



## TERRES HOSPITALIÈRES

- CH D'ARMENTIÈRES • CHI DE BELFORT - MONTBÉLIARD • CH DE CAMBRAI
- CHI DE LA HAUTE-SAÔNE • CHI DU VAL D'ARIÈGE
- SAINT VINCENT DE PAUL
- Avancées récentes dans le traitement de l'épilepsie de l'enfant
- JOURNÉES FRANÇAISES DE RADIOLOGIE 2010
- Du GCS de moyens au GCS établissement de santé





BRUNET SAUNIER

# Cap sur le nouvel hôpital

Qu'il est doux le bruit du bulldozer au petit matin quand il résonne aux oreilles de ceux qui ont œuvré inlassablement à la réalisation du projet ! L'ouverture du chantier sur le site de Trévenans vient enfin concrétiser les efforts du Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard pour se doter d'un hôpital donnant son plein sens à la fusion réalisée en 2000.

Reportage réalisé par Catherine Pluvilage - catherine@dhmagazine.fr

Questions à  
Jean SCHMID  
directeur et  
Anne CARDEY,  
présidente de la CME.



**DH Magazine :** Rappelez-nous la situation de votre établissement ?

**JS et AC :** Le Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard (CHBM), pôle sanitaire du nord Franche Comté composé de six sites<sup>1</sup>, dessert un bassin de population de 400 000 personnes environ. Notre histoire commence en 2000 avec la fusion des hôpitaux de Belfort et de Montbéliard, établissements chacun de taille moyenne équivalente, la plus importante fusion réalisée en France, regroupant de surcroît trois départements<sup>2</sup>. Le mérite en revient à l'équipe de Gilbert Chodorge. L'étape suivante a été de donner sens à la fusion.

**DH :** Quelles sont les évolutions depuis 2006 ?

**JS :** Le projet de nouvel hôpital (NH), regroupant les activités de MCO sur le site de Trévenans, s'est concrétisé : les travaux démarrent ! Les sites urbains actuels, réduits des deux tiers 3, seront

dédiés aux consultations de médecine, à l'accueil des personnes âgées, aux SSR ainsi qu'à la cancérologie à Montbéliard. La phase actuelle est délicate car si nous avons la tête dans les étoiles en nous projetant dans l'avenir, nous avons aussi les pieds dans la glaise pour gérer la période intermédiaire. En effet c'est aujourd'hui qu'interviennent des bouleversements profonds de nos organisations, conséquences de la fusion ; c'est aujourd'hui qu'il faut prendre en compte les progrès médicaux, les innovations et les évolutions technologiques. Un changement radical s'impose dans les habitudes, les organisations et les pratiques pour atteindre l'objectif « nouvel hôpital » dans les meilleures conditions.

**DH :** Comment amener au changement ?

**AC :** Nous menons un travail de pédagogie systématique auprès des personnels

médicaux et soignants pour développer leur intérêt à agir et recueillir un consensus maximum. L'institution des contrats de pôle et de la délégation établit la confiance. Il s'agit aussi d'expliquer l'importance, dans l'intérêt du patient, du travail en commun, de l'évolution des compétences, des pratiques et des outils consécutifs à l'évolution de la médecine.

**JS :** Les changements sont réussis si les personnes impliquées y adhèrent. D'où l'importance de bâtir une méthode. Le CHBM a « osé la confiance », faisant partie en 2006 des sites expérimentaux pour la contractualisation. Les contrats de pôle ont été ensuite généralisés et pour 2008, 380 000 € d'intéressement ont été distribués. L'adhésion n'est obtenue que si les médecins et les soignants sont convaincus du bien-fondé des changements pour la qualité de la prise en charge des patients. C'est le sens de la démarche-qualité les deux certifications (V1 et V2) ont été obtenues en quatre ans à peine à laquelle sont rattachés tous nos projets, nouvel hôpital, système d'information, contractualisation et mise en œuvre de nouvelles techniques.

**DH :** Outre la contractualisation, quels sont les autres axes de votre action ?

**JS :** Le développement du système d'information, plus qu'un levier puissant, est un outil incontournable pour l'exercice d'une médecine performante. Après l'in-



formatisation complète de la gestion, nous procédons depuis deux ans à l'informatisation de tous les domaines qui touchent au patient: dossier patient, laboratoires, imagerie, blocs, urgences... (voir *infra*). L'architecture intérieure du nouveau bâtiment MCO est entièrement conçue pour intégrer les nouvelles technologies, par exemple la chambre intelligente du patient (**smartroom**). Dans le même temps, nous veillons à préserver la dimension humaine pour les patients et pour le personnel.

**DH : Quelle est votre politique de coopérations ?**

**JS et AC :** Les nombreuses coopérations

avec le CHU de Besançon se renforcent: la proximité de la gare TGV avec le nouveau bâtiment MCO permettra le déplacement facile de médecins intervenant à temps partagé. Dans le futur hôpital, le pôle logistique sera géré dans le cadre d'un GCS avec le CHSLD du Territoire de Belfort (voir *infra*). Sur chaque site urbain, des centres de santé seront ouverts pour développer des synergies avec les médecins de ville: des collaborations sont mises en place pour l'éducation thérapeutique, l'accueil en hôpital de jour de médecine, et la gestion des consultations non programmées. Un partenariat avec l'hôpital du Jura (Suisse) est établi pour l'accueil des urgences.

**DH : Et les problèmes budgétaires ?**

**JS :** Avant la fusion chacun des deux hôpitaux connaissait un certain déficit. Celui-ci s'est creusé après la fusion à cause des doublons. Ces dernières années, deux facteurs aggravants ont été l'amortissement de grosses opérations immobilières engagées dans les années

90 et la mise en œuvre de la réforme de la T2A. La résolution du problème passe par la suppression des doublons et par le développement de la qualité. Le déficit est déjà passé de 15 m€ à 5 m€. L'objectif est le retour à l'équilibre pour 2012. Pour ce faire: optimiser les organisations, développer le SIH et améliorer la description des activités.

**DH : Pour conclure, sur quel socle repose votre action ?**

**JS et AC :** Rendre accessibles au CHBM les technologies les plus avancées de la médecine moderne. Dans cette perspective, nous avons créé un groupe de prospective médicale travaillant à la mise en œuvre, quand c'est possible, de nouvelles technologies médicales et biomédicales (par exemple en cardiologie et en neurologie). L'intérêt en est évident pour le recrutement médical, mais nous comptons aussi insuffler aux personnels médicaux, soignants et autres, la fierté de travailler dans un hôpital à la pointe du progrès. ■

## De la fusion au nouvel hôpital: point de vue de médecins

**Questions à Michel ROGNON, chef du pôle femme-mère-enfant et Adel KARA, ancien chef de pôle des admissions non programmées.**

**DH : Comment le corps médical a-t-il vécu l'évolution de la fusion au nouvel hôpital ?**

**AK :** La fusion est une histoire ancienne: on en parlait dès 1975! En 2000, les deux hôpitaux de Belfort et de Montbéliard qui se suffisaient à eux-mêmes eu égard à leurs activités et à leur bassin de population respectif ont été réunis par une fusion surtout administrative et accueillie par les médecins dans une relative indifférence. Mais la baisse inquiétante de la démographie médicale et la disparition de certaines activités sur l'un ou l'autre site faute de médecins firent vite comprendre au corps médical la nécessité de regrouper les activités de MCO sur un lieu unique, perspective d'abord refusée par les collectivités locales.

Un premier projet vit le jour en 2005, qui répartissait la MCO... sur trois sites: Belfort, Montbéliard et un site « médian »<sup>3</sup>! Il fallut ensuite toute la pugnacité et la di-



plomatie du directeur du CHBM pour convaincre les politiques de rassembler les activités de MCO sur un site unique. Aujourd'hui, les obstacles sont aplanis et nous nous préparons activement à 2014, l'échéance de l'ouverture du nouvel hôpital. La période intermédiaire est particulièrement délicate, car toute baisse d'activités oblitérerait d'autant l'avenir.

**MR :** Il est vrai qu'au départ ni leur culture ni leurs activités ne destinaient Belfort et Montbéliard à se rapprocher. Le découpage en trois départements accentuait les différences. Mais la mise en place de l'aire urbaine et la mobilité des travailleurs fut un facteur important

d'évolution des mentalités. En ce qui concerne les médecins, depuis la fusion en 2000, les équipes des deux sites ont appris, par le biais des réunions institutionnelles, à se connaître et à travailler ensemble. Très vite la solution du site unique nous est apparue comme la meilleure réponse au problème de démographie médicale ainsi qu'aux exigences de la médecine moderne. En 2006, la nouvelle organisation en pôles a joué un rôle moteur dans l'évolution du projet.

**DH : De quelle manière l'organisation en pôles a-t-elle servi le projet ?**

**MR :** La logique polaire, instituée par la réforme, est la même que celle qui a poussé le corps médical vers le site unique. Les pôles mis en place en 2006, tous bi-sites, préfigurent sur les deux sites l'organisation du futur hôpital. Ainsi au niveau du pôle femme-mère-enfant, comme il était impossible de réaliser 3800 accouchements sur un seul site, l'activité de gynécologie-obstétrique de Montbéliard<sup>4</sup> a été préservée grâce à la réactivité du pôle: l'aide apportée par des médecins de Belfort a permis de remédier à une diminution brutale des effectifs médicaux de Montbéliard. Selon le principe de la complémentarité, des or-





ganisations médicales nouvelles ont pu être proposées en gynécologie obstétrique et en pédiatrie et de nombreux projets sont en cours de réalisation. Les équipes du pôle Femme-Mère-Enfant, inscrites désormais dans une dynamique de pôle, attendent impatiemment le site unique et la suppression des doublons (par exemple double permanence des soins en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie).

Les contrats de pôle et la délégation de gestion sont des éléments importants d'appropriation de la nouvelle structure, généralisés avant l'installation dans le nouvel hôpital, mais il est nécessaire, pour favoriser la mobilité et notre efficacité, de

parvenir à convaincre l'ensemble des personnels du pôle d'abandonner la notion d'appartenance à un seul service.

**AK :** Tant que deux sites coexistent, la mission de chef de pôle est délicate : les pôles sont difficiles à gérer car les équipes sont éclatées et la mutualisation malaisée. Mais cette récente entité a pris tout son sens grâce au contrat de pôle et à l'intéressement « récompensant les bonnes pratiques » redistribué équitablement aux différents services en fonction de leurs demandes (Le pôle des admissions non programmées a largement bénéficié de ce dispositif en 2009). Pour les implantations futures des services dans le nouvel hôpital

l'organisation polaire actuelle du CHBM a déjà été prise en compte, si bien que sur le nouveau site les services d'un même pôle se trouveront regroupés.

#### DH : Qu'attendez-vous du nouvel hôpital ?

**AK et MR :** Le fait de réunir nos forces et d'atteindre une masse critique suffisante est une condition sine qua non de l'exercice d'une médecine moderne, dotée d'équipements de pointe, qui ne peut se pratiquer sans la constitution d'équipes médicales étoffées, susceptibles d'attirer les jeunes praticiens ! Le site unique est la seule configuration qui nous permettra de conserver et même de développer nos activités. Il exercera aussi son attractivité sur la patientèle qu'une répartition en complémentarité des activités sur Montbéliard et sur Belfort aurait amenée à se diriger vers d'autres structures, Belfortains vers le Haut-Rhin, et Montbéliardais vers le Doubs. La position médiane du nouvel hôpital et les dessertes autoroutière et par TGV le rendront facilement accessible à tous les usagers. ■

## Le projet du nouvel hôpital

### Spécificités du projet hospitalier



Implanté sur le site de Trévenans équidistant de Belfort et de Montbéliard, bien desservi par la route (autoroute) et le rail (TGV), le NH sera constitué de deux bâtiments reliés entre eux par une galerie souterraine, l'un dédié aux activités de MCO, l'autre logistique (voir *infra*). Le bâtiment MCO **monobloc** de 250 m de long sur 90 de large offrira 748 lits et places et un plateau technique complet : blocs opératoires, bloc obstétrical endoscopie, ima-

gerie (imagerie d'urgence et imagerie conventionnelle), laboratoires d'analyses médicales, service de réanimation et service de médecine nucléaire. Les travaux d'aménagement du terrain viennent de débuter. Quant à la construction, elle est prévue de 2011 à 2014. Le pôle logistique devra être fonctionnel trois à six mois avant l'ouverture du bâtiment hospitalier prévue fin 2014.

Le 20 septembre, Mme Bachelot-Narquin,

Propos recueillis auprès d'Agnès TERZIBACHIAN, cadre supérieur de santé, chargée des organisations, Rachel CHAMPENIER, directrice du projet NH, Marlène TECHER, attachée d'administration, chargée de mission « équipement », Alain SARTER, ingénieur chef de projet, et Corinne CASOLI, directeur des systèmes d'information.

ministre de la santé et des sports, qui posait la première pierre et lançait ainsi les travaux du nouvel hôpital, s'est vivement intéressée à ce nouveau concept.

#### DES EXIGENCES FORTES

Le bâtiment hospitalier doit répondre à quatre exigences fortes, garantes de son efficacité : dès l'ouverture, la mutualisation des moyens et la flexibilité entre les unités ; à plus long terme, l'extensibilité et l'évolutivité.

**Mutualisation :** Dès l'ouverture, les moyens seront mutualisés. Pour exemple, la logistique : la plupart des stockages, externalisés des unités seront gérés informatiquement. Une équipe hôtelière centralisée interne au bâtiment MCO as-

surera une triple fonction : ▪ la logistique-repas ▪ les transports, c'est-à-dire la livraison aux unités dans des espaces prévus des produits acheminés par les TAL (transports automatiques lourds) et vice-versa ▪ l'entretien. Ce fonctionnement logistique nouveau implique une configuration adéquate des espaces et de nouvelles organisations. De même est prévue la mutualisation des secrétariats, rendue possible par l'informatisation : les secrétariats médicaux communs à trois services les secrétariats de consultations, au rez-de-chaussée, un seul par secteur<sup>5</sup> pour l'accueil, un seul par secteur pour la sortie.

**Flexibilité :** Les secteurs atypiques sont positionnés en priorité pour contrôler les flux et la proximité des accès : accueil des urgences, consultations, réanimation, imagerie, blocs opératoires. Dans les espaces restants seront installées 15 unités conventionnelles standardisées de 30 lits, par blocs de 2 ou 3, contiguës entre elles avec des frontières souples et suivant un double principe de proximité, horizontale et verticale.



Inauguration du chantier par Madame Roselyne Bachelot.

**Extensibilité :** La conception d'un bandeau central de circulation nord sud facilite les prolongements éventuels.

**Evolutivité :** La restructuration des espaces hospitaliers est toujours difficile, mais pour qu'elle soit possible, il faut positionner les éléments « durs » au mieux pour permettre des réaménagements ultérieurs. C'est dans le même souci qu'à chaque niveau est prévue une hauteur sous dalle identique de 3,85 m.

#### PLAN D'ÉQUIPEMENT

Le plan d'équipement a été intégré dès le départ au projet de construction. Ce couplage s'avère une procédure facilitant voire indispensable car elle permet la prise en compte de paramètres multiples dès la conception des bâtiments et de leur organisation.

## Vous avez dit smartroom ?

L'ambition était dès le départ de connecter plusieurs autres technologies au dossier patient et d'équiper l'hôpital pour y créer des « chambres intelligentes ». Les informations générées à partir des outils ainsi connectés alimentent le DPI sans ressaisie, avec à la clé un gain de temps assez considérable, une fiabilisation de l'information, un dossier médical disponible depuis les chariots, des panneaux de visualisation des chambres et la connexion des appareils biomédicaux (pompes, prise des signes vitaux) via un bus spécifique. Nous évaluons le gain de temps pour les infirmières à environ 30 %, avec moins d'erreurs à l'arrivée. Enfin, il s'agissait aussi d'installer des terminaux multimédia pour le patient, d'amener de la technologie à son chevet et l'aider dans la compréhension de son état de santé.



**Programme budgétisé :** Après codification des locaux, actuels et futurs, et l'inventaire des équipements à venir, les coûts d'équipements sont établis en « tout à neuf ». Les équipements récupérables sur les sites actuels sont alors répertoriés, de manière à obtenir une estimation budgétaire des achats. Ensuite l'identification des contraintes liées aux équipements permet de prévoir les coûts des ajustements nécessaires des locaux.

**Pilotage :** La réalisation du programme d'équipements est confiée à la direction des achats et de la logistique dans un souci de continuité et de cohérence avec la politique d'achats menée durant la période intermédiaire. L'enveloppe budgétaire en est de 25 m€. La démarche est accompagnée depuis l'APS par le bureau d'études BEEM Ingénierie. Un dispositif de veille technologique évitant l'obsolescence rapide de matériels est déployé : 36 groupes de travail pluridisciplinaires<sup>6</sup> réunis à chaque étape du projet, étudient et valident les implantations, appréhendent les locaux, ajustent les surfaces, etc. Cette concertation sur les équipements est une véritable propédeutique à l'appropriation du projet et des nouveaux locaux par leurs utilisateurs.

**Accessibilité à tous et ergonomie :** Le NH offrira des accès aisés à tous et des repères naturels et intuitifs, depuis l'accès au site jusqu'aux cheminements intérieurs conformément à la loi handicap de 2005. Une étude sur l'accessibilité est menée en partenariat avec l'UTBM<sup>7</sup>. Les espaces, les outils et les dispositifs seront également conçus pour assurer le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité aux usagers, en particulier les meilleures conditions ergonomiques aux personnels. Pour exemple l'installation et l'équipement

d'une chambre pour patients obèses dans chaque unité et la mise en place de lits malades dans plusieurs chambres.

#### VIGILANCES POUR L'EXPLOITATION FUTURE

La maîtrise des coûts d'exploitation requiert une minutieuse attention dès la conception du projet. Un premier levier est de limiter et d'optimiser les surfaces construites. Ensuite la gestion des énergies s'inspire de la démarche HQE (qualité de l'enveloppe du bâtiment, production de chauffage par chaufferie à bois, etc.). D'une manière générale, cette approche se veut pragmatique, responsable et techniquement maîtrisée.

La vigilance s'exerce aussi sur la maintenance ultérieure, citons pour exemple les stores, le nettoyage ou le remplacement des vitrages, l'accessibilité aux organes de coupure. Les secteurs sensibles sont l'objet de traitements particuliers. Ainsi les blocs et la stérilisation seront compartimentés pour réaliser d'éventuels travaux de maintenance et de réaménagement tout en maintenant l'activité.

#### LE POINT DE VUE DU MAÎTRE D'ŒUVRE

Propos recueillis auprès d'Olivier Contré, architecte associé du Cabinet Brunet-Saunier Architecture





Notre cabinet a gagné le concours fin 2006 et nous venons d'entrer ces derniers jours dans la phase de construction. Presque quatre ans, cela peut sembler long pour la maturation d'un projet, mais il s'agit de concevoir 70 000 m<sup>2</sup> de construction en déclinant un programme multifonctionnel complexe, qui a nécessité pendant ce temps des remises en cause assez conséquentes.

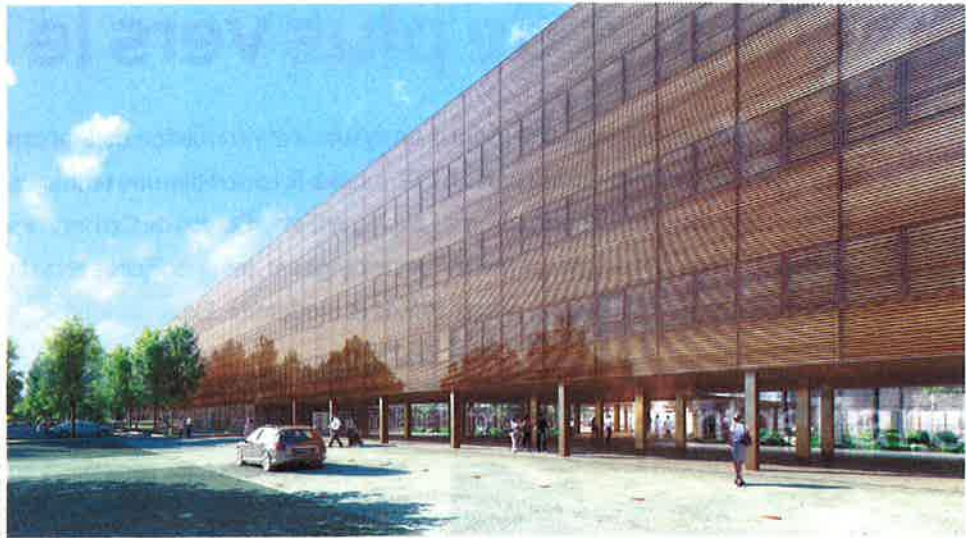
Mais cette situation n'est pas exceptionnelle et il n'y a pas d'opération hospitalière qui se déroule de façon linéaire.

Par sa flexibilité et son extensibilité, le projet doit accepter les inévitables remaniements de programme vécu tout au long de l'opération.

Il n'y a pas plus complexe, plus diversifié, plus hétéroclite, plus contradictoire quelquefois, qu'un programme hospitalier. Des caractéristiques qui à elles seules imposent l'évolutivité.

Pour minimiser l'impact de ces variations pas toujours prévisibles de l'activité hospitalière en volume ou en nature, et pour augmenter la flexibilité des locaux, nous proposons un concept : le monospace.

La caractéristique fondamentale de l'hôpital du XXI<sup>e</sup> siècle est de constituer l'assemblage de trois composantes essentielles : diagnostic, interventionnel, convalescence. Émergente au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, l'exigence de flexibilité de chacune de ces composantes est devenue particulièrement impérieuse à partir des années 90. Notre idée est que le volume hôpital, unique, doit pouvoir accepter indifféremment que ces trois ensembles évoluent l'un par rapport à l'autre. Nous proposons



BRUNET SAUNIER

donc une superposition de planchers de largeur constante bâtis sur une trame régulière de 750 X 750 dans une enveloppe simple et homogène, pouvant accueillir la plupart des fonctionnalités.

Aussi simple que cela puisse paraître, l'ensemble est « simplexe » puisqu'organisé selon des règles rigoureuses et complexes. Parmi elles :

- Le respect de l'arborescence des flux selon un principe de marche en avant et de séparation des circuits.
- La juxtaposition systématique des parties servantes et les parties servies.
- La distinction claire des éléments structurants et des éléments fluctuants.

Une spécificité de l'opération de Belfort-Montbéliard est que nous construisons sur un terrain en pente marquée : avec 13 % de déclivité pour un bâtiment de 100 m de large.

Entre les points haut et bas du site, entre le bois existant et la prairie qui conserve ses atouts champêtres, le nouvel hôpital concentre son emprise entre deux lignes transversales.

Ainsi contenu entre deux voies d'accès, l'une haute et dédiée aux urgences, l'autre basse et desservant l'entrée principale, il minimise sa consommation de territoire tout en favorisant l'organisation à venir du site, avec les installations d'un logi-pôle en sa proue nord et son extension d'ores et déjà envisagée en sa proue sud.

Si, pour s'imposer sans ambiguïté aucune comme un établissement public, le nouvel hôpital, vêtu de bois sous verre, offre une image emblématique, par son architecture « massive », il est un bel exemple d'appropriation, d'interprétation des histoires bâties régionales. ■

## Le pôle logistique

Devant la nécessité de moderniser les installations existantes, le projet d'un nouveau pôle logistique (PL) sur le site de Trévenans est vite apparu comme la meilleure solution. Pour les fonctions blanchisserie et restauration de ce projet, le CHBM est associé au CHSLD<sup>9</sup> dans le cadre juridique d'un GCS. Quatre années seront nécessaires à sa réalisation<sup>9</sup>, jusqu'à sa mise en service, trois à six mois avant l'ouverture du bâtiment MCO (NHMCO). Implanté à proximité, le PL regroupera la blanchisserie, l'UCPA<sup>10</sup>, le magasin central du CHBM, la pharmacie, le service transport, les aires d'échanges et de livraison, la plateforme-déchets, les



Propos recueillis auprès de Philippe MEYER, directeur du CHSLD « Le Chênois » et vice administrateur du GCS pôle logistique, Coraline THORY, directrice des achats et de la logistique et administratrice du GCS pôle logistique, Rachel CHAMPENIER, directrice du projet NH et Martin PORTE, ingénieur logistique, chef de projet.

TAL, les ateliers et une zone administrative. Il desservira le NHMCO, les deux sites urbains, le site de Pont-de-Roide et les sites du CHSLD. Une galerie souter-

raine le reliera à son principal client, le NHMCO dans lequel ne subsistera aucun espace dédié à la logistique, la liaison entre les deux bâtiments s'effec-