

# La Commission Ingénierie et Architecture

Structurée autour de différentes thématiques, la conférence des directeurs généraux de CHU est un lieu d'échange, de partage et de diffusion de l'information entre les établissements. Elle permet de porter une parole unie auprès des décideurs nationaux pour faire évoluer le système de santé. Au sein de cette conférence, la Commission Ingénierie et Architecture, composée de directeurs, d'ingénieurs ou d'architectes représentant leur CHU d'origine, dispose de compétences lui permettant d'être force de proposition. Son objectif est de développer les retours d'expérience, et d'analyser des problématiques communes afin de produire des référentiels utilisables par tous.

Présentation avec **Philippe Sudreau**, directeur général du CHU de Nantes et président de la Commission Ingénierie et Architecture



## La Commission Ingénierie et Architecture...

**Philippe Sudreau :** La CIA est l'une des six commissions intégrées à la conférence des directeurs généraux de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Il s'agit d'une commission atypique regroupant une vingtaine de membres, aussi bien des ingénieurs que des directeurs hospitaliers. Depuis maintenant trois ans que

j'assume sa présidence, je constate que ce groupe est particulièrement dynamique. J'ai rapidement coordonné la mise en place d'un plan de charges comprenant des thèmes et des objectifs identifiés. Notre plan de charges pour la période 2017-2018 compte six thématiques de travail consacrées au BIM, à la performance énergétique, à l'amiante, au schéma directeur immobilier et technique, à l'adaptation des métiers et aux compétences dans le domaine de la maintenance et de l'exploitation, et aux COPERMO. Les groupes de travail dédiés à ces six thèmes sont animés par des chefs de projet, eux-mêmes responsables de la production régulière de livrables, de publications ou de présentations. Nous avons déjà assuré deux présentations devant la conférence des directeurs généraux de CHU, nous avons déjà publié des résultats dans des revues spécialisées et avons diffusé les dernières recommandations en date concernant les pratiques de gestion de l'amiante dans les structures hospitalières.

**Votre prédécesseur au poste de président de la commission était également directeur général du CHU de Nantes avant votre entrée en fonction. La présidence de la CIA est-elle une mission historique du directeur général du CHU de Nantes ?**

**P. S. :** J'ai effectivement succédé à Christiane Coudrier à la tête de l'hôpital universitaire de Nantes ainsi qu'à la présidence de la CIA. Le fait que l'établissement soit actuellement engagé dans le plus important projet de construction hospitalière de France est certainement l'une des raisons pour lesquels son directeur général est régulièrement pressenti pour diriger une commission dédiée à l'ingénierie et l'architecture

hospitalière. Pour ma part, j'ai rapidement accepté de présider la CIA. La commission traitant d'un sujet qui me semble passionnant, je souhaite assurer sa production de résultats et leur valorisation.

**Quels sont les profils composant la commission ? Quelle est l'importance de la pluridisciplinarité dans la réalisation de vos travaux ?**

**P. S. :** La CIA regroupe des ingénieurs et des directeurs d'hôpitaux. Cette composition reflète la différence dans les organisations des CHU français. Dans certains d'entre eux, les ingénieurs sont responsables des investissements. Dans d'autres, les directeurs hospitaliers sont spécifiquement formés à la gestion du pôle Investissements. Cette richesse dans les compétences et les expertises de ces profils est une plus-value importante pour les CHU. Le taux de participation à la CIA est de plus de 80 %, ce qui témoigne clairement de l'implication et de la productivité de nos membres.

**La commission a également pour mission de produire des référentiels pour professionnels hospitaliers sur la base de différents retours d'expérience. Quelle est l'importance de tels référentiels ?**

**P. S. :** Ils sont importants car ils répondent à des problématiques et des enjeux communs à tous les CHU. Toutes les directions hospitalières ont intérêt à maintenir une veille constante et efficace quant à l'évolution de textes réglementaires devenant toujours plus précis et complexes. De plus, nous constatons que de nombreuses innovations et de nouvelles approches se développent dans certains CHU et il est passionnant de pouvoir recueillir et transmettre ces nouvelles idées. Enfin, le secteur hospitalier, et à plus forte raison les CHU, se caractérise par des enjeux financiers massifs et des besoins d'investissements colossaux. Aussi, plus nous parvenons à faire circuler des éléments de benchmark comparatif concernant les coûts de construction ou d'exploitation et les performances énergétiques, plus nous donnons aux dirigeants d'hôpitaux universitaires les moyens de piloter intelligemment leur établissement.

### **Existe-t-il des démarches similaires à celles de la CIA pour les hôpitaux généraux ?**

**P. S. :** Notre champ d'expertise prioritaire au sein de la commission regroupe les 32 CHU français, mais nous maintenons des liaisons et des ouvertures avec d'autres structures aux objectifs similaires aux nôtres. Ainsi, la CIA respecte un partenariat officiel avec l'ANAP visant, entre autres, la mise à jour de la base de données OSCIMES, l'Observatoire des Surfaces et Coûts immobiliers en Établissements de Santé. Cette collaboration permet l'entretien d'une base de données ouverte aux CHU, aux hôpitaux généraux et à certains établissements privés. Elle peut être utilisée pour comparer les coûts de construction au mètre carré, par corps d'état ou par spécialité.

### **Quels sont les enjeux du schéma directeur immobilier et technique ?**

**P. S. :** Outre le volet technique, ces enjeux sont également d'ordre managérial. Notre schéma doit être suffisamment efficace pour fédérer une large communauté comprenant les personnels médical, soignant, technique et administratif. Nous devons mener ensemble une réflexion avancée sur les organisations médicales à développer et ainsi envisager collégialement la structure la plus adaptée à nos objectifs. De ce fait, le schéma directeur est un outil particulièrement puissant pour permettre à l'hôpital d'impliquer tous ses collaborateurs en interne dans le développement d'une vision commune de l'avenir de leur établissement. Au sein de la CIA, la gestion de ce schéma est devenue une thématique prioritaire. Nous avons donc produit un guide pratique dédiée à l'élaboration d'un schéma directeur. Ce guide a déjà été délivré aux 32 CHU de France et a reçu un très bon accueil lors de sa présentation durant la conférence des Directeurs Généraux de CHU organisée à Rouen en juin dernier.

### **Quelles sont les limites identifiées dans le cadre de vos démarches concernant le schéma directeur ?**

**P. S. :** L'unique limite est la complexité de l'exercice. Il est primordial de ne pas précipiter les opérations ni de définir des surfaces et une conception de ses locaux sans avoir préalablement mené une réflexion approfondie sur les organisations. Quelle que soit l'opération immobilière concernée, il est impératif de rassembler les équipes hospitalières autour de la définition du projet médical de l'établissement. Ces échanges impliquent la remise en question des processus de prise en charge, la définition des moyens alloués au développement de l'ambulatoire, l'évolution entrevue pour les unités mutualisées d'hôpitaux de jour polyvalents ou des plateaux de consultations et des blocs opératoires. L'important est donc d'utiliser le volet technique comme un outil servant la concrétisation d'une réflexion sur l'organisation et les processus médicaux développés dans la future structure hospitalière.

### **Quelle est la place de la stratégie médicale dans le développement de votre démarche ?**

**P. S. :** Sa place est fondamentale et c'est pour cette raison que nous encourageons les professionnels de santé à s'intégrer davantage dans le pilotage des opérations. Dans le cadre du projet Île de Nantes, nous avons sollicité, pour chaque process retravaillé, l'ensemble des experts et des professionnels impliqués quotidiennement sur le terrain pour définir leur futur outil de travail. Parallèlement, nous avons assuré le lien avec les architectes pour garantir la construction commune et partagée de nos process afin d'obtenir la meilleure réponse architecturale.

### **Qu'attendez-vous de la diffusion de ces référentiels auprès des 32 CHU ?**

**P. S. :** Il nous est difficile de mesurer l'impact que ces référentiels peuvent avoir sur les organisations et le pilotage de projets des hôpitaux universitaires. Cependant, je suis convaincu que la CIA dispose des forces vives nécessaires à la gestion de ce type d'exercice. En portant la CIA à produire régulièrement des résultats, nous améliorons nos actions de communication et accompagnons ainsi l'amélioration des pratiques au sein des CHU. Outre certaines spécificités territoriales, géographiques et financières propres à chaque établissement, tous les process entretiennent des points communs. Il est donc justifié de mener une réflexion commune préalable afin de définir les meilleurs projets sur les plans médical, architectural, technique et économique.

### **Dans un contexte de réorganisation territoriale, envisagez-vous de déployer votre démarche à l'échelle des Groupements Hospitaliers de Territoire ?**

**P. S. :** Il est clair que nous devons, dès à présent, nous investir sur ce sujet. Cependant, nous devons rester patient quant au développement de guides de bonnes pratiques spécifiquement liées aux GHT. Ces groupements sont encore en cours de construction avec, en priorité, la constitution d'un projet médical partagé. Il est néanmoins impératif de rapidement mettre en place un schéma directeur immobilier partagé au niveau des GHT.

### **En matière de communication, ne serait-il pas pertinent d'étendre les travaux et process de la CIA à l'attention des directeurs des hôpitaux généraux ?**

**P. S. :** Nous travaillons à la démocratisation des résultats de la commission au-delà des seuls CHU de France. Nous comptons, notamment, sur notre participation à la Paris Healthcare Week de mai 2018 pour élargir notre rayonnement. Cela étant, en tant que président de la CIA, mon rôle premier est d'assurer la production de référentiels pertinents à destination, prioritairement, des directions d'hôpitaux universitaires. Pour nous rapprocher des hôpitaux généraux, nous disposons d'un très bon partenariat avec l'ANAP.

### **Quelle est la priorité actuelle de la Commission de l'Ingénierie et de l'Architecture ?**

**P. S. :** Nous devons, en premier lieu, mener à leur terme les travaux des six groupes de travail de la CIA. Nous avons encore des livrables à fournir sur la thématique des schémas directeurs. Nous devons assurer au moins une publication sur l'un des thèmes choisis par la commission ainsi qu'au moins une présentation dans le cadre de la conférence des directeurs généraux de CHU avant la fin de l'année 2017. Enfin, nous avons pour objectif de marquer notre présence au congrès annuel de l'Union Internationale des Architectes organisé au sein de la Paris Healthcare Week de mai 2018.



## Schémas Directeurs Immobiliers : le renouveau d'un outil au service de la stratégie des Centres Hospitaliers Universitaires

### AUTEURS :

Didier BOURDON (AP-HP), Clément CAILLAUX (CHU St Etienne), Lucie LESCOT (CHU Caen), François LE CLEZIO (AP-HM), Jean-François MEDELLI (CHU Rennes), Thierry VELEINE (CHU Montpellier), membres de la Commission Ingénierie et Architecture

La conduite de schémas directeurs immobiliers est un exercice pratiqué depuis des siècles (le « *Grand Dessein* » du Louvres-Tuileries au XVIII<sup>e</sup> siècle), partout dans le monde (« *master plan* » dans les pays anglo-saxons) et largement diffusé aujourd'hui en France bien au-delà de la seule sphère hospitalière (schémas d'aménagement urbain, schémas directeur des universités, etc.) qui ne constitue pas son terrain d'application privilégié.

Outil consacré pour concevoir l'évolution d'un patrimoine ou d'ensembles immobiliers à court, moyen et long terme, dans une logique de mise en cohérence et de rationalisation de la stratégie d'investissement ainsi que de valorisation patrimoniale des établissements de santé, il est pourtant un outil puissant de réorganisation et d'accompagnement des changements organisationnels. A ce titre, le schéma directeur immobilier constitue un outil de management et une opportunité pour repenser l'organisation fonctionnelle des hôpitaux dans le cadre d'une réflexion prospective complémentaire au projet médical.

D'une manière générale, le schéma directeur immobilier apparaît comme une démarche de conception (« *design* ») à l'échelle macroscopique qui précède ordinairement une phase plus opérationnelle de programmation, inscrivant le projet immobilier à proprement parler dans une trajectoire patrimoniale dont la cohérence et la soutenabilité auront été préalablement évaluées.

Dans cette perspective, et dans un contexte marqué par la remise en cause depuis 5 ans de certains projets d'investissements issus des plans

Hôpital 2007 et Hôpital 2012<sup>1</sup>, par l'inscription désormais systématique en Comité Interministériel pour la Performance et la Modernisation des établissements de santé (COPERMO) des principales opérations hospitalières, et par la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), l'élaboration de schémas directeurs immobiliers aurait naturellement vocation à s'imposer comme une « *figure imposée* » pour les CHU. Face à cette nécessité, certains CHU ont développé des modalités de pilotage qui révèlent des formes d'organisation souvent originales, parfois improvisées, sans possibilité cependant de pouvoir s'appuyer sur un corpus méthodologique décrivant la manière de conduire efficacement ce type de projet stratégique.

Au regard de la complexité de la mission et de la nature de ses enjeux, qui dépassent le seul cadre de la gestion patrimoniale classique des établissements de santé (conduite d'opération, exploitation maintenance), on peut s'interroger sur les raisons de l'absence de retour d'expérience formalisé des CHU ainsi que sur la nécessité de conceptualiser et de repenser de manière plus globale la gouvernance de ces projets, voire de développer une expertise hospitalière spécifique en la matière.

**Exercice au croisement de la stratégie médicale, organisationnelle, patrimoniale et financière, la conduite de schémas directeurs n'est-elle pas en train de faire émerger de nouvelles compétences et de nouveaux modes de pilotage des projets et des investissements au sein des hôpitaux ?**

### Qu'est-ce qu'un Schéma Directeur Immobilier (SDI) ?

#### Essai de définition

Exercice en réalité mal connu au sein des hôpitaux, traité le cas échéant de manière très inégale par les établissements, les schémas directeurs immobiliers font aujourd'hui figure d'« *objet flou* » trop souvent marqués par leur caractère désincarné, inabouti ou insuffisamment opérationnel. Derrière le terme de « *schéma directeur* » ou de « *SDI* », acronyme également appliqué au domaine informatique, se cache une grande hétérogénéité de situations (de la définition des principes d'aménagements d'un site dans le cadre d'un projet de reconstruction au simple ordonnancement de travaux) qui ne permettent pas de saisir la portée et la nature de la démarche. Pourtant, plus qu'un exercice d'opportunité se résumant à revêtir du voile de la cohérence certains projets immobiliers déjà engagés, les schémas directeurs immobiliers offrent l'opportunité aux CHU d'arrêter une véritable stratégie de long terme et de projeter leur avenir dans un cadre général, cohérent et partagé.

**Entreprise à visée prospective et de construction collégiale, les schémas directeurs immobiliers sont en effet un outil permettant d'élaborer la trajectoire patrimoniale de l'établissement et de**

**définir son évolution possible à court, moyen et long terme.**

En cela, ils ne se différencient pas de prime abord des plans d'aménagements urbains au sein desquels sont identifiés des quartiers et des espaces publics dimensionnés et qualifiés par nature d'activité ainsi qu'un plan de circulation général organisant les flux. Si la nature précise et le contenu programmatique de chaque quartier peuvent être aménagés dans le temps, le schéma d'aménagement global, et notamment les grands axes d'organisation des quartiers à l'échelle de la ville, doivent dans la mesure du possible être préservés aux fins de garantir la cohérence d'ensemble du projet d'aménagement et sa pérennité dans le temps.

De manière plus imagée, nous pourrions comparer les schémas directeurs à la « *grille* » d'accords pratiquée des musiciens de jazz. Elle permet en effet à chacun de connaître le cadre dans lequel va se déployer la musique (la tonalité principale et ses modulations, le tempo, les reprises, etc.) tout en laissant une liberté individuelle dans l'exécution (voire une forme d'improvisation), l'essentiel étant de garantir l'harmonie globale du morceau et la synergie entre les membres du groupe.

<sup>1</sup> « *La gestion du patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins* » (Cour des comptes, juin 2013), « *La dette des établissements de santé* » (Commission des Affaires sociales et mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, avril 2014), « *Vers une gestion plus efficiente du patrimoine immobilier hospitalier* » (rapport d'information du Sénat, Jean-Pierre Caffet, octobre 2013), « *Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier* » (IGAS / IGF, mai 2013)

Dans tous les cas, les schémas directeurs immobiliers se présentent habituellement comme :

- Une traduction spatiale d'un projet (enjeux et principes d'aménagements, contenus programmatiques, aménagements des espaces publics, etc.);
- Une stratégie de mise en œuvre de cet aménagement (phasage, plan de financement, acteurs à mobiliser, etc.);
- Un outil de gouvernance (document stratégique, aide à la décision, support de communication, référent pré-opérationnel)<sup>2</sup>.

Classiquement, le schéma directeur immobilier dans le domaine hospitalier se déploie dans un horizon d'environ 10-15 ans, même s'il a vocation à se pérenniser au-delà, les cycles de vie des bâtiments étant en moyenne beaucoup plus longs (30 ans).

Cette remarque sur le **principe de «durabilité» du schéma directeur immobilier suppose de concevoir dès l'origine le schéma de manière suffisamment souple et flexible pour permettre une adaptation dans le temps (sa «résilience»), sur toute la durée de son déploiement.** Un schéma directeur doit tout autant préparer l'avenir proche que préserver la possibilité d'un avenir plus lointain et de facto plus incertain. Dans un contexte de mutation fréquente à la tête des établissements de santé, le schéma directeur doit fixer un cap plutôt qu'il ne doit poser un cadre intangible, il doit être perçu comme une opportunité plutôt que comme une contrainte imposée, sous peine d'être rapidement

marginalisé. Dans cette perspective, il doit s'organiser pour concevoir dès l'origine le vide (les réserves foncières pour les projets de demain), autant que le plein (le bâti projeté).

Ces éléments de définition sommaire invitent à poser en propos liminaire les deux précisions suivantes.

*Primo, s'il recouvre une dimension immobilière évidente, le schéma directeur immobilier n'est pas à proprement parler un projet immobilier*, ce dernier se caractérisant par la définition et la qualification précise d'un «*objet bâti*» relevant a minima d'une démarche de programmation préalable à la consultation des concepteurs / constructeurs. Le schéma directeur intervient en amont des opérations immobilières, se positionnant à un niveau macroscopique par anticipation des futurs projets dont il définit le périmètre et l'agencement. L'équivalent anglo-saxon du schéma directeur immobilier, «*master plan*», illustre parfaitement cette dimension «*supra-immobilière*».

*Secondo*, et même s'il s'inscrit pleinement dans un processus de rationalisation de la stratégie patrimoniale d'un établissement, **le schéma directeur dépasse largement le seul cadre immobilier pour intégrer une dimension médico-soignante** inhérente à une démarche dont la vocation est de faire évoluer, au-delà de patrimoine, les modes de prises en charge et la stratégie médicale d'un établissement. Ceci interroge directement sur son mode de pilotage et les moyens dédiés à cette démarche, trop souvent «*délégués*» aux seules directions techniques.



2 Catégories empruntées à la présentation du projet d'éco-quartier de Liège-Chênée («*Qu'est-ce qu'un Master Plan ?*», 2012)

## Les principaux enjeux d'un schéma directeur immobilier hospitalier

Afin de préciser le sens et les enjeux spécifiques des schémas directeurs immobiliers en milieu hospitalier, et d'en saisir le périmètre et la substance, nous proposons de les décliner autour des cinq objectifs principaux :

**1. Incarner.** Le schéma directeur est d'abord un des outils qui doit incarner l'ambition de l'établissement, son « *projet stratégique* ». Il traduit d'un point de vue architectural et fonctionnel les priorités institutionnelles, et au premier chef celles issues du projet d'établissement et du projet médical. Dans un contexte marqué par la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) et de leur principal corolaire, le projet médical partagé, le schéma directeur doit pouvoir participer de la mise en œuvre d'une stratégie définie à l'échelle d'un territoire.

**2. Se projeter.** Au-delà de l'horizon d'un projet médical (5 ans), et compte tenu des cycles de vie de l'immobilier, le schéma directeur doit accompagner une réflexion prospective à horizon 10-15 ans et inscrire les nouvelles orientations organisationnelles dans un schéma d'évolution patrimonial global et évolutif. Cette caractéristique est consubstantielle de la définition et de l'ambition d'un schéma directeur, et permet de le différencier d'un simple ordonnancement d'opérations de travaux. Cette dimension prospective du schéma directeur interroge directement les modalités et le cadre mis en place par l'établissement pour animer cette réflexion. En effet, l'enjeu sera pour l'établissement de créer un espace de concertation et les outils garantissant une approche innovante des évolutions de la santé et de leurs impacts sur la conception des hôpitaux.

**3. Planifier.** Le schéma directeur est un cadre, une ligne directrice, un outil de planification d'opérations de travaux dans un coût et un délai donné (plan de financement). Si cette planification ne doit pas constituer un « *dogme* » intangible, et doit pouvoir être adaptée en fonction des nouveaux besoins ou contraintes (notamment financières), elle doit cependant faire preuve d'un minimum de robustesse dans ses grandes lignes aux fins de garantir la cohérence d'ensemble du fonctionnement de l'établissement. Outre l'organisation des fonctions de soins à proprement parler, il doit également offrir un cadre à la planification d'une stratégie plus globale de valorisation patrimoniale (cessions, développement d'une offre de services extrahospitaliers, etc.).

**4. Aménager.** Le schéma directeur immobilier peut accompagner un projet de réorganisation de l'offre de soins à l'échelle d'une ville voire d'un territoire. Au-delà de la sphère sanitaire, un projet immobilier s'inscrit souvent dans le cadre d'un aménagement urbain, à l'échelle d'une ville et d'un quartier. Il participe ainsi plus globalement de la politique de la ville, comme levier de dynamisation (pôle d'emploi, attractivité, etc.), et peut parfois même dépendre ou susciter des aménagements d'infrastructures publiques pour garantir son fonctionnement (transports communs, voiries). Il existe donc une interpénétration entre les enjeux fonctionnels d'un schéma directeur hospitalier et les enjeux d'aménagement d'une ville ou d'un territoire.

**5. Communiquer/Fédérer.** Le schéma directeur incarne une vision d'avenir pour un établissement et offre en cela un fabuleux levier de communication pour fédérer une communauté hospitalière. Il permet pendant sa phase d'élaboration d'initier une réflexion prospective et participative via une concertation des acteurs directement concernés (médecins, soignants, personnels administratifs et techniques, etc.). Il offre ensuite, une fois le scénario préférentiel retenu, un outil de communication puissant en interne comme en externe (tutelles, facultés, CLCC, etc.). Il permet de valoriser l'établissement et de donner une visibilité à l'ensemble de ses acteurs sur l'évolution projetée de leur outil de travail.

Ces éléments permettent de mettre en évidence l'intérêt pour les établissements de disposer d'un schéma directeur immobilier, ce principalement à double-titre :

❖ **Les schémas directeurs permettent d'inscrire les projets immobiliers dans un cadre plus global qui permet de garantir la pérennité de l'investissement, la cohérence fonctionnelle des projets à l'échelle de l'établissement, et en conséquence leur pérennité sur le long terme.** Un projet immobilier non sous-tendu par un schéma directeur global, mené « *à l'échelle d'un bâtiment* », peut apparaître performant au premier abord en termes d'optimisation organisationnelle (optimisation des maquettes organisationnelles, regroupement des blocs opératoires, etc.) et patrimoniale (ratio SU/SDO, référentiels nationaux ANAP, etc.), voire en termes de performances financières (coût d'investissement, ROI), mais s'avérer sur le moyen et long terme peu opportun, voire structurellement perturbateur par rapport au fonctionnement général de l'hôpital (rupture de circuits, implantation fragilisant l'évolution du site, interfaces non maîtrisées avec les autres fonctions de l'hôpital, intensification de flux non maîtrisés, etc.). Outre cette mise en cohérence indispensable, le schéma directeur doit aider à ce que les « *gagnants* » d'une opération immobilière ciblée ne soient pas exclusivement les futurs occupants des nouveaux bâtiments, mais la communauté hospitalière dans son ensemble.

❖ **Les schémas directeurs offrent un outil de management particulièrement puissant permettant de proposer une concertation inter-disciplinaire structurante et d'offrir le cadre d'une réflexion prospective et de fond sur l'évolution des modes de prises en charge et des organisations.**

C'est au vu de ces enjeux, et conscients que la conduite de schéma directeur nécessite une méthode de pilotage rigoureuse, que les membres de la Commission Ingénierie et Architecture (CIA) ont engagé entre 2016 et 2017 une étude dans le but de proposer un outil méthodologique permettant à la démarche de schéma directeur de donner la pleine mesure de son potentiel. Ils espèrent à cette occasion sensibiliser les directions générales des établissements et des tutelles sur la l'opportunité d'élaborer des schémas directeurs en appui de la stratégie globale de l'établissement.

## Vers une évolution de la méthode de conduite des projets immobiliers au sein des CHU ?

Au-delà de l'enjeu pour les CHU de se doter d'un schéma directeur immobilier aux fins de piloter leur stratégie patrimoniale et organiser de manière rationnelle et efficiente leur stratégie d'investissement, la Commission Ingénierie et Architecture se propose de formuler un certain nombre de recommandations permettant aux établissements d'optimiser le potentiel de cet outil trop souvent sous-exploité.

### **Le schéma directeur immobilier : un atout majeur dans la sécurisation du process immobilier sous réserve d'y consacrer les ressources nécessaires**

La première d'entre elles est de ne pas sous-estimer l'investissement que constitue la conduite d'un schéma directeur pour un établissement, en temps comme en coût. Outre le recours à d'éventuels prestataires spécialisés intervenant en appui de la démarche (programmistes, architectes, bureaux d'études, économistes, etc.), cette dernière mobilise en effet sur une durée plus ou moins longue (entre 12 et 18 mois) un nombre très important de professionnels de santé et suppose une structure de pilotage solide s'appuyant sur des compétences complémentaires (administratives, médicales, soignantes) dont une partie du temps de travail devra être dédiée à la mission.

Conduit de manière concertée avec les professionnels de l'établissement, voire avec certains usagers, il n'est pas rare que la démarche réunisse autour d'elle une centaine de participants sur des cycles de travail allant de 6 à 12 mois dans le cas d'un process maîtrisé.

Compte tenu de l'enjeu stratégique que constitue un schéma directeur pour l'établissement, il conviendra en conséquence de bien structurer en amont la structure de pilotage et d'évaluer de manière objective son dimensionnement (en moyens humains et financiers). Cette étape préalable d'auto-évaluation des besoins constitue un élément déterminant pour la suite de la démarche et souvent une condition sine qua non à sa réussite finale.

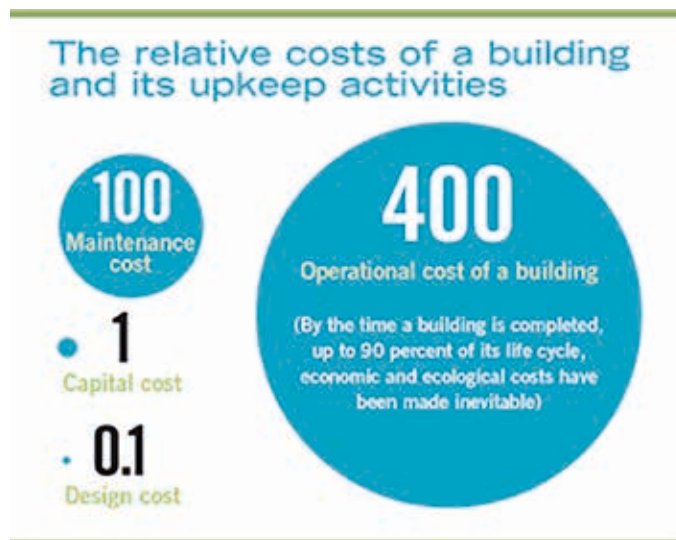
Il convient d'ailleurs de noter que si la conduite d'un schéma directeur immobilier représente un investissement non négligeable pour l'établissement (évalué en centaines de milliers d'euros en fonction du périmètre investigué), son coût doit être rapporté au montant global du projet de construction sur lequel il est susceptible de déboucher. De manière générale, on estime que le « *coût de conception* » (« *design cost* ») que représente l'élaboration d'un schéma directeur immobilier correspond à environ 0,1 % du coût global du projet. Cette estimation est confirmée par le retour d'expérience des CHU en la matière.

En contrepartie de cette « *mise* » initiale, l'établissement disposera d'un outil permettant de garantir la cohérence de son programme d'investissement (en interne mais également vis-à-vis des tutelles) et d'inscrire son évolution patrimoniale dans une trajectoire immobilière optimisée.

Le constat issu de l'analyse critique en interne de certains projets hospitaliers, mis en lumière à l'occasion des récents rapports nationaux sur l'investissement en milieu hospitalier, démontre malheureusement que certaines opérations ont été conduites par « *opportunité* », pour répondre en urgence à des problématiques sanitaires ou techniques réelles mais non mise en perspective avec l'organisation structurelle globale de l'établissement. Au point que certains investissements récents, réinterrogés à l'aune d'un schéma directeur immobilier, se voient parfois proposer des travaux d'adaptation quelques années seulement après l'ouverture des bâtiments. En cela, le schéma directeur permet, en traçant une trajectoire sur le long terme et en mettant en relation les projets dans leur

environnement (existant et futur), de minimiser les risques associés à la ré-interrogation à moyen terme des investissements hospitaliers les plus récents et de garantir dans une certaine mesure le bon usage des deniers publics.

Il apparaît à ce titre comme un **outil particulièrement performant de dialogue avec les Agences Régionales en Santé et les tutelles plus généralement**, traduisant une rigueur dans la stratégie de maîtrise des patrimoines hospitaliers et permettant d'offrir une perspective sur le long terme pouvant être mise en perspective avec les besoins plus globaux à l'échelle du territoire. Aussi, et dans le cadre des instructions de projets d'investissements au niveau national (COPERMO), l'existence d'un schéma directeur immobilier sur lequel s'appuierait l'opération projetée par l'établissement peut s'avérer être un atout fondamental en termes d'argumentation pour convaincre de la pertinence de long terme du projet envisagé.



### **Le schéma directeur immobilier : un outil puissant de management interne et d'accompagnement aux changements sous réserve d'organiser de manière adaptée son mode de pilotage**

Outre sa capacité à rationaliser la stratégie patrimoniale d'un établissement, l'expérience des CHU démontre que le schéma directeur immobilier constitue un outil de management particulièrement efficace pour fédérer une communauté hospitalière autour d'une vision commune.

Dans un contexte souvent marqué par les contraintes du quotidien, le schéma directeur immobilier offre la possibilité de mobiliser des énergies autour d'un projet innovant rassemblant les différentes catégories professionnelles d'un établissement.

Sans être une « *machine à vendre du rêve* », dans la mesure où il s'inscrit dès le début dans un cadre et un objectif de performance rappelé initialement (rationalisation du patrimoine, efficacité des organisations, recherche de mutualisations, etc.), il offre aux acteurs de santé un espace de respiration et d'expression qui peut, dans certains cas, conduire à redessiner en profondeur les modes d'organisation existants. L'enjeu du schéma directeur est alors de pouvoir trouver de manière collégiale le bon équilibre entre innovation et principe de réalité.

C'est en effet à l'occasion de schémas directeurs immobiliers que peuvent se dessiner des regroupements jugés jusqu'alors impossibles (ex : regroupements de deux hôpitaux sur un site unique, association d'un CHU et d'un CLCC autour d'un institut de cancérologie commun), de nouvelles formes d'organisation de la gradation des soins (ex : regroupement des soins critiques distincts des hospitalisations conventionnelles), voire de nouveaux modes d'organisation des flux en fonction des parcours patients (ex : création d'un espace ambulatoire distinct des hébergements). Ces déclinaisons immobilières des organisations médico-soignantes conduisent ab initio à s'interroger sur le mode de gouvernance et de pilotage pour animer une telle démarche.

## Un projet sous pilotage stratégique de la direction générale

Au vu des conséquences financières et des potentiels bouleversements des organisations existantes, voire de la dimension politique / stratégique de certains volets du projet (relation avec le CLCC par exemple), la conduite de schémas directeurs immobiliers induit nécessairement un **investissement actif et direct de la direction générale, à l'initiale comme en cours de déploiement de la démarche.**

La coloration patrimoniale de la formule « *schéma directeur immobilier* » a eu trop souvent tendance à orienter les projets vers un management avant tout technique, se traduisant par un pilotage porté quasi exclusivement par les directions en charge du patrimoine (direction des travaux, direction des services techniques).

Cette orientation ne nous paraît pas opportune au regard d'enjeux qui dépassent très largement le cadre immobilier pour interroger plus profondément la stratégie médicale, la trajectoire financière de l'établissement, voire potentiellement l'offre de santé sur le territoire.

Aussi, **nous recommandons dans la mesure du possible que la maîtrise d'ouvrage soit assurée directement par la direction générale de l'établissement** ou, à défaut, par une direction fonctionnelle (direction de la stratégie, direction du patrimoine par exemple) sous réserve d'un engagement et d'un soutien fort du chef d'établissement et de points de rencontres très réguliers tout au long de la mission.

Cette animation par la direction générale peut revêtir plusieurs formes, selon la sensibilité du directeur général ou l'organisation de l'équipe de direction qui l'entoure. L'implication directe ne doit pas non plus s'assimiler à de « *l'ingérence* » dans le pilotage opérationnel confié au chef de projet, au risque de ne plus disposer du retrait nécessaire au moment de réaliser les arbitrages essentiels en cours de mission. Dans la mesure où les schémas directeurs immobiliers sont des démarches susceptibles d'exposer les porteurs du projet, en raison notamment du fait que ces derniers questionnent l'existant, il peut être en effet opportun de conserver une forme de distance dans la gestion opérationnelle pour mieux peser dans les arbitrages. Certains CHU ont ainsi fait le choix de dédier provisoirement une ressource spécifique, sous le mode d'un chargé de mission de niveau directeur adjoint, dans le but de piloter l'ensemble de la démarche, de la conception initiale de conduite du projet (phasage de la mission, cadrage

S'il n'existe pas de réponse absolue, en raison des différentes configurations possibles, il apparaît cependant nécessaire de préciser a minima trois points relatifs à cette question, conditions à la bonne marche du projet :

- ◆ Les multiples enjeux de l'étude nécessitent un investissement actif et direct de la direction générale ;
- ◆ L'association de la communauté soignante, et plus particulièrement de la communauté médicale, doit se traduire concrètement dans le mode de pilotage opérationnel retenu ;
- ◆ L'élaboration du schéma directeur doit privilégier une association large des professionnels de l'établissement - voire des usagers.

méthodologique, cartographie des ressources internes, définition des besoins en compétences extérieures, instances de validation, etc.) jusqu'à l'aboutissement du schéma final. Cette ressource dédiée, sur un temps compris en moyenne comprise entre 12 et 18 mois, est habituellement issue de l'équipe de direction en place mais elle fait parfois l'objet d'un recrutement spécifique. Dans tous les cas, la mise en place de cette « *direction de projet* » nécessite que soient clarifiés à l'avance le périmètre et le positionnement exacts du chef de projet au sein de l'équipe de direction. Un rattachement direct auprès de la Direction générale paraît opportun aux fins de conférer la « *légitimité* » suffisante et « *l'appui institutionnel* » nécessaire pour ce genre de mission.

A défaut de pouvoir dédier une ressource, il conviendra de bien évaluer la charge de travail que représente l'animation d'une démarche complète de schéma directeur auprès des personnes désignées en interne. L'enjeu du guide méthodologique rédigé par la Commission Ingénierie et Architecture est notamment de mettre en évidence le « *parcours* » du schéma directeur immobilier et de faire prendre conscience de la quantité de travail à produire et de la diversité des compétences à mobiliser pour aboutir à un projet cohérent et soutenable.

Dans tous les cas, il est illusoire d'imaginer que le recours à un Assistant à Maîtrise d'Ouvrage (AMO), même composé d'un groupement rassemblant en théorie l'ensemble des compétences utiles et nécessaires (y compris en termes de coordination), puisse se substituer à la mobilisation en interne de ressources spécifiques de pilotage, au risque de déléguer la maîtrise du processus sans garantie de réussite, notamment en termes de bonne adaptation de la réponse à la spécificité de l'environnement hospitalier considéré. Il n'est malheureusement pas inutile de rappeler que la connaissance des enjeux hospitaliers se situe d'abord au sein des établissements, les prestataires extérieurs n'intervenant qu'en appui, soit pour la réalisation d'études spécifiques pour lesquelles les compétences internes ne suffisent pas (ex : diagnostic urbain et architectural), soit pour challenger les orientations et apporter un regard extérieur qui, dans tous les cas, ne peut se substituer ni aux débats qui se jouent nécessairement entre les professionnels de santé ni aux choix qui se situent in fine au niveau de la gouvernance institutionnelle de l'établissement.



## Vers un pilotage opérationnel « administrativo-médico-soignant » ?

Les schémas directeurs immobiliers induisent une association forte de la communauté soignante, et en particulier de la communauté médicale, ce qui doit se traduire concrètement par un pilotage opérationnel organisé avec la participation directe de leurs représentants.

Plusieurs déclinaisons sont possibles, voire cumulables, mais deux initiatives issues de retours d'expérience de CHU, nous paraissent intéressantes.

### **La première consiste à associer directement au sein de l'équipe projet resserrée une ressource médicale, de préférence désignée par le bureau de la Communauté Médicale d'Établissement (CME).**

Le choix de la personnalité (ou des personnalités) en charge d'incarner la dimension médicale du projet est évidemment déterminante : personnalité consensuelle, de préférence directement impactée par les changements organisationnels projetés, susceptible de porter une vision stratégique, ouverte aux évolutions et concepts innovants, jouant (ou ayant joué préalablement) un rôle institutionnel au sein de l'établissement. A ces qualités doit s'ajouter une condition non négligeable : la disponibilité et la capacité de mobilisation rapide.

Les établissements ayant adopté ce parti pris ont constaté l'intérêt de cette association au plus près d'une personnalité médicale, tant en phase de conception du projet, que pour l'animation en groupes de travail, ou encore en soutien du projet définitif auprès des acteurs médicaux dans un contexte de bouleversement des pratiques. Le choix d'une personnalité médicale s'inscrivant sur le long terme au sein d'un établissement est également un moyen de garantir la nécessaire « pérennité » du projet dans le temps, entendue comme la connaissance et la compréhension des grands équilibres qui ont prévalu aux choix initiaux et des enjeux à prendre en considération en cours d'adaptation du schéma dans le temps. Or, il est acquis que les chefs de projets opérationnels (directeurs adjoints) ou les directeurs généraux à l'initiative du schéma directeur n'ont en général pas un destin leur permettant de suivre le schéma directeur sur toute la durée de son déploiement.

### **La deuxième consiste à initier une réflexion spécifique, sous l'impulsion de la CME, pour engager un débat sur les évolutions**

### **possibles au regard tant des nouveaux parcours patients que des évolutions technologiques ou des nouvelles organisations (médicales ou soignantes plus généralement).**

Dans cette optique ont parfois été mis en place des groupes de travail sous la bannière d'une « commission innovation », déclinée en volets comme « structures et organisations », « parcours et prises en charge », « veille technologique », etc.

Cette seconde nous paraît intéressante sous réserve que la réflexion engagée s'inscrive dans un cadre défini soit à l'occasion des études du projet médical, soit à l'occasion directement des études du schéma directeur, et qu'une interface réelle soit créée entre les porteurs opérationnels de chaque projet.

Une solution amenant à conduire sur deux fronts parallèles mais indépendants projet médical et schéma directeur ne nous semble pas de nature à promouvoir le nécessaire dialogue entre deux « process » qui pourtant se répondent de manière constructive.

### **En complément de l'association de la communauté médicale au projet, il paraît opportun d'associer sur un même niveau la communauté soignante, via la direction des soins.**

En effet, les questionnements liés à la reconfiguration des organisations sont autant guidés par des considérations para-médicales que médicales (maquettes organisationnelles des unités d'hébergements, gestion des compétences d'ensembles fonctionnels regroupés, impacts des partis pris architecturaux sur les fonctions support de type brancardage, etc.). S'il ne fait pas de doute que l'innovation en termes de prise en charge des patients concerne l'ensemble des catégories soignantes, et si on ne peut nier le poids médical particulier dans l'approbation du scénario définitif, l'essentiel de la déclinaison opérationnelle du projet sera en grande partie porté par l'encadrement soignant qu'il convient en conséquence d'associer le plus en amont possible.

L'expérience des CHU a démontré que l'association d'un cadre supérieur ou d'un directeur des soins à la démarche de schéma directeur a permis de consolider les scénarios d'évolution, en anticipant notamment les éventuels obstacles ou arguments liés aux difficultés de mise en œuvre du projet.





## Un outil de concertation et d'association de la communauté hospitalière

L'élaboration d'un schéma directeur ne doit pas se conduire en catimini ou en chambre. Elle doit associer largement la communauté hospitalière, élargie à l'occasion à certains usagers, et se conclure par une diffusion généralisée des conclusions de la démarche dès lors que l'ambition est de fédérer autour d'un projet. C'est en cela une démarche foncièrement collégiale et participative.

Outre l'opportunité d'un pilotage pluri-professionnel rappelée ci-avant, il convient de préciser les modalités possibles d'association des professionnels de santé à la démarche.

En premier lieu, **l'élaboration d'un schéma directeur immobilier peut s'accompagner de la mise en place de groupes de travail, thématiques et pluri-disciplinaires, dont la composition et la mission doivent être clairement identifiés en début de mission.**

Le périmètre des groupes de travail dépend naturellement de la situation patrimoniale de l'établissement et de la maturité de la communauté hospitalière en termes d'organisation. Autant que le point d'arrivée, il convient de bien analyser le point de départ pour structurer la réflexion autour des « bonnes » questions ... et des « bons » interlocuteurs.

L'expérience des CHU varie assez largement en la matière. Une déclinaison possible, que nous privilégions a priori, est d'engager la réflexion sur la base de thématiques transversales s'appuyant davantage sur les parcours patients plutôt que sur les pôles et disciplines existantes (« parcours ambulatoire », « parcours d'hébergement », etc.), et éventuellement par filières (« urgences et soins critiques », « chirurgie », etc.). Sans présager du résultat final auquel il conviendrait d'aboutir, ce travail de composition des groupes de travail conduit de facto à anticiper la trajectoire que l'on souhaite donné au projet. C'est à ce titre notamment que la définition des principales orientations du projet médical peut permettre d'appuyer la démarche de schéma directeur en lui donnant un « socle de base ».

Il convient de noter que la démarche de schéma directeur immobilier, au-delà de ces considérations principalement médico-soignantes, peut également être l'occasion de se saisir de thématiques transversales autres que celles directement associées aux soins : promotion de la recherche et de l'enseignement (« campus hospitalo-universitaire »), volet logistique, développement des interfaces avec la ville (« l'hôpital dans la ville »), services extra-hospitaliers et bien-être au travail, etc.

Il appartient dès lors aux établissements de trouver des formes innovantes permettant de nourrir le débat au sein de groupes de réflexion pouvant faire intervenir des partenaires extérieurs des CHU (médecins libéraux, etc.) ainsi que des usagers ou leurs représentants.

**La participation directe des usagers** à une démarche de schéma directeur est une question que doit se poser nécessairement l'établissement au démarrage du projet. Il nous paraît opportun de pouvoir associer professionnels et usagers dans le cadre de cette démarche, permettant de créer autour d'un projet partagé un dialogue concret à fort potentiel. Le mode de désignation de ces « représentants d'usagers », qui ne se limite pas forcément aux déclinaisons institutionnelles habituellement mises en place au sein des établissements, doit être rigoureusement pensé préalablement au lancement des groupes de travail.

**Dans le cadre de cette concertation, et face à l'enjeu fondamental d'imaginer – à défaut de pouvoir réellement anticiper – l'avenir, les CHU sont cependant aujourd'hui confrontés à l'absence de référentiels et outils structurés permettant d'animer de manière efficace ces réflexions prospectives.**

Certains CHU ont pris le parti, en cours d'étude, de réaliser un benchmark de projets hospitaliers significatifs (français comme étrangers), dans le but d'ouvrir l'horizon et permettre une discussion constructive sur la base de partis pris organisationnels voire architecturaux réels. D'une manière générale, la recherche d'exemples concrets est à privilégier pour éviter que le schéma directeur immobilier ne prenne une connotation immatérielle qui rendrait difficile la projection des différents participants et participerait de son désintérêt.

Or, nous considérons que la question de l'innovation est consubstantielle à l'approche schéma directeur. L'association ponctuelle de compétences extérieures, voire l'organisation de séminaires associant des professionnels ayant travaillé sur ces questions (maîtres d'ouvrage, architectes, etc.) ne nous semble répondre que de manière partielle à cet objectif.

C'est notamment dans cette perspective que la Commission Ingénierie et Architecture a engagé en parallèle du travail sur les schémas directeurs immobiliers une étude spécifique sur les concepts organisationnels et architecturaux innovants dont les conclusions permettront assurément d'offrir un premier outil structuré pour accompagner la démarche des établissements dans la conduite de leurs projets immobiliers, au stade du schéma directeur comme aux stades suivants (et notamment de programmation).

### Annnonce de la deuxième partie (« à paraître dans le prochain numéro ») :

Dans le prochain numéro d'architecture hospitalière, les auteurs développeront le « process schéma directeur immobilier », résultat d'un retour d'expérience consolidé inter-CHU et fruit d'une analyse approfondie ayant pour ambition de conceptualiser une méthode de travail type pouvant être déclinée au des établissements de santé. Le témoignage de deux CHU permettra d'illustrer de manière concrète une démarche de schéma directeur immobilier. Enfin, les auteurs questionneront l'opportunité de déployer cette démarche à l'échelle des GHT, à l'occasion de « schémas directeurs immobiliers de territoire ».