



© Chahenne Architecte

nouveau bâtiment SSR, SMIT et Gériatrie

CHU de Nîmes

Une vision pour un avenir : Carémeau 2030

Le CHU de Nîmes est aujourd'hui engagé dans un ambitieux schéma directeur immobilier dont le principal enjeu est de répondre aux évolutions de prise en charge afin d'avoir les capacités de suivre, voire même d'anticiper, toutes les innovations. Ce schéma directeur est une trajectoire immobilière en cohérence avec le projet institutionnel de l'établissement et, plus particulièrement, la déclinaison de son projet médical pour les 20 prochaines années. Initié dès 2012, ce schéma directeur immobilier a été validé dans sa première version en 2014 avant d'être remanié et dynamisé à l'arrivée de Nicolas Best à la tête du CHU en 2018. Le CHU de Nîmes a pris le parti d'investir massivement pour bâtir de nouveaux espaces tout en restructurant et améliorant les espaces existants. Le cadre général est ainsi repensé autour de cinq grandes zones: Carémeau Plateau, nouvelle zone à urbaniser, Carémeau Nord, futur réceptacle de l'intégralité du pôle femme/mère-enfant, Carémeau Sud, dédié aux activités adossées à des plateaux techniques eux-mêmes étendus (spécialités chirurgicales et interventionnelles principalement), Carémeau Cancérologie, autour de l'extension de l'ICG, et Carémeau Universitaire, avec le nouvel IFMS et l'agrandissement de la faculté de médecine.



Comment définiriez-vous votre établissement ?

Nicolas Best : Le CHU de Nîmes est un établissement de référence qui développe ses activités sur l'ensemble du département du Gard et la basse vallée du Rhône. Il a su conserver une dimension humaine au niveau de sa gouvernance et de son collectif malgré

ses 7 000 collaborateurs et 300 000 hospitalisations par an, grâce à des mécanismes de solidarité interprofessionnelle préservés. Le CHU de Nîmes a une capacité très forte à porter des projets innovants aussi bien au niveau des équipes médicales que des équipes soignantes. C'est un établissement intermédiaire entre les très grands CHU et les centres hospitaliers non universitaires, et qui reste manœuvrable avec réactivité aussi bien en termes de trajectoire de développement de projets médicaux qu'en termes d'infrastructures et de projets immobilier.

Comment votre CHU se positionne-t-il sur son territoire de santé ?

N. B. : Comme tous les hôpitaux publics, son positionnement est très fortement orienté sur les activités de médecine mais il ne cesse de gagner des parts d'activité sur la chirurgie, en particulier au cours des cinq dernières années. De la même manière, les activités interventionnelles se sont très fortement développées à l'image de la neuroradiologie interventionnelle, la cardiologie interventionnelle, l'endoscopie interventionnelle et de l'ensemble des activités qui complètent les activités chirurgicales de recours.

Quelle est votre politique en matière de partenariat et de coopération ?

N. B. : En premier lieu, le CHU est le support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du département du Gard. D'autre part, nous disposons d'un réseau de collaboration ville-hôpital très fort à l'image des centres de vaccinations contre la COVID-19 que nous avons ouvert et qui ont été immédiatement renforcés par une centaine de médecins libéraux pour en assurer la couverture médicale. Cette très forte collaboration est un point plus que positif dans le fonctionnement des filières de médecine territoriale. Nous entretenons également de nombreuses relations avec les cliniques privées gardoises, avec des collaborations structurelles comme pour la radiothérapie et la neurochirurgie qui sont soumises à des groupements de coopérations sanitaires communs. Bien entendu, nous faisons toujours face à une concurrence avec les cliniques sur les autres spécialités chirurgicales et c'est la raison pour laquelle nous déployons des stratégies de recrutements et d'investissements pour augmenter en volume et en pourcentage notre part d'activité. Le Gard est un département qui connaît une croissance démographique de 1 % par an avec une dynamique principalement liée à l'afflux de personnes âgées qui viennent vivre leur retraite.

Quels sont les axes forts du GHT Cévennes Gard Camargue ?

N. B. : Nous disposons de plusieurs axes qui fonctionnent très bien à l'image de la filière chirurgicale mais aussi d'un service de radiologie désormais commun entre le CHU de Nîmes et les hôpitaux d'Alès et d'Arles ou encore d'autres filières qui sont en cours de consolidation comme pour la cancérologie. Le GHT a succédé à une CHT qui existait à une époque où ces communautés étaient encore facultatives ce qui nous confère aujourd'hui une plus grande expérience que d'autres GHT. Depuis

le début, cet historique commun est fondé sur un projet médical partagé qui nous a permis de préparer en amont les groupes par thématiques et par filières médicales pour le projet médical 2021-2022 qui sera piloté par les futures conférences médicales de territoire.

Quelle est la nature de vos relations avec les autres CHU de la nouvelle grande région Occitanie, les CHU de Montpellier et de Toulouse ?

N. B. : La région Occitanie est une grande région issue de la fusion de Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées et nos relations demeurent essentiellement liées à Montpellier et son CHU. La première raison est historique et organique puisque, cas unique en France, Nîmes et Montpellier partagent la même université et la même faculté de médecine avec des locaux de l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) répartis sur les deux villes. Depuis mon arrivée en 2018, nous n'avons cessé de capitaliser sur ce « *U commun* » avec des professeurs et maîtres de conférences nommés par la même université avec une double affectation et des publications de recherche clinique communes entre Nîmes et Montpellier. Nous avons, de plus, créé récemment un groupement de coopération sanitaire (GCS) pour donner une personnalité morale à toutes nos collaborations aussi bien au niveau des publications que des échanges sur les systèmes d'information et de tous les effets de masse critique avec des autorisations partagées par ce GCS sur les deux sites (par exemple thrombectomie, autogreffes). Cette relation est donc naturellement beaucoup plus forte que toutes les autres relations que peuvent entretenir les CHU. Enfin, il existe de nombreuses fédérations médicales communes avec des praticiens qui exercent en réseau sur les deux villes pour quinze spécialités médicales différentes.

Avec le CHU de Toulouse, nous avons des relations sur les activités de second recours qui ne sont donc présentes ni à Nîmes, ni à Montpellier, comme nous le faisons aussi avec Marseille bien que cela ne soit pas la même région. La région Occitanie est très vaste ce qui explique que les relations avec Toulouse restent simplement institutionnelles avec des collaborations actives, moins structurées du fait de la très grande distance.

La crise sanitaire a-t-elle fait évoluer les collaborations entre les établissements ?

N. B. : La crise sanitaire a forcément renforcé les relations, notamment lorsqu'il a fallu organiser des transferts de patients de Nîmes vers Montpellier et Toulouse lors de la deuxième vague qui nous a particulièrement impacté. Au-delà des transferts de patients, tous les sujets de coordination et de positions communes ont fait l'objet de réunions régulières entre les trois CHU et d'entretiens avec l'ARS qui nous a demandé d'animer les réseaux de nos territoires respectifs.

Quel est l'état de santé financière du CHU ?

N. B. : Jusqu'à l'arrivée du COVID, l'état de santé financière du CHU de Nîmes était très bon avec des excédents cumulés importants et une capacité d'autofinancement annuelle largement supérieure à 40 Millions d'euros. Malheureusement, l'année 2020 a été complètement déstructurée et nous a fait perdre beaucoup d'activités de chirurgie à cause de la déprogrammation massive des interventions et l'absence de compensations financières intégrales. Nous risquons donc d'être potentiellement en déficit, sauf compensation de tous les surcoûts, telle que prévu, par le gouvernement.

Le CHU de Nîmes a lancé un ambitieux schéma directeur immobilier. Quels sont les enjeux de ce schéma directeur immobilier ?

N. B. : Le principal enjeu de ce schéma directeur immobilier est de répondre aux évolutions des prises en charge afin d’avoir les capacités de suivre et même d’anticiper les innovations. Nos plateaux techniques doivent être en mesure d’intégrer les développements d’innovations et d’indications nouvelles grâce à des investissements massifs dans les activités interventionnelles et de cancérologie au sens large.

Le deuxième enjeu est de disposer d’un capacitaire qui soit au niveau de l’augmentation d’activité. Depuis 2008, l’activité augmente chaque année de près de 10 % en volume pour tout le secteur MCO et le CHU a investi de manière continue dans de nouveaux bâtiments qui étaient saturés dès leur ouverture malgré des durées de séjour inférieures aux moyennes nationales. Le premier schéma immobilier datant de 2014 a été repris et renforcé afin de disposer d’un capacitaire permettant de prendre en charge dans de bonnes conditions le flux croissant d’activité. L’enjeu des capacités adaptées aux besoins de la population porte à la fois sur les plateaux techniques, les lits, et pas seulement en ambulatoire et en hôpitaux de jour, et enfin sur les soins critiques comme l’a de nouveau révélé la crise sanitaire même si nous avons déjà identifié ce besoin depuis longtemps. A mon arrivée, le CHU de Nîmes ne disposait que de 31 lits de réanimation et d’une vingtaine de lits de soins intensifs, si bien qu’avant même la crise COVID, nous avons demandé à l’ARS l’autorisation de lits supplémentaires en surveillance continue, en soins intensifs et en réanimation pour faire face aux flux de chirurgie lourde et de traumatologie en constante augmentation et aux besoins liés à une crise sanitaire. Les nouveaux bâtiments nous permettront d’accueillir une cinquantaine de lits de réanimation et surtout une quarantaine de lits de soins intensifs/surveillance continue avec une refonte complète des réseaux de gaz médicaux et de production d’air et d’oxygène.

Avec ce schéma directeur immobilier, le CHU de Nîmes sera en capacité de répondre aux besoins situés aux deux extrémités du spectre avec d’un côté le développement de la chirurgie ambulatoire et de l’autre, le développement des soins continus et des soins critiques pour les pathologies les plus graves pour lesquelles nous jouons un rôle de recours, et pour les futures pandémies causant bien souvent des défaillances d’organes, notamment respiratoires, en particulier chez les sujets âgés. Les bâtiments que nous construisons vont nous permettre d’augmenter le capacitaire pour faire face au vieillissement de la population avec des zones de soins intensifs au sein de ces services.

Quelles ont été les différentes étapes qui ont abouti à la vision Carémeau 2030 ?

N. B. : La première est une étape de géographie hospitalière et

d’urbanisme, suivi d’une étape de programmation et enfin une étape de séquençement et de zoom sur chaque opération avec des programmes spécifiques débouchant sur les traditionnelles phases de programmes détaillés, permis de construire et réalisations.

Le site du CHU de Nîmes pour la partie MCO est un site unique, avec les avantages et les inconvénients que cela comporte, situé sur un foncier de 55 hectares. Il a fallu réaliser une grande étude d’urbanisme couplée à une étude environnementale d’impact global imposée par les pouvoirs publics afin de poser les zones d’expansions immobilières futures et déterminer trois considérants majeurs : les flux, la circulation et les zones constructibles. Cette étude d’urbanisme a été menée par Philippe Villien. Notre volonté était de conserver des circuits cohérents et de ne pas disperser les plateaux techniques afin qu’ils restent concentrés sur le bâtiment Carémeau Sud créé en 2003. L’idée était de préserver cet axe transversal Nord-Sud qui transcende le fonctionnement de tout le site aigu et d’agréger de nouveaux bâtiments positionnés hiérarchiquement en fonction de leurs besoins en plateaux techniques. Les approches hospitalières détaillées par le schéma d’urbanisme ont été complétées par l’étude environnementale dans laquelle il nous a été demandé d’éviter certaines zones pour préserver la végétation, la géologie et les flux hydrauliques. Le fait d’avoir mené une étude d’impact global sur tout le site nous a par la suite, permis de gagner du temps pour les opérations spécifiques sur chaque zone, notamment en phase d’instruction des permis de construire.

Dans un deuxième temps, nous avons travaillé sur le schéma immobilier afin de définir les zones à urbaniser à partir des études précédentes en déterminant nos besoins capacitaires sur chaque groupe de spécialité. Il s’agissait de prédire nos besoins futurs pour faire face aux enjeux des dix prochaines années en fonction de l’évolution démographique, de l’incidence des pathologies dans la population et de l’évolution de nos parts de marché. La programmiste Marie-Pierre Valette pour le cabinet Mupy a rédigé le schéma immobilier pour traduire en programme global ces différentes considérations.

Enfin, chacune de ces zones a fait l’objet de programmes spécifiques avec des procédures classiques de constructions en milieu hospitalier public. Nous avons fait le choix de la conception-réalisation pour des raisons fonctionnelles, de délais, de maîtrise budgétaire et de qualité d’interaction entre le projet architectural et sa réalisation par l’entreprise générale attributaire. Différents programmes ont ainsi été déclinés simultanément avec la surélévation de Carémeau Sud, la création d’un bâtiment pour la gériatrie et le SMIT, un bâtiment pour les médecines futures et l’extension du bâtiment de cancérologie. Ces programmes ont ensuite été soumis à la procédure traditionnelle des concours avant d’entrer dans la phase de travaux.



Dans quelle mesure ces futures réalisations seront-elles au service des projets médicaux du CHU ?

N. B. : Ces réalisations sont la parfaite traduction des projets médicaux du CHU. Il n'y a pas de projet architectural qui ne corresponde pas à un projet médical de développement global ou sectoriel. Au-delà des aspects intuitifs, nous travaillons avec la communauté médicale sur toutes les hypothèses d'évolutions. Pour chaque définition de programme des bâtiments, les équipes se projettent sur le capacitaire, les flux et le fonctionnement. Par ailleurs, dès qu'un lauréat est désigné pour une opération, nous retravaillons l'organisation interne dans le cadre d'une commission du projet médical pour préparer l'ouverture du bâtiment. Chaque pôle du CHU concerné par un nouveau bâtiment travaille en amont ses projets médicaux de développement et prépare par la suite, son entrée dans les nouveaux locaux en peaufinant ses effectifs et ses organisations. Il faut savoir que toutes les créations de postes liées à une nouvelle infrastructure et à des développements de projets médicaux, sont le fruit d'un processus d'expertise collective et ne sont pas le fait d'une décision unilatérale. Sans projet médical global, il ne peut pas y avoir de nouvelles constructions.

Quel a été l'impact de la crise sanitaire sur ces projets structurants ?

N. B. : L'impact de la crise sanitaire a été beaucoup moins important que nous aurions pu le craindre car j'ai tenu à maintenir le cap malgré tout. Bien sûr, nous avons connu un arrêt des chantiers BTP comme partout mais la reprise a eu lieu avant même la fin du premier confinement. Les chantiers sur le CHU se sont arrêtés trois semaines mais toutes les réunions de programmation ont pu se tenir à distance et nous avons même maintenu le jury de concours pour la surélévation de Carémeau Sud. Nous avons également obtenu du préfet que tous les permis de construire soient instruits durant le COVID avec toutes les précautions d'usage dans des délais brefs, grâce à l'étude globale d'impact environnemental réalisée auparavant.

Comment accompagnez-vous vos équipes face à ces nouvelles organisations et aux transformations de l'hôpital ?

N. B. : En interne, une délégation de la performance et du parcours patient étudie ces questions d'organisations et de recherche de la performance organisationnelle sur les futurs bâtiments et les nouveaux plateaux techniques. C'est un travail essentiel et de grande précision. Les notions de performance et de parcours patient sont liées car les flux de patients avec leur durée de séjour et leur mode de prise en charge influent sur les capacités et le fonctionnement des bâtiments.

En attendant la concrétisation de Carémeau 2030 dans une dizaine d'années, quelle est votre vision du fonctionnement de votre établissement pour les 5 prochaines années ?

N. B. : Les opérations conduisant à la vision finale prévue en 2030 sont en cours de construction à l'image du bâtiment de gériatrie/SSR/SMIT. Il faut absolument qu'une fois la crise passée, nous conservions notre envie collective de développer tous ces projets. Le COVID n'a pas altéré notre volonté de poursuivre notre travail comme c'est le cas au sein de la commission des projets médicaux. Avoir une vision à moyen terme a permis aux équipes de transcender les contraintes du moment. Ce CHU a la capacité de porter des projets de développement y compris pendant la crise et de voir plus loin. J'espère que le processus de vaccination nous permettra de sortir de la crise d'ici l'été et de passer à autre chose sans délai grâce à la motivation intacte de toutes les équipes. Tous les

projets ont continué à vivre selon le calendrier initial et la communauté médicale demeure habitée par cette envie de porter des projets toujours plus forts et dans un esprit collectif. Ma vision pour les cinq prochaines années est donc optimiste. La dynamique de développement va nous permettre économiquement de retrouver confiance en l'avenir avec une T2A qui finance toujours près de la moitié de l'activité et qui a toujours été très favorable au CHU de Nîmes grâce à une croissance d'activité très supérieure à la moyenne nationale et ce depuis 2008.

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

N. B. : Au risque de manquer d'originalité, je pense que l'hôpital du XXI^e siècle continuera de développer des plateaux techniques et des structures ambulatoires plus importantes encore qu'aujourd'hui. Lorsque j'évoque les plateaux techniques, j'inclue le traitement des défaillances fonctionnelles d'organes et plus uniquement l'interventionnel classique, l'imagerie et la biologie. L'hôpital du XXI^e siècle va développer les prises en charge critiques, trop longtemps occultées, ainsi qu'à l'autre extrémité, toute la partie ambulatoire pour permettre le retour rapide du patient à domicile grâce à des process améliorés et plus courts qu'aujourd'hui. L'hôpital se développera autour de ses plateaux techniques et plus forcément autour de son hospitalisation.

D'autre part, les qualifications des personnels seront toujours plus fortes et plus diplômées à l'image des infirmières. Les pratiques médicales vont également devenir de plus en plus spécifiques sur des surspécialités. L'hôpital universitaire du XXI^e siècle va encore plus mettre l'accent sur des hyperqualifications qui vont se diffuser de la sphère médicale vers la sphère soignante. L'élévation continue des qualifications se fera au sein de systèmes moins cloisonnés entre les différents métiers, selon des systèmes de type « *pratiques avancées* ».

Enfin, ces crises pandémiques qui sont appelées à se multiplier nous font revenir à un hôpital beaucoup plus ouvert sur la Cité, au sens grec du terme, contrairement à ces dernières années. Dans les années 70, tous les grands hôpitaux étaient construits en périphérie et désormais, soit les villes ont rejoint les périphéries, soit les hôpitaux rouvrent des structures en milieu urbain dans les cœurs de cités. Ce retour vers la Cité s'accompagne d'un soutien des élus aux actions de l'hôpital qui devient fondamental et qui est un signe fort d'attachement à la structure hospitalière du territoire. L'hôpital doit être une structure ouverte sur le territoire et les populations. Après avoir résonné « *outils* » avec les GHT, il faut mettre de la chair autour du squelette et densifier les relations ville-hôpital pour que l'hôpital redevienne le produit de la Cité au service de ses habitants et non pas une structure technocratique et désincarnée, quelle que soit sa taille au demeurant.



©LN_CHU_NIMES



© I.N. CHU NÎMES

La politique médicale

« Nous avons conscience depuis longtemps de la nécessité d'augmenter notre capacité en lits de soins critiques et la crise sanitaire a justifié cette demande... »



Propos recueillis auprès du **Professeur Jean Emmanuel de la Coussaye**, président de la CME

Quelles sont les activités d'excellence du CHU ?

Jean Emmanuel de la Coussaye : Bien que l'ensemble de ses activités soient excellentes, le CHU de Nîmes fait preuve d'une qualité encore plus remarquable au niveau des soins critiques urgents et non-urgents, que ce soit en réanimation, aux urgences ou en chirurgie sur toutes les spécialités adultes.

Quelle est la situation de la démographie médicale sur votre territoire ?

J.-E. C. : La situation varie évidemment en fonction des disciplines, mais dans l'ensemble, la démographie médicale ne se porte pas au mieux sur notre territoire. Nous rencontrons des difficultés de recrutement de médecins sur des secteurs comme la gériatrie, l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence ou l'imagerie médicale, d'autant plus que le secteur libéral est particulièrement attractif. Selon une enquête menée conjointement avec la FHF, les activités avec le plus de postes vacants sur toute la région Occitanie sont, la médecine d'urgence, avec plus de 100 postes à pourvoir, l'anesthésie-réanimation, l'imagerie et enfin la psychiatrie.

Quels sont les établissements avec lesquels vous entretenez le plus de liens ?

J.-E. C. : Nous entretenons en premier lieu, des liens obligatoires avec les membres du GHT Cévennes Gard Camargue, mais aussi des liens étroits avec le CHU de Montpellier. Nous avons la particularité d'être les seuls CHU de France réunis par une même faculté de médecine et nous entretenons d'excellents rapports nous permettant de construire ensemble l'avenir de nos établissements. Hier, simple curiosité, ce partage d'une même faculté préfigure, peut-être, les futurs réseaux des CHU. Certes, tout n'a pas toujours été simple et, par le passé, les rivalités territoriales prenaient parfois le pas sur la collaboration, mais aujourd'hui ce temps de la concurrence est révolu et nous construisons l'avenir ensemble.

L'autre CHU de la région Occitanie est le CHU de Toulouse. Quelles relations entretenez-vous avec cet établissement éloigné géographiquement ?

J.-E. C. : Il est délicat de travailler conjointement avec une telle

distanciation. En plus de ma fonction de président de la CME, je suis le chef du service des urgences et l'éloignement géographique est encore plus incompatible avec mon activité malgré le fait que j'entretienne d'excellents rapports avec le SAMU 31 ou avec la CME du CHU de Toulouse. Ce ne sont pas la qualité des rapports qui sont en question mais simplement l'éloignement géographique. Bien entendu, la période que nous traversons est une exception dans la mesure où nous pouvons avoir recours à des transferts de patients dans le cadre de la COVID. Enfin, il existe une fédération des trois pharmacies des CHU d'Occitanie.

Avez-vous des relations avec d'autres CHU ?

J.-E. C. : Nous avons des liens ancestraux avec l'AP-HM de Marseille dans la mesure où l'inter-région à l'époque de ma formation se faisait avec PACA. Nous continuons de collaborer avec nos voisins marseillais même si d'un point de vue administratif, c'est un peu plus compliqué.

Quelles sont les attentes de la communauté médicale quant aux différents projets du CHU ?

J.-E. C. : La première attente est sans aucun doute liée à l'augmentation de la capacité d'hospitalisation. Nos IP-DMS (Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour) sont toutes largement inférieures à 1 et nous sommes saturés à cause d'un manque de lits. Pourtant, ce problème d'occupation n'a rien à voir avec une DMS trop longue. La deuxième attente concerne l'augmentation des soins critiques. Nous avons la chance d'avoir un directeur général, Nicolas Best, qui voit loin et fait bouger les choses. Depuis 40 ans, nous nous battons pour cette augmentation et nous sommes parvenus à obtenir les autorisations supplémentaires malgré les difficultés. Parmi les différents projets du CHU, il y a la création d'une ZHTCD (zone d'hospitalisation de très courte durée), le regroupement de tous les soins critiques avec l'unité de surveillance continue et l'unité de soins intensifs ainsi que le regroupement des services de médecine aujourd'hui éclatés sur tout le site pour disposer d'un véritable service de post-urgences et assoir durablement toutes les autres disciplines comme la cardiologie afin de répondre aux besoins de santé publique. Cette réorganisation va également profiter à l'imagerie interventionnelle qui est un service d'excellence et un exemple de collaboration avec le CHU de Montpellier. Par ailleurs, nous avons créé

un Institut de Cancérologie du Gard qui est aujourd'hui victime de son succès et notre projet prévoit la création d'une nouvelle structure pour l'oncologie, l'hématologie et la pneumologie. L'agrandissement de cet Institut de Cancérologie du Gard est fondamental. Enfin, ce schéma directeur immobilier va permettre au CHU d'accroître son activité ambulatoire et de développer l'endoscopie ambulatoire à proximité de la chirurgie.

Comment le personnel médical est impliqué dans les réflexions relatives au schéma directeur ?

J.-E. C. : Le personnel médical est pleinement impliqué. Nous fonctionnons avec un directoire élargi aux chefs de pôles et aux acteurs directement concernés avec des concertations extrêmement importantes auxquelles le personnel médical est intégralement impliqué.

Dans quelle mesure la crise sanitaire a-t-elle fait évoluer les différents projets ?

J.-E. C. : Nous avons conscience depuis longtemps de la nécessité d'augmenter notre capacité en lits de soins critiques et la crise sanitaire a justifié cette demande aux yeux de l'ARS. Notre insuffisance capacitaire nous a poussés à transférer des malades sur Montpellier qui bénéficie de plus de places de réanimation réparties entre le public et le privé. Le projet médical du CHU de Nîmes est intimement lié au schéma directeur car l'architecture est capitale dans la prise en charge. Les médecins sont plus à l'aise dans une organisation horizontale que verticale. De plus, ces différents projets vont nous permettre de développer des activités nouvelles grâce aux espaces créés. Un projet médical doit être en mouvement permanent : il est souvent rédigé avec des dates prévisionnelles mais cela ne doit pas l'empêcher d'être vivant et de se réactualiser sans cesse comme nous l'avons toujours fait au CHU de Nîmes. Nous disposons d'une commission du projet médical qui écoute et étudie les divers projets portés par l'innovation pour vérifier s'ils s'inscrivent dans le cadre de l'intérêt de l'institution. La particularité à Nîmes vient du fait que le SDI a été rédigé avant le projet médical ce qui est peu courant, mais qui finalement n'a que peu d'importance car nous sommes tout à fait capables de nous adapter à la situation.

Comment le CHU a-t-il traversé cette année de crise sanitaire ?

J.-E. C. : Malheureusement cette crise n'est pas terminée. La première vague nous a relativement épargnés en n'atteignant jamais le seuil fatidique de la courbe d'admission de malades en soins critiques. Certes, cette vague a tout de même été violente avec quelques clusters inquiétants à gérer, notamment sur un de nos établissements pour personnes âgées, mais aussi en raison d'une déprogrammation massive et de ses conséquences. Il faut bien comprendre qu'il est très difficile d'accepter de ne pas prendre soin d'un patient et, aujourd'hui, nous tentons toujours de rattraper ces déprogrammations. En ce qui concerne la deuxième vague, la situation a été totalement différente avec un impact beaucoup plus fort. Nous avons hospitalisé 240 malades atteints de la COVID. Malgré son caractère plus important, cette deuxième vague a été plus progressive et a été parfaitement gérée grâce à l'expérience acquise au cours du printemps. La plupart des médecins ont découvert avec la COVID les réalités d'une crise à la différence des chirurgiens ou des urgentistes et des anesthésistes-réanimateurs dont c'est le quotidien. Nous avons amélioré notre dispositif entre les deux vagues ce qui nous a permis de mieux réguler les sorties des malades vers les SSR. Si l'aide des structures privées a bien existé, elle est restée assez relative. La taille du CHU s'est révélé être un avantage face à la crise. Ici, tout le monde se connaît et cela facilite les collaborations.

Le réseau ville-hôpital est-il efficient à Nîmes ?

J.-E. C. : Nous avons de très bons rapports avec le département de médecine générale avec qui nous construisons conjointement le service d'accès aux soins, mais à part ça, rien n'a été concrétisé. Ce réseau ville-hôpital est compliqué à structurer comme souvent dans les villes qui comptent un nombre important de médecins, mais peut-être pas suffisamment, si bien qu'ils sont tous débordés. C'est d'autant plus regrettable, qu'individuellement nous entretenons de très bons rapports avec les médecins. Certaines structures commencent tout de même à voir le jour à l'image des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) dans lesquelles je fonde beaucoup d'espoirs. Pour l'instant, nous ne sommes pas allés au bout du projet car il n'est pas prévu qu'un représentant des CPTS intègre la CME à Nîmes. Cela pourrait être une bonne chose et arrivera peut-être à l'avenir.

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

J.-E. C. : L'hospitalisation telle que nous la connaissons actuellement doit évoluer. Dans le parcours d'un patient, une hospitalisation ne devrait être qu'un épiphénomène parmi tant d'autres et il me semble que ce parcours doit avant tout se dérouler à domicile avec les services d'assistance médicale et paramédicale directement chez le patient. Il est temps de changer les mentalités car il me paraît inutile d'avoir des CHU de 2 000 lits pour de l'hospitalisation complète. Je voudrais comprendre quel est l'intérêt pour un patient de passer une nuit à l'hôpital. Objectivement, un patient est sans doute mieux chez lui, surveillé par un proche ou par des technologies de télésurveillance, que dans un lit d'hôpital surveillé par une infirmière qui doit également parfois s'occuper de trente autres lits.

Ma vision de l'hôpital de demain, est celle d'un hôpital plus ramassé et plus dense avec une hospitalisation complète qui comprend les soins critiques au sens large et beaucoup de surveillance continue. Actuellement, tous les malades ne bénéficient pas de la surveillance adaptée à leur pathologie et ils se retrouvent parfois dans des services traditionnels avec une surveillance nocturne moins efficace. C'est en particulier la nuit que les problèmes se font le plus ressentir.

Pour moi, l'hôpital de demain devra proposer moins de lits, de l'hospitalisation de semaine, de l'hospitalisation de jour et des « *hôtels hospitaliers* » pour assurer des soins lorsqu'un patient ne peut pas rentrer à son domicile. Pour l'instant, l'absence d'organisation pré-hospitalière et post-hospitalière ne permet pas à ce type de fonctionnement de voir le jour en France. Il est également urgent de réellement prendre en compte la filière gériatrique. Depuis dix ans, je milite pour la création d'un SMUG, service mobile d'urgence gériatrique, qui puisse aller dans les EHPAD et ainsi soulager les aides-soignantes souvent démunies. Concernant la post-hospitalisation, outre des zones sociales dans les services d'urgence pour surveiller et orienter correctement les malades, nous avons besoin de structures de SSR efficaces et suffisamment fonctionnelles. Aujourd'hui les filières sont bouchées car les patients ne sont pas toujours orientés au bon endroit.

Un hôpital comme le nôtre d'un millier de lits, pourrait tout à fait être plus efficient avec moitié moins de lits et des effectifs mieux répartis. Cependant, pour y parvenir, nous devons pouvoir compter sur un système pré-hospitalisation et post-hospitalisation réfléchi et de qualité.



©GM_CHU_NIMES

Les Soins intensifs

« Nous n'aurions pas pu surmonter ces deux crises successives sans le professionnalisme et le courage de tous les acteurs »



Propos recueillis auprès du **Docteur Laurent Muller**, chef de service réanimation

Comment le CHU de Nîmes a-t-il appréhendé les deux vagues de la crise sanitaire ?

Laurent Muller : Le CHU a immédiatement su appréhender l'arrivée de cette crise, tout d'abord grâce à la transformation des lits de soins continus de l'unité RUSC (Unité de Surveillance Continue) en lits de réanimation. Lors de sa création en 2016, nous avons imaginé pouvoir transformer instantanément les 15 lits de cette unité pour répondre à un besoin lié à un attentat ou une autre catastrophe. Toutefois, nous n'envisagions pas devoir faire face à une pandémie mondiale. Cette anticipation matérielle et organisationnelle nous a permis de disposer de lits de réanimation essentiels lors de cette crise en moins d'une semaine. Par ailleurs, le CHU a mis en place très rapidement une nouvelle unité de surveillance continue puisqu'elle avait disparu au profit de la réanimation. Dans le même temps, l'UMCH (Urgences Médico-Chirurgicales Hospitalisation) qui disposait de 14 lits, dont uniquement 9 lits de surveillance continue,

a été portée à 20 lits de surveillance continue. Ainsi, le CHU de Nîmes a pu passer de 31 lits de réanimation et 15 lits de surveillance continue avant la crise, à une configuration de 46 lits de réanimation et 35 lits de surveillance continue. Il faut enfin préciser, qu'au plus fort de la crise, les lits de surveillance continue étaient utilisés pour des soins intensifs respiratoires.

Cette transformation rapide de la surveillance continue et l'augmentation du capacitaire ont permis au CHU de Nîmes de traverser cette crise avec un petit peu moins de difficultés. Malgré cette extension capacitaire majeure, nous avons tout de même été obligés de transférer des patients vers Toulouse, Montpellier mais aussi la Bretagne lors de la deuxième vague. Aujourd'hui encore, les difficultés subsistent comme en atteste le fait que la moitié des lits de soins critiques sont toujours occupés par des patients COVID sévères.

Quelles ont été les plus grosses difficultés rencontrées lors de ces deux vagues ?

L. M. : La plus grosse difficulté fut d'obtenir le matériel adéquat comme les ventilateurs. Par bonheur, nous avons pu acquérir assez rapidement des ventilateurs lourds de réanimation ainsi que quelques autres plus petits mais également efficaces pour équiper les 35 lits de surveillance continue. Il faut ajouter qu'après une large consultation de tous les services, l'institution a pris le parti d'équiper certains services comme la gériatrie ou le SMIT d'appareils d'oxygénothérapie à haut débit pour des patients de médecine non-éligible à la réanimation. Cela a offert des chances supplémentaires à ces patients de médecine.

Comment le personnel vit-il cette période ?

L. M. : La deuxième vague a été beaucoup plus délicate en matière de moyens humains. Lors de la première vague, la déprogrammation totale et immédiate de la chirurgie a permis de réaffecter les personnels du bloc opératoire et les infirmiers formés à la réanimation qui évoluaient dans d'autres services. Nous devons remercier les cadres du service et la direction des soins infirmiers pour cet énorme travail de redéploiement. Lors de la deuxième vague, la déprogrammation des actes chirurgicaux n'a pas été totale et nous n'avons pas pu avoir recours aux mêmes moyens humains qu'au printemps 2020. Grâce à l'énorme travail de la direction des soins pour permettre la libération d'heures supplémentaires et ainsi favoriser le retour des personnels de réanimation et la remobilisation partielle d'infirmiers d'autres services, nous avons pu faire face à cette deuxième vague. Cela a été un véritable casse-tête pour les cadres de la réanimation et la DSI.

Dans quelle mesure cette crise sanitaire a-t-elle conforté le projet de surélévation de Carémeau Sud ?

L. M. : L'intérêt majeur de cette surélévation est de concentrer les lits de soins critiques à deux endroits au lieu de trois. Actuellement le service de réanimation et de soins critiques est réparti sur trois étages avec 26 lits de réanimation au niveau -1, 20 lits de l'unité RMPO au niveau -3 et 35 lits de surveillance continue au niveau -4. Avec cette surélévation, nous allons transférer les lits de surveillance continue au niveau -1 afin de disposer de tous les lits de soins critiques sur deux étages. C'est un intérêt majeur pour la gestion des ressources humaines médicales et paramédicales, mais aussi pour les transferts de patients entre la réanimation et la surveillance continue et cela simplifiera leur acheminement vers l'imagerie médicale ou le bloc opératoire.

Comment avez-vous été impliqué dans les réflexions en tant que chef de service autour de ce projet ?

L. M. : Nous avons essentiellement échangé au niveau du pôle avec le chef de pôle, le Docteur Robert Cohendy et les autres chefs de services, pour se mettre d'accord sur le fonctionnement des unités et définir leur équipement architectural. Ces discussions nous ont permis d'obtenir un projet qui va très probablement faciliter la filière des soins critiques.

Quel regard portez-vous sur cette année de crise sanitaire ?

L. M. : Je pense qu'il faut avant tout remercier tous les soignants quel que soit leur corps de métier. Sans aucune démagogie, nous n'aurions pas pu surmonter ces deux crises successives sans le professionnalisme



et le courage de tous les acteurs. Il faut maintenant conserver la même doctrine pour les 40 lits de surveillance continue qui seront disponibles avec cette surélévation. Nous devons nous tenir prêts à tout moment, à faire de la réanimation sur ces lits de surveillance continue quel que soit le type de crise. En plus du matériel, nous devons préparer les équipes à faire face à de nouvelles crises. Il serait intéressant de réfléchir à la mise en place de formations permanentes pour les soignants des autres unités pour renforcer les unités de soins critiques si les circonstances l'exigent.



©GM_CHU_NIMES

La Certification AFNOR

« Obtenir cette certification était un vrai objectif pour rassurer la population et briser ce climat d'inquiétude envers l'hôpital »



Propos recueillis auprès de **Béatrice Vanuxem**, Directrice de la qualité et de la gestion des risques

Pourquoi le CHU de Nîmes a-t-il conduit une démarche de certification « vérification des mesures sanitaires COVID » ?

Béatrice Vanuxem : La certification « vérification des mesures sanitaires COVID », selon le référentiel AFNOR certification, a été produite en juin 2020 après plusieurs mois de crise sanitaire. Elle comporte une centaine de critères dont 23 critères réhabilitoires. L'absence de satisfaction à l'un de ces critères, rend la démarche caduque. Cette certification, construite avec la Direction Générale du Travail, n'est pas spécifique aux hôpitaux et s'applique à tous les établissements recevant du public et tend à vérifier l'application des mesures sanitaires liées à la COVID-19. L'objectif est de protéger les professionnels travaillant lors de cette crise sanitaire ainsi

que les usagers et les clients. En nous inscrivant dans cette démarche, notre objectif était de valoriser nos engagements dans la lutte contre la COVID-19 vis-à-vis de nos usagers afin de leur redonner confiance. Il ne faut pas oublier qu'au début de la crise, la population ressentait une forte crainte de se rendre à l'hôpital. Il s'agissait également, de consolider les protections des professionnels sur leur lieu de travail et d'éviter les contaminations grâce au respect des bonnes pratiques. Les recommandations qui devaient être mises en place ont toujours été très évolutives depuis le début de cette crise et le fait de participer à cette certification, nous a permis de vérifier la pertinence et l'application des mesures sanitaires et de les inscrire dans la durée.

Quelles ont été les différentes étapes qui ont abouti à cette certification ?

B. V. : C'est à la fin du mois d'août que nous avons décidé de réaliser le premier diagnostic de nos pratiques avant de recevoir l'auditeur AFNOR du 10 au 13 novembre. Au regard de notre activité, un périmètre de jugement des critères devait être établi à l'exception des chambres des patients et des salles de soins qui sont en dehors du référentiel. Pour être certifié, le périmètre comprenait, pour la patientèle, l'ensemble du parcours, de l'accueil jusqu'au point de prise en charge, tandis que pour les agents du CHU, le périmètre englobait tous les lieux communs, du parking au lieu de travail, en passant par les vestiaires, les salles de pause et même les véhicules professionnels partagés. Nous avons obtenu un score proche des 100 % de satisfaction aux différents critères et la satisfaction des 23 critères rédhibitoires.

Comment le personnel a-t-il été impliqué dans cette démarche ?

B. V. : Après avoir soumis l'idée de la certification à notre directeur général, Nicolas Best, qui a immédiatement souhaité s'engager dans cette démarche, l'équipe de la direction de la qualité et de la gestion des risques a mené un audit général en associant tous les professionnels d'encadrement qui ont pleinement joué le jeu. L'équipe opérationnelle d'hygiène a bien entendu été associée de très près dans cette démarche. L'objectif de cet état des lieux, réalisé à l'aide du référentiel AFNOR, était d'identifier nos points de vulnérabilité et de les corriger. Ainsi, nous avons amélioré certaines procédures ainsi que la disponibilité de bornes de distribution de solution hydroalcoolique. Nous avons également mis en place des jauges d'accueil qui ne sont pas obligatoires partout. Dans les endroits où les jauges étaient déjà en place, des ergonomes et des hygiénistes nous ont aidés à vérifier la pertinence des mesures. Les processus et la fréquence de désinfection des surfaces ont également fait l'objet de rectifications afin de répondre aux normes exigées. Du début de l'audit au mois de septembre jusqu'à l'arrivée de l'auditeur AFNOR en novembre, nous avons mené plus de 680 actions d'évaluation

ce qui est colossal. En plus de ces nombreuses évaluations, nous avons beaucoup sensibilisé les équipes sur les trois sites du CHU, Carémeau, le Grau-du-Roi et Serre-Cavalier.

Que représente l'obtention de cette certification ?

B. V. : Cette certification donne confiance. J'espère que nos usagers se rendent compte du travail mené par le CHU pour assurer leur sécurité. Nous réalisons des campagnes d'affichage qui sont régulièrement renouvelées pour communiquer sur ces bonnes pratiques. Obtenir cette certification était un vrai objectif pour rassurer la population et briser ce climat d'inquiétude envers l'hôpital. Nous avons souhaité nous inscrire dans une dynamique d'exemplarité et combattre le relâchement des mesures barrières. Désormais, nous devons donner du sens à cette démarche. L'obtention de cette certification a créé une dynamique qui dure encore aujourd'hui avec des audits hebdomadaires, et même quotidiens lors de la constatation de dysfonctionnements, pour nous assurer du bon maintien des mesures dans l'établissement. Les habitudes prises pour être certifié sont désormais pérennes et nous continuons en permanence à auditer nos organisations en routine. Il est essentiel de ne pas se relâcher.

Le CHU de Nîmes est à ce jour, le seul CHU certifié. Comment ont réagi les autres établissements universitaires ?

B. V. : De nombreux collègues nous ont félicités ce qui témoigne une fois de plus de la grande solidarité entre les établissements. Nous communiquons en permanence avec les autres CHU sur nos pratiques et cela va au-delà de cette démarche de certification. Nous travaillons sur de nombreuses procédures communes avec les autres CHU et nous nous tenons à leur disposition dans le cadre de cette certification comme pour toutes les autres questions. Par ailleurs, il faut signaler que le CH de Béziers, avec qui nous travaillons régulièrement, a également reçu cette certification.



©LN_CHU_NIMES



©LN_CHU_NIMES



Le Schéma directeur immobilier

« Ce schéma directeur est une trajectoire immobilière en cohérence avec le projet institutionnel de l'établissement »

Propos recueillis auprès de **Christophe Chaussende**, directeur des travaux et des investissements et **Bruno Beheregaray**, ingénieur général

Comment se compose le patrimoine immobilier du CHU de Nîmes ?

Le CHU de Nîmes est principalement composé de trois sites avec en premier lieu, le site de Carémeau qui regroupe la chirurgie, la médecine et l'obstétrique ainsi que des soins de suite et de réadaptation, même si ces derniers font surtout l'objet d'un site dédié important au Grau-du-Roi, et, enfin, un site orienté pour la prise en soins des personnes âgées à Serre-Cavalier. Il faut ajouter de nombreux centres médico-psychologiques (CMP) en lien avec l'activité de psychiatrie du CHU de Nîmes et des directions communes que nous avons sur plusieurs EHPAD qui demeurent néanmoins autonomes.

Comment définiriez-vous le schéma directeur immobilier du CHU ?

Ce schéma directeur est une trajectoire immobilière en cohérence avec le projet institutionnel de l'établissement et, plus particulièrement, la déclinaison de son projet médical pour les 20 prochaines années. Ce schéma directeur immobilier (SDI) a été initié en 2012, puis validé dans sa première version en 2014 avant d'être remanié et surtout dynamisé, à l'arrivée de Nicolas Best à la tête du CHU en 2018.

Quels sont les enjeux urbanistiques de cette restructuration du site de Carémeau ?

Il s'agit d'une mise à jour de la première étude urbanistique datant de 2009 en lien avec le projet médical de l'époque qui a abouti au premier schéma directeur immobilier. Le site de Carémeau s'est fortement développé par le passé et va continuer à le faire, d'où la nécessité en 2018 de réfléchir en profondeur à nos orientations. Il s'agissait d'étendre et d'étoffer un site tout en maintenant sa lisibilité. L'étude urbanistique menée par Philippe Villien a amené à penser le site comme un ensemble de pôles et de quartiers avec des vocations médicales spécifiques. Les grandes orientations passées ont été conservées à l'image du maintien de la chirurgie et des plateaux techniques au sein du bâtiment Carémeau Sud datant du début des années 2000. Il est lui-même adossé à un bâtiment historique de 1985 regroupant une foultitude d'activités médicales diverses et qui va être transformé pour devenir demain un pôle spécifique femme-enfant conformément à la volonté urbanistique d'identification claire. L'augmentation de l'activité médicale du CHU a conduit à la réflexion de nouvelles évolutions avec la construction d'un nouveau bâtiment MPR/SMIT/Gériatrie en relocalisant ces activités toujours à proximité mais en garantissant sa lisibilité et son identité. Par la suite, un bâtiment des médecines va être construit pour regrouper des activités comme la médecine interne, l'endocrinologie ou encore la dermatologie. L'évolution urbanistique est animée par la volonté forte de préserver un cadre environnemental remarquable tout en s'étoffant et en demeurant lisible pour le public.

Carémeau a vécu une forte évolution de son activité médicale et l'enjeu capacitaire pour se développer et continuer de répondre aux besoins de santé de la population, nous a conduits à réfléchir à une occupation de notre zone. En cela, le schéma d'urbanisme nous a permis de découvrir ou de confirmer des zones de constructions possibles en cohérence avec l'axe Nord-Sud du Carémeau originel, tout en réfléchissant à cet équilibre entre bâti et végétation et en intégrant une dimension logistique avec les différents flux. Le défi auquel le schéma urbanistique nous a permis de répondre est de maintenir la compacité de Carémeau et la proximité de certains services avec les plateaux techniques avec une fluidité dans les flux.

Ce schéma directeur se veut au service des projets médicaux. Comment le personnel médical a-t-il été impliqué dans les réflexions ?

De manière très simple, nous avons organisé des groupes de travail et des comités de pilotage, à la fois général sur le SDI dans son ensemble, et en particulier sur des problématiques spécifiques liées à chaque bâtiment construit. Les groupes de travail par spécialité ont pour mission de définir les projections d'activité et les évolutions capacitaires et techniques aussi bien pour l'accueil, la recherche ou la formation et l'enseignement. Le comité de pilotage général demeure le garant de la cohérence d'ensemble du bâtiment.

Quel a été l'impact de la crise Covid-19 sur ce schéma directeur et comment avez-vous intégré cette nouvelle donne dans vos réflexions immobilières forcément différentes de celles imaginées avant l'épidémie ?

La volonté du directeur général Nicolas Best, a été de maintenir la trajectoire du schéma directeur immobilier malgré la crise COVID. Toutefois, même si nous achevons actuellement la phase programme, au lieu d'enchaîner immédiatement sur la consultation des entreprises pour la construction, nous allons marquer un temps d'arrêt afin de solliciter des accompagnements de l'Etat pour compenser les pertes financières liées à la crise sanitaire avant de construire le bâtiment des médecines. Ce décalage de la phase construction sera très léger et nous permettra malgré tout de maintenir la trajectoire générale du SDI.

A l'intérieur des bâtiments, des évolutions techniques vont aussi prendre en compte l'arrivée possible, voire certaine, de nouvelles épidémies en travaillant sur des flux différenciés. A l'arrivée de la crise début 2020, certaines opérations de ce SDI étaient déjà lancées et hormis un léger retard sur la reprise des travaux de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS), nous avons eu la chance pour le bâtiment MPR/SMIT/Gériatrie et la surélévation de Carémeau Sud que les travaux n'aient pas débuté, ce qui nous a permis d'adapter les bâtiments aux besoins révélés par la crise. Si ces modifications restent toutefois mineures, concevoir un bâtiment en plein cœur de la crise, nous a permis de les rendre plus évolutifs. Pour preuve, le bâtiment SMIT pourra devenir en fonction des scénarios, une zone unique dédiée à la prise en charge d'une pandémie sans gêner le reste de l'activité. Il était important d'éviter de revivre la situation des mois passés, en différenciant mieux les zones de haute densité virale et de basse densité virale. Séparer les flux tout en garantissant l'étanchéité de ces zones devrait permettre de ne plus arrêter l'activité et de ne plus complètement déstructurer l'hôpital. Enfin, en parallèle de ces opérations, nous étions en préparation de la surélévation du bâtiment principal afin de créer un secteur de post-urgences avec des soins continus. Naturellement, au regard des événements, ce secteur sera agrandi, amélioré et potentiellement isolable afin d'accueillir une pandémie sans gêner l'activité principale.

Le cadre général sera ainsi repensé autour de 5 grandes zones que nous allons détailler à commencer par la zone Carémeau Plateau. Quelles sont les grandes lignes de la construction du nouveau bâtiment MPR/SMIT/Gériatrie ?

Le premier enjeu de cette opération est d'augmenter notre capacitaire tout en offrant une meilleure qualité de prise en charge hospitalière. Jusqu'à aujourd'hui, les activités SMIT et MPR se trouvaient dans d'anciens bâtiments exigus, notre première préoccupation était donc de répondre à l'amélioration des conditions de travail et d'accueil des patients tout en offrant une extension à la médecine gériatrique. Le précédent bâtiment avait déjà été remodelé par le passé mais ne répondait plus aux normes actuelles. L'amélioration du confort hôtelier et de la prise en charge ne pouvait se faire qu'en apportant une réponse architecturale en cohérence avec les standards actuels et avec la concurrence.



Quels sont les atouts du projet de l'agence Chabanne qui a été retenu ?

Paradoxalement, le projet retenu nous paraissait au début être le moins efficient mais, après analyse, dans une logique de sectorisation et aux différents types de prise en charge, c'est le projet qui s'adaptait le mieux aux évolutions futures. Il s'agit d'un grand bâtiment séparé en deux, avec un patio intermédiaire. Du côté impair, le plateau de rééducation occupera la partie basse du bâtiment et le SMIT, la partie haute, tandis que le côté pair sera occupé par la gériatrie. Dans le cadre d'une nouvelle perspective pandémique, le cloisonnement des zones permettra d'adapter toute la partie SMIT en fonction de la progression de la pandémie en annexant des services MPR ou gériatrique. Le jeu de secteurs isolés aux accès multiples offre à ce bâtiment une grande évolutivité sans grandes modifications.

Deux parkings en silos sont également en construction. À quelle problématique cette construction doit-elle répondre ?

La problématique est extrêmement simple puisqu'il s'agit de pallier une insuffisance de places de stationnement pour le public et le personnel. La création des nouveaux bâtiments sur Carémeau Plateau va prendre la place des deux grands parkings existant sur le site et il fallait donc trouver une nouvelle place pour le stationnement. L'étude urbanistique et l'expansion vers le nord, a démontré que la solution la plus logique était de créer deux parkings en silos sur la future limite batimentaire du CHU au nord du site. Nous avons décidé de créer deux parkings plutôt qu'un, afin de les ouvrir tous les deux au public et de les administrer à notre convenance selon nos besoins futurs.

Sur Carémeau Nord, le bâtiment principal est restructuré pour en faire un véritable pôle femme-mère-enfant. Quel est l'objectif de cette opération ?

À terme, Carémeau Nord sera effectivement uniquement dédié au pôle femme-enfant avec d'autres bâtiments que nous construisons actuellement comme l'extension de la clinique de l'obésité qui pourra éventuellement devenir demain, la consultation de pédiatrie. Ces constructions ont pour principal atout d'être modulables et légères, et donc de pouvoir être enlevées en fonction des besoins pour revenir à l'état initial. Ce ne sont pas des investissements lourds qui nécessitent un amortissement sur plusieurs années. La cohérence de toutes les opérations du SDI permet de répondre à un triple défi. Il s'agit d'anticiper l'évolution de l'activité en créant du capacitaire supplémentaire, d'améliorer les conditions de travail du personnel et les conditions d'accueil des patients. La grande faiblesse de Carémeau demeure son manque de chambres individuelles. La création de ce pôle au nord va permettre à Carémeau Sud de se recentrer sur les soins critiques et les lits chauds avec la chirurgie et par un jeu d'opérations tiroirs à grande échelle, de libérer de l'espace pour le pôle femme-enfant. La qualité de confort et les conditions d'accueil seront ainsi grandement améliorées. Chaque nouvelle opération va profiter à une autre.

La surélévation Carémeau Sud est également prévue...

Cette surélévation va doter le CHU de 95 lits supplémentaires à terme, dont 40 lits de soins intensifs, 30 lits de Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée et environ 25 lits de post-urgences. Là encore, cette opération va permettre de libérer de l'espace dans Carémeau Sud, tandis que le bâtiment impair libèrera indirectement la gynécologie qui repartira vers Carémeau Nord et le bâtiment des médecines fera de même pour la zone des médecines rénales. Ainsi, nous sommes en capacité de revoir

en parallèle, les configurations, le capacitaire et le confort hôtelier pour la chirurgie et le court séjour sur Carémeau Sud.

Quels sont les atouts du projet de l'agence Michel Beauvais Associés qui a été retenu ?

Ce projet a été retenu en raison d'atouts qui nous profitent aujourd'hui par rapport au COVID. Cette surélévation vient s'adosser au plateau technique avec l'imagerie et le post-urgences, et à proximité de la réanimation, en créant une double voie médicale. Cela permet d'avoir des flux différenciés et de mieux coller à la fonctionnalité initiale du bâtiment imaginé par Aymeric Zublena à la fin des années 90. Les différentes phases de jury se sont déroulées en plein cœur de la crise COVID ce qui nous a permis de prendre en compte ses contraintes et de constater que le projet de Michel Beauvais les avait parfaitement anticipées. De plus, son extension s'intégrait à merveille architecturalement à l'existant.

Sur la zone Carémeau Cancérologie, quelles sont les grandes lignes du projet d'extension de l'Institut de Cancérologie du Gard ?

Cette opération est toujours dans une phase de réflexion, mais les grandes lignes de ce projet doivent permettre de répondre à une problématique avant tout capacitaire. Bien que livré en mars 2015, le bâtiment de l'Institut de Cancérologie du Gard est déjà saturé. Les hospitalisations de jour ou les consultations ne peuvent plus se développer et certains services comme la pneumologie qui ont intégré ce bâtiment et font face à la même problématique de place. Le nouveau bâtiment doit permettre à la cancérologie, qui ne cesse de voir croître ses besoins, de s'étendre pour son activité actuelle et de préparer l'avenir. Nous réfléchissons aussi, à ce que des activités pouvant avoir un lien avec la cancérologie comme la gastroentérologie ou la dermatologie, intègrent le futur bâtiment pour proposer une prise en charge oncologique complète.

Enfin, sur Carémeau Universitaire, vous avez prévu la construction de l'IFMS (Institut de Formation aux Métiers de la Santé) et la restructuration de la faculté de médecine. Dans quelle mesure ces projets vont-ils permettre au CHU de se doter d'un véritable campus hospitalo-universitaire ?

Actuellement, l'institut de formation situé à l'opposé de la ville dispose de bâtiments vétustes ne répondant plus aux normes de sécurité et une mise aux normes nous aurait coûté près de 10 Millions d'euros. Puisqu'il fallait reconstruire, il nous paraissait pertinent de le faire sur le site du CHU et de la faculté de médecine. C'est la raison pour laquelle nous avons racheté un terrain à la ville de Nîmes. Cette construction doit nous permettre d'augmenter la capacité d'accueil en passant de 450 à 800 élèves, d'améliorer les conditions d'enseignement avec la création de grands amphithéâtres et de grandes salles de formation mais également des salles de simulation. Le nouveau positionnement de l'IFMS très proche des besoins de l'hôpital, de l'université et de notre centre de formation interne est un atout indéniable.

Cette notion de campus s'est construite au fil des années sans que cela soit forcément une réelle volonté mais plus le fruit d'opportunités. Par exemple, lorsque nous avons cherché à reconstruire notre IFMS, le seul terrain disponible s'est trouvé à proximité du CHU. Nous sommes l'un des rares CHU à disposer d'une proximité immédiate avec sa faculté. Nos missions d'enseignement et de recherche sont naturelles et sont facilitées par cette géographie. Ce campus nous permet d'anticiper, de développer et de renforcer les processus de coopérations entre la faculté et l'hôpital.

Comment votre zone logistique va-t-elle évoluer pour s'adapter à la hausse d'activité du CHU ?

Notre schéma directeur immobilier va forcément avoir un impact sur la logistique qui atteint ses limites. Jusqu'à aujourd'hui, le CHU de Nîmes a fait le choix d'avoir une logistique en régie aussi bien pour les flux, la cuisine ou la blanchisserie avec une plateforme logistique qui est aussi une pharmacie à usage intérieur. Nous maîtrisons la totalité des fonctions logistiques sur le site de Carémeau. Des problématiques liées aux évolutions futures se posent pour la logistique, à commencer par notre unité de production culinaire qui date de plus de 25 ans et qui doit être l'une des plus petites de France sur le ratio taille/activité. Nous sommes actuellement toujours dans une phase de réflexion sur ce sujet et le schéma d'urbanisme nous a effectivement permis de modéliser de futurs flux logistiques. Les moyens financiers engagés par le CHU de Nîmes sont aujourd'hui consacrés en priorité aux bâtiments médicaux mais la problématique de la logistique existe et devra être traitée.

Comment parvenez-vous à maintenir la cohésion et la coopération des différentes équipes impliquées dans ces projets ?

L'un des atouts du CHU de Nîmes tient dans sa dimension idéale. L'établissement est suffisamment important pour disposer de ressources humaines, intellectuelles ou financières conséquentes, mais c'est aussi le plus petit CHU de France ce qui nous offre une meilleure proximité, réactivité et connaissance des autres. Cette humanité favorise la cohérence. Les choix organisationnels sont aussi pour beaucoup dans ce maintien de la cohérence et de la transversalité avec une direction des ressources matérielles qui traite de toutes les notions de supports logistiques et des achats et qui facilite la transmission des informations et de la communication. Cela permet aux équipes de partager une vision et une trajectoire à long terme. Depuis 2008, le CHU de Nîmes est un établissement en excédent budgétaire qui a la possibilité de mettre en avant des projets ce qui est plus dynamisant et plus motivant pour les équipes. Un si grand nombre d'opérations permet forcément de toucher toutes les composantes de l'hôpital et il est extrêmement gratifiant de sentir que notre travail apporte quelque chose aux autres.

Dans quelle mesure cette modernisation à grande échelle doit-elle permettre au CHU de s'inscrire dans votre vision de l'hôpital de demain ?

Christophe Chaussende : L'hôpital de demain doit être accessible et lisible. Il doit répondre par sa capacité d'évolution aux défis, parfois imprévus, grâce à sa souplesse d'organisation, sa réactivité et sa lisibilité. Le schéma directeur immobilier associé au projet médical sur la base du schéma d'urbanisme, nous permettra certainement de répondre à ces nombreux défis. Le CHU de Nîmes se dote d'un outil permettant l'exercice de la médecine de demain avec une qualité d'accueil hôtellerie importante et avec de la cohérence, de la lisibilité et de la rapidité dans la prise en charge. Ce schéma directeur immobilier se veut structurant, en n'éloignant pas trop les secteurs techniques, et nous permettra de répondre aux défis de demain, y compris ceux que nous ne connaissons pas encore. Le site du CHU de Nîmes est magnifique avec des bâtiments qui sont beaux et où les personnels doivent avoir plaisir à travailler. Il faut rendre hommage au génie de l'un de nos prédécesseurs dans les années 70 qui a acheté ces 42 hectares à l'ouest de Nîmes, en plein cœur de la garrigue, pour y implanter l'hôpital. C'est aussi à lui que nous devons le CHU de demain.

Bruno Beheregaray : L'hôpital de demain doit conserver sa taille humaine et ne pas devenir des micros-CHU fédérés comme nous pouvons le voir parfois. Nous avons la chance d'évoluer et d'apprendre des erreurs des autres CHU. Nous construisons ce que nous pensons être le mieux pour l'hôpital de demain avec une organisation monolithique structurelle, avec des bâtiments reliés entre eux qui évitent de dépenser trop d'efforts et de flux logistique. Le CHU de Nîmes choisit son avenir et ne le subit pas. Il faut savoir être opportuniste et profiter de tous les éléments extérieurs pour les transformer en positif et dégager une vision optimisée. A l'image du CHU de Nîmes, l'hôpital de demain devra être dans une logique d'homogénéité structurelle et fonctionnelle.



©LN_CHU_NIMES