



CHU Toulouse - Vue aérienne site Purpan

Deuxième partie

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 déclinaison du «*process schéma directeur*» : une méthode de travail reproductible

Sur la base d'une étude approfondie de la littérature spécialisée et d'une analyse critique des expériences passées ou en cours au sein des Centres Hospitaliers Universitaires, la Commission Ingénierie et Architecture (CIA) a cherché à proposer en première intention un **corpus méthodologique pratique pour la conduite de schéma directeur immobilier**.

Ce guide méthodologique s'incarne principalement par la conceptualisation d'un process type présentant les différentes phases d'un schéma directeur immobilier et mettant en évidence les interfaces avec les autres projets institutionnels de l'établissement (notamment le projet médical).

Ce «*process schéma directeur*» propose ainsi d'éclairer les établissements sur :

- Les **pré-requis** nécessaires avant d'engager une démarche de schéma directeur, tant en termes de pilotage projet (composition de l'équipe projet, partenaires à associer, concertation avec la communauté médicale, etc.) qu'en termes de recueil de données préalables (cartographie des activités, base documentaire patrimoniale, etc.);

- Le contenu et les attendus de la **phase diagnostic** en insistant, au-delà du périmètre à investiguer pour objectiver l'état des lieux (diagnostic technique, fonctionnel, architectural, urbain, financier), sur l'enjeu de mettre en évidence lors de cette phase les potentialités des sites et bâtis existants (évolutivité possible, changement de destination envisageables, etc.);
- Les outils de modélisation et le champ réaliste des possibles en **phase scénarios**, en proposant notamment les critères permettant une appréciation juste des scénarios d'évolution possible du patrimoine (au-delà du seul coût d'investissement global), en valorisant notamment la dimension qualitative des projets (phasage, évolutivité, gestion des risques, développement durable, etc.);
- La méthodologie de consolidation du scénario préférentiel en **phase finale**, en interrogeant notamment le degré de détail attendu à ce stade et les modalités de validation institutionnelle du projet, complétée par une première approche autour de la communication et des modalités d'adhésion de la communauté hospitalière au projet.

Le schéma de synthèse ci-dessous permet de saisir l'articulation des différentes étapes du schéma directeur et d'appréhender l'interface nécessaire avec la stratégie médicale de l'établissement, cette dernière permettant d'alimenter les scénarios d'évolution possibles au vu notamment de données capacitaires ou encore de schémas fonctionnels innovants. A ce stade, il convient d'apporter une précision issue de l'expérience des CHU aux fins de nuancer un *a priori* souvent entendu au moment d'initier ce genre de démarche.

L'absence de projet médical finalisé n'empêche pas le lancement d'une démarche de schéma directeur, dont la phase diagnostic peut être dans tous les cas menée de manière autonome pour mettre en évidence les contraintes immobilières des sites et identifier leurs potentialités (foncier disponible, mutabilité des bâtiments existants, etc.).

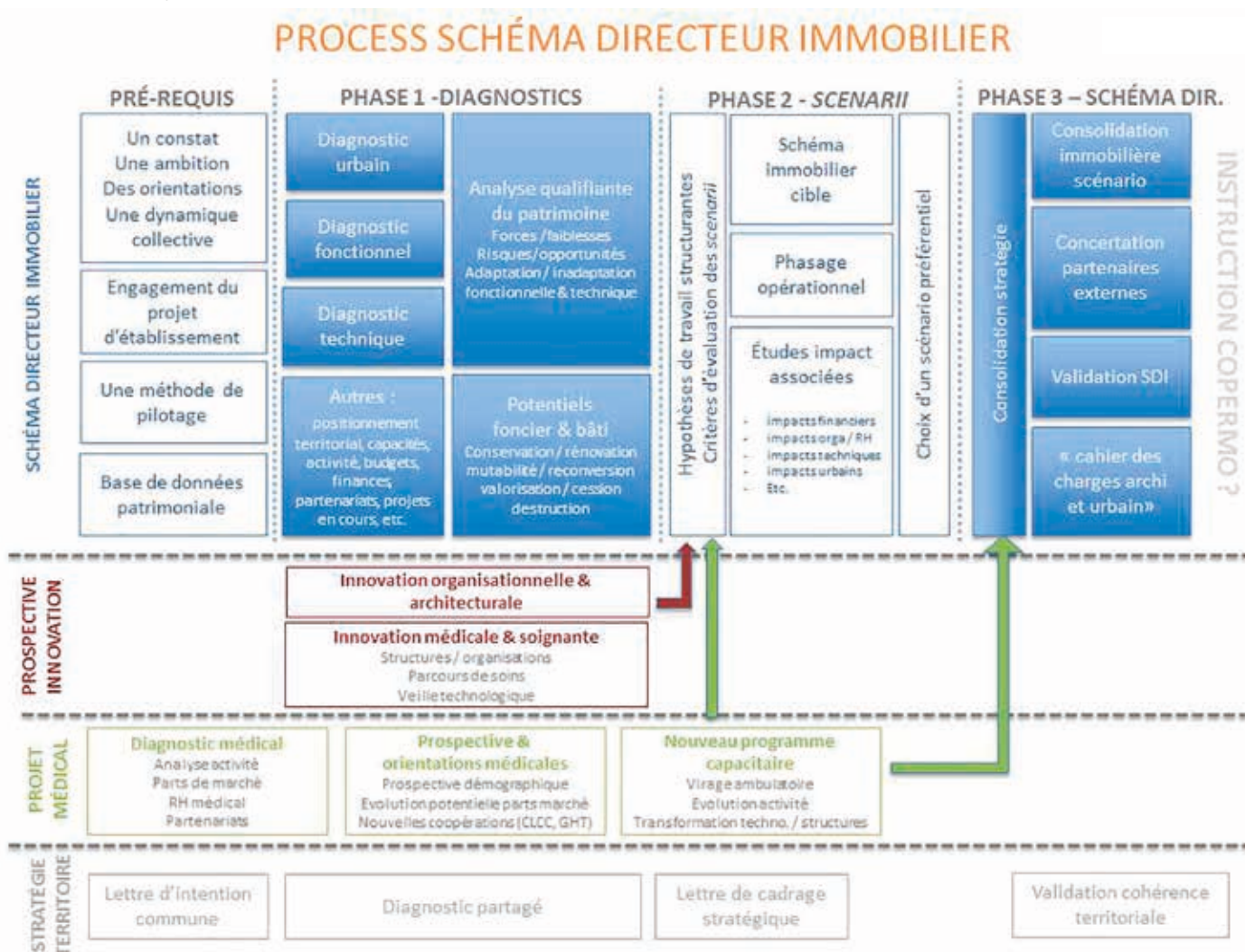
Plus qu'une succession linéaire sans allers-retours, les deux démarches s'auto-alimentent respectivement dans un processus itératif permettant de faire émerger de nouveaux modèles organisationnels dont le projet médical décrira le fonctionnement plus précis. Le décalage temporel entre les deux démarches (5 ans pour un projet médical, 10-15 ans minimum pour un schéma directeur) traduit dans tous les cas un degré d'ambition différent qui permet d'envisager la conduite d'un schéma directeur sans que le projet médical soit finalisé au préalable.

Cependant, il apparaît nécessaire qu'un minimum d'orientations médicales structurantes soient arrêtées – à défaut proposées – préalablement au lancement de la phase scénario du schéma directeur. On peut noter, à titre d'exemple :

- ◆ Les principaux regroupements à rechercher dans le cadre du projet, comme le degré de mutualisation des blocs opératoires ou des soins critiques par exemples ;
- ◆ La définition des grands circuits patients et le degré d'acceptation du principe de séparation des flux et activités relevant des prises en charges ambulatoires d'une part (consultations externes, hôpitaux de jour), des prises en charges en hébergement d'autre part ;
- ◆ Les nouvelles proximités à privilégier entre spécialités et disciplines ;
- ◆ Des données de dimensionnement capacitaire issues d'études prospectives.

Ces éléments pourront notamment se traduire au travers de schémas fonctionnels théoriques, élaborés en parallèle des travaux sur le projet médical et pendant la phase diagnostic du schéma directeur et qu'il conviendra de scénariser, éventuellement en les adaptant aux contraintes et opportunités foncières et immobilières des sites.

Si la question du capacitaire est déterminante pour dimensionner in fine un projet immobilier, et peut parfois contraindre la faisabilité de certains scénarios en particulier quand ces derniers s'inscrivent dans une perspective de réhabilitation des bâtiments existants (de facto limités en surfaces), de nombreux CHU ont jugé opportun de ne pas cristalliser le débat au stade schéma directeur sur cette question au risque de fragiliser une démarche prospective dont l'enjeu premier reste d'imaginer des parcours patients et des organisations fonctionnelles innovantes dans une trajectoire immobilière globale.





CHU Rennes - Vue aérienne site Pontchaillou

Au-delà de ces quelques considérations, nous invitons les personnes intéressées à se référer au guide méthodologique (adresse de diffusion à définir au préalable) qui décline le process et pose de manière claire et explicite les différents chantiers à engager ainsi que leurs principaux attendus, en ciblant notamment un certain nombre de questions structurantes à chaque stade de la démarche. A titre d'illustration :

- Comment doit s'organiser la maîtrise d'ouvrage pour porter un tel projet ?
- Quels sont les prérequis en termes de base de données patrimoniale (tableau exhaustif et consolidé des surfaces, plans d'occupation des locaux, diagnostics techniques, etc.) ? Quelle corrélation avec les outils développés au niveau national (OPHELIE) ?
- De quoi sont constitués les différents diagnostics (urbains, techniques, fonctionnels) ?
- Quel contenu doit revêtir un scénario de schéma directeur immobilier ?
- Quelle pourrait être la grille d'analyse pertinente des scénarios ?
- Comment apprécier les scénarios entre réhabilitation de l'existant / constructions neuves ?
- Quel est concrètement le livrable final attendu à l'issue d'un schéma directeur immobilier ?

Vers un schéma directeur immobilier de territoire ?

A ce jour, les initiatives de schéma directeur à l'échelle d'un territoire sont exceptionnelles, inédites, et parfois non conduites jusqu'à leur terme. La démarche initiée par l'ARS Île-de-France en 2014, après un important travail d'audit diagnostic, n'a pas permis de déboucher sur des scénarios de reconfiguration de l'offre de soins à l'échelle de la région.

Les exemples étrangers, et notamment ceux de l'Allemagne ou des pays scandinaves, historiquement formatés par des organisations de type fédérale (Länders) ou un pilotage des projets d'investissement portés à l'échelle de la région (ex : « *Stockholm County Council* » pour le New Karolinska), ne sont pas reproductibles au mode d'organisation hospitalier français au sein duquel l'autonomie de gestion des établissements de santé (y compris dans le portage des projets d'investissements) est la règle première, sauf cas exceptionnels de type mise sous tutelle par l'ARS.

Pourtant la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) amène les établissements membres à s'accorder sur une stratégie médicale commune dont certaines orientations sont susceptibles de

- Comment et à quel stade associer les partenaires du CHU (ville, CLCC, université, etc.) à la démarche de schéma directeur immobilier ?
- Comment faire évoluer le schéma directeur dans le temps (ou comment concilier flexibilité et pérennité) ?
- Comment passer de la phase SDI à la phase PTD ? Existe-t-il une phase intermédiaire ?

Ce corpus méthodologique ne prétend pas établir la seule et unique vérité quant à la manière de conduire un schéma directeur immobilier qui, dans tous les cas, dépendra en grande partie des spécificités de chaque établissement : la marge de manœuvre financière possible, la maturité de la communauté médicale et le « *cycle institutionnel* » dans lequel il s'inscrit (début, milieu ou fin de mandat du président de la CME par exemple), le champ des possibles ouverts en amont de la réflexion, la sensibilité des directions générales sur ce type de projet, etc. Il a toutefois l'ambition, au travers de la conceptualisation d'expériences et de succès matérialisés, d'offrir une « *ligne de conduite* » possible et surtout de proposer un enchaînement rigoureux d'étapes à suivre (diagnostic, scénarios, consolidation du scénario) qui garantiront la qualité d'une méthode et du rendu final.

s'incarner dans le cadre de projets immobiliers.

Il est donc important de s'interroger sur l'opportunité du portage d'un schéma directeur immobilier à l'échelle d'un GHT (« *schéma directeur immobilier de territoire* »), cette proposition posant en première intention les questionnements suivants :

- Quels sont les conditions préalables à l'engagement d'une telle démarche ?
- Le cas échéant, quelles pourraient être les modalités de pilotage et d'animation de la démarche ? Les CHU, établissements pivots des GHT, ont-ils vocation à engager et à piloter la démarche ? Quel serait le rôle des Agences Régionales de Santé au vu des enjeux potentiels en termes de rationalisation des patrimoines hospitaliers voire d'évolution de l'offre de soins (à l'initiative, en animation, etc.) ?
- Quel pourrait être le périmètre opportun de l'investigation qui permettrait de partager une vision et des orientations communes sans contraindre de manière excessive les établissements et limiter leur autonomie de fonctionnement ?