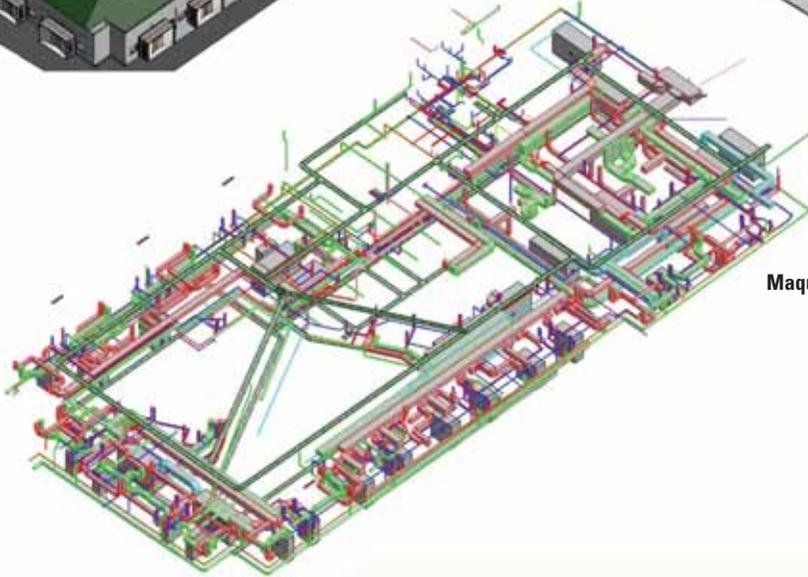
Conception et développement du projet CTB Clamart – Maquette TCE



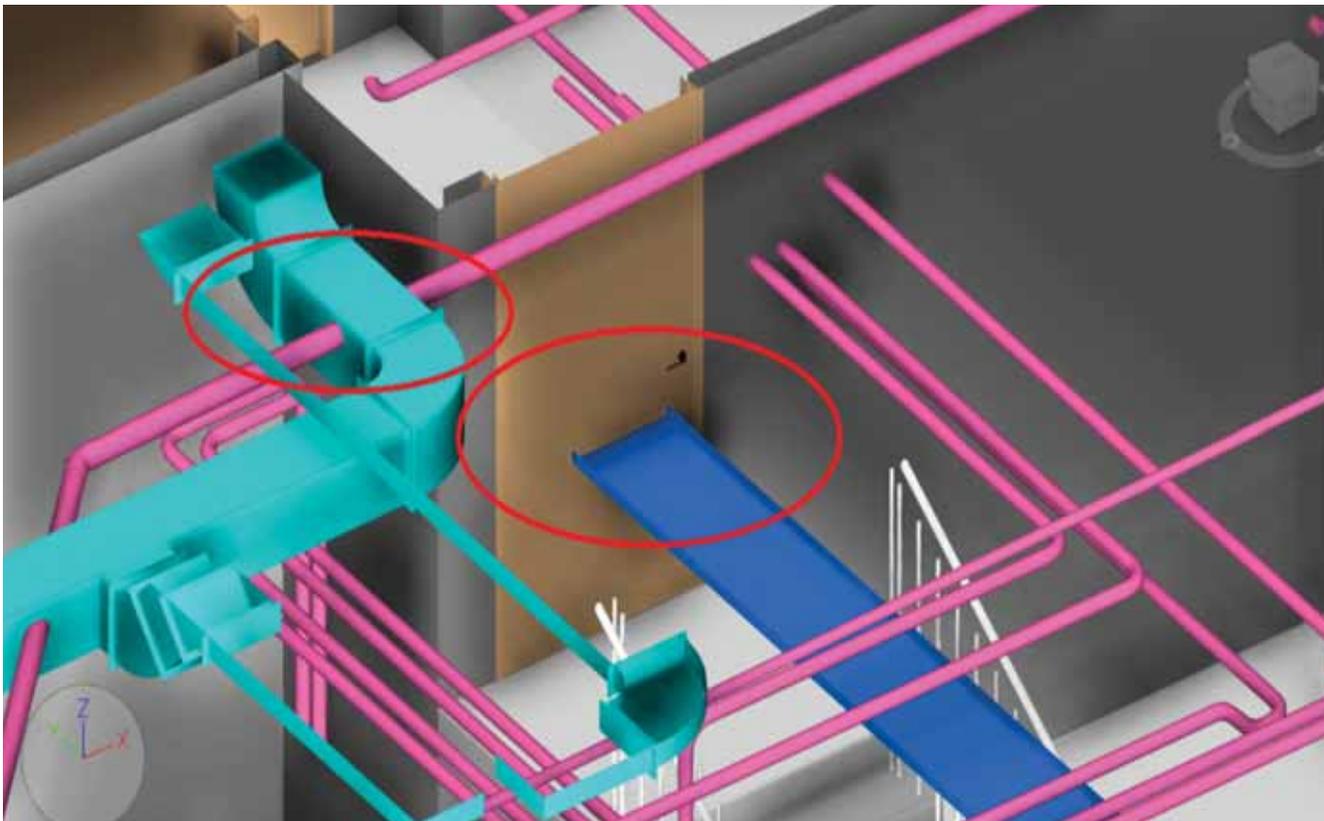
Maquette architecturale



Maquette GO



Maquette CET



Conception et développement du projet CTB Clamart – Détection des conflits

GERFLOR : Leader en solutions de revêtements de sols

Le groupe GERFLOR s'affirme comme un spécialiste et un leader mondial dans le domaine des revêtements de sols souples. Il conçoit, fabrique et commercialise des solutions innovantes, décoratives et « éco-responsables » pour le sol et sa périphérie. Le groupe emploie 2750 personnes et réalise près de 671 millions d'euros de chiffre d'affaires. GERFLOR possède huit sites de productions, dont trois sites principaux, à Saint-Paul-Trois-Châteaux dans la Drôme, à Tarare dans le Rhône ainsi qu'une unité de production de produits homogènes à Troisdorf, le « MIPOLAM », produit qui a été précurseur dans l'histoire des matériaux homogènes.

Avec plus de 60 ans d'expérience dans le domaine de la santé, GERFLOR est devenu un véritable expert de ce secteur en offrant la gamme la plus complète de solutions techniques et d'éléments de finition incluant les sols, la protection des murs, angles et portes, les mains courantes, et revêtements muraux. Avec la solution « My Taralay », GERFLOR offre également la liberté de construire des projets de décoration uniques. Jusqu'à 400 000 associations de couleurs sont possibles pour apporter une touche réellement personnelle à chaque projet de décoration. GERFLOR a adapté ses outils industriels afin d'offrir aux prescripteurs la liberté de composer des ambiances uniques, en harmonie avec les volumes et la lumière existants.



Entretien avec **Arnaud Challande**, directeur marketing du groupe

Le groupe GERFLOR...

Arnaud Challande : En tant que spécialiste du revêtement de sol, GERFLOR est devenu un des leaders du marché. Le groupe emploie 2.750 salariés, commercialise ses produits dans plus de 100 pays et poursuit son développement à travers le monde. GERFLOR est particulièrement présent en France avec 1.700 de ses employés présents sur le territoire. Deux tiers de ses investissements concernent le marché français et deux tiers de ses volumes sont fabriqués en France. La scène internationale est le principal théâtre de la croissance de GERFLOR. La société poursuit l'ouverture de filiales et d'usines de fabrication à travers le monde pour soutenir ses actions de développement. En sa qualité d'entreprise spécialisée, GERFLOR fournit des solutions de revêtement de sol adaptées à différents marchés. 80% de son activité est réalisée auprès des professionnels avec comme

principaux marchés les établissements de santé, les salles de sport, les habitations, les commerces et l'industrie. Pour chacune de ses cibles, GERFLOR développe des solutions spécifiques capables de répondre aux besoins de chaque application. Les 20% restants concernent les particuliers se procurant nos solutions auprès de grandes enseignes de la distribution.

Comment GERFLOR est-il organisé ? Quels sont les profils de vos collaborateurs ?

A.C. : La société comprend trois profils principaux différenciant ses 2.750 employés. L'effectif commercial regroupe 500 représentants en France et à l'international pour accompagner les architectes et maîtrises d'ouvrage des différents domaines dans lesquels nous intervenons. Cette logique d'accompagnement est importante pour assurer la réussite des projets de nos clients. Le personnel de fabrication et logistique est également une composante majeure car, GERFLOR étant un groupe industriel, il conçoit et fabrique en interne les produits commercialisés. Outre la fabrication et la commercialisation, nos équipes conçoivent les produits au sein des départements R&D et design. La troisième catégorie de collaborateurs concerne donc les ingénieurs et designers composant l'expertise technique et décor du groupe.

Comment GERFLOR est-il positionné sur le marché de la santé ?

A.C. : Le groupe a un statut de leader dans son domaine auprès des acteurs du secteur de la santé. Il se démarque de ses concurrents par certains aspects spécifiques, notamment ses équipes commerciales spécialisées dans le domaine de la santé qui connaissent les préoccupations de leurs clients. Ces équipes savent répondre à leurs problématiques spécifiques et accompagner efficacement leurs projets. De plus, GERFLOR dispose de gammes de produits spécialement développées pour correspondre fidèlement aux besoins des acteurs de la santé, que ce soit en matière d'hygiène, de durabilité, de design. Enfin, son offre ne se limite pas au revêtement de sol. Pour répondre aux besoins de ses clients, y compris du domaine de la santé, GERFLOR s'est doté d'une offre complète incluant tous les éléments de finition gravitant autour des solutions de revêtement de sol. Il commercialise, par exemple, des revêtements muraux de marque Gerflor et des produits de protection murale et de portes, des mains courantes et des protections d'angle de la marque SPM. Ces éléments de protection de l'ouvrage sont proposés au domaine de la santé car, avec une méthode de sol traité en remontée en plinthe et une protection murale, une simple soudure apporte une hygiène et une étanchéité parfaites de la solution sol-mur. Nous proposons également des tapis d'entrée de la marque Romus et d'autres éléments complémentaires aux réponses spécialisées de GERFLOR. Nous avons pour ambition de proposer une solution de décoration intérieure complète et adaptée au domaine de la santé.

Quelles ont été les réflexions qui vous ont poussé à développer des solutions spécifiques pour le domaine de la santé ?

A.C. : Le secteur de la santé est particulièrement important pour le groupe car il reste le premier marché sur lequel nous nous sommes spécialisés. Comme dans tous les domaines, plus nous creusons les besoins du marché de la santé, plus nous constatons que ses acteurs recherchent des solutions très spécifiques. La compréhension des attentes et des problématiques de nos clients permet à nos équipes de concevoir des solutions complètes, efficaces et cohérentes. Ces réflexions ont abouti à la création de diverses réponses comme une solution complète de système de douche – sols, murs, accessoires – développée spécifiquement pour le marché de la santé et un système d'angle breveté novateur. L'entretien étant une des préoccupations majeures des acteurs de la santé, l'hygiène est un élément crucial de nos solutions. Dans ce contexte, les angles sont des zones critiques. Ainsi, le Clean Corner System, développé par nos équipes, permet l'installation d'une coque sous le revêtement pour prévenir la création de zones difficiles d'accès durant l'entretien. De même, notre système de traitement de surface, nommé Ever-Care® pour nos sols homogènes et Protecsoil® 2 pour nos sols hétérogènes, présente plusieurs caractéristiques intéressantes. Ce vernis appliqué à la surface de nos produits apporte une plus grande facilité d'entretien car il permet un nettoyage simplifié durant toute la durée de vie du produit, sans avoir à le métalliser. Ce sol est également particulièrement résistant aux tâches d'éosine et de Bétadine®, les produits les plus tenaces et les plus salissants rencontrés dans les établissements de santé. Le traitement de surface déperlant de nos sols les rend imperméables et faciles à entretenir.

Avec quels professionnels collaborez-vous lors du développement de vos solutions dédiées au secteur de la santé ?

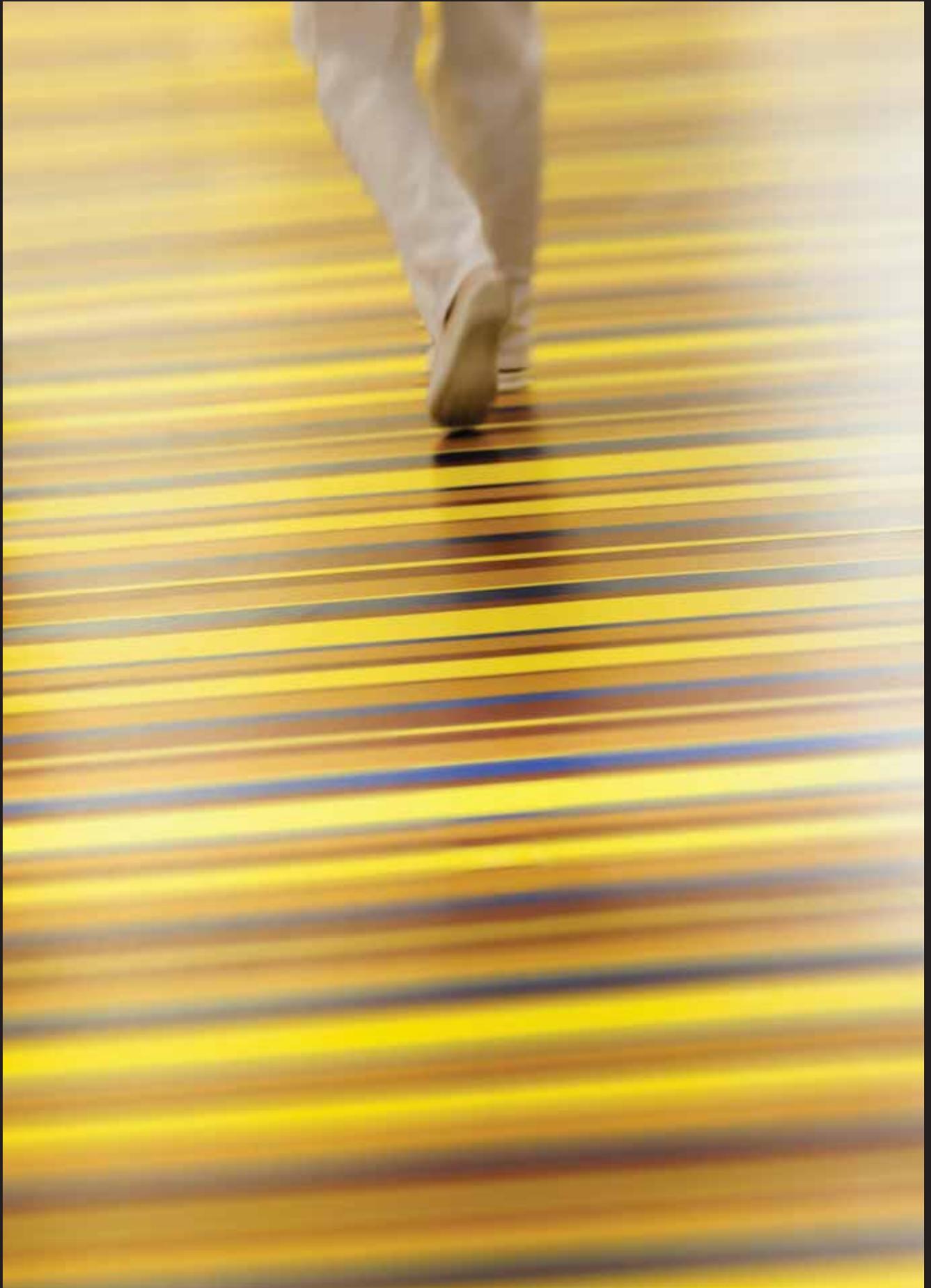
A.C. : Avant d'être spécialisée dans les revêtements de sol, notre équipe commerciale est spécialisée dans la santé. Grâce à ses compétences et sa présence sur le terrain auprès du client, nous pouvons collaborer étroitement avec des ingénieurs hospitaliers et des hygiénistes, des designers d'intérieur et des architectes spécialisés dans le secteur de la santé. Ces échanges se font le plus souvent via des workshops et des ateliers organisés par GERFLOR. Au cours de ces rencontres, nous recueillons les besoins et les attentes de nos clients et partenaires, que nous remettons aux effectifs du département R&D afin qu'ils développent les réponses les plus efficaces.

Quelles ont été vos récentes évolutions majeures en matière de revêtements de sol ?

A.C. : Nos clients ne souhaitent plus une solution de revêtements de sol isolée mais une réponse complète impliquant les sols, les remontées en plinthes et les éléments muraux. L'évolution de nos solutions depuis ces dernières années implique également, et en grande partie, une meilleure prise en compte de l'analyse du coût du cycle de vie du produit. Nous reconnaissons le coût d'investissement lors de l'intégration de notre solution, ainsi que le coût d'exploitation étalé sur les 20 à 30 ans de vie du produit. Ce coût d'exploitation peut être mesuré en calculant les effectifs nécessaires à l'entretien, les produits utilisés, les besoins de métallisation du produit et les remplacements prévus au vu de la résistance du matériau. Cette analyse est aujourd'hui bien mieux prise en compte par les décideurs hospitaliers lors du choix de leurs solutions. Notre troisième évolution majeure concerne le décor. Depuis plusieurs années, nous constatons, sous l'impulsion des designers d'intérieur et des architectes spécialisés, de véritables progrès et initiatives en polychromie dans l'univers hospitalier. Ainsi, bien qu'à l'hôpital, des espaces travaillés permettent au patient de retrouver un aspect de son domicile avec des chambres au décor en bois et un geste particulier sur le traitement des couleurs permettant l'ajout de touches dynamiques dans les chambres d'hospitalisation. Nos solutions deviennent, avec ces nouvelles perspectives, bien plus osées en matière de coloris.

Les acteurs en santé accordent-ils une plus grande attention qu'auparavant au design des sols de leur établissement ?

A.C. : Tous comprennent l'importance qu'une solution de revêtement de sol peut avoir sur le bien-être des occupants de l'hôpital, outre ses qualités fonctionnelles. Cette dimension de décor et de couleurs, que peut apporter nos solutions est un élément important dans nos échanges auprès des architectes et des décideurs du domaine de la santé. Il est important, dans le cadre d'un projet de rénovation d'un établissement de santé, de renouveler ses sols et ses teintes en même temps que son infrastructure car ces éléments ont un impact positif prouvé sur l'utilisateur.



Dans quelle mesure la gamme de produits dédiée à la santé s'inscrit-elle dans une démarche environnementale ?

A.C. : Le groupe a plusieurs axes de travail visant un plus grand respect environnemental. Les espaces d'un établissement de santé étant souvent isolés et confinés, nous devons nous assurer, en tant que fournisseurs de matériaux pour l'aménagement intérieur, que nos produits contribuent à l'optimisation de la qualité de l'air dans le bâtiment. C'est pourquoi l'ensemble des matériaux utilisés par GERFLOR sont qualifiés A+ dans le domaine de la qualité de l'air intérieur et répondent ainsi à la volonté affichée du Grenelle de l'environnement. Notre deuxième axe concerne l'analyse du cycle de vie des matériaux. Nos traitements de surface actuels permettent de réduire drastiquement la consommation d'eau et de produits d'entretien par les équipes des établissements de santé. Le troisième point a un impact modéré pour l'utilisateur final mais reflète la responsabilité de l'entreprise et concerne l'introduction, dans ses matériaux, de matières premières renouvelables. Notre produit Mipolam Symbioz est un revêtement de sol homogène avec un plastifiant vert à 100% d'origine

végétale, fait à partir de résidus de blé et de maïs. Il équipe aujourd'hui les 80.000 m² de l'hôpital de Chambéry, hôpital certifié HQE. Nous introduisons également dans la composition de nos produits toujours plus de matières recyclées. Dans le cadre de la plupart des grands projets hospitaliers auxquels nous participons, nous mettons en place un programme « seconde vie ». Nous récupérons l'ensemble des chutes de pose, représentant, dans le cadre d'un projet hospitalier, 10 à 15% de la surface installée. Ces chutes sont ensuite renvoyées dans nos usines pour être broyées et recyclées afin de servir à de nouvelles fabrications.

Quelles sont les perspectives d'évolution de GERFLOR ?

A.C. : GERFLOR souhaite proposer pour ces différents marchés, dont celui de la santé, des solutions. Nos équipes Développement travaillent sur des innovations qui ne soient pas seulement de nouveaux produits de revêtements de sol mais qui soient de réelles solutions pour l'ensemble des intervenants des établissements de santé.



Centre de Réadaptation et de Gériatrie Eudo de Kerlivio



Un acteur majeur du monde de la santé



Plus de précisions avec **Patrice Mejri**, directeur Segment Santé

Quelles sont les exigences des établissements de santé en matière de revêtements de sol ?

Patrice Mejri : Les établissements hospitaliers recherchent des matériaux de qualité, pourvus d'une grande résistance mécanique et simples d'entretien. Ils souhaitent également qu'on leur propose des polychromies modernes et innovantes, offrant à leurs établissements un caractère hôtelier et contemporain.

Dans ce contexte, quelles sont les solutions proposées par GERFLOR au secteur de la santé ?

P.M. : Deux de nos gammes répondent particulièrement aux contraintes du secteur de la santé et se positionnent comme leaders sur ce marché. La première de ces gammes est l'offre Taralay Premium, sol hétérogène avec couche d'usure pur PVC pressée dans la masse. De fait, ce produit présente des caractéristiques mécaniques et de résistance au trafic inégalées sur le marché. Cette gamme⁽¹⁾ est disponible, à la demande, avec des plastifiants sans phtalate ou d'origine végétale. Il est doté d'un traitement de surface spécifique qui résiste aux taches les plus tenaces (Bétadine, éosine, gels hydro-alcooliques marqueurs etc.), permettant une grande facilité d'entretien et une réduction des coûts inhérents. Le concept « My Taralay »⁽¹⁾, propre à l'offre Taralay Premium, permet de personnaliser à l'infini certains décors de cette gamme et de créer ainsi ses propres ambiances. Les gammes homogènes Mipolam sont également très utilisées dans les établissements hospitaliers, et particulièrement dans les plateaux techniques et blocs opératoires. Ces produits bénéficient d'excellentes caractéristiques techniques et du traitement de surface EvercareTM qui lui assure résistance aux taches et facilité d'entretien, ce qui est particulièrement important dans ce type de locaux. En parallèle des traitements de surface permettant déjà une grande facilité d'entretien, Gerflor a développé une offre complète dédiée à ces zones « à risques » comprenant des revêtements de sols et de murs classés ISO4 et ISO5 ainsi qu'une solution de traitement spécifique des angles, le Clean Corner System, permettant une meilleure gestion de la décontamination. Cette offre globale permet de répondre aux normes les plus drastiques et de créer ainsi un environnement « ultra propre ».

Comment vos solutions dédiées à la santé ont-elles évolué durant ces dernières années ?

P.M. : Notre service « Recherche et Développement » travaille constamment à l'amélioration des produits existants et à la recherche de nouvelles solutions (nouveaux traitements de surface, nouvelles techniques de pose etc.) ; l'innovation est un axe de développement majeur pour notre société. Nous sommes constamment à la recherche de solutions répondant aux problématiques spécifiques de nos clients (entretien facilité, rénovation rapide, solution contre les remontées d'humidité etc.). Sur le plan esthétique, nos collections sont en permanence repensées par notre direction artistique afin de rester en phase avec les nouvelles tendances et les attentes de nos clients.

Quels sont vos principaux prescripteurs ?

P.M. : Les maîtrises d'œuvre (architectes, bureaux d'études, économistes etc.) et les maîtrises d'ouvrage sont des prescripteurs très importants de même que les entreprises générales et de pose. Leurs exigences économiques nous permettent d'influencer la prescription ou le choix des matériaux.

Comment collaborez-vous avec les architectes ?

P.M. : Notre collaboration avec les architectes débute le plus souvent en amont des projets. Nous envisageons ensemble les différentes solutions possibles en matière de technicité et d'esthétique. Durant les différentes phases d'un projet, nous sommes amenés à nous rencontrer régulièrement pour pouvoir en assurer un bon suivi.

Dans les hôpitaux, comment suivez-vous le processus de mise en place des sols jusqu'à la réception des espaces ?

P.M. : Nos équipes de responsables commerciaux suivent les dossiers de nos clients du début à la fin des projets : ils assistent à des réunions de préparation de chantier, de réceptions de support, et assurent le suivi de la mise en œuvre en collaboration avec l'entreprise de pose. Ces dernières sont, en règle générale, des acteurs très qualifiés que nous accompagnons pour répondre à d'éventuelles problématiques techniques. Par ailleurs, nos équipes techniques sont présentes sur les chantiers du début à la fin et mettent en place les protocoles de réception de revêtements de sol et de nettoyage. Nous assistons également le maître d'ouvrage dans le développement de ses protocoles d'entretien pour l'utilisation du bâtiment.

(1) offre réservée à certains décors uniquement avec un minimum de commande



Centre hospitalier de Roanne



Centre Hospitalier de Rumilly



Le nouvel hôpital de Chambéry



Entretien avec **Patrice Mejri**, directeur division Santé

Comment définiriez-vous l'opération du Centre Hospitalier de Chambéry ?

Patrice Mejri : Cette opération était « géographiquement importante » pour GERFLOR car très proche de nos usines de Tarare (69) et de Saint-Paul-Les-Trois-Châteaux (26). Par ailleurs, cette opération d'envergure représentait un dossier très intéressant puisqu'il s'est inscrit dans le cadre d'une certification HQE.

Quelles ont été les solutions installées dans l'établissement ?

P.M. : Nous avons proposé à nos partenaires notre solution Mipolam Symbioz, revêtement de sol homogène monocouche de groupe d'abrasion T, à base de bioplastifiant, doté de notre dernière technologie de traitement de surface, Evercare™. Ce produit présente une haute résistance mécanique et de bonnes performances techniques.

Dans le cadre de ce projet, quels étaient les besoins de la maîtrise d'ouvrage en matière de revêtements de sol ?

P.M. : Les exigences de l'hôpital portaient sur la qualité des produits (résistants au trafic et faciles d'entretien), sur l'esthétisme (ambiance contemporaine) et sur le fait qu'ils puissent répondre aux différentes cibles choisies du référentiel HQE. Par ailleurs, l'hôpital exigeait un suivi commercial, un appui technique et un programme de recyclage des chutes de pose irréprochables.

Comment définiriez-vous vos relations avec les équipes en charge du projet ?

P.M. : Nos relations ont été très professionnelles et nos différents échanges de grande qualité. L'ensemble des éléments, qu'ils soient techniques ou financiers, a été abordé lors de multiples réunions, et ce, de façon très constructives.

Quel bilan pouvez-vous dresser de cette opération ?

P.M. : Ce dossier a réellement été une belle aventure pour les équipes GERFLOR. Malgré le fait que nous ayons déjà mené des opérations de cette ampleur, ce dossier nous a permis de valider notre approche, les choix et les stratégies que nous mettons en place sur ce type de projet. Ces dossiers, toujours très instructifs, contribuent à renforcer notre expertise.





Témoignage

« Nous désirions une équipe soudée afin de pouvoir collaborer en parfaite intelligence avec le fournisseur et le poseur »



Entretien avec **Julien Springer**, directeur de travaux du groupe Vinci

Quels étaient les besoins identifiés en matière de revêtements de sol pour l'opération du Centre Hospitalier de Chambéry ?

Julien Springer : La maîtrise d'ouvrage souhaitait un revêtement de sol homogène très résistant à l'abrasion et au poinçonnement. Nos contraintes s'étendaient à l'entretien et à la résistance aux tâches communément présentes dans un établissement hospitalier. Ce projet labellisé HQE comportait aussi des enjeux environnementaux, notamment le contrôle d'émission de produits divers dans l'atmosphère et une volonté de recycler un maximum de matériaux inutilisés. Sur le plan architectural, le projet exigeait des coloris spécifiquement développés pour l'opération.

Quelles ont été les procédures menant au choix des solutions GERFLOR ?

J.S. : Ces procédures ont été assez longues. L'opération était réalisée en conception-construction. Dès 2011, nous avons débuté des échanges regroupant les entreprises de construction, les fournisseurs et Vinci. Un an plus tard, nous avons trouvé un terrain d'entente dans le choix du fournisseur et des entreprises associées. Nous désirions une équipe soudée afin de pouvoir collaborer en parfaite intelligence avec le fournisseur et le poseur. Avant d'arriver à ce choix final, nous avons étudié divers scénarios. Sur la base de nos critères, et tout en tenant compte de l'aspect économique du projet, nous avons retenu la proposition de la société GERFLOR.

Comment les solutions de GERFLOR ont-elles répondu à vos besoins ?

J.S. : Nous avons rapidement su apprécier le partenariat mis en place avec le groupe et notamment Patrice Mejri, son représentant dans le cadre de ce projet. Nous avons largement collaboré avec GERFLOR, une confiance réciproque s'est mise en place et nous avons su travailler en bonne intelligence durant toute la durée des opérations.

Quels sont les atouts techniques de ces solutions ?

J.S. : Les qualités techniques des produits de tous les fournisseurs de ce secteur sont sensiblement équivalentes et les gammes comparables de chacune de ces entreprises spécialisées témoignent des mêmes qualités. Notre choix s'est donc fait après des échanges de près d'un an durant lesquels nous avons pu établir une relation de confiance à travers notre collaboration avec le groupe GERFLOR, notamment la motivation et le professionnalisme de ses équipes.

Quel bilan dressez-vous de cette opération ?

J.S. : Durant cette opération, nous avons posé 80.000 m² de Mipolam Symbioz[®] avec trois entreprises. Globalement, le bilan est positif. Nous avons eu une assistance technique et commerciale tout au long du chantier. La relation mise en place pendant la phase de consultation a été efficacement maintenue. Nous avons donc bénéficié d'une personne entièrement dédiée au chantier pour réaliser des expertises et répondre à nos attentes logistiques et commerciales. Le meilleur témoignage de la qualité de notre réponse reste la satisfaction du maître d'ouvrage, très heureux du travail du fournisseur, du produit rendu et de la réalisation de l'opération de pose.

La réflexion architecturale



Propos recueillis auprès de **Olivier Contré**, architecte du cabinet Brunet-Saunier

Quelle est l'importance des sols dans votre réflexion architecturale ?

Olivier Contré : Les sols ont une grande importance dans notre conception architecturale. Ce sont également les zones les plus sollicitées par les utilisateurs. Ils ont aussi une fonction importante dans l'éclairage des lieux. Enfin, ils doivent démontrer de très grandes qualités techniques, notamment en matière d'hygiène et de durabilité, sans pour autant négliger les notions d'esthétisme et de confort.

Quel a été votre rôle dans le projet du Centre Hospitalier de Chambéry lors de la sélection des solutions de revêtements de sol ?

O.C. : J'avais pour mission de sélectionner la texture, la couleur et la teinte des sols. Ma tâche s'est révélée assez ardue, au regard des nombreuses restrictions dans le domaine, et plus particulièrement dans un hôpital.

Quelles sont les particularités des solutions de GERFLOR retenues pour le projet de l'hôpital de Chambéry ?

O.C. : Nous avons opté pour un sol homogène limitant le poinçonnement, notamment lors du transport de chariots et de lits.

Les établissements de santé accordent-ils une grande attention au design de leurs sols ?

O.C. : Le design des revêtements de sol a toujours été une problématique importante pour les acteurs hospitaliers.

Quelles évolutions attendez-vous en matière de revêtement de sol ?

O.C. : Quelques points de détails sont perfectibles. J'ai proposé à GERFLOR d'étudier la conception d'un sol phosphorescent capable de restituer la lumière artificielle. Des solutions existent déjà pour le traitement de marches d'escaliers et il serait intéressant d'étendre ces réponses aux surfaces au sol, notamment au regard des exigences en matière de développement durable. La performance et l'efficacité sont des facteurs dominant l'aspect esthétique. Je peux m'accommoder de l'apparence esthétique d'un sol s'il présente de très hautes qualités techniques et fonctionnelles. Cependant, le choix du sol ne revient pas à l'architecte uniquement et reste très lié aux enjeux économiques de l'établissement.

Nouvel Hôpital de Chambéry Certifié HQE

Maîtrise d'ouvrage : Hôpital de Chambéry

Architecte : Brunet-Saunier Architecture

Bureau d'étude HQE : Inddigo

Entreprise générale : Vinci Construction

Entreprises de pose : Ciolfi / Comptoir des revêtements / Suevos

Ouverture au public : Septembre / Octobre 2015

Volume : 80 000 m²

Produits : Mipolam Symbioz T, Système Taradouche, Tarastep



Le nouveau service de pédiatrie du CHU Saint-Pierre de Bruxelles

« Parcours d'enfants »

Le CHU Saint-Pierre est un hôpital public offrant des soins de haute qualité, accessibles à tous. Il est géré par le CPAS et la ville de Bruxelles, le Conseil Médical, l'Université Libre de Bruxelles et la Vrije Universiteit Brussel. Aujourd'hui, le CHU poursuit sa modernisation et sa reconstruction sur site entamée en 1991. Cette longue période – plus de 20 ans – témoigne de la difficulté institutionnelle dans laquelle l'établissement est contraint de travailler. Malgré ces difficultés et grâce à la créativité des médecins, de tous les collaborateurs de l'hôpital et des équipes dirigeantes, le CHU Saint Pierre est néanmoins parvenu à mener des projets de développement ambitieux.

Entamée il y a plus de 20 ans et attribuée au Bureau Architecture Engineering Verhaegen (BAEV), la reconstruction du site Porte de Hal est en voie de finalisation. Cette opération témoigne de la volonté du CHU Saint-Pierre de s'adapter à l'évolution des soins. Le nouveau bâtiment accueille le service de procréation médicalement assistée, un complexe d'hôpitaux de jour avec de nouvelles salles d'opération et d'endoscopies, ainsi que le laboratoire de biologie clinique d'IRIS et, bien évidemment, des unités d'hospitalisation adultes et pédiatriques.



Gros plan sur le nouveau service de pédiatrie du CHU avec **Françoise Haumont**, ingénieur architecte, administrateur gestion de projets et directrice R&D au sein du BAEV.

L'historique de la restructuration du CHU Saint Pierre...

Françoise Haumont : L'hôpital a été reconstruit sur son propre site. L'objectif originel était de reconstruire l'hôpital en maintenant sa capacité d'accueil. Les premières esquisses et le premier plan directeur datent des années 90, mais ce projet de restructuration a grandement évolué durant 20 ans. Alors que le premier envisageait la création de 442 lits, le projet actuel en prévoit 519. Entre ces deux plans directeurs, une tour de laboratoire d'environ 6.500 m² a été ajoutée au programme et les installations médico-techniques (quartiers opératoires, hôpitaux de jour, etc.) ont été entièrement réorganisées pour s'adapter à l'évolution de la prise en charge du patient et des technologies. Dès les premières esquisses, la filière pédiatrique fut au centre de nos réflexions. Ainsi, à l'ouverture de la première phase de la reconstruction en 1995, le service des urgences offrait une prise en charge pédiatrique différenciée de la prise en charge des

adultes, avec accueil, salles d'attente et de soins propres aux enfants ; le quartier opératoire disposait d'une salle de réveil dédiée aux enfants ; l'unité de soins pédiatrique avait en son sein un atelier d'activités et une classe d'école. Là-même, le CHU, fidèle à sa vocation d'hôpital public, peut accueillir des enfants, issus de familles moins favorisées, devant faire face à des problèmes familiaux et sociaux, et leur offrir des activités pédagogiques quotidiennes. En 2003, lors de la construction de la phase 2, le pôle mère enfant est entièrement repensé, comprenant un quartier d'accouchement en liaison directe avec une unité de 30 lits de néonatalogie intensive, proche des unités de soins de maternité et de pédiatrie. Aujourd'hui, la 3^e et dernière phase de la reconstruction s'achève. Dans cette phase, une nouvelle unité de soins pédiatrique voit le jour. Située en liaison directe avec l'unité de pédiatrie existante, ce fut là l'occasion idéale pour repenser l'ensemble du fonctionnement du plateau. La 3^e phase de la reconstruction a dû intégrer en cours de chemin le développement des hôpitaux de jour, créant ainsi 3 hôpitaux de jour distincts, l'hôpital de jour médical, l'hôpital de jour chirurgical adulte et l'hôpital de jour chirurgical pédiatrique, 6 salles d'opération et une salle de réveil avec zone enfants, liées à l'activité chirurgicale de jour. Bien sûr aujourd'hui, la filière pédiatrique, surtout en hôpital de jour, est incontournable voire normée. Pour nous, elle allait autant de soi que le CHU st PIERRE l'avait déjà intégrée depuis 20 ans.

Quelles sont les spécificités architecturales requises dans un service accueillant des enfants ?

F. H. : Des espaces clairs et sécurisés, identifiables et colorés, dans lesquels l'enfant peut trouver ses repères sans devoir « subir » l'hôpital. Dès leur entrée, l'enfant et ses parents sont accueillis dans des espaces appropriés, un accueil personnalisé, une salle d'attente au décor adapté. L'hôpital, les circulations et les espaces sont organisés de sorte que l'enfant puisse accepter son parcours médical : il empreinte des flux qui lui sont propres afin de lui éviter de croiser un adulte malade dans un couloir ; il peut être accompagné d'un parent ou proche sans que cela n'entrave le travail du personnel médical. Toutes les installations ne sont pas spécifiques à l'enfant (comme les salles d'opération) mais, dans les services, il est pris en charge de façon adaptée et les espaces sont aménagés et décorés pour lui donner une perception moins hostile de l'environnement hospitalier.

Comment le personnel vous a-t-il accompagné dans vos réflexions ?

F. H. : Lors de la réalisation de la dernière unité du service de pédiatrie, ouverte en décembre 2014, nous avons longuement échangé avec le personnel, médical, infirmier et paramédical. Comme cette nouvelle unité était en lien direct avec l'unité existante, nous avons pu discuter de l'ensemble du fonctionnement du plateau. Au cours des échanges, qui bien sûr ont menés à la définition quantitative d'un programme de surfaces et de locaux, 3 points conceptuels ont surgi et ont guidé le développement du plan. Tout d'abord, le couloir : il devait être fonctionnel, accès rapide aux chambres et surveillance visuelle efficace des enfants en chambre, il devait être conforme aux normes incendie, soit 2m40 de large et en même temps il ne fallait pas que les enfants le perçoivent comme interminablement long et froid. En

réponse, nous avons imaginé des portiques obliques traversant le couloir, le ponctuant de couleurs et créant des zones de chambres facilement repérables par l'enfant. De plus, ce jeu d'obliques a permis d'offrir au personnel soignant des vues diagonales dans les chambres permettant une surveillance accrue des enfants au travers des sas vitrés. Ensuite la rencontre des deux unités et la communautarisation de certaines fonctions. Ainsi un espace généreux et généreusement ensoleillé, situé entre et commun aux deux unités accueille salon, salle-à-manger et coins jeux, lieu de rencontre des enfants et des parents. Enfin, les classes : être dans l'hôpital tout en étant en classe, tel était le défi. Nous avons alors proposé d'implanter les classes, au nombre de trois en bout d'unité. Le thème du portique s'est aussi imposé. Passé ce portique, l'enfant est dans l'école. Les 3 classes sont organisées autour d'un espace psychomotricité ouvert, la « cour de récré » en quelque sorte.

Quelles sont les différences entre la conception d'un espace aussi spécifique dédié aux enfants et la création d'un établissement de MCO ou de gériatrie ?

F. H. : Pour moi, le processus de conception, quel que soit le type de service, suit la même approche. Quel que soit la population accueillie, le projet architectural doit prendre en compte les attentes et les besoins des utilisateurs et de toutes personnes faisant vivre les espaces qu'il crée. Certes, il existe des spécificités à prendre en considération en fonction de la population concernée. Ainsi pour la création d'un service de pédiatrie, sachant que l'enfant réagit fortement à la couleur et se repère efficacement grâce à elle, nous avons largement travaillé cet élément dans l'élaboration de l'unité de pédiatrie, tout en assurant la fonctionnalité des installations pour le personnel.



Dans quelle mesure ce type d'opération, en site occupé, représente-t-il un défi ?

F. H. : Quelle que soit l'activité hospitalière concernée, ce type d'opération est toujours un défi. Le défi majeur est la mise en service progressive des plateaux au fur et à mesure de leur achèvement et ainsi la gestion de la cohabitation du chantier et de l'hôpital en fonctionnement. Cette difficulté a été présente durant toute la construction mais le plan directeur a été conçu de manière à pouvoir ouvrir progressivement l'établissement. Ainsi, nous optimisons les activités en maintenant des précautions très importantes pour séparer les zones en chantier des zones en activité. Nos actions de sécurité incluent la gestion du risque d'incendie, le contrôle de propagation des poussières, les circuits séparés du chantier et la gestion des nuisances sonores. Ces démarches impliquent des échanges et une longue préparation pour définir nos méthodes de mise en service des installations, la façon dont nous souhaitons poursuivre les travaux et la mise en place de flux provisoires efficaces et cohérents. Les flux définitifs ne pourront être opérationnels qu'une fois la construction achevée. Pour la pédiatrie, l'opération est délicate car les enfants sont très sensibles aux nuisances. Heureusement dans notre cas, les enfants ne sont pas hébergés à proximité du chantier car l'étage de la pédiatrie est situé entre deux niveaux finalisés et ouverts simultanément.

Quelles sont les clés de la réussite de l'opération de construction d'un service de pédiatrie ?

F. H. : Une communication de très bonne qualité avec les acteurs de terrain – médecins, infirmières, paramédicaux, etc. – est essentielle. Grâce à ces échanges, nous définissons plus efficacement la façon dont l'enfant appréhende son séjour à l'hôpital. D'autres problèmes pratiques liés au chantier doivent être traités. Pour assurer le succès de l'opération, l'architecte doit continuellement avoir conscience des flux de circulation présents sur le site, que ce soit les déplacements des patients, les flux logistiques ou les flux médicaux. Une bonne compréhension des fonctionnements et des déplacements dans l'hôpital est essentielle au respect des attentes du maître de l'ouvrage et à l'efficacité de la conception. Des flux clairs et un plan directeur à long terme constituent une épine dorsale garante de la réussite d'un projet architectural hospitalier.

Quelles seront les prochaines étapes du projet du CHU Saint Pierre ?

F. H. : Nous achevons la dernière phase du projet comprenant la construction des derniers bâtiments, les ailes 500 et 550. L'aile 500 regroupe les dernières unités, dont la pédiatrie, ouverte en fin décembre 2014. Notre avancement se fait par niveau avec une ouverture progressive. L'aile 550 accueillant le nouveau laboratoire et la nouvelle stérilisation a été achevée au début du mois de novembre 2015. Le dernier niveau de l'aile 500, accueillant l'hospitalisation provisoire et l'extension des urgences, ouvrira à la fin de l'année 2015.





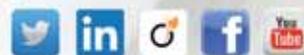
PARIS
HEALTHCARE
WEEK

LA SEMAINE DES PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE

24 > 26 MAI 2016

PARIS - PORTE DE VERSAILLES - PAVILLON 1

parishealthcareweek.com



UN ÉVÉNEMENT



UNE ORGANISATION



REJOIGNEZ-NOUS AUSSI SUR





Réseau pneumatique PSL au CHRU de Lille : une distribution plus fluide, rapide et sécurisée des Produits Sanguins Labiles

Depuis le mois de juin 2015, le réseau pneumatique reliant l'Établissement Français du Sang (EFS) Nord-de-France et le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille est pleinement opérationnel. Ce système, constitué de 6 réseaux de tubes souterrains desservant 58 stations réparties sur tous les sites de l'hôpital, à proximité des différents services, permet une distribution bien plus fluide, rapide et sécurisée des Produits Sanguins Labiles (PSL) de l'EFS jusqu'au CHRU. Le bâtiment de l'EFS situé à côté du Centre de Biologie et de Pathologie est relié aux 6 bâtiments du CHRU Lille (Salengro, Calmette, Huriez, Jeanne de Flandres, Cardio, Fourier), par 6 lignes pneumatiques permettant à l'EFS d'acheminer les Produits Sanguins Labiles dans les unités de soins tenant compte des réglementations en vigueur et intégrant la chaîne de la traçabilité.

Ce réseau est également une prouesse technique par l'intelligence de son intégration dans le système informatique de l'hôpital et de l'EFS. Cette cohérence permet à la solution pneumatique d'inclure une complète automatisation du transport par un système de code-barres. Une fois scanné dans les différentes gares du réseau, ce code, unique pour chaque patient, permet d'expédier ou de réceptionner un produit sans que la moindre erreur ne soit possible.



Propos recueillis auprès de **Serge Lesage**, coordonnateur de maintenance du groupe C du CHRU de Lille

Pour quelles raisons avez-vous décidé de déployer un réseau pneumatique reliant le CHRU de Lille et l'EFS ?

Serge Lesage : Le déploiement de ce réseau répondait à la volonté de l'hôpital de trouver une solution automatisée qui puisse garantir

la sécurité et la traçabilité pour le transport des Produits Sanguins Labiles depuis l'EFS vers les bâtiments du CHRU de Lille.

Pourquoi avez-vous opté pour une solution pneumatique ?

S.L. : Nous connaissons déjà les atouts d'une solution pneumatique pour le transport de prélèvements des services de soin vers notre centre de biologie. Auparavant, les transports entre l'EFS et l'hôpital se faisaient par voiture. Avec le rapprochement de l'EFS dans un bâtiment dédié situé sur le site de l'hôpital, nous avons décidé la mise en place de ce réseau pneumatique. Son utilisation augmente grandement la rapidité de livraison des produits sanguins.

Comment s'est fait le choix de la société Swisslog pour le déploiement de ce réseau ?

S.L. : Nous avons réalisé une étude de marché afin d'identifier les acteurs en présence. Nous avons rencontré plusieurs d'entre eux, nous avons étudié leur système et échangé avec leurs équipes pour définir les innovations techniques et les éléments spécifiques que leurs solutions pouvaient apporter. À la suite d'une synthèse de ces études, j'ai rédigé un descriptif de nos besoins et nos attentes avec l'aide de collègues de la logistique et de l'informatique. Nous avons lancé un appel d'offres pour la conception et la réalisation de ce système sur mesure correspondant à nos besoins. C'est la proposition de Swisslog qui était la meilleure et que nous avons donc retenue.

Le fait que Swisslog ait été chargée du réseau pneumatique de biologie a-t-il impacté votre choix ?

S.L. : Cette première réalisation n'est pas réellement rentrée en ligne de compte lors de notre choix. Il s'agissait, pour ce projet, d'un réseau très différent. Plus qu'un partenaire, nous recherchions, avant tout, une solution technique innovante.

Quelles sont les caractéristiques techniques de ce nouveau réseau pneumatique en matière d'installation et de maintenance ?

S.L. : Notre installation complète comprend une table de départ située à l'EFS et assurant le renvoi des produits. Sous le bâtiment de l'EFS, se situe un grand local technique regroupant 6 réseaux différents alimentant l'ensemble des bâtiments grâce à 58 gares d'arrivée. Le réseau représente environ 6,5 kilomètres de tubes de diamètre 160. Chaque cartouche peut contenir deux PSL. Ces caractéristiques font de ce réseau pneumatique le plus important de France, voire d'Europe.

Quels sont les éléments novateurs de ce réseau ?

S.L. : Les innovations les plus importantes pour l'hôpital restent la traçabilité et l'automatisme complets au niveau de l'installation. Nous disposons également d'un lien de transfert d'information entre le système informatique de prescription de produits sanguins et l'installation pneumatique. Nous assurons ainsi l'automatisation de l'envoi des produits sanguins et évitons toute erreur de la part de l'EFS.

Comment le réseau fonctionne-t-il ?

S.L. : Le service de soins de l'hôpital émet une commande de produit sanguin directement à l'EFS en indiquant le nom du patient, le code du service, le bâtiment et les produits désirés. L'EFS assure, ensuite, la préparation de la commande. Ses techniciens installent une cartouche sur la table de préparation et scannent les PSL et le bordereau contenant les informations liées au patient. Ainsi, elles sont automatiquement informées de la ligne de départ devant être utilisée pour le transport de la cartouche par le biais d'un système d'éclairage à LED au niveau des tubes de départ. L'envoi se fait vers l'un des stockeurs de cartouches de l'hôpital répartis au sein du réseau à raison de deux espaces de stockage de 8 cartouches pour chacun de ses 6 axes. Une fois dans le stockeur, le système de gestion du réseau pneumatique appelle automatiquement le service demandeur. Il suffit donc à l'un des membres du service de se rendre dans la gare de retrait la plus proche muni du code-barres patient et d'une carte d'établissement. Ce fonctionnement prévient le moindre risque

de récupérer un produit autre que celui destiné au patient concerné. Après 6h de stockage, si la cartouche n'a pas été réclamée par le service, elle est renvoyée à l'EFS qui assure la destruction des produits.

Quelles ont été les difficultés engendrées par la mise en place et le déploiement d'un tel réseau ?

S.L. : Pour avoir suivi le chantier du réseau pneumatique de biologie, je connaissais déjà les difficultés liées à l'intégration de ce type de solutions. Nous avons évolué en site occupé et avons dû faire passer les réseaux dans des espaces parfois très restreints. Cependant, nous n'avons remarqué aucune difficulté majeure au cours de l'installation du réseau. Nous avons longuement discuté avec les services pour définir au mieux les emplacements des gares de retrait et avons été confrontés à de légers obstacles, habituels sur ce type de chantier. De plus, la conception du nouvel établissement de l'EFS, coïncidant avec le projet, a permis d'adapter l'infrastructure aux installations du réseau pneumatique.

Quelles ont été les formations nécessaires pour prendre en main ce réseau pneumatique ?

S.L. : Les équipes de l'EFS chargées de l'envoi de cartouches ont dû être formées. D'autres formations ont été réalisées au sein de la société Swisslog auprès de son agent régional Somaferm, chargé de la maintenance, car certaines parties de nos équipements sont assez novatrices et leur entretien nécessitait des compétences supplémentaires. Nos équipes techniques n'ont pas suivi de formation particulière car l'établissement n'intervient en aucun cas dans la maintenance du réseau. Les utilisateurs des services de soins ont, certes, été accompagnés lors de la mise en place du réseau, mais cette solution reste assez simple d'utilisation. La formation a quand même nécessité un certain temps, non pas en raison de sa complexité, mais du nombre de professionnels impliqués et de la taille du CHRU.

Quel premier bilan pouvez-vous dresser de votre nouveau réseau ?

S.L. : Les temps de distribution sont corrects et correspondent bien à nos attentes. Nous avons rencontré quelques légers soucis informatiques assez rapidement corrigés. Nous rencontrons encore des mauvaises utilisations des installations. Cependant, les pratiques devraient être corrigées rapidement car le personnel accueille plutôt bien ce nouveau mode de fonctionnement.

Envisagez-vous le développement d'un autre réseau pneumatique au sein du CHRU ?

S.L. : Nous envisageons l'installation d'une liaison pneumatique avec le centre Oscar Lambret, spécialisé dans le traitement en cancérologie, situé à proximité de l'hôpital. Le transport de prélèvement vers le centre de biologie du CHRU sera donc assuré par réseau pneumatique afin que nos équipes réalisent une partie de leurs analyses de laboratoire. Le Centre Oscar Lambret dispose déjà d'un réseau pneumatique interne entre ses services de soins et son laboratoire. Cette liaison complémentaire entre nos deux établissements s'intégrerait directement à notre réseau pneumatique de biologie.



Témoignage de l'Établissement Français du Sang

« Une avancée notable dans les modalités d'acheminement des Produits Sanguins Labiles »



Entretien avec le Dr **Eric Resch**, EFS Nord de France

Comment définiriez-vous le projet de réseau pneumatique mis en place entre l'Établissement Français du Sang et le CHRU de Lille ?

Eric Resch : Ce réseau représente une avancée notable dans les modalités d'acheminement des Produits Sanguins Labiles (PSL). Ses origines sont davantage liées au CHRU de Lille qu'à notre établissement. L'hôpital disposait d'un système similaire dans le cadre de son activité de biologie. Il avait donc une certaine connaissance de la mise en place de ce type de techniques. Notre structure ayant intégré le site de l'hôpital universitaire, le CHRU a profité de ce rapprochement pour mettre en place et développer un réseau pneumatique incluant l'EFS. Ce nouveau réseau favorise ainsi une réduction non négligeable des coûts de transport.

Quelles ont été les exigences et les contraintes identifiées avant d'opter pour une solution de réseau pneumatique ?

E.R. : Dans le cadre de ce projet, l'EFS a eu la chance de pouvoir collaborer avec le CHRU. Nous avons pu imposer, dès les premières

réflexions, un certain nombre de règles dans la fonctionnalité de ce réseau pneumatique. Ces exigences, pour être comblées, ont demandé un travail supplémentaire à la société Swisslog. Parmi ces demandes, nous avons souhaité un système à l'automatisation maximale afin d'éviter tous les inconvénients des systèmes pneumatiques plus anciens mis en place dans d'autres villes et que nous avons pu visiter durant la conception de ce projet. Ainsi, le CHRU est pourvu de systèmes de stockeurs qui maintiennent en attente les cartouches expédiées par l'EFS jusqu'à ce que le service de l'hôpital les récupère. Si l'envoi n'est pas demandé dans les 6 heures, la cartouche nous revient automatiquement et les produits qu'elle contient sont détruits. Une autre de nos exigences majeures consistait à disposer d'un réseau pneumatique en adéquation totale avec les bonnes pratiques de délivrance. Cette réglementation impose à l'établissement de soins, lorsque les produits sont enlevés au guichet, de fournir une identification du patient. Cette sécurité a donc été reproduite au niveau des gares d'enlèvement des PSL. L'agent de l'hôpital venant récupérer le produit ne peut accéder à la gare d'enlèvement qu'après s'être identifié par badge. Par la suite, il doit saisir l'identifiant propre à chaque patient. Une fois ces actions effectuées, la gare délivre la cartouche maintenue en attente dans le stockeur. Grâce à ce système, nous évitons toute confusion et erreur humaine lors de l'enlèvement des produits délivrés qui ne peuvent plus être mélangés. De plus, toutes les actions effectuées en lien avec le réseau pneumatique sont enregistrées. La traçabilité des cartouches est assurée, au sein de l'EFS, par des moniteurs indiquant fréquemment leur position dans le réseau.

Quels avantages ce réseau apporte-il à l'EFS ?

E.R. : Les activités de l'EFS se trouvent grandement modifiées par la mise en place de ce réseau pneumatique. Nos équipes n'ont plus à réaliser les colis de transport. Les produits sont insérés dans une cartouche et expédiés directement et bien plus rapidement au CHRU.

Comment s'est déroulé le déploiement de ce réseau au sein de l'EFS ?

E.R. : Nous avons bénéficié d'un avantage primordial en incluant la conception du réseau pneumatique dans les plans de construction de nos nouveaux locaux. De ce fait, nous avons pu, dès nos premières réflexions, réserver un emplacement cohérent au réseau pneumatique. Ces installations ont ainsi pu être placées pour communiquer parfaitement avec la zone de délivrance. Outre la gare d'envoi, occupant 20 à 30 m², la mise en place du réseau pneumatique en lui-même a été entièrement supervisée par le CHRU.

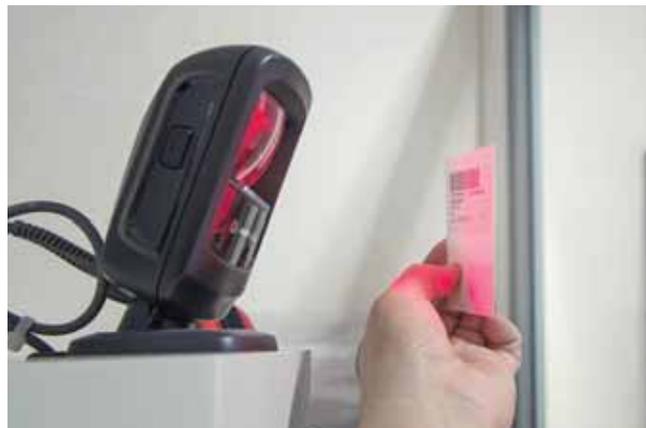
Comment le personnel de l'EFS a-t-il été accompagné lors de la mise en place de ce nouveau système ?

E.R. : Il nous a fallu former le personnel mais leur accompagnement a été relativement simple. Nos exigences impliquaient également un lien fort entre notre système d'information de délivrance et l'outil informatique du réseau pneumatique. Les données IPP ont donc été basculées automatiquement dans l'informatique du réseau pneumatique. Ainsi, le système définit automatiquement le canal le plus approprié en fonction de l'envoi. Notre gare d'envoi compte 6 tubes

dont les 58 ramifications du réseau souterrain s'orientent vers les six hôpitaux du CHRU. Avec cette automatisation, nous prévenons toute erreur de la part des techniciens de l'EFS. Aussi, la formation à l'utilisation de ce système est extrêmement rapide et s'est faite en lien avec Swisslog et le CHRU.

Quel bilan pouvez-vous dresser de l'utilisation de ce nouveau système ?

E.R. : Le réseau pneumatique est installé à pleine charge depuis le mois de juin 2015. Nous sommes donc encore très proches de la période de démarrage et, aujourd'hui, nous pallions encore quelques problèmes pratiques. Nous souffrons de ces obstacles mais avons prévu un mode de fonctionnement dégradé et avons conservé notre fonctionnement précédent en anticipation d'une panne éventuelle du réseau. Mais ce système a déjà de nombreux atouts. Le fait de ne plus devoir préparer les colis pour expédier les produits permet à nos équipes de gagner un temps considérable. En tant que médecin, je constate que ce réseau rend bien plus rapide, pour les soignants, l'acquisition de PSL. La livraison se fait maintenant en quelques minutes contre plusieurs heures auparavant. Le gain de temps pour les soignants et, par conséquent, pour les patients est le point positif majeur de ce réseau pneumatique. D'autre part, en mettant en place ce système, nous apportons une plus grande sécurité au soignant qui peut disposer des produits voulus bien plus rapidement. Il permet à l'EFS de réduire ses réserves et de gagner du temps dans son activité de stockage. Enfin, la mise en place du réseau pneumatique supprime les activités de reprise pour notre établissement.





© Crédit Editions du Signe

Engagé pour la santé de chacun...

FLOORING SYSTEMS

Forbo Flooring Systems est un acteur majeur dans le développement, la fabrication et la commercialisation de revêtements de sol sur le plan international. Cette division du groupe suisse Forbo compte 15 usines de fabrication principalement basées en Europe pour près de 3.000 employés. En regroupant, sur ses différents sites, les équipes chargées de la production, de la vente, du design, de la recherche et du développement, Forbo Flooring Systems assure le développement de solutions adaptées aux attentes de ses clients, en fonction de leurs exigences, de leurs contraintes et de leur environnement.

Présent sur de nombreux secteurs d'activité, Forbo Flooring Systems apporte des réponses adaptées et innovantes aux établissements de santé. Ses collaborateurs entretiennent des échanges et des contacts réguliers avec les acteurs du réseau de soins et les architectes, des liens leur permettant de comprendre et d'anticiper efficacement les attentes et les besoins de ce secteur très exigeant. Aujourd'hui, Forbo Flooring Systems propose des solutions toujours plus spécialisées et pertinentes aux acteurs de la santé et collaborent étroitement avec ses clients dans le développement de solutions toujours plus efficaces et novatrices.



Présentation avec **Joël Nunes**, chef de segment enseignement/santé

Forbo Flooring Systems...

Joël Nunes : Actuel leader mondial sur le marché du linoléum, Forbo Flooring Systems est une division du groupe suisse Forbo qui compte une deuxième division, Forbo Movement Systems, spécialisée dans les courroies plates et les bandes de transport. L'entreprise de Reims trouve son origine dans une société rémoise, Sarlino Société Anonyme Rémoise du Linoléum, créée en 1924 et fusionnée en 1931

avec l'Union Continentale du Linoléum. Ce consortium est devenu Forbo dans les années 70. A travers sa longue histoire, la société rémoise a suivi toute l'évolution des revêtements de sol, du succès du linoléum jusqu'à l'émergence du PVC. Aujourd'hui, le site de Reims développe et produit des revêtements de sol en PVC et en textile aiguilleté. Le linoléum continue, quant à lui, à être produit aux Pays-Bas.

Comment votre site de Reims est-il organisé ?

J.N. : Le site rémois compte environ 380 salariés répartis entre la production de sols PVC et textiles aiguilletés. Il regroupe les services commerciaux et marketing, les services client, les installations de production et les services de support tels que le bureau d'études, le bureau des méthodes, le contrôle qualité, les services R&D et design ainsi que le SAAT service technique – assurant la gestion du SAV.

Quelle place la formation occupe-t-elle auprès de vos équipes ?

J.N. : La formation occupe une place importante. Le département des ressources humaines de l'entreprise gère un plan de formation impliquant tous les salariés. Chaque année, tous nos collaborateurs participent à un entretien au cours duquel ils peuvent demander des formations spécifiques ou faire un choix parmi les formations proposées. Lors de la sortie d'un nouveau produit, l'équipe marketing réalise une « Forbo Academy » regroupant tous les commerciaux afin de les former aux nouveautés du produit, à ses atouts au regard de la concurrence, aux méthodes de vente adaptées et aux argumentaires les plus efficaces. Ils ont également droit à des formations ou des coachings. Nos collaborateurs peuvent soumettre leur projet à leurs supérieurs et, dans le cadre de ces échanges, ils choisissent, ou non, de mettre en place cette action de formation. Forbo propose également à ses équipes des formations de gestion de projet et aux systèmes de management implémentés sur le site de Reims. Ces systèmes permettent à ces installations d'être certifiées ISO 9001 et 14001, OHSAS 18001 et SA 8000. Chaque nouveau salarié est formé à la pose de revêtement de sol. Enfin outre ses équipes Forbo dispose de plusieurs centres de formation de pose de revêtement de sol dédiés à ses clients.

Comment définiriez-vous votre politique de certification ?

J.N. : Elle est particulièrement importante et nous permet de maintenir un niveau de qualité à la fois élevé et présent dans tous les départe-

ments de Forbo. Nos actions de certification concernent par exemple la fabrication de nos produits et la gestion de l'impact environnemental de nos usines. Pour ce dernier volet, le groupe mène une politique de réduction de 25% de son empreinte environnementale s'appliquant aux produits et aux processus de fabrication. Le bien-être et la sécurité du personnel de l'entreprise sont des enjeux tout aussi importants. Ils ont d'ailleurs motivé nos actions pour obtenir les certifications OHSAS 18001 et SA 8000.

Que vous apporte votre appartenance à un groupe suisse ?

J.N. : Nos différentes usines de fabrication permettent de réaliser des produits aux caractéristiques très variées. Ces multiples sites permettent à Forbo Flooring Systems de disposer de l'un des portefeuilles les plus importants du marché. Dans le cadre de nos fonctions centrales, nos responsables R&D se retrouvent régulièrement pour échanger autour de problématiques rencontrées au sein de nos sites et sur les avancées de leur secteur. De la même façon, les designers de nos différents sites se rencontrent fréquemment pour aborder les nouvelles tendances et préserver une certaine cohérence entre les produits proposés. Notre marketing international nous permet de respecter une charte graphique commune à tous les pays dans lesquels Forbo est présent et à toutes ses usines de fabrication. Nous assurons ainsi une promotion cohérente de la marque sur le plan international.



Comment votre philosophie « Engagés pour la santé de chacun » se traduit-elle dans votre activité quotidienne?

J.N. : « Engagés pour la santé de chacun » dépeint la volonté de Forbo de se soucier de l'utilisateur, installateur ou client final en promouvant une approche spécifique. Ainsi, nous nous engageons pour la santé de nos utilisateurs dans la conception de nos produits selon le respect de trois notions : la protection, l'hygiène et le confort. Nous envisageons des revêtements à très basse émission, des solutions permettant de prévenir les risques de glisse ou des revêtements conducteurs absorbant les décharges électrostatiques. En matière d'hygiène, nous concevons des traitements de surface toujours plus performants réduisant l'usage de produits détergeants. Nous souhaitons promouvoir nos solutions de tapis de propreté afin de sensibiliser le client à son installation réduisant fortement l'encrassement des revêtements de sol. Les propriétés acoustiques de nos produits, leurs coloris et leur design sont pensés pour optimiser le confort, la consommation d'électricité de nos solutions et leur impact sur l'utilisateur, notamment les patients présentant des déficiences visuelles ou atteints de troubles cognitifs. Nous travaillons donc à l'amélioration de la santé, de la sécurité et du confort du client, sans pour autant omettre les principes environnementaux, aujourd'hui standardisés sur notre marché.

Comment les solutions de revêtements de sol ont-elles évolué depuis la création de Sarlino ?

J.N. : Les revêtements de sol ont évolué en fonction des problématiques du marché et des besoins du client. Le linoléum, lors de sa création, était l'un des seuls revêtements de sol naturels proposés. Puis, ce produit est progressivement devenu moins considéré, notamment face aux critiques liés à ses défauts en matière d'entretien. La découverte

du PVC a donné naissance à un nouveau type de revêtements de sol plus facile d'entretien offrant de nouvelles possibilités en matière design et facilitant la pose. Le revêtement textile, bien que plus ancien, a également apporté son lot de nouveautés et, notamment, une meilleure isolation thermique et acoustique. Pendant une période, ces différentes solutions ont cohabité efficacement, notamment grâce aux améliorations des solutions en linoléum telles que l'amélioration des traitements de surface qui permettent désormais un entretien aussi facile que le PVC et à la volonté renouvelée de nos clients de disposer de revêtements fabriqués à partir de matières naturelles.

Quel a été l'impact de la découverte du PVC sur l'évolution de vos produits ?

J.N. : Ce nouveau matériau a eu un succès fulgurant. L'usine de Reims, entièrement dédiée à la réalisation de ce type de produits, a affiché des résultats édifiants, témoignant de la croissance entraînée par ce type de solutions. Ces innovations ont motivé l'évolution et la modernisation de solutions plus anciennes telles que le linoléum.

Auprès de quels secteurs proposez-vous vos solutions de revêtements de sol ?

J.N. : Forbo Flooring Systems propose des solutions répondant aux attentes de tous les secteurs, qu'il s'agisse de la santé, de l'enseignement, de l'habitat, des bureaux et bâtiments administratifs, du commerce, de l'hôtellerie, du transport, de l'industrie, etc. Cette grande diversité de produits est, en grande partie, due au développement de Forbo et aux rachats successifs de diverses sociétés concurrentes au cours de son évolution.





Quels sont les enjeux du secteur de la santé pour Forbo ?

J.N. : Il s'agit d'un secteur très exigeant. Ses demandes très techniques en font un domaine d'activité très important pour Forbo qui reste une marque haut de gamme et souhaite proposer les solutions les plus sophistiquées et aux performances les plus élevées. Le secteur de la santé nous permet de mettre en avant nos solutions les plus abouties en répondant à des demandes inaccessibles à des fabricants de revêtements de sol « low cost » proposant des produits aux caractéristiques plus communes. Face à nos principaux concurrents, bien plus visibles sur ce secteur, nous avons souhaité renforcer notre présence dans le domaine de la santé. Nous proposons des solutions toujours plus étoffées et apportons des réponses toujours plus ciblées et spécifiques aux besoins des acteurs de santé. Nous sommes conscients que ce secteur traverse une période difficile, notamment ses acteurs publics, caractérisée par une baisse importante des investissements et des opérations de construction de nouveaux bâtiments. Dans ce contexte, nous pouvons intégrer plus efficacement les opérations de rénovation en rapprochant nos solutions des besoins de ce secteur.

Quelles sont les exigences du secteur de la santé vis-à-vis de vos solutions ?

J.N. : Nos clients du domaine de la santé ont des attentes précises et techniques. Ils souhaitent un revêtement de sol facilitant le déplacement de charges lourdes telles que les lits d'hospitalisation, de chariots ou de brancards. Ces équipements sont souvent très lourds et les équipes soignantes peuvent éprouver des difficultés à les déplacer. Nous devons donc proposer des revêtements solides et réduisant la force nécessaire pour leur mise en mouvement. Cette caractéristique est associée à d'autres atouts comme l'isolation acoustique, c'est pourquoi nous avons développé une structure unique Sarlon tech 15dB associant facilité de roulabilité et performance acoustique. Le traitement de surface de nos produits, proposés aux acteurs de santé, favorise la prévention du développement de bactéries et facilite le nettoyage quotidien. Pour ces produits spécifiques, nous sommes particulièrement vigilants dans le choix des couleurs et des motifs proposés. Pour des raisons économiques, nous savons qu'un revêtement de sol en établissement de santé doit disposer d'une durabilité et d'un aspect intemporel favorisant une durée de vie importante. En revanche, nous proposons un large panel de couleurs afin de permettre une cohérence renforcée entre les murs, les sols et les éléments de signalétique d'un hôpital.

Comment vos expériences dans d'autres secteurs vous permettent-elles d'enrichir vos réponses aux acteurs de la santé ?

J.N. : Pour le développement de nos collections dans les différents secteurs de marché, nous favorisons la rencontre et l'échange avec le client afin de définir ses besoins. Certes, le domaine de la santé a de nombreuses particularités, mais nous y retrouvons certaines similitudes avec le domaine de l'enseignement, dans son souci de l'hygiène et de la sécurité, entre autres. Il nous est donc possible de profiter des évolutions des produits de nos différents segments d'activité pour les adapter à d'autres secteurs. Notre offre Tech care, initialement développée pour le domaine de la santé, fonctionne d'ailleurs plutôt bien auprès de nos clients du secteur de l'enseignement.

Selon vous, quelles sont les évolutions attendues désormais au niveau des revêtements de sol ?

J.N. : Forbo Flooring Systems concentre actuellement ses forces sur la facilité de pose du revêtement de sol. Aujourd'hui, nous constatons que les conditions de mise en œuvre des produits collés ne sont pas toujours respectées en raison des problématiques actuelles de délai, de budget. Nous devons donc évoluer vers des solutions plus simples à poser. Nous faisons également face à la problématique de l'amiante impactant largement nos actions auprès de nos clients, et plus particulièrement dans les domaines de la santé et de l'enseignement. Au vu des coûts importants que représentent les opérations de désamiantage et les réductions budgétaires imposées aux secteurs publics, Forbo propose des solutions de recouvrement permettant d'éviter le retrait de l'amiante. Ces nouvelles solutions en pose libre permettent ainsi de faciliter aussi bien la pose que la dépose du revêtement en fin de vie. Nous améliorons également la facilité d'entretien de nos produits et essayons d'incorporer de manière cohérente les nouvelles technologies. Pour répondre à d'éventuelles futures demandes de nos clients, nous envisageons des solutions toujours plus fonctionnelles, facilitant le quotidien de nos clients. Tous ces axes de développement n'éloignent cependant en rien les équipes de Forbo de l'importance de satisfaire les attentes actuelles de ses clients et de respecter un aspect environnemental très présent.

> Le seul livre consacré au médecin dans son rôle de manager !

« Dans ce monde en mutation, il n'existait jusqu'ici aucun ouvrage de base en langue française, qui soit centré sur l'évolution qui attend les médecins. (...) Cet ouvrage comble une lacune importante et saura sans peine trouver sa place dans les différentes formations existantes dans le domaine de la gestion du système de santé, et des médecins en particulier. Il permettra également aux acteurs non-médecins du système de santé de comprendre les enjeux et donc l'attitude du monde médical dans ce nouveau paradigme du système de soins. Il ne peut donc qu'être recommandé de le mettre entre toutes les mains. »

Professeur Jean-Blaise Wasserfallen

Directeur Médical de l'Hôpital Universitaire de Lausanne (CHUV)
Professeur à la Faculté des Hautes Etudes Commerciales (HEC)
à l'Université de Lausanne



Anesthésiste de formation, le docteur Jacques Van Erck a travaillé dans différents hôpitaux au Canada, en France et en Belgique. Il est actuellement à la direction des quartiers opératoires du Centre Hospitalier Chrétien de Liège en Belgique.



Après avoir occupé des postes de cadre et de cadre dirigeant dans différentes multinationales, Jean-Louis Festeriaerts a créé le cabinet de conseil Foster & Little. Avec ses équipes, il intervient comme formateur et coach dans de nombreux hôpitaux. Il enseigne également dans différentes HEC.

Pour la première fois, un médecin anesthésiste, chef de blocs opératoires et un consultant, spécialiste en management hospitalier, unissent leurs compétences pour rassembler dans un seul et même ouvrage les éléments essentiels pour aider les médecins à acquérir les qualifications nécessaires pour devenir de vrais managers et de grands leaders. A travers une dizaine de chapitres, le lecteur découvrira comment :

- mener des projets,
- induire le changement,
- résoudre les conflits,
- transmettre l'information,
- fixer des objectifs,
- appréhender les différentes personnalités,
- gérer les collaborateurs difficiles
- ...

Basé sur les références et les études les plus récentes, cet ouvrage se veut néanmoins avant tout pragmatique afin d'apporter des réponses concrètes aux questions que se posent les médecins confrontés aux enjeux du management et de la gestion d'équipes.

Des directeurs de grands centres hospitaliers ainsi que des médecins, chefs de départements et d'unités, français, belges, suisses, et canadiens ont accepté d'apporter leurs témoignages dans cet ouvrage de référence.

En vente :

- sur www.foster-little.com
- dans les bonnes librairies
- sur www.amazon.fr

Foster & Little

amazon.fr

Médecin & manager... : premier livre, enfin, sur le sujet !

Aussi incroyable que cela puisse paraître, il n'existait aucun ouvrage en langue française sur la problématique du médecin chargé de manager une équipe au sein de l'hôpital. Or, si on ne peut pas s'improviser médecin, on ne peut pas non plus s'improviser manager... Le docteur Jacques Van Erck, médecin anesthésiste en charge des quartiers opératoires du CHC et Jean-Louis Festeraerts, directeur des formations chez Foster & Little, co-auteurs de cet ouvrage répondent ici à nos questions.



Pour quelles raisons avez-vous décidé d'écrire cet ouvrage ?

Jacques Van Erck : Quand je me suis retrouvé à la tête des blocs opératoires j'ai été confronté à de grosses difficultés en termes de management, surtout dans la gestion du personnel et des collaborateurs. Bien sûr, j'avais suivi des cours en gestion hospitalière mais ils avaient concerné uniquement des aspects techniques comme le financement des hôpitaux ou l'analyse d'un compte de résultats. Comme la plupart des gens, on essaye de trouver des réponses dans la littérature. Or, à ma grande surprise, il n'existait aucun ouvrage traitant du médecin amené à combiner son métier de base avec celui de manager. J'ai bien trouvé un ouvrage en langue anglaise sur le sujet mais pas vraiment adapté à nos environnements de travail. J'ai rencontré Jean-Louis lors d'une formation qu'il donnait dans notre hôpital. Je lui ai confié qu'il me semblait que les médecins n'avaient aucune base pour être de bons gestionnaires d'équipe, que la plupart avaient même des obstacles psychologiques qu'ils devaient surmonter pour pouvoir le devenir. Nous avons donc décidé de combler cette lacune en écrivant cet ouvrage.



Jean-Louis Festeraerts : C'est vrai que de mon côté, j'avais également cherché à me documenter sur le sujet car nous intervenions de plus en plus dans les hôpitaux. Et souvent des médecins, ou des infirmières en chef, me demandaient de leur indiquer un ouvrage pertinent sur le sujet. Et à part cet ouvrage américain, effectivement assez éloigné de nos réalités européennes, il n'y avait rien. Quand Jacques m'a proposé de co-écrire cet ouvrage il ne m'a pas fallu longtemps pour lui donner mon accord.

¹Laura Avakian, *Helping Physicians Become Great Managers and Leaders: Strategies That Work*, Health Forum Publishing Company, 2010

Mais pourquoi écrire cet ouvrage ensemble ?

Jean-Louis Festeraerts : De mon côté, j'avais évidemment une expérience de management pour, d'une part, avoir été moi-même à la tête de différentes équipes en entreprise et, d'autre part, pour enseigner le management dans différentes HEC. Par contre, n'étant pas médecin, je ne me serais pas permis de traiter le chapitre abordant notamment toute la question de la psychologie du praticien.

Jacques Van Erck : C'est effectivement la particularité et aussi la pertinence de notre démarche. Chacun a apporté son expérience. Jean-Louis, son expérience de plus de 20 ans dans le management et de mon côté, plus de 30 ans dans le monde hospitalier. Nous nous challengions donc en permanence.

En quoi cet ouvrage pourra-t-il aider le médecin dans sa gestion quotidienne d'une équipe ?

Jean-Louis Festeraerts : Nous avons avant tout voulu être pragmatiques et reprendre les grands thèmes de la problématique managériale. De la gestion d'équipe à la gestion du changement en passant, par exemple, par la gestion des personnalités difficiles. Nous avons rapidement constaté que le médecin, dans son rôle de manager, est confronté aux mêmes situations que tous les cadres avec cependant une dimension tout à fait particulière : un hôpital n'est pas une entreprise, quoique... Des thèmes vont donc se retrouver dans les deux environnements. Faire de la reconnaissance est tout aussi important dans l'entreprise qu'à l'hôpital. Elle y est d'ailleurs tout aussi absente ! A travers une dizaine de chapitres nous avons donc abordé tous les grands thèmes auxquels un médecin est confronté lorsqu'il doit gérer une unité ou une équipe. Quand nous organisons des formations en management au sein des institutions hospitalières, rares sont les médecins qui y participent. Mais quand c'est le cas, ils en ressortent tous ravis et très souvent désireux d'approfondir leurs connaissances en la matière. Ce livre les y aidera. C'est en tout cas notre objectif.

Votre public-cible étant les médecins avez-vous été particulièrement attentifs à certaines choses ?

Jacques Van Erck : En effet, il ne faut jamais perdre de vue que le médecin est souvent un perfectionniste et un pragmatique, qu'il aime les faits bien établis. Nous avons donc étayé l'ouvrage de nombreux témoignages, d'expériences vécues, non seulement de médecins mais aussi de directeurs d'hôpitaux non médecins confrontés au monde médical. Lors de l'écriture nous avons aussi été particulièrement attentifs à toujours faire reposer nos propos sur des références tirées des études les plus pertinentes et, si possible, récentes sur le sujet abordé. L'ouvrage compte d'ailleurs 350 références de bas de page qui permettront à tout un chacun d'approfondir une thématique particulière. En plus comme le médecin, lors de son cursus universitaire, n'a jamais suivi de cours de management, ce qui est bien à regretter d'ailleurs, nous avons ajouté un lexique à la fin de l'ouvrage reprenant des termes courants du langage managérial que nous ignorons bien souvent comme médecins.

Pour quelle raison avoir confié la préface de cet ouvrage au professeur Wasserfallen, directeur médical du CHU de Lausanne ?

Jacques Van Erck : Car c'est un véritable précurseur en la matière. C'est en effet un des premiers en Europe à avoir mis en évidence l'importance de former les médecins au management. Le CHUV de Lausanne est d'ailleurs un des seuls à proposer à ses médecins le développement d'une culture managériale à travers un programme de Micro MBA.

Jean-Louis Festeraerts : Il est vrai que recevoir la caution d'un des meilleurs spécialistes sur le sujet était important pour nous. Il n'hésite d'ailleurs pas à écrire dans la préface que notre livre comble une lacune importante dans la formation des médecins à la gestion. Je ne vous cache pas que c'est d'ailleurs notre ambition de former d'avantage de médecins en management. Pas le management « technique » comme la gestion financière ou la gestion logistique enseigné dans certains diplômes mais bien la gestion des individus qui sont les véritables acteurs des succès ou des échecs rencontrés en secteur hospitalier. Comme l'ajoute d'ailleurs le professeur Wasserfallen, je le cite : « cet ouvrage permettra également aux acteurs non médecins du système de santé de comprendre les enjeux et donc l'attitude du monde médical dans ce nouveau paradigme du système de santé. Il ne peut donc qu'être recommandé de le mettre entre toutes les mains ».

A ce propos, comment a été accueilli cet ouvrage ?

Jacques Van Erck : Manifestement il suscite l'intérêt. Comme je vous le disais, nous avons d'ailleurs lors de sa rédaction sollicité le témoignage de certains directeurs d'hôpitaux mais également de médecins chefs de service. Plusieurs d'entre eux de France, Belgique, Suisse et Canada ont spontanément accepté d'apporter leur témoignage sur chacune des thématiques abordées. Il est intéressant de constater que les défis sont souvent les mêmes et que l'ouvrage répond à une réelle demande.

D'autres projets similaires ?

Jean-Louis Festeraerts : Ecrire un ouvrage de plus de 400 pages, même à deux, prend pas mal de temps. Mais l'expérience était enrichissante. Vu le succès de l'ouvrage, il n'est pas exclu que nous abordions l'une ou l'autre thématique particulière qui mérite à elle seule un ouvrage approfondi.

Jacques Van Erck : Cette dualité des deux approches, celle du manager et celle du médecin, est une excellente combinaison pour décrypter les enjeux du management hospitalier. Il est donc effectivement possible que nous nous attachions à approfondir l'un ou l'autre thème particulièrement intéressant pour les acteurs du monde hospitalier.



Jean-Louis Festeraerts - Dr Jacques Van Erck

Médecin... & Manager !



Médecin... & Manager !

ou le management pour les médecins

Jean-Louis Festeraerts
Dr Jacques Van Erck

Préface :
Professeur Jean-Blaise Wasserfallen
Directeur Médical au CHU de Lausanne



Les auteurs :

Dr Jacques Van Erck : Anesthésiste de formation, le docteur Jacques Van Erck a travaillé dans différents hôpitaux au Canada, en France et en Belgique. Il est actuellement à la direction des quartiers opératoires du Centre Hospitalier Chrétien de Liège en Belgique.

Jean-Louis Festeraerts a été manager dans de grandes entreprises avant de fonder le cabinet Foster & Little. Il enseigne le management dans différentes HEC mais accompagne surtout de nombreuses équipes hospitalières à travers des missions de formation et de coaching.

L'ouvrage de 400 pages comprend 10 chapitres qui vont aborder les points essentiels du management d'une équipe :

Chapitre 1 : Le cerveau du médecin, obstacle au management ?

Chapitre 2 : Comment travailler en équipe ?

Chapitre 3 : Comment gérer les autres ?

Chapitre 4 : Comment atteindre des objectifs ?

Chapitre 5 : Le manager coach

Chapitre 6 : Comment transmettre l'information ?

Chapitre 7 : Comment induire le changement ?

Chapitre 8 : Comment gérer les situations difficiles ?

Chapitre 9 : Comment gérer les personnalités difficiles ?

Chapitre 10 : Comment réussir ses projets ?

L'ouvrage comprend également :

- un lexique d'une centaine de termes courants dans le domaine du management
- une bibliographie d'une centaine d'ouvrages dans le domaine du management
- 150 références d'articles scientifiques et autres
- Ainsi que les références d'une centaine d'études, thèses et résultats de colloques.

Références :

Titre : Médecin... & Manager ! ou le management pour les médecins

Auteurs : Jean-Louis Festeraerts et Dr Jacques Van Erck

Préface : Professeur J-B Wasserfallen

Éditeur : Sauramps Médical

405 pages, 24 x 16 cm, broché

ISBN 979-10-303-0012-3

EAN 9791030300123

Prix de vente au public (TTC) : 39 €

En vente sur les sites suivants : <http://www.amazon.fr>, <http://www.fnac.com>





DU NOUVEAU DANS LA
DISPENSATION NOMINATIVE



SOLUTIONS D'AUTOMATISATION INNOVANTES

Acteur mondial avec plus de 5000 collaborateurs dont 150 en France, Swisslog propose aux PUI des solutions clés en main, évolutives et modulaires pour la gestion automatisée des médicaments depuis les quais de livraison jusqu'au lit du patient.

En 2015, vos projets seront servis par un nouveau système automatisé offrant les plus hautes performances grâce à son module de découpe par lames à ultrasons. Cette solution prend en charge une grande majorité de formes galéniques et offre ainsi un retour sur investissement plus rapide.

En choisissant Swisslog comme partenaire, vous sécurisez et optimisez le processus de prise en charge médicamenteuse de vos patients.

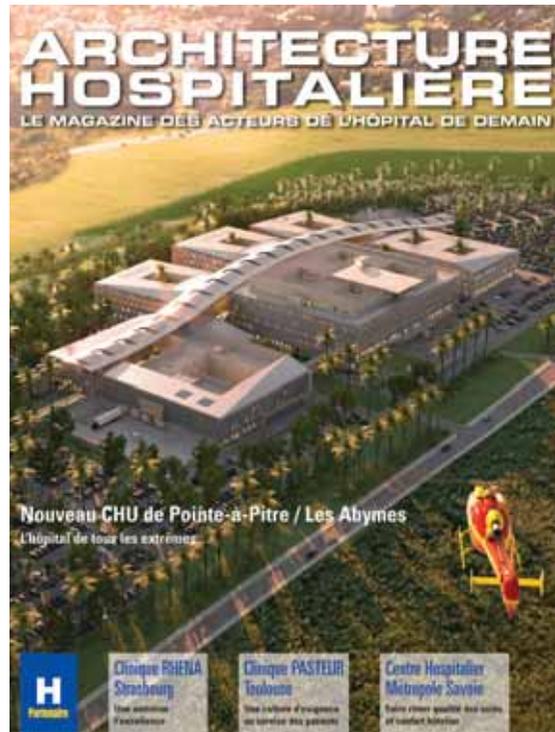
Votre satisfaction est notre priorité, confiez-nous votre projet.

Bulletin d'abonnement

Ce trimestriel d'informations d'architecture hospitalière met en avant l'actualité de tous les projets de restructurations et de constructions des établissements de santé tant au niveau organisationnel que structurel.

À vous qui pensez, accompagnez, concevez et bâtissez nos établissements hospitaliers et médico-sociaux, j'ouvre les colonnes de cette nouvelle revue unique en son genre qui a pour ambition de partager votre expérience et votre vision de l'hôpital de demain.

Vous avez la parole, ce magazine est avant tout le vôtre !



ABONNEMENT

www.architecture-hospitaliere.com

Bulletin d'abonnement

A retourner dans une enveloppe affranchie au tarif en vigueur à : H MEDIA - 2, rue cuzin 69120 Vaulx en Velin

OUI, je souhaite m'abonner à Architecture hospitalière pour un an
(2 numéros + 1 double*) au tarif de : **60 € TTC**
Je joins mon règlement, par chèque bancaire ou postal
à l'ordre de : H MEDIA

Mme Mlle M.

Société / Établissement de santé :

Nom : Prénom :

Fonction : Service :

Adresse :

Code postal : Ville :

Email :

Tél : Fax :

* Prix au numéro : 20 € TTC

49

Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des offres d'autres entreprises. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit de nous écrire en nous indiquant vos nom, prénom et numéro d'abonné.

L'évolution des cuisines hospitalières

Le repas à l'hôpital est un soin, atout majeur et médecine douce pour combattre la dénutrition causée par la maladie et frein à la guérison. Sa structure financière est fortement impactée par les conditions de travail, les consommations énergétiques et la maintenance des installations qui représentent 75% de son coût global. Il semble alors évident, dans le cadre, d'une restructuration lourde et/ou d'une mutualisation, de travailler sur la qualité des investissements pour délivrer, à coût constant, (amortissement + exploitation), voire inférieur, une prestation alimentaire conforme aux objectifs visés par la médecine nutritionnelle.

Les progrès de la médecine moderne ne doivent pas occulter la valeur soin du repas pris à l'hôpital. La cuisine doit évoluer comme la société elle-même et prendre en compte les objectifs de développement durable et la maîtrise budgétaire en coût global. Pour y parvenir, les cuisines hospitalières devront muter vers des Unités Centrales de Production Alimentaire, repenser les compétences sur chaque poste de travail, les valoriser dans des locaux permettant une organisation efficiente pour diminuer le temps dédié aux opérations annexes et apporter tout son savoir-faire dans l'élaboration des composantes du repas.



Entretien avec **Alain Quidort**, expert en grandes cuisines, président du syndicat CINOV Restauroconcepteurs®, membre des Disciples Escoffier (association pour la transmission et l'évolution de la cuisine)

Comment se déroulent la sélection et la composition d'un projet de cuisine en établissement de santé ?

Alain Quidort : La première étape consiste à identifier les besoins en matière de clientèle, elle-même définie par l'activité de l'établissement (MCO, long séjour, psychiatrie, pédiatrie, etc.). Jusqu'à ces dernières années, chaque hôpital disposait de sa propre cuisine. Aujourd'hui, nous constatons une forte tendance à mutualiser des unités de production alimentaire pour des raisons économiques liées au volume mais aussi pour faciliter l'utilisation de produits frais et locaux. Ensuite, les responsables d'établissement doivent faire un choix déterminant dans la nature même de l'opération : soit une restructuration de l'existant, soit une construction neuve, en tenant

compte, notamment, des délais et contraintes de fonctionnement pendant la phase travaux, de la qualité de service attendue et du retour sur investissement de l'opération. En cas de restructuration, le projet se trouve contraint par l'emplacement et la structure du bâtiment. Ces éléments pourraient limiter les modifications envisageables dans l'organisation des différents locaux, leur adaptation à une modernisation de l'activité de restauration et l'évolution de ses procédures. La construction d'une cuisine neuve simplifie grandement les démarches. Il est alors bien plus facile de répondre aux besoins du projet et d'anticiper, dans la conception, les possibilités d'évolutions à venir sur la durée. Au plan comptable l'amortissement d'un bâtiment neuf s'établit généralement sur 30 ans, or, durant ces trois décennies, la restauration collective sera impactée par des évolutions réglementaires et poursuivra son développement, impliquant l'acquisition de nouveaux équipements mieux adaptés à l'activité. Sur cette même période certains équipements devront être renouvelés plusieurs fois. Leur remplacement devra pouvoir s'effectuer correctement, sans nécessiter de travaux sur la structure bâtiment et planifié pour ne pas pénaliser l'activité de production.





Comment s'assurer de la gestion optimale et de l'évolutivité des espaces ?

A.Q. : Dans le cas d'une construction neuve, le projet doit prévoir un tènement suffisant pour permettre un agrandissement ultérieur des zones d'allotissement et de quai départ. Afin de définir l'évolution des besoins en matière d'espace, il n'est pas réellement pertinent de prendre en compte la zone de stockage en amont de la production. Un manque d'espace dans ces locaux peut être facilement compensé par une cadence adaptée des approvisionnements. Les installations de réserves rarement d'une haute technicité pourraient être équipées d'un système de stockage dynamique pour permettre une augmentation sensible du volume à traiter. Pour le stockage aval, il existe également d'autres solutions que l'agrandissement des locaux. Les produits finis peuvent être exportés dès leur sortie de production et stockés au sein de l'établissement où ils seront distribués et consommés. Le cœur de la cuisine reste donc la zone de production, aussi bien les espaces de préparation en amont (traitements préliminaires de produits frais, légumes, etc.) que de préparations froides, de cuisson et de conditionnement. Suivant les spécificités et les évolutions des besoins, ces installations peuvent comprendre une zone de production centrale, pour la réalisation de bases culinaires et des ateliers spécifiques organisés pour traiter les différentes composantes des menus, diététique, produits moulins etc.

Quels sont les avantages de la suppression du cloisonnement dans l'organisation de la cuisine hospitalière ?

A.Q. : La suppression du cloisonnement favorise l'apport de lumière naturelle et la convivialité des espaces pour les personnels intervenant dans des zones de travail soumises à des conditions hygrométriques et exigences d'hygiène identiques. La suppression de cloisons facilite grandement les transferts et s'avère particulièrement intéressante lors de la modification de certains équipements lourds.

En effet, les cloisons peuvent être autant d'obstacles au renouvellement de matériel et doivent parfois être détruites ou déplacées. Une telle intervention entraîne des travaux contraignants impactant les sols, les plafonds, les éclairages, et peuvent nécessiter un arrêt important de la production. Pour une cuisine décloisonnée et optimisée, il est tout à fait possible de limiter les séparations à des éléments bas, voire aux équipements eux-mêmes. Les bienfaits de ces dispositions se traduiront dans la réduction des opérations de nettoyage et désinfection des surfaces permettant au personnel de consacrer un maximum de son temps de travail à son savoir-faire dans l'élaboration des repas et la facilité de maintenance préventive et curative des équipements en place.

Quelles réponses au développement durable affectez-vous à la conception d'une Unité Centrale de Production Alimentaire ?

A.Q. : Les 14 cibles identifiées par la démarche HQE mettent en évidence l'impact environnemental et sociétal lié à l'activité de la restauration collective. Les Cuisines Centrales en liaison froide sont de gros consommateurs d'énergie. Les conditions de travail très contrastées avec des ambiances chaudes et humides ou à très basse température sont génératrices de TMS et d'un absentéisme médical important. Parallèlement l'entretien et la désinfection des surfaces consomment beaucoup d'eau, de produits chimiques et le process génère des déchets d'activité qui devront être valorisés. Le développement des énergies nouvelles (éoliennes et photovoltaïque) devra se traduire par une incitation à une baisse temporaire de la consommation d'électricité lors des périodes de forte demande sur les réseaux. Compte tenu de la complexité de fonctionnement d'une Cuisine Centrale Hospitalière et des objectifs qualitatifs et économiques à atteindre, le concepteur devra avoir capacité à s'engager sur la fonctionnalité, le confort et la convivialité des espaces, l'organisation de la consommation énergétique, la maintenance préventive et curative et des coûts attachés.



SOCAMEL : des solutions innovantes et de qualité au service de la restauration moderne

Faciliter la distribution des repas dans les collectivités, en particulier celles qui sont dédiées à la santé, est au cœur du métier de Socamel Technologies, depuis près de 70 ans. Le savoir-faire de Socamel réside dans le transport du plateau repas de la cuisine au consommateur dans un parfait respect des normes de sécurité alimentaire. Ce savoir-faire implique des garanties de résultats et de performances, ainsi qu'une notion de traçabilité. Tout au long de son existence Socamel a fait preuve d'innovation. Elle a été la première, en 1965, à proposer les chariots de distribution de repas. Ses solutions sont développées et fabriquées au sein de son siège à Renage (Isère France), en partenariat avec ses fournisseurs locaux et régionaux.



Propos recueillis auprès d'**Aurélien Bône**, directeur commercial France et **Laurent Courneil**, directeur général

Comment définiriez-vous les valeurs de Socamel ?

Socamel est reconnue par ses clients pour la qualité de ses solutions et, notamment, pour le succès, dans les années 90, de sa technologie Double Flow/Ergoserv pour la distribution de repas en liaison froide, alors croissante en France. En tant que leader du marché, elle se doit d'innover et de participer activement à l'évolution des solutions de transport en restauration collective. D'autres valeurs concernent davantage les actions de terrain. Socamel attache donc une grande importance au professionnalisme de ses collaborateurs et à la spécialisation de ses équipes.

Comment Socamel est-elle positionnée sur les marchés français et international ?

La société est leader sur ses marchés. Un lit hospitalier sur deux dans les établissements français bénéficie de repas desservis grâce aux solutions Socamel. Elle maintient son leadership en tant que premier constructeur de chariots de distribution de repas au monde avec près de 2 300 000 repas servis chaque jour.

Quels sont les atouts de votre appartenance au groupe Guillin ?

Socamel fait partie du pôle matériel du groupe Guillin. Notre appartenance à ce groupe nous offre les moyens de développer une stratégie internationale par une politique spécifique et des investissements nécessaires, notamment, à l'ajustement de nos produits aux normes des différents pays. En tant que leader européen de l'emballage de produits alimentaires, le groupe Guillin nous appuie efficacement dans notre développement international. Durant la période de développement de la liaison froide et la mise en place de notre concept Double Flow/Ergoserv, nous avons créé des machines dédiées ainsi que des barquettes. Ces deux activités développées séparément ont été clairement dissociées en deux sociétés distinctes lors de notre rachat par le groupe Guillin. Cependant, nous conservons des activités et un développement parallèles, la liaison froide étant le processus le plus utilisé en France. Or, sur le plan international, le potentiel de développement des solutions en liaison froide est très important. En tant que leader sur ce segment, Socamel peut efficacement contribuer à l'optimisation des procédures de distribution de repas en Allemagne, en Espagne ou en Angleterre dont les besoins sont croissants dans ce domaine. Ainsi, le groupe Guillin est un allié de poids dans le développement de nos solutions et nous permet de proposer une offre globale grâce à nos compétences complémentaires.

Quelle plus-value apportez-vous par vos réponses auprès des marchés suisse et belge ?

Cette plus-value se caractérise par la mise en place du système à technologie dissociée de bornes navettes Double Flow Ergoserv, pour la remise en température et le transport des repas.

Comment vos équipes sont-elles organisées ?

Aujourd'hui, notre chiffre d'affaires est équitablement réparti entre la France et notre activité d'exportation, à travers nos filiales en Angleterre et en Espagne ainsi que nos distributeurs. Concernant le marché français, Socamel bénéficie d'une synergie efficace entre ses services clients, commercial et d'assistance technique. Les équipes de notre pôle France sont pluridisciplinaires. Le pôle France comprend une quarantaine de personnes, dont 8 responsables de secteur animant, chacun, 8 à 12 départements et un animateur de notre réseau d'installateurs en cuisine professionnelle pour accompagner notre logique de proximité. Nous comptons parmi nos collaborateurs trois conseillers hôteliers chargés des actions de démonstration, de mise en route et de formation. Il s'agit d'ingénieurs en restauration de formation qui bénéficient d'une expérience professionnelle en établissement hospitalier. Leur concours nous permet de nous différencier de nos concurrents par la mise en place d'un suivi et d'une formation tout au long du processus de négociations avec nos clients. Avec notre responsable du Service d'Assistance Technique (SAT), nous souhaitons promouvoir les contrats d'entretien, accompagner leurs actions d'exploitation et sensibiliser nos clients à la maintenance préventive. Les qualités humaines et relationnelles de nos collaborateurs ainsi que leur capacité à accompagner efficacement le client constitue notre savoir-faire différenciateur au même titre que l'innovation et la qualité de nos produits. La marque Socamel étant désormais bien reconnue, nous devons poursuivre sur cette voie en multipliant nos actions et en renforçant nos prestations. La synergie entre les différents corps de métier composant nos équipes pérennise nos relations et renforce notre proximité avec nos clients.

Comment favorisez-vous la responsabilisation de vos collaborateurs ?

Leurs profils sont adaptés aux missions dont ils ont la charge dans l'entreprise. En revanche, ils partagent des objectifs communs de satisfaction et de fidélisation du client. Ainsi, au travers de leur présentation et de leurs actions, ils doivent respecter et maîtriser l'image ainsi que les valeurs véhiculées par Socamel. Nos équipes sont connectées avec les différents acteurs aussi bien au niveau des services informatique et technique, des AGV, du nettoyage ou de la maintenance. Aussi, notre bureau d'études constitué de sept personnes est chargé des produits standards et de l'adaptation de nos chariots aux besoins de nos clients. Aujourd'hui, nous sommes capables de superviser à distance nos différentes solutions pour les adapter aux attentes de nos clients, de gérer la structure de nos solutions et d'effectuer des travaux d'installation de réseau en froid. Nos commerciaux exercent dans des domaines plus proches de l'hôtellerie que du service, et s'attachent à la qualité de remise en température, du service au repas ou de l'ergonomie.

Quels produits et solutions proposez-vous aux établissements de santé ?

Nous proposons aux acteurs de santé une distribution de repas sous contrôle. Nous leur fournissons une logistique repas optimisée entraînant un gain de temps, une réduction des coûts d'exploitation et des besoins en énergie. Son contrôle garantit au client la livraison précise d'un produit de qualité. Nous disposons de nombreuses solutions adaptées à diverses situations, besoins et configurations, que ce soit les systèmes isothermes, chauds, froids ou de maintien. Chacun de nos produits est étudié et ajusté pour répondre précisément aux attentes du client.



Comment sont réalisées les études menées par vos équipes en amont de l'intégration de vos solutions ?

Nos commerciaux sont parfaitement capables de réaliser un audit du parc existant ou du besoin du client en fonction de son organisation. Par la suite, nous assurons la maîtrise d'ouvrage par une réunion de chantier. À cette occasion, le responsable du service technique intervient afin de définir les différentes étapes de l'opération et de s'engager dans son lancement.

Quels types de services intégrez-vous aux solutions proposées à vos clients ?

Notre Service d'Assistance Technique propose des actions d'audit, de formation, de démonstration, de prêt et de réparation de matériel, de chantier et de déménagement ou d'études. Nos prestations annexes comprennent, entre autres, la maintenance et la télémaintenance, la fourniture de pièces détachées. Nos relations en amont de l'intégration de ces solutions apportent une valeur ajoutée très importante, auprès de nos clients. Notre réponse en matière de service concerne également le financement. Socamel est, aujourd'hui, la seule structure capable de proposer une location financière à ses clients dans le cadre de nos solutions de distribution. Ainsi, nous leur proposons une alternative de financement qui s'adresse aux acteurs de la santé faisant face à des problématiques économiques et budgétaires très contraignantes.

Quelles sont les exigences actuelles du secteur de la santé ?

Les acteurs de la santé ont un besoin croissant de flexibilité au niveau du financement de nos solutions, notamment par une limitation des investissements. Nous constatons aussi une volonté de réaliser des économies d'énergie. À la demande de nos clients, nos solutions peuvent être adaptées aux réseaux de refroidissement existant dans leurs établissements. La traçabilité fait également l'objet de demandes croissantes. Depuis 2 ans, nous y répondons avec des appareils interconnectés et un enregistrement instantané des événements et de la température. Les informations sont transférées en temps réel par une connexion constante dans le système du client ou dans nos installations. Aujourd'hui, nos chariots peuvent être connectés en Wi-Fi, Bluetooth et Ethernet et s'intègrent parfaitement au réseau informatique de l'hôpital.

Dans le cadre de la restauration différée, comment élaborez-vous des produits de haute technicité et simples d'utilisation ?

Nous essayons de donner à nos solutions une apparence simple afin que l'utilisateur ne se sente pas déconcerté au premier abord. Dans un écosystème aux freins multiples, nos réponses doivent s'insérer facilement. Les révolutions se font en douceur afin que les clients puissent utiliser nos solutions tout en restant concentrés sur leur tâche première. Ainsi, nous maintenons une utilisation intuitive et ergonomique du produit pour tous nos utilisateurs. Pour accompagner cette apparence simple, nous décorons nos chariots afin de les rendre plus conviviaux pour l'utilisateur au quotidien, tout en collaborant avec la DSI afin de mettre en place nos réponses les plus techniques et technologiques. Enfin, la technicité de nos solutions n'est pas une fin en soi car nous constatons, notamment avec le développement de solutions de traçabilité, qu'une solution trop technique éloigne notre réponse des besoins et des attentes de l'utilisateur.

Comment abordez-vous les règles d'hygiène très strictes liées à la conservation de plats préparés dans un établissement hospitalier ?

Nous respectons nos protocoles de validation par le biais d'un laboratoire intégré et sous le contrôle d'un hygiéniste. Les réglementations en vigueur sont intégrées à nos installations et tous les examens de contrôle nécessaires sont réalisés avant la mise en services des chariots. Ces protocoles préétablis sont adaptés à chaque pays dans lesquels nous déployons nos solutions.

Comment définiriez-vous la technique de l'air pulsé utilisée dans vos solutions ?

L'air pulsé - ou thermoconversion - est une technique de réchauffement ou de refroidissement par circulation d'air. L'air peut être chauffé par des résistances ou refroidi par des évaporateurs. Cette technique offre une très grande qualité de remise en température. Elle englobe totalement le produit et permet de le conditionner dans sa globalité. Le rendu est homogène sur les plans qualitatif et visuel, et nous permet de restituer fidèlement la qualité du travail des équipes en cuisine. Elle offre également une grande économie d'énergie. Contrairement à un assembleur, Socamel maîtrise l'intégralité du processus de fabrication et de développement de ses solutions. Ainsi, elle peut fournir à ses clients les pièces détachées 10 à 15 ans après leur intégration.

Quelles ont été les innovations majeures de vos solutions au cours de ces dernières années ?

La traçabilité a été un point essentiel de nos innovations les plus récentes. Nous faisons encore évoluer nos solutions dans le domaine de la communication et de l'interaction avec le développement d'envoi de SMS ou d'alarme et envisageons le développement de communications via Smartphones. La supervision en temps réel nous permet d'intervenir avant une avarie ou de signaler instantanément le moindre dysfonctionnement.

Quelle est la place de la recherche et du développement ?

Ces activités occupent une place très importante. Elles sont assurées par 4 ingénieurs engagés à temps plein dans l'innovation et le développement de nos solutions au sein d'un bureau d'études. L'innovation est une philosophie partagée par l'ensemble de l'entreprise. Notre forum interactif Innova s'adresse à tous nos collaborateurs et permet de rassembler nos équipes et nos clients au sein d'un incubateur d'idées. Parce qu'une innovation n'a de valeur que si elle se révèle véritablement utile, nos techniciens nous remontent les problématiques quotidiennes liées à la qualité de nos produits et nos commerciaux se font les relais directs des attentes et des besoins de nos clients. Ainsi, l'innovation est inenvisageable sans une grande capacité d'écoute.

Comment envisagez-vous l'évolution des chariots de distribution pour les 10 prochaines années ?

Au regard de la généralisation de TMS en milieu hospitalier, nous renforçons nos recherches dans les domaines de l'ergonomie et de la maniabilité de nos solutions. Nous envisageons une aide par la robotisation et une plus grande automatisation de nos produits avec un maintien de leur simplicité d'utilisation. Nos réponses devront être plus performantes sur le plan énergétique et s'intégrer plus efficacement dans les systèmes hospitaliers. Elles devront interagir davantage avec les éléments logistiques de l'établissement. Elles se développeront grâce à une meilleure intégration de nos solutions au cœur de l'hôpital et parallèlement à l'évolution de la place de la robotique et de l'automatisation au sein des ERP.



L'hôpital à travers l'œil du photographe

La communication et l'ouverture vers l'extérieur sont aujourd'hui des enjeux importants pour l'hôpital. Afin de rassurer et convaincre la population, un établissement hospitalier doit pouvoir montrer la qualité de ses pratiques médicales et chirurgicales, la haute technicité de ses installations et le confort offert au patient et au visiteur durant son séjour. Dans ce contexte, la photographie joue un rôle essentiel en tant que support de communication. Elle permet de dépeindre fidèlement la culture hospitalière et le sentiment de bien-être du patient et du personnel, et de rappeler l'importance de l'humain dans un hôpital devenant toujours plus technique. Cependant, la réalisation de tels clichés implique l'expérience d'un professionnel sensibilisé aux contraintes du milieu hospitalier, notamment en matière de disponibilité des équipes, d'hygiène et de sécurité.

Exerçant depuis bientôt 20 ans en tant que photographe indépendante, Marie-Laure Luca est l'une de ces professionnelles conscientes des spécificités du secteur hospitalier. Forte de son expérience dans différents établissements, notamment au sein des Hospices Civils de Lyon, elle connaît et comprend l'importance des contraintes imposées aux professionnels de la photographie dans un hôpital. Malgré les très nombreuses contraintes qu'elles impliquent en milieu hospitalier, la photographie et, plus généralement, la représentation du quotidien des personnels hospitaliers doivent être présentes à l'hôpital. Elles répondent à des enjeux particulièrement forts comme l'importance de montrer le lien fondamental qui unit le soignant à son patient, la nécessité de capturer les équipements les plus techniques symbolisant la performance et l'excellence des pratiques d'un établissement hospitalier ou le besoin de révéler des architectures à la fois agréables et pragmatiques.



Entretien avec **Marie-Laure Luca**, photographe

Quel a été votre parcours en tant que photographe professionnelle ?

Marie-Laure Luca : À la suite de mes études de photographie, j'ai intégré une agence de design pourvue d'un studio de prises de vues. L'agence a fermé le studio en 1996 et j'ai profité de cette opportunité pour devenir indépendante. Libre et inspirée, je réponds avec réactivité aux exigences de mes clients dans des domaines très variés.

Une partie de mon activité se passe sur site, en extérieur, en entreprise, dans les collectivités ou sur des lieux d'événements. Une autre partie est réalisée au sein de mon studio de prises de vues pour les natures mortes, les ambiances, les personnages, les prises de vues culinaires.

Comment votre studio est-il organisé ?

M.-L.L. : Un grand espace est dédié à la prise de vue, avec du matériel d'éclairage performant et du matériel de prises de vues adapté au sujet photographié. Je dispose d'un atelier numérique calibré et doté de tous les outils informatiques pour la postproduction et la retouche numérique. Enfin, mon studio est équipé d'un espace pour le stockage des décors et des accessoires, d'un coin cuisine pour la préparation des prises de vues culinaires et, bien évidemment, d'un espace convivial pour accueillir le client.

Quelles sont les spécificités liées au secteur de la santé dans le domaine de la photographie ?

M.-LL. : La photographie en milieu hospitalier est très spécifique. L'intervention dans les installations médicales les plus réglementées, telles que les plateaux techniques et blocs opératoires, nécessite le port d'une tenue adaptée aux normes d'hygiène réglementaires et de sécurité. En situation réelle, c'est le photographe qui s'adapte à l'environnement et non l'inverse. Pour les prises de vues impliquant le soignant et le patient, je dois m'assurer que tous le monde soit consentant et expliquer ma démarche. Lors d'un reportage en milieu hospitalier, il est impératif de prévenir les services concernés, de se concerter afin d'établir un planning en fonction des interventions, d'avoir une personne référente qui puisse me guider et me mettre en contact avec les différents services. Une bonne communication crée un lien entre le photographe, les soignants, les médecins et les patients.

Comment mettez-vous en scène la technologie et l'humain sur un même cliché ?

M.-LL. : La technologie occupe, effectivement, une place importante à l'hôpital, notamment au bloc opératoire. Afin de trouver le bon équilibre, je veille à ne jamais photographier un équipement seul et de systématiquement l'associer avec le personnel ou le patient. Cet équilibre dépend également du cadrage choisi. Outre une bonne luminosité, le photographe doit trouver le bon angle pour mettre en valeur le sujet souhaité.

Comment parvenez-vous à masquer la souffrance ou la maladie sur une photographie de soin ?

M.-LL. : Il faut avoir de l'empathie, se sentir concerné, échanger avec le patient et expliquer la raison de mon travail. L'interaction avec le personnel infirmier est alors majeure car il nous oriente vers un patient plus disposé à la collaboration. La lumière et l'architecture du lieu contribuent à une mise en scène plus chaleureuse tout en conservant la place du patient au cœur de l'image.

Qu'est-il important de capturer dans la pratique médicale ?

M.-LL. : Il est essentiel de capter le professionnalisme de chaque intervenant et la qualité de l'équipement de l'hôpital. Pour les établissements neufs ou rénovés, il faut également décliner la facilité d'accès, les flux de circulation, les éléments de signalétique et les palettes de couleurs choisies pour être efficaces et agréables aux yeux des patients.

Comment faites-vous naître la complicité entre l'acteur hospitalier et le photographe ?

M.-LL. : L'écoute et l'échange avec les professionnels hospitaliers me permettent d'appréhender leur quotidien et leur organisation. Le photographe doit rester discret et se fondre dans la mise en scène afin que les comportements ne soient pas influencés par cette présence extérieure.



Comment gérez-vous le temps précieux du praticien lors de vos mises en scène ?

M.-LL. : Généralement, je réalise, dans un premier temps, un repérage des lieux en présence de mon référent au sein de l'établissement. Je prends tous les renseignements relatifs aux horaires des équipes et aux relations entre le personnel soignant et les patients. Je définis ensuite les personnes susceptibles de se prêter au jeu. Ainsi, je peux adapter mon planning à leur activité quotidienne. Enfin, je transmets une série de recommandations afin que tout soit prêt le jour de mon intervention.

Quelles sont les contraintes du milieu hospitalier ?

M.-LL. : Il existe plusieurs contraintes comme le planning des soignants ou le droit à l'image des patients et de leur famille. Au bloc opératoire, je dois mettre une tenue de bloc conforme, limiter mon équipement qui doit être stérilisé au regard des normes d'hygiène de ces zones sensibles. Je ne dois pas interférer sur le déroulement de l'intervention. Mes déplacements doivent être discrets et silencieux, positionnement spatial en zone neutre. Par ailleurs, l'hôpital est ponctué d'imprévus et je dois être en mesure de m'adapter aux modifications de mon programme initial.

Quelles techniques appliquez-vous pour sublimer le travail d'un architecte sur un bâtiment ?

M.-LL. : Le repérage du bâtiment est primordial afin de découvrir la forme, les lignes, les matériaux et l'orientation du bâtiment. Ainsi je définis mes angles de prises de vues et l'heure à laquelle le bâtiment sera le mieux exposé selon les angles. Je transmets au personnel quelques consignes à appliquer (comme, par exemple, ne pas fermer les stores) afin de rendre la façade harmonieuse. A l'intérieur du bâtiment, l'espace accueil est souvent un lieu intéressant car c'est par là que transitent le personnel, les familles, les patients. Je veille à montrer cette effervescence évoluant au milieu du mobilier et de l'architecture dédiée à rendre le lieu agréable, fonctionnel et convivial.

Comment travaillez-vous la luminosité dans des services où la lumière naturelle est absente ?

M.-LL. : Certaines prises de vues sont réalisées avec ma propre installation lumière. En revanche, le travail est plus long et génère plus de contraintes parfois inadaptées au milieu hospitalier. Il est impensable de rapporter de la lumière au bloc en raison des normes d'hygiène et afin de ne pas perturber l'intervention. Il est alors important de disposer d'une bonne maîtrise technique (vitesse, diaphragme, balance de couleurs, sensibilité), d'un boîtier avec un capteur performant et d'un travail en postproduction avec un logiciel adapté au traitement de l'image.

Quelles sont les images les plus difficiles à capturer dans un établissement de santé ?

M.-LL. : Le bloc opératoire est un milieu particulier au sein de l'hôpital. C'est un monde fermé, aux règles strictes et précises, un fonctionnement en vase clos. On ne peut pas déplacer les personnes, modifier la scène, changer les éclairages, suspendre la procédure. Nos déplacements sont limités et on doit s'adapter à l'univers lumineux ambiant.

Quel est le coût global d'un reportage photo dans un établissement de santé ?

M.-LL. : Il faut prévoir un budget de 900 à 1000€ par jour, le repérage et la postproduction sont inclus. Je réalise une moyenne de 150 visuels par jour.

Que recherchez-vous à capter dans un établissement de santé ?

M.-LL. : La bonne prise en charge du patient, l'accompagnement et le suivi du patient, le lien entre le patient et le personnel, le professionnalisme des équipes, le savoir faire. La photographie doit également mettre en exergue la structure, la technologie, l'ambiance des lieux, leur modernité et leur luminosité.





Studio marie-laure LUCA
17, rue Viret – 69100 Villeurbanne
Tél. +33(0) 4 78 14 55 96 – Mobile. +33 (0)6 11 64 24 58
Mail : marielaureluca@free.fr - Web : marie-laure-luca.com

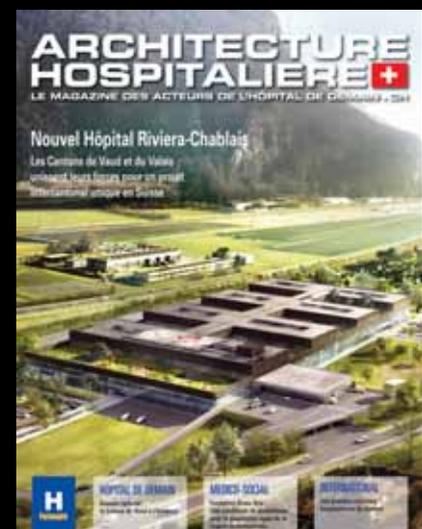
marie
luca  laure
photo
graphe

NOUVELLE RUBRIQUE : RESSOURCES HUMAINES

UNE NOUVELLE APPROCHE POUR RECRUTER

Vous êtes un établissement de santé et vous recrutez des médecins, infirmiers spécialisés H/F, aides soignant, praticiens hospitaliers, techniciens, responsables techniques, ingénieurs ou tous profils de collaborateurs...

Votre annonce sera positionnée dans un cahier spécial sur une pleine page avec un article journalistique illustré présentant votre établissement et son environnement, suivi du profil de poste que vous recherchez et sa situation au sein de l'équipe qu'il devra intégrer. L'annonce sera également visible sur les sites internet de chaque pays francophone.



Vous pouvez publier votre « Pack recrutement » en France, Suisse et Belgique sur une ou plusieurs des éditions d'Architecture Hospitalière papier ou web. Le service de publication est à votre disposition pour vous aider à améliorer votre visibilité et optimiser votre recrutement.

RENSEIGNEMENTS AU : 04.78.80.09.72

OU PAR MAIL : hmedia@wanadoo.fr

www.architecture-hospitaliere.fr ou .ch, .be



©Architecture-Studio, Babel, l'Agence / MORPH

Le nouveau CHU de Pointe-à-Pitre / Abymes

L'hôpital de tous les extrêmes

La construction du nouveau CHU de Pointe-à-Pitre / Abymes est un projet majeur pour la Guadeloupe. Cet hôpital de nouvelle génération s'inscrit dans une perspective d'avenir en associant, dans une rare clarté, l'efficacité médicale et la qualité d'accueil. L'ensemble propose une symbiose entre la performance technique et la culture guadeloupéenne. Adapté au climat et au mode de vie insulaire, le nouveau CHU de Pointe-à-Pitre a été conçu comme un hôpital « des extrêmes », qu'ils soient sismiques, cycloniques ou sanitaires.

Centre hospitalier universitaire MCO de 618 lits et places, il représente une synthèse renouvelée des systèmes pavillonnaires et monoblocs. Le projet a pour ambition d'assurer une fonctionnalité médicale, tout en offrant une véritable cité hospitalière. Le nouveau CHU se développe selon une organisation horizontale interconnectée particulièrement simple, lisible et ouverte, offrant flexibilité et souplesse d'évolution. Un axe appelé « rue Caraïbes », central et abrité, dessert l'ensemble des secteurs et constituera l'identité forte de ce futur CHU.

Le plateau technique au cœur du dispositif regroupe l'ensemble des fonctions médico-techniques de haute technologie. Il est protégé des secousses sismiques par un système d'isolateurs.

Ce nouvel ensemble hospitalier a pour objectif de permettre l'exercice d'une médecine en constante évolution à la hauteur d'un service public. Le "CHU de Pointe-à-Pitre / Abymes" deviendra la marque de référence de l'hospitalier aux Antilles-Guyane mais aussi une référence nationale en matière d'architecture hospitalière.



L'INGÉNIERIE DE VOS PROJETS HOSPITALIERS



> Nouveau centre hospitalier universitaire - Pointe-à-Pitre - Les Abymes - 971



> Nouvel Hôpital Universitaire Pasteur 2 - Nice - 06



> Hôpital de Hautepierre - Strasbourg - 67

Maîtrise d'œuvre
BIM Management
Management de projets
Études d'exécution et synthèse
Assistance technique, fonctionnelle et économique
Intégration des équipements biomédicaux
Économie de la construction



Infrastructures



Eau & Environnement



Bâtiment



Ville & Transports



Énergie & Industrie

INGÉROP

49 IMPLANTATIONS DANS LE MONDE

1700 COLLABORATEURS

ACTIVITÉ DANS PLUS DE 70 PAYS

28 SITES EN FRANCE



ingerop.fr



nous donnons vie à la ville



ICADE un réseau de compétences intégrées au service de vos investissements immobiliers



Contact : Jean-Claude MEUNIER - Directeur Régional Antilles Guyane
Immeuble Amiral – rond-point Moudong Sud – 97122 BAIE-MAHAULT
Tél. : 05 90 98 74 71



Présentation avec **Patrice Lecomte**, directeur général adjoint du CHU, et **Christine Toribio**, attachée d'administration et adjointe au chef de projet du CHU

Comment est organisée l'équipe en charge du projet de l'établissement ?

Chaque membre de l'équipe assure ses responsabilités en fonction de ses compétences. Elle est composée d'ingénieurs du secteur biomédical, du génie civil, du secteur logistique, d'un cadre supérieur de santé et d'une secrétaire. En dehors du logisticien, les membres de cette équipe sont issus de l'établissement et connaissent très bien son fonctionnement. L'équipe a été frappée par la perte d'un de ses membres, le docteur Jacques Salin, médecin et président de la CME, décédé le 17 octobre 2014. Il était un véritable moteur de l'établissement, très impliqué dans ce projet depuis ses prémices. Par ses démarches et son implication dans son développement, il a grandement marqué le CHU de Pointe-à-Pitre.

Comment définiriez-vous le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre ?

Notre établissement est le plus petit des CHU français. Il s'agit d'un hôpital aux contraintes multiples, dont la principale est son éloignement avec ses fournisseurs ou avec l'information en général. Les caractéristiques climatiques et géographiques de la région impactent également le CHU. L'établissement fait face à des épisodes épidé-

miologiques cycliques (grippe, bronchiolite, dengue, chikungunya, etc.), et est fortement exposé au risque sismique. Nos contraintes géographiques nous empêchent, en cas de problème, de fermer une unité pour réorienter le patient vers d'autres structures car l'établissement est la seule réponse de la région pour l'ensemble de la population dans de nombreux domaines, parmi lesquels la réanimation. Il rencontre également des contraintes économiques en raison de frais d'approche qui augmentent le prix de tous les produits à destination de l'hôpital, et de la majoration de salaire de 40%. Face à cette majoration des salaires, représentant plus de 70% des dépenses de personnel, nous ne bénéficions que de 26% de majoration des recettes T2A de l'établissement. Cette singularité est l'une des explications du déficit financier chronique de l'hôpital, mais elle ne suffit pas à justifier le bilan financier négatif de l'établissement. L'hôpital de La Réunion, par exemple, avec des contraintes identiques mais avec une population deux fois plus importante, parvient à maintenir son équilibre budgétaire.

Comment le territoire de santé est-il articulé ?

Le territoire est divisée en deux zones principales : le Nord, Grande-Terre et le Sud, Basse-Terre. Grande-Terre regroupe le plus grand nombre de réponses en matière de prise en charge avec la présence du CHU, de la Clinique Les Eaux Claires et d'une polyclinique. La Basse-Terre, quant à elle, accueille le Centre Hospitalier de la Basse-Terre, le Centre Hospitalier psychiatrique de Montéran ainsi qu'une structure privée, le Centre Médico-Social (CMS). Les établissements de la Grande-Terre représentent environ 70% de l'activité contre 20% pour les principales structures de la Basse-Terre. Ainsi, 91% de l'activité régionale est assurée par cinq établissements : Les Eaux-Claires, le CHU de Pointe-à-Pitre, la polyclinique, le Centre Hospitalier de la Basse-Terre et le CMS.



Entrée du CHU © Architecture-Studio, Babel, l'Agence / MORPH

Comment assumez-vous pleinement votre rôle de proximité ?

Tout d'abord, il s'agit d'un rôle que l'établissement est dans l'obligation d'assurer. Les établissements privés de l'île ne reçoivent pas les personnes les plus défavorisées, ce qui représente une partie importante de la population touchée par un taux de chômage de plus de 30% et par de nombreux problèmes sociaux. L'accueil de ces personnes fait donc partie du rôle du CHU de Pointe-à-Pitre, d'autant plus que l'hôpital se situe dans une zone urbaine fortement touchée par ces problématiques d'ordre social. Son rôle de proximité se traduit essentiellement au travers de l'activité du service d'urgences de l'hôpital. Seuls 20% des patients admis en urgences sont hospitalisés. Nous enregistrons donc de nombreuses consultations non programmées encombrant les services d'urgences.

Comment traitez-vous cette problématique des urgences ?

Nous traitons ce phénomène par des opérations de communication auprès du public afin de les réorienter vers leurs médecins traitants. Nous sommes aidés en cela par KARU Urgences, structure collaborative réunissant les professionnels de santé des services d'urgences au sein du GIP Action de Santé Publique en Guadeloupe. De plus, le secteur libéral a tenté de s'organiser pour réduire l'engorgement des services d'urgences hospitaliers avec la mise en place de l'association Adgups et de maisons médicales de garde avec le soutien de l'ARS. Ces établissements restent cependant peu efficaces car n'assurant pas un accueil continu. Ils sont situés dans les centres de population les plus importants et fonctionnent difficilement car ils se trouvent souvent dans des zones peu sécurisées. Enfin, ces maisons médicales de garde ne disposent que de très peu de ressources matérielles et ne pratiquent que des consultations.

L'instabilité de la T2A pénalise-t-elle le CHU ?

La T2A elle-même, et non seulement son instabilité, a grandement impacté l'établissement lorsqu'elle s'est substituée au système de dotation globale. Le virage de la T2A a été difficile et reste sensible à gérer sur le plan organisationnel. Cette tarification nous pénalise de par son exigence en matière d'identification et de cotations d'actes souvent mal réalisées, en particulier lors du parcours patient. Pour nous accompagner, nous collaborons avec une mission de l'ANAP accueillie au sein de l'établissement. Elle nous aide à rechercher une meilleure identification du parcours du patient et des étapes durant lesquelles nous perdons des informations.

Quelles sont les orientations majeures du projet d'établissement ?

Ces orientations sont définies sur la base d'un projet médical récent couvrant la période 2014-2020. Ses grandes orientations reflètent une volonté de définir clairement le positionnement de l'établissement en tant que CHU, en particulier comme structure de proximité et de recours. Or, nous constatons que l'établissement doit doubler d'efforts dans certains domaines pour lesquels nous identifions des « taux de fuite » trop élevés, comme la cancérologie ou la chirurgie. La politique de l'ARS consiste à réorienter le CHU pour limiter ces sorties du territoire. Parmi ces évolutions, le CHU doit se réorganiser en matière de recherche et d'innovation. Dans le cadre de son Plan de Retour à l'équilibre (PRE), l'établissement doit réorganiser et réaffecter ses moyens pour pallier un déficit structurel de l'ordre de 58 M € pour un budget de 320M €. Ce plan est en cours de développement et les fiches d'action mises en place devront être présentées au COPERMO. Elles seront l'amorce de négociations internes liées au PRE.

Quels types de collaborations l'établissement privilégie-t-il ?

Dans le cadre de notre projet médical, nos coopérations tendent à faciliter l'homogénéité du parcours patient. Les collaborations envisagées avec les cliniques et hôpitaux voisins permettent de prévenir les redondances entre établissements et d'encourager la complémentarité de nos services. Le CHU attache également une grande importance à ses contacts avec la médecine de ville et l'entretien d'un réseau ville-hôpital efficace. Pour ce faire, Patrice Lecomte est délégué à la présidence d'un GIP (Groupement d'Intérêt Public) ayant pour objectif le regroupement des réseaux existants en Guadeloupe, notamment les structures gravitant autour de la prise en charge de l'asthme, de l'hypertension, du diabète, des addictions, de la périnatalité, de la cancérologie ou de tout autre pathologie majeure suivie par des réseaux. En développant une plateforme de prise en charge commune aux acteurs hospitaliers et libéraux, nous espérons optimiser l'articulation de l'information entre nos structures. Nos collaborations caribéennes évoluent donc, mais restent complexes à développer. Elles sont ralenties pour de multiples raisons dont la barrière linguistique - de nombreuses îles voisines sont anglophones et hispanophones et l'absence d'échanges réguliers entre les professionnels de santé. Pour faciliter le partage de ce type d'informations, un chargé de mission dédié à l'instauration et à la formalisation de ces contacts a été mis en place par l'ARS. Ainsi, nous espérons renforcer la connaissance de notre offre par les professionnels d'autres îles afin de formaliser des accords visant à organiser plus efficacement le parcours de patients étrangers et à sécuriser nos recettes. Concernant ce type de patientèle, nous prenons en charge en urgence les patients étrangers vivant en situation régulière ou irrégulière sur le sol guadeloupéen, ainsi que les touristes. Les accords formalisés sont actuellement peu nombreux et ne concernent que les îles hollandaises Saba et Saint-Eustache. Nous avons entamé le développement d'accords similaires durant notre déplacement à la Dominique. La région de Guadeloupe encourage l'établissement à multiplier ce type de collaborations très intéressantes, notamment au niveau de l'Organisation des Etats de la Caraïbe Orientale (OECS). Cependant, la mise en place de ces relations reste très pesante pour l'établissement car ces opérations très chronophages ne concernent que 3 à 4% de sa patientèle.

Pour quelles raisons avez-vous décidé de construire un nouvel hôpital ?

L'établissement actuel a maintenant près de 40 ans et accuse une certaine vétusté, due, entre autres, à un manque d'entretien au regard des agressions climatiques qu'il a pu subir. Cet établissement souffre également de quelques obstacles dus à sa conception monobloc ne permettant que très peu d'extension et d'évolution. Aussi, les opérations menées depuis 40 ans qui avaient pour but de développer l'établissement se sont faites avec beaucoup de difficultés. L'adaptation de l'hôpital est aujourd'hui très difficile, notamment en ce qui concerne l'obtention de surfaces dédiées à de nouvelles activités. Cette vétusté entraîne aussi des difficultés d'entretien et de maintenance du système électrique et les réseaux d'eau et de climatisation. Mais l'une des raisons principales qui a conduit à décider la construction d'une nouvelle structure réside dans le fait que l'établissement actuel ne respecte pas les normes parasismiques en vigueur aujourd'hui.



Les grandes lignes du projet du nouvel hôpital...

Avec ce nouvel hôpital, nous souhaitons disposer d'un outil bien mieux adapté aux fonctions actuelles de l'établissement et à ses missions futures grâce à des accès et des flux différenciés et efficaces pour les urgences, les patients, les visiteurs, le personnel et les fournisseurs. Il nous permettra de disposer de zones de stationnement adaptées. Avec ce nouvel outil, notre organisation pourra s'adapter plus efficacement à un fonctionnement par pôles avec des regroupements d'activités par grandes disciplines. Sur le plan architectural, nous avons choisi une forme de peigne pour un établissement de quatre niveaux comprenant un bâtiment de plateau technique entouré de quatre bâtiments d'hébergement, soient deux bâtiments de médecine, un bâtiment parents enfants et un bâtiment de chirurgie et d'oncologie. Ces bâtiments sont desservis par un axe central : la Rue Caraïbes. Au nord du site, nous retrouvons une structure regroupant les activités administratives et les fonctions supports ainsi qu'une construction dédiée au self du personnel. Un amphithéâtre a également été intégré entre le plateau technique et l'administration. Au sud du site hospitalier, le bâtiment d'admission et d'accueil se situe à proximité du parking visiteurs. L'accueil peut également se faire au sein du bâtiment parents-enfants de l'hôpital. Nous ne souhaitons pas mettre en place un accueil centralisé dans un bâtiment unique afin de favoriser la différenciation des flux.

Comment sera organisé le plateau technique de l'hôpital ?

Le niveau rez-de-chaussée bas de ce plateau regroupera le service des maladies infectieuses, les installations de radiothérapie, de médecine nucléaire et de stérilisation et la morgue. Son rez-de-chaussée comprendra l'espace d'accueil avec un accès spécifique pour les prises en charge d'urgences. Cet espace dédié permettra ensuite la séparation des urgences adultes et pédiatriques. Toujours au niveau 0, nous retrouverons l'Unité Médico-Judiciaire (UMJ) située au nord du bâtiment, les installations de radiologie et d'imagerie ainsi que le caisson hyperbare placé à proximité des urgences. Au rez-de-chaussée se situeront également l'unité d'hospitalisation de très courte durée et les deux chambres du secteur carcéral. Le 1^{er} étage accueillera le bloc opératoire de 12 salles d'opérations dont une salle d'innovation. Cette salle spécifique sera dédiée à la recherche et à l'innovation technologique. Cet étage disposera également d'un bloc obstétrical relié au bâtiment parents-enfants par la façade sud du bâtiment. Le 2^{ème} étage regroupera les services de pédiatrie et néonatalogie ainsi que les chambres de gardes centralisées sur le plateau technique. Le 3^{ème} étage comprendra les installations de soins critiques : USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques), USINV (Unité de Soins Intensifs Neurologiques et Vasculaires), traitements des brûlés et 32 lits de réanimation. Les laboratoires seront situés au 4^{ème} étage.

Quels sont les enjeux de ce projet en matière d'activité pour le CHU ?

L'établissement devrait enregistrer une croissance assez importante de son activité. Ce phénomène ne serait pas uniquement lié à l'effet « vitrine » du nouvel établissement, mais au développement d'activités nouvelles ou valorisées. Le projet médical de l'établissement inclut une valorisation importante de l'activité ambulatoire du CHU, qui accuse un certain retard dans ce domaine. Nous prévoyons donc une progression des recettes de l'hôpital dans ce secteur. La direction est également très confiante dans le développement de son activité d'hospitalisation complète.

Le nouvel hôpital intègre-t-il des espaces dédiés à l'ambulance ?

Notre projet de nouvel hôpital inclut une grande quantité de ces espaces dédiés. Ces installations sont réparties au sein du nouvel établissement. Nos hôpitaux de jour répartis sur site interviennent dans les domaines oncologique, médical et chirurgical. Avec l'évolution du programme de ce projet, nous avons connu une diminution progressive des capacités de l'établissement au profit d'un développement de l'activité ambulatoire. Ainsi, le projet initial de 2006, incluant 950 lits et places, a été remanié et le programme actuel a réduit ce nombre à 618 lits.

Quel est le calendrier prévisionnel pour le projet du nouvel hôpital ?

Nous réalisons la phase d'études qui devrait s'achever en 2016 avec la consultation pour les travaux. Les travaux démarreront courant 2017 et devraient durer près de 5 ans, pour une livraison attendue en 2021. Le budget global pour ce projet s'élève à 590 M€ dont 270 M€ hors taxes pour les travaux.

En attendant la concrétisation de ce nouvel hôpital, quels sont les autres projets du CHU ?

Le dernier projet d'envergure mené dans nos installations actuelles concerne le secteur de réanimation, d'urgences, de surveillance continue et des grands brûlés. Ces installations sont particulièrement délabrées et ne disposent pas de moyens suffisants. Ce projet de restructuration nous a été accordé et représente 10M€ d'investissement (dont 2M€ d'équipement) compris dans l'investissement global du nouvel hôpital de 590M€. Notre défi actuel majeur est de maintenir des conditions de prise en charge optimales, notamment en matière de sécurité et de confort, pour les cinq à dix ans d'exercice restants au sein de ces installations vieillissantes.

Au travers de ce projet de nouvel hôpital, quelles performances espérez-vous pour votre établissement en matière d'orientation et de pilotage stratégique ?

Il nous faudra atteindre plusieurs niveaux de performances. Durant la période intermédiaire, nous devons assurer la mise à niveau de nos organisations afin qu'elles soient plus proches du patient et répondent plus efficacement aux demandes de rendez-vous des consultants externes. Ce secteur est aujourd'hui un point faible et ce potentiel est inexploité. Ces organisations doivent, de plus, être repensées en fonction de nos futures installations. Nos axes de développement incluent également l'activité de chirurgie ambulatoire. Ce domaine nécessite une organisation optimale et d'une très grande précision. D'autre part, l'ouverture du nouvel hôpital sera marquée par le départ en retraite massif de nos collaborateurs les plus âgés et l'arrivée, tout aussi importante, de jeunes praticiens et professionnels de santé. L'accueil de ces nouveaux effectifs sera donc un défi pour nos organisations redéfinies. Il nous faut, dès à présent, aborder la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences. Ces modifications de nos effectifs peuvent également être perçues comme des opportunités et des occasions de trouver les meilleures compétences, notamment grâce au regain d'attractivité apporté par le nouvel hôpital. De plus, si nous parvenons à mettre en place une faculté de médecine de plein exercice et à densifier notre personnel hospitalo-universitaire, nous pourrions profiter d'une attractivité bien plus importante que celle dont nous bénéficions actuellement.

Quelle est la place de l'enseignement et de la recherche dans le projet du nouvel hôpital ?

La direction de l'établissement a toujours affiché sa volonté de développer un campus santé. Cependant, elle est uniquement le maître d'ouvrage pour la réalisation de l'hôpital et ne dispose pas des ressources foncières suffisantes pour réaliser, seule, un tel campus. Le CHU poursuit, néanmoins, ses démarches, auprès de la mairie des Abymes, de la Région Guadeloupe et de la Communauté de Communes Cap Excellence, pour encourager la création d'une faculté de médecine et d'écoles paramédicales à proximité de ses murs. Cela étant, la zone est du site hospitalier disposerait d'espaces réservés à des activités de santé. La faculté de médecine et les écoles paramédicales pourraient y être regroupées pour favoriser les enseignements paramédicaux au sein d'une structure universitaire. Le projet de cyclotron et de TEP Scan pourrait également être localisé à proximité de cette zone. Le projet de Cap Excellence prévoit aussi le développement, sur cette même zone, d'un axe de transport public facilitant grandement l'accès à l'établissement. Sur la base de ces projets, nous encourageons donc le développement d'un campus santé comprenant, éventuellement, des structures d'enseignement, un hôtel hospitalier, des installations de recherche, une maison médicale ou une antenne de l'Établissement Français du Sang (EFS). Nous attendons la validation du COPERMO pour aborder ces projets qui concernent d'autres maîtres d'ouvrage. Il est tout à fait envisageable que les installations de l'EFS s'implantent sur notre réserve foncière car l'établissement reste le principal consommateur de produits sanguins.

Quelle est votre vision de l'hôpital du XXI^e siècle ?

Christine Toribio : Il s'agit d'un hôpital moderne, équipé des outils technologiques les plus avancés. L'évolution de l'hôpital et l'acquisition des équipements futurs restent au cœur des débats internes du CHU de Pointe-à-Pitre. Nous souhaitons disposer d'un établissement de santé moderne, équivalent aux CHU métropolitains et surtout fonctionnel. En étant à la pointe de la technologie, nous devrions être en mesure de prendre en charge efficacement les patients sur le plan médical, tout en leur offrant un grand confort hôtelier.

Patrice Lecomte : J'ajouterais à la vision de Christine Toribio, que je partage entièrement, la notion d'hôpital numérique. Le CHU ne doit pas manquer ce virage de l'informatisation des établissements de santé, bien que cette notion soit légèrement inquiétante quand nous abordons des sujets comme la robotisation et les outils multi-média. Les professionnels de santé manquent de recul vis-à-vis de l'intérêt et de l'usage de ces techniques. De plus, l'établissement accuse encore certaines faiblesses en matière de maintenance liées à la distance, au climat et aux compétences locales encore peu confrontées à ces nouvelles technologies. Cela étant, ces obstacles ne sont en rien insurmontables. Il nous faut simplement être à la fois ambitieux et raisonnés afin de bien évaluer les besoins, de connaître les opportunités et les limites de l'établissement en matière d'informatisation et d'outils technologiques.





La rue Caraïbe © Architecture-Studio, Babel, l'Agence / MORPH

Les enjeux du nouvel hôpital

« Le confort du patient passe par une architecture agréable, un environnement apaisant et des vues plaisantes sur l'extérieur »



Propos recueillis auprès de **Guy Daninthe** et **François Bisch**, membres de l'équipe projet du CHU

Le projet du nouvel hôpital...

Il s'agit d'un projet à l'échelle de la Guadeloupe et de l'ensemble de la Caraïbe. La santé a une importance certaine sur le plan territorial au regard des risques naturels existants et quotidiens en Caraïbe. Ce projet de nouvel hôpital a donc pour objectif de préserver le patient notamment des risques sismiques de la région. L'incapacité des autorités scientifiques à prévoir exactement la localisation et la date du prochain séisme de grande ampleur pousse la Caraïbe à se doter de centres adaptés à ces sollicitations sismiques sur ses différentes

îles, afin d'assurer l'administration de soins courants et de soins aigus liés aux catastrophes naturelles éventuelles menaçant le territoire.

De quant datent les premières réflexions autour de ce projet ?

Ces réflexions sont très datées. La population et les membres de l'établissement ne se sont jamais véritablement appropriés les installations actuelles dont l'ouverture remonte aux années 1970. Cette structure détonne avec de nombreuses habitudes de la population car il s'agit, entre autres, d'une tour bétonnée pourvue de fenêtres condamnées. La volonté de reconstruction s'est donc très vite fait sentir parmi les acteurs de terrain. Les réflexions liées à la reconstruction de l'hôpital ont atteint les sphères décisionnelles dans le courant des années 1990 avec les projets complexes de restructuration interne. Les opérations nécessaires pour rendre l'établissement plus confortable et respectueux des normes sanitaires et parasismiques étaient telles qu'il a été sérieusement envisagé de reconstruire entièrement l'hôpital. Ces réflexions de plus d'une dizaine d'années ont abouti à un Projet Technique Détaillé (PTD), finalisé en 2009.

Comment s'est fait le choix du projet d'Architecture-Studio ?

Le projet a été sélectionné dans le cadre d'un concours d'architecture lancé selon la procédure loi MOP traditionnelle. Parmi les trois équipes préalablement retenues, le projet d'Architecture-Studio nous a semblé le plus adapté.

Comment ce nouvel hôpital s'intégrera-t-il dans son environnement ?

L'intégration de la structure dans son environnement doit être optimale. Elle est d'ailleurs l'un des enjeux principaux du projet de nouvel hôpital. Nous souhaitons à tout prix nous éloigner du modèle actuel car l'existant est particulièrement enclavé. Certains services, notamment les urgences, sont complètement inaccessibles et la structure, située au cœur de la ville, ne dispose d'aucune solution d'extension. Le futur hôpital doit offrir un cadre plus agréable et fonctionnel avec une architecture adaptée et plus aérée. Dans le cadre de nos réflexions, nous avons grandement étudié toutes les solutions disponibles avant de valider l'acquisition du terrain actuellement en notre possession pour la reconstruction. Nous voulions bénéficier d'un site excentré par rapport à la ville et offrant une bonne évolutivité au bâtiment. Le projet de nouvel hôpital impacte également le développement de la ville des Abîmes qui souhaite densifier la zone par des installations et équipements à situer autour du nouvel établissement. Les dirigeants hospitaliers en sont très demandeurs mais préféreraient voir s'y établir des installations et équipements scientifiques en lien avec l'activité de l'hôpital. De même, il faut le signaler, la région souhaite implanter son projet de cyclotron à proximité du site hospitalier.

Quels sont les atouts architecturaux du projet ?

Ses atouts les plus marqués sont les éléments s'éloignant diamétralement de l'existant, grandement inadapté aux besoins des équipes et à l'environnement guadeloupéen. Ainsi, le nouvel hôpital abandonne la logique très verticale de notre tour actuelle en évitant, dans la mesure du possible, les liaisons verticales. Le nouveau CHU allie donc adroitement axes verticaux du monobloc et logique pavillonnaire. Ainsi, il préserve les pôles d'activités essentiels tels que le Mère-Enfant, la médecine ou la chirurgie, avec une architecture plus humaine et un axe central, la rue Caraïbes, atout majeur du nouvel établissement. Cette « rue » va permettre de rendre l'espace plus convivial avec des axes croisés réfléchis et des déplacements réalisés dans de meilleures conditions.

Comment avez-vous abordé la gestion des flux ?

La rue Caraïbes permet un véritable raisonnement logique en matière de gestion des flux. Cet axe est particulièrement intéressant car il est à double niveau. Le premier, plus convivial, accueille les patients et les visiteurs dès leur entrée. Le deuxième, situé en dessous, permet les flux techniques et logistiques. L'irrigation et la différenciation entre ces deux espaces dédiés à la circulation permettent au CHU de s'éloigner d'une logique selon laquelle les locaux logistiques doivent être installés dans des sous-sols, à l'aplomb des unités de soins, entraînant des contraintes, notamment en matière de sécurité, assez incompatibles avec les impératifs de flux. Le fonctionnement de ce bâtiment logistique de faible hauteur, excentré et hermétique aux flux publics rend plus simple l'insertion des activités logistiques dans le contexte du soin médical du site.

CHU Pointe-à-Pitre / Abymes		Maîtrise d'œuvre - Sous-traitants	
Guadeloupe, France		T/E/S/S - ATELIER D'INGENIERIE	Ingénierie de façade
Surface : 77 600 m ²		LES ECLAIREURS	Eclairagiste
Concours : 2012		AGENCE TER	Paysagiste
Livraison : 2021		BUREAU D'ETUDES ETEC INFRASTRUCTURES	BET VRD
Maîtrise d'ouvrage		CYPRIUM	Economiste de la construction
CHU de Pointe-à-Pitre / Abymes		ECO-CITES	Economiste de la construction / HQE
ICADE	Maîtrise d'ouvrage Mandataire maîtrise d'ouvrage	TECSOL ANTILLES	HQE spécificité tropicale
Maîtrise d'œuvre - Cotraitants		AVA	Ingénierie acoustique
ARCHITECTURE-STUDIO	Architecte mandataire	CABINET CLAUDE MATHIEU ASSOCIES	Cuisiniste
BABEL ARCHITECTES	Architecte associé	DYMA' SANTE	Ergonomie
L'AGENCE ALAIN NICOLAS	Architecte associé	DYNAMIQUE CONCEPT	Conseil en conception parasismique
INGEROP	Bureau d'étude technique	FL CONSEIL	Logistique
		VULCANEO	Prévention et sécurité incendie
		Maîtrise d'œuvre - Consultants	
		RAMY FISCHLER STUDIO	Mobilier
		ELIX	Laboratoires
		NS CONSEIL	Logistique
		FB ARCHITECTURE (SARL D'ARCHITECTURE)	BIM
		STARSTUDIO	BIM

Quelle sera la place de la lumière naturelle dans ce nouveau bâtiment ?

L'intégration de la lumière naturelle dans le nouvel établissement a été un axe important, clairement explicité dans le PTD. Cette volonté de privilégier la lumière naturelle pour l'ensemble des locaux a complexifié la tâche des architectes. Pour répondre à notre demande, ils ont dû combiner différents types de façades et mettre en place des patios et des cours intérieurs pour obtenir une certaine finesse dans la largeur des circulations et favoriser la pénétration de la lumière naturelle. Cependant, nous ne pouvions concevoir le CHU de Guadeloupe sans un ensoleillement important, si ce ne sont des locaux plus spécifiques. Ainsi, les chambres d'hospitalisation et les bureaux sont baignés de lumière naturelle. Le plateau technique est également éclairé, bien que certains praticiens préfèrent exercer – et pourront le faire sans lumière extérieure.

Quels autres éléments concourent à améliorer le confort du patient ?

Le confort du patient passe par une architecture générale agréable, un environnement apaisant et des vues plaisantes sur l'extérieur. Les chambres individuelles et doubles disposeront de tout le confort sanitaire qui sied à un hôpital moderne. Ces mêmes chambres ont également été conçues pour permettre l'hébergement d'un accompagnant, si le patient en fait la demande. Outre l'aspect sanitaire, certaines chambres sont spécifiquement étudiées pour la prise en charge de patients handicapés. Les espaces de production alimentaire pour les patients ont été intégrés à proximité des unités de soins afin de faciliter et d'optimiser la distribution des repas. Le confort du malade est assuré par le respect d'un ensemble de notions incluses dans le projet et qui concourent à améliorer son séjour au sein de l'hôpital.

Comment avez-vous envisagé l'amélioration des conditions de travail du personnel ?

Au regard des problématiques liées à l'existant, l'optimisation des flux est un des axes majeurs inclus dans l'amélioration des conditions de travail du personnel. L'augmentation du nombre de places de stationnement dédiées et leur meilleure orientation sur le nouveau site sont également des éléments auxquels le personnel est particulièrement sensible. La conception du nouvel hôpital met un terme aux nombreuses problématiques actuelles liées à l'existant et favorise la mise en place d'une marche en avant efficace pour le personnel et le patient.

Comment la logistique sera-t-elle organisée dans le nouvel hôpital ?

A l'image de nos préoccupations liées aux flux du personnel, les fonctions logistiques seront optimisées pour offrir les meilleurs services aux utilisateurs. Ainsi, le self de l'établissement permettra au personnel de se restaurer dans de bonnes conditions, notamment en réduisant les trajets. Pour aborder la logistique en général, il est important de préciser que l'établissement possède d'ores et déjà une plate-forme dédiée assurant les fonctions de blanchisserie, de production alimentaire et de magasins. Seules les fonctions de logistique médicale (stérilisation, pharmacie, etc.) sont situées dans le nouveau CHU. Construire un nouvel hôpital nous a permis de regrouper les fonctions logistiques sur un espace pourvu d'un point d'accès unique assurant les départs et arrivées de produits logistiques. Ce bâtiment dédié ne recevant aucun public, son organisation reste moins contraignante que des installations placées en sous-sol de bâtiments classés ERP. De plus, nous n'avons pas opté pour des installations logistiques entièrement automatisées. Depuis les quais logistiques recevant les produits issus de la plate-forme logistique centrale, comme au départ de la pharmacie ou de la stérilisation, les transports sont assurés par le personnel logistique. Le personnel circule sous la rue Caraïbes pour fournir les différents services. L'absence de manutention automatique lourde favorise une meilleure convivialité dans l'organisation de l'établissement. L'organisation des soins a été complétée par le regroupement et la mise en commun des locaux logistiques des unités de soins sur un palier logistique unique. Sans entrer dans les unités de soins, les logisticiens peuvent ainsi placer les ressources nécessaires aux équipes soignantes à proximité de leurs espaces d'intervention.

Dans quelle mesure ce projet s'inscrit-il dans une démarche de développement durable ?

Nous n'avons pas recherché le label de Haute Qualité Environnementale (HQE) pour ce nouvel établissement. Cependant, nous avons respecté les 12 cibles HQE en vigueur, en collaboration avec notre maîtrise d'œuvre et sur la base d'exigences contractualisées. Notre Assistance à Maîtrise d'Ouvrage (AMO), très compétente dans le domaine HQE, vérifie le respect de ces différentes cibles par les acteurs de la maîtrise d'œuvre.



Envisagez-vous des innovations sur le plan énergétique ?

Nous ne prévoyons aucune innovation à ce niveau car nous privilégions un fonctionnement simplifié et hautement fonctionnel. Nos problèmes de maintenance actuels proviennent, principalement, de la distance séparant notre établissement de ses fournisseurs, pour la plupart européens. Les durées d'intervention de spécialistes étant rapidement rallongées par le voyage, nous souhaitons limiter la complexité des installations logistiques, sans rechercher à acquérir des outils innovants, afin d'assurer la continuité de nos services. Nous avons donc privilégié des solutions éprouvées et simples d'entretien comme par exemple des installations d'eau chaude solaire ou de récupération d'énergie sur des groupes froids.

Comment le personnel est-il accompagné dans le cadre de ce projet ?

Nous avons associé le personnel au projet dès l'écriture du PDT. Pour ce faire, nous avons organisé la constitution de plusieurs groupes utilisateurs composés de 300 à 400 personnes. Ces collaborateurs ont aidé l'équipe projet et la direction de l'établissement dans la rédaction et la validation du programme. Pour chacune des phases de l'opération, nous avons sollicité l'avis de ces utilisateurs par le biais d'entretiens. Il est souvent très difficile de recueillir un avis unanime auprès de l'ensemble de ces représentants du personnel. Notre service de communication permet de transmettre aux équipes un certain nombre d'informations. La participation de nos collaborateurs est donc exemplaire pour cette opération de construction.

Quelles ont été les difficultés rencontrées durant l'avancement de ce projet de nouvel hôpital ?

Ces difficultés sont essentiellement d'ordre pratique et ce projet gigantesque a été difficile à faire accepter. Le séisme majeur survenu à Port-au-Prince est sans nul doute l'un des principaux éléments déclencheurs de la mise en œuvre de ce nouvel hôpital. Il est entièrement financé par le ministère, ce qui, au regard du contexte économique actuel, témoigne de son importance. Techniquement, l'équipe en charge du projet maintient des efforts quotidiens pour se conformer au budget alloué aux objectifs de l'opération.

Quel est le calendrier prévisionnel de ce projet ?

La livraison du nouveau bâtiment se ferait entre 2020 et 2021. Nous avons récemment déposé le permis de construire et les travaux de terrassement pourraient débuter en début d'année 2016. Le début du chantier reste envisageable en 2017 pour une durée des travaux de quatre ans. Ce programme reste purement théorique, mais nous espérons ne rencontrer aucune difficulté majeure, notamment lors de la phase de construction.

Comment est composée l'équipe en charge du projet ?

Notre équipe regroupe sept personnes dont Patrice Lecomte, directeur général adjoint de l'établissement, assurant la direction du projet et Jocelyne Durimel, chargée du secrétariat de fonctionnement. Cinq autres personnes assurent la gestion de leur domaine de spécialité respectif, comme Guy Daninthe qui assure l'aspect bâtiment et technique, et un cadre supérieur de santé assurant la gestion des

soins. L'équipe comprenait un médecin avant que ce dernier ne se retire. Elle dispose également d'un attaché d'administration pour les aspects administratif et juridique du projet, un ingénieur biomédical chargé de l'équipement, ainsi que François Bisch spécialisé dans la logistique et la gestion des flux. L'équipe est accompagnée de la société Icade, mandataire du projet.

Quelle est la clé de la réussite d'un tel projet ?

La motivation, la bonne entente, la définition d'objectifs clairs et le respect de lignes directrices prédéfinies sont les éléments primordiaux pour la réussite d'un projet de construction d'une telle importance.

Dans l'attente de la concrétisation du nouvel hôpital, quels sont les projets envisagés par le CHU ?

Malgré le projet du nouvel hôpital, nous maintenons les opérations de maintenance, comme le renouvellement des équipements et la remise aux normes de la climatisation. L'un des derniers investissements majeurs effectués au sein de nos installations actuelles concerne la modernisation des installations de soins critiques. Cette opération d'extension va entraîner la création de dix lits supplémentaires en réanimation dans un bâtiment à construire, la restructuration des unités de grands brûlés, de soins continus et d'urgence. Ce nouveau bâtiment sera placé au dessus du parking de la maternité. Les travaux ont débuté et la première phase devrait être achevée à la fin de l'année. Suite à cette première étape, nous assurerons la restructuration de l'unité des grands brûlés, suivie des opérations liées aux soins continus et aux urgences. La plate-forme logistique devrait également faire l'objet d'une légère modification.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

François Bisch : L'hôpital de demain sera contemporain et moderne, avec des défis très importants d'organisation. La mise en place d'un fonctionnement efficient de l'hôpital dans un nombre imposé de mètres carrés implique des changements sur le plan culturel, y compris dans les fonctions logistiques avec, par exemple, la distribution automatique des vêtements de travail. L'automatisation de cette fonction permettra d'optimiser l'hygiène des tenues de travail et obligera le personnel à récupérer et rendre une tenue quotidienne. Ces changements sont des défis importants car ils impactent les habitudes quotidiennes de travail de l'ensemble des personnels du site, soit 3.000 personnes.

Guy Daninthe : La fluidité sera le maître mot de l'hôpital de demain. L'organisation de cet établissement sera optimale et assurera une marche en avant ininterrompue permettant une prise en charge efficace, rapide et sereine.







© Architecture-Studio, Babel, l'Agence / MORPH

La conception du projet architectural

« Plus qu'un hôpital en Guadeloupe, un hôpital guadeloupéen »



Présentation de ce projet d'envergure avec de gauche à droite : **Alain Nicolas**, architecte, **Laurent-Marc Fischer**, architecte-urbaniste associé d'Architecture-Studio, **François Dupire**, directeur de l'hospitalier d'Ingerop et **Michel Seban**, architecte-urbaniste associé de l'agence Babel

Présentez-nous le groupement en charge du projet du nouveau CHU de Pointe-à-Pitre/ Abymes.

Notre groupement est composé de quatre cotraitants partageant une mission de maîtrise d'œuvre classique : Architecture-Studio en tant que mandataire, les agences d'architecture Babel et Alain Nicolas, ainsi que le Bureau d'Etudes Techniques (BET) Ingerop. Outre ces quatre entités, notre groupement fait intervenir une douzaine de spécialistes sous-traitants d'Architecture-Studio, d'Ingerop, ou de Babel. Ces entreprises exercent dans des domaines divers et très pointus allant de l'acoustique à la sécurité incendie en passant par le traitement de façade, l'ergonomie, la logistique ou la Haute Qualité Environnementale (HQE). Nous avons souhaité regrouper les meilleurs

professionnels pour mener à bien ce projet de grande ampleur et complexe en regroupant des entités tant métropolitaines que guadeloupéennes.

Quelles sont les forces et les complémentarités ayant réuni ces différentes entités ?

Nous partageons une expérience certaine dans le domaine de la construction hospitalière, des habitudes de travail communes, une proximité géographique entre les concepteurs parisiens et un savoir-faire reconnu dans la conception architecturale hospitalière. Nos expériences respectives nous permettent une compréhension unilatérale et spontanée d'un certain nombre de points alliant architecture et ingénierie. Tous les acteurs du groupement ont déjà participé à la réalisation de projets hospitaliers, mais chacun puise son expérience dans bien d'autres domaines. Le montage de ce groupement, avec la volonté d'apporter au CHU les réponses les plus pertinentes en termes d'architecture, d'usage et de technique, regroupe des compétences d'une grande complémentarité. Le regroupement de plusieurs cabinets d'architectes implique également des échanges particulièrement enrichissants entre les différents acteurs du projet. Ce dialogue nous permet de développer les prestations les plus adaptées aux besoins et aux impératifs liés au projet. La culture de conception collective d'Architecture-Studio facilite ce travail en commun.

Quelles étaient les grandes lignes du concours ?

Le projet représente un investissement majeur de l'Etat en matière de santé publique. Il est particulièrement attendu. Dès le lancement du concours, le ministère de la Santé a tenu à faire directement part de ces enjeux particuliers aux équipes. Ce projet est également, pour le ministère de la Santé, l'occasion de définir l'hôpital du XXI^e siècle. L'établissement actuel, assemblage hétéroclite très dégradé, souffre de nombreuses contraintes inacceptables comme le non-respect des normes parasismiques et anticycloniques, la présence d'amiante, et l'obsolescence de ses installations d'un point de vue médical et technique. Le programme d'lcade, également mandataire du CHU, incluait la reconstruction du CHU actuel sur un nouveau site, à proximité de l'aéroport et dans un contexte urbain en devenir. Il impliquait le respect de certaines problématiques clefs, à commencer par la parasismicité. Dans le cadre de ce projet, nous devons concevoir un établissement résistant aux séismes et aux cyclones et dédié aux soins et traitement de l'archipel guadeloupéen. Le programme marquait également le souhait de la maîtrise d'ouvrage et de la communauté médicale de rompre avec l'organisation verticale de l'hôpital actuel et de mettre en œuvre un fonctionnement plus horizontal et contemporain. Nous retrouvons pour ce projet l'organisation de l'hôpital autour d'un plateau technique central. Le CHU de Pointe-à-Pitre arrive aussi à la suite de nombreuses réflexions, alimentées depuis ces vingt dernières années (et dans lesquelles nos entités sont parties prenantes), sur l'évolution de l'hospitalier. Aussi, nous disposons de retours d'expérience enrichissants sur des opérations parfois trop grandes et mal adaptées aux besoins des acteurs de santé, de la population et aux impératifs économiques du secteur, entre autres. Notre rôle, en tant que maîtrise d'œuvre, est de proposer des bâtiments qui, par leurs usages, puissent générer des économies et une haute qualité de soins et de service. Le CHU actuel de Pointe-à-Pitre souffre de nombreux défauts inhérents à son infrastructure qui ne lui permettent pas de répondre à la hauteur des enjeux en matière d'accueil et de prise en charge du patient ni de qualité de travail pour le personnel. Le CHU comme l'Agence Régionale de Santé (ARS) sont, bien évidemment, très attentifs à cette bonne adéquation entre qualité de soins et maîtrise économique.

Comment définiriez-vous le projet de construction de ce nouvel hôpital ?

Le projet est celui de l'adéquation entre qualité de soins et qualité de service. Il s'agit d'une opération nécessitant une gestion rigoureuse de la technicité de la médecine et de la chirurgie, avec un plateau technique très performant, et du caractère humain de l'hôpital présent dans l'activité d'hospitalisation. Le travail d'Architecture-Studio autour de ses projets hospitaliers, psychiatriques, universitaires ou culturels a toujours porté cette double exigence humaine et technique, que l'on retrouve aussi dans les approches de Babel et d'Alain Nicolas. Les technicités d'Ingérop et des autres spécialistes sont également nécessaires. Ce BET a déjà su faire face à des contraintes multiples et ses compétences sont aujourd'hui de plusieurs ordres. Ils ont apporté leurs expertises dans les domaines variés des techniques et équipements hospitaliers de pointe, de la parasismicité, de la gestion des flux logistiques ou de la sécurité incendie. La taille capacitaire de l'hôpital est adaptée à l'échelle de la Guadeloupe mais avec tous les secteurs d'un CHU avec des salles d'opérations hybrides, pôle cancer y compris trois bunkers, le pôle régional pour les grands brûlés, un secteur NRBC... L'hôpital se définit par l'attachement humain avant tout autre considération. À ces principes fondamentaux s'ajoutent l'efficacité des flux et circuits de prise en charge et le

respect de normes spécifiques liées au climat et à l'activité sismique de la région. Il existe aujourd'hui peu d'hôpitaux d'une telle technicité, dans un contexte si particulier.

Comment avez-vous utilisé l'outil BIM sur ce projet ?

La modernité de cet hôpital se traduit également dans ses outils de conception. Le processus BIM est particulièrement adapté pour un projet hospitalier. Sans que cela n'ait été une obligation nous avons, ensemble, décidé d'investir et de développer la conception autour de cette méthodologie et de ses outils. Ce projet est unique car il s'agit de l'un des premiers bâtiments en France et du premier CHU pour lequel toute la maîtrise d'œuvre travaille entièrement en ingénierie concourante sous BIM dans un objectif de maîtrise de la conception. La maîtrise des surfaces, sujet primordial pour la maîtrise d'ouvrage avec son corollaire financier, a pu être particulièrement rigoureuse, notamment grâce à la maquette numérique. L'organisation de notre production en maquette numérique est basée sur une stricte méthodologie, des équipements informatiques dédiés et une organisation humaine adaptée. Nous avons défini en amont des études les règles de bases à respecter par l'ensemble des intervenants. Nous avons également mis en place une base de données innovante et liée à la maquette numérique et aux tableurs de calcul des ingénieurs. Ces mises en place restent délicates et justifient analyses et ajustements permanents. La bonne organisation humaine de la maîtrise d'œuvre autour de la maquette BIM est bien plus qu'une nécessité. Cette organisation, qui s'est aussi traduite par un site commun de travail dans les locaux d'Architecture-Studio, est un gage de la qualité de notre production. L'ensemble des documents graphiques est donc produit sous BIM ainsi qu'une bonne partie des informations qualitative, quantitative et de localisation. De nouveaux documents, en particulier des plans thématiques coordonnés, sont apparus. Cela permet de plus fines conceptions, coordination et analyses du projet. Aux phases d'études les dossiers sont plus conséquents. Cette évolution concerne en premier lieu la maîtrise d'œuvre mais également la maîtrise d'ouvrage, qui voit ses pratiques d'analyse de phase facilitées mais aussi remises en cause dans leur méthodologie.

Quels sont les enjeux urbains de cette opération ?

Le CHU a choisi un site sur un terrain plat et en périphérie de la ville des Abymes. Il est particulièrement bien placé sur des axes routiers existants et futurs très bien connectés au reste de l'île. Grâce à l'implication de tous les acteurs locaux, en particulier la préfecture, la Région, le Département et la mairie des Abymes, nous avons pu, ensemble, affiner le tracé et la qualité des accès au futur CHU sous la maîtrise de Cap Excellence, aménageur de la zone. Il faut savoir que cet établissement est aussi le CHU de l'ensemble de la région de Guadeloupe, incluant les îles de la Basse-Terre et la Grande-Terre, Marie-Galante, Petite-Terre, La Désirade, Les Saintes, voire même les îles du Nord (Saint-Martin et Saint-Barthélemy). Le positionnement de l'établissement sur un territoire à la fois terrestre et maritime est bien pensé. L'héliport sur le toit du plateau technique sera d'une utilité première. L'enjeu urbain inclut également un prolongement de l'urbanisme de la ville sans rupture. Aussi, le nouvel hôpital reflète une association équilibrée entre son caractère urbain et son rapport à la nature tropicale environnante. Le projet implique la rigueur, le parallélisme et l'alignement de l'hôpital aux axes de voiries, mais une approche bien plus géomorphologique faisant écho aux alizés, aux mornes et à la végétation de l'île. Cette alliance de deux extrêmes n'est pas sans rappeler le domaine hospitalier et l'exercice rigoureux d'équilibre entre la technique et l'humain dans la prise en charge des patients.

En dehors du passage d'une logique verticale à un fonctionnement horizontal, quels repères vous ont permis de réfléchir à la conception architecturale et à son intégration dans le site ?

Notre repère essentiel sur le plan organisationnel reste le plateau technique de l'hôpital. Il est le cœur du système hospitalier. Les autres parties de l'établissement, qu'elles soient médicales ou logistiques, se greffent directement autour de lui. Le deuxième élément structurant dans notre conception architecturale est la « rue Caraïbes », un axe central traversant l'hôpital de part en part qui sert de colonne vertébrale et offre un espace d'accueil agréable et unifié. En réalité il assure une triple fonction de distribution générale en accueillant, au rez-de-chaussée, le flux des consultations et de visiteurs extérieurs sous une couverture protégeant des intempéries et d'un fort ensoleillement, à un niveau inférieur de plain-pied avec la cour logistique, l'axe de distribution logistique de toutes les entités et, à un niveau supérieur, les galeries médicales de liaison, indépendantes et protégées.

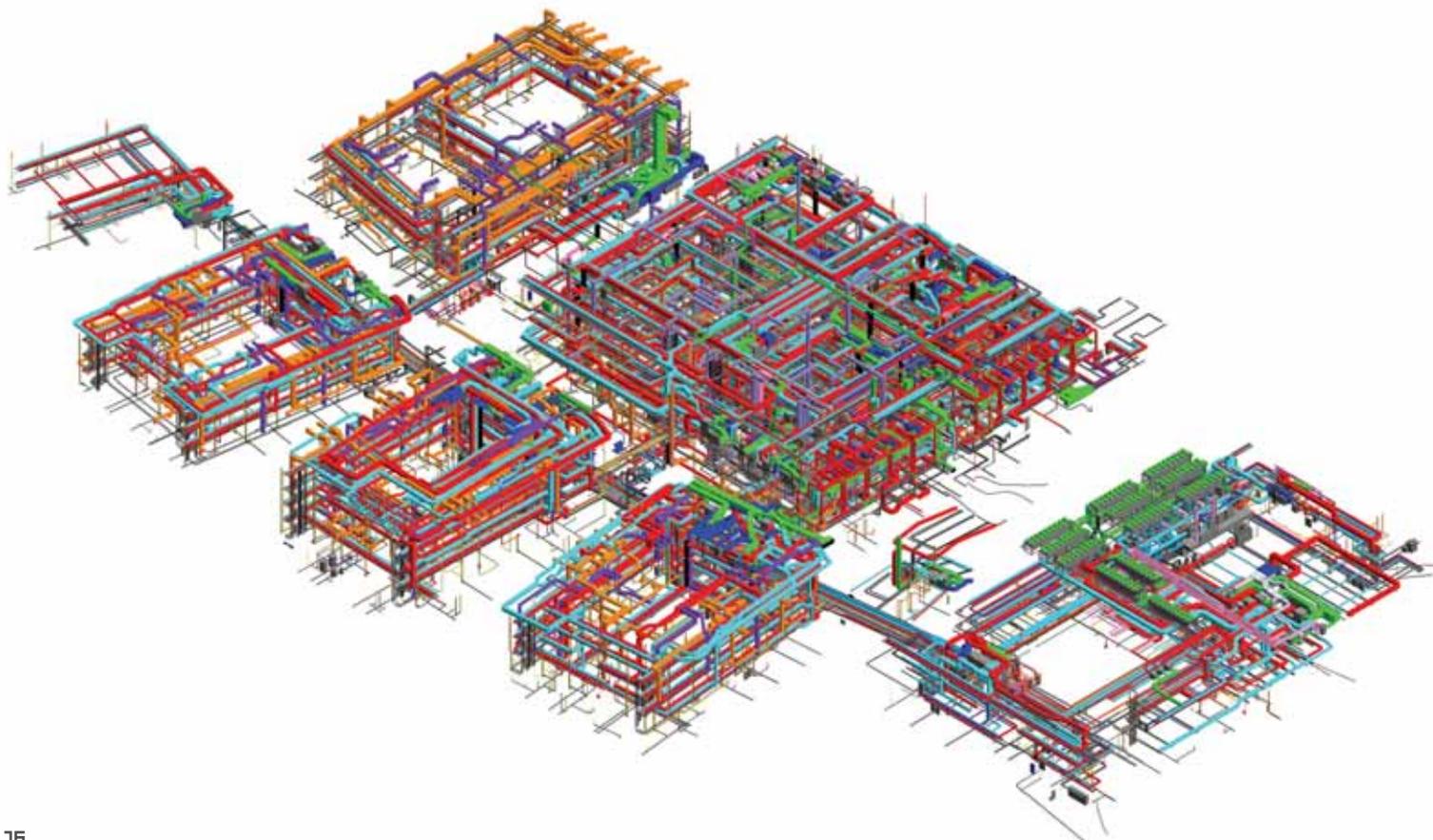
Quelle a été votre réponse architecturale dans le traitement du bâtiment quant au respect de la culture guadeloupéenne ?

Il n'existe pas une typologie architecturale unique propre à la Guadeloupe ou aux Caraïbes. Nous souhaitons éviter de faire de ce projet un paysage antillais de carte postale. La difficulté première est en fait liée à la dimension unique de ce projet de plus de 77.000 m². Il ne pouvait être traité par un bâtiment d'un seul bloc. Le fractionnement de l'hôpital permet de retrouver une échelle équivalente à celle des bâtiments les plus grands de l'île. Durant la phase de concours, notre groupement s'est aussi attaché les compétences d'un historien

et sociologue. Il a apporté de nombreuses réponses à nos questions et nous a aiguillés dans notre conception. Les expériences d'Alain Nicolas et celles de Babel autour du Centre des Arts de Pointe-à-Pitre ont bien évidemment été enrichissantes pour l'équipe. L'identité culturelle guadeloupéenne se traduit par l'organisation des différents bâtiments. La rue centrale est un mode efficace de déambulation dans lequel la plupart des patients passe une journée complète. Les patios intérieurs des bâtiments connectés à cette rue permettent au site de faire écho à une organisation spatiale guadeloupéenne, à la fois privative et connectée à l'espace public, que sont les « lakous » traditionnels. D'autre part, et comme dans la plupart des habitations guadeloupéennes, les hébergements de l'hôpital sont orientés à l'est dans un souci de confort, afin de limiter l'augmentation de la température des espaces. Notre vision était de faire de cet établissement plus qu'un hôpital en Guadeloupe, mais un hôpital guadeloupéen.

A échelle humaine, comment définiriez-vous l'identité visuelle de ce bâtiment ?

La perception à échelle humaine est importante, c'est un type de bâtiment où l'on ne se rend pas forcément par plaisir. Il faut dramatiser les lieux. Lors de son arrivée sur le site, le visiteur est accueilli par des bâtiments en R+1 et R+2. La toiture de la rue Caraïbes est également un élément accueillant et réconfortant pour le visiteur. Notre projet confère un caractère urbain au CHU, avec plusieurs bâtiments à l'échelle humaine, à la fois indépendants et interconnectés.



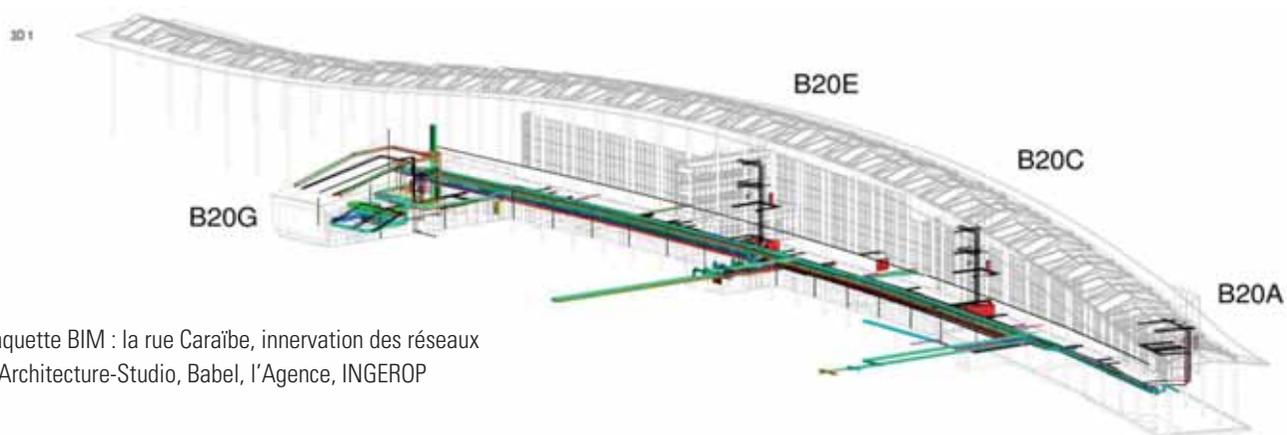
Pouvez-vous nous décrire cet ensemble hospitalier plus en détails ?

L'établissement regroupe dans huit bâtiments toutes les activités hospitalières hormis la psychiatrie, et ses fonctions d'accueil et de supports. Il comprend près de 618 lits et places répartis entre trois structures de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et le pôle Parents-Enfants. La structure même de l'organisation générale et l'organisation des bâtiments n'a pas évolué depuis le concours mais des ajustements capacitaires, rendus nécessaires par la bonne maîtrise de l'adéquation entre besoins et offre de santé, ont fait évoluer son programme. Les fonctionnalités précises de chaque secteur ont été revues avec les utilisateurs dans le cadre d'un pilotage d'lcade, de l'équipe du CHU chargée du projet et de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Les activités médicales sont concentrées autour d'un bâtiment plateau technique regroupant toutes les fonctions lourdes. Ce plateau technique comprend dans sa partie la plus basse les secteurs de radiothérapie, de médecine nucléaire, de stérilisation, la morgue et une unité isolable dédiée aux maladies infectieuses avec un site NRBC (Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique), principalement utilisé pour le traitement de maladies infectieuses telles qu'Ébola. Le rez-de-chaussée regroupe les activités d'urgence, différenciées en fonction des types d'arrivées domestiques et professionnelles et en fonction des prises en charge d'enfants, d'adultes, d'obstétrique ou médico-légales. Cet étage regroupe également l'imagerie avec deux IRM, l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD), un caisson hyperbare et une unité de crise psychiatrique. Le premier étage comprend les salles des blocs opératoires et obstétricaux, les installations d'anatomopathologie et de Procréation Médicalement Assistée (PMA). Au-dessus les étages regroupent successivement des locaux techniques avec les activités de réanimation et d'hospitalisation de néonatalogie, les installations de surveillance continue pédiatrique puis un plateau entièrement dédié aux soins critiques, à la surveillance continue et à la réanimation adulte, enfin le dernier niveau comprend les locaux regroupant les activités des laboratoires. Le toit du plateau technique, quant à lui, accueille une hélistation. L'ensemble du plateau technique de l'hélistation au niveau inférieur est organisé autour d'un axe central de circulations verticales prioritaires dites « rouges ». Deux autres axes verticaux médicaux et logistiques desservent, en parallèle, tous les niveaux. Ce bâtiment en béton repose sur des appuis parasismiques divisant par dix l'accélération sismique. Cette solution parasismique protège les équipements médicaux lourds et sensibles du plateau technique. Elle est une solution innovante et sécurisante dans le prolongement de celles utilisées en Californie, en Italie, en Martinique ou encore au

Japon. Elle permet, y compris pendant le séisme, une poursuite des activités de soins. Le plateau technique reste aussi continuellement connecté aux réseaux de l'hôpital même s'il regroupe certaines redondances techniques.

Qu'en est-il des autres bâtiments de l'hôpital ?

Les autres bâtiments sont également conçus pour que leurs activités puissent être maintenues en cas de séisme majeur. Ils intègrent pleinement les normes parasismiques les plus sévères. Si la définition de la structure est strictement encadrée par les normes, les fluides et le second œuvre nécessitent une attention particulière permettant une définition de bonnes pratiques parasismiques qui dépasse l'environnement normatif. Les dispositions des aménagements et de la maintenance devront également intégrer une réflexion parasismique. Les bâtiments d'hospitalisation et le pôle Parents-Enfants comprennent, dans le niveau inférieur, des locaux techniques, les vestiaires centraux, le service biomédical et les archives. Ces différentes fonctions, avec une installation de dialyse légèrement différenciée, sont connectées à la galerie logistique et placées sous les bâtiments du CHU. En raison de la déclivité du terrain, le rez-de-chaussée fait également office de premier étage pour une partie de cet ensemble. Ce niveau comprend l'accès du public, les consultations et les explorations fonctionnelles. Au-dessus de ce niveau se situent les hospitalisations conventionnelles et les hôpitaux de jour répartis dans des unités neutres offrant une modularité maximale, si ce ne sont quelques installations d'hospitalisation spécifiques comme celles dédiées à l'oncologie. Au milieu du bâtiment central d'hospitalisation, les bureaux des médecins sont regroupés sur un plateau dédié, permettant à la fois les qualités d'échanges et de sérénité d'un travail en commun tout en restant à proximité du patient dont les services sont directement accessibles. Les trois bâtiments interconnectés forment ainsi un système matriciel dans lequel les services sont reliés horizontalement et verticalement. Cette configuration des locaux a été mise en place en collaboration avec les utilisateurs et en accord avec la CME et la direction du CHU. Les acteurs de l'établissement ont été ouverts à nos suggestions, les membres de l'hôpital nous ont accordé une écoute et une confiance très utiles à la bonne mise au point des fonctionnalités. Cette qualité de dialogue a grandement servi la conception du projet. Le travail avec la maîtrise d'ouvrage nous a permis de respecter leurs attentes et de travailler à l'affinement de leurs demandes en proposant des solutions et des évolutions prenant aussi en compte de nombreuses contraintes réglementaires, économiques, techniques et architecturales.



Maquette BIM : la rue Caraïbe, innervation des réseaux
 © Architecture-Studio, Babel, l'Agence, INGEROP

Comment a été traité le volet logistique durant ce projet ?

Le CHU dispose d'ores et déjà d'un pôle logistique hors site. Le bâtiment du futur CHU qui regroupe les fonctions supports sera l'interface locale du pôle logistique. Il regroupe également la production de froid et d'électricité de secours, la pharmacie, le restaurant du personnel, la gestion des déchets, les fonctions d'administration, le SAMU/SMUR, le PC sécurité... Ce bâtiment assure également l'accueil et l'accès du personnel. Il est connecté aux autres par une galerie logistique qui dessert les différents monte-charges et ascenseurs. Au regard des contraintes locales (humidité, maintenance, etc.), le programmiste n'a retenu aucun système de transports automatisé à l'exception d'un réseau pneumatique. Le CHU est organisé comme une structure « à deux têtes » avec, d'un côté les fonctions supports et de l'autre l'accueil du public et des malades couchés – l'orientation, l'admission, le salon de sortie, le service social et la sûreté du site.

Comment avez-vous abordé la gestion des flux ?

Cette gestion devait respecter un principe de base en prévenant tout croisement de flux. La « rue Caraïbes » fait donc office d'artère centrale et irrigue horizontalement et verticalement les différents bâtiments. Au-dessus de cette artère publique, chaque niveau de bâtiment comprend une galerie médicale. Grâce à ce fonctionnement, nous mettons en place des flux médicaux, logistiques, patients et visiteurs superposés et non croisés. Ils sont raccordés à des flux verticaux différenciés, communs ou spécialisés, assurés par des monte-charges, des monte-malades et des monte-personnes. Ces flux ont été modélisés de façon dynamique avec des simulations de circulation permettant d'appréhender ces problématiques de croisement, de temps d'attente et de fluidité de distribution entre les différents points névralgiques de l'organisation hospitalière. Le système d'organisation matricielle que nous avons adopté entre les bâtiments autorise une grande souplesse en matière de gestion des flux. En cas de perte de service d'une circulation horizontale ou verticale, les nombreux embranchements entre circulations permettent de contourner les zones encombrées pour assurer l'avancée des flux au sein de l'établissement. L'éloignement insulaire nous a obligés à concevoir une organisation des flux qui ne soit pas contrainte par des problèmes de maintenance des ascenseurs.

Quels éléments concourent à améliorer le confort du patient dans ce nouvel hôpital ?

Le confort des patients a été un sujet clef lors de la conception du projet. Le CHU et son équipe dédiée au projet y sont particulièrement attentifs. Notre groupement a tenu à respecter le climat et l'environnement du site en proposant un lieu sécurisant et apaisant. La climatisation et la déshumidification des locaux intérieurs sont généralisées. La gestion de la lumière a été un élément important dans l'apport d'une ambiance réconfortante pour l'utilisateur avec des contrastes lumineux très forts. La lumière naturelle a été privilégiée dans les locaux de l'établissement dépassant, dans ce domaine, les exigences réglementaires. Tous les locaux de travail, même d'utilisation ponctuelle, sont naturellement éclairés. Les circulations ont très souvent un rapport à la lumière naturelle comme la majorité des salles d'opé-

ration. La problématique a plutôt été de protéger les utilisateurs d'une lumière naturelle trop forte, l'enveloppe des bâtiments répond aussi à un objectif de protection contre l'éblouissement. Les patios aux thématiques propres à chaque ensemble et l'axe central bénéficient d'ambiances plus tamisées. La création de zones d'attentes et d'accueil confortables, situés au plus près des espaces de consultations, et l'intégration de petites structures ponctuant l'axe principal (boutiques, lieu de culte, espaces d'accueil, etc.) sont des éléments très impactants pour le bien-être du patient à l'hôpital. Ces espaces d'accueil et de prise en charge ont été étudiés en collaboration avec les utilisateurs. Toutefois, bien qu'elle soit nécessaire, l'ergonomie physique ne suffit pas et doit s'accompagner de son pendant numérique. Les technologies mises en place doivent correspondre aux décisions et attentes du personnel de l'établissement, afin de montrer une grande cohérence au regard des habitudes et des impératifs de service. Le CHU a engagé une réflexion dans ce sens. Le travail de synthèse d'Architecture-Studio a notamment consisté à intégrer dès le départ les contraintes techniques et fonctionnelles, en portant une attention particulière à la valeur d'usage et à la cohérence spatiale et esthétique du projet. Le confort du patient passe également par une signalétique efficace. Babel, accompagné d'une équipe de spécialistes, nous a très tôt engagés dans des réflexions sur la façon de guider le patient dans un tel ensemble de bâtiments, afin que son trajet soit simple et fluide. Aussi, le projet développe un système d'adressage et de numérotation des éléments de services et de consultations vis-à-vis de l'axe central qu'est la rue Caraïbes. Ce fonctionnement est à l'origine d'un mode de repérage de type urbain au sein de l'hôpital, permettant une meilleure appropriation des lieux. Cette qualité est importante aussi bien pour les visiteurs que pour le personnel. La qualité des espaces de travail pour le personnel est une préoccupation de notre équipe en soit. Elle concerne des sujets très variés du rapport à la lumière naturelle à l'ergonomie du mobilier en passant par la qualité des revêtements de sol.

Quels types de matériaux avez-vous sélectionnés pour ce projet ?

La volonté des acteurs hospitaliers était de disposer d'un établissement performant et simple d'entretien. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) de Pointe-à-Pitre a été particulièrement vigilant sur les sujets d'hygiène des matériaux et des équipements. Notre réponse tient également compte des contraintes hospitalières classiques en matière de fiabilité et de maintenance, mais avec une recherche constante de cohérence esthétique et environnementale. Nous avons également tenu compte du caractère insulaire du projet lors des différents choix de matériaux, excluant de fait certaines solutions trop contraintes par le transport maritime. À l'extérieur, les contraintes liées à l'humidité et à la salinité, combinées aux risques cycloniques, ont orienté le choix de l'aluminium et de l'inox. Nous avons, aussi commencé à travailler de façon assez spécifique la colorimétrie de cet hôpital en prenant en compte la culture guadeloupéenne des couleurs.

Dans quelle mesure ce projet s'inscrit-il dans une démarche de développement durable ?

Notre démarche de développement durable intègre, prioritairement, la dimension sociale de l'hôpital. L'urgence et les gains en termes de santé et de sécurité justifient l'investissement nécessaire à sa mise en œuvre, qui aura d'évidentes retombées sur l'économie insulaire. Sur le plan environnemental, notre conception limite la consommation énergétique, en particulier grâce aux protections vis-à-vis du rayonnement solaire, à la fois horizontales (surtoitures et rue Caraïbes) et verticales (pré-façade). Ces protections constituent un véritable bouclier thermique permettant une limitation des coûts d'exploitation et de maintenance. La température de l'air est constante et sans extrêmes, l'apport énergétique externe le plus important est celui du rayonnement solaire. L'enveloppe verticale en aluminium a pour fonction d'apporter cette isolation thermique en ombrant les façades sans nuire à la vue des chambres. La structure en béton reste en permanence à l'ombre évitant ainsi l'accumulation de la chaleur. L'enveloppe verticale sert aussi à protéger le bâtiment d'éventuels projectiles en cas de cyclone. Au regard de l'environnement climatique tropical du site, les protections extérieures ne peuvent pas être mobiles et encore moins motorisées. Elles ont fait l'objet d'une recherche architecturale et technique associant l'ensemble des acteurs de la conception. Ensemble, nous avons défini une esthétique apportant les protections nécessaires. Les caractéristiques de l'enveloppe que nous avons développée participent aux qualités environnementales des bâtiments et à la réduction de la consommation énergétique de l'hôpital. Beaucoup d'autres aspects concourent à une démarche environnementale exigeante : production d'eau chaude sanitaire par récupération, panneaux solaires, chantier vert, mais aussi acoustique ou choix des matériaux. La gestion technique du bâtiment (GTB) facilite et optimise l'exploitation mais reste surtout simple et exploitable. Trop de GTB d'hôpitaux se sont avérées disproportionnées et inutilisables.

Comment avez-vous aménagé les espaces extérieurs ?

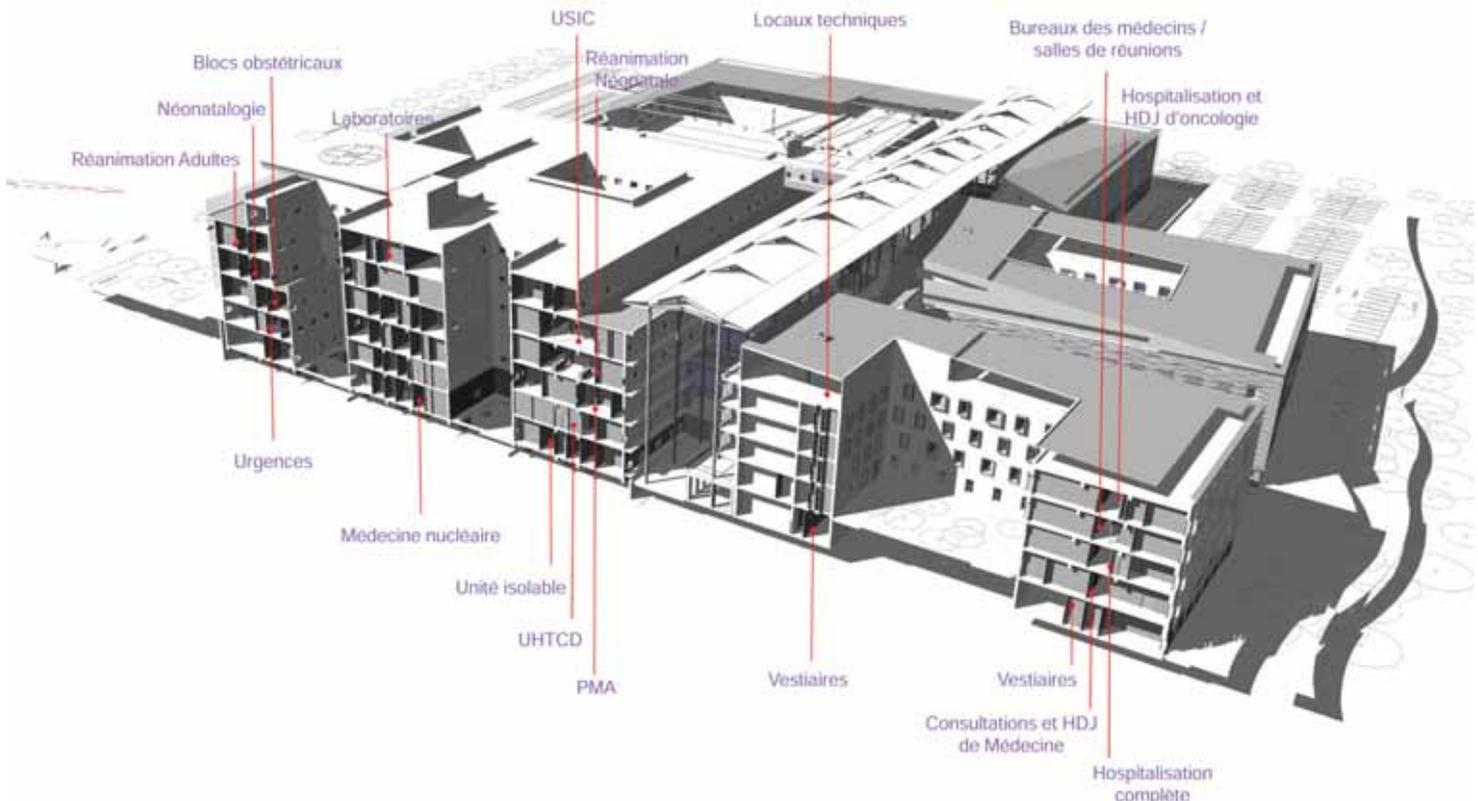
Avec les paysagistes et ingénieurs VRD, nous avons conçu les espaces extérieurs selon une division conceptuelle Est-Ouest et une autre, fonctionnelle, Nord-Sud. À l'est les alizés, l'espace paysager devant les chambres d'hospitalisation, et à l'ouest la structure urbaine alignée plus minérale, avec les différents accès. L'hôpital marque le début d'un plan d'urbanisation maîtrisé. Au sud se trouvent les parkings visiteurs et les espaces d'accueil public et, au nord, les espaces d'entrée et de stationnement du personnel et de la logistique. Les espaces extérieurs ont également été pensés pour répondre à des contraintes purement techniques de gestion des eaux pluviales sur les terrains en amont, avec la mise en place d'un grand bassin en partie basse du site. Le concept paysager s'appuie sur la végétation tropicale guadeloupéenne. Les différents cheminements ont été particulièrement traités y compris par un éclairage nocturne modulé.

Quel est le calendrier prévisionnel pour la phase de travaux ?

Les travaux de préparation et de terrassement débutent en 2016 ; les travaux généraux commenceront en 2017 et devraient être achevés en 2021. Le nouveau directeur général du CHU a récemment confirmé l'importance du respect de ce calendrier.

Quelle est la clé de la réussite d'un tel projet ?

Le travail en commun au sein du groupement de la maîtrise d'œuvre et sa collaboration avec la maîtrise d'ouvrage sont des éléments essentiels pour mener à bien ce type de projet. La confiance mutuelle et le respect des rôles de chacun sont primordiaux ainsi que le respect des processus normés de travail. Nous avons la chance d'évoluer dans un très bon cadre humain. Nous espérons que cette qualité se poursuivra avec les entreprises de construction pour cet établissement aux enjeux de santé et territoriaux fondamentaux dans un environnement économique particulièrement contraint.









Hospitalisation et salles de réunion © Architecture-Studio, Babel, l'Agence / MORPH

Le rôle du mandataire du CHU

« Pour que les équipes collaborent dans les meilleures conditions, nous avons mis en place plusieurs pôles de coordination »



Entretien avec **Philippe Laborda**, directeur de projet, et **Jean-Claude Meunier**, directeur régional Antilles Guyane

Le projet de nouvel hôpital du CHU de Pointe-à-Pitre...

Ce projet a été initié en 2004 par la direction de l'établissement. La reconstruction complète de l'hôpital devenait nécessaire au regard de l'état des installations actuelles. L'infrastructure est aujourd'hui vieillissante et ne répond plus aux normes techniques et structurelles, par rapport aux contraintes parasismiques de la région et dans son fonctionnement. Le nouvel hôpital symbolise un meilleur outil, permettant à la Guadeloupe et à la région caribéenne de disposer d'un établissement de santé particulièrement performant.

Quel est le rôle d'Icade dans ce projet de nouvel hôpital ?

Icade a été retenu très en amont du projet, dès 2003, avant même l'établissement du plan directeur et des études de programmation. En 2010, il a été retenu en groupement avec Semsamar, société d'économie mixte locale, dans le cadre de la consultation du mandat de maîtrise d'ouvrage. Une fois obtenu, ce mandat donne au groupement des responsabilités sur les aspects techniques, administratifs, juridiques et financiers du projet.

Avec quels acteurs avez-vous collaboré pour la définition du programme de ce projet ?

L'établissement a d'abord souhaité définir la meilleure option entre une reconstruction complète de l'établissement, une restructuration sur site ou une alliance de ces deux types d'opérations. En 2007, le choix de la reconstruction a été retenu car le site actuel ne dispose pas des ressources suffisantes pour assurer la tenue d'opérations tiroirs nécessaires à une rénovation sur site. Dans un premier temps, nous avons travaillé à partir du projet médical établi par la communauté médicale de l'établissement, afin de définir clairement les organisations des différents pôles du futur hôpital.

Avez-vous rencontré des difficultés majeures durant cette phase du projet ?

Dès le départ, le projet a bénéficié d'un travail consensuel et des travaux préalables impressionnants réalisés par les présidences successives de la CME de l'hôpital. La communauté médicale a toujours été présente dans les réflexions et a systématiquement adhéré au projet. Ce nouvel hôpital implique, certes, des changements de culture et une évolution de la vision de chacun, mais ses nombreux atouts et les améliorations qu'il représente pour les équipes du CHU, en font un projet très suivi et soutenu. Nous avons, néanmoins, rencontré des périodes difficiles au cours du développement de ce projet car il représente un investissement très important. Il a véritablement pu être concrétisé après la décision de l'Etat de financer ce projet en intégralité. D'autre part, la perspective de changement inquiète facilement les équipes qui, depuis sa création, se sont habituées aux nombreuses difficultés que pose leur établissement actuel peu adapté à leurs activités. Il revient alors à l'équipe en charge du projet et à la direction de l'hôpital de mettre en valeur les améliorations qu'apportera le nouvel hôpital pour leur exercice au quotidien et la prise en charge du patient.

Comment la conduite de projet est-elle organisée ?

ICADE est mandataire du groupement ICADE/Semsamar. A ce titre ICADE est l'interlocuteur du CHU en charge de la mise en place des prestataires intellectuels, du suivi des études et bientôt des travaux. Le rôle de la Semsamar est limité en phase études, il sera accentué durant la phase chantier. Notre rôle de mandataire comprend également l'accompagnement et la sécurisation du projet depuis le concours, grâce à nos compétences juridiques et à l'assistance globale que nous apportons à la maîtrise d'ouvrage.

Comment parvenez-vous à coordonner les acteurs engagés dans ce projet ?

Pour mener à bien ce projet particulièrement complexe, nous avons de nombreux partenaires et mobilisons, en interne, de nombreux intervenants spécialisés dans les différents aspects liés à cette opération. Pour que les équipes collaborent dans les meilleures conditions, nous avons mis en place plusieurs pôles de coordination. La coordination interne incluant le management de nos équipes, assurée par Philippe Laborda, permet à Icade de répondre aux besoins du projet. Il assure également l'interface avec le CHU et particulièrement l'Equipe Projet chargée de relayer l'information aux différents services de l'établissement. Un Comité de Pilotage Technique, présidé par le sous-préfet de Pointe-à-Pitre et impliquant tous les services de l'Etat et des collectivités, se réunit de façon régulière. Il permet de coordonner les actions des différents services notamment durant les phases de préparation et d'instruction du permis de construire.

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la conduite de ce projet ?

Les difficultés majeures que nous rencontrons sont essentiellement dues aux contraintes extrêmes qui s'imposent au projet (séisme, cyclone) et à l'éloignement géographique. Nous menons un travail d'infrastructure important avec la communauté d'agglomération pour définir un calendrier optimal pour les différents projets entrepris par les instances du territoire pour accompagner efficacement l'arrivée

du nouvel hôpital. Le terrain retenu par la direction pour accueillir le nouveau CHU doit être aménagé (voiries, recalibrage des réseaux, etc.). De par son rayonnement, l'arrivée du CHU attire d'autres projets d'habitation et d'activités diverses proposés par des acteurs différents. Chacun défend son projet auprès de la communauté d'agglomération qui doit statuer afin de mettre en œuvre un programme de développement global cohérent.

Quel est l'état d'avancement du projet ?

Les études ont démarré depuis le début de l'année 2013 et la signature du contrat de maîtrise d'œuvre. Après la réalisation de l'Avant-Projet Sommaire, nous devons maintenant finaliser l'Avant-Projet Détaillé. La dernière phase d'études sera développée au premier trimestre 2016 pour un début des travaux tous corps d'Etat mi-2017. Nous envisageons de démarrer les travaux de terrassements au premier trimestre 2016 pour profiter de la saison sèche.

Quelles sont les clés de la réussite d'un tel projet ?

Sur le plan technique, il est important de pouvoir compter sur des partenaires fiables et sérieux, disposant de grandes compétences et de capacités suffisantes en matière de production et d'effectif. La volonté commune est essentielle et tous les acteurs doivent partager une vision et un objectif communs. La nécessité, la réalité et l'objectif d'un tel projet doivent être clairement établis et indéniables pour pouvoir bénéficier de l'adhésion générale et du soutien des personnes concernées par ce projet, véritables moteurs de son développement. Mais, outre cette motivation et l'engagement de chaque acteur impliqué dans le projet, ce dernier ne peut voir le jour sans financement.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

Jean-Claude Meunier : L'hôpital de demain devra être très technique afin de diagnostiquer individuellement l'état de santé du patient et traiter toujours plus efficacement les problématiques de santé. Les difficultés financières face auxquelles se trouvent les acteurs du domaine de la santé et les instances décisionnelles, ne nous permettent plus de construire des structures imposantes qui soient à la fois des outils techniques et des espaces d'hébergement. Aussi, l'hôpital de demain sera impacté par notre réponse à ces problématiques de réduction des coûts entraînés par la prise en charge médicale.

Philippe Laborda : L'hôpital de demain sera forcément numérique. Aujourd'hui, nous rencontrons des difficultés à nous projeter car ce domaine évolue particulièrement vite. Nous entretenons les discussions et raisonnons en fonction des avancées technologiques en la matière mais l'avenir reste très incertain quant à l'évolution de ces outils numériques. Il nous faut donc définir des limites raisonnables et respecter une enveloppe financière, y compris dans le développement des solutions numériques et prendre en compte les nombreuses problématiques liées à l'activité de l'hôpital. De même, le nouvel établissement permettra au CHU de développer d'avantage son activité d'ambulatoire, une perspective d'avenir dans le domaine de santé.



Le nouvel hôpital sur le site de Chambéry - Crédit Brunet Saunier Architectes

Centre Hospitalier Métropole Savoie : faire rimer qualité des soins et confort hôtelier

Issu de la fusion au 1^{er} janvier 2015 des hôpitaux de Chambéry et Aix-les-Bains, le Centre Hospitalier Métropole Savoie propose une offre de soins complète avec ses 1100 lits et places de médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique et soins de suite et réadaptation, et ses 700 lits d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD et USLD) répartis sur plusieurs sites à Chambéry et Aix-les-Bains. Quatrième centre hospitalier après les trois CHU de la région Rhône-Alpes, le CH Métropole Savoie emploie 4 200 professionnels et réalise environ 280 hospitalisations et séances (hôpital de jour, radiothérapie, dialyse...) par jour. Il s'agit de l'établissement public de santé référent d'un bassin de santé correspondant au département de la Savoie et au secteur de Belley (Ain).

Pour mener à bien ses missions, le CH Métropole Savoie peut désormais compter sur le nouvel hôpital de Chambéry qui a ouvert ses portes en octobre. Cette nouvelle structure remplace le bâtiment Jacques Dorstter, mis en service en 1972 et dont les installations vieillissantes et la structure interne devenue inadaptée ne pouvaient plus répondre à l'évolution des besoins des prises en charge hospitalières. Le nouvel hôpital, dont la construction avait débuté en janvier 2011, regroupe aujourd'hui toutes les activités de médecine et de chirurgie en liaison avec le bâtiment de l'Eveillon, qui abrite la maternité, le service néonatal, le bloc chirurgical central et la stérilisation.

Note de la rédaction : « les entretiens de ce reportage ont été réalisés avant l'été »



Entretien avec **Guy-Pierre Martin**, directeur général, et **Sylvia Gotteland**, directrice adjointe

Le Centre hospitalier Métropole Savoie...

L'établissement est né le 1^{er} Janvier 2015 de la fusion des Centres Hospitaliers d'Aix-Les-Bains et de Chambéry. Cette fusion est le résultat de nombreuses années de collaboration entre ces deux

institutions, le rapprochement ayant pris une dimension supplémentaire en 2011 avec le regroupement sous une direction commune. Dès 2013, l'échéance du 1^{er} janvier 2015 a été fixée pour établir une véritable fusion entre les deux structures. Ce rapprochement inclut des aspects organisationnels et juridiques, ainsi qu'un travail important sur le contenu des activités développées dans les deux établissements. Depuis la mise en place d'une direction commune, notre principal objectif est de dynamiser et de développer le site d'Aix-Les-Bains en complémentarité avec celui de Chambéry. L'étape de la fusion juridique est aujourd'hui achevée et la mise en place de l'activité est bien engagée. Cependant, une fusion requiert au quotidien comme au long cours une vigilance et un investissement constants afin de développer les deux sites hospitaliers.

Quelles sont les conséquences de cette fusion sur le positionnement du centre hospitalier sur le territoire de santé, notamment en matière d'activité et de mission de proximité ?

Avant même la mise en place de cette fusion, le Centre Hospitalier de Chambéry a toujours été considéré comme l'établissement de référence au sein de son territoire, comprenant le département de la Savoie et le secteur de Belley, dans l'Ain. Le regroupement avec l'hôpital d'Aix-Les-Bains a permis de renforcer ce positionnement. Nous avons ainsi pu mettre en place une meilleure couverture de soins de proximité sur le nord du département, d'Aix-Les-Bains jusqu'aux limites de la Haute-Savoie. Certaines activités spécifiquement développées au sein de l'établissement d'Aix-Les-Bains sont absentes des installations de Chambéry, comme par exemple la rhumatologie. Aussi, cette fusion permet le développement d'une grande complémentarité entre les deux établissements, en cohérence avec la mission de référent territorial qu'avait auparavant l'hôpital de Chambéry. Un rôle aujourd'hui tenu et renforcé par le Centre Hospitalier Métropole Savoie.

De quand datent les premières réflexions autour de cette fusion ?

L'idée de la fusion est apparue lors de la mise en place d'une direction commune pour les deux établissements. Nous avons commencé à aborder concrètement cette fusion et à mettre en place des échéances à compter de 2013. Auparavant, nos hôpitaux entretenaient déjà des démarches de coopération et de complémentarité. Par ailleurs, certains décideurs ne craignaient pas cette fusion mais, au contraire, l'avaient analysée comme une piste de développement intéressante pour l'hôpital d'Aix-Les-Bains. Les maires des deux villes concernées avaient compris que cela entraînerait un développement et une amélioration de l'offre de soins sur le bassin aixois. Au plan politique, la décision a donc été unanime. Cependant, elle ne s'est pas imposée naturellement et a nécessité des discussions. Certains agents et médecins de l'hôpital d'Aix-les-Bains craignaient, notamment, une perte d'identité. La fusion n'est pas un processus anodin dans le sens où il implique l'abandon d'une partie de son image, avec un impact sur le plan politique ainsi que sur les relations avec les territoires et les populations prises en charge.

Quels ont été vos arguments forts en tant que dirigeants pour motiver vos collaborateurs dans l'avancement du projet ?

Notre principal argument reposait sur la pérennisation et le renforcement de la complémentarité des deux sites hospitaliers impliqués dans la fusion. A travers ce projet, nous avons recherché un gain d'efficacité important et global, même si la fusion se traduit, en grande partie, par le développement d'activités médicales sur le site d'Aix-les-Bains. De plus, faire vivre deux établissements distincts sous une direction commune s'avère particulièrement complexe si les outils et systèmes d'information diffèrent. Cette fusion implique donc la mise en place d'un système d'information unique pour les deux établissements. Par ailleurs, le site aixois est disparate et certains de ses éléments souffrent d'une grande vétusté, tandis que l'établissement de Chambéry achève un cycle de reconstruction majeur. De ce fait, pour les dix prochaines années, le site d'Aix-les-Bains aura besoin d'investissements et d'opérations de restructuration immobilière qu'il ne peut financer seul. Dans ce contexte, l'ensemble hospitalier créé par la fusion, poursuivant un objectif marqué de restructuration de ses infrastructures à dix ans, est le gage d'une meilleure efficacité et, par extension, d'une plus grande rapidité de réalisation des travaux de rénovation du site aixois. Le Centre Hospitalier Métropole Savoie est un unique établissement sur le plan juridique, à la fois restructuré et reconfiguré avec des activités localisées en cohérence

et complémentarité et non en concurrence. Dans cette situation, chacun des deux sites ne peut que mieux remplir ses missions. Enfin, la fusion a pérennisé l'établissement aixois ainsi que son attractivité. Son attachement à un ensemble hospitalier reconnu sur le plan régional lui permet de renforcer son image et favorise le partage de ressources et de compétences entre les deux hôpitaux. Ainsi, par exemple, les postes médicaux vacants du site d'Aix-les-Bains sont aujourd'hui plus facilement pourvus.

Quels sont les enjeux managériaux d'une telle fusion ?

L'enjeu majeur de cette opération est le renforcement de la mission de service public des deux établissements. Notre objectif est donc de proposer une offre de soins la plus efficace possible sur un bassin de proximité de 220.000 habitants comprenant l'agglomération de Chambéry et d'Aix-les-Bains et de répondre, plus largement, aux besoins de recours d'un territoire de près de 470.000 habitants. Le renforcement des missions de chaque établissement par une meilleure complémentarité dans leurs activités respectives est déjà un objectif managérial important car il définit une stratégie claire sur le moyen et long terme. Au-delà du maintien d'un service public efficace, ces enjeux peuvent impliquer des éléments d'efficacité indirectement liés à la fusion comme la restructuration de certaines fonctions supports comme les achats et le linge. Dans ce contexte, la blanchisserie vétuste d'Aix-les-Bains sera fermée et intégrée dans une blanchisserie interhospitalière.

Le site d'Aix-les-Bains rencontrait-il des difficultés de recrutement avant cette fusion ?

L'établissement avait effectivement quelques difficultés à recruter des médecins, avec une augmentation du nombre de postes vacants, y compris dans ses domaines d'activités d'excellence comme la rhumatologie, unique service dédié sur le territoire de Savoie. Aujourd'hui, les praticiens sont bien plus attirés par ce site dorénavant en lien avec l'hôpital de Chambéry. L'établissement a récemment recruté trois rhumatologues afin de remplacer les départs en retraite et de dynamiser son service.

Quel est l'état de santé financière du Centre Hospitalier Métropole Savoie ?

Le Centre Hospitalier Métropole Savoie étant récent, la situation financière des deux sites qui le composent peut encore être distinguée. Depuis 2011, l'établissement d'Aix-Les-Bains, quant à lui, basculait dans une situation déficitaire. Aujourd'hui, il parvient de nouveau à dégager un excédent et un taux de marge brute convenables. Quelques mois après la fusion, cette situation d'équilibre financier est rassurante. Quant au site de Chambéry, il maintient son équilibre financier depuis près de 10 ans. Cette santé financière lui a d'ailleurs permis de dégager une marge brute capable de soutenir la construction du nouvel hôpital au-delà de la part habituelle. Cependant, l'établissement pourrait se retrouver pénalisé par une perte d'activité au moment du transfert dans le nouvel hôpital, sur le site de Chambéry. Aussi, nous espérons la minimiser en gérant le plus justement les opérations de déménagement. Pour la construction elle-même, notre plan de financement est resté identique depuis sa présentation en 2008, lors du dépôt de dossier dans le cadre du Plan Hôpital 2012. Nous maintenons notre perspective de 230 M€ de coût global, toutes dépenses confondues. La conception-réalisation nous a permis de respecter cette enveloppe. Nous avons également bénéficié de facteurs favorables comme un indice à la construction évoluant raisonnablement et des taux d'intérêt plus intéressants. Une conjoncture encourageante, favorisant le maintien de nos prévisions budgétaires.

Quelle importance accordez-vous aux coopérations avec les acteurs de santé publique et privée du territoire ?

L'arc alpin comprend différentes entités majeures en matière d'offre de soins dont le CHU de Grenoble, le CH Métropole Savoie, le CH d'Annecy et les établissements de santé lyonnais. Or, nous constatons des flux croisés de patients très limités entre établissements. Ils concernent presque exclusivement les transferts de patients nécessitant des traitements indisponibles dans certaines structures. Cette situation n'est pas due au fait que les acteurs de santé ne souhaitent pas collaborer ensemble, mais témoigne plutôt de l'efficacité de chacun dans sa mission de soins de proximité. Les Hospices Civils de Lyon ont, pour leur part, toujours été un centre d'attraction fort pour Chambéry. La ville a même été un lieu de référence prioritaire pour certaines disciplines. Ces relations historiques ont néanmoins été rééquilibrées. Aujourd'hui, nos coopérations sont très importantes avec le CHU de Grenoble et moindres avec les établissements lyonnais. En dehors de l'offre publique de soins, notre établissement entretient une concurrence cordiale avec les acteurs privés du territoire. La reconstruction et la croissance de la Clinique Médipôle de Savoie ont renforcé l'offre de soins privée, notamment avec l'obtention d'une autorisation de pratiquer l'urgence. Cependant, d'autres cliniques ont également été touchées, comme la Clinique chambérienne Générale de Savoie disparue en 2010 ou la Clinique Herbert d'Aix-les-Bains, restructurée durant la même période. Ainsi, la Clinique Médipôle de Savoie et le CH Métropole Savoie ont tous les deux bénéficié de ces recompositions.

Dans quel état se trouve la filière gériatrique du centre hospitalier Métropole Savoie ?

La filière gériatrique intrahospitalière sur le site de Chambéry est complète. L'hôpital compte l'ensemble des services nécessaires à la prise en charge de la personne âgée valide ou dépendante. L'ouverture du nouvel hôpital marquera l'augmentation capacitaire de 20 à 24 lits de son unité de court séjour gériatrique. Cette capacité reste contrainte au programme initial réalisé en 2007 lors de la conception du bâtiment. En revanche, la filière gériatrique est à compléter sur le site aixois. L'hôpital ne comprend aucun service de médecine gériatrique et nous souhaitons assurer la mise en place d'un court séjour gériatrique d'une capacité de 14 lits à compter de l'automne 2015. En complémentarité de cette offre, nous devons envisager la mise en service d'une unité mobile de gériatrie. Ainsi, le site d'Aix-les-Bains disposera également d'une filière de gériatrie intrahospitalière complète avec une unité mobile de gériatrie, un court séjour gériatrique, un plateau de réadaptation et des lits d'hébergement. A moyen terme, il nous faut engager une réflexion autour d'un partenariat et d'une complémentarité entre les filières des deux sites du Centre Hospitalier Métropole Savoie. La filière extrahospitalière, quant à elle, comprend le réseau ville-hôpital et les collaborations entre établissements de santé publique. Le territoire compte deux filières de référence. La première, portée par le CH Métropole Savoie, couvre la vallée de la Maurienne, notamment Chambéry, l'avant-pays savoyard, Aix-les-Bains ainsi que le nord du bassin aixois. La seconde est portée par le Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers et couvre la vallée de la Tarentaise. Cette organisation territoriale a eu pour conséquence de placer en retrait le secteur de Belley. La problématique concernant notamment ses structures d'hébergement relève d'un cofinancement impliquant l'Assurance Maladie et le Conseil Général de l'Ain dont dépendent les établissements de santé du secteur. Cet obstacle est important car il exclut en partie Belley du réseau mis en place sur le territoire. Cette filière gériatrique a été développée via un plan d'actions pluriannuel suivi par le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé. Nous constatons aujourd'hui une insuffisance capacitaire en matière de soins de suite et de réadaptation (SSR). La filière d'aval est clairement insuffisante et ne permet pas aux établissements de santé de dégager une capacité

de court séjour afin de réduire leur durée moyenne de séjour. Dans ce contexte, le CH Métropole Savoie pourrait développer des SSR pour répondre aux besoins de la population sur le territoire. Pour cela, nous devons disposer des autorisations et des financements adéquats. Or, actuellement, l'activité de SSR fait toujours l'objet d'une dotation globale.

Existe-t-il des projets liés à la modernisation des infrastructures accueillant les personnes âgées ?

La mise en service du nouvel hôpital marque le terme du plan de réhabilitation et d'urbanisation du site de Chambéry. Pour le site d'Aix, certaines des installations les plus vieillissantes ne correspondent pas aux normes hôtelières standard et aux attentes des familles de patients. Nos réflexions autour de la réhabilitation de l'hôpital d'Aix-les-Bains concernent donc l'ensemble du site et non uniquement les structures dédiées à l'accueil de personnes âgées. Cette opération se fera par l'élaboration d'un schéma directeur immobilier qui concernera également les espaces d'hébergement ainsi que les services de SSR. Certaines opérations de réaménagement avaient déjà été effectuées sur le site aixois, notamment pour le court séjour mais l'hébergement n'a pas connu d'opération d'envergure depuis plusieurs années. Les établissements de Chambéry et d'Aix-les-Bains ne faisant plus qu'un aujourd'hui, il est normal de rétablir l'équilibre en modernisant l'ensemble de leurs infrastructures.

Quand le projet du nouvel hôpital de Chambéry a-t-il débuté ?

Nos premières études liées à ce projet nous ont permis d'anticiper clairement le coût de l'opération que nous avons estimée à 230M€, en incluant également la démolition du bâtiment Jacques Dorstter. Il s'agit d'un nouvel hôpital de 671 lits et places avec un objectif de 80% de chambres individuelles. Le plateau technique préserve l'existant et l'agrandit, notamment par la mise en place d'une IRM supplémentaire installée après l'ouverture et l'acquisition d'un robot chirurgical Da Vinci de dernière génération. Par anticipation, notre programme prévoyait l'ajout d'un troisième accélérateur de particules. Une décision judicieuse puisque cet appareil a été intégré au nouvel hôpital dès 2013. Le projet représente 73.000m² répartis sur 8 niveaux offrant ainsi bien plus d'espace que le bâtiment Jacques Dorstter très contraignant avec ses 40.000m². Cet espace supplémentaire comprend également un parking souterrain particulièrement nécessaire de par le positionnement du bâtiment en centre-ville, entraînant de nombreuses problématiques de stationnement. Notre projet Plan Hôpital 2012 a été validé en 2009. La même année, nous avons sélectionné le projet de conception-réalisation de GTM Vinci (constructeur), Brunet Saunier (architectes) et Egis (bureau d'études). A la suite d'une phase d'études, les travaux ont pu débuter au printemps 2011 par la démolition du site et le bâtiment finalisé a été livré le 15 juillet 2015. Après la réception du nouvel hôpital, nous devrions organiser le transfert à partir de la fin du mois de septembre. Le déménagement est prévu sur cinq semaines à partir de la fin du mois de septembre. Il concerne toutes les activités du bâtiment Jacques Dorstter, auxquelles s'ajoute le transfert des laboratoires de cytogénétique et d'anatomopathologie ainsi que des services d'hospitalisation à domicile (HAD), de court séjour gériatrique et l'unité douleur - soins palliatifs, tous situés sur le site de l'Hôtel-Dieu. Ces opérations se feront en deux temps et sur de courtes échéances. Depuis plus d'un an, nous travaillons à la définition des organisations de travail dans ce nouvel hôpital, à l'architecture bien différente de celle du bâtiment Jacques Dorstter. Pour accompagner pleinement les équipes, nous avons élaboré un guide méthodologique pour les opérations de transfert. De juin à mi-septembre, nous avons assuré une phase d'appropriation englobant l'ensemble du personnel afin qu'il maîtrise et connaisse les nouvelles installations, et puisse ainsi emménager dans les meilleures conditions.



CONNAISSEZ-VOUS... Le film anti-microbien ?



Connaissez-vous le film anti-microbien Hexis ?

Il est très urgent de réduire les infections nosocomiales dans les services de santé en garantissant le plus haut niveau d'hygiène et de sécurité des patients. Le film PVC transparent d'Hexis empêche le développement et la prolifération de nombreux microbes 24h/24 et 7j/7. Conformément aux tests effectués sous la norme ISO 22196, plus de 90% des microbes tels que l'E. coli, le Staphylocoque doré et le SARM sont contrôlés.

Spécificités:

Couleur : transparent
Épaisseur : 30 µm
Plage de températures : de 10°C à 40°C
Classement au feu : très haute résistance (M1)

Autres avantages

Le film peut être posé et retiré facilement sur un grand nombre de surfaces, quasiment sans aucune modification de structure. De plus, le besoin de nettoyages agressifs et de maintenance est considérablement réduit.



Zones d'application

Le film peut être posé sur tous les supports lisses, que ce soit dans les couloirs, les chambres, les blocs opératoires ou les banques d'accueil : murs, fenêtres, portes, poignées de porte, écrans, tables, chaises, lits...

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à nous contacter !



Décoration / Occultation
Protection solaire
Isolation
Economie d'énergie
Design



63, rue Pré Pagnon
Z.I Les Landiers Nord
73000 CHAMBÉRY
Tél: 04 79 68 99 54
Fax: 04 79 62 96 64
contact@decilab.com



Les films bâtiment, un large éventail de solutions !

www.decilab.com



SavoieDéchets
SYNDICAT MIXTE DE TRAITEMENT DES DÉCHETS



Infographie - Photos : en/Wiki, L. Buissonnet - Agence 111

SPÉCIALISTE DU TRAITEMENT DES DÉCHETS

■ ménagers ■ industriels et hospitaliers

Chaque année, plus de 2500 tonnes de **déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)** sont incinérées dans notre Unité de valorisation énergétique et de traitement des déchets certifiée ISO 14001.



338, rue de Chantabord - CS 22425 - 73024 Chambéry cedex
Tél. 04 79 68 35 00 - contact@savoie-dechets.fr
www.savoie-dechets.fr



ONET
PROPRETÉ ET SERVICES

Agence de Chambéry
Chemin du Gas - Zone Industrielle
73420 Voglans
Tél. : 04 79 54 44 28

www.onet-propreteetservices.com



HYGIENE PROPRETE

Mr YAKOUBI : 06 20 69 89 51

16, chemin des Cornets - 69700 GIVORS
Tél. 04 72 49 90 31 - Fax 04 78 73 36 42
yakonet.nettoyage@poste.net

Comment appréhendez-vous l'hypothétique perte d'activité due à un déménagement d'une telle ampleur ?

Avant tout, nous faisons en sorte que cette perte soit la plus faible possible. Certains indicateurs nous permettent d'envisager un ralentissement de l'activité avant la date de déménagement prévue pour chaque service afin de réduire le nombre de patients à transporter et d'opérer ce transfert dans les meilleures conditions. L'ordonnement et les opérations de déménagement ont été répartis sur cinq semaines. Nous avons pu identifier le volume matériel et le nombre de patients à transférer pour chaque service afin de définir un nombre de jour précis pour réaliser ces opérations. Un certain nombre de prérequis ont été désignés, parmi lesquels une décélération nécessaire de l'activité. Nous avons fixé des seuils de 10 à 20% de l'activité au maximum durant un nombre de jours prédéfini pour chacun des secteurs. Ces choix feront l'objet de négociations avec les équipes d'encadrement et les chefs de service. Dès lors, nous sommes pleinement en capacité de valoriser la perte d'activité correspondante. Cette démarche est cruciale car la perte d'activité a des enjeux importants en matière de résultats et d'activité pour l'établissement. A la suite du transfert, nous programmons également la reprise de l'activité. Celle-ci reste bien plus complexe à anticiper car dépendant de la qualité de la réception du bâtiment. Si le transfert est réalisé dans de bonnes conditions, le service sera en capacité de retrouver un rythme d'activité standard dans des délais assez brefs, avec des reprises

d'activité pouvant être faites à J+12h, J+24h, etc. A l'inverse, si nous rencontrons des difficultés durant le transfert, ces aléas seront autant d'obstacles à une reprise rapide de l'activité.

Quel est le plan d'équipement lié à ce projet ?

Nous prévoyons le transfert de 3.000 équipements indifférenciés et l'acquisition de matériels neufs. Certains facteurs sont particulièrement positifs concernant notre plan d'équipement. La proximité entre les deux bâtiments et l'existence d'une galerie souterraine les reliant fait partie de ces éléments. Le fait que le bloc central et la stérilisation ne fassent pas partie des installations transférées est également un facteur positif. D'autre part, certains équipements neufs seront installés dans le nouvel hôpital, alors que les anciens équipements continueront à fonctionner en miroir pendant toute la durée du transfert, afin de prévenir toute rupture d'activité. L'impact du déménagement sur l'activité devrait donc être limité.

Quels types de résistances au changement avez-vous rencontrés lors de ce projet de nouvel hôpital ?

Nous rencontrons peu de résistances actuellement. Nous avons grandement communiqué autour de l'opération et entretenons des démarches importantes sur le plan des ressources humaines. Nos travaux de définition des organisations de travail ont été accompagnés d'une volonté clairement affichée d'assurer un transfert de l'activité à moyens constants, hormis les activités nouvelles.



Cegelec

Lyon Tertiaire

La Santé



Cegelec Lyon Tertiaire intervient dans le domaine de la santé. Nous maîtrisons les processus et les obligations de résultat de nos clients (qualité des soins, confort des patients, continuité de service, sécurité des personnes...). Nous avons également l'ensemble des ressources et compétences permettant de répondre aux besoins liés à la conception, la réalisation et la rénovation des établissements du secteur de la santé :

- ✓ Hôpitaux publics et privés,
- ✓ Centres Hospitaliers Universitaires,
- ✓ Cliniques,
- ✓ Psychiatrie,
- ✓ Laboratoires,
- ✓ Etablissements adaptés,
- ✓ ...

Nous pouvons proposer des offres globales de conception, réalisation et mise en service, dans les domaines :

Electricité courants forts :

- ✓ Distribution électrique HTA,
- ✓ Reconfiguration de boucle HTA,
- ✓ Réalisation de TGBT,
- ✓ Distribution BT de forte puissance,
- ✓ Pose de gaine à barres,
- ✓ Réalisation de tableaux divisionnaires,
- ✓ Installation d'onduleurs,
- ✓ Installations de groupes électrogènes,
- ✓ Equipements de bâtiments (BT, BNC, HDX...)
- ✓ ...

Electricité courants faibles :

- ✓ Réseau VDI (fibre et cuivre),
- ✓ Sélection et protection onduleur,
- ✓ Contrôle d'accès,
- ✓ Appel malade,
- ✓ Vidéo surveillance,
- ✓ Distribution de Fibre,
- ✓ Gestion Technique Centralisée de bâtiments,
- ✓ ...

Unités pour la biométrie et l'imagerie médicale :

- ✓ Distribution BT,
- ✓ Installation d'onduleurs,
- ✓ Sécurisation des réseaux électriques (inverses de source, sécurisés...)
- ✓ Réalisation d'armures spécifiques,
- ✓ Réalisation de panneaux blocs opératoires,
- ✓ ...

Les vraies réussites sont celles que l'on partage

Cegelec Ceres En Tertiaire
Lyon Tertiaire

1, allée de la place - CS 91011
67990 MÉRIGNY, T. 04 79 85 22 00
Fax : +33 (0)4 79 85 22 00
www.cegelec.fr/lyon

CONTACTS :
Philippe MORIS
philippe.moris@cegelec.com
Charles FREYTAG
charles.freytag@cegelec.com



Construisons ensemble vos projets



VINCI Construction France, votre partenaire pour réussir vos projets hospitaliers



AGIR POUR LA PERFORMANCE

INSPECTION & MESURE, ASSISTANCE & CONSEIL, CERTIFICATION, FORMATION



SOCOTEC

Le pouvoir d'anticiper

► **Votre contact en région**
Tél : +33 (0)4 79 69 47 09
47 place Caffé - 73000 Chambéry
construction.chambery@socotec.com

SAVOIE ETANCH'

Etanchéité du bâtiment
Bitume
Résine
PVC



INTERVENTIONS PLAINES & MONTAGNE SUR SECTEURS 73-74-38-01
TRAVAUX NEUFS ET RENOVATION
MAINTENANCE DIAGNOSTIC

SAVOIE ETANCH'
537, rue Archimède - ZI de l'Albanne - 73490 LA RAVOIRE
Tél. 04 79 85 21 80 - Fax 04 79 85 22 00
savoiyetanch@orange.fr

Le bien-être de tous passe par les urgences de chacun



L'univers hospitalier exige des solutions de mobilité accessible, fiables et confortables. Pour répondre à ces exigences, nos appareils sont adaptés aux contraintes des établissements de santé.

Une présence dans de nombreuses villes : Grenoble, Chambéry, La Mure, Crest, Montelegier, Nyons, Aubenas, Annecy, St Jean de Maurienne, Moutiers...

www.schindler.fr



Comment assurez-vous l'accompagnement du personnel face à ce changement ?

Ces travaux d'accompagnement ont commencé dès le début d'année 2015. Nous mettons tout en place pour accompagner le personnel dans la prise en main de ce nouvel outil, bien que ce projet n'entraîne aucun bouleversement fondamental autour des différents métiers de l'hôpital. Nous avons néanmoins souhaité développer une nouvelle fonction d'agent hôtelier logistique (AHL). En effet, nous souhaitons que les professionnels soignants soient soulagés des tâches logistiques dont ils ont actuellement la charge afin de les repositionner dans leur cœur de métier. Cette évolution fait écho à l'attente et aux demandes du personnel soignant auxquelles nous répondons favorablement. Il nous faudra, bien sûr, conforter certains secteurs autour de problématiques comme les déplacements, l'entretien et le transport interne du patient. Autant de thèmes liés à l'agrandissement de l'hôpital que nous jugeons à risques car les effectifs ont été définis à moyens constants. L'efficacité de ce nouvel hôpital passera donc par une refonte des organisations de travail, un redimensionnement des équipes, l'automatisation de certaines procédures ou la mise en place d'une gestion plus industrialisée. Ces nouvelles méthodes de travail associées au nouvel outil impliquent également une préparation, une communication et une information à destination de l'ensemble des services renforcées par le biais des instances dédiées de l'établissement. Ces opérations d'échanges occuperont une grande partie de nos efforts durant la période d'avril à septembre. Enfin, nos partenaires sociaux sont conscients que la direction accompagne toujours un développement d'activité par la mise en action de moyens supplémentaires. Si demain, dans le cadre du nouvel hôpital, nous constatons une augmentation de l'activité justifiant l'apport de moyens supplémentaires, il est évident que nous ferons le nécessaire. La mise en place d'AHL et une meilleure gestion des lits sont des démarches entreprises parallèlement à l'activité de soins dans le seul but d'optimiser la prise en charge et l'efficacité du nouvel hôpital.

Quelles performances espérez-vous pour ce nouvel hôpital en matière d'orientation et de pilotage stratégique ?

Nous devons répondre au défi majeur d'exercer sur un bassin d'activité marqué par une expansion démographique assez importante. La Savoie

accueille, chaque année, 4.000 à 5.000 habitants supplémentaires, dont la grande majorité s'installe sur l'ensemble urbain Chambéry-Aix-les-Bains. A ce phénomène s'ajoute un vieillissement de la population sur le bassin dépassant la moyenne nationale. Son attractivité incite une plus large population à venir vivre sa retraite sur le territoire. Cette population supplémentaire implique donc des personnes potentiellement plus lourdes à prendre en charge. Nos établissements doivent donc être en mesure de répondre à ces futures demandes en matière de soins. Pour ce faire, nous devons anticiper les évolutions pour les 10 ou 20 prochaines années. D'autre part, nous constatons que la médecine revêt un aspect technologique de plus en plus important. La médecine de pointe va donc se concentrer au sein des hôpitaux de référence. Dans ce contexte, le Centre Hospitalier Métropole Savoie devra être prêt à accueillir ce développement technologique afin de répondre aux demandes en matière de prises en charge innovantes. Enfin, ce développement technologique de l'offre de soins ne doit pas nuire à l'aspect humain de l'activité de l'établissement. Enfin, nous devons être capables d'animer le développement et l'optimisation d'un réseau d'hôpitaux à l'échelle du territoire.

Quelle est l'image de l'hôpital de Chambéry sur le territoire ?

Aujourd'hui, nous avons une vision très subjective de l'établissement, mais nous avons tout lieu de penser qu'elle est positive, à travers les courriers de patients ainsi qu'au travers de nos contacts avec les professionnels de santé libéraux et les élus du territoire. Nous envisageons sérieusement de réaliser un audit d'image afin d'objectiver cette perception.

L'hôpital d'aujourd'hui correspond-il à l'idéal de votre début de carrière ?

Guy-Pierre Martin : Mon idéal a toujours été lié à la défense du service public. Mes démarches personnelles et les actions collectives auxquelles j'ai pu participer ont toujours eu pour but de défendre le service public par le développement de la qualité et de la meilleure efficacité possible. L'outil que mes collaborateurs et moi-même essayons de mettre en place et nos actions quotidiennes au sein de l'hôpital sont autant de démarches visant à atteindre cet idéal, quels que soient les moyens dont nous disposons.



Crédit visucreea



Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

SSR TRESSERVE "ARC EN CIEL"

50 Montée de Tresserve - 73100 TRESSERVE

Tél. standard.....04 79 88 69 69

Fax Accueil.....04 79 88 69 14

Mail : arcenciel@ugecam-rhonealpes.cnamts.fr

Site internet : www.ugecam-ra.fr

Contacts :

DirectriceFrançoise FONTAINE

Directrice des SoinsBrigitte DE ROSSI

« Avec nous, rentrez chez vous en toute sécurité »

Notre mission

Arc en Ciel est spécialisé en **Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)**, connu pour sa proximité avec les établissements prescripteurs du département et reconnu pour ses savoir-faire. Son comité de direction s'est fixé pour mission de mobiliser son expertise, sa force d'innovation et son dynamisme au service du patient.

Arc en Ciel s'attache à rendre le patient acteur de sa prise en charge et veille à assurer **une prise en charge globale de qualité**, garantissant ainsi un retour à domicile sécurisé.

Nos secteurs de prise en charge, nos spécialités

Arc en Ciel, composé de 3 unités de soins, est compétent dans les **domaines** suivants :

- **cancérologie, onco-gériatrie,**
- **soins palliatifs,**
- **orthopédie, traumatologie,**
- **affections des systèmes, digestif, métabolique et endocrinien.**

Il bénéficie de **moyens techniques** entre autres : matériel de rééducation adapté (kinétec, tens pédaliers, vélo semi allongé...), pompes à morphine, pompes à nutrition, méopa, impédancemétrie Z1-Metrix, jetox...

Nos atouts

Les équipes d'Arc en Ciel sont reconnues pour leur maîtrise de **techniques de soins**. Celles-ci sont pratiquées par des professionnels formés et qualifiés notamment :

- **plaies et cicatrisation,**
- **stomathérapie,**
- **prise en charge de la douleur,**
- **soins psychocorporels** ayant démontré toute leur efficacité : sophrologie, relaxation, réflexologie plantaire, hypnose.

L'établissement est engagé activement dans sa démarche qualité et gestion des risques. Sa dernière certification a été délivrée par la Haute Autorité de Santé en avril 2014 (V2010).

Arc en Ciel en quelques chiffres

Capacité	70 lits installés
Activité	797 séjours 22 532 journées
Durée moyenne de séjour	28 jours
Origine géographique des patients	88% de Savoie 98% de Rhône Alpes.
Personnel	67 ETP



Chirurgie-ambulatoire : Crédit Guillaume Atger

La politique médicale

« La fusion nous permet de proposer une offre de soins homogène sur l'ensemble de notre bassin d'activité »



Propos recueillis auprès des Drs **Patrick Lesage**, président de la Commission Médicale d'Établissement, et **Laurent Amico**, vice-président de la CME.

Les domaines d'excellence du Centre Hospitalier Métropole Savoie...

L'établissement propose toutes les spécialités chirurgicales, à l'exception de la neurochirurgie, de la chirurgie cardiaque et des greffes. Son activité de chirurgie bariatrique connaît un développement important au travers d'une filière de prise en charge médico-chirurgicale. La chirurgie orthopédique regroupe également l'ensemble des domaines. La technique par ultrasons, actuellement mise en place en urologie pour le traitement de la prostate, est une méthode assez innovante développée au sein de l'hôpital. Nous souhaitons également développer nos activités de chirurgie robotique, avec l'acquisition d'un

robot chirurgical. Notre médecine comprend, quant à elle, un centre de dialyse important et regroupe toutes les spécialités médicales. Nos filières de cancérologie sont structurées et complètes. Par ailleurs, nous développons des soins de supports liés à la prise en charge du patient en ambulatoire (hors chimiothérapie), et nous disposons d'un hôpital de jour, d'une unité de soins palliatifs, d'une équipe mobile douleur/soins palliatifs intervenant sur l'ensemble du territoire, y compris en EHPAD, et d'une unité d'hospitalisation à domicile (HAD).

Quel est le contexte démographique de votre territoire de santé ?

Le Centre Hospitalier Métropole Savoie intervient principalement auprès de la population des centres urbains et est donc relativement peu impacté par les pathologies « saisonnières » caractéristiques des hôpitaux des vallées de Tarentaise et Maurienne liées aux périodes hivernales et estivales. Cependant, notre établissement peut être sollicité pour la prise en charge de traumatisés sévères ou des filières cardiologiques (coronarographie, angioplasties coronaires) et neurovasculaires (AVC). En tant qu'établissement de référence, les filières existantes sur le territoire conduisent le patient au sein de notre hôpital qui dispose d'un plateau technique très performant et de compétences très élevées.

Quelle est la situation de la démographie médicale sur le bassin ?

Elle reste plutôt bonne et a bien évolué depuis ces dernières années. Nous exerçons dans une région dynamique en matière d'emploi et sa géographie la rend assez attractive. Aussi, nous ne remarquons aucune difficulté de recrutement et ne comptabilisons que très peu de postes vacants.

Le nouvel hôpital améliore-t-il votre attractivité ?

Le nouveau bâtiment joue effectivement un rôle dans notre attractivité, mais le centre hospitalier attire également les professionnels par le dimensionnement de nos équipes et la qualité de notre plateau technique qui regroupe toutes les spécialités de recours. Le bâtiment apporte un confort de travail optimisé, mais ne fait pas, à lui seul, l'attractivité d'un hôpital.

Quels sont les enjeux médicaux et objectifs de la fusion entre les hôpitaux de Chambéry et d'Aix-les-Bains ?

La fusion nous permet de proposer une offre de soins homogène sur l'ensemble de notre bassin d'activité. Elle nous permet également de développer l'offre de soins sur le bassin en délocalisant les consultations des équipes chambériennes sur le site d'Aix-les-Bains. Grâce au regroupement des deux établissements, nous permettons à l'hôpital d'Aix-les-Bains de poursuivre certaines de ses activités avec le support de l'hôpital de Chambéry. Ses activités comprennent la médecine polyvalente orientée pneumologie et gastrologie, quatre lits de soins palliatifs, un service d'urgences, une filière gériatrique et un service de rhumatologie particulièrement important car il s'agit d'une activité qui n'est pas dispensée au Centre Hospitalier de Chambéry. L'activité de chirurgie ambulatoire est également importante au sein de l'hôpital aixois.

Pour quelles raisons avez-vous choisi de fusionner ces deux établissements ?

Cette opération nous a semblé la plus pertinente car elle regroupe deux hôpitaux de proximité aux activités complémentaires. Cette fusion alimente d'ailleurs nos discussions depuis plus d'une dizaine d'années ! Elle permet une mutualisation des compétences et prévient la fermeture de l'établissement d'Aix-les-Bains menacé par sa situation financière délicate. Cette fusion est même intervenue un peu tardivement. Il aurait été plus judicieux de construire un établissement unique plus conséquent, et avec des accès facilités et rassemblant les deux entités.

Quelle était la nature de vos collaborations avant cette fusion ?

En tant qu'établissement de référence, l'hôpital de Chambéry accueillait déjà les patients adressés par l'établissement aixois. Dans le cadre d'un projet médical commun, l'hôpital chambérien développe depuis quatre ans des activités sur le site d'Aix-les-Bains, notamment la chirurgie ambulatoire et les consultations externes pour des domaines non pratiqués dans l'établissement comme l'infectiologie et la dermatologie. Les équipes médicales collaboraient déjà depuis plusieurs années, bien avant la fusion...

Quels changements cette fusion implique-t-elle en matière de collaboration ?

La mise en place d'un outil commun facilite de nombreux aspects de collaboration. Notamment sur le plan informatique, le dossier patient informatisé unique permet de fluidifier le circuit patient, qu'il soit admis sur le site d'Aix-les-Bains ou de Chambéry, cela facilite la collaboration entre nos établissements.

Quelles sont les grandes orientations du projet médical commun ?

Ce projet médical commun initié en 2012 s'achèvera en 2016. Depuis sa mise en place, nous menons des opérations par pôle. La prescription nominative et la robotisation de la pharmacie ont représenté des étapes importantes du projet médical relatif au pôle médico-technique. Le pôle anesthésie-chirurgie est marqué par le développement de la chirurgie ambulatoire en diminuant les hospitalisations conventionnelles, et par le développement de la chirurgie bariatrique. Nos projets dédiés au pôle urgences impliquent la création d'une double garde en réanimation. Notre projet médical commun a pour objectif de créer des filières d'urgences pour des domaines comme le neuro-vasculaire et la cardiologie. Ces développements soutiennent une augmentation de l'activité et incitent les patients à choisir notre établissement comme lieu de prise en charge. Dans cette même optique, nous développons les activités extrahospitalières. Nos équipes interviennent dans les autres établissements pour couvrir des activités de consultations manquantes au sein de ces installations et pour intégrer les patients dans une filière hospitalière. Nous mettons donc un certain temps médical à disposition d'autres établissements et pratiquons également le temps médical partagé pour certaines spécialités avec l'hôpital de Belley.

Ce projet médical commun incluait-il des axes de développement spécifiques à l'hôpital d'Aix-les-Bains ?

Il envisageait la création d'un service de court séjour gériatrique de 14 lits sur le site aixois. Nous avons également identifié un besoin de renforcement et de diversification de l'activité d'oncologie avec des oncologues médicaux intervenant régulièrement sur site. Le projet a permis le développement d'un service d'addictologie et de solutions d'imagerie avec un scanner intégré en 2012 et une IRM en 2014. Les urgences aixoises ont également été renforcées par la mise en place d'un service commun. Pour ce service, le projet médical impliquait des travaux permettant la fluidification du parcours patient avec la mise en place d'un circuit court et d'infirmières d'accueil. Avant de porter plus avant ces opérations, nous attendons la décision annoncée pour fin 2015 ou début 2016 du maintien de l'Unité de Surveillance Continue (USC) de quatre lits du site aixois. En fonction de ce choix, nous pourrions envisager la suite des travaux, et notamment, l'augmentation de lits en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) de l'hôpital d'Aix-les-Bains. Nous prévoyons le développement d'un hôpital de jour dédié à la réhabilitation respiratoire de patients chroniques sur ce même site. Nos projets plus lointains et principalement architecturaux sont d'ores et déjà identifiés.

Avec quels établissements entretenez-vous le plus de liens ?

En tant qu'établissement de référence, le Centre Hospitalier Métropole Savoie collabore avec la grande majorité des hôpitaux de proximité de Savoie. Nous entretenons des relations avec les CHU de Grenoble et de Lyon en fonction des spécialités concernées et des réseaux mis en place. Nos filières de collaborations sont grandement liées aux typologies de soins et aux réseaux historiques développés entre nos établissements. Notre proximité avec plusieurs CHU référents apporte un meilleur confort à l'établissement et aux patients. Pour l'instant, nous n'avons développé aucun temps médical partagé avec ces établissements. Cependant, cette option reste envisageable et nous l'encourageons pour des activités comme l'hématologie, la médecine physique et la réadaptation.

Comment la communauté médicale accueille-t-elle les nouvelles infrastructures de l'hôpital ?

Nos collaborateurs apprécient ce nouvel hôpital. Ils ont été pleinement impliqués par le biais de groupes de travail, notamment autour de la prise en charge du patient et dans l'ensemble des réflexions menées durant le projet. Certains points restent néanmoins problématiques et ressortent régulièrement dans les discussions, comme l'accès à l'hôpital et les parkings. Ce point d'inquiétude lié aux collaborateurs de l'établissement et à la population est d'une grande importance car cela impacte l'activité. Si la population n'accède pas pleinement et efficacement à l'hôpital, l'activité s'en trouve affectée. Or, nous constatons des difficultés d'accès actuellement occasionnées par la phase de travaux, mais nous ne sommes pas assurés de leur disparition une fois la construction du nouvel hôpital achevée. Certes, le projet entraîne la création de plus de 200 places de stationnement supplémentaires, mais ce nombre pourrait être insuffisant.

Comment la communauté médicale a-t-elle participé à l'élaboration de ce nouvel outil ?

Tous les groupes de travail impliqués dans les réflexions autour du nouvel hôpital comptaient un ou plusieurs médecins dans leur composition. Durant la phase de Programme Technique Détaillé (PTD), chaque service a fourni un cahier des charges que l'architecte a dû respecter dans le cadre de la conception. Toutes les équipes ont été particulièrement impliquées dans les réflexions autour de l'organisation du nouvel établissement.

Quelles sont les grandes lignes de l'organisation du nouvel hôpital ?

En règle générale, l'hôpital tend vers une organisation assez cloisonnée, notamment avec le développement de domaines de spécialités toujours plus nombreux et précis. Ici, la conception architecturale de l'hôpital elle-même a modifié son organisation, avec la création de plateaux de consultation, associés à des plateaux d'hospitalisation classique, ce qui décroïsonne l'activité. En effet, ces plateaux, regroupant diverses spécialités, favorisent les interactions entre nos équipes et optimisent donc le parcours du patient. Grâce à ce projet, les hôpitaux de jour seront regroupés dans un espace commun. De même, les laboratoires de l'hôpital seront rassemblés au sein de lieux uniques. Nos équipes ont, certes, depuis longtemps, pris l'habitude de collaborer entre elles, notamment dans le cadre de consultations interservices, mais cette nouvelle organisation permettra de faciliter et d'améliorer ces échanges. Ainsi, nous aurons aussi l'opportunité d'améliorer certains fonctionnements que nous ne jugeons pas pleinement opérationnels.

Outre l'agent hôtelier et logistique, cette nouvelle organisation entraîne-t-elle l'émergence de nouvelles fonctions ?

Nous travaillons à la mise en place d'une cellule de gestion centralisée des lits afin d'améliorer l'accessibilité aux lits d'hospitalisation et la lisibilité en matière d'occupation. Ce projet a démarré avant le nouvel hôpital mais celui-ci devrait optimiser son organisation. Actuellement, nous ne disposons que d'une visibilité très faible sur nos lits d'hospitalisation. Or, dans le nouvel hôpital, nous devons disposer d'une visibilité parfaite sur nos moyens capacitaires afin de prendre en charge la population dans les meilleures conditions et d'offrir les meilleurs traitements au patient. Nous devons donc mettre en place un professionnel dédié au recueil de ce type d'informations auprès de chaque service et capable de former l'ensemble du personnel aux bonnes pratiques liées à la saisie informatique de ces données.

Quels sont les enjeux autour du développement de l'ambulatoire sur le site de Chambéry ?

Les enjeux sont multiples. Premièrement, l'ambulatoire permet de libérer des lits d'hospitalisation conventionnelle dans un contexte difficile au sein duquel les taux d'occupation des différents services de l'hôpital (mise à part la chirurgie) avoisinent les 95 à 100 %, malgré une DMS de 5 jours. Le passage en ambulatoire permet au patient de rester moins longtemps à l'hôpital et limite donc les risques d'infections. Le développement de l'hospitalisation de jour est également bénéfique pour la société car un patient admis en ambulatoire est libéré plus rapidement et donc moins longtemps immobilisé et rendu indisponible par son traitement. Enfin, cet axe de développement est grandement encouragé par les tutelles de l'hôpital. Le fait de traiter exclusivement certaines pathologies en ambulatoire permet de diminuer le coût lié à l'hospitalisation du patient. Avec le nouvel établissement, le service de chirurgie ambulatoire passe de 17 à 30 lits afin de mieux correspondre aux besoins de l'activité. Enfin, l'activité de chirurgie ambulatoire du site d'Aix-les-Bains, gérée par le site de Chambéry, nous permet, avec la fusion, de poursuivre pleinement ces activités sur les deux sites avec des équipes communes. La chirurgie ambulatoire sur le site aixois se caractérise par de nombreux actes d'endoscopie digestive. Ainsi, la population aixoise n'a plus à se déplacer sur le site de Chambéry alors que l'activité peut tout à fait se poursuivre au sein du centre ambulatoire d'Aix-les-Bains. De plus, cette structure d'ambulatoire a été entièrement modernisée et accueille donc les patients dans des conditions optimales.

Comment envisagez-vous le développement de l'ambulatoire au sein de votre établissement ?

L'objectif affiché par nos tutelles de plus de 50% est proche d'être atteint au sein de notre hôpital avec 48% de l'activité réalisés en ambulatoire. Le développement de ce mode de prise en charge se heurte néanmoins à certaines limites liées, notamment, à la population traitée. Aussi, il est important que ces tutelles acceptent le fait que les établissements publics ne pourront égaler le taux d'activité ambulatoire de structures de soins privés car nos patientèles et nos infrastructures diffèrent. L'hôpital admet des patients particulièrement lourds dont beaucoup ne peuvent prétendre à un traitement en ambulatoire et seront, de fait, placés en hospitalisation conventionnelle.

VILLIEN PLAFONDS

Pose de plafonds suspendus
Installateur agréé Mono Acoustic
Cloisons amovibles - Isolations

370, rue de Branmafân - 73230 BARBY
Tél. 04 79 60 24 52 - Fax 04 79 33 83 65
Port : 06 12 15 65 33
villien-plafonds@wanadoo.fr

PEINTURE

Papiers peints - Enduits

PLATRERIE

Cloisons - Doublages - Faux plafonds



Tél. 04 74 20 48 31 - sarl.s3p@wanadoo.fr - Fax 04 74 20 48 36
39 Chemin des Meunières - 38260 La Côte St André



DES SAVOIE

Le bon sens a de l'avenir

TOUTES
NOS AGENCES
à votre disposition



ca-des-savoie.fr

Credit Agricole des Savoie - 302 968 401 RCS Agency OUBAS N°07 022 417 - Juin 2015.



MAINTENANCE

Incendie
Appel malade
Contrôle d'accès
Intrusion
Vidéosurveillance



SR Dauphiné Savoie, votre prestataire de proximité pour la vérification et la maintenance des systèmes de sécurité. Une équipe de professionnel, à votre écoute et à votre service.

436 Rue de l'Erier
73290 LA MOTTE SERVOLEX
Tel: 04.79.44.49.28 Fax: 04.79.72.89.19
e-mail : contact@srds.fr



Boulangerie

**Boulangerie reconnue implantée
à Ugine (Savoie) qui assure depuis 40 ans
la fabrication et la livraison de pains
et viennoiseries cuits sur les départements
de la Savoie et de la Haute Savoie**

Zone Industrielle - Boîte Postale n° 110
73402 UGINE cedex
Tél. 04 79 37 26 70 - Fax 04 79 89 79 30



**Menuiserie Alu, PVC, Serrurerie
Volets Roulants, Rideaux Métalliques
Automatisme - Portails, Barrières,
Portes automatiques
Entretien, Dépannage**

P.A.E. Impasse du Terraillet
73190 SAINT-BALDOPH
Bureau : 06 30 19 95 18
Techniques : 06 70 21 32 10
Email : euromatic@orange.fr

Quels ont été les changements entraînés par le nouveau service d'urgences ?

Nos anciennes installations étaient vétustes et ne correspondaient plus aux recommandations des sociétés françaises. Pour le nouvel établissement, nous adoptons un principe de marche en avant avec des salles d'attente situées après l'espace d'accueil. La confidentialité est renforcée et les prises en charge sont plus fluides avec un nombre de box plus important. Nous avons également intégré une salle de transit offrant aux patients un espace d'attente approprié avant leur hospitalisation dans un service de l'hôpital. Grâce à ces nouvelles installations, nous regroupons également les urgences adultes et pédiatriques sur un plateau unique. Nous avons identifié des difficultés liées aux capacités de stationnement du site. Les ambulances seront assurées d'un accès privilégié par un terre-plein capable d'accueillir une vingtaine de véhicules. Mais pour les usagers des urgences, les places sur le site ne sont pas suffisantes (6 places dédiées pour 120 passages par jour). Aussi, une partie du parking de l'administration de l'hôpital, situé à proximité de l'accès aux urgences va être réservée aux usagers, contre remise d'une contremarque à l'accueil des urgences. A moyen terme, la démolition du bâtiment de l'EFS, situé lui aussi en face des urgences, offrira la possibilité de créer de nouveaux stationnements.

Quelle est la place de la télémédecine au Centre Hospitalier Métropole Savoie ?

Elle existe déjà au sein des unités sanitaires de l'établissement pour lesquelles beaucoup de consultations se font par télémédecine, notamment avec le centre pénitentiaire d'Aiton. D'autre part, nombre de réunions relatives au domaine de la traumatologie avec des établissements de référence comme les Hospices Civils de Lyon sont réalisées par vidéoconférence. Les téléconsultations sont développées pour notre filière AVC, bien qu'elles ne soient pas encore exemptes de tout problème technique. Enfin, la télétransmission permet à nos spécialistes d'interpréter à distance les EEG de certains établissements, comme l'hôpital de Sallanches et notamment son service de pédiatrie.

Quel est l'état du réseau ville-hôpital sur le bassin ?

La communication avec les médecins de ville est bonne. Nous maintenons des actions de collaboration et de concertation, bien que certains axes puissent encore être améliorés. Nous devons notamment développer des solutions efficaces pour les médecins de ville rencontrant, auprès de l'hôpital comme d'autres instances, des difficultés pour trouver un correspondant. Ainsi, nous envisageons une meilleure disponibilité de nos collaborateurs et la mise en place d'un numéro dédié aux professionnels de santé de la ville.

Comment définiriez-vous la médecine du XXI^e siècle ?

Les choix historiques faits pour l'évolution de la médecine par les instances décisionnaires ne correspondent pas pleinement aux besoins et aux attentes de la population. La médecine du XXI^e siècle m'apparaît trop cloisonnée. L'erreur est d'encourager nos équipes à ne plus soigner un individu mais une fonction. Le nouvel hôpital a pour objectif de favoriser ce décloisonnement de l'activité mais nous n'avons pas assez marqué cet engagement. Le spécialiste est un expert qui, par définition, n'intervient que si une expertise est nécessaire et pour accompagner un médecin. Or, organiser des services de soins autour de spécialités revient à cloisonner l'activité d'un hôpital et donc décourager les interactions entre spécialistes. La médecine du XXI^e siècle, si elle doit correspondre aux besoins de la population, devra intégrer des services décloisonnés avec des équipes composées de médecins polyvalents. Le spécialiste sera alors appelé en cas de nécessité mais ne disposera plus d'aucun lit identifié, si ce n'est pour certains cas très précis comme la dialyse. Le médecin spécialisé favorisant la consultation et la technique doit être sollicité uniquement quand son expertise est nécessaire. Ce fonctionnement (déjà mis en place dans d'autres établissements) sera bénéfique pour le patient, pour l'hôpital et pour l'ensemble des acteurs hospitaliers.



Hélistation : Crédit Thibaut Loubere



Crédit CHMS

La fusion vue du Centre Hospitalier d'Aix-les-Bains

« Cette opération de regroupement représentait également une opportunité de développer de nouvelles pratiques médicales et de disposer de moyens plus importants... »



Propos recueillis auprès du dr. **François Serratrice**, ancien vice-président de la CME du Centre Hospitalier d'Aix-les-Bains

Comment le personnel médical du Centre Hospitalier d'Aix-les-Bains a-t-il vécu la fusion avec l'hôpital de Chambéry ?

François Serratrice : La fusion était attendue et préparée depuis longtemps. Elle a été vécue avec une certaine appréhension par les équipes aixoises qui craignaient une absorption de leur établissement par l'hôpital de Chambéry, plutôt qu'une réelle fusion des deux entités. Cependant, cette opération de regroupement représentait également une opportunité de développer de nouvelles pratiques médicales et de disposer de moyens plus importants grâce à une entité plus vaste afin d'optimiser la prise en charge du patient. En fusionnant avec un hôpital d'une plus grande capacité, le site aixois devrait disposer d'un plateau technique plus important et voir ses ressources médicales augmenter.

De quand datent les premières collaborations entre vos deux établissements ?

FS : J'exerce au sein de l'établissement aixois depuis l'an 2000 et j'ai toujours connu des collaborations avec l'hôpital de Chambéry. Certains de nos patients sont depuis de nombreuses années transférés sur Chambéry et, à l'inverse, certains patients chambériens viennent sur Aix-les-Bains pour des lits d'aval. Avant la fusion, il existait d'ailleurs des conventions entre nos deux établissements. Depuis près de 4 ans, par exemple, nous accueillons un service déporté de bloc ambulatoire de l'hôpital chambérien.

Quels ont été les acteurs de l'établissement aixois impliqués dans la rédaction du projet médical commun ?

FS : L'ensemble de la communauté médicale de l'établissement a été sollicité pour participer aux réflexions liées au projet médical commun, mais également aux projets associés, notamment les soins. Au-delà de ces réflexions, nous avons assuré de multiples réunions de préparation à la fusion. Ainsi, nous avons défini clairement les

points de convergence et de divergence entre les fonctionnements des deux établissements sur les plans médical et organisationnel.

Avez-vous rencontré des résistances face à cette fusion ?

FS : Nous n'avons pas rencontré d'opposition forte à cette fusion de la part de nos collaborateurs. Pour pouvoir poursuivre sa mission de service public, le Centre Hospitalier d'Aix-les-Bains devait s'adosser à une structure de soins plus importante. Malgré cette nécessité, la fusion s'est faite en douceur auprès de la communauté médicale. L'accompagnement a été important et la plus grosse difficulté rencontrée reste les changements de pratiques et de systèmes d'information car ces évolutions sont les plus perturbantes pour les personnels médicaux, soignants et médico-techniques de notre établissement. Ces derniers ont été dans l'obligation de s'adapter aux outils et aux techniques utilisés par la plus importante des deux structures, à savoir le Centre Hospitalier de Chambéry.

Quels sont les projets développés en 2015 pour le site aixois ?

FS : Nous souhaitons poursuivre le développement des partenariats entre les pôles aixois et chambériens. Nous avons à cœur de développer plus particulièrement le pôle de gériatrie afin de mettre en place une filière gériatrique complète.

Quelles activités souhaiteriez-vous développer sur le site d'Aix-les-Bains ?

FS : L'objectif de cette fusion a été clairement affiché et reste le maintien et le renforcement des deux sites hospitaliers concernés afin de répondre plus efficacement aux besoins de soins de la population du bassin. Dans ce contexte, le site aixois poursuit ses projets, et notamment le maintien de son pôle rhumatologique, un de ses pôles d'excellence. Il conserve également son service de médecine polyvalente pour rendre un service de proximité tout en disposant du soutien du plateau technique efficient et des nombreux spécialistes du site de Chambéry. Ces derniers interviennent d'ailleurs régulièrement sur le site d'Aix-les-Bains dans le cadre de l'exercice chirurgical du bloc ambulatoire et de consultations déportées dans divers domaines. Nous tenons à préserver un établissement de service public capable d'apporter une réponse efficace aux besoins de l'ensemble de la population tout en respectant la prise en charge de proximité.



Créée en 1898, le Groupe SGI dispose de plusieurs implantations en Europe (200 collaborateurs), au Maghreb et en Afrique (100 collaborateurs) et peut traiter toute l'ingénierie des travaux publics et du bâtiment. Depuis plus de 50 ans SGI Ingénierie SAS, installée sur le site de Savoie Technolac et disposant d'une succursale à Lyon Part Dieu, est un acteur local dans le domaine de l'ingénierie de la construction qu'il s'agisse d'études de conception ou d'exécution avec des références en France mais aussi à l'export : Europe, Afrique, Asie.



SGI, une gamme complète d'études pour accompagner les projets de construction

Nos métiers se complètent et s'imbriquent transversalement avec des spécialisations rendues nécessaires par l'évolution des attentes de nos clients à la recherche d'optimisation. Nous vous proposons non seulement des études techniques de haut niveau mais aussi des prestations d'accompagnement en économie de la construction tous corps d'états, de direction de travaux et d'ordonnancement, pilotage, coordination afin de maîtriser le budget, la qualité de réalisation

et les délais de livraison. 40 collaborateurs expérimentés et motivés sont à votre écoute pour mener à bien vos projets.

SGI et l'hôpital de Chambéry.

Nos ingénieurs et projeteurs après avoir conçu l'ensemble des structures, ont réalisé la moitié des études d'exécution dans le respect des règles parasismiques, pour un ouvrage qui doit assurer la continuité de services en cas de séisme majeur. En quelques chiffres, 160 000 m³ de terrassement, 50 000 m³ de béton, 5 500 tonnes d'acier pour 75 000 m² de surface de planchers construits.

SGI INGENIERIE S.A.S.

Savoie Technolac BP 40223

48 avenue du lac du Bourget - 73374 LE BOURGET DU LAC CEDEX

Tél. 04 79 26 52 00 - Fax 04 79 25 27 45

www.sgigroupe.com



Crédit visucrea

Le projet du nouvel hôpital

« Tous les 50 à 60 ans, le site de Chambéry connaît une opération de démolition et de reconstruction sur site, en fonction de l'évolution des activités médicales »



Propos recueillis auprès de **Philippe Dieudonné**, chef de projet, et **Lucie Chabert**, cadre supérieure de santé au sein de l'équipe projet nouvel hôpital

Le projet du nouvel hôpital...

Il s'agit d'un des rares projets hospitaliers de reconstruction en centre-ville. Actuellement, la plupart des établissements hospitaliers sont reconstruits en périphérie pour des raisons financières et de disponibilité foncière. Ce choix de recréer un hôpital dans la ville apporte de nombreux avantages. Ainsi, la proximité et l'utilisation des transports en commun facilitent grandement l'accès au site, notamment pour la population âgée qui, bien souvent, ne peut utiliser de voiture. Elle permet aussi de maintenir un lien fort entre la ville et l'hôpital, ainsi qu'avec la médecine de ville. Par ailleurs, ce nouvel hôpital dispose d'un niveau technologique très développé et bénéficie de tous les éléments novateurs mis en place et éprouvés dans les établissements de santé créés ces 10 dernières années. Enfin, il permet de mettre au service du patient une architecture, une hôtellerie et des conditions d'accueil en centre-ville supérieures aux standards habituels.

Quel est le programme de ce nouvel hôpital ?

Le programme concerne un monobloc de 671 lits et places. Ce nouvel hôpital est pourvu d'un plateau médico-technique avec des secteurs importants de laboratoire, d'imagerie et de chirurgie ambulatoire. En revanche, il ne comprend aucun bloc opératoire ni installation de stérilisation car l'infrastructure liée à ces activités a été reconstruite assez récemment et est d'ores et déjà intégrée au bâtiment Eveillon dédié à la maternité. Outre l'hébergement et le plateau technique, le nouvel hôpital accueille aussi les urgences. Des galeries souterraines entre bâtiments permettent aux différentes activités de communiquer directement. Ce monobloc de 7 niveaux et 1 parking souterrain situé en centre-ville s'intègre efficacement dans son environnement grâce à une bonne utilisation de la topographie du site, contrairement au bâtiment actuel de 11 niveaux qui s'élève tel un phare au cœur de la ville. De ce fait, la population oublie parfois que ce nouvel établissement représente 73.000 m² de surface construite et permet à l'établissement une augmentation capacitaire d'environ 60 lits et places. Grâce à ce gain de capacité, le site de Chambéry disposera ainsi d'une capacité d'accueil plus importante en ambulatoire et confirmera le développement de son activité d'hospitalisation conventionnelle.

Comment s'est fait le choix du groupement GTM-Brunet Saunier ?

Ce projet se caractérise par une intégration architecturale sur site très intelligente, utilisant la déclivité du terrain à bon escient afin de ne pas s'imposer massivement dans son environnement. Il apporte un réel confort hôtelier au patient. L'organisation architecturale des unités est intéressante car elle permet de recentrer les fonctions logistiques tout en autorisant une plus grande flexibilité. D'autre part, le projet de l'atelier d'architecture Brunet Saunier est un monobloc, comprenant deux artères centrales irriguant les différentes activités. Ce projet offre donc une lecture, une utilisation et un repérage assez simples. Les façades du bâtiment, particulièrement travaillées, s'intègrent en harmonie avec l'environnement et le paysage. Ses qualités en matière d'élévation et d'aménagement de l'espace participent également à l'intégration efficace du bâtiment sur le site.

Quels étaient les enjeux urbains liés à cette opération ?

Avant tout, nous devons assurer la reconstruction de l'hôpital sur le site hospitalier, sur un terrain attenant à l'actuel hôpital. Par la suite, les ressources foncières dégagées par la démolition du bâtiment Jacques Dorstter nous permettront de bénéficier de réserves foncières pour les développements des prochaines décennies. Historiquement, tous les 50 à 60 ans, le site de Chambéry connaît une opération de démolition et de reconstruction sur site en fonction de l'évolution des activités médicales. Ces opérations successives sont rendues possibles grâce à l'existence de ressources foncières.

Comment avez-vous abordé la gestion des flux à l'intérieur de l'hôpital ?

Nous avons d'abord souhaité différencier et identifier les flux de public, des consultations, de la logistique ou des transports de patients. La conception de Brunet Saunier offre une distinction efficace de ces flux grâce à deux artères principales, l'une publique dédiée aux visiteurs et aux patients se rendant en consultation, et l'autre plus restreinte accueillant les flux du personnel, logistiques et les patients accompagnés des soignants. Nous proposerons également aux visiteurs des points

d'accueil dédiés à chaque zone d'activité. L'un des flux les plus importants au sein de l'hôpital est lié à l'activité de consultation. Le choix a donc été fait de regrouper les consultations et l'activité d'hospitalisation sur un plateau unique, en fonction des disciplines. Ainsi, nous créons une zone verticale regroupant le secteur de consultation associé au secteur d'hospitalisation. L'organisation polaire que nous retrouvons dans ce nouvel hôpital n'est, en quelque sorte, pas intentionnelle. Notre objectif premier était véritablement de regrouper les installations d'hospitalisation et de consultation pour faciliter le déplacement sur un plateau unique. De ce fait, nous retrouvons un plateau majoritairement dédié à la chirurgie et un autre consacré aux interventions de neurologie et de cardiologie, nous rapprochant d'une organisation par pôles.

Comment rendez-vous l'accueil plus moderne dans ce nouvel hôpital ?

Bien que l'hôpital ait également un rôle de prévention, l'accueil et la prise en charge sont des notions d'autant plus importantes dans un établissement de santé que la plupart des personnes admises sont en situation de fragilité. Pour rendre cet accueil le plus agréable possible, il n'existe que peu de solutions techniques car nombre d'entre elles se heurtent aux impératifs de sécurisation de l'accueil à l'hôpital. Le personnel de l'accueil est directement confronté à des comportements agressifs ou violents. Ils font fonction de médiateurs auprès des patients se plaignant des conditions d'hébergement et de l'éventuelle lenteur de la prise en charge. Dans ce contexte, nous avons décidé de décentraliser l'accueil afin de le personnaliser au maximum. Ainsi, nous introduisons une forte composante de relations humaines entre le service d'accueil et le visiteur ou le patient. Il n'existe donc aucune réponse technique miracle minimisant l'importance de la relation interpersonnelle dans la qualité de l'accueil. Cette personnalisation a pour principe de rappeler au patient qu'il est au cœur des préoccupations du personnel de l'hôpital. Outre l'accueil physique, l'accueil téléphonique a également fait l'objet d'une grande attention, car il est le moyen de communication le plus utilisé par la population pour joindre l'établissement.



L'atrium des consultations : crédit Thibaut-Loubere

Quelle est la place de la lumière naturelle dans ce nouveau bâtiment ?

L'apport de lumière naturelle se fait par l'intégration de dix-huit patios de taille et de profondeur variées. Cet élément est particulièrement important pour l'hôpital de Chambéry car il fait partie des exigences des certifications HQE (Haute Qualité Environnementale) et BBC (Bâtiment Basse Consommation). Aussi, le programme et les études de la conception liés au projet ont déjà été certifiés et les experts seront invités à visiter le bâtiment finalisé afin de valider les certifications HQE et BBC pour sa phase de réalisation. Outre l'apport de lumière naturelle, les points clés de ces certifications concernent le volet énergétique, le traitement d'air et l'étanchéité de l'hôpital.

Le nouvel hôpital...

Le bâtiment compte huit niveaux. Chacun d'eux comprend des installations de bureaux et des locaux d'entretien sensiblement identiques mais ils se différencient par les structures dédiées à des activités de soins spécifiques. Le troisième sous-sol accueille un parking de 227 places s'ajoutant aux plus de 1.000 stationnements répartis en surface et dans un second parking souterrain réservé aux consultants et géré par un prestataire extérieur. Ce parking offre des liaisons directes et sécurisées avec le bâtiment. Le 2^e sous-sol est un niveau médico-technique regroupant des espaces de magasin central, une pharmacie, des éléments techniques (comme la radiothérapie), le bloc ambulatoire en liaison directe avec le bloc conventionnel et une zone de vestiaires. Le 1^{er} sous-sol est également un niveau principalement dédié au secteur technique. Il accueillera sur un plateau unique les différents laboratoires de l'établissement qui sont séparés dans nos installations actuelles. Il comprend aussi les installations de régulation du SAMU centre 15, l'antenne de distribution de produits sanguins de l'Etablissement Français du Sang (EFS), des locaux techniques, les archives médicales et le Service de Gestion des Dossiers Médicaux (SGDM), le Service des Techniques Biomédicales (STBM) et l'hôpital de jour de chirurgie installé en liaison directe avec le bloc opératoire par un monte-charge dédié. Le rez-de-chaussée inclut une partie technique avec les unités de réanimation, de soins continus, de dialyse et d'hémodialyse, les installations d'hospitalisation traditionnelle de néphrologie, l'irathérapie et des fonctions administratives du service social situées à proximité de l'accès central de l'hôpital. Ce niveau regroupe également les plateaux d'urgences adulte et pédiatrique aux filières séparées malgré un accueil commun. L'unité d'hospitalisation de courte durée sera attenante aux urgences. Enfin, ce rez-de-chaussée comporte un plateau d'imagerie avec IRM, scanner, radiologie conventionnelle et échographie. Pour toutes ces activités, nous avons tenu à différencier les flux des activités d'urgences et programmées. Les trois niveaux supérieurs sont conçus de manière à clairement délimiter les espaces de consultation et d'hospitalisation. Le premier étage comprend les installations de cardiologie et de neurologie avec une zone « chaude » USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques) et USINV (Unité de Soins Intensifs Neuro et Vasculaires), un secteur de pédiatrie et une implantation de court séjour gériatrique. Le deuxième étage est à forte orientation chirurgicale car il accueille l'ensemble de l'activité d'hospitalisation de chirurgie, une majeure partie des consultations (hormis les installations d'ophtalmologie) et un secteur d'hospitalisation d'endocrinologie. Le troisième étage est largement dédié à la médecine avec un hôpital de jour permettant d'augmenter les capacités de l'hôpital, des activités d'hospitalisation en gastroentérologie, pneumologie, oncologie, hématologie, médecine et infectiologie. L'hôpital

augmente également ses capacités en post-urgence avec l'ouverture de 20 lits supplémentaires dans un secteur dédié comprenant 30 lits. Le quatrième - et dernier - étage accueille des consultations d'ophtalmologie et d'angiologie, une unité de douleur soins palliatifs, une partie de l'administration (DAF et DSIO), l'HAD, le DIM-EMS. Enfin, le nouveau bâtiment est équipé d'une hélisation sur son toit-terrasse. Ce large espace permet d'accueillir un hélicoptère sur une plate-forme de décollage et d'atterrissage ainsi qu'un deuxième appareil en stationnement. Ce dispositif permet à nos équipes de faire face aux opérations en montagne, notamment durant la période hivernale.

Quels éléments contribuent à améliorer le confort des patients ?

Le bâtiment actuel de l'hôpital a été conçu dans les années 60 et a ouvert ses portes en 1972. Il s'agit donc d'un établissement vieillissant, ne comportant, notamment, aucune douche individuelle dans les chambres. Aussi, le nouvel hôpital apporte du confort avec des installations sanitaires individuelles complètes (douches, toilettes, lavabo), un traitement d'air adapté (rafraîchissement généralisé) et un éclairage optimal. De plus, les chambres disposent d'une surface plus importante (supérieure à 20 m² avec salles de bains) et les installations sanitaires sont plus ergonomiques et confortables. Le nouvel hôpital proposera 80% de chambres individuelles dont certaines restent évolutives et capables d'accueillir deux patients en période de forte activité. Chaque unité de l'hôpital représente 30 lits (plus 2 chambres dédoublables) et dispose de locaux logistiques communs à deux sous-unités d'hospitalisation de 15 lits.

Comment la fonction restauration est-elle organisée au sein du nouvel hôpital ?

La création de ce nouvel établissement a permis de repenser les fonctions soignantes et de soulager les équipes de certaines tâches logistiques. Nous avons donc mis en place des postes d'Agents Hôteliers et Logistiques (AHL). Ils interviennent pour mettre à disposition des équipes soignantes les consommables et les matériels utilisés dans les procédures de soins afin d'assurer une prise en charge continue et de décharger les soignants de ces activités périphériques au soin. Ces collaborateurs assureront les relations avec le service de restauration afin de disposer de chariots de distribution des repas prêts au service. Un AHL sera chargé de l'approvisionnement des services de soins en consommables de droguerie. Des préparateurs en pharmacie interviendront dans les étages afin de s'assurer de la bonne composition des stocks de dispositifs médicaux et de médicaments. La fonction de restauration est assurée par une liaison froide avec une cuisine centrale. L'opération de construction du nouvel hôpital offre l'occasion de modifier nos supports de transfert et les chariots « chauds » en investissant dans des armoires réfrigérées mobiles pouvant faire office de réfrigérateurs dans les lieux de stockage de certains services spécifiques. La cuisine centrale restera, quant à elle, installée à l'extérieur du nouvel établissement.

Êtes-vous équipés de solutions de transport automatique de type « tortue » ?

Nous n'avons pas retenu la solution des « tortues ». Après une étude approfondie, elle a été écartée car n'apportant aucun avantage par rapport à une solution faisant appel au « facteur humain » ! En revanche, nous nous sommes équipés d'une solution de transport pneumatique de 160 mm de diamètre développée par Aerocom. Elle comprend une quarantaine de stations réparties au sein du nouvel hôpital et permet ainsi de relier l'ensemble des services cliniques à la pharmacie, au laboratoire et à l'EFS (Etablissement Français du Sang).

Quelle est la place de la signalétique dans ce projet ?

Nous travaillons les problématiques liées à la signalétique depuis près de 18 mois. Mais la problématique de l'orientation des utilisateurs du bâtiment doit être présente dès sa conception. En effet, malgré les solutions de signalétique mises en place, si les lignes directrices et architecturales de la conception manquent de clarté, l'orientation dans le bâtiment demeurera complexe. Les personnes accueillies au sein de l'hôpital sont souvent fragiles et plus facilement désorientées. Elles recherchent alors davantage un appui humain que des indications abstraites ou technologiques. Pour répondre à ces questionnements, nous avons mis en place un groupe constitué de membres du personnel et ayant pour objectif de définir les besoins de l'établissement en matière de signalétique (éléments à signaler, intitulés des services, etc.). Suite à cette « programmation », nous avons sollicité un concepteur spécialisé, en l'occurrence le bureau d'études parisien Locomotion. Ces professionnels de la signalétique disposent d'une bonne connaissance du milieu hospitalier et soutiennent nos équipes pour la rédaction du cahier des charges. La signalétique retenue est sobre, s'adapte à l'évolution de l'accessibilité normative et réglementaire. Elle reprend les grands axes de la conception en favorisant l'utilisation des monte-charges, monte-malades et ascenseurs afin de différencier les flux et de respecter la logique développée durant la conception. Son efficacité se base sur des panneaux muraux indifférenciés. La signalétique ne comporte aucun code couleur, cette solution concerne davantage les portes des services que les éléments de signalétique.

Pour quelles raisons avez-vous opté pour une conception-réalisation dans le cadre de ce projet ?

La conception-réalisation a pour avantage de mettre en place un interlocuteur unique chargé des relations avec la maîtrise d'ouvrage. Cependant, les interlocuteurs et les métiers réunis dans un tel groupement sont assez différents (architectes, ingénieurs, constructeurs). Aussi, nous constatons une forte tendance de la part de ces acteurs à définir une solution directe, sans effectuer d'études de conception poussées et suffisamment précises pour rendre compte au client des actions réalisées et pour permettre aux équipes de la réalisation de comprendre clairement les opérations qu'elles auront à mener. Ce type d'opération (tout comme une opération en loi MOP classique) permet de tenir

et respecter l'enveloppe financière ainsi que le calendrier prévisionnel, et ce malgré les contraintes existantes dans le cadre d'une telle construction réalisée en centre-ville. Nos opérations sont effectivement marquées, par exemple, par l'impossibilité de mettre en place sur site une centrale à béton ou des ateliers de préfabrication de plancher ou de ferrailage. Cette procédure nécessite que la maîtrise d'ouvrage puisse s'appuyer sur une assistance solide. Cela a été le cas pour notre projet, puisque nous avons été assistés dès le début du projet par WPS (ex-Technip), le cabinet Clément, Indiggo et Véritas.

Comment avez-vous optimisé le confort en ambulatoire ?

L'ambulatoire se caractérisant par une prise en charge rapide, le confort passe, avant tout, par une réduction des délais d'attentes à l'arrivée et à la sortie du patient. Par ailleurs, les lits et les brancards sont des éléments particulièrement importants. Nous avons donc souhaité mettre en place des équipements ajustés afin d'éviter tout changement de solutions de transport pour le patient. Nos équipes de médecine et de chirurgie ambulatoire ont été très impliquées dans ce projet. Nous avons également travaillé l'accueil du patient, notamment en améliorant les aspects hôteliers. Ce confort est également assuré par l'évolutivité du bâtiment.

Comment le personnel hospitalier a-t-il été impliqué dans ce projet ?

Médecins et personnel ont été intégrés durant la réalisation du programme. Nous avons mis en place un certain nombre de groupes de travail ayant pour objectif de préciser nos divers besoins. Toute la difficulté dans ce type d'opérations étant d'anticiper les besoins fonctionnels et techniques une dizaine d'années avant l'ouverture réelle de l'établissement. Les travaux rendus par ces équipes ont ensuite été intégrés au programme du projet. Une fois le concours lancé, des échanges ont été menés durant les débuts des actions de conception-réalisation afin de valider l'implantation et les fonctionnalités des services. Ces discussions ont impliqué les groupes de travail ayant participé à la définition du programme et des utilisateurs spécialisés opérant dans des secteurs très spécifiques comme la radiologie, les blocs opératoires ou la pharmacie.





Les chariots repas sont acheminés depuis la cuisine centrale jusqu'au nouvel hôpital, par une galerie souterraine.

Les riverains ont-ils été impliqués dans le projet ?

La population locale a effectivement été impliquée. Nous avons d'ailleurs mis en place un comité de suivi qui s'est réuni tous les deux mois, durant les quatre années de construction. Dans le cadre des travaux, nous respectons des mesures de nuisances sonores strictes et avons mis en place une webcam afin de diffuser l'avancement du chantier, notamment durant la période de gros œuvre. Les riverains ont activement participé à la vie de l'opération et la construction de ces 73.000 m² n'a entraîné qu'un nombre réduit de plaintes de leur part.

Comment avez-vous assuré la gestion de la communication du nouvel hôpital ?

La communication liée aux travaux et au chantier est gérée par le groupement de conception-réalisation. Les opérations de communication interne et liées au transfert des installations sont assurées par le service de communication de l'établissement. Nous menons également une communication commune, notamment par des points presse et des soirées d'informations dédiées au grand public et au personnel de l'hôpital. Nous avons mis en place des locaux témoins et avons organisé des visites ouvertes à l'ensemble du personnel. Des totems d'information ont également été répartis dans les lieux de passage du site. Depuis le mois d'octobre 2014, nous diffusons un bulletin mensuel d'informations « En direct du NH ». Il est distribué aux collaborateurs en même temps que leur fiche de paye et leur apporte un compte-rendu régulier sur le projet. Ces opérations de communication ont été intensifiées avec l'approche de l'ouverture du nouvel hôpital, notamment avec des journées portes ouvertes, dont une soirée exclusivement dédiée aux médecins de ville.

Quelle est la clé de la réussite d'un tel projet ?

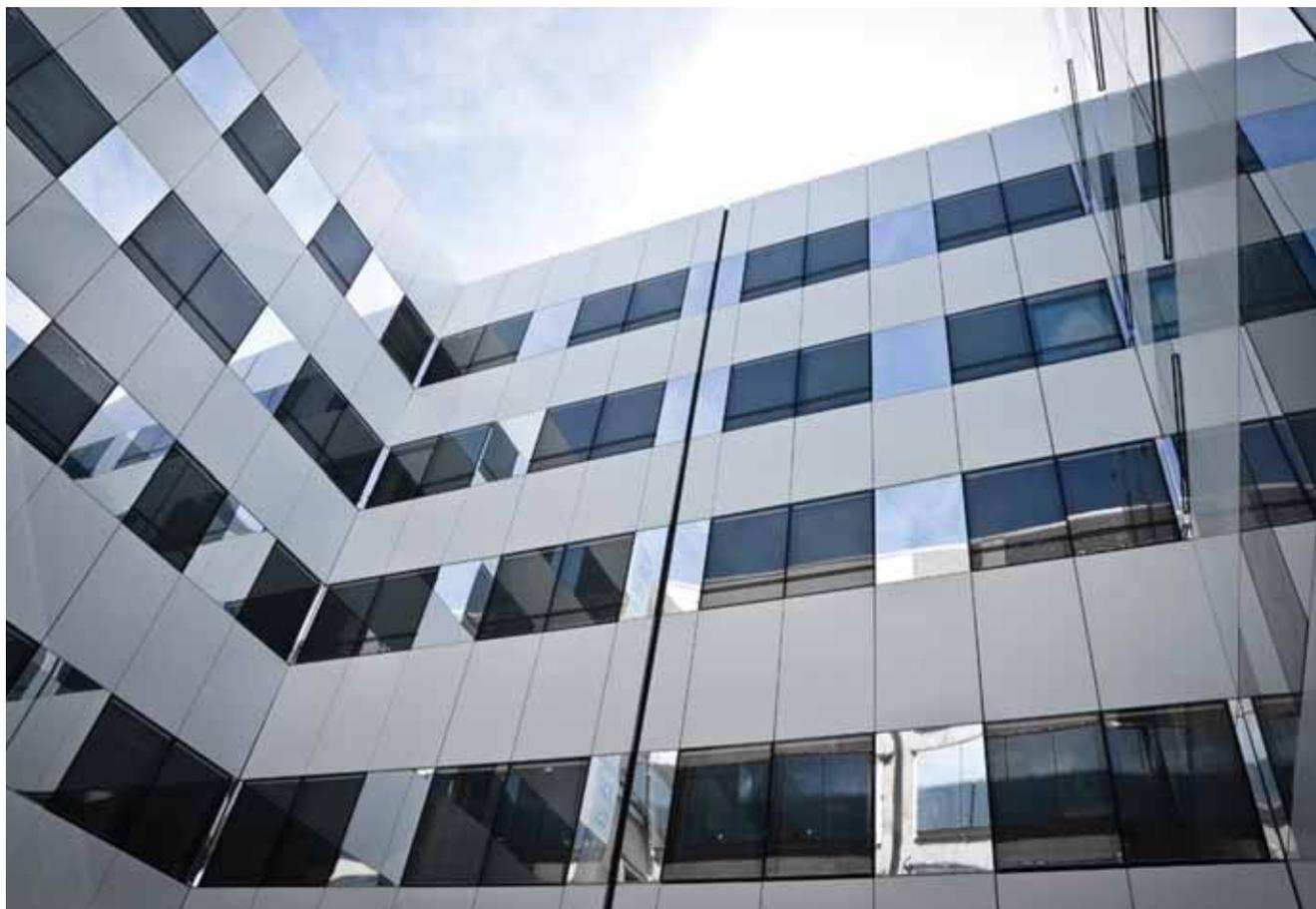
L'anticipation permanente est un enjeu primordial pour réaliser ce type de projet. Dans cette optique, une connaissance et une prévision efficace des besoins médicaux, des problèmes techniques, des problématiques liées à la maintenance et une grande souplesse sont des qualités essentielles. La gestion du temps est un élément tout aussi important. Pour des projets inscrits sur des périodes de 8 à 10 ans, il devient majeur de conserver une passion et un dynamisme constants dans la vie professionnelle, tout en faisant contribuer l'ensemble des acteurs sur une aussi longue durée.

Comment s'annoncent les opérations de déménagement ?

Ces opérations ont fait l'objet d'une préparation minutieuse. Pour ce faire, nous nous sommes adjoint les compétences d'un consultant spécialisé dans le domaine (IM Projet). Il nous a permis d'anticiper cette période de déménagement du 28 septembre au 31 octobre. Au cours des mois qui ont précédé le déménagement, le consultant nous a aidés à assurer la coordination de tous les acteurs pour que le planning et notamment le « chemin critique » soient respectés.

Quelle est votre vision de l'hôpital du XXI^e siècle ?

Philippe Dieudonné : La superposition de normes est aujourd'hui un phénomène préjudiciable, malgré un sentiment de sécurisation du patient, jusqu'à créer des contradictions entre normes. L'hôpital du XXI^e siècle devra donc retrouver une plus grande « simplicité » sur le plan technique. Le bâtiment devra laisser une plus grande place à l'humain pour développer des solutions moins coûteuses et pleinement opérationnelles.





Radiothérapie - Crédit CHMS

Les équipements biomédicaux

« Nous n’avons pas freiné les investissements en prévision du déménagement, Au contraire, nous avons investi par anticipation »



Entretien avec le **dr Pierre-Yves Brard**, président de la commission des équipements, et **Albin Lore**, responsable du service des technologies biomédicales

La commission des équipements...

Il s’agit d’une sous-commission de la CME ayant pour rôle d’élaborer le plan d’équipement courant, à savoir définir les équipements achetés chaque année, d’une valeur unitaire inférieure à 200.000 €. Au-delà de ce montant, nous retrouvons les équipements lourds soumis à la validation de la direction générale de l’établissement. La commission est ainsi chargée d’échanger avec les acteurs de l’hôpital pour définir leurs besoins. Ainsi, elle est en mesure de les faire coïncider avec le budget de l’établissement, en sélectionnant les investissements prioritaires. Parallèlement à cette mission, la commission répond aux appels à projets de la Ligue contre le cancer, dans le cadre du cofinancement d’équipements. Enfin, le rôle principal de cette commission des équipements est de se positionner comme interlocuteur entre l’administration hospitalière et les équipes médicales et soignantes, avec l’appui des ingénieurs biomédicaux.

Cette sous-commission de la CME n’assure-t-elle donc que la gestion d’équipements biomédicaux ?

Effectivement. D’autres sous-commissions sont chargées de la gestion d’équipements non médicaux. Notre commission regroupe deux référents pour chacun des 7 pôles d’activités cliniques ou médico-techniques

de l’hôpital, ainsi que trois membres du service des technologies biomédicales et un membre de la direction des soins infirmiers. Elle recueille également l’avis consultatif d’un membre du service hygiène hospitalière. Son rôle a cependant été élargi avec la mise en service du nouvel hôpital et elle a dû, au cours de l’année 2014, élaborer un plan d’équipement spécifique lié à ce projet.

Comment sont sélectionnés les dispositifs médicaux retenus au plan d’équipement du nouvel hôpital ?

Pour le nouvel hôpital, une enveloppe budgétaire a été allouée en complément de celle relative au plan d’équipement courant. Dans ce contexte, la commission a défini des critères précis de temps, de complexité technique et de coût, puis elle a attribué un score à chaque équipement demandé, en fonction de ces critères, de manière à établir un ordre de priorité. Cela a permis de prendre en compte les problématiques d’interfaces techniques avec le bâtiment, certains équipements devant être acquis et installés pendant la construction.

Quel est le processus d’achat des équipements biomédicaux ?

Dès lors que la commission assure la validation du plan d’équipement, celui-ci est soumis à l’approbation du directeur général. Une fois cette étape passée, la commission est chargée du suivi de l’acquisition des différents équipements. Les procédures d’achat diffèrent pour chaque équipement en fonction du budget prévisionnel. Ainsi, les ingénieurs biomédicaux peuvent passer par des procédures d’appel d’offres ou de mises en concurrence plus simples avec des calendriers divers. En juin 2015, le service des technologies biomédicales a fait l’acquisition de tous les équipements liés au nouvel hôpital afin que l’établissement soit opérationnel dès le 28 septembre 2015.

Le nouvel hôpital a-t-il impacté votre politique d'investissement en matière d'équipement biomédicaux ?

Nous n'avons pas freiné les investissements en prévision du déménagement. Au contraire, nous avons investi par anticipation. En effet, depuis 2009, lors de chaque achat d'équipement conséquent, la prestation de transfert auprès du fournisseur a été prévue. Cette méthode nous a permis de maintenir un fort niveau d'investissement et d'apporter satisfaction aux utilisateurs et au corps médical, car nous avons ainsi pu accompagner des projets médicaux complexes, jusqu'à peu de temps avant le changement de bâtiment, avec un lissage et une maîtrise des budgets d'investissements.

Quelles sont les grandes lignes du plan d'équipement du nouvel établissement ?

Elles incluent principalement les équipements liés à des agrandissements de service, par exemple le service de dialyse. D'autre part, nous avons volontairement retardé certains renouvellements d'équipements amortis pour pouvoir installer plus sereinement des équipements neufs dans le nouveau bâtiment. C'est par exemple le cas de notre salle de radiologie, dédiée aux urgences.

Quels sont les équipements intégrés au nouvel hôpital et absents de vos installations actuelles ?

Du fait de notre politique d'investissement biomédical, notre parc d'équipements est récent et les services de soins bénéficient déjà à ce jour des dernières technologies. A titre de nouveauté, nous pouvons quand même citer la mise en service, au bloc central d'un robot chirurgical Da Vinci de dernière génération et l'installation de deux chambres d'irathérapie, avec des équipements adaptés à la radioactivité. Nous avons aussi en projet pour 2016 l'acquisition d'un « cone beam » pour la réalisation de panoramiques dentaires 3D.

Sur le plan biomédical, comment avez-vous appréhendé la flexibilité des blocs opératoires ?

Notre bloc opératoire central, au sous-sol de la maternité, n'est pas inclus dans le déménagement. Actuellement, il bénéficie déjà

d'avancées importantes. A la fin de l'année 2011, nous avons assuré l'intégration d'une salle hybride interventionnelle. Il s'agit d'une salle spécifique de radiologie placée au sein du bloc chirurgical afin de permettre aux équipes chirurgicales et aux radiologues interventionnels d'exercer dans un lieu unique de manière commune ou séparée. Le bloc central accueillera aussi le robot chirurgical Da Vinci quelques semaines après le déménagement. En revanche, le bloc ambulatoire qui comptait 4 salles a été transféré dans le nouvel hôpital, avec deux salles supplémentaires, et relié directement au bloc central. Cette disposition géographique permettra d'ajuster l'utilisation des salles, en fonction de l'évolution de l'activité ambulatoire.

Votre fusion avec le Centre Hospitalier d'Aix-les-Bains a-t-elle impacté votre plan d'équipement ?

Cette fusion n'a eu aucun impact sur notre plan d'équipement. La gestion des équipements d'Aix-les-Bains était sensiblement différente de la nôtre car elle était entièrement assurée par l'équipe biomédicale, sans sous-commission de la CME de l'établissement. Notre plan d'équipement reste donc identique mais la commission sera réformée pour inclure les membres des pôles d'activité aixois pour le plan d'équipement de l'année 2016. Pour 2015, l'établissement d'Aix-les-Bains conserve son budget annuel dédié à l'équipement et poursuit ses procédures du plan d'équipement courant. Aucun service de l'hôpital aixois ne devant être intégré au nouvel établissement, nous n'avons pas ressenti le besoin d'impliquer l'établissement dans le choix du matériel du nouvel hôpital.

Quelles sont vos priorités à quelques mois du déménagement dans le nouvel hôpital ?

Sur le plan biomédical nous avons plusieurs priorités, à commencer par le volet technique. La première partie de l'année a été consacrée à la réalisation de tous les achats de matériel pour le nouvel hôpital, toujours en priorisant les éléments impactant le génie civil. Dès lors que l'hôpital sera propriétaire du bâtiment, nous devons être présents sur le terrain pour l'installation des équipements neufs.

**Robot chirurgical Da Vinci XI :
crédit intuitive surgical**







Télémedecine pour la prise en charge des AVC : Crédit CHMS

SIH

« La fusion nous a permis d'optimiser notre système d'information »



Plus de précisions avec **Norbert Grataloup**, directeur des systèmes d'information

Quel est l'état du système d'information de l'hôpital ?

Norbert Grataloup : Le système d'information de l'établissement est avancé et homogène. Il traite de nombreuses problématiques et, notamment, la prescription informatisée sur 90 à 95% des lits. Il est très intégré et s'articule autour de deux noyaux principaux, les solutions du GIP MIPIH pour la filière administrative, et MainCare pour la filière médicale. Un partenariat fort avec ces deux prestataires nous permet de mettre en place des solutions innovantes. L'homogénéité de notre système d'information est notamment due à un nombre réduit de solutions métiers. Notre choix, assez ancien, était d'éviter le développement de modules de spécialité pour privilégier un travail sur le seul logiciel Crossway, et prévenir ainsi les problématiques d'interfaçage que beaucoup d'établissements rencontrent avec, par exemple, un circuit du médicament complètement dissocié du système d'information global. Aujourd'hui, ce schéma de développement de notre système d'information atteint sans doute ses limites car nous allons être dans l'obligation de développer des solutions métiers. En effet, l'ensemble du spectre d'applicatifs de MainCare est en place, néanmoins nous devons disposer de solutions plus efficaces dans des services très spécifiques comme les réanimations.

Quel est l'état d'avancement du déploiement du dossier patient informatisé ?

N.G : Le dossier patient est pleinement déployé sur l'ensemble des sites du centre hospitalier, à l'exception des services de réanimation qui ne sont pas encore dotés de la prescription et du dossier de soins informatisés. Sur le site d'Aix-Les-Bains, suite à la fusion avec le Centre Hospitalier de Chambéry au 1^{er} janvier 2015, l'ensemble des fonctionnalités du dossier patient informatisé a été déployé en trois mois (de janvier à mars 2015). Aujourd'hui, nous poursuivons nos travaux par l'ajout de différents modules comme la dictée numérique, la gestion des lits et la confirmation de rendez-vous par SMS, et travaillons sur la consolidation/fiabilisation du dossier et sa communication avec les autres applications du système d'information et avec l'extérieur (médecine de ville et établissements de santé)

Quel a été l'impact de la fusion des hôpitaux de Chambéry et d'Aix-les-Bains sur votre système d'information ?

N.G : Cette opération a eu de nombreuses conséquences. Le système d'information a été l'un des éléments structurants de cette fusion. Nous avons ainsi pu accompagner le rapprochement des services en améliorant les outils de communication (messagerie et téléphonie commune, visioconférence, dossier patient informatisé, dossiers de spécialités imagerie et biologie communs). Le travail a été conséquent mais a aussi permis de reposer et réfléchir à certaines briques du SI qui n'étaient pas efficaces. Ainsi, l'ensemble du système d'information de la pharmacie a été repensé autour du logiciel CoPilote et du module Crossway M-Pharmacie, et la téléphonie sur Wi-Fi a été mise en œuvre, préfigurant les technologies qui seront utilisées dans le nouvel établissement du site de Chambéry, en cours de construction.

Au moment de la fusion, quel était l'état du système d'information du Centre Hospitalier d'Aix-les-Bains ?

N.G : L'établissement possédait un système d'information fonctionnel mais peu homogène. L'informatisation était assez peu développée dans les services de soins et la mobilité, qu'elle soit informatique ou téléphonique, était fortement souhaitée. La fusion étant envisagée depuis de nombreuses années, plusieurs projets relatifs au SI du site aixois avaient été suspendus, notamment la mise en œuvre d'un dossier patient informatisé. Cette décision a été un véritable atout lors de la fusion car cette absence d'outil et l'impérieuse nécessité de renouvellement pour d'autres (pharmacie et téléphonie notamment) nous a permis d'éviter des discussions longues et difficiles sur les choix d'informatisation. Côté administratif, le choix a été fait de migrer les solutions aixoises basées sur le noyau AGFA vers le noyau MIPIH, ce dernier étant très fortement intégré au dossier patient utilisé sur Chambéry

Cette fusion a-t-elle été l'occasion de finaliser l'urbanisation de votre système d'information ?

N.G : La fusion nous a permis d'optimiser notre SI mais l'urbanisation était déjà en place avant cette opération. Certains secteurs ont connu une révolution, notamment la pharmacie. Nous avons complètement modifié le système d'information de ce service pour accompagner sa robotisation. La pharmacie du site aixois se caractérisait par de nombreuses dispensations nominatives (80 à 85% des lits). Or, nous n'aurions pas pu mettre en place une solution adaptée à ces besoins avec les solutions Pharma alors utilisées à l'hôpital de Chambéry. La solution Disporao de l'hôpital d'Aix-les-Bains arrivant alors en fin de maintenance, les réflexions entre les deux services et la DSIO ont abouti à une redéfinition complète du SI Pharmacie. Ainsi, la nouvelle solution choisie a permis une redéfinition complète de l'urbanisation des SI des pharmacies et le développement d'une fonction logistique appuyée par le module Copilote, en cours d'extension à d'autres secteurs (magasins généraux). La validation pharmaceutique a, quant à elle, été rapprochée du processus de prescription de Crossway par la mise en œuvre du module M-Pharma de Crossway. Cette fusion a été aussi l'occasion de lancer des dossiers de dématérialisation, tel que la dématérialisation du dossier administratif du patient et celle des dossiers du personnel, pleinement opérationnelles depuis le début de l'année 2015 avec la numérisation d'un fond documentaire de près de 300 000 pièces.

Quels ont été les éléments apportés par la société Maincare ?

N.G : Dans le cadre de la fusion, l'apport de MainCare a été assez limité. Nous possédions l'autonomie nécessaire au déploiement du dossier patient informatisé sur Aix-Les-Bains, grâce à une équipe « Dossier Patient Informatisé » déjà existante sur Chambéry et ayant accumulé une grande expérience depuis les premiers déploiements en 2008. Cette opération a néanmoins pour particularité de déployer des solutions informatiques sur environ 500 lits en l'espace de trois mois, contre 30 lits par mois pour le site de Chambéry. Ces actions ont entraîné une véritable démarche projet avec la mise en place d'une équipe spécifique regroupant 17 membres du personnel soignant, spécialement formés comme référents auprès des équipes de l'établissement. Ils ont pris en charge la formation de 600 membres du personnel et l'accompagnement de l'informatisation de près de 200 lits par mois,

de janvier à février, sur les fonctions prescription et dossier de soins. En parallèle, les secrétariats (agendas et bureautique médicale) ont aussi dû migrer leurs outils, accompagnés par une équipe de référentes.

Quels sont les grands axes de votre schéma directeur ?

N.G : Le schéma directeur s'est achevé en 2014. Le futur schéma développé en 2015 sera axé sur le projet médical commun. Nous avons d'ores et déjà défini d'autres priorités comme la sécurisation du système d'information, le développement de notre communication vers l'extérieur et des modules de spécialité. Le développement de la communication vers la médecine de ville permettra à l'établissement d'échanger plus facilement avec ces acteurs et facilitera notamment les procédures d'envoi de courrier et le partage dématérialisé de résultats relatifs à leurs patients. Outre ces médecins libéraux, l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur passe également par une communication accrue avec d'autres établissements du territoire. La mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) va grandement encourager ces démarches.

Comment le système d'information a-t-il accompagné le projet du nouvel hôpital ?

N.G : Le SI a accompagné et accompagne toujours la plupart des démarches développées dans le cadre du projet nouvel hôpital. Le service intervient, notamment, dans la mise en place d'un système d'identification forte pour les applications et d'une identification par badge pour les zones d'accès. Dans ce contexte, le système d'information assure la mise en œuvre des outils nécessaires au fonctionnement de ces procédures comme la mise en place d'un annuaire d'établissement connecté à la base de données des Ressources Humaines. De plus, nous avons fait le choix de développer un nouvel hôpital « full IP ». Le nouvel établissement, contrairement à nos installations actuelles, compte un réseau IP et Wi-fi exclusivement, notamment pour la téléphonie mobile. Dans ce contexte, nous fournissons de nouveaux services sur les téléphones comme le report d'alarme, les appels malades ou la visiophonie pour le contrôle d'accès. Nous disposerons également de solutions IP TV pour lesquelles nous abordons actuellement les réflexions sur la mise en ligne de contenu. Nous avons décidé de ne pas doter ce nouvel établissement de terminaux multimédia. Les retours d'expérience collectés autour de ces solutions ne nous ont pas semblés satisfaisants. Leur coût se révèle trop important au regard du rendu et du contenu proposé. Ce choix a néanmoins été difficile pour la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation (DSIO). Nos décisions prennent en compte les problématiques techniques et de maintenance. Aussi, de nombreux utilisateurs ne comprennent pas pourquoi le nouvel hôpital ne peut être doté d'outils modernes et de solutions tactiles avec téléphone intégré. Ces solutions soulèvent également des questions de coûts de mise en place (2M€) et de maintenance (3 à 4 ETP mobilisés) pour un contenu assez pauvre. Par ailleurs, nous accompagnons l'ensemble des services disposant de nouveaux outils qui n'étaient pas « informatisés » jusqu'à présent, avec une nécessaire adaptation des équipes techniques dont les compétences d'origines s'éloignent de celles maintenant demandées. On ne gère plus, par exemple, des accès par carte comme on gérait des accès par clé ou un système d'appels-malades centralisé comme un système d'appels-malades propre au service.

Les technologies de l'information ont grandement évolué. Le nouvel hôpital disposera-t-il de solutions de diffusion de l'information ?

N.G : Ces éléments à vocation d'information et de signalétique dynamique restent au cœur de nos réflexions. Nous envisageons d'élargir nos solutions de télévision installées dans les chambres à l'ensemble des salles d'attentes de l'établissement. Nous devons nous assurer de disposer du dimensionnement suffisant de notre service communication pour le développement d'un contenu cohérent et intéressant. De plus, nous devons réfléchir aux modalités de mise en place et à la mutualisation du contenu diffusé. Outre ces considérations, l'établissement envisage la mise en place de bornes d'accueil interactives à moyen terme, après l'ouverture du nouvel hôpital. Cette solution développée conjointement avec le MIPIH est actuellement en cours d'expérimentation au niveau de la maternité. Le souhait est de bénéficier d'un outil permettant de faire son admission et d'être dirigé vers le bon service, de payer ses prestations et notamment les prestations annexes telles que la souscription à une offre multimédia (TV/Téléphone/Wi-Fi) ou un repas accompagnant.

Quelles sont les solutions mises en place au sein du nouvel hôpital en matière de mobilité ?

N.G : L'établissement actuel disposant déjà d'une réponse efficace en matière de mobilité, nous n'envisageons pas la mise en place de nouvelles solutions. Dans le cadre du dossier patient, nous possédons une dizaine d'ordinateurs portables et chariots mobiles par service. Ce matériel sera transféré sur le nouvel établissement. Néanmoins, pour la partie applicative, l'établissement reste en attente de solutions proposées par les fournisseurs. La plupart d'entre eux ne propose pas encore d'applicatifs tactiles. Nous avons déjà mené plusieurs essais incluant des supports très diversifiés (ordinateurs portables, tablettes numériques, smartphones, etc.) qui s'avèrent souvent incompatibles avec les applications disponibles sur le marché. Sur le plan de la mobilité, nous avons grandement optimisé la gestion du brancardage. Depuis octobre 2014, tous les brancardiers de l'établissement sont équipés de smartphones notifiant les courses à réaliser ainsi que la mise à jour du statut et de la localisation de l'agent en fonction de ses actions.

Disposez-vous de solutions efficaces en matière de dictée numérique et de reconnaissance vocale ?

N.G : Nous sommes équipés d'une réponse effective en matière de dictée numérique, en cours de déploiement, mais ne disposons d'aucun outil de reconnaissance vocale. Le développement d'une telle solution n'est pas une priorité et se fera de façon ponctuelle, notamment auprès de jeunes praticiens motivés pour développer ce type d'outils. Pour ma part, la reconnaissance vocale n'a aucun sens si le médecin n'assure pas la gestion complète de son courrier. Le temps que pourrait gagner une secrétaire en ne réalisant plus la frappe du courrier est systématiquement perdu lorsqu'elle doit rajouter les correspondants ou relire et corriger les fautes laissées par la reconnaissance. D'autre part, sa mise en place représente un coût non négligeable (près de 10 fois l'investissement nécessaire au développement de la dictée numérique) pour une plus-value très minime. La reconnaissance vocale, pour être pertinente, doit donc s'adresser à des médecins motivés

et désireux d'assurer l'entière gestion de leur courrier. La dictée numérique, quant à elle, a une véritable plus-value. Elle apporte une meilleure fluidité dans le processus de dictée, notamment car les comptes-rendus sont délivrés au fur et à mesure aux différentes secrétaires, qui peuvent se répartir les tâches entre elles.

La phase de déménagement a-t-elle un impact sur la direction des systèmes d'information ?

N.G : Le déménagement a un impact très important sur nos équipes. En l'espace de cinq semaines, nous devons assurer le déménagement, la réinstallation ou la remise en service d'environ 1.000 postes informatiques et 3.000 téléphones. Avant d'envisager ces opérations, nous devons mettre en place le nouveau réseau informatique, déménager le datacenter, repenser la téléphonie, traiter les problématiques de création de nouveaux numéros et de changement de terminaux et tous les sujets liés à de nouvelles organisations et activités.

Profitez-vous de la mise en place du nouvel hôpital pour renouveler le parc informatique ?

N.G : Nous avons choisi de conserver tous les postes intégrés depuis moins de trois ans, qui seront déménagés dans le nouvel établissement. Nous devons acquérir en outre près de 500 nouveaux postes informatiques. Le centre hospitalier s'astreint à renouveler son parc informatique tous les 6 ans, soit 300 à 400 postes renouvelés par an. Dans cette phase, nous prévoyons le renouvellement de 250 postes et l'installation de 250 nouveaux matériels. De plus, nous profitons de l'opération pour améliorer l'ergonomie du poste de travail par la mise en place d'écrans plus grands, de solutions « double-écran » pour améliorer l'efficacité et diminuer le recours à l'impression, ou d'écrans de qualité médicale à destination des médecins pour l'utilisation du PACS et la suppression des films d'imagerie. Enfin, des scanners de bureau seront aussi massivement déployés pour encourager à la dématérialisation des dossiers et des échanges. Concernant la téléphonie et du fait du saut technologique lié au « tout-IP », l'ensemble des matériels fixes et mobiles (téléphonie Wi-Fi) sera changé.

Quelle est votre vision de l'hôpital numérique de demain ?

N.G : L'hôpital numérique de demain se caractérise par la dématérialisation du dossier patient et la suppression du dossier papier. Le « zéro papier » est d'ailleurs un des objectifs du Centre Hospitalier Métropole Savoie pour 2017. Une des principales étapes vers cet hôpital numérique reste la dématérialisation des données d'imagerie. S'ensuivra la dématérialisation des données collectées depuis l'extérieur de l'établissement, nous rappelant à la problématique de communication avec les autres établissements et avec les acteurs de santé de la ville. L'hôpital numérique est, avant tout, un hôpital communiquant avec son environnement. Les établissements les plus modestes rencontrant toujours plus de difficultés en matière de recrutement, ils s'orientent vers les établissements de référence pour recueillir certaines expertises. Il devient donc un enjeu majeur d'être capable d'échanger et de transférer des données et informations d'ordre médical. A cet élément majeur caractérisant l'hôpital numérique de demain, s'ajoute la nécessité, pour ce dernier, de communiquer efficacement avec le patient.

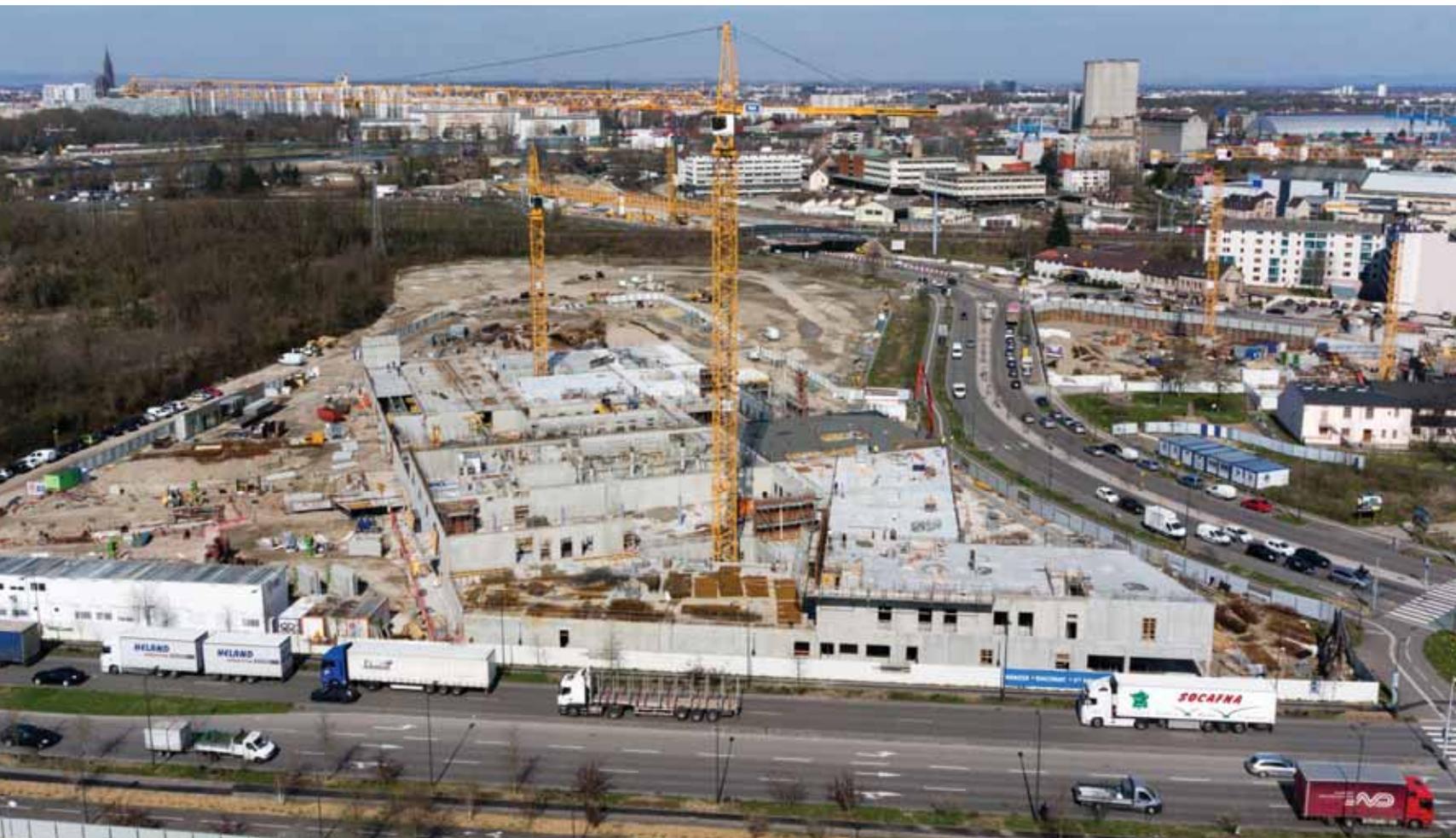


Radiologie : Crédit : Gilles Verneret

Rhëna

CLINIQUE DE STRASBOURG

Une ambition : l'excellence



Le groupement Demathieu Bard et URBAN DUMEZ réalise le lot Fondations spéciales / Gros œuvre dans un délai de 13 mois, avec plus de 330 pieux, 20 000 m³ de béton, 1800 Tonnes d'armatures et près de 100 000 heures de travail.



Bâtiment - Génie Civil
Ouvrages fonctionnels

demathieu bard
Agence Alsace
Rue Claude Chappe - 67120 DUPPIGHEIM
Tél : 03 90 40 98 20
Fax : 03 90 40 90 99

URBAN DUMEZ
1, rue de Lisbonne - BP 80064 - Schiltigheim
67012 Strasbourg Cedex
Tél : 03 88 47 78 00
www.urban-dumez.fr



Crédit : AIA Associés

Clinique Rhéna : une nouvelle clinique au service de l'excellence médicale

A partir du premier semestre 2017, la Clinique Rhéna ouvrira ses portes au cœur du quartier des Deux-Rives à Strasbourg. Cette opération est motivée par l'alliance inédite de trois cliniques privées à but non lucratif, confessionnelles, reconnues d'utilité publique, que sont Adassa (clinique juive), Diaconat (clinique protestante) et Sainte-Odile (clinique catholique). Actuellement en construction, la nouvelle clinique Rhéna donne une nouvelle impulsion à l'offre de soins de l'agglomération strasbourgeoise.

Etablissement privé à but non lucratif, associé à la médecine libérale, la Clinique Rhéna place l'Excellence au cœur de sa stratégie et de ses priorités. Fondées au XIX^e siècle, les cliniques Adassa, Diaconat et Sainte-Odile ont forgé leur identité au contact de trois communautés religieuses, toutes centrées sur le principe d'une prise en charge globale du patient : pas uniquement de sa maladie mais de la personne dans sa globalité. Servir l'intérêt collectif de façon désintéressée est inscrit dans leurs gènes. Ces valeurs fondatrices s'expriment aujourd'hui avec la même vivacité et servent de socle à la nouvelle Clinique Rhéna.



Présentation de la Clinique Rhéna avec son directeur général, **Guillaume Lohr**

Les trois établissements regroupés au sein de Rhéna...

Guillaume Lohr : La Clinique Rhéna est née de l'alliance de trois cliniques privées : Adassa, Diaconat et Sainte-Odile. La Clinique Adassa, un ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) reconnue d'utilité publique, créée par la communauté juive à la fin du XIX^e siècle, assure des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. A ses origines, cet établissement avait pour mission d'assurer la prise en charge des indigents de confession juive. La Clinique du Diaconat est un établissement privé à but non lucratif reconnu d'utilité publique, créé dans les années 1850, d'origine confessionnelle protestante. Elle est en charge des activités de médecine, de chirurgie et d'urgences de la main. Enfin, la Clinique Sainte-Odile est un établissement de santé privé à but non lucratif fondé par la communauté catholique. Elle assure des activités de médecine, de chirurgie, d'urgences et soins de suite et de réadaptation (SSR). Rhéna dispose de toutes les autorisations de prise en charge chirurgicale des cancers sur le périmètre des trois établissements. Ces derniers présentent

des activités redondantes comme l'urologie, la gastro-entérologie ou l'ophtalmologie. Notre projet de reconstruction permet de rationaliser l'offre de soins sur le territoire en l'améliorant. Chacun de ces établissements dispose également d'activités spécifiques. Adassa dispose d'une maternité, tandis que Diaconat assure les urgences de la main et que Sainte-Odile assure spécifiquement les activités d'urgences générales et le SSR. L'opération Rhéna implique également la création d'une maison médicale à proximité immédiate de la nouvelle clinique, regroupant un certain nombre de cabinets libéraux.

Pourquoi avoir choisi de baptiser cette clinique « Rhéna » ?

G.L. : Ce nom est le fruit d'une étude réalisée en partenariat avec un cabinet de conseils en communication. A la suite de nombreux tâtonnements, Rhéna nous est apparu comme le nom qualifiant le mieux cet établissement, notamment de par sa localisation géographique, le Rhin s'écoulant à près de 200 m de la clinique. Rhéna-Regroupement Hospitalier d'Excellence Né d'une Alliance est également un acronyme portant nos ambitions de regroupement hospitalier d'excellence par l'alliance de trois établissements privés à but non lucratif reconnus d'utilité publique et associés à la médecine libérale.

Améliorons ensemble la Qualité de Vie de vos patients



SANTE MÉDICO SOCIAL

Nous contribuons à votre performance par des services allant de l'accueil du patient, en passant par la restauration, le bio-nettoyage des chambres et blocs opératoires, la maintenance des équipements et des bâtiments, la gestion interne du linge... Par ces services, nos équipes contribuent à la Qualité de Vie de vos patients.

Contact : sante.medicosocial.fr@sodexo.com


SERVICES DE QUALITÉ DE VIE

Quelles ont été les raisons du regroupement de ces établissements ?

G.L : Le constat de départ était clair : isolés, les trois établissements n'avaient aucun avenir sur ce territoire à moyen et long termes car aucun d'entre eux n'avait la taille critique suffisante pour prétendre disposer d'équipements technologiques de dernière génération. La clinique Adassa, par exemple, ne pouvait se doter seule d'un scanner et d'une IRM. L'acquisition de nouveaux équipements est soumise aux autorisations délivrées par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Or, ces autorisations sont de plus en plus difficiles à obtenir. D'autre part, le secteur de la santé est marqué par une diminution des tarifs et une augmentation des coûts, variant en fonction des activités et des spécialités. Les dernières innovations représentent des avantages thérapeutiques importants pour le patient. Les médecins émettent donc des demandes légitimes visant l'acquisition de ces nouveaux équipements. Cependant, ces investissements alourdissent les comptes d'exploitation de l'établissement par des charges financières et d'amortissements importantes alors que les tarifs baissent. Ces phénomènes croisés rendent difficile le maintien de l'équilibre financier d'un établissement de santé. Preuve en est aujourd'hui, plus de 30% des établissements sur le territoire national sont en situation de déséquilibre financier. Enfin, nos trois établissements sont aujourd'hui dans des bâtiments historiques coûteux en matière d'infrastructures et de maintenance. Ces structures étaient adaptées à la prise en charge des populations lors de leur création durant la deuxième moitié du XIX^e siècle. Les opérations de rénovation et de maintenance de ces établissements représentent un coût élevé. Chacune de ces trois cliniques a donc constaté un besoin de regrouper ses activités au sein d'une structure de soins plus importante, plus moderne, afin de mutualiser les moyens, les compétences et les forces. Ensemble, nous recréons un outil de travail baptisé Clinique Rhéna, un outil adapté aux modes de prise en charge modernes et aux standards d'hospitalisation. Cette structure est conçue pour disposer d'une très grande flexibilité afin d'évoluer au rythme des futures transformations des modes de prise en charge.

Quel est le programme capacitaire de ce projet ?

G.L : Ce programme a été calculé sur la base d'une hypothèse d'activité identique à notre volume actuel. En d'autres termes, notre programme capacitaire n'inclut pas d'activités supplémentaires. Nous avons fait ce choix par souci de prudence. Chaque mètre carré construit devra contribuer à la production de soins. Bien entendu, nous sommes

prêts à accueillir l'activité supplémentaire qui pourrait se présenter avant ou après l'ouverture de l'établissement. Dans cette hypothèse, la conception de la clinique et nos réserves foncières nous permettront la création facile et rapide d'extensions. La Clinique Rhéna hérite d'une vision entrepreneuriale mais prudente des trois établissements qui la composent. Au regard de leurs capacités financières, ces cliniques ne se sont jamais permises d'extravagance dans leur mode de gestion. Ce programme capacitaire se définit également selon notre organisation et les modes de prise en charge de nos patients. L'établissement est notamment à la pointe en matière de prise en charge ambulatoire. Dans la mesure où ces procédures peuvent être bénéfiques pour les patients, nos équipes assurent la prise en charge en ambulatoire d'actes assez complexes. Pour assurer notre définition capacitaire, notre équipe de conception a donc identifié l'activité actuelle et les prévisions de prise en charge dans les différents secteurs d'activité de la clinique pour les années à venir. Sur la base de ces réflexions, elle a pu définir les besoins capacitaires liés à l'activité d'hospitalisation complète, au taux de rotation en ambulatoire et aux durées d'intervention en bloc opératoire, en endoscopie et dans les différents secteurs techniques. Grâce à cette méthode, il a été possible de définir nos besoins capacitaires en nombre de salles d'opération, de lits et de places. Ainsi, notre projet médical et soignant définit la conception architecturale de la clinique, et non l'inverse. Le capacitaire résultant de ces réflexions permet une diminution significative des capacités d'hébergement comparativement à la somme de ces capacités sur les 3 cliniques actuelles. Notre conception place le patient et ses proches au cœur du dispositif de soin en matière de prise en charge, d'accueil et de convivialité. Les enjeux architecturaux majeurs de ce projet sont ceux relatifs à la conception d'un bâtiment au caractère humain. Les trois établissements privés regroupés au sein de la Clinique Rhéna véhiculent, notamment par leurs origines confessionnelles et communautaires, un esprit familial et une prise en charge profondément conviviale et humaine. La création d'un bâtiment bien plus grand ne doit pas entraîner la perte de ces valeurs. Dans ce contexte, notre conception architecturale intègre des « villages » dédiés à chacun de nos domaines d'excellence. Ce projet de nouvelle clinique nous a donc permis de revoir en profondeur notre organisation pour intégrer, notamment, une notion de flux de patients très rapides pour l'activité ambulatoire. Ces flux sont aujourd'hui extrêmement courts et conçus avec des concepts architecturaux innovants.





SPIE Est réalise le lot chauffage, ventilation, climatisation et désenfumage sur le chantier de la future Clinique RHENA



SPIE Est - 2 route de Lingolsheim
BP 70330 Geispolsheim-Gare
67411 Illkirch Cedex
www.spie.com

Credit photo : Perspective AIA associés



BLUNTZER SNC, implantée depuis 1947 au cœur de la montagne vosgienne, fait corps avec son environnement naturel.

Elle a su évoluer et se moderniser sans jamais rompre avec ses valeurs d'origine.

L'outil spécifique **BLUNTZER** est conçu pour apporter une réponse à tous les types de chantiers.

Plus de 500 chantiers traités depuis sa création, dont 150 réalisations majeures en France et dans le monde.

BLUNTZER SNC est naturellement à l'écoute de son environnement. Notre double approche industrielle aluminium / bois démultiplie nos capacités de réponse « Haute Qualité Environnementale »

BLUNTZER SNC®

Siège social

3 rue de la Gare - BP 5 - Fresse sur Moselle
F - 88165 LE THILLOT CEDEX

Tél. +33 (0)3 29 25 02 69

Fax +33 (0)3 29 25 25 04

contact@bluntzer.fr

www.bluntzer.fr

Service Technico-Commercial

Z.I. Le Pont Jean

F - 88560 Saint Maurice sur Moselle

Tél. +33 (0)3 29 25 20 79

Fax +33 (0)3 29 25 06 63

Dans le cadre de la rationalisation de vos équipements, que représente ce regroupement sur un site unique ?

G.L : Les établissements regroupés au sein de la Clinique Rhéna représentent 21% de l'offre de soins et 36% de l'offre chirurgicale de la zone de proximité de Strasbourg. Notre établissement est aujourd'hui l'acteur le plus important du territoire en matière d'offre de soins privée.

Ce regroupement a-t-il entraîné des économies d'échelle pour votre parc d'équipement ?

G.L : Ce projet ne nous a pas permis d'économie significative en matière d'équipement. Bien que nous constatons toujours des doublons pour certaines des activités, nous avons déjà poussé très loin nos réflexions autour de la rationalisation de nos installations. Avec ce projet, nous n'avons pas réduit le nombre de salles du plateau technique mais avons choisi de regrouper les installations et de mieux organiser son fonctionnement interne. Cela étant, ce projet ne nous empêche pas au contraire de poursuivre notre politique volontariste et ambitieuse en matière d'équipements. Parallèlement à ce programme, nous recensons les équipements pouvant être transférés dans les nouvelles installations. La nouvelle clinique doit disposer des meilleurs équipements. Aussi, tous les équipements actuels pouvant être récupérés seront intégrés à nos installations et complétés par une opération d'achat lors du déménagement.

Comment les rôles ont-ils été répartis au sein de la structure ?

G.L : En tant que directeur général de la clinique, j'ai en charge tant l'exploitation des trois cliniques existantes que l'opération de regroupement au sein de la Clinique Rhéna. Nous avons regroupé, en 2011, les communautés médicales des trois établissements afin de rédiger en commun le projet médical de la clinique Rhéna. Durant la conduite de l'opération, l'équipe de direction a rapidement bénéficié des compétences de Robert Adjedj, spécialiste de la conduite d'opérations immobilières d'envergure. Le monde de la construction est un domaine très spécifique dans lequel je n'ai que très peu d'expérience. Je devais donc être accompagné d'un professionnel aguerri, connaissant parfaitement les acteurs régionaux, capable de décrypter les difficultés et les pièges présents dans la conduite de l'opération. Ce consultant nous a d'abord accompagnés durant la sélection de l'Assistante à la Maîtrise d'Ouvrage (AMO). A la suite de notre visite à la Clinique de Metz (HPMetz), nous avons décidé de nous entourer des mêmes acteurs de cette opération et avons donc choisi la société Martin & Guiheneuf (AMO) et le cabinet d'architectes AIA (maîtrise d'œuvre). Pour ce projet, nous souhaitons une structure autant fonctionnelle qu'esthétique, en raison de la localisation de la Clinique Rhéna à l'entrée de la ville de Strasbourg en venant de l'Allemagne.

Comment avez-vous choisi le site ?

G.L : L'ARS a joué un rôle important pour le choix du secteur dans lequel s'implante notre projet en tant que responsable de l'organisation des soins sur le territoire. L'Eurométropole de Strasbourg met parallèlement en œuvre un projet important visant à relier l'est et l'ouest strasbourgeois ainsi que la ville de Kehl. Le quartier dans lequel se trouve la Clinique Rhéna fait aujourd'hui l'objet de nombreuses opérations immobilières et de projets de réseaux de transports en commun. De ce fait, la ville et l'Eurométropole de Strasbourg sont très attentives à l'implantation de la clinique dans ce secteur car sa présence est

génératrice d'activité et de vie. Enfin, les cliniques ont choisi ce site car il place la Clinique Rhéna au cœur du réseau en devenant regroupant la ville de Strasbourg, l'Eurométropole et le réseau transfrontalier. Cette situation est particulièrement appréciable en matière de visibilité et d'accessibilité. L'urbanisation du site et de ses alentours a été confiée au cabinet Reichen & Robert et associés.

La Clinique Rhéna regroupe trois cliniques aux origines confessionnelles différentes. Comment ont été intégrés les lieux de recueillement au sein de cette nouvelle structure ?

G.L : Le territoire alsacien a pour spécificité de disposer d'un tissu associatif particulièrement développé. Au-delà des bénévoles religieux intervenant aux côtés des patients, nous accueillons de nombreuses personnes de bonne volonté consacrant du temps aux patients de la clinique. Nous avons à cœur de ne pas perdre cet héritage et cette force que nous apportent ces acteurs du milieu associatif. Les lieux de recueillement sont consacrés aux bénévoles et aux religieux. Ces espaces sont des lieux de silence n'arborant aucun signe lié à une religion particulière, afin de pouvoir accueillir l'ensemble des utilisateurs pratiquants ainsi que les personnes ayant besoin d'un moment de calme. Les représentants de chaque communauté religieuse (juive, protestante, catholique et musulmane) ont été associés aux réflexions autour de la réalisation de cet espace. Ce lieu de convivialité et de réunions, également mis en place au sein de la clinique, permet aux membres du personnel et aux bénévoles d'accueillir et d'échanger dans un cadre serein avec les familles et les patients qui en ont le plus besoin. D'autre part, nous avons créé l'association Rhéna Accompagnement qui a pour mission de fédérer l'ensemble des associations intervenant sur le site de l'établissement. Cette structure sera financée par la clinique et devra faciliter les opérations quotidiennes de nos partenaires du milieu associatif et favoriser les échanges et collaborations entre bénévoles.

Au regard du caractère multiconfessionnel de la clinique, comment avez-vous organisé la production des repas ?

G.L : Dès les prémices de ce projet, les comités d'éthique des Cliniques Adassa et Diaconat ont été réunis afin de nous assurer qu'il n'existait aucun obstacle confessionnel au regroupement futur de nos activités. La production des repas dans notre nouvelle structure permettra de répondre aux attentes des patients en matière religieuse, mais de répondre également à leurs besoins spécifiques au regard des pathologies traitées. Ces repas seront fabriqués sur place, la Clinique Rhéna disposant d'une cuisine de production de repas permettant à l'établissement de maintenir des liaisons chaudes et froides. Contrairement à une tendance générale qui prône l'économie pour les installations dédiées à la restauration, la direction a décidé de concevoir une cuisine adaptée à la mise en place d'une liaison chaude. Malgré le fait que l'ambulatoire occupe une place toujours plus importante, le patient accorde une grande importance à la qualité des repas servis durant son séjour dans l'établissement. La qualité du soin étant devenue un impératif commun à tous les établissements de santé, les patients attachent plus d'importance aux prestations accompagnant les soins (accueil, repas, etc.) pour départager ces derniers. La conception de la Clinique Rhéna en fait plus un hôtel médico-chirurgical et obstétrical qu'une clinique hospitalière. L'hôtellerie et la restauration y sont des éléments importants.



Le Savoir vert

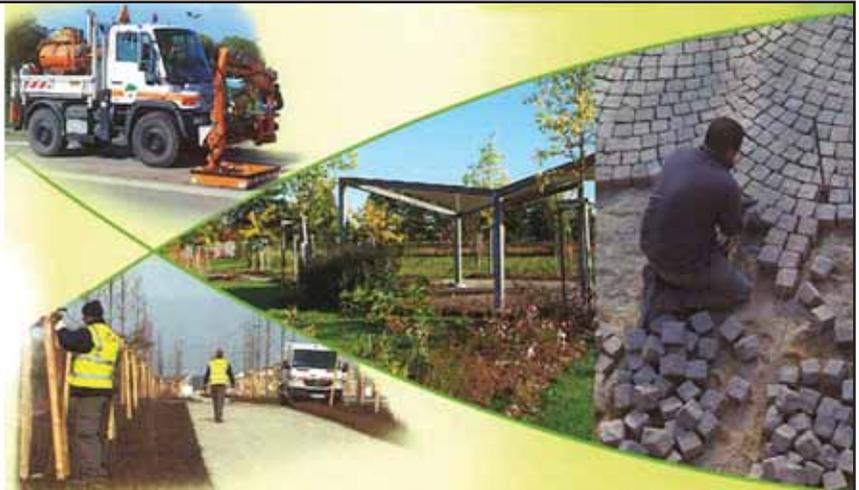
Scop Espaces Verts

23 rue du Tramway - 67 114 ESCHAU
Tél. 03 88 59 05 00 - Fax 03 88 59 06 66

www.scop-espaces-verts.fr

Aménagements paysagers et entretien d'espaces

Entreprise certifiée ISO 9001 - ISO 14001 - OHSAS 18001
et évaluée RSE selon norme ISO 26000 : Niveau 3 «Confirmé»



**Plâtrerie Isolation Cloisons sèches
Faux-Plafonds Menuiserie**



www.olry-cloisons.com

Tél : 03 89 30 29 70

Fax : 03 89 30 29 77

Comment le personnel des trois cliniques est-il été accompagné dans ce projet ?

G.L : Les collaborateurs des trois structures concernées par ce regroupement ont rapidement pris conscience de la précarité actuelle de leur structure respective. Le contexte économique et les difficultés toujours plus grandes de ces établissements à disposer d'un matériel adapté et des ressources financières suffisantes pour maintenir une prise en charge et des soins de qualité étaient des phénomènes parfaitement perçus par nos collaborateurs. Ces derniers étaient donc particulièrement enthousiastes à l'annonce de ce projet. Les personnels, et notamment les plus jeunes, sont soulagés de voir que ces trois cliniques prennent leurs responsabilités et choisissent d'aller de l'avant grâce à une opération ambitieuse. D'autre part, ce projet n'incluant aucune diminution de l'activité, il n'est accompagné d'aucun plan social. Cet aspect du projet a été annoncé très tôt à nos équipes. Nous avons en effet développé une communication importante auprès de nos collaborateurs pour les tenir informés des avancées de Rhéna.

Quel a été le budget alloué à cette opération ?

G.L : L'investissement de cette opération s'élève à 100M € et est financé par la vente des structures existantes. Nous avons également bénéficié d'emprunts contractés auprès de la CDC, du Crédit Agricole et de la Caisse d'Épargne, une aide de l'Etat est venue compléter notre plan de financement.

Pour quelle raison ce projet n'a-t-il pas abouti plus tôt ?

G.L : La réalisation de ce projet est en partie due au contexte économique difficile auquel font face les acteurs de santé, accompagné d'une volonté de la ville de Strasbourg et de l'ARS de faire évoluer ces établissements et de renforcer cet axe de soins. De plus, Philippe Dolfi, président du conseil d'administration de la Fondation Adassa et Didier Ernst, président du conseil de surveillance de l'Établissement des Diaconesses, ont eu l'intelligence de réaliser une opération pour

laquelle chacun de ces établissements partage un investissement égal. Cette action a pour but de permettre à ces cliniques de poursuivre leurs missions de soins et de maintenir un équilibre financier suffisant pour pouvoir réinvestir dans les solutions de prise en charge à la pointe du savoir-faire. Notre volonté était donc d'envisager un avenir commun, seul moyen de préserver la pérennité de nos structures respectives.

Avez-vous bénéficié de l'implication de personnalités politiques locales ou régionales sur ce projet ?

G.L : Ce projet a entraîné une forme d'union sacrée des acteurs locaux car celui-ci est pertinent à tous les niveaux, que ce soit en matière de soins, de performance médico-économique, de rationalisation et d'amélioration de l'offre de soins du territoire, d'urbanisation. Roland Ries (maire de Strasbourg), Laurent Habert (directeur général de l'ARS d'Alsace) et Stéphane Bouillon (préfet de la Région Alsace et du Bas-Rhin) ont été des soutiens précieux par leur implication dans le projet et leur engagement auprès des instances nationales.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

G.L : L'hôpital de demain permettra à l'ensemble de ses acteurs de travailler en équipe. Le circuit du patient nécessite une coordination globale toujours plus importante et un travail d'équipe étroit de la part de l'ensemble des acteurs du réseau de santé. La patient doit demeurer au cœur du dispositif de soin et entouré d'équipes coordonnées. Cette coordination est d'autant plus importante aujourd'hui que les spécialités médicales se fragmentent et les surspécialités se développent. Les progrès de la médecine sont tels que les praticiens ont de plus en plus tendance à se surspécialiser pour maîtriser pleinement leur sujet. Aussi, ces spécialistes doivent être capables de collaborer pour assurer une prise en charge globale efficace du patient. Dans ce contexte, l'ARS est un acteur essentiel car il est le plus à même d'organiser et de coordonner les soins autour du patient et de son parcours entre médecine de ville et médecine hospitalière.





Genèse 21,27 - Janvier 2011

Tableau Sauveur Pascual

Le regroupement de trois cliniques de confessions religieuses différentes

« En tant que présidents des conseils, notre rôle est donc de souder les différentes communautés, propriétaires historiques des trois cliniques, autour d'une vision commune et d'un travail de mémoire »



Présentation avec **Philippe Dolfi**, président du conseil d'administration de la Fondation Adassa, et **Didier Ernst**, président du conseil de surveillance de l'établissement des Diaconesses

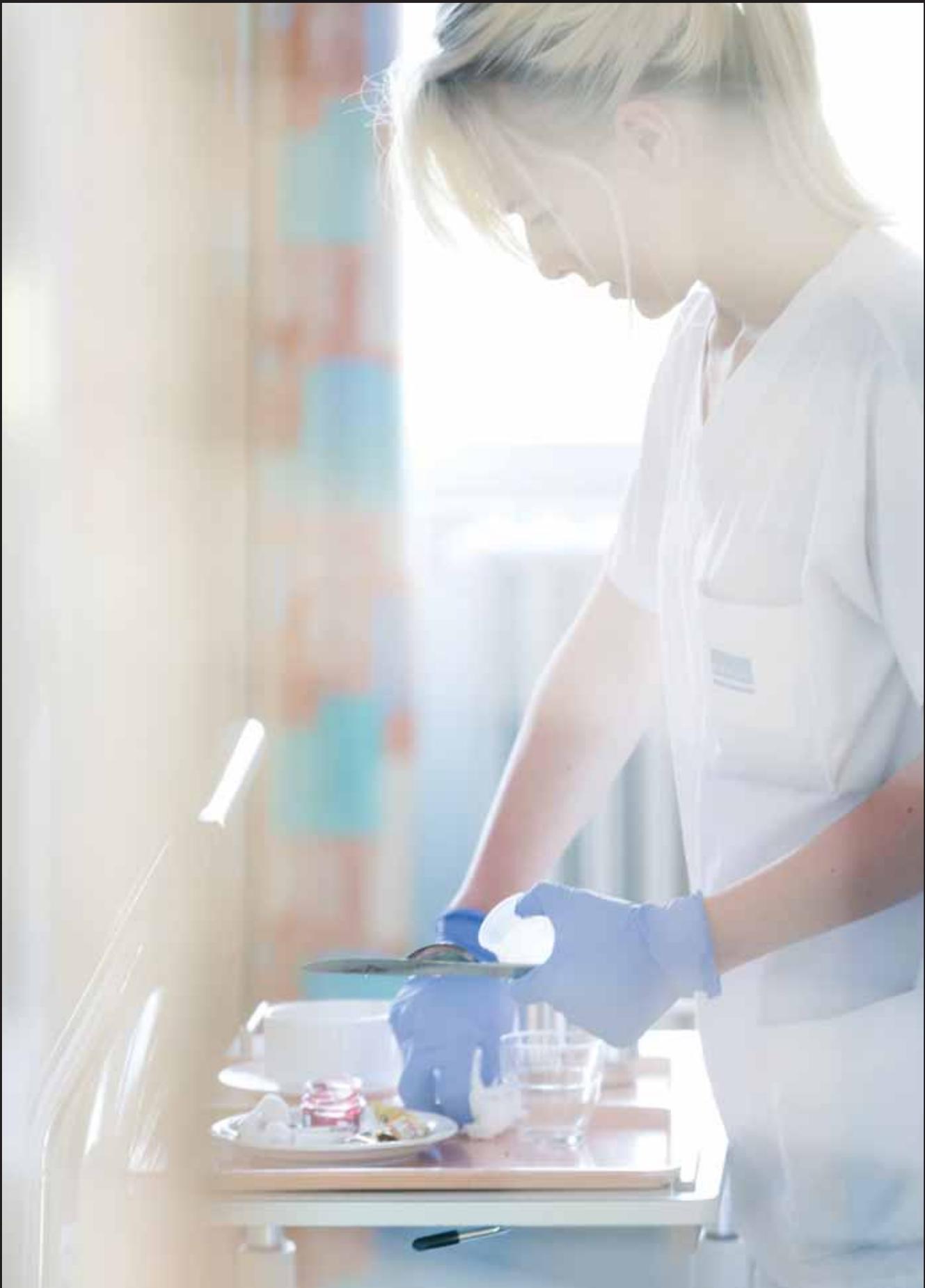
Pouvez-vous nous présenter les Cliniques Adassa, Diaconat et Sainte-Odile, formant la Clinique Rhéna ?

Ces trois établissements ont été créés entre 1842 et 1910. Les sœurs protestantes Diaconesses ont fondé leur établissement en 1842, la Clinique Adassa dédiée à la communauté juive de Strasbourg date de 1875, enfin la congrégation catholique des sœurs du Très Saint Sauveur a construit la Clinique Sainte-Odile en 1910. La ville de Strasbourg se caractérise par la présence de nombreux établissements de santé d'origine confessionnelle à but non lucratif, auxquels le régime concordataire propre à l'Alsace-Moselle a permis de se maintenir jusqu'à tout récemment. Le nombre de cliniques et d'hôpitaux sur Strasbourg était donc plus important que dans le reste de la France. Malgré les doublons en matière d'activités, et les équipements sous-utilisés, les regroupements de ces établissements n'ont jamais été concrétisés car les communautés religieuses strasbourgeoises sont très marquées. Forcer ce regroupement aurait donc représenté un risque important sur le plan politique. Cependant, ces établissements connaissaient alors des difficultés financières. En tant que chefs d'entreprises, nous nous sommes alors concertés pour envisager l'avenir à cinq ou dix ans de nos établissements respectifs. Aucune de nos cliniques ne disposait de la taille critique suffisante pour disposer d'une autorisation d'activité

d'imagerie médicale. Nous avons alors pris conscience de l'impasse dans laquelle se trouvaient nos différentes structures et, étant les deux acteurs les plus modestes du territoire, nous craignons la fusion d'autres établissements de santé. Notre meilleure perspective était par conséquent d'associer les Cliniques Adassa et Diaconesses. Par la suite, nous avons eu l'opportunité d'intégrer la Clinique Sainte-Odile au regroupement déjà engagé. La création de la Clinique Rhéna est une entreprise humaine aux objectifs supérieurs à des résultats financiers. La santé financière, certes, doit être bonne pour pouvoir assurer l'évolution de l'établissement, mais la clinique Rhéna naît surtout de notre volonté de préserver la qualité de la prise en charge du patient et la santé de la population du territoire.

Comment ces valeurs fondatrices se retrouvent-elles au sein de la Clinique Rhéna ?

Elles se retrouvent dans nos conseils d'administration constitués de façon équitable des membres des conseils de nos établissements respectifs. Par son statut, la Clinique Rhéna reste porteuse de l'histoire et des valeurs des fondateurs. Dans le respect de notre statut d'établissement de santé privé à but non lucratif, l'ensemble des valeurs ajoutées créées par nos activités est obligatoirement et intégralement réinvesti dans l'établissement. Il assure ainsi la pérennité de la clinique et maintient son niveau de performance, sa compétitivité et la qualité des soins apportés au patient. L'attitude et la formation du personnel de nos cliniques reflètent les valeurs d'attention portée au patient. Nos établissements accueillent également des représentants religieux qui maintiennent une proximité importante avec les conseils d'administration (auxquels ils participent) et peuvent se prononcer sur les démarches de formation et de dialogue avec le personnel.



Au-delà d'une meilleure efficacité dans la prise en charge du patient, qu'apporte à ce projet l'alliance confessionnelle ?

Cette alliance apporte une raison d'être à l'établissement. Nos objectifs, au-delà des impératifs financiers, sont centrés sur la redéfinition et le maintien de notre rôle dans le domaine de l'aide à la personne. Cette mission, justifiée par l'histoire et les origines de nos différents établissements, est assurée quotidiennement par des personnes héritières de leurs valeurs fondatrices. Cette collaboration intercommunautaire nous permet aujourd'hui de développer un lieu de recueillement adapté à tous et de créer l'association Rhéna Accompagnement. Cette structure assure la gestion et la coordination de l'ensemble des acteurs du milieu associatif de confessions diverses œuvrant bénévolement au sein de la clinique. Ils apportent des services participant à la prise en charge et au confort des patients. Chacune des trois cliniques confessionnelles, aujourd'hui regroupées, a toujours véhiculé et respecté des valeurs professionnelles et morales prônant le soutien apporté à tous et le respect de chacun. Leur regroupement se fera dans un environnement multiconfessionnel au sein duquel chaque communauté trouvera sa place. En tant que présidents, appuyés par nos conseil d'administration et de surveillance, notre rôle était donc de souder les différentes communautés, propriétaires historiques des trois cliniques, autour d'une vision commune et d'un travail de mémoire. Afin de réussir notre regroupement, nous avons décidé la mise en place de commissions chargées d'étudier les différents domaines concernés par cette fusion (fiscale, juridique, financier, etc.). Une commission éthique a également vu le jour, il lui a été demandé ses conclusions six mois avant tout autre commission. Nous souhaitons ainsi nous assurer d'une cohésion totale entre nos établissements sur le plan éthique et humain.

Quelle a été la synthèse du rapport de cette commission d'éthique ?

Ce rapport a traduit et mis en exergue les valeurs de chaque confession. Avec ce regroupement, notre objectif n'était pas de prôner une quelconque religion par rapport à une autre. Nous avons recherché les dénominateurs communs entre les différentes confessions afin de consolider notre rassemblement autour d'elles, dans l'intérêt du patient. Cette alliance entre les communautés religieuses est le point culminant des valeurs humaines, de respect de la différence et d'autrui que nos équipes doivent véhiculer et mettre en pratique au contact du patient. D'autre part, notre entreprise étant entrepreneuriale, nous avons pour impératif de dégager des excédents, afin de pouvoir les réinvestir dans l'optimisation de la clinique. L'équipe de direction de cette nouvelle clinique a été constituée de la même manière que dans une entreprise. Nous n'avons aucun laxisme dans notre management car nous recherchons, avant tout, des compétences.

Avez-vous noté l'implication de personnalités politiques autour du projet de la Clinique Rhéna ?

Les acteurs politiques régionaux ont effectivement été impliqués dans ce projet. Depuis longtemps, le régime concordataire de la ville rend la situation des cliniques strasbourgeoises totalement anachronique. La plupart des cliniques françaises ont su effectuer des rapprochements judicieux entraînant des rationalisations cohérentes et une meilleure offre de soins. Nous partageons aujourd'hui cette

démarche d'efficacité, tout en préservant nos valeurs et en respectant les cliniques auxquelles nous appartenons. De ce fait, la sphère politique nous a volontiers soutenus dans notre projet. L'ARS d'Alsace, notamment en la personne de son directeur général Laurent Habert, ainsi que Roland Ries, maire de Strasbourg, et son équipe, ont été des soutiens majeurs dans le développement de notre projet. Nos échanges amicaux ont été particulièrement importants et nous ont permis d'aménager le projet afin de prendre notre essor avec sérénité. Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, a également été un soutien précieux, notamment à travers une aide de l'Etat qui est venue compléter notre plan de financement à hauteur de 20M €. Outre ces personnalités, la très grande majorité des acteurs politiques que nous avons sollicités ont accepté de nous soutenir.

Comment le projet Tamaris est-il devenu l'opération Rhéna ?

Le nom Tamaris a été proposé par la société d'AMO Martin & Guiheneuf, en référence à un texte de la Genèse. Par la suite, et lorsqu'il nous a fallu entériner le nom de cette nouvelle clinique, constatant que ce terme était déjà utilisé, nous avons alors fait appel à un cabinet de conseils en communication qui, sur la base de nos échanges et des valeurs véhiculées par notre institution, nous a proposé le nom de Rhéna. Par notre attachement et nos liens avec la ville de Strasbourg, ce nom nous a semblé familier et plus proche de notre activité. La Clinique Rhéna a alors rapidement été adoptée et a remplacé le terme Tamaris sans difficulté auprès de la population.

M. Dolfi, en tant que passionné d'art et d'art contemporain, souhaitez-vous intégrer l'art à la Clinique Rhéna ?

Philippe Dolfi : Didier Ernst, nos collègues administrateurs, et moi-même, avons effectivement l'intention d'embellir la future clinique par la mise en place d'œuvres d'art aux différents étages et niveaux de la clinique. Nous prévoyons la réalisation d'une importante sculpture à l'entrée de l'établissement afin de signer le bâtiment. Nous souhaitons également intégrer une animation de la rue du site avec des expositions temporaires d'artistes divers.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

Philippe Dolfi : La Clinique Rhéna deviendra, assurément, un établissement de très grande qualité. Les compétences que nous regroupons et l'attachement du personnel à leur métier et leur établissement est tel qu'après la réussite de notre projet, conçu en « villages », la Clinique Rhéna n'aura aucun mal à développer des prestations de soins et d'accueil qui satisferont pleinement les patients sur le plan médical et humain.

Didier Ernst : Rhéna sera effectivement une clinique de très grande qualité grâce aux valeurs humaines qu'elle véhicule et aux compétences de ses équipes. D'autre part, pour assurer la pérennité et la qualité des prestations de la clinique, nous poursuivrons notre politique volontariste et ambitieuse en matière d'équipement et d'innovation.



Crédit photo : NIS&FOR

Les orientations médicales

« La communauté médicale se réjouit de ce projet d'envergure ayant pour objectifs la pérennité et le développement des activités dans un cadre d'exercice libéral »



Propos recueillis auprès du docteur **Denis Graff**, représentant de la communauté médicale de la Clinique Sainte-Odile

Les activités médicales des trois établissements constituant la Clinique Rhéna...

Denis Graff : Il s'agit de trois établissements de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique (MCO) dotés d'une activité SSR et d'urgences. Ces cliniques assurent des activités chirurgicales variées comprenant notamment les spécialités orthopédique, ophtalmologique, urologique, des activités de chirurgie générale et digestive, des interventions d'ORL et de stomatologie, de chirurgie maxillo-faciale, thoracique et vasculaire, du rachis, de gynécologie, esthétique et réparatrice, d'endoscopie digestive (à laquelle s'ajoute son versant interventionnel) et de cardiologie non-interventionnelle. Ce vaste domaine chirurgical est complété par des activités médicales dans lesquelles nous retrouvons la gastro-entérologie et des plateaux techniques d'explorations cardiologiques, respiratoire et pneumologique ainsi qu'un service de médecine interne sur le site de la Clinique Adassa. La médecine et la chirurgie sont accompagnées d'un service de

Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) représentant une soixantaine de lits au sein de nos établissements. Enfin, nous disposons au sein du groupement d'une maternité de niveau 1, de deux services d'Accueil des Urgences situés sur le site de la Clinique Sainte-Odile et sur le site de la Clinique du Diaconat pour les urgences de la main.

Quelles sont les activités d'excellence de la clinique Rhéna ?

D.G : Certaines de nos activités peuvent être qualifiées de domaines d'excellence par leur volume, leur dynamisme et le nombre de praticiens actifs au sein de la clinique. Ainsi, à titre d'exemple, l'établissement dispose du plus important pôle d'ophtalmologie de la ville de Strasbourg et regroupe de nombreux praticiens et cabinets médicaux extrêmement dynamiques. Ils pratiquent des activités de chirurgie des segments antérieur et postérieur. Notre activité d'orthopédie est également très présente. Depuis bientôt un an, nous mettons en place une prise en charge de « rapid recovery » dans ce domaine. Ce protocole de prise en charge anesthésique, chirurgical et de rééducation permet une sortie rapide du patient, dès son deuxième jour post-opératoire. La notion de pôle d'excellence se retrouve également dans les domaines de gastro-entérologie, d'urologie, de chirurgie de la main, de médecine interne et générale, et du rachis.

Quand les premières réflexions de la communauté médicale autour de ce projet ont-elles débuté ?

D.G : La communauté médicale a été associée aux réflexions dès les prémices du projet. Elle a été impliquée par un comité de pilotage comprenant les présidents et le directeur de l'établissement, des conseillers techniques extérieurs, ainsi que les présidents des Commission Médicale d'Etablissement (CME) des trois cliniques. La Clinique Sainte-Odile a rejoint le projet plus tardivement, en 2011. Elle faisait auparavant partie du groupe Saint-Sauveur qui comprend encore des établissements de MCO et des établissements médico-sociaux répartis sur le territoire alsacien.

Quelles sont les attentes de la communauté médicale concernant le projet de la Clinique Rhéna ?

D.G : La communauté médicale se réjouit de ce projet d'envergure ayant pour objectif la pérennité et le développement des activités dans un cadre d'exercice libéral. Ce projet s'articule, étroitement, avec la médecine libérale et est donc, à ce titre, soutenu par la communauté libérale strasbourgeoise.

Ce projet va-t-il intensifier les relations de l'établissement avec la médecine de ville ?

D.G : Le fonctionnement de nos établissements encourage une relation permanente avec la médecine de ville et le maintien d'un réseau de soins continu avec ses différents acteurs. Nos collaborations actuelles sont efficaces mais pourront être améliorées par ce nouveau projet. Le retour à domicile rapide pour le patient, la mise en place de réseaux

de prises en charge de post-hospitalisation et d'alternatives à l'hospitalisation sont autant d'éléments qui ne peuvent être développés qu'en collaboration avec la médecine de ville.

Les grands axes de développement du projet médical...

D.G : Le projet médical vise la continuité des activités existantes en améliorant l'efficacité et les synergies entre les trois cliniques. Un certain nombre d'activités développées au sein de ces trois établissements pourront être renforcées en étant regroupées au sein d'un plateau unique afin de favoriser le renouvellement d'équipements et l'accès à des techniques et technologies innovantes. Cette émulation renforcera le dynamisme des équipes et l'attractivité de notre établissement. Il sera alors bien plus pérenne que des cliniques qui, isolées, n'avaient aucun avenir à moyen et long termes sur ce territoire.

Quelles sont vos priorités actuelles en matière de développement sur le plan médical ?

D.G : Avant tout, nous souhaitons consolider l'efficacité d'un plateau technique élargi et renforcé, en acquérant des équipements plus lourds intégrés comme le Femto laser ou un robot de chirurgie digestive et urologique. Notre développement sur le plan médical fait une place importante à l'activité ambulatoire et à des activités d'urgences de proximité pour l'ensemble des spécialités. Nous devons également poursuivre et renforcer nos relations avec l'ensemble des acteurs publics et privés de santé, et, notamment, les acteurs du réseau de soins de la ville et les structures de soins de suite.



Comment avez-vous appréhendé la répartition médicale au sein de la Clinique Rhéna ?

D.G : Nous n'avons effectué aucun changement majeur concernant le périmètre des activités médicales dans le cadre de ce projet. Toutes les activités réparties au sein de nos trois cliniques ont leur place à Rhéna. Certaines pourront être regroupées au sein de cabinets communs et d'autres spécialités pourront nous rejoindre.

Constatez-vous des résistances au changement de la part des équipes médicales ?

D.G : Les changements sont toujours difficiles à appréhender et peuvent se ressentir au sein des équipes par des inquiétudes légitimes. Ces questionnements sont, dans un premier temps, liés à la localisation et aux accès de la nouvelle clinique. L'axe principal menant à la Clinique Rhéna étant actuellement relativement saturé en raison des travaux en cours, l'urbanisation générale du quartier et le trafic généré par l'activité de l'établissement entraînent l'inquiétude de certains. La municipalité s'est efforcée de répondre à ces questions, mettant notamment en avant la création d'une ligne de tramway afin de désengorger le trafic dans ce secteur. Une inquiétude plus globale liée à l'évolution de la médecine libérale entraîne dans son sillage le projet de la Clinique Rhéna mais n'est pas uniquement liée à la création de ce nouvel établissement. Le contexte actuel et la promesse d'une loi de santé entraînant de nombreuses réactions fortes et de légitimes inquiétudes, tant pour les médecins libéraux que pour les cliniques privées, ne pourront être traités que par des décisions politiques.

Quelle est la place du développement de l'activité ambulatoire au sein de la Clinique Rhéna ?

D.G : L'ambulatoire occupe une place majeure dans cette nouvelle clinique. L'établissement est déjà grandement impliqué dans le développement de l'activité d'ambulatoire. La Clinique Sainte-Odile, par exemple, effectue aujourd'hui plus de 70% de son activité en ambulatoire. Au-delà de cette activité d'hospitalisation de jour, nous constatons que la durée de séjour pour les patients hospitalisés est graduellement réduite.

Quel est le rôle des maisons médicales reliées à la Clinique Rhéna ?

D.G : Avec l'intégration de ces maisons, nous souhaitons créer un pôle médical attractif, tant pour les patients que pour les praticiens. Ce pôle facilitera les échanges entre spécialités et simplifiera le parcours de soins des patients. Il favorisera une prise en charge optimisée, harmonisée et rapide par les différentes spécialités.

Quelle importance accordez-vous aux coopérations avec les autres établissements de santé du bassin ?

D.G : Ces coopérations sont une réalité quotidienne dans l'activité de nos établissements. Nous maintenons des conventions avec les centres hospitaliers universitaires pour les activités qui nous font défaut, comme la neurologie, l'hospitalisation en cardiologie, ou la réanimation. Nous coopérons également avec tous les établissements privés de la ville, notamment avec la Clinique de l'Orangerie du groupe Vitalia dans le domaine de la cardiologie et de la chimio-

thérapie en oncologie. Dans ce domaine, nous collaborons également avec la Clinique Sainte-Anne du groupe hospitalier Saint-Vincent, ainsi qu'avec le centre régional de lutte contre le cancer Paul Strauss.

Le regroupement des trois cliniques au sein d'un site unique va-t-il intensifier ces coopérations ?

D.G : Ce regroupement influencera sûrement nos relations avec les acteurs de santé du territoire. De plus, nous ne disposons d'aucune autorisation pour la pratique de la cancérologie médicale sur notre site mais souhaitons poursuivre nos activités de chirurgie carcinologique.

Envisagez-vous la mise en place de nouvelles activités grâce à l'élan de la Clinique Rhéna ?

D.G : Nous sommes favorables au développement de nouvelles activités et souhaitons associer aux acteurs de santé des différentes spécialités. Le regroupement géographique des activités des trois cliniques sur un même site rend légitime la demande conjointe de l'établissement et de la communauté médicale de développer de nouvelles activités qui font sens au regard du projet médical de l'établissement et de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. Ainsi, notre ambition va vers le développement d'une activité de médecine nucléaire, d'oncologie médicale (chimiothérapie) et de PMA.

Au-delà des contraintes financières liées à l'acquisition de nouveaux équipements, ce projet n'était-il pas l'occasion, pour la Clinique Rhéna, de disposer de ses propres outils biomédicaux ?

D.G : Les deux groupes de radiologues libéraux intervenant au sein des nos établissements pour les activités d'IRM et de scanner seront inclus au déménagement et installeront leurs équipements lourds sur le site de Rhéna. Nous disposerons ainsi de 2 scanners et 2 IRM suffisants pour assurer notre activité actuelle. Par la suite, les radiologues auront la possibilité de déposer des demandes de matériel supplémentaire en fonction de l'évolution de l'activité. Le partenariat avec les radiologues libéraux ne remet absolument pas en question la qualité et l'organisation des activités d'imagerie. Ces partenaires ont déjà fait la preuve de leur grand dynamisme et de leur rôle important dans les évolutions des outils d'imagerie et du système d'information. Par ailleurs, nous nous réjouissons de l'installation au sein de la maison médicale d'un important plateau de biologie médicale, qui permettra le traitement rapide et optimisé de la biologie, y compris la nuit et en urgence.

Comment définissez-vous la médecine du XXI^e siècle ?

D.G : Cette médecine se caractérise par un travail d'équipe toujours plus important. Les individualités n'ont que peu de place dans cette pratique de la médecine. Il s'agit d'une activité technique, pluridisciplinaire et protocolaire qui, malgré cela, doit rester proche du patient et conserver son caractère humain indispensable.



Leader européen de la location-entretien, Elis vous accompagne au quotidien à travers une OFFRE DE SERVICES COMPLÈTE, adaptée aux contraintes de votre métier :

- Linge de lit
- Vêtements de travail
- Equipements d'hygiène ...

Simplifiez-vous l'hygiène



 **elis**



Elis vous garantit une prestation de QUALITÉ et SUR MESURE.

Contactez-nous au
03.88.28.18.28

APTE
AIR PARTENAIRES TECHNOLOGIES

Le Spécialiste Régional de l'hygiène de l'air intérieur

Notre expérience et la bonne connaissance des contraintes techniques et réglementaires depuis de nombreuses années dans les domaines appliqués :

- de l'**AUDIT** et du **DIAGNOSTIC**
- de l'**HYGIÉNISATION** et **DÉSINFECTION** des **SYSTÈMES AÉRAULIQUES**
- de la **VALIDATION** et la **QUALIFICATION** de **SALLES PROPRES**

confirment notre position de spécialiste régional de la qualité de l'air intérieur.



Site EIFFEL - 78 Boulevard de la Moselle - 54340 POMPEY
Tél. : 03 83 49 48 03 - Fax : 03 83 49 48 01 - e-mail : contact@apte2.fr



Crédit photo : NIS&FOR

La politique de soins

« La politique de soins de la Clinique Rhéna se caractérise avant tout par son ambition d'excellence »



Entretien avec **Guillaume Lohr**, directeur général, et **Jean-François Thouvenin**, directeur général adjoint

Quels sont vos objectifs stratégiques et managériaux en matière de soins ?

Nos objectifs consistent à apporter des réponses adaptées aux problématiques de soins conformément au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), aux critères qualitatifs de la Haute Autorité de Santé (HAS), et des sociétés savantes. Ils se traduisent par le développement d'une politique de soins personnalisés, par l'incarnation de valeurs transmises aux équipes de l'établissement. Ainsi, le soin est assuré dans sa globalité et le patient est placé au cœur du dispositif. Pour accompagner le maintien de cette qualité nous mettons en place de nombreuses instances dédiées tels que les Comités de Liaison et d'Action Nutritionnelle et de Lutte contre la Douleur (CLAN et CLUD), la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) ou l'association des usagers. Dans sa stratégie de soins, l'établissement inclut pleinement son rôle d'accompagnement dans le domaine médical et dans le soutien aux médecins libéraux. L'organisation des soins a donc pour objectif de répondre pleinement aux problématiques du patient. Ainsi, en cas de demande d'hospitalisation établie par le médecin, les équipes soignantes s'organisent afin d'accueillir au mieux le patient

concerné. Les soins doivent donc bénéficier d'une organisation très flexible afin que l'établissement puisse répondre efficacement aux demandes de la communauté médicale. Sur le plan managérial, la direction des soins attache une grande importance aux membres du « middle management » qui représentent un rouage indispensable du mécanisme reliant la politique de l'établissement au patient. Des réunions sont organisées régulièrement avec les coordinatrices de soins des différents établissements et ce « middle management » permet de mettre en œuvre une dialectique et des relais efficaces entre la direction des soins et les équipes soignantes.

Au-delà des impératifs institutionnels, quelles innovations envisagez-vous en matière de soins ?

Notre innovation principale en matière de soins porte sur notre prise en charge ambulatoire et individualisée qui permet de fluidifier au mieux le parcours du patient, notamment sur les plateaux techniques. Ces innovations doivent réduire au minimum le nombre de cloisonnements et de temps d'attente dans nos processus de prise en charge.

Comment sont organisés les soins au sein des trois cliniques ?

L'organisation des soins est assurée par une coordinatrice présente pour chacun des sites. En collaboration avec ces coordinatrices de soins, nous avons développé, en 2012, un projet de soins commun aux trois établissements, sur la base des activités de chacun. Il a ensuite été réévalué, en 2014, pour les deux prochaines années et a été actualisé pour intégrer sa projection sur le nouveau site de Rhéna. Cette coordination des soins s'est faite dans le respect des activités et des spécificités de chacun de nos établissements.

Pour l'organisation de travail des soignants, quels seront les changements entraînés par la création de la Clinique Rhéna ?

L'unité de lieu, la logique de prise en charge et la maîtrise des flux seront autant de changements qui impacteront l'exercice quotidien des équipes soignantes. Cependant, l'organisation en « villages » des activités de nos différents établissements, permet à nos équipes de conserver un fonctionnement sensiblement similaire à celui qu'elles connaissent actuellement dans leur établissement respectif. Par ailleurs, le système de « short track » développé dans la Clinique Rhéna, notamment pour nos activités d'ophtalmologie, de gastro-entérologie et du centre de la main, existe déjà au sein des cliniques. Certes, le rapprochement de nos établissements entraîne, sur le principe de la fertilisation croisée, la collaboration étroite du personnel des trois cliniques, mais nous anticipons aussi ces rapprochements en mettant en place des groupes de travail. Nous pouvons ainsi exercer ces nouvelles équipes à des protocoles de prise en charge et harmoniser les procédures. Les échanges entre les professionnels d'une même spécialité sont encouragés, mais nous favorisons également un dialogue transversal et interdisciplinaire entre nos équipes. Rapprocher les responsables et les acteurs de terrain au sein de groupes de travail permet à nos collaborateurs d'apprendre à se connaître et d'harmoniser au mieux nos processus de soins.

Comment allez-vous accompagner le développement de ces nouvelles organisations ?

Cet accompagnement inclut l'uniformisation de nos protocoles, notamment pour les activités redondantes pour lesquelles ils peuvent différer en fonction de l'établissement. Les rencontres et les collaborations actuelles entre les équipes de nos établissements sont également l'occasion d'accompagner les changements. Nous encourageons la mobilité du personnel entre les trois cliniques afin d'améliorer la prise en charge du patient en cas d'activité importante ou de cas spécifique au sein de l'un de ces établissements. Outre les équipes de terrain, les organes d'encadrement des différentes entités collaborent étroitement. Ainsi, nous disposons d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) commune qui coordonne les travaux de l'EOH de chaque établissement. De même, nous avons récemment créé une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) commune venant se substituer aux PUI respectives de nos 3 cliniques.

Le projet de la Clinique Rhéna entraîne-t-il la création de nouveaux métiers ?

Nous allons par exemple approfondir l'organisation d'une cellule de régulation liée à la gestion des ressources. Sans évoquer de nouveaux métiers, nous souhaitons accentuer l'importance de postes déjà en place au sein des établissements. Nous en ferons des éléments majeurs dans nos futures organisations.

Votre politique de soins implique-t-elle des solutions hôtelières visant à soulager le personnel soignant de tâches périphériques au soin ?

Nos effectifs comprennent déjà des agents hôteliers chargés, notamment, de la distribution et du transport des repas, mais ces actions demeurent sous le contrôle du personnel soignant. Cela étant, l'opération Rhéna va nous permettre d'optimiser l'aspect hôtelier de la prise en charge. L'augmentation du taux de chambres individuelles, l'aménagement des espaces d'hébergement et des circulations ainsi que

la mise en place d'une liaison chaude pour nos solutions de restauration sont des éléments améliorant le confort des patients et de leurs accompagnants. L'hôtellerie est essentielle dans la perception que peut avoir le patient de la qualité de sa prise en charge.

Quelle est la place de la formation et de la spécialisation dans vos établissements ?

Nos démarches dans ce domaine respectent le plan de formation annuel clairement défini au regard, entre autres, du pourcentage de la masse salariale. Nous proposons des formations qualifiantes auprès des acteurs du management, avec des solutions de coaching individualisé pour les personnes assumant des responsabilités managériales. Auprès des infirmières, nous entretenons des démarches de formation incontournables pour le maintien de l'excellence des soins. Les prises en charge deviennent toujours plus spécifiques que ce soit au sein du bloc opératoire, des salles de réanimation et des services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de médecine interne ou encore de maternité. La spécialisation et la formation des personnels sont certes importantes, mais ces derniers doivent conserver une certaine polyvalence car il s'agit d'un levier managérial majeur.

Dans quelle mesure le caractère confessionnel des cliniques impacte-t-il le travail des soignants ?

Ce caractère impacte l'exercice des soignants par les valeurs que celui-ci incarne. Les soins administrés ne sont pas impactés par la confession des patients et des personnels, mais les valeurs communes des différentes religions à l'origine de la création des trois cliniques sont les fondations de nos modes de prise en charge. Les actes techniques réalisés, nécessaires pour assurer notre mission de prise en charge des problématiques de santé, s'accompagnent d'une ambition de soigner la personne, plus que la maladie. Nos équipes respectent les rituels et traditions propres à chaque religion. La présence d'un lieu de recueillement intégrant les trois religions monothéistes (catholicisme, judaïsme et protestantisme) fondatrices des établissements regroupés au sein de la Clinique Rhéna est un message fort à destination des patients, des personnels et de la population. Outre le soin, notre gestion et l'organisation des équipes prennent en considération les pratiques religieuses de nos collaborateurs. La mixité et le respect des différences sont des valeurs essentielles de la culture de nos établissements. Cette pratique multiconfessionnelle du soin, bien qu'elle soit importante, ne se constate cependant que très peu au quotidien, hormis dans certains moments très spécifiques impliquant des démarches rigoureuses liées à la confession du patient et de nos équipes.

Comment définiriez-vous la culture de la sécurité des soins de vos établissements ?

Cette culture est incarnée, au quotidien, dans l'exercice des acteurs de nos établissements et dans l'application de la qualité de la prise en charge. Elle est véhiculée et comprise par un travail long et quotidien. Elle s'assimile par la formation de nos collaborateurs et par leur implication dans un mode de management participatif. Le partage d'informations et la collaboration sont des notions importantes dans l'apprentissage et le respect de cette culture de l'excellence, de la sécurité et de la qualité de la prise en charge. Il faut savoir nous identifier en lieu et place du patient et adapter nos procédures à la manière dont nous souhaiterions être pris en charge.

Ces démarches sont-elles accentuées par la création d'un nouvel établissement ?

Cette culture doit être présente dans chaque établissement et alimentée continuellement. Nos travaux d'harmonisation des procédures doivent inclure la notion de sécurité des soins et l'importance de placer le patient au cœur de nos dispositifs. Cette culture du partage participera certainement à l'amélioration de la prise en charge et à l'enrichissement du débat entre nos équipes, si tant est que leurs idées divergent sur ces sujets. La redéfinition de nos processus et l'évolution de nos modes de prises en charge bénéficient de ce regard croisé sur nos trois organisations. D'autre part, nos actions de renforcement et de structuration des filières ou notre politique d'investissement et de développement des activités sont autant de démarches servant à accueillir des compétences dans nos équipes et à mettre en place de nouvelles pratiques. Ces éléments participent également à l'optimisation de la sécurité des soins

Comment définiriez-vous le confort du patient ?

Jean-François Thouvenin : En matière de prise en charge, le patient attend beaucoup d'un établissement car son séjour est rarement souhaité. Nous nous devons donc de répondre à ses attentes sur le

plan tant hôtelier que médical en maintenant un dialogue continu. En tant que patient potentiel, nous devons tous attacher une importance particulière à l'information transmise par les professionnels ainsi qu'à la participation active du patient dans le cadre de son traitement. Une relation de confiance entre les équipes médicales et soignantes et le patient est indispensable dans la mesure où elle favorise une meilleure qualité de sa prise en charge.

Guillaume Lohr : Le confort du patient est avant tout la résultante de la qualité de sa prise en charge. Proposer un lit confortable, une lumière naturelle généreuse et des couleurs chaleureuses n'a que peu de sens si nos processus de prise en charge ne nous permettent pas de créer un climat de confiance pour le patient. Ce dernier doit être assuré qu'en étant admis à la clinique, il est traité par une équipe compétente dont le seul objectif est de répondre à ses besoins. Une fois ce principe de base respecté, le confort est un atout supplémentaire pour le patient.





Crédit : Jean-Marc Bannwarth

Le projet de construction

« La nouvelle clinique représente une réelle amélioration des conditions de travail et de prise en charge comparativement aux installations actuelles »



Plus de précisions avec **Sylvain Derouet** et **Jean-François Thouvenin**, directeurs généraux adjoints.

Comment définiriez-vous l'opération de construction de la clinique Rhéna ?

Il s'agit d'un projet majeur pour les établissements et les équipes qui les composent. La Clinique Rhéna représente une réelle amélioration des conditions de travail et de prise en charge comparativement aux installations actuelles.

Comment avez-vous abordé la gestion des flux ?

Cette problématique a été abordée au travers de groupes de travail constitués dès les phases de conception du bâtiment. Nous avons rapidement intégré les contraintes de gestion des flux et des organisations dans le travail réalisé avec l'agence AIA. Nous souhaitons qu'au-delà des exigences liées à la prise en charge, la conception des espaces aboutisse à une organisation de la clinique permettant la mise en place de modes de fonctionnement efficaces en matière

d'effectifs et d'accueil. Nous devons mettre en place des circuits courts et maîtrisés. La gestion des flux et l'organisation des ressources humaines ont donc été prises en compte dans la conception architecturale, dès les prémices du projet.

Quelle est la relation entre la mission de la direction des ressources humaines et l'optimisation des flux de l'établissement ?

Durant la phase de conception du projet, nous avons rapidement constaté des similitudes entre les rôles de l'architecte et de la direction des ressources humaines. Ces métiers doivent avoir une connaissance approfondie des modes de fonctionnement et des activités, de sorte à proposer des organisations pertinentes et adaptées : sociale pour le DRH, spatiale pour l'architecte. Le lien entre nos différentes fonctions s'est fait, entre autres, lors de la conception des circuits d'ambulatory. Nous avons alors fait en sorte de maintenir une marche en avant fluide dans les différents parcours avec un minimum d'arrêt pour le patient et l'intervention de personnes qualifiées aux différentes étapes de son parcours. En matière de ressources humaines, nous avons par exemple conçu une gestion administrative de l'accueil centralisée en un point unique pour l'ensemble des espaces de prise en charge ambulatoire. Nous pouvons ainsi gérer efficacement les effectifs en fonction du volume d'activité.

Quels sont les véritables défis en matière de gestion des flux ?

L'un des défis majeurs en matière de gestion des flux est de la développer de façon efficace, en théorie comme en pratique. Cette organisation doit être adaptée à la réalité quotidienne de l'établissement, à la collaboration entre les équipes médicales et soignantes, à la perception du patient et des modes de prise en charge impliquant une marche en avant. Le rôle de la direction des ressources humaines dans ce projet est alors d'accompagner les professionnels de l'établissement dans une démarche visant à étendre leur vision en dehors de leur périmètre d'activité, de sorte à mettre en place un environnement cohérent pour les hygiénistes, les équipes logistiques et les équipes de soins.

Dans cette optique de cohérence, quelles ont été vos démarches les plus innovantes ?

Au regard de nos établissements actuels, nous constatons de réelles innovations dans le projet de la Clinique Rhéna. Sur l'ensemble de nos flux, notamment les flux logistiques les plus importants, nous avons collaboré avec les architectes à la conception de circuits extrêmement courts. La pharmacie, entre autres, a été organisée pour permettre une séparation des zones de stockage par typologie de produits, afin que les plus encombrants ou qui bénéficient des rotations les plus importantes soient les plus accessibles pour faciliter les démarches de réception et de livraison. Les flux logistiques ont également donné lieu au développement d'une logique d'ascenseurs dédiés au bloc opératoire permettant la gestion optimisée des flux propres et sales. Nous avons également aménagé les espaces et mis en place des équipements qui permettent d'optimiser le confort de travail des équipes logistiques et de prévenir les troubles musculo-squelettiques.

Ce projet implique-t-il une notion de plate-forme logistique ?

La zone logistique et les activités supports sont concentrées au rez-de-chaussée, à l'arrière du bâtiment. Nous disposons d'une cour logistique accueillant un quai de déchargement. La zone d'économat assurera la réception primaire de tous les produits commandés. Nous disposons d'une zone de stockage d'économat pour les produits non stériles. La pharmacie comprend plusieurs zones de stockage regroupant les produits et les dispositifs placés sous la responsabilité du pharmacien (Médicaments, DMS, Non-tissés et Solutés). La zone de réception dispose d'un accès direct à la stérilisation afin d'optimiser, entre autres, le flux des ancillaires de prêt. Nous avons fait en sorte que les circuits logistiques centralisés à l'arrière du bâtiment soient courts et maîtrisés. Dans cette optique, nous avons placé les locaux « sales » à l'entrée des différentes unités. Ce fonctionnement permet d'éviter aux équipes logistiques de croiser les circulations de patients, des visiteurs et des soignants, et rapproche les points de collecte afin de réduire le trajet effectué par ces équipes.

Sur le plan organisationnel, quels changements implique ce regroupement des installations logistiques ?

Aujourd'hui, nous disposons de trois équipes logistiques réparties sur nos trois établissements. Cependant, le regroupement de ces installations ne signifie pas une diminution du volume des flux logistiques. Le volume de déchets sera par exemple quasi identique à aujourd'hui. De même, la capacité de nos blocs opératoires, et donc les flux logistiques liés à leurs activités, seront sensiblement identiques à ceux que nous connaissons aujourd'hui. Les différences majeures

concernent la réduction des surfaces de stockage et par là même la gestion des stocks ainsi que le raccourcissement de tous les circuits.

Comment avez-vous abordé la pénibilité au travail dans ce projet ?

Nous identifions actuellement un taux d'absentéisme, certes, non négligeable, mais raisonnable et qui, paradoxalement, n'est pas concentré sur les équipes logistiques. Pour ces dernières, nous enregistrons un taux d'absentéisme inférieur à la moyenne des établissements de santé. Bien que le personnel logistique soit chargé de la plupart des actions de manutention, l'absentéisme concerne plus particulièrement les agents de services hospitaliers et les équipes soignantes. Il est donc géré par la direction des soins. Même si toutes ces fonctions impliquent une certaine pénibilité au travail, les manutentions de charges inertes et de patients sont des actes très différents. D'autre part, cette pénibilité pour nos équipes logistiques est réduite par des circuits plus courts, la limitation des reprises de charges et l'installation d'équipements automatisés.

Quel est l'apport de la technologie dans le domaine logistique ?

La solution de transports automatisés a rapidement été écartée. Elle implique des dimensions spécifiques pour les installations et des axes de circulation dédiés représentant des contraintes trop importantes en matière de maîtrise des surfaces et de budget. Aujourd'hui, nous favorisons une logique d'aménagement que nous avons traitée dans l'architecture du bâtiment, en collaboration avec l'agence AIA, plus que par des apports techniques. Notre objectif était de définir des circulations et des circuits logistiques équilibrés, prenant en compte les besoins et les rôles de nos différents collaborateurs.

Avez-vous accompagné votre réflexion sur le projet médical par un projet dédié aux ressources humaines ?

Le volet médical a été initiateur de la structuration du projet. Par la suite, nous avons abordé son aspect architectural par la programmation et la conception du bâtiment. Dès 2011, nous avons commencé à travailler sur le projet Ressources Humaines et sur les points d'uniformisation nécessaires entre les Cliniques Adassa et Diaconat, puis la Clinique Sainte-Odile, une fois celle-ci intégrée au projet. Actuellement, nous abordons une nouvelle phase pour laquelle nous avons formé un groupe de référents dans nos domaines d'activité majeurs (hébergement, ambulatoire, bloc opératoire, urgence, etc.). Ils ont eu pour charge d'animer les groupes de travail dédiés à ces différents secteurs afin de préparer la mise en œuvre d'un plan d'action visant l'uniformisation des processus, des méthodes de travail et de prises en charge des trois cliniques. Ainsi, nous disposerons d'une organisation structurée dès notre arrivée au sein de la Clinique Rhéna. Nous démarrons également nos démarches d'accompagnement au changement, en collaboration avec l'équipe de direction et avec le support du cabinet de consultants Altedia. Ensemble, nous redéfinissons et précisons les valeurs managériales, les objectifs et d'autres éléments structurant contribuant à l'amélioration de la prise en charge du patient. Ce travail d'accompagnement se traduira par la formalisation de notre vision de la Clinique Rhéna pour les années à venir, par le travail du comité stratégique autour de ces éléments de réflexion. Elle entraînera également le déploiement d'une communication importante auprès des salariés et d'une formation de notre équipe d'encadrement qui sera poursuivie sous la forme d'un accompagnement régulier avec les consultants durant les 6 à 8 mois qui suivront l'ouverture de la clinique.

Pour la direction des ressources humaines, comment s'est déroulée la gestion de ce projet ?

Les équipes ont une grande appréhension face à ce projet. Le fait de regrouper trois établissements au sein d'une structure unique entraîne des inquiétudes spontanées quant à l'évolution du niveau d'emploi. Ce point a été très rapidement clarifié par la direction générale. Elle a affirmé l'ambition de la Clinique Rhéna de devenir un centre d'attractivité, créateur d'emplois, tout en préservant une approche cohérente, notamment au regard de la duplication de certaines fonctions présentes sur les trois sites actuels. Cette rationalisation a débuté en 2011 avec la création d'une direction commune aux trois sites, puis la mise en place de fonctions transversales et enfin le regroupement géographique des fonctions administratives en 2012. Dans le cadre de la relation avec les partenaires sociaux, nous informons tous les mois les comités d'entreprise de l'avancement des travaux et du projet global. Nous avons également organisé avant le dépôt du permis de construire une réunion des trois CHSCT et d'un architecte de l'agence AIA pour aborder les schémas, les organisations, les conceptions du bâtiment et les différents aspects du projet. Nous maintenons ces démarches pédagogiques mais, avec l'avancement du projet et la concrétisation de la nouvelle clinique, nos collaborateurs se projettent désormais plus facilement dans leur futur établissement.

Constatez-vous des résistances au changement ?

Nos équipes sont persuadées de l'intérêt de ce projet, notamment au regard des difficultés du quotidien rencontrées par les trois établissements. Leurs inquiétudes concernent, aujourd'hui, l'aspect pratique de ce regroupement. Nos collaborateurs appréhendent l'évolution des effectifs, la collaboration avec les équipes d'autres établissements, les trajets liés au déménagement de leur lieu de travail, la problématique du stationnement et leur capacité à s'adapter à d'autres pratiques. Cela étant, les équipes soignantes font preuve d'une souplesse remarquable en matière d'organisation. Elles ont conscience que le centre de ce processus reste le patient et acceptent donc plus volontiers de se rendre disponibles en fonction des besoins liés à l'activité en matière d'effectifs.

Comment avez-vous abordé le management des blocs opératoires ?

Ce type de management n'est pas encore clairement défini. Il s'agit d'une problématique complexe car elle concerne une activité chirurgicale très importante. Le dessein de Rhéna est de repréciser le fonctionnement et l'organisation des établissements pour l'adapter au bloc de 28 salles d'intervention (chirurgie, endoscopie, polyclinique). D'autre part, nous devons également clarifier la position de la clinique concernant l'organisation de l'endoscopie, de l'ophtalmologie et de l'ambulatorio. Il nous faut en effet choisir entre le maintien d'une personne responsable des flux courts ou développer un fonctionnement par filière dans lequel le parcours du patient au sein de l'établissement est assuré par un responsable pour chaque secteur. Cette réflexion se fait en interne, avec le concours de Jean-François Thouvenin et des équipes médicales nous faisant part des évolutions dans leurs domaines. La technicité se développant dans certains domaines d'activité génère des attentes et des besoins nouveaux. Face à ces éléments récents, et dans un souci de cohérence, il est important de questionner notre structure d'encadrement.

Le bâtiment de la Clinique Rhéna...

Le bâtiment de la Clinique Rhéna repose sur un socle de 170 m x 70 m comprenant 2 niveaux, dont le niveau 0 qui verra ses flux segmentés. Sa façade est comportera une rue intérieure traitant les flux publics

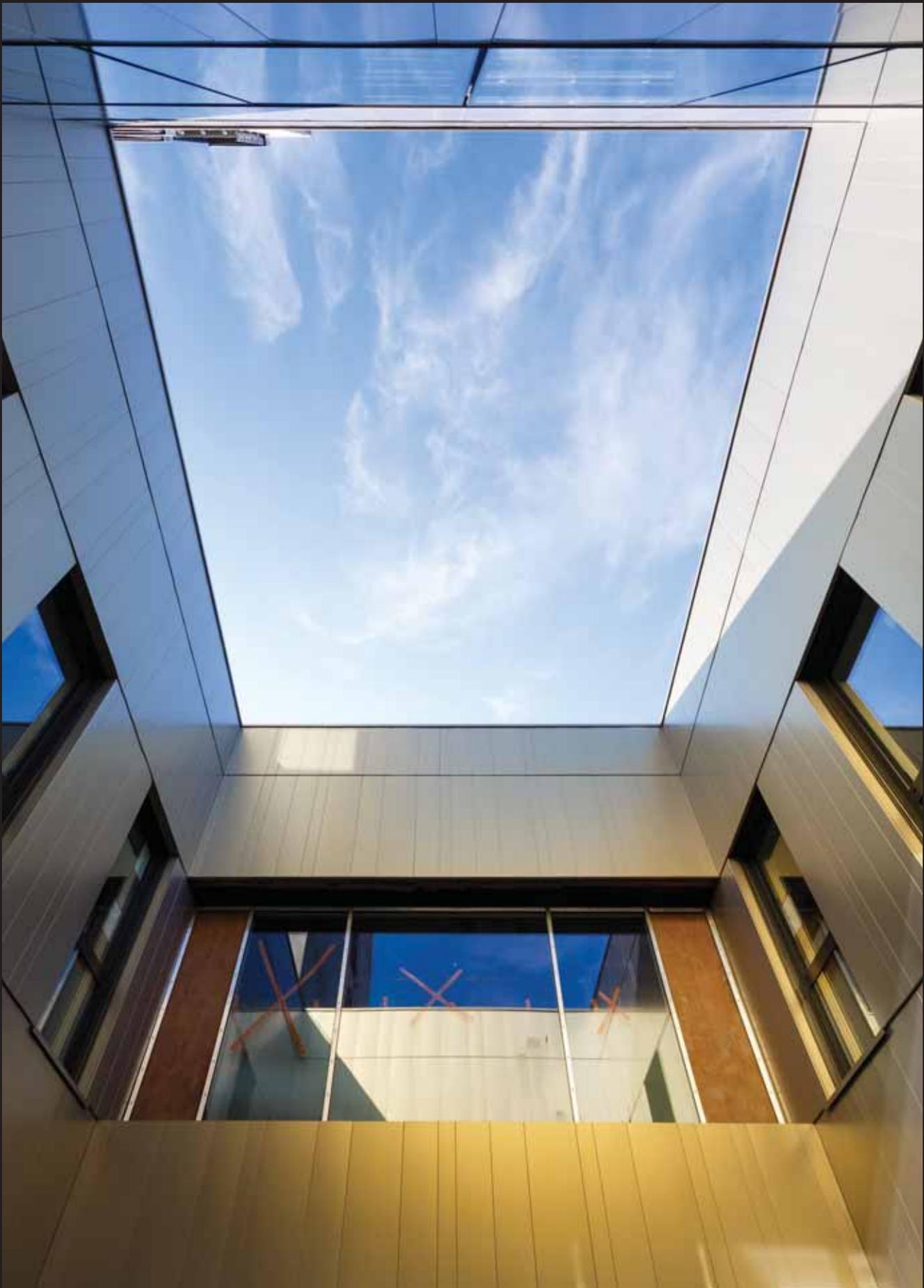
(consultations externes, borne d'accueil, espace restauration, points de montée vers les étages supérieurs). La façade ouest regroupe les espaces logistiques avec les vestiaires, les zones d'économat et de réception, la stérilisation et la pharmacie à usage intérieur. Elle comprend également les installations de radiologie connectées aux urgences et au centre de la main. Ce dernier regroupe les urgences et le bloc opératoire spécialisés dans le traitement de la main, ainsi que les espaces de consultations des chirurgiens et des médecins rééducateurs. Ce niveau 0 est également traversé par un axe dédié aux flux de patients couchés et des personnels de la clinique. Le niveau 1 est le plus dense. Il comprend, sur sa face ouest, le plateau technique, soit un bloc opératoire de 13 salles et 31 postes de réveil, un secteur d'ophtalmologie de 5 salles adaptées à l'utilisation de lasers (intervenant dans le cadre du traitement de la cataracte, entre autres), une zone de réveil de 12 « box » dédiée à l'activité d'ophtalmologie, ainsi qu'un secteur d'endoscopie de 3 salles classiques, 1 salle d'endoscopie interventionnelle, une zone de lavage commune à ces différentes salles et 17 « box » de réveil d'endoscopie. Sur la face est du 1^{er} niveau de ce socle, nous retrouvons une zone d'attente primaire et les bureaux réservés à l'accueil administratif des patients admis en ambulatorio, ainsi qu'un espace de 32 box d'ambulatorio. Ce niveau comprend également le service d'hébergement de maternité ainsi que le bloc obstétrical, directement relié au bloc opératoire. Le socle est surplombé par trois ailes d'hébergement sur 4 niveaux. Le 2^e accueille une unité de soins continus de 18 espaces individuels ainsi que 2 unités d'hébergement. Le 3^e et le 4^e accueillent des unités d'hébergement ainsi que l'unité palliative de soins de suite et de réadaptation (SSR) conçue avec des espaces supplémentaires dédiés aux familles de patients ainsi qu'un plateau de rééducation de kinésithérapie et une salle d'activités. Au 5^e niveau, nous avons une unité d'hébergement, l'hôpital de jour de médecine et des chambres pour le personnel de garde. Enfin, à son point le plus haut, le bâtiment compte deux étages supplémentaires réservés à l'administration et aux réunions.

Les unités d'hébergement intègrent-elles une notion de modularité ?

Chaque unité dispose d'une capacité de 30 lits et de 24 chambres individuelles. Chacune est divisée en 2 ensembles de 15 lits et dispose d'une salle de soins en position centrale permettant aux équipes de demeurer au cœur du dispositif de soins. Le local de linge propre se situe immédiatement à proximité de la salle de soins, afin de répondre au souhait des équipes de soins. Le local dédié au matériel est intégré dans chaque unité et un vidoir est positionné dans chaque sous-unités de 15 lits. Le local de linge sale et de déchets est situé à l'entrée de chaque unité. Chaque plateau dispose d'une salle de bains adaptée à l'utilisation de brancards douche et toutes les chambres sont équipées d'installations sanitaires.

Ce projet inclut-il une notion de Haute Qualité Environnementale (HQE) ?

Nous ne disposons pas du label HQE en tant que tel. La configuration pour laquelle nous avons opté pourrait nous permettre de faire une demande de labellisation mais, la Clinique Rhéna étant propriétaire de son bâtiment, elle n'est en rien tenue de disposer d'un tel label. La direction souhaite disposer d'un bâtiment efficace, pouvant être labellisé une fois les cibles identifiées atteintes mais, pour l'heure, un tel label ne lui semble pas utile.



De quelles solutions disposez-vous sur le plan énergétique ?

Le quartier sur lequel s'implante la clinique est en cours d'urbanisation. Nous négocions donc la possibilité de raccorder l'établissement au système de chauffage urbain. Cela étant, il n'est pas certain qu'une telle opération soit compatible avec le calendrier prévisionnel de l'opération. La direction de l'établissement maintient donc la mise en place de solutions d'autonomie quant à la production de chauffage, tout en encourageant sa connexion au réseau urbain, le cas échéant dans un second temps.

L'aménagement des chambres patient...

Dans le cadre de nos réflexions autour des zones d'hébergement et de leur aménagement, nous avons prévu des locaux témoins pour les personnels afin de nous assurer de l'efficacité et de la cohérence de ces espaces au regard de l'activité quotidienne et des besoins des équipes. Une fois ces modèles ajustés, ils pourront nous servir auprès des entreprises chargées de la construction. Nos groupes de travail dédiés à la conception de ces espaces ont également apporté une attention particulière aux éléments d'accueil du patient avec des prises accessibles et un positionnement pratique des armoires et éléments de dessertes. Nous avons sollicité tous les corps de métier, notamment les Agents de Services Hospitaliers (ASH), afin de pouvoir traiter rapidement des éléments pouvant être des contraintes comme l'aménagement des plans vasques dans les installations sanitaires. Sur le plan technique, nous avons choisi de nous passer de rails aidant au transport du patient dans les espaces d'hébergement car cette solution ne convenait pas à la taille des chambres. Cependant, nous intégrerons des solutions de lève-malades mobiles et de lits électriques. Concernant la médecine et les SSR, nous envisageons, en collaboration avec les acteurs biomédicaux et la direction des achats, l'acquisition de fauteuils relevables électriquement afin de faciliter le passage du lit au fauteuil pour les patients les plus dépendants. Le brancardage au sein de nos établissements et de la future Clinique Rhéna se fera par brancard et non par lit. Dans ce domaine, les solutions motorisées ont des atouts et des inconvénients, à l'image des brancards avec assistance, bien plus lourds que des équipements standard.

Quels sont les éléments symbolisant le plus l'accent apporté au confort hôtelier dans les circuits d'ambulatoire et les espaces d'hébergement ?

En matière d'organisation, nous avons répondu à une demande très forte de la communauté médicale de marquer le respect accordé à la vie privée et à la confidentialité dans le parcours du patient au sein de l'établissement. Ainsi, les espaces d'ambulatoire individualisés apportent un grand confort au patient en assurant une totale discrétion et en favorisant un éclairage naturel. Le traitement architectural des chambres est également un élément marquant le souci du confort apporté lors de la conception. Les têtes de lits menuisées, le choix des matériaux, des couleurs et des revêtements sont des éléments qui reflètent parfaitement notre volonté de créer un espace de soin confortable.

Quelle image la Clinique Rhéna véhicule-t-elle auprès de ses collaborateurs et de la population ?

Les établissements regroupés au sein de la Clinique Rhéna ont une image positive auprès de la population. Les patients apportent une grande attention au fait de bénéficier d'une prise en charge individuelle et d'une relation de confiance avec le personnel des établissements. Cette attention apportée au patient naît également de notre collaboration avec le domaine associatif. Ces cliniques véhiculent une image d'excellence avec de grandes compétences au sein de nos équipes médicales et soignantes et un niveau élevé de technicité. La Clinique Rhéna devra maintenir ce caractère d'excellence et de technicité, y compris dans l'aspect hôtelier de la prise en charge avec des chambres individuelles accompagnées d'installations sanitaires. D'autre part, nous devons rassurer la population habituée à des structures moins imposantes que celle actuellement en construction. Un plus grand bâtiment ne signifie pas pour autant une prise en charge moins personnelle. La Clinique Rhéna dispose d'atouts indispensables à la préservation d'une prise en charge de proximité. Nous restons vigilants sur la maîtrise des circuits et un parcours d'ambulatoire à taille humaine, avec des organisations développées autour du patient. Nos démarches de communication interne et externe ont pour objectif de rassurer les patients. Nous souhaitons préserver un environnement de prise en charge compact et cohérent. Le questionnaire de satisfaction distribué au patient nous permet de recevoir les retours de près de 40% de notre patientèle.

Quelles sont les priorités de la direction des ressources humaines durant la période précédant la réception du nouveau bâtiment ?

Nous devons poursuivre notre projet de conduite du changement en collaboration avec le personnel d'encadrement. Nous souhaitons développer des relais efficaces auprès de nos équipes car la phase du projet à venir entraînera de nombreuses évolutions. D'autre part, nous finaliserons la définition de nos futures organisations. Nous espérons ainsi pouvoir démarrer la constitution de nouvelles équipes 6 à 8 mois avant le déménagement. Nous aurons alors le temps d'anticiper le transfert de nos collaborateurs entre les sites afin de créer des liens entre les équipes de nos établissements partageant une spécialité commune. Les équipes du nouvel établissement auront ainsi plus de chances d'être rapidement opérationnelles. A ce titre, nous organiserons le premier rassemblement commun aux trois sites dans le courant de l'année 2015. A cette occasion, les trois comités d'entreprise accompagnés de la direction mettront en commun leurs budgets et leurs projets pour organiser cet événement. Il regroupera l'ensemble des salariés intéressés par cette rencontre globale ayant pour enjeu une union efficace et en bonne intelligence les Cliniques Adassa, Diaconat et Sainte-Odile réunies au sein de ce nouveau symbole qu'est la Clinique Rhéna.





Crédit : Jean-Marc Bannwarth

La conduite de chantier

« Notre présence sur le terrain est un atout dans le maintien de bonnes relations avec nos partenaires »



Plus de précisions avec **Benoît Bouan**, responsable de la direction de travaux, au sein de AIA Associés.

Comment votre équipe est-elle composée ?

Benoît Bouan : L'équipe strasbourgeoise est composée de 5 collaborateurs : Uta Bengel (architecte), Maxime Piedeleu (chargé de la relation avec les équipes de l'agence AIA de Nantes), Jean-Baptiste Alziari de Malaussene (chargé de la planification et de la coordination des travaux), Guillaume Devaux (apprenti ingénieur) et moi-même.

Quelle est votre mission sur ce projet ?

B.B : Mon équipe et moi-même assurons les missions de responsable de la direction et de l'exécution des travaux, de visa des plans d'exécution des entreprises. Nous supervisons les opérations préalables à la réception du bâtiment, ainsi que le suivi du parfait achèvement de l'ouvrage pendant la première année après réception de la clinique. Notre rôle comprend donc la gestion des entreprises et la veille au respect du marché. Nous assurons également la mise au point technique en fonction

des aléas de chantier. Enfin, nous avons la charge des études et synthèses liées aux réseaux techniques et à l'architecture.

Quelles sont les spécificités de la conduite de ce chantier ?

B.B : Le domaine hospitalier apporte une plus grande complexité à ce chantier. Il implique le respect de réglementations hospitalières et de normes strictes en matière d'hygiène, de sécurité incendie, d'accessibilité et de sécurité de maintien de fonctionnement des installations. D'autre part, l'isolation du bâtiment par l'extérieur, démocratisée depuis quelques années, apporte une difficulté technique complémentaire en matière de mise au point architecturale. Ces aspects du projet, certes complexes, rendent le projet d'autant plus passionnant.

Quel est l'état d'avancement du chantier ?

B.B : L'ordre de service et la signature des lettres de commande aux entreprises datent du 1^{er} juillet 2014. Une période de deux mois a été nécessaire pour assurer la préparation du chantier. Durant le mois de septembre, nous avons entamé la réalisation de fondations profondes avec le forage classique de 300 pieux en l'espace de 5 semaines. Dès le mois de novembre, nous avons entamé les ouvrages du génie civil et de l'infrastructure. Nous coulons les premiers planchers du rez-de-chaussée depuis le mois de décembre et pratiquons déjà les travaux d'élévation de certaines zones prédéfinies.

A quelles contraintes faites-vous face sur ce chantier ?

B.B : Chaque projet apporte un lot de contraintes spécifiques, ne serait-ce que sur le plan humain. Les acteurs de la maîtrise d'œuvre sont souvent différents. Aussi, il nous faut apprendre à travailler efficacement et en bonne intelligence avec de nouveaux partenaires. Outre l'aspect humain, notre équipe doit s'adapter aux évolutions techniques, notamment en matière de Haute Qualité Environnementale (HQE). Nous abordons aujourd'hui des sujets techniques et architecturaux jusqu'alors inconnus ; raison pour laquelle l'agence AIA maintient une veille constante en matière de réglementations.

Comment se déroulent la communication et les relations avec les entreprises de la maîtrise d'œuvre ?

B.B : Notre présence sur le terrain est un atout dans le maintien de bonnes relations avec nos partenaires. Tous les acteurs sont conscients de leur rôle et nous maintenons une communication et un rapport de proximité afin que chaque entreprise puisse être efficace.

Comment avez-vous traité les nuisances urbaines ?

B.B : Le site nous a permis de rapidement mettre en place une clôture de chantier et de disposer de multiples flux simplifiés. Nous côtoierons les équipes de la Ville de Strasbourg chargées de la création d'une voie d'accès logistique contournant le bâtiment.

Parvenez-vous à respecter les délais ?

B.B : Pour l'instant, nous tenons les délais préétablis. Nous évoluons toujours dans un planning assez serré car nous ne souhaitons pas nous donner une marge trop importante, ni présumer de nos capacités par des prévisions trop ambitieuses. Cela étant, nous avons pu prendre une avance confortable lors de la mise en place des fondations spéciales.

Quels sont les détails de votre calendrier d'exécution ?

B.B : Nous entamons l'élévation du rez-de-chaussée. Le mois de juin 2015 verra l'arrivée des corps d'Etat de clos couverts, notamment l'étanchéité et les aménagements extérieurs.





Crédit : AIA Associés

Les enjeux architecturaux - AIA Associés

« La définition claire des enjeux du projet par le maître d'ouvrage est un élément essentiel pour une réponse efficace et adaptée de la part de la maîtrise d'œuvre »



Propos recueillis auprès de **Bruno Follin**, directeur général adjoint, et **Guillaume Pakey**, architecte au sein d'AIA Associés

Les enjeux architecturaux de la Clinique Rhéna...

Ce projet nécessitait l'intégration d'une réflexion urbaine menée dans le cadre de l'aménagement de la zone « Est » de l'agglomération strasbourgeoise. Les quartiers longeant les rives du Rhin, sur lesquels s'implante la Clinique Rhéna, ont été assez délaissés depuis la fin de la guerre et de ce fait, ils conservent un caractère industriel très marqué. Le projet de construction de la Clinique Rhéna s'inscrit donc comme un moteur et un acteur important dans le renouvellement urbain de ce secteur.

Comment ont été menées les premières réflexions de ce projet ?

Nous avons grandement collaboré avec la maîtrise d'ouvrage et son AMO (Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage) Martin & Guiheneuf, chargée de la programmation du projet. Grâce à ces échanges, nous avons mené une collaboration très itérative nous permettant de préciser le programme tout en réalisant un travail d'esquisse. Ce rapprochement nous a ainsi permis de nous nourrir mutuellement de nos démarches et de nos réflexions. Le programme a posé les bases du travail de conception architecturale tandis que ce dernier a orienté et enrichi la programmation.

Le nouveau bâtiment de la Clinique Rhéna...

Dès le dossier de permis de construire, nous avons souhaité définir le bâtiment par trois entités structurelles fortes. Le « Signal » qui s'élève à une hauteur de 35 mètres sur la pointe nord-est du terrain est l'un de ces éléments. Il est accompagné par la « rue intérieure » incluse sur deux niveaux de la façade principale. Ce mur rideau étendu sur 100 mètres de long met en scène le hall de la clinique en rez-de-chaussée, ainsi que l'ensemble des activités d'ambulatorio à flux rapides à l'étage. Cette mise en scène permet de rendre visibles ces deux niveaux depuis l'extérieur du bâtiment et de mettre en relation l'espace public et la clinique. Le troisième élément fort de cette structure est « le jardin suspendu ». La forme du bâtiment entraîne la libération de grandes surfaces planes en plancher haut du niveau 1. Ces espaces visibles depuis les chambres d'hospitalisation ont pu être végétalisés, créant le troisième élément fort de cette structure : le jardin suspendu.

Comment avez-vous abordé la gestion des flux dans cette nouvelle clinique ?

Pour ce volet de la conception, nous avons souhaité mettre en place une logique d'activité ambulatoire à flux rapides en développant des réseaux de circulation dynamiques. Nous avons donc rapproché et orienté efficacement les zones de stationnement par rapport au hall du bâtiment. Depuis cet espace d'accueil, nous avons proposé des solutions d'accès visuels et physiques aux zones d'ambulatorio à la fois rapides et faciles. Les espaces d'attente des secteurs ambulatoires sont situés en mezzanine au-dessus du hall. Ils sont accessibles par un escalier à proximité direct du bureau d'accueil afin d'orienter le patient rapidement et simplement.

Quels sont les éléments visant à améliorer l'accueil et le confort des patients ?

Par la réunification des trois établissements actuels, le maître d'ouvrage souhaite faire de cette nouvelle clinique un pôle médical d'excellence. Il cherche aussi à se démarquer par une prise en charge et un accueil haut de gamme du patient. Aussi, lors de ce projet, nous avons privilégié l'utilisation de matériaux nobles avec, par exemple, un hall d'accueil entièrement habillé de bois. Nos réflexions relatives à la conception des zones d'hébergement évoquent ainsi une montée en gamme pour certaines prestations. Nous envisageons, notamment, l'utilisation d'une moquette pour les circulations des espaces d'hébergement avec des plafonds de grande qualité et certains murs en vinyle. Ce choix de matériaux accompagnera la mise en place de prestations hôtelières de haut niveau.

Qu'en est-il de l'amélioration des conditions de travail du personnel au sein de la clinique ?

Nous avons travaillé la compacité des unités de la clinique afin de réduire le nombre de pas à faire chaque jour. A l'intérieur du bloc opératoire, des espaces dédiés à l'ambulatoire sont composés de box réservés aux interventions d'endoscopie et d'ophtalmologie. Ces unités de lieux sont bien plus pratiques dans l'exercice des équipes de la clinique au quotidien. Un médecin ayant opéré un patient peut ainsi assurer son suivi sans sortir du bloc opératoire.

Quelle est la place de la lumière naturelle au sein de la Clinique Rhéna ?

Le bâtiment bénéficie d'un éclairage naturel omniprésent grâce à la mise en place de sept patios permettant l'apport de lumière naturelle au cœur de la structure. Nous avons conçu des verrières amenant la lumière naturelle dans le bloc opératoire. Certains espaces d'accueil et des chambres bénéficient de la mise en place de très larges fenêtres. Le pourcentage élevé de surfaces vitrées sur ce projet témoigne de l'importance accordée à la lumière naturelle lors de sa conception.

Avez-vous rencontré des contraintes spécifiques durant la conception de ce bâtiment ?

Nous avons dû faire face à un niveau de nappe phréatique assez élevé, empêchant la création d'installations souterraines. La nature du sol nous a donc contraints à concevoir un bâtiment ayant une emprise au sol importante, nécessitant des adaptations en matière de flux et d'accès logistiques. Nous avons dû soigner notre travail de plan-masse et retravailler la compacité du bâtiment ainsi que la constitution de ses deux premiers niveaux.

Dans ce contexte, comment avez-vous abordé la problématique liée aux flux logistiques ?

En collaboration avec l'Eurométropole de Strasbourg, notre équipe a fait en sorte que l'îlot accueillant la clinique bénéficie d'une desserte spécifique au regard des contraintes liées à son activité. Ainsi, l'Eurométropole de Strasbourg aura la charge de créer une voie longeant la parcelle de l'établissement par l'ouest. Cet axe permettra la mise

en place d'accès logistiques de plain-pied, sans perturber les accès publics et la desserte du parvis de la clinique, notamment vers la pharmacie, la stérilisation et la zone de production des repas.

Comment avez-vous traité la modularité du bâtiment ?

La Clinique Rhéna est rendue très modulable par sa capacité à modifier sa structure interne. Cette caractéristique est, en grande partie, due à la standardisation de ses unités de soins (en dehors de services très spécifiques, comme la réanimation), apportant une grande polyvalence à ses locaux. Son évolutivité est également induite par le schéma directeur du projet offrant plusieurs possibilités d'extension et permettant de définir des continuités de volumes et de circulations horizontales et verticales. La plupart des éléments constituant l'épine dorsale du bâtiment hospitalier sont d'ores et déjà étudiés pour pouvoir être étendus.

Comment les espaces extérieurs ont-ils été traités ?

Ces espaces ont été contraints par la voie de contournement créée par l'Eurométropole de Strasbourg. De plus, un établissement comme la Clinique Rhéna nécessitant la création d'environ 600 places de stationnement, une grande partie de la parcelle est occupée par les parkings. Nous avons, néanmoins, préservé un traitement végétalisé de ces espaces avec des haies arborées et la plantation d'arbres venant ponctuer les étendues de voitures. A l'avenir, nous disposerons d'une autorisation de la ville pour créer un parking silo sur une parcelle voisine de la clinique et pourrions ainsi libérer plus d'espaces verts sur le site. Un parvis végétalisé est situé devant l'entrée du bâtiment et se poursuit sur l'ensemble du site de façon longitudinale. Cette voie permet d'irriguer les espaces de stationnement. Elle offre aux visiteurs et aux patients un espace de déambulation sécurisé, ponctué d'aménagements urbains et de zones vertes.

Quelle est la clé de la réussite d'un tel projet ?

Une des clés est l'instauration d'une relation de confiance entre l'équipe de maîtrise d'œuvre et celle de la maîtrise d'ouvrage. La définition claire des enjeux du projet par le maître d'ouvrage est aussi un élément essentiel pour une réponse efficace et adaptée de la part de la maîtrise d'œuvre. Enfin, l'implication des acteurs composant l'équipe de maîtrise d'œuvre est indispensable pour l'avancement et la création d'un bâtiment optimal.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

Le plateau technique de l'hôpital de demain ne sera plus un élément autonome relié aux différents secteurs de l'établissement. L'avenir de l'hôpital réside dans un système et une organisation au sein desquels tous les éléments sont complètement intégrés. Ainsi, le plateau technique devra bénéficier d'accès publics afin de favoriser la mise en place de circuits courts et rapides. Ce plateau deviendra alors un lieu d'accès principal bien plus ouvert au patient, grâce à une frontière ténue entre les espaces sophistiqués de prise en charge lourde et les zones d'accueil du public de l'établissement de soins.



Crédits : AIA Associés



ADW est une société de prestations de services, spécialisée dans le domaine des ERP Financiers notamment. Notre choix de logiciel s'est porté sur la gamme FRP 1000 de l'éditeur **Sage**.

Pour l'entité **RHENA**, regroupant les cliniques Adassa, Sainte-Odile et Diaconesses à Strasbourg, nous avons installé Sage FRP 1000 avec les modules suivants :

- Comptabilité générale, analytique et budgétaire,
- Trésorerie budgétaire, Banque Communication et Immobilisations,
- Stocks/Achats/Dotations.

Ce dernier module a nécessité un développement particulier afin de répondre aux besoins et aux attentes des pharmacies des trois cliniques

Pour tout renseignement, contactez : Jean-Michel WEBER au 03 88 28 10 28
jm-weber@adw.fr



LE CABLAGE DE VOS EXIGENCES

REALISATIONS HOSPITALIERES ELECTRICITE - COURANTS FAIBLES

- **CLINIQUE RHENA DE STRASBOURG**
- **HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES DE BEGIN**
 - **CENTRE HOSPITALIER DE SAINT DENIS**
 - **HOPITAL DE SAINT DIZIER**
- **CLINIQUE SAINTE ANNE DE STRASBOURG**
- **CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE GOLBEY**

ELECTRICITE GENERALE INDUSTRIELLE ET TERTIAIRE
COURANTS FORTS - COURANTS FAIBLES

SIEGE SOCIAL

12, rue ALBERT EINSTEIN - Z.A.C. SAINT JACQUES II
54320 NANCY - MAXEVILLE

Tél : 03 83 93 93 33 - Fax : 03 83 97 72 39

e-mail : contact@insmatel.fr - www.insmatel.fr



SIH

« Notre objectif est le respect et la satisfaction des besoins des utilisateurs du système d'information »

Entretien avec **Dominique Combeau**, responsable des Systèmes d'Information et **Christophe Mangholz**, consultant en Systèmes d'Information

Le système d'information de la Clinique Rhéna...

Ce système est en conversion partielle. Nous l'adaptions continuellement au projet de convergence des trois cliniques, s'accompagnant du regroupement des Systèmes d'Information (SI). Actuellement, les grands choix de transformation ont été faits. De nombreux chantiers restent toutefois à mener, ne serait-ce que la réorganisation des architectures techniques et l'uniformisation des processus. Pour le moment le planning est tenu.

Comment le rapprochement des trois cliniques a-t-il été anticipé au niveau du système d'information ?

Lors des premiers échanges autour du rapprochement entre les directeurs et présidents des établissements, le mode de fonctionnement de ces trois entités et de leurs systèmes d'information sur un lieu unique s'est rapidement imposé comme l'une des questions centrales. Nous avons alors abordé la mise en place d'un système d'information unique pour ces établissements et l'ensemble de leurs personnels, avant même d'évoquer le choix du terrain et la conception du nouveau bâtiment. Ces trois cliniques ont des parcours très différents et ont fait des choix différents en matière de systèmes d'information. Par conséquent, ce point est rapidement apparu comme un sujet potentiellement problématique qu'il nous fallait traiter le plus tôt possible. Le rapprochement des systèmes d'information s'est donc fait en plusieurs étapes, à commencer par le choix d'outils communs à implémenter dans les différents établissements. L'harmonisation de ces systèmes opérationnels sur trois sites distincts est une première étape vers la création d'un système d'information global sur un site unique.

Avez-vous rencontré des difficultés durant ces démarches, notamment auprès des personnels des établissements concernés ?

Comme tout changement, l'évolution d'un système d'information peut parfois entraîner des résistances que nous avons anticipées. La conduite du changement est un rôle important dans la réalisation d'un projet d'évolution. Elle se fait par l'accompagnement de l'utilisateur dans l'évolution de ses méthodes, ses façons de travailler et les évolutions de procédures internes. L'opération Rhéna est également complexe par le nombre important de domaines concernés par cette évolution du SI.

Les grandes lignes du projet de convergence...

Notre vision du site de la Clinique Rhéna devait permettre aux futurs utilisateurs de disposer d'outils efficaces et partagés par tous. Le regroupement des effectifs informatiques sous la direction de Dominique Combeau était alors la première action engagée dans le cadre de la mutualisation des systèmes d'information des trois cliniques. La gestion de l'informatique médicale est assurée par Nathalie Bertagnolio, membre de l'équipe informatique, dont la formation initiale de soignante est essentielle dans le développement d'un système d'information répondant aux besoins des utilisateurs. Deux informaticiens complètent l'équipe, ils s'assurent de l'efficacité de l'architecture technique du réseau. La fonctionnalité du système d'information ne doit souffrir d'aucune interruption afin que l'ensemble des personnels dispose d'outils informatiques en continu. A la suite du rassemblement des effectifs, notre équipe a entrepris l'unification des architectures techniques. Notre ambition est de mettre en place une base de données unique dans un lieu regroupant l'ensemble des serveurs. Cette phase est en cours d'exécution car des optimisations et des renouvellements d'équipements sont nécessaires. Notre troisième grande action (également la plus longue) concerne l'urbanisation du système d'information par le choix de solutions informatiques communes qu'il nous faut implémenter dans les différents établissements.

Dans ce contexte, quelle a été votre priorité lors de la sélection des nouvelles solutions implémentées ?

Le système d'information des ressources humaines a été le premier domaine traité afin de disposer rapidement d'un outil transversal assurant une gestion de paye et du personnel uniformisée pour l'ensemble des équipes. Dans ce contexte, nous avons opté pour les solutions Yourcegid RH de la société Cegid. Sa mise en place s'est faite dans une période très courte grâce à la participation très active de l'équipe des ressources humaines. Cette efficacité a permis de livrer un outil parfaitement fonctionnel avec une avance sur le calendrier prévisionnel.

Quelles sont les autres solutions retenues à la suite de vos réflexions ?

Octime, un progiciel standard, assure la gestion des temps de travail des équipes. Dans le domaine de la comptabilité, nous avons opté pour Sage L1000, autre solution standard sur le marché. Cette même solution est également en cours de déploiement pour la gestion des économats et des achats de nos établissements, y compris pour la pharmacie. Nous disposerons ainsi d'une intégration complète entre les domaines achat et comptabilité. Pour ces secteurs, la clinique a souhaité utiliser des solutions utilisées par de nombreuses sociétés. Pour le bloc opératoire et le service de stérilisation, nous avons repris les solutions spécialisées par secteur de la société Optim, déjà utilisées par les cliniques du Diaconat Sainte-Odile. De même, nous nous sommes réappropriés les produits DxCare de ces deux établissements pour assurer la gestion du dossier patient et des services d'urgence. Ces solutions sont également présentes dans de nombreux établissements régionaux, favorisant ainsi l'intégration de personnel ayant déjà utilisé le logiciel. L'harmonisation des processus dans la gestion du dossier patient doit être traitée en amont du regroupement effectif au sein de la nouvelle clinique. Ainsi, les équipes des différents établissements seront toutes aptes à utiliser les mêmes outils. Par ailleurs, nous avons choisi une solution unique et commune pour un domaine fonctionnel très large comprenant la PMSI, la facturation, la gestion des lits et le planning du bloc opératoire. Cette solution éditée par Web100t, sélectionnée en juin 2014, a été déployée dans 2 des 3 établissements de Rhéna et sera présente dans l'ensemble des installations des différentes cliniques au tout début de 2016. Le projet concerne de nombreux domaines et collaborateurs au sein des établissements. Nous disposons également d'outils de « reporting » très importants pour le pilotage des cliniques. Dans ce secteur, nous avons conservé la solution utilisée auparavant par les 3 établissements, à savoir HD Report.

Quels sont les autres projets majeurs de votre projet directeur ?

Nous devons actuellement poursuivre le déploiement de la solution DxCare dans le service de maternité de la clinique Adassa. L'implémentation de l'outil de gestion administrative des patients pour cette même clinique fait aussi partie de nos prochaines actions. Par la suite, nous devons totalement harmoniser les processus de nos structures. Ce travail doit être fait pendant la période qui précède le regroupement géographique sur le site de Rhéna. Il s'agira plus d'un travail d'organisation que de déploiement de solution informatique. Chaque responsable de service et d'application devra participer à

cette opération afin de faire en sorte que l'uniformisation est conforme à leurs contraintes. Dans ce domaine le service qualité de l'établissement a un rôle important à jouer.

Quels sont vos projets liés au système informatique de la nouvelle clinique Rhéna, notamment en matière de mobilité ?

Cette nouvelle structure permet à notre équipe d'exercer dans un établissement moderne et pour lequel nous pouvons anticiper l'ensemble des solutions de connectique et de réseaux informatiques. Ce projet implique un travail important d'études avec l'ensemble des corps de métiers impliqués dans les réflexions. Ces opérations, certes lourdes et exigeantes, nous permettront de disposer d'un outil parfaitement adapté sur le plan de la communication. La mobilité, quant à elle, est un aspect réglementaire et fondamental du déploiement du dossier patient. L'infrastructure de la clinique Rhéna sera bien plus fonctionnelle que celle dont nous disposons aujourd'hui et appuiera l'intégration de solutions en matière de mobilité. Les solutions actuellement proposées sont, cependant, déjà très satisfaisantes. Il nous reste également à soumettre des solutions aux médecins afin qu'ils puissent accéder aux données de leurs patients et de leurs activités depuis leurs propres outils informatiques au sein de leurs cabinets médicaux. Cette ouverture vers l'extérieur de nos capacités de partage des données implique bien évidemment un travail de sécurisation et de cryptage essentiel pour lequel il nous faut rester vigilants et exigeants de façon à respecter les réglementations en vigueur.

Envisagez-vous la mise en place de services informatiques à destination du patient ?

Nous maintenons des services associés à l'hospitalisation du patient afin de favoriser le partage d'un maximum d'informations. Les moyens informatiques proposés au patient doivent lui apporter un certain confort et améliorer son séjour au sein de la clinique. Aussi, nous maintenons une connexion Internet afin de préserver le lien avec l'extérieur depuis l'hôpital et favoriser ainsi le maintien de relations avec des proches ou d'une activité professionnelle. Nous avons réalisé un site internet qui favorise l'uniformisation de nos trois établissements et représente un vecteur d'information complémentaire à destination des patients et des professionnels de santé.

En dehors de projets amenés à se concrétiser, quelles solutions informatiques aimeriez-vous développer durant les prochaines années ?

Nous souhaitons créer des liens informatiques avec les cabinets des médecins libéraux intervenant au sein de la clinique. Nos actions futures doivent concerner les liaisons de l'établissement et de ses acteurs avec le patient. Nous devons également envisager la croissance de l'activité ambulatoire en facilitant les démarches annexes de la prise en charge médicale (documentation d'admission, etc.). Quelles que soient nos démarches, notre objectif est le respect et la satisfaction des besoins des utilisateurs du système d'information et le respect des patients.



Optimisez vos ressources humaines, maîtrisez vos risques professionnels

OptimaRH Consulting est un cabinet d'ingénierie, conseil en gestion des ressources humaines et prévention des risques professionnels. Le cabinet rassemble des compétences pluridisciplinaires et complémentaires permettant d'aborder les problématiques de gestion sociale de ses clients dans leurs dimensions techniques et juridiques de manière cohérente avec la stratégie sociale de l'entreprise.

Ses interventions reposent sur la rigueur de son expertise, la qualité du service rendu à ses clients et les économies substantielles obtenues par son action d'accompagnement opérationnel. Ingénieurs, juristes en droit du travail, ergonomes et psychologues du travail travaillent de concert pour apporter des solutions pratiques et concrètes répondant aux besoins spécifiques des entreprises, notamment du secteur de la santé. OptimaRH accompagne au long cours la Clinique Rhéna dans la fusion de ses trois établissements au sein du nouvel ensemble devenant opérationnel en 2017.



Présentation d'OptimaRH avec son président,
Rémi Molliné

OptimaRH Consulting...

Rémi Molliné : OptimaRH est une société d'ingénierie dédiée à la gestion sociale des organisations. Son équipe compte des experts aux compétences variées : des juristes en droit social liées à la gestion des relations de travail, et des ingénieurs spécialisés dans différentes disciplines, toutes directement liées aux aspects de santé et de sécurité

au travail. L'entreprise dispose également de compétences en ergonomie et psychologie du travail, mises en œuvre dans la démarche de prévention, de l'évaluation de risques professionnels à la définition des plans d'action. Cette combinaison de compétences permet en outre d'aborder pleinement la problématique incontournable des facteurs psychosociaux des risques professionnels.

Comment la société est-elle organisée sur le plan national ?

R.M : OptimaRH Consulting se compose de deux établissements opérationnels, à savoir son siège social situé à Aix-en-Provence, et une agence sur Paris. Ses équipes interviennent sur le territoire national auprès d'entreprises de taille très variée allant de la TPE à des groupes internationaux et des acteurs du CAC 40, dans tous les secteurs d'activité.

Quels types d'interventions OptimaRH Consulting propose-t-elle à ses clients ?

R.M : OptimaRH propose une expertise permettant d'externaliser les aspects techniques de la prévention des risques professionnels et de la pénibilité. Cette prestation s'effectue par un accompagnement des fonctions internes de l'entreprise chargées du traitement de questions liées à des points techniques particuliers comme l'évaluation des risques professionnels, la construction des plans de prévention, la formation et l'information annuelle et obligatoire des salariés. OptimaRH Consulting est enregistrée en qualité d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP habilité par les services de la DIRECCTE, Directions Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi). Elle permet à l'employeur de répondre de manière concrète à ses obligations formelles en terme de prévention des risques professionnels, sujet dont les enjeux juridiques et financiers sont considérables. Nous nous appuyons sur de puissants outils informatiques que nous développons en propre.

Qui sont vos interlocuteurs dans les établissements de santé ?

R.M : Durant leurs collaborations avec les établissements de santé, les équipes d'OptimaRH Consulting ont pour interlocuteurs les Directions des Ressources Humaines, les Directions des Relations Sociales et les services internes de gestion de la santé et de la sécurité au travail, dans la mesure où ces structures existent car elles ne sont pas systématiquement présentes dans les établissements de soins, hôpitaux. Les Directions Générales s'impliquent occasionnellement sur ce type de questions dont l'émergence reste relativement récente dans les établissements de soins.

Comment définiriez-vous la mission et la collaboration d'OptimaRH Consulting avec la Clinique Rhéna ?

R.M : Dans le cadre de cette mission au long cours, OptimaRH assure une fonction d'accompagnement dans la transformation fondamentale

de la structure. C'est une externalisation partielle de l'aspect technique de la démarche de prévention des risques professionnels dans les trois établissements. Nos équipes assurent, pour le compte de la clinique, les missions requérant une expertise technique dont ne disposent pas les établissements. Nous travaillons en coordination avec la Direction Générale et la Direction des Ressources Humaines. Le pilotage et la maîtrise d'œuvre de ces démarches sont assurés par la Direction RH de l'établissement, tandis que leurs aspects techniques et organisationnels sont gérés par mes collaborateurs.

La fusion de trois établissements, aux identités et pratiques différentes, a-t-elle été source de difficultés particulières pour vos équipes ?

R.M : Cette fusion est à la fois particulièrement intéressante d'un point de vue culturel et très spécifique à gérer sur le plan technique. Rhéna naît du regroupement de trois établissements historiques si ce n'est emblématique de la ville de Strasbourg dont les cultures sont très différentes. Ces différences de fond portent autant sur les méthodes de travail que les équipements, les contraintes techniques immobilières, l'organisation du travail, mais aussi les relations sociales. Bien qu'ils partagent des points communs liés à leur activité intrinsèque, chacun d'eux conserve néanmoins ses particularités. Aussi, mes collaborateurs et moi-même mettons en place des solutions pouvant s'avérer très différentes, y compris pour les mêmes métiers. L'objectif de ce travail en amont de la fusion est également de permettre aux équipes d'OptimaRH, dans leur domaine de compétence, d'appréhender les limites et les complexités liées à ces trois établissements. La finalité est bien entendu d'en retenir les meilleures solutions lors de l'intégration au sein de la Clinique Rhéna.



Quelles spécificités vos interventions dans les établissements hospitaliers requièrent-elles ?

R.M : Les cliniques sont des environnements de travail où collaborent deux modes d'exercices très différents. Les praticiens de santé sont des professionnels travaillant de manière indépendante, chacun pratiquant avec des moyens techniques, des méthodes d'organisation et même des modes de management qui leur sont propres. Les salariés employés au sein de chaque clinique sont, quant à eux, placés dans une forme de double hiérarchie avec d'une part un employeur (la clinique) et un encadrement opérationnel mouvant au gré des interventions, à savoir les praticiens. Dans cet environnement, l'élément le plus complexe reste le développement d'une culture commune de la prévention des risques professionnels au sein de l'établissement, les salariés devant s'adapter en permanence au gré des choix de chacun des praticiens. Cela augmente considérablement les risques et pour les experts en prévention, l'une des difficultés majeures est d'impliquer les praticiens et les intéresser à ces différentes problématiques selon des modalités communes.

Quelles sont les références d'OptimaRH Consulting dans le domaine de la santé ?

R.M : Nos équipes interviennent depuis les débuts de l'entreprise dans le domaine de la santé. Ses références et son expérience auprès des laboratoires d'analyses médicales en ont fait un acteur très présent dans ce secteur. A titre d'exemple, nos experts collaborent actuellement avec des acteurs importants comme le groupe Cerba European Lab.

Vos équipes ont-elles développé une expertise particulière pour intervenir dans le secteur de la santé ?

R.M : Les équipes de l'entreprise exercent dans le domaine de la prévention, elles évitent donc les « sur-spécialisations » par branches professionnelles. Cependant, les personnes affectées à ce type de missions développent nécessairement une grande expertise sur les problématiques propres au monde de la santé (risque infectieux, accidents d'exposition au sang, risques psychosociaux, risques liés aux rayonnements, etc.). Les écoles d'ingénieurs où nous recrutons proposent d'ailleurs des formations de spécialisation dans le domaine de la santé.

Cela étant, je suis un adepte de l'ouverture et souhaite que mes collaborateurs exercent dans plusieurs domaines. Les solutions les plus efficaces d'autres secteurs professionnels inspirent de façon positive nos réponses apportées aux acteurs de la santé.

Quelles sont les perspectives d'évolution pour OptimaRH Consulting dans le domaine de la santé ? Comment l'entreprise souhaite-t-elle développer ses interventions auprès des établissements de santé ?

R.M : Nos perspectives d'évolution sont extrêmement importantes tant les coûts de l'absentéisme et de la sinistralité Accident du Travail et Maladies Professionnelles sont élevés dans le secteur de la santé. Paradoxalement, les établissements de santé font partie des secteurs au sein desquels la problématique de la santé au travail est peu avancée comparativement à d'autres secteurs qui abordent ce volet de façon approfondie depuis de nombreuses années. Pourtant, les salariés des établissements de soins sont confrontés à des risques relativement importants durant l'exercice de leurs fonctions et nous constatons une sinistralité significative, donc onéreuse et juridiquement risquée. Pour autant, les établissements de santé sont peu, voire pas du tout, structurés pour traiter ces problématiques et n'ont que rarement recours à des spécialistes de ces questions car elles ne font pas encore partie de la culture de ce secteur. D'autre part, mes collaborateurs et moi-même, au contact des acteurs de santé, observons souvent une confusion faite entre les problématiques de la gestion de la qualité et la prévention des risques professionnels. Certains pensent, à tort, que la sécurité et la santé au travail sont incluses dans la gestion de la qualité. Notre travail comporte donc aussi un aspect pédagogique puisqu'il fait alors partie de notre rôle d'expliquer l'intérêt de traiter ces questions non couvertes par les processus qualité.

125, ch. de Ginestelle - 13 100 St Marc Jaumegarde
contact@optimarh.com
Tél. 04 42 96 56 59
Web : www.optimarh.com





Clinique Pasteur : une culture d'excellence au service du patient

Située à Toulouse, en centre-ville, la Clinique Pasteur regroupe 461 lits et places en hospitalisation traditionnelle, ambulatoire et à domicile compte environ 1300 professionnels dont 170 médecins et accueille 55000 patients par an. Malgré sa dimension et sa technicité, la Clinique Pasteur sait rester à dimension humaine.

Après l'Atrium, dédié à la cancérologie, à la médecine et chirurgie ambulatoire, la Clinique Pasteur de Toulouse s'est lancé un nouveau défi avec la création d'un « CardioCenter » à dimension européenne. Avec ce projet baptisé « Passerelle », l'établissement conforte ainsi sa position d'excellence en cardiologie. Le nouveau bâtiment d'une superficie de 11 000 m² regroupera toute l'imagerie médicale, de nouveaux blocs opératoires et les activités de cardiologie de la clinique. Ce projet apportera une réponse adaptée, responsable, professionnelle et durable, aux enjeux locaux de santé publique de cette région toulousaine.



Présentation de la Clinique Pasteur avec son directeur,
Dominique Pon

Comment définiriez-vous votre établissement, la Clinique Pasteur ?

Dominique Pon : Notre établissement est la 2^e plus grosse clinique française en chiffre d'affaires et la 1^{er} dans le domaine cardiologie. La Clinique Pasteur appartient à ses 150 médecins actionnaires. Notre culture d'entreprise repose sur quatre valeurs fondamentales : a l'éthique, l'excellence, l'innovation et l'indépendance. Nous avons

une longue tradition d'excellence et nous essayons toujours de tendre vers le meilleur soin au meilleur coût. Pour l'innovation, nous n'avons pas peur d'être concepteur de solutions innovantes dans notre secteur. Par exemple, pour le système d'information, la Clinique Pasteur a développé des outils qui sont devenus des références utilisées par de nombreux autres établissements en France. Enfin, notre éthique se traduit par une véritable démarche globale de responsabilité sociétale (RSE), avec un engagement environnemental et social. Nous sommes notamment le premier établissement de santé français à avoir obtenu la double certification ISO 14001 et EMAS (certification environnementale européenne). Nous sommes vraiment dans une logique de démarche RSE innovante avec de nombreux projets atypiques dans notre secteur mais qui traduisent notre engagement éthique.

Vous avez d'ailleurs une politique de management un peu atypique...

D.P : Selon moi, depuis 40 ans, le monde de l'entreprise fait fausse route concernant son modèle managérial. Nous sommes globalement passés d'un management paternaliste, qui infantilisait les salariés, à un management par process qui, lui, les robotise. C'est d'ailleurs ce modèle par process qui est aujourd'hui mis en avant pour le secteur de la santé en argumentant que nous devrions nous inspirer du monde de l'entreprise. Or, dans toutes les entreprises, et encore plus dans le secteur de la santé, l'avenir consiste à mon avis à remettre l'individu et pas le process au cœur du management. Pour cela, nous devons entrer dans une logique de confiance : les salariés doivent avoir confiance en eux-mêmes, dans leur avenir, dans la structure qui les emploie, et dans les valeurs qu'elle défend. C'est véritablement cette base de confiance qui devrait toujours précéder la logique du process. Instaurer la confiance peut se traduire de plusieurs façons : laisser la porte de la direction générale ouverte afin que le personnel puisse venir proposer des innovations, rester au contact du terrain et des services, expliquer, donner de l'information, être dans la transparence, porter des valeurs qui ont un sens humain, être exigeant et rigoureux avec soi-même, etc. A partir de là, au fur et à mesure que les personnes prennent confiance en elles, elles deviennent forces de proposition et ont une capacité à voir l'intérêt collectif avant leur intérêt individuel. Nous pouvons constater un net gain d'efficience lorsque les personnels se réapproprient leur vie professionnelle. Je crois beaucoup à ce modèle de management. A titre personnel, je peux passer une journée complète en immersion dans les services, à être au contact du personnel, à discuter avec les différents métiers, etc. Il est important de mettre en lumière les héros du quotidien qui, souvent, dans l'ombre de leur service, appliquent une véritable éthique personnelle dans leur métier. Ce sont d'abord eux qu'il faut mettre en avant.

Pourquoi le secteur de la santé n'est-il pas plus innovant, aujourd'hui, au niveau managérial ?

D.P : Le métier des établissements de santé est de soigner des humains grâce au travail d'autres humains. A ce titre, nous devrions vraiment être les entreprises les plus vertueuses et les plus innovantes en matière de management. Cependant, aujourd'hui, des modèles industriels nous sont imposés dans nos organisations alors que cela devrait être l'inverse. Nous devrions, en tant qu'établissement de soins, inventer et concevoir des modèles managériaux basés sur l'humain et pouvant être démocratisés au monde de l'entreprise. Mais, bloqués et engoncés dans nos conservatismes, nous manquons d'innovation et de capacité à être force de proposition. Nous devons avoir la capacité d'inventer le modèle managérial de l'entreprise de demain qui doit mettre en lumière non pas les exploits de tel ou tel dirigeant ou fonds d'investissement, mais ceux des personnels de terrain, des infirmières, des aides-soignants, des agents hospitaliers qui sont pour moi de véritables héros modernes.

La philosophie du « patient first »...

D.P : Selon moi, en France, aucun établissement ne peut affirmer qu'il met totalement et véritablement le patient au centre de ses préoccupations. Tout le monde explique qu'il faut le replacer au centre du dispositif... Mais qu'en est-il réellement ? Dans les faits, le système de santé français n'est pas centré sur le patient. Il est centré sur nos propres contraintes, sur nos conservatismes, sur le « harcèlement textuel » des tutelles, sur nos problèmes de financement et sur le corporatisme des professions de santé. Si le patient était réellement

au cœur du dispositif, nous serions plus innovants et nous pourrions lui proposer plus de services ainsi qu'à sa famille et aux accompagnants. Nous restons tous beaucoup trop centrés sur nous-mêmes et il existe, selon moi, un énorme défaut de mission. Certes, nos métiers sont difficiles, mais il n'y a pas assez de dynamique innovante, tournée vers l'avenir et suffisamment volontariste pour remettre le patient au cœur du dispositif.

La Clinique Pasteur est le deuxième établissement privé français en chiffre d'affaires. Quelle est la force de votre établissement ?

D.P : Nous devons rester le plus humbles possible. Toute situation est fragile et peut être remise en cause rapidement. Nous avons une volonté collective des médecins, du personnel et des dirigeants d'essayer d'être dans l'excellence et dans l'éthique et de tenter de les mettre en pratique tous les jours. Mais nous demeurons extrêmement fragiles avec des marges économiques très faibles et tout changement tarifaire peut remettre complètement notre modèle en question. Pour l'instant, nous nous en sortons. Mais la situation est loin d'être garantie dans le contexte actuel de baisse tarifaire.

Vous mobilisez d'autres cliniques indépendantes dans les projets Clinavenir en région et Santé Cité en national. Le modèle coopératif représente-t-il l'avenir du secteur privé ?

D.P : Aujourd'hui, il est dommage qu'il n'existe aucune alternative pour un établissement souhaitant rester indépendant et ne voulant pas être vendu à un fond d'investissement ou à un groupe financier. Ces établissements sont isolés et ne peuvent pas bénéficier d'économies d'échelle, de partages de bonnes pratiques ou d'outils de benchmark. Il y avait donc un vrai besoin à trouver des outils de mutualisation des compétences et des moyens. Avec ces regroupements, nous créons de la valeur ajoutée en partageant. Pour des établissements indépendants qui souhaitent faire perdurer leur modèle, ces groupements coopératifs sont effectivement à mon avis une véritable perspective d'avenir.

Pourquoi les établissements indépendants ne se sont-ils pas rapprochés plus tôt ?

D.P : Ce sont les circonstances qui ont fait naître ces regroupements. Sur Toulouse, par exemple, lors de ma prise de fonction, j'ai rencontré mes collègues indépendants et nous avons évoqué la possibilité de travailler davantage ensemble. C'est ainsi que l'idée de Clinavenir est née. De même, au niveau national, la pertinence du partage et de la mutualisation des compétences a été évoquée lors d'une réunion d'un club de dirigeants d'établissements privés, le club des 15. Santé Cité a été créé, nous avons ouvert les portes et nous nous sommes aperçu que cette création répondait à une demande. Ce sont véritablement des histoires d'hommes et de circonstances qui ont poussé les établissements à se rapprocher.

Avec quels établissements entretenez-vous le plus de liens ? Quelle est la nature des liens que vous entretenez avec les établissements publics, notamment le CHU de Toulouse ?

D.P : Nous entretenons d'excellentes relations avec la plupart des établissements voisins et, notamment, avec le CHU de Toulouse avec qui nous avons de nombreuses coopérations. Nous avons également de très bonnes relations avec les établissements privés de la région avec lesquels nous sommes en réalité très peu en concurrence dans la mesure où l'offre de soin en Midi-Pyrénées est aujourd'hui bien organisée.

La Clinique Pasteur est lancée dans un projet d'envergure d'extension, « Passerelle ». Quels sont les enjeux de ce projet ?

D.P : Ce projet représente un investissement important donc avec une prise de risque significative. L'enjeu économique est réel. Mais nous avons toujours eu la volonté de moderniser l'outil de travail en le réorganisant sur des pôles d'activité forts. Ce projet s'est inscrit dans un schéma directeur immobilier avec une première phase qui correspondait à l'ouverture, en 2011, de l'Atrium, un bâtiment dédié à la cancérologie et à la chirurgie ambulatoire. L'objectif était de rassembler sur un même lieu toutes les disciplines autour de la prise en charge du cancer, afin de favoriser des circuits courts et simplifiés pour les patients ainsi que la coopération médicale pour créer une certaine dynamique. Avec le projet « Passerelle », l'enjeu est de reproduire ce modèle autour de la cardiologie : rassembler sur un même plateau toute la prise en charge de patients atteints de pathologies cardiovasculaires, tout en se projetant vers l'avenir. Notre vision est assez ambitieuse puisque nous souhaitons nous doter d'un centre d'excellence, moderne, ouvert vers l'avenir, avec une dimension européenne. Il n'y a aucune arrogance à affirmer cette ambition, car des projets d'envergure sont nécessaires pour dynamiser un établissement.

Dans quelle mesure ce projet a-t-il été rendu possible par le statut de clinique indépendante de Pasteur ?

D.P : Le projet « Passerelle » est d'abord financé sur fonds propres. Dans la mesure où nos médecins actionnaires ne touchent jamais leurs dividendes, nous arrivons, sur plusieurs années, à constituer un petit capital nous permettant de réaliser certains investissements.

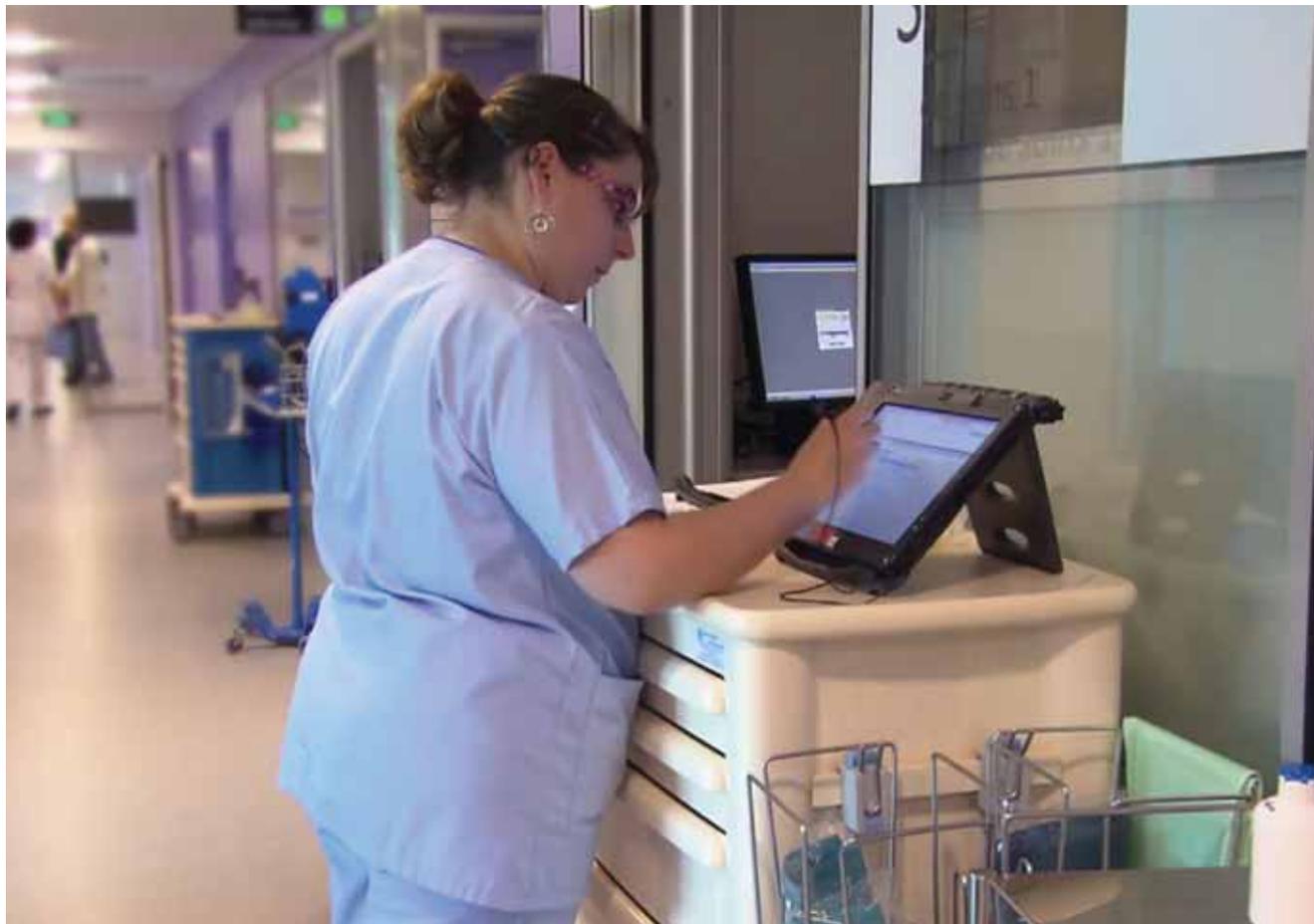
Sur ce projet « Passerelle », nous avons également eu la chance d'être soutenus dans le cadre du plan Hôpital 2012, ce qui nous a considérablement aidés. Nous avons fait le choix d'un établissement moderne, de centre-ville, ouvert sur la cité et tourné vers l'avenir.

Comment définiriez-vous la politique de soins de la clinique ?

D.P : Nous restons dans les valeurs qui animent notre établissement : l'excellence médicale, l'excellence de la prise en charge et l'importance des relations humaines. Cela se traduit, notamment, par un effectif soignant plus important qu'ailleurs. Nous avons fait le choix d'avoir un personnel conséquent afin de favoriser la relation avec le patient. Nous avons également choisi d'internaliser les fonctions supports (restauration, hôtellerie, entretien bâtiment, informatique, ...) pour les intégrer à notre projet de soins. Notre politique se résume assez simplement : tout professionnel de notre établissement, en contact direct ou pas avec le patient, doit se sentir à son service.

Dans quelle mesure cette politique de soins sera-t-elle impactée avec l'ouverture du bâtiment passerelle ?

D.P : Avec le projet « Passerelle », tous les personnels concernés vont, je pense, trouver un certain confort dans leur exercice quotidien avec des circuits plus courts et plus rationalisés, des nouvelles technologies mises à leur disposition, et surtout un qualitatif au niveau architectural qui, je l'espère, les rendra fiers et heureux de rendre une prestation de grande qualité à nos patients.





Avez-vous prévu la création de nouvelles fonctions ?

D.P : En anticipation du projet « Passerelle », nous avons comme projet de retravailler sur nos prestations hôtelières et sur des services en ligne pour les patients, leur famille, ainsi que pour nos médecins correspondants. Nous cherchons à être toujours plus innovants et nous souhaitons imaginer de nouveaux services, de nouvelles prestations afin d'améliorer l'accueil des patients. Il est cependant encore trop tôt pour en parler. Je pense que, globalement, les établissements de santé doivent encore beaucoup travailler en matière d'accueil et de services offerts aux patients.

Quels sont les éléments vous permettant d'avoir une vision du fonctionnement de votre établissement à 10 ans ?

D.P : Il est très difficile d'avoir une vision claire car nous ne maîtrisons pas nos propres ressources financières. Nous sommes en économie strictement administrée et nous ne pouvons pas maîtriser complètement les paramètres économiques de nos structures. Nous ne pouvons pas bâtir de vrais projets à long terme avec une bonne visibilité. C'est très inconfortable. Un projet comme « Passerelle » est un véritable pari pour notre établissement. C'est une énorme prise de risques, surtout dans la période actuelle où nous avons de moins en moins de capacité à investir. Mais, d'un autre côté, une entreprise ne peut pas être en permanence repliée sur elle-même, vivant dans la peur de disparaître. Elle doit pouvoir évoluer dans le cadre de sa mission... Pour la Clinique Pasteur, notre mission est d'améliorer le soin et la prise en charge de nos patients et d'être

encore plus efficaces. Dans le cadre du projet « Passerelle », la prise de risque était donc nécessaire...

Dans quelle mesure souhaitez-vous développer davantage l'image de la clinique ?

D.P : Je ne sais pas si nous devons développer l'image de l'établissement. En revanche, je pense que les pouvoirs publics devraient venir comprendre, sur le terrain, le fonctionnement des établissements privés comme le nôtre. Ils devraient comprendre que nous avons une éthique, que nous assumons une vraie mission de service public, une volonté d'innovation pour ne pas être écrasés par la lourdeur administrative. Ce n'est pas l'image de notre établissement qui m'intéresse, c'est davantage la considération des pouvoirs publics pour sauvegarder des modèles comme le nôtre qui sont très fragiles.

Quelle vision avez-vous de la prise en charge de la santé du XXI^e siècle ?

D.P : J'espère, du fond du cœur, que nous arriverons à préserver un modèle de financement de la santé qui restera basé sur la solidarité. Il est important de sauvegarder ce modèle afin de conserver une logique d'équité. D'un autre côté, nous devons impérativement être capables de nous réformer culturellement, et collectivement. Nous devons expliquer que la santé a un coût et nous devons tous être dans une logique de responsabilité autour de ce financement. C'est la seule façon de préserver ce modèle.



La politique médicale

« Nous souhaitons renforcer notre leadership en cardiologie »



Propos recueillis auprès du docteur **Julien Guillotreau**, président de la CME

Quelles sont les activités d'excellence de la Clinique Pasteur ?

Julien Guillotreau : Le pôle d'excellence de la clinique se trouve en cardiologie : nous sommes le premier établissement français privé en cardiologie et chirurgie cardiaque en nombre d'actes. C'est vraiment l'activité historique de la Clinique Pasteur. Nous avons d'ailleurs été l'un des premiers centres à effectuer l'implantation de bioprothèses valvulaires aortiques par voie percutanée. La clinique possède également le 1^{er} centre français de rythmologie, privé et public confondus. Outre le pôle cardiovasculaire, le deuxième pôle de compétence que nous développons actuellement concerne toute la prise en charge du cancer. L'établissement est, aujourd'hui, le 1^{er} centre régional en cancérologie en nombre de séances de chimiothérapie.

Quelles sont les grandes orientations du projet médical de la Clinique Pasteur ?

J.G : Nous souhaitons renforcer notre leadership en cardiologie. Cet objectif sera notamment rendu possible par la concrétisation du nouveau bâtiment « Passerelle » qui va nous permettre d'augmenter notre capacité d'accueil et notre activité. Par ailleurs, ce projet va également améliorer la qualité des soins avec des blocs neufs et

des technologies de dernières générations. Nous avons l'ambition de devenir un très gros pôle de cardiologie, un cardio center à l'échelle européenne ! Grâce à ce nouveau bâtiment, ce n'est pas seulement la cardiologie qui évolue mais bien l'image de la clinique dans sa globalité.

Quelle est la nature de vos relations avec le CHU de Toulouse ?

J.G : Nos relations avec le CHU sont plutôt cordiales. Nous sommes à la fois concurrents et partenaires. Nous sommes ainsi en partenariats pour certains projets de recherche en cardiologie. Au niveau de la cancérologie, la Clinique Pasteur fait partie du projet Oncopôle même si nous essayons, encore aujourd'hui, de trouver notre place dans cet ambitieux projet. Et puis nous sommes concurrents car nous restons deux établissements leaders nationaux en cardiologie. Cette confrontation amicale crée toutefois une dynamique nous permettant d'innover.

Quels sont les autres établissements avec lesquels vous entretenez le plus de liens ?

J.G : Sur Toulouse, un consortium de cliniques privées a été créé. Clinavenir regroupe les cliniques de la région toulousaine qui sont indépendantes : la Clinique Pasteur, la Clinique Médipôle Garonne (spécialisée dans la chirurgie orthopédie), la Clinique Saint-Exupéry (centre de référence en néphrologie), ainsi que les cliniques Monié, Sarrus Teinturiers, Saint-Nicolas et les Minimes. Ce consortium permet d'assurer à nos patients un suivi par rapport à certaines spécialités que nous n'avons pas forcément.

La Clinique Pasteur est actuellement engagée dans un projet d'extension avec le nouveau bâtiment « Passerelle ». Dans quelle mesure la communauté médicale de la clinique a-t-elle participé aux réflexions relatives à ce projet ?

J.G : Ce projet a été lancé par le conseil d'administration et validé en assemblée générale. Toutes les décisions sont donc prises en accord avec la population médicale. Tout le monde est impliqué et concerné par le projet car c'est une opération vitale pour la clinique. Le projet « Passerelle » nous permet de nous moderniser car nous sommes actuellement dans une structure vieillissante. Il nous permet également de nous développer et d'assurer notre avenir. C'est vraiment un projet que l'ensemble des médecins a soutenu même si il existe toujours un risque financier. Au delà de la communauté médicale, c'est tout le personnel qui a été impliqué dans ce projet, à l'image du corps soignant.

Quelles sont les nouvelles organisations que vous comptez mettre en place au sein de Passerelle ?

J.G : Dans le nouveau bâtiment, nous regroupons toutes les activités de cardiologie et tous les blocs afin de créer un véritable cardio center. Notre objectif est de raccourcir et simplifier les circuits patients. La radiologie sera également impactée car nous retrouverons dorénavant ce service au rez-de-chaussée. Le flux logistique sera également nettement amélioré. Plus qu'un simple bâtiment dédié à la cardiologie, « Passerelle » va profondément modifier l'architecture interne de la clinique. C'est un projet d'ensemble, très global, avec une vision d'ensemble de la restructuration de l'établissement.

Quels sont les enjeux aujourd'hui du développement de l'activité ambulatoire pour un établissement comme le vôtre ?

J.G : Nous sommes prêts pour l'ambulatoire car nous avons une excellente structure dédiée à ce type d'activité. L'atrium est un bâtiment récent, moderne, avec des flux intéressants et qui est très apprécié de notre patientèle. Désormais, l'enjeu est de convaincre la communauté médicale à se lancer dans l'ambulatoire. Les tutelles nous poussent

à en faire de plus en plus car c'est vraiment l'avenir. Aujourd'hui, il nous manquerait également peut-être un service post-ambulatoire. Nous devons certainement développer l'hôtellerie post ambulatoire pour les patients plus éloignés qui ne souhaitent pas retourner immédiatement à leur domicile. Mais, dans l'ensemble, il existe peu de freins au développement de l'ambulatoire car nous avons déjà la structure. Le principal obstacle reste médical car il faut convaincre les populations chirurgicales à développer l'ambulatoire. Il faut réussir le changement de culture. C'est le plus dur mais nous sommes plutôt optimistes.

Comment êtes-vous dotés en matière d'équipements technologiques ?

J.G : Les praticiens, qui sont propriétaires de la clinique, ne perçoivent pas de dividendes et tous les bénéfices sont reversés dans l'outil de travail. Nous suivons donc l'investissement naturel lié à l'évolution de la médecine. Cela nous permet d'avoir des plateaux techniques ultra-modernes : blocs opératoires, unités ambulatoires, imagerie médicale, laboratoire d'analyses médicales, médecine nucléaire, radiothérapie, centre d'épreuves d'effort, centre d'accueil de la douleur thoracique, centre de plaies et cicatrisation. Nous bénéficions des dernières avancées médicales afin d'offrir une médecine de pointe à nos patients.

Comment définissez-vous la médecine du XXI^e siècle ?

J.G : La médecine demandera de plus en plus de proximité auprès du patient. Il faudra donner plus d'informations, créer des réseaux de soins et développer l'Esanté. C'est la véritable révolution qui va faire évoluer les comportements. L'hospitalisation sera réduite et nous serons davantage dans le conseil et la prévention. Les gestes chirurgicaux seront de moins en moins invasifs avec des actes beaucoup plus simples. Ces dernières années, nous avons fait beaucoup de médecine curative. L'avenir, quant à lui, passera par davantage de médecine préventive...





Optimisez
les **compétences**
de vos salariés !

Formez-les au métier de
Secrétaire Médical(e)

TITRE CERTIFIÉ NIVEAU IV
Enseignement technique privé

8, Rue Françoise d'Eaubonne | 31200 TOULOUSE
☎ 05 61 21 33 11 |  **Borderouge** | toulouse@pigier.com
www.pigier.com

PIGIER 
Social & Paramédical

L'école des métiers de la santé



Le projet Passerelle

« Notre stratégie est de continuer à nous développer dans le centre-ville de Toulouse, avec des plateaux techniques et un environnement médical ultramoderne »



Entretien avec **Olivier Geoffroy**, directeur technique et logistique, informatique

La Clinique Pasteur est lancée dans une opération d'envergure avec le projet Passerelle. Quelles sont les grandes lignes de ce projet ?

Olivier Geoffroy : Depuis sa création, la Clinique Pasteur est un établissement qui cultive une stratégie d'éthique et d'innovation afin de permettre la meilleure prise en charge pour ses patients. C'est également historiquement une clinique de ville qui a développé et construit au fil des années son organisation au gré des rachats immobiliers. Dans ce cadre, le projet Passerelle répond à plusieurs objectifs : en premier lieu, disposer de locaux complémentaires (11 000 m²) afin de pouvoir augmenter notre activité. C'est en effet aujourd'hui

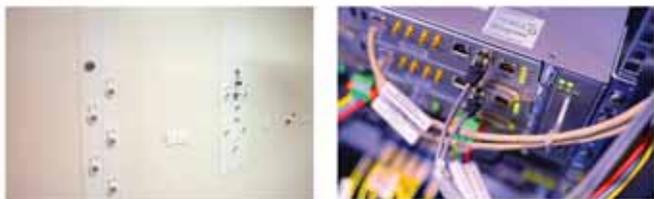
la seule stratégie possible pour maintenir la pérennité économique de l'entreprise malgré la baisse tarifaire du secteur santé. Ensuite, regrouper toutes nos activités cardiologiques (urgences, soins intensifs, plateaux d'examen, ambulatoire de cardiologie, blocs opératoires, hébergement) dans un bâtiment ultramoderne, pour en faire un « Cardio center » à échelle européenne. Le regroupement des activités médicales nous permet dans le même temps d'optimiser notre organisation logistique et de simplifier le circuit patient. Enfin, et ça c'est le travail des architectes, réaliser un bâtiment dont le rendu et l'image reflètent les valeurs de modernité de la clinique, tout en s'inscrivant dans les traditions architecturales de la ville de Toulouse.

Vous avez également choisi de rester en centre-ville...

O.G : Aujourd'hui, de nombreux établissements font le choix de quitter le centre-ville pour une implantation en périphérie. De notre côté, nous pensons qu'il y a vraiment la place pour une clinique de ville. Malgré toutes les contraintes, notre stratégie est donc de continuer à nous développer dans le centre-ville de Toulouse, avec des plateaux techniques et un environnement médical ultramoderne.

EIFFAGE
FONTANIÉ

EIFFAGE
ÉNERGIE



THERMIE :

Climatisation, chauffage, ventilation désenfumage,
Plomberie, spécialité en fluides et gaz médicaux

FONTANIE :

Courants forts, courants faibles, GTC,
Réseaux informatiques, optiques et cuivres
Installations et raccordement appareils médicaux

Fontanié – Eiffage Energie Thermie
1, allée des Pionniers de l'Aéropostale - 31400 Toulouse
Tèl Fontanié : 05.61.19.05.50
Tèl Eiffage Energie : 05.62.47.83.83
www.eiffage.com

Soyez parmi les 20 premiers établissements à bénéficier gracieusement de l'offre Numéric Santé (borne + contenu).
Informations au :

► N°Azur 0 810 410 300

PREMIER APPEL LOCAL



www.numericsante.fr

numeric
santé.

La communication audiovisuelle dynamique
au service de vos patients et visiteurs...

THE LINDE GROUP

Linde

Une référence dans le monde des gaz médicaux
et des services associés

Linde: Living healthcare*



www.linde-healthcare.fr

Quels sont les enjeux urbains de ce projet ?

O.G : La difficulté dans ce type de projet est de s'intégrer dans un environnement sans pour autant dénaturer l'urbanisation locale. L'objectif pour la clinique consistait à construire un bâtiment architecturalement remarquable, qui incarne l'image de marque de l'établissement. L'option mur rideau sérigraphié mélangeant le rouge et le miroir proposé par notre « artiste » Gérard Tiné a engendré un bâtiment à la fois moderne, mais s'intégrant naturellement dans le contexte rouge brique historique de Toulouse. Un des enjeux était de ne pas oublier les riverains. Nous avons ainsi organisé plusieurs réunions publiques, nous avons présenté le projet avec des journées portes ouvertes. Il y a eu quelques craintes mais pas de résistances particulières, dans la mesure où la communication a bien été réalisée tant en interne qu'en externe, avec une explication du projet ainsi que des enjeux économiques, sociaux et techniques. L'autre enjeu consiste maintenant à travailler avec les équipes de la mairie de Toulouse afin de réfléchir aux aménagements des abords du bâtiment. Le bâtiment contribue à l'image du quartier. Il crée finalement une dynamique et des réflexions sont en cours pour améliorer le contexte général urbain autour de notre site. C'est une démarche gagnante pour la clinique, la mairie et les riverains.

Quels sont les atouts de l'agence Cardete Huet ?

O.G : L'agence Cardete Huet a l'habitude de concevoir des projets de cette envergure. De plus, ses équipes ont un réel savoir-faire sur

le secteur de la santé et connaissent parfaitement les rouages et les organisations d'un établissement de soins. Cette expérience est très précieuse pour nous, surtout sur le suivi d'un chantier d'une telle ampleur.

Comment avez-vous abordé la question de la gestion des flux au sein de Passerelle ?

O.G : Dans le cas d'une rénovation, nous sommes contraints par les locaux existants et nous adaptions tant bien que mal nos organisations. De plus, l'être humain est très conservateur, et il est souvent difficile de demander à toute une équipe pluridisciplinaire de fonctionner différemment. Un projet de construction, c'est donc une occasion rêvée pour repenser nos organisations. Sur « Passerelle », nous avons d'abord redéfini les flux (ambulances, patients, logistiques) en nous donnant comme cahier des charges « qu'est-ce qui est bien pour le patient ? » Ce qui nous a conduits à repenser complètement les locaux et les organisations en fonction de ces nouveaux circuits. Il était vital pour nous que toutes les catégories professionnelles participent à cette réflexion, afin que le bâtiment soit pensé par ceux qui vont y travailler. Depuis le début du projet, tous les plans ont été conçus lors de réunions qui incluaient architectes, cadres infirmiers, cadres hygiénistes, gouvernantes en charge de l'hôtellerie, brancardiers, etc. Nous avons souhaité impliquer le plus grand nombre de collaborateurs possibles.



Quels sont les éléments qui vont concourir à améliorer l'accueil et le confort des patients et les conditions de travail du personnel ?

O.G : Tout a été pensé pour améliorer l'accueil et le confort des patients. D'abord une refonte totale des flux avec la mise en œuvre de circuits séparés entre l'ambulatoire et l'hospitalisation, de circuits séparés entre le patient et la logistique, et surtout de circuits de brancardage beaucoup plus courts pour le patient. Les blocs opératoires et les plateaux techniques sont quant à eux équipés d'un équipement ultramoderne et adaptés à l'évolution des techniques médicales. Enfin, nous avons visité plusieurs établissements afin de prendre des idées et réfléchir à une présentation différente des locaux d'hébergement en privilégiant notamment un aspect plus hôtelier. Le nouveau bâtiment nous a en effet permis de repenser les services que nous allons proposer aux patients, que ce soit en termes de confort, de plateaux repas, ou de prestations de service. A titre d'exemple, notre service ambulatoire de cardiologie va disposer d'un espace OpenSpace post-opératoire où les patients auront la possibilité de se rendre pour lire, regarder la télé, consulter une tablette Wi-Fi ou simplement regarder la vue au travers de notre mur rideau, sans pour autant rester alités dans un box individuel. C'est rendu possible grâce à l'évolution des techniques médicales, et c'est certainement plus convivial pour le patient. Concernant les conditions de travail, le fait que l'ensemble des catégories professionnelles participe à l'élaboration des plans contribue forcément à leur amélioration. Parfois, ce sont des points importants (l'intégralité d'un vestiaire bloc complètement repensé par exemple), mais parfois ce ne sont que des détails (un passage mal adapté pour circuler avec un brancard, une prise de fluide médical mal placée aux abords du lit, un revêtement de sol plus adapté au nettoyage journalier, etc.). Mais ce sont ces détails qui comptent et permettent au personnel de marquer de son empreinte la conception du bâtiment. Tout ne sera pas parfait, mais on se sera donné les moyens de concevoir un bâtiment adapté pour nos patients et notre personnel.

A combien s'élève l'investissement ? Comment avez-vous financé ce projet ?

O.G : Le projet « Passerelle » représente un investissement de 40 millions d'euros dont un quart a été financé par le Plan Hôpital 2012. Ce projet a également bénéficié du soutien de la mairie de Toulouse, du Conseil Régional, du Conseil Général et de l'ARS Midi-Pyrénées.

Quel est le calendrier prévu ?

O.G : Le clos couvert étant terminé, nous avons débuté l'aménagement des différents plateaux. Ensuite, nous ferons passer la commission de sécurité à deux reprises : à la fin du premier trimestre 2016 puis à la fin du troisième trimestre. Ce chantier avait une particularité dans la mesure où nous ne souhaitons pas travailler avec un ensemble et valider la totalité de l'appel d'offres de manière unilatérale et globale. Nous avons prévu différentes tranches : la construction du clos couvert puis un marché par étage. Ce choix a permis de décaler la finalisation des plans dans le temps, de maintenir une concurrence assez saine sur les différents marchés, et de réussir à faire travailler des entreprises plus modestes. Nous sommes fiers de faire travailler des sociétés locales.

Quelles difficultés rencontrez-vous durant le chantier ?

O.G : Sur ce type de chantier qui, habituellement, engendre du retard en raison des intempéries, nous avons eu beaucoup de chances avec des conditions météorologiques très clémentes. Nous n'avons donc pas rencontré de problèmes majeurs. En revanche, nous sommes confrontés aux difficultés économiques de certaines entreprises. Nous devons, parfois, gérer certaines liquidations judiciaires de certains de nos partenaires et les remplacer par un autre prestataire.

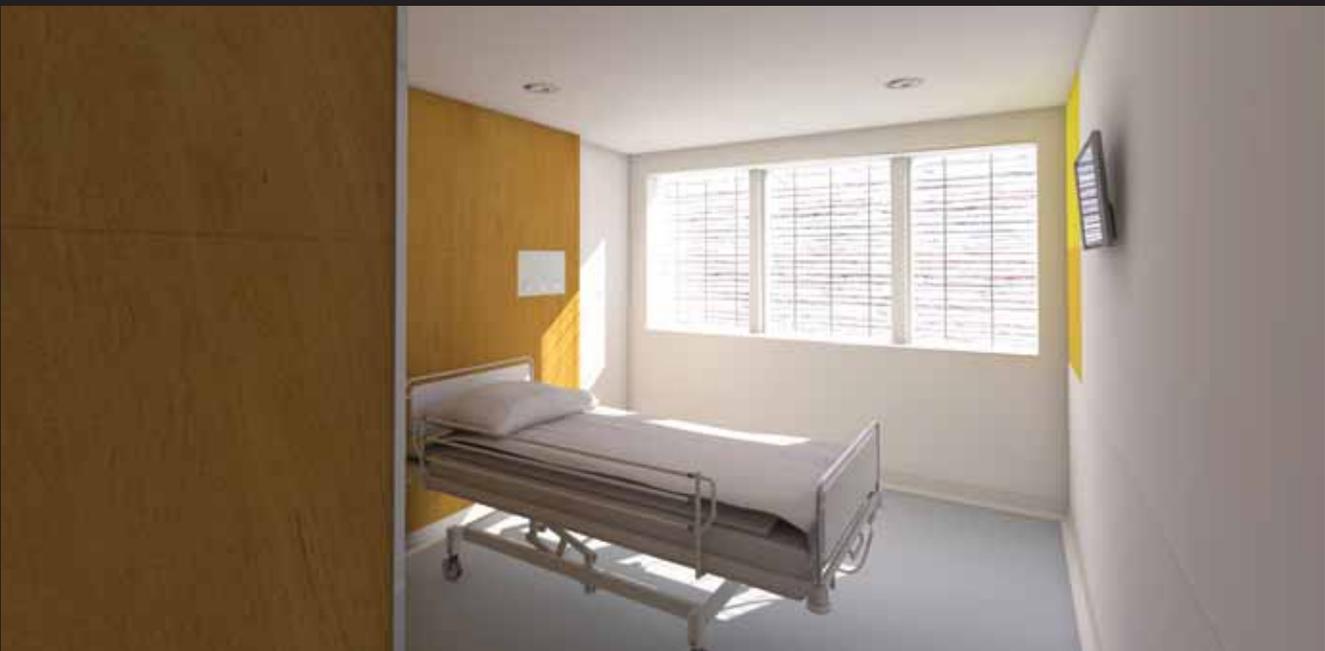
Dans quelle mesure la fonction logistique est-elle impactée par le projet « Passerelle » ?

O.G : En raison de contraintes de place, nous avons un entrepôt à l'extérieur de la clinique, avec un système de navettes pour acheminer les différents approvisionnements. Avec le projet « Passerelle », l'actuel accès logistique va être remplacé par un accès ambulance. En contrepartie, nous allons réacheminer nos flux logistiques vers une autre partie de l'établissement. Tout le rez-de-chaussée va être libéré par le déménagement des plateaux techniques et de la radiologie sur « Passerelle ». Ces espaces ainsi libérés seront, par la suite, réaménagés afin d'accueillir une plate-forme logistique et un espace destiné à l'accueil du patient. Nous pouvons imaginer la création d'une cafétéria, voire même d'une épicerie pour vendre des produits que nous cultivons. Depuis la création de la clinique, nous avons toujours été autocentrés sur le besoin de nos médecins et de nos infirmiers. Aujourd'hui, nous essayons de déplacer ce paradigme et de nous centrer sur les besoins de nos clients, en l'occurrence nos patients.

Comment est organisée la fonction restauration ?

O.G : Depuis la création de la clinique, nous disposons d'une restauration interne à l'établissement. Pour nous le repas fait vraiment partie du soin. Notre service restauration contribue à l'image de marque que nous souhaitons donner d'apport de qualité et de prestations de services au patient. Mais notre prestation évolue... Pendant des années, nous proposons les mêmes menus. Il y a 4 ans, sous l'impulsion du chef de la restauration, nous avons décidé de retravailler. Nous avons intégré des aspects plus particuliers comme la saisonnalité, le respect de la diététique, le respect des déclinaisons de menus en fonction des pathologies des patients, les goûts des patients, etc. Si nous avons reglobalisé tous les achats un peu standard liés à l'épicerie, pour tous les achats nobles comme la viande, les légumes et les produits laitiers, nous avons travaillé avec des producteurs locaux. Nous avons mis en place une démarche Bleu Blanc Cœur avec nos diététiciennes et nous avons accompagné nos fournisseurs de viandes et de produits laitiers à se lancer dans la réintroduction du lin dans l'alimentation animale. Enfin, nous avons lancé quelques initiatives originales puisque nous avons créé un jardin potager sur le toit même de la clinique ainsi qu'une épicerie en ligne où tous nos salariés peuvent faire leur marché à des tarifs intéressants. On espère ouvrir bientôt cette épicerie en ligne pour nos patients et faire ainsi la promotion des producteurs locaux sélectionnés par notre équipe de restauration.





Quel est l'état du système d'information de la Clinique Pasteur ?

O.G : Depuis 15 ans, l'informatique est au cœur de notre projet d'établissement. Si la santé a toujours eu une vingtaine d'années de retard par rapport au monde industriel, la clinique avait fait le pari d'investir dans l'informatique car, selon nous, il y avait un réel intérêt pour le patient. Mais les produits sur le marché ne nous semblaient pas idéaux dans la mesure où ils étaient conçus par de bons informaticiens qui avaient peu de connaissances du milieu médical. Après plusieurs essais, qui n'ont pas été concluants, nous avons choisi de développer une solution en interne. Nous préférons développer nous-mêmes des produits et vérifier leur caractère opérationnel. Ce choix s'est avéré payant ; le fait de développer nous-mêmes un certain nombre de solutions nous permet d'avoir de l'avance par rapport à d'autres établissements. Aujourd'hui, concrètement, nous avons un dossier patient informatisé à 100%, tous les résultats sont disponibles en temps réel, nous n'utilisons plus de papier, etc.

En 2001, la Clinique Pasteur a choisi d'informatiser le dossier médical avec une solution créée et développée par ses équipes. Comment a évolué cette solution ?

O.G : Nous avons mis en place, avec quelques difficultés, notre solution de dossier informatisé. Il fonctionne désormais dans tous les services et a été accepté par tous, aussi bien les médecins que les soignants. A l'époque, d'autres établissements nous ont contactés pour se renseigner sur cette solution et nous leur avons ouvert nos portes. Autour de cette solution, nous avons même créé une structure, Clinique Pasteur Système, afin de déployer cette solution à d'autres établissements. Alors que plusieurs industriels étaient intéressés, notre conseil d'administration s'est demandé si la clinique avait vocation à vendre du service informatique. Le choix a donc été fait de revendre le logiciel à Siemens qui vient d'ailleurs de revendre cette partie médicale à Web100t. Aujourd'hui, notre logiciel est devenu un progiciel, DOPASYS, qui est le leader au niveau des solutions dossier informatisé dans les établissements privés.

La Clinique Pasteur continue, aujourd'hui encore, à être dans une démarche novatrice...

O.G : Nous sommes toujours sollicités pour envisager des développements avec, à chaque fois, une valeur ajoutée pour le patient. Nous avons ainsi développé des modules complémentaires au SI contribuant à l'amélioration de la prise en charge du patient à l'image, par exemple, de la gestion informatisée du brancardage. Grâce à un système de code à scanner, les brancardiers sont certains de transporter le bon patient. Nous pourrions également citer le bionettoyage avec le planning des hôtelières qui se retrouve sur une tablette numérique, etc. A chaque fois que nous rencontrons une problématique, nous cherchons une réponse informatique permettant d'améliorer les pratiques et la sécurité, toujours au bénéfice du patient. Toutes ces briques apportent une valeur ajoutée ponctuelle et contribuent à la cohérence générale du système d'information.

Dans quelle mesure la Clinique Pasteur permet-elle à des sociétés d'éclorre ?

O.G : Nous nous lançons dans un projet quand nous avons la certitude qu'il sera bénéfique pour le patient. Aujourd'hui, nous essayons de

plus en plus d'être incubateurs de startup. Nous participons au développement de sociétés qui viennent nous apporter des savoir-faire que nous n'avons pas. Par exemple, avec MedinBox, nous avons développé un logiciel et un outil tactile permettant de réaliser du streaming vidéo depuis le bloc opératoire, notamment à des fins de formation. Aujourd'hui, MedinBox a été désignée comme l'une des 40 entreprises les plus innovantes en France et commence à s'exporter à l'international, notamment aux Etats-Unis et en Angleterre. Avec une autre société, MHCom, nous avons conçu et fabriqué un boîtier destiné au patient dans le cadre d'une hospitalisation à domicile. Cette tablette permet de récupérer et de synthétiser toutes les informations médicales centralisées de tous les acteurs de l'HAD, les médecins, les infirmières, et tous les acteurs libéraux.

Quelle est la place de la télémédecine ?

O.G : Elle a une place importante. Selon nous, il existe plusieurs types de télémédecine. La première catégorie se fait au sein même de l'établissement. Il s'agit essentiellement des services en Wi-Fi permettant d'agrémenter la prise en charge des patients dans le cadre d'une hospitalisation. Nous avons notamment mis en place des systèmes permettant de récupérer des constantes de patients sur des scopes en Wi-Fi. Il existe également une télémédecine entre inter-établissements. Nous avons ainsi développé un système d'échange d'imagerie entre établissements. Les demandes d'avis à distance sont également très prisées. Nous avons lancé une téléconsultation des plaies qui connaît, aujourd'hui, un beau succès. Nous avons mis en place des consultations à distance avec les EHPAD, une fois par semaine, dans le but d'assurer le suivi des plaies en évitant de déplacer les malades. Reconnue comme leader en cardiologie, la clinique offre désormais un suivi par télécardiologie des patients équipés de défibrillateurs. C'est important de réfléchir et de se positionner sur la télémédecine. Selon moi, à l'avenir, la médecine va se réinventer autour de tous les services que nous allons pouvoir proposer en ligne.

Après avoir profité aux professionnels et aux établissements de santé, dans quelle mesure les technologies de l'information et de la communication vont-elles permettre de développer le service au patient ?

O.G : L'avenir passe par le service aux patients. Nous en sommes convaincus. Aujourd'hui, il est surprenant que trop peu d'établissements proposent une pré-admission en ligne alors que toutes les compagnies aériennes délivrent les cartes d'embarquement directement sur des smartphones. Il existe plusieurs exemples de ce type. À l'avenir, outre des services administratifs en ligne, nous serons également capables de proposer des services médicaux. À mon avis, le modèle économique risque de changer. Plus nous développerons des services au patient et plus l'organisation médicale devra évoluer sur la prise en charge d'un patient et sur la complétude de son soin. L'informatisation se démocratise dans les établissements de santé, la plupart des hôpitaux et des cliniques sont informatisés. L'enjeu est donc, désormais, de restituer cette information aux réseaux de soin, aux praticiens libéraux, aux infirmières libérales, etc., afin que nous ne soyons plus autocentrés.





ARCHITECTURE – REGARD D'EXPERT



ATELIER 7 : un nouvel acteur dans l'architecture hospitalière



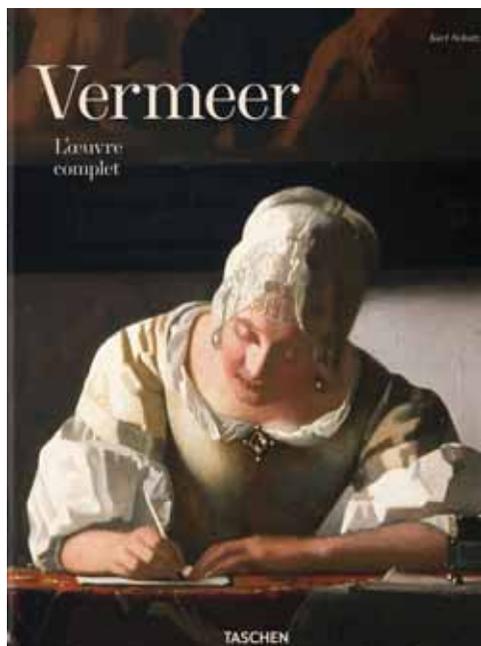
Diplômés de l'Ecole d'Architecture de Paris Belleville, c'est après dix ans de pratique au sein de différents cabinets d'architecture parisiens et toulousains, que Frédérique et Cyrille Fuseau ont fondé en 2011 l'agence ATELIER 7 à Toulouse. Forts d'une expérience dans le domaine hospitalier, c'est tout naturellement qu'ils ont orienté l'activité de l'agence vers ce secteur et ont développé un véritable partenariat avec la Clinique Pasteur à Toulouse.

De la complexité au concret

L'agence se pose comme un intervenant polyvalent en mesure de prendre en charge l'ensemble des opérations et des problématiques des établissements du monde de la santé. Riches de profils complémentaires, le « savoir-faire » de l'agence se base sur sa capacité à réaliser la synthèse de la complexité du monde hospitalier pour concrétiser dans l'espace des objectifs au service des soignants et des patients. Architecte-concepteur, Atelier 7 est aussi architecte-maitre d'œuvre. L'agence prend ainsi en charge l'ensemble du suivi des opérations de travaux afin de conserver la cohérence du projet tout en intégrant les nombreuses contraintes spécifiquement liées au secteur Hospitalier comme le maintien de l'activité, les normes d'hygiène ou encore l'occupation mixte des sites (travaux, public, soignant). Enfin, en dehors des opérations ponctuelles, Atelier 7 intervient également dans le suivi continu des établissements par sa capacité à établir des projets de programmation comme les Ad'ap ou les schémas directeur.

Rigueur d'exécution

En 4 ans d'activité, ATELIER 7 a participé à de nombreuses opérations très variées dans le monde de la santé comme la rénovation complète de trois services de soins dans un délai de 8 semaines, l'extension et la création d'une salle de bloc opératoire avec maintien de l'activité opératoire, le réaménagement d'un service de soins psychiatriques avec maintien de l'activité d'hébergement, différentes opérations de réfection complète de chambres d'hébergement en opération « tiroirs », l'aménagement d'un centre d'épreuve d'effort cardiologique en 4 semaines, la mise en place d'un plateau technique de laboratoire, la création d'un pôle d'accueil d'urgence uro-digestive avec à chaque fois le strict respect des délais et du cahier des charges initial. Notre souci est la satisfaction de tous et la justesse de la réponse dans la passion d'un métier au service des autres.



L'homme au pinceau d'or L'incomparable univers des tableaux de Vermeer

Ses œuvres ont inspiré un best-seller du New York Times, un film avec Scarlett Johansson et Colin Firth, elles ont fait exploser le nombre d'entrées dans les institutions artistiques d'Amsterdam à Washington et imposé des mesures spéciales de contrôle de la foule à la Mauritshuis, à La Haye, où des milliers de visiteurs défilent pour apercevoir l'énigmatique et séduisante Jeune Fille à la perle, surnommée la « Mona Lisa néerlandaise ».

De son vivant, pourtant, la renommée de Johannes Vermeer (1632–1675) dépassait à peine sa Delft natale et un petit cercle de commanditaires. Après sa mort, seuls quelques collectionneurs et marchands d'art ont empêché son nom de sombrer dans l'oubli. Hors des Pays-Bas, ses œuvres ont souvent été attribuées à tort à d'autres artistes. Ce n'est qu'à la moitié du XIXe siècle que Vermeer a attiré l'attention du monde artistique, qui s'est soudain penché sur ses détails narratifs, ses textures finement nuancées et ses majestueux pans de lumière. Une fois le génie redécouvert, il est définitivement sorti de l'ombre.

Vermeer. L'œuvre complet

Karl Schütz

Relié, avec 3 pages dépliantes et ruban marque-page,
29 x 39,5 cm, 258 pages

Prix : 99,99 €

ISBN 978-3-8365-3642-4

Édition: Français



Copyright: Rijksmuseum, Amsterdam
La Laitière (détail), vers 1658–1661
Amsterdam, Rijksmuseum



Copyright: Margareta Svensson, Amsterdam
La Jeune Fille à la perle, vers 1665–1667
La Haye, Koninklijk...



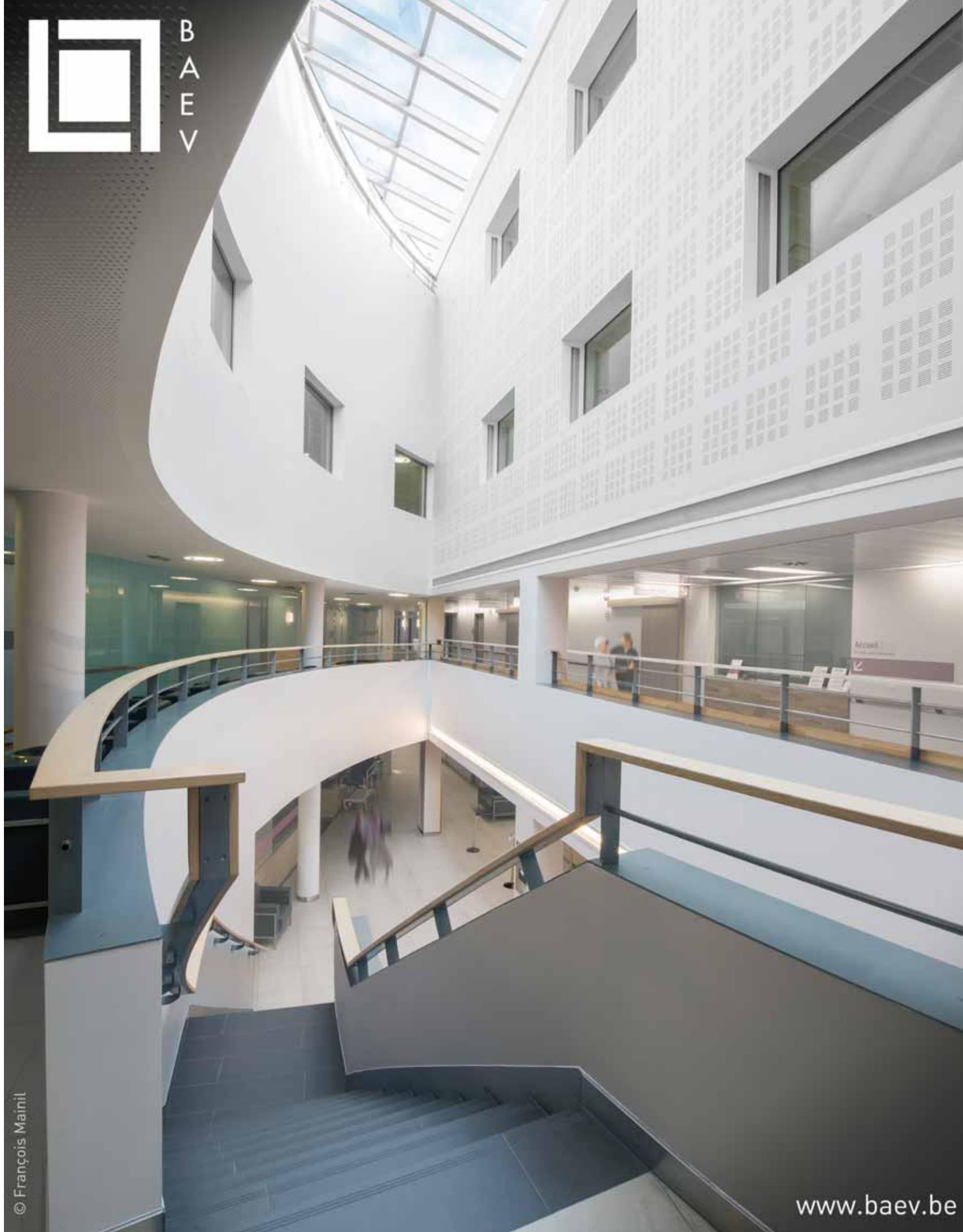
Copyright: Kunsthistorisches Museum, Vienna
L'Art de la peinture, vers 1666–1668
Vienne, Kunsthistorische...

82, RUE MAZARINE F-75006 PARIS

TEL +33-1-40 51 70 93 FAX +33-1-43 26 73 80 www.taschen.com



B
A
E
V



3 GAMMES, 186 REFERENCES, LA SEULE SOLUTION SANTE AUSSI COMPLETE



AIA associés - PFPE Cholet - © Frédéric Barron



tech care
SOLUTION SANTÉ BY FORBO

SOL PVC COMPACT 15 dB

chroma tech, la palette de couleurs

materio tech, le choix des textures

CONCEPT DOUCHE

sarlibain, la solution complète



créons un environnement meilleur

www.forbo-flooring.fr
contact-fr@forbo.com



FLOORING SYSTEMS