

Éric Giroud

PROGRAMMISTE, JACOBS (PARIS)

Michel Beauvais

ARCHITECTE, AGENCE MICHEL BEAUVAIS ET ASSOCIÉS (PARIS)

Construction de l'hôpital de Saintonge

Retour d'expérience

53^{ES} JOURNÉES D'ÉTUDES ET DE FORMATION DES INGÉNIEURS HOSPITALIERS DE FRANCE – 19 AU 21 JUIN 2013 – PARIS

© AGENCE MICHEL BEAUVAIS ET ASSOCIÉS

Le centre hospitalier de Saintonge à Saintes (17) a ouvert ses portes en 2007. Cinq ans après, il nous semble intéressant d'établir un bilan, espérant que ce retour d'expérience contribuera utilement aux réflexions sur le devenir de l'hôpital dans un contexte de redéploiement des moyens.

Du programme à la construction

Le concept de soin en 1999

En 1999, l'hôpital fixe clairement ses attentes au regard du ou des futurs bâtiments et équipements en s'appuyant sur les concepts de soins ci-dessous :

- *Concept 1 – Le soignant auprès du patient.* La qualité des soins est fonction non seulement de la technicité médicale mais aussi de la fréquence et de la qualité de la relation soignant/soigné. Le soignant doit donc être au chevet du patient.
- *Concept 2 – Une logistique mécanisée.* Un des corollaires du premier concept est de transférer certaines tâches logistiques (gestion du linge, des déchets...) à des équipements mécanisés.

- *Concept 3 – Un cadre de travail ergonomique.* Les organisations de travail et les tâches des soignants continuent à évoluer. Elles doivent bien entendu prendre en compte les bonnes pratiques de soin, les progrès de l'hygiène, la sécurité du patient... Il en résulte forcément un cadre bâti, des mobiliers... à repenser avec le programmiste.

- *Concept 4 – Un meilleur soin pour un meilleur coût.* Les contraintes économiques obligent à des optimisations budgétaires portant sur le bâtiment et ses équipements ainsi que sur les effectifs des personnels... Le CH de Saintonge a clairement choisi de porter ses efforts sur le bâtiment, simple outil, au service du personnel dont la mission prioritaire est de soigner. Il en résulte qu'il convient de mutualiser le cadre bâti et d'assurer que le taux d'utilisation soit optimal. Il apparaît donc nécessaire d'abandonner la notion de « territoire » attaché à une équipe soignante pour passer à des lieux de soins adaptés à une activité prévisionnelle et constatée. Certains concepts fondamentaux ne sont pas expres-

Fiche technique

Nombre de lits et places :	443
Surface utile (SU) :	30 470 m ²
Surface dans œuvre (SDO) :	43 503 m ²
SDO/SU :	1,43
SDO/lit :	98 m ²
Coût des travaux (valeur mars 2013) :	77 500 000 € HT
Coût par m ² SDO :	1 780 € HT

sément mentionnés car ils sont déjà inclus dans l'acte de soin, le respect des bonnes pratiques, les règles d'hygiène et la qualité des prestations.

Le questionnement programmatique

Le cadre bâti hospitalier doit être un outil « facilitateur » du travail des soignants ; le programme doit donc refléter cette préoccupation. Il est basé sur les réponses aux questions suivantes :

- *Quelle est la première mission du soignant ? Soigner, prendre soin...* Cette distinction entre ce qui est premier ou servi, secondaire ou servant, est déterminante pour bien hiérarchiser les contraintes et les exigences du futur programme. Cela rejoint par ailleurs le concept de soin 1 (Le soignant auprès du patient).
- *Quelles tâches peuvent-elles être sous-traitées ou confiées à des « machines » ?* Certaines tâches logistiques (déchets, linge, nourriture) suffisamment répétitives pour être automatisables et effectuées dans un lieu où le patient est absent. Ce n'est bien entendu pas le cas du ménage et de la distribution des repas qui permettent de « prendre soin » des patients.
- *Comment diminuer le temps « perdu » lors des déplacements des soignants ? A priori, nous estimons que les personnels paramédicaux passent un tiers de leur temps à se déplacer dans le service. La proximité de leurs différents lieux d'intervention présente donc un gain de temps important (p. ex. la centralité du poste infirmier au regard des chambres), de même que le retrait des tâches logistiques. Par ailleurs, le temps médical disponible au regard du nombre de patients diminue régulièrement alors que la durée des séjours de ceux-ci est raccourcie (passage de l'hospitalisation conventionnelle à l'hôpital de semaine ou de jour, obligation administrative liée à la tarification à l'activité et à la nouvelle gouvernance). Réunir leurs lieux de travail (hospitalisation, consultations, locaux de siège) leur évitera des déplacements et facilitera le parrainage des débutants par les plus expérimentés.*
- *Comment faciliter l'entraide pour gérer les imprévus (surcharge momentanée, incidents...)?* En rapprochant les unités de soins par leur contiguïté, ou leur ras-

semblement sur un même niveau. Prévoir des unités strictement similaires pour faciliter les échanges entre services (p. ex. quand une infirmière qui vient en aider une autre en sous-nombre quelques heures en raison d'arrêts maladie imprévisibles). Les unités de lieu de travail des médecins permettent aussi une meilleure entraide, des transferts de savoir-faire plus efficaces donc une plus grande sécurité pour les patients.

Les demandes du programme

La déclinaison pratique de ces concepts de soin et les questions posées par le programmiste aboutissent à des configurations architecturales décrites dans le programme.

■ Demande 1 – Proximité entre poste de soin et gare à chariot

Le programme prévoit un système d'AGV (*automatic guided véhicule*) transportant, depuis les gares centrales vers celles des étages, la nourriture, le linge, les déchets, la pharmacie, la stérilisation et les consommables des magasins. L'originalité du programme est une demande de proximité entre les postes de soins de deux unités d'hospitalisation et la gare à chariot d'étage ; cette dernière comprend un côté propre et un côté sale situés de part et d'autre des deux monte-charge spécialisés (**Schéma 1**). Cette configuration permet de supprimer la majorité des utilités (local linge propre et sale, local déchet) dans les services d'hospitalisation, en conservant toutefois le vidoir (transport de matière aseptique) et le rangement (usage fréquent). Elle diminue ainsi la charge de travail du nettoyage et évite le déplacement de certains chariots ; le personnel peut donc passer plus de temps au chevet des malades. Notons que cette gare à chariot d'étage dessert aussi les autres services de l'étage et notamment les PC (postes de commandement) médicaux et les consultations.

■ Demande 2 – Regroupement des lieux de travail des médecins

Le programme prévoit de regrouper les lieux de travail des médecins. Il s'agit, pour les disciplines cliniques, des hospitalisations conventionnelles, consultations et explorations fonctionnelles, PC médicaux et parfois d'unités spécifiques à une discipline (unité de soins intensifs cardiologiques pour la cardiologie, hémodyalyse pour la néphrologie). Par ailleurs, les bureaux des médecins servent à la fois de PC médical et de salle de consultation (**Schéma 2**).

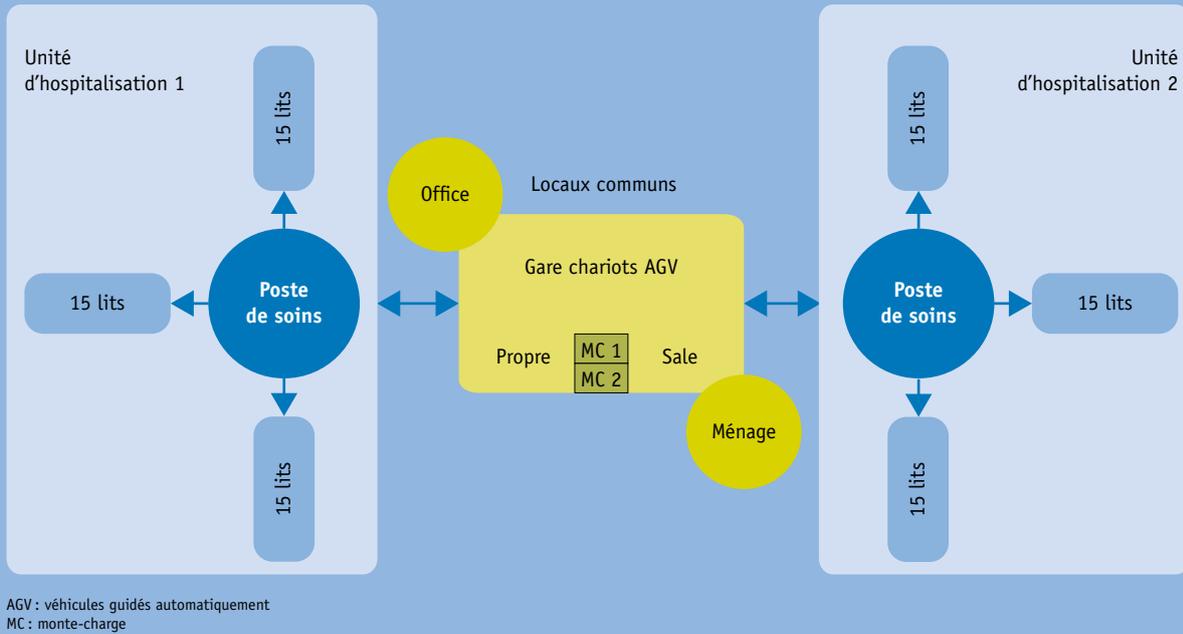


Schéma 1 - Proximité entre les postes de soins et la gare de chariots automatisés

■ **Demande 3 – Un cadre de travail ergonomique**

Le programme prévoit des unités d'hospitalisation similaires basées sur des organisations de soin et de travail parfaitement réfléchies ; seules différences : le nombre de lit et l'ajout d'une salle de soin et de pansement dans les unités de chirurgie. Par ailleurs, vu les bons ratios de surface par activité, le programme prévoit des locaux complémentaires tels que des salles de jour en hospitalisation, des bureaux banalisés de consultation, des salles de kinésithérapie... Il demande aussi des possibilités d'agrandissement pour une salle d'opération complémentaire et une salle de coronarographie.

■ **Demande 4 – Des locaux mutualisés et des surfaces optimisées**

Le programme prévoit des unités d'hospitalisation de 45 lits divisées en trois sous-unités de 15 lits organisées en « étoile » autour du poste de soin, dont elles sont équidistantes (Schéma 3). Les lits sont partagés entre plusieurs disciplines médicales (p. ex. cardiologie, pneumologie et néphrologie, ou médecine interne, neurologie et oncologie) selon leurs besoins et leurs activités réelles. Il prévoit à chaque étage des locaux communs (vestiaires, logistique) aux unités d'hospitalisation, consultation, exploration fonctionnelle et au PC médical. Le ratio de surface est de 32 m² SDO/lit pour 75 % des lits en chambre individuelle (SDO : surface dans œuvre ; la fourchette Anap est de 32-38 m² SDO) (Anap : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux). Il est de 41 m² SDO par lieu de consultation (Anap : 45-55 m² SDO).

Schéma 2 - Regroupement des lieux de travail des médecins

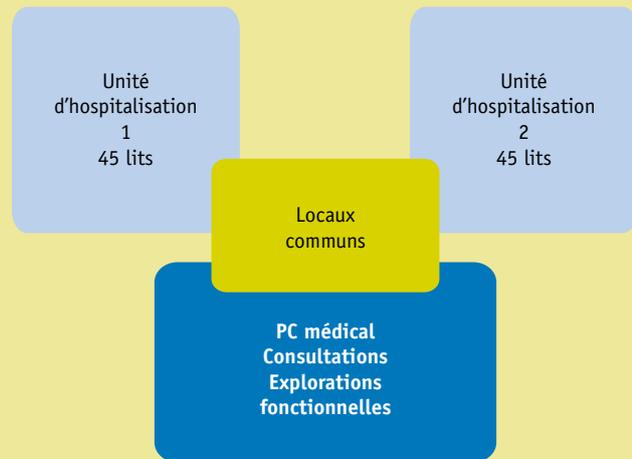
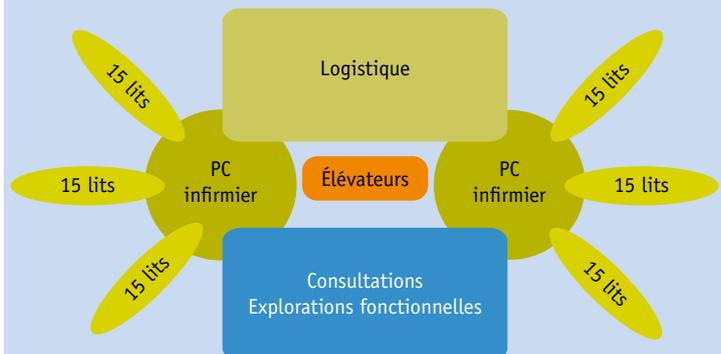


Schéma 3 - Organisation d'un étage type de 90 lits en deux unités de 45 lits



■ **Demande 5 – Programme « ouvert » pour que les maîtres d'œuvre apportent leur plus-value**

Le programme est précis, impératif et directif sur les points stratégiques forts faisant l'objet d'un consensus dans l'hôpital. En revanche il est ouvert et « performantiel » quand l'hôpital souhaite que la maîtrise d'œuvre soit force de proposition, dans un cadre donné précisant des performances à atteindre, les réflexions de l'hôpital en phase de programmation, les scénarios envisagés, des surfaces, un coût...

Le projet, interprétation architecturale du programme

Le choix d'une organisation par pôles a anticipé ce mode aujourd'hui généralisé. Il s'est traduit architecturalement par la définition d'« ensembles fonctionnels » respectant les volontés du programme, tout en associant la rationalité et le réalisme fonctionnel, architectural et technique. Le projet est structuré selon quatre grands principes :

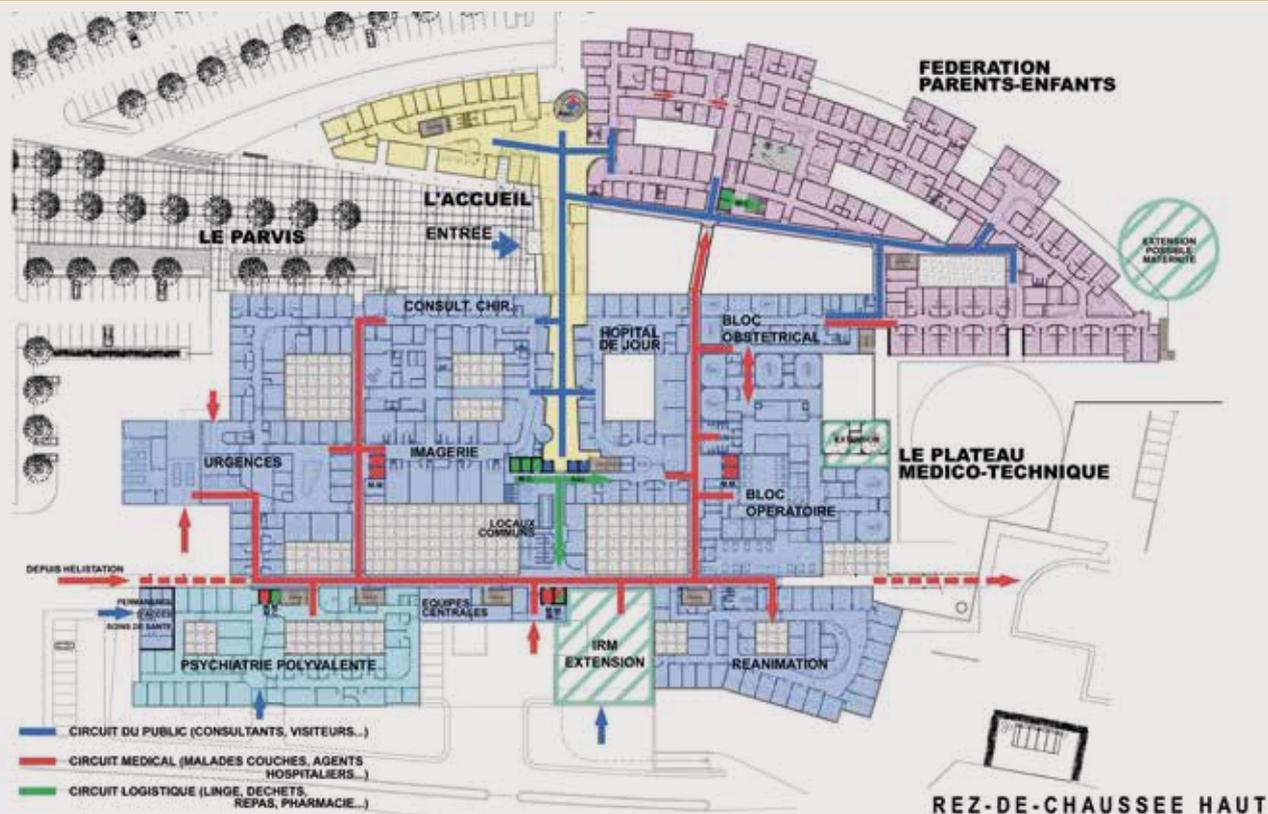
- organisation du « plateau technique médical » sur un seul niveau ;
- identification de « la mère et l'enfant », greffé au plateau technique ;
- regroupement des unités de soins en deux

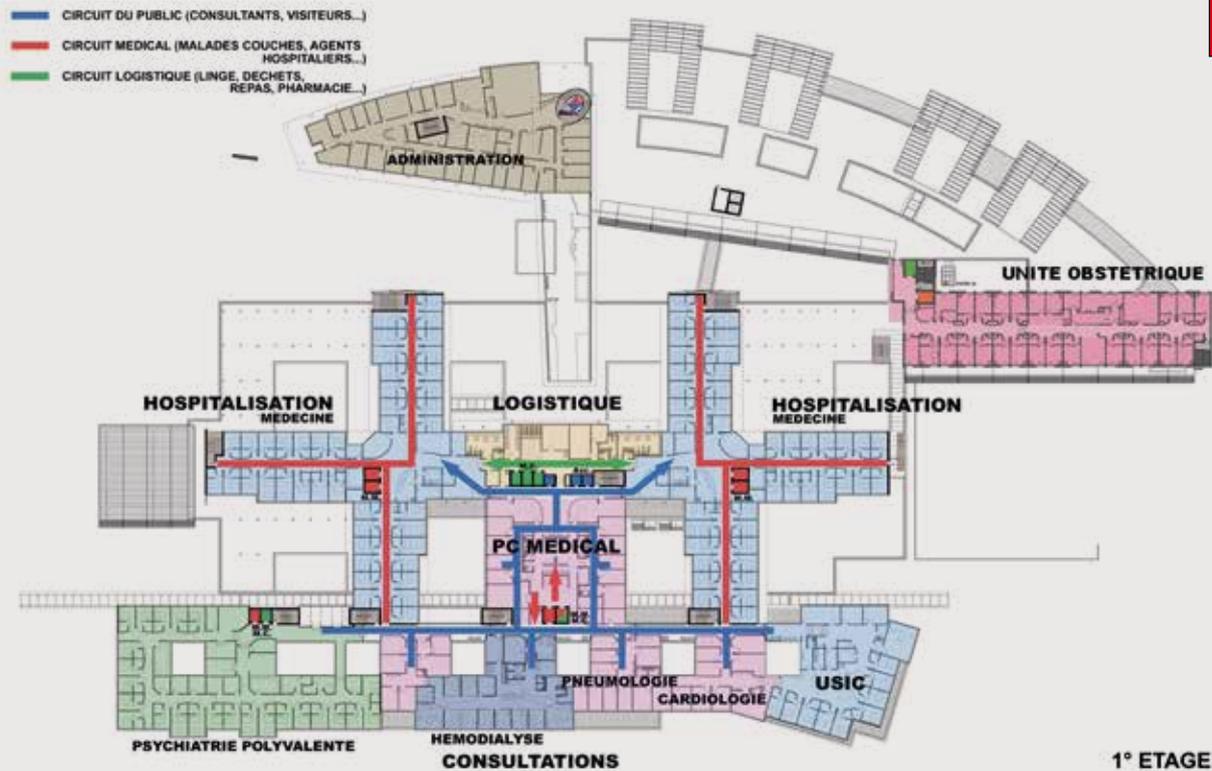
« étoiles » de part et d'autre d'un plateau de logistique commune ;

- création d'un grand mail donnant accès au hall placé en rotule entre les pôles de médecine et de chirurgie et le secteur mère et enfant.

Socle des unités de soins médico-chirurgicales, le plateau technique regroupe au rez-de-chaussée, successivement, les urgences en « proue » du bâtiment, l'imagerie, les soins critiques et le secteur interventionnel avec les deux blocs et l'hôpital de jour (**Plan 1**). Dans sa continuité se trouvent la plupart des activités du secteur mère et enfant avec les consultations et les hospitalisations de la pédiatrie et de la gynécologie obstétrique. Les consultations chirurgicales et des spécialités, s'organisent également au niveau du plateau technique, à proximité de l'imagerie ; la psychiatrie polyvalente est placée en contiguïté avec la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Les proximités requises sont respectées à partir d'un maillage rigoureux des circulations. La séparation des circuits, (public, patient, malade couché, logistique) organise et structure tous les axes de distribution à tous les niveaux. La présence de la lumière naturelle est permanente dans les circulations et les galeries de liaison, qui longent patios et jardins intérieurs.

Plan 1 - Rez-de-chaussée haut



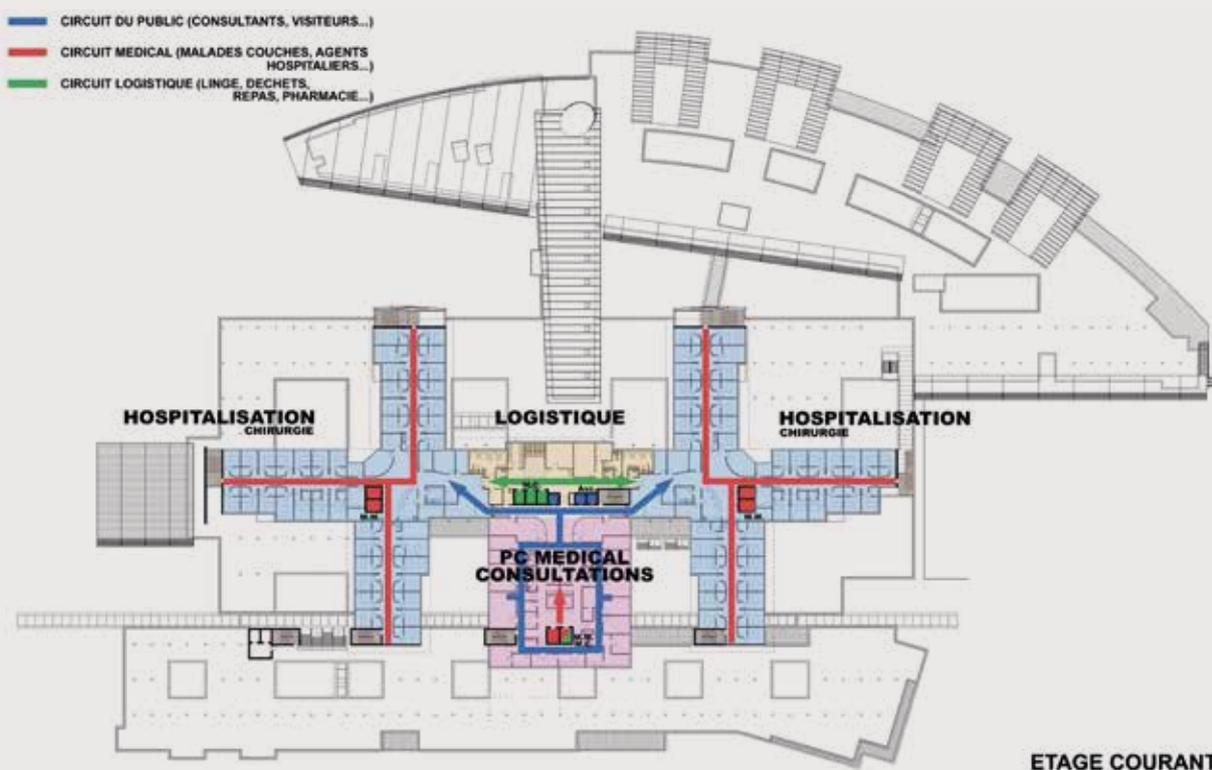


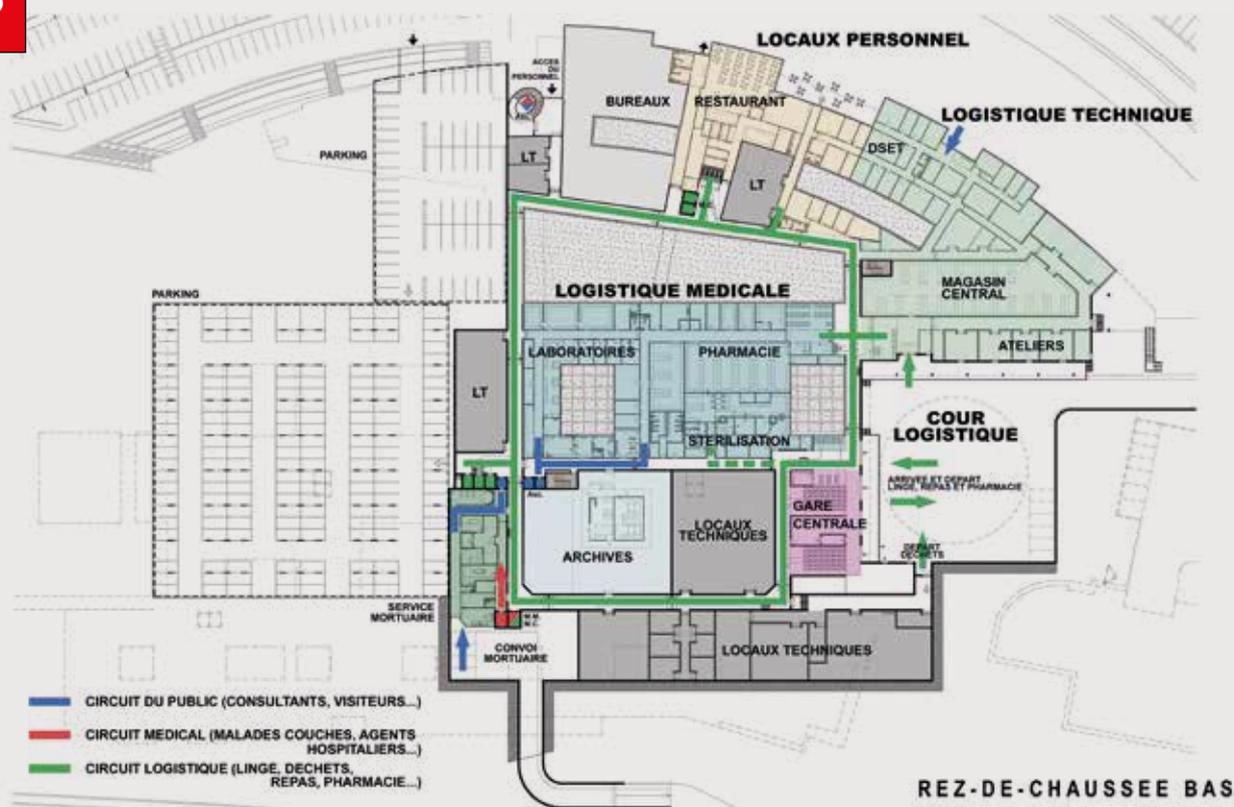
Plan 2 - Premier étage

En étage, les unités de soins s'organisent par des ensembles de 90 lits composés de sous-unités de 15 lits regroupées en « étoile » et de 45 lits autour d'un poste de soins central. Au même niveau que les hospitalisations, les activités « externes » complètent les regroupements par entité, avec toutes les consultations et les explorations fonctionnelles de la médecine positionnés au centre de chaque étage (**Plans 2 et 3**).

Pour la logistique, le principe de la gestion mutualisée des espaces dédiés à cette fonction a été développé au maximum des possibilités techniques, avec le transport automatisé lourd (TAL) imposé par le programme. Au cœur de chaque étage, un vaste « plateau central » stocke et gère la logistique commune aux unités de soins. En « espace support » au niveau -1 ou rez-de-chaussée bas, sous le plateau technique, le projet est

Plan 3 - Étage courant





Plan 4 - Rez-de-chaussée bas

doté d'un grand plateau de logistique médicale, hôtelière et technique (**Plan 4**). Depuis la cour de service, les gares de distribution et d'extraction des services sont desservies par un parcours « en noria » des tortues, qui rejoignent ensuite les étages.

Cette organisation de la logistique interne (ou transitive) automatisée a dépassé son rôle de simple élévateur, pour participer à la gestion spatiale des unités. Outre la rentabilité optimum de la fonctionnalité, elle a permis de « sortir » de la partie hébergement une bonne partie des locaux communs qui augmentent les surfaces des unités, donc la longueur des circulations. Ces locaux, qui n'ont d'ailleurs aucune « valeur ajoutée » à la bonne pratique des unités de soins, sont organisés au centre de tout l'étage, pour 90 lits et non plus traditionnellement par unité.

Retour d'expérience 1 : difficultés et succès

Après environ cinq années de fonctionnement, dressons un bilan et analysons les raisons des difficultés et des succès constatés.

Difficultés rencontrées

La première catégorie de dysfonctionnements est due à la difficulté d'anticiper les nouvelles organisations hospitalières ou les augmentations d'activités. Ainsi l'explosion de l'ambulatoire n'avait-elle pas été suffisamment prise en compte. Des places étaient bien prévues pour la pédiatrie, la médecine, la chirurgie

et l'oncologie, mais leur nombre s'est révélé insuffisant. Il en va de même pour l'augmentation des activités médicales, notamment celles de consultation et d'exploration fonctionnelle. Les surfaces afférentes se sont elles aussi révélées trop faibles notamment en gynéco-obstétrique. Dans d'autres établissements de taille similaire, on voit régulièrement apparaître des inadéquations entre configuration architecturale et organisation nouvelle, notamment pour les soins critiques (fermeture de lits dans les établissements publics ou privé voisins...), parfois les blocs opératoires, les urgences (fermeture totale ou partielle de service voisin, moins grande disponibilité de la médecine libérale...), la pharmacie et les laboratoires (technicité plus pointue, mutualisation dans le cadre des communautés hospitalières de territoire...).

La seconde catégorie de dysfonctionnements relève de l'inadéquation entre l'organisation prévisionnelle du travail, conçue lors du programme ou des études de maîtrise d'œuvre, et son expérimentation sur le terrain. Il était ainsi prévu un seul secrétariat médico-administratif de cinq postes de travail dans les étages. Ses missions comprenaient l'accueil des malades, des visiteurs, la gestion des dossiers administratifs y compris les paiements des prestations, la prise de rendez-vous, la frappe des comptes rendus et l'archivage. Cette concentration d'activités gérées par des agents pluridisciplinaires se révèle trop lourde. Le lieu unique sera conservé car efficace, mais son espace sera restructuré pour répartir les postes de travail par type de dossier.

Succès constatés

L'organisation prévisionnelle du travail est un enjeu majeur pour le bon fonctionnement d'un établissement hospitalier. Sa réussite dépend souvent de son adéquation entre sa programmation et sa mise en œuvre opérationnelle. À Saintes, le programme regroupait au même étage les lieux de travail des médecins (hospitalisation, PC médical, consultations), lesquels apprécient le gain de temps que cela leur procure. Il prévoyait aussi des unités de 45 lits partagés entre plusieurs disciplines: les équipes soignantes en sont satisfaites. L'organisation de la logistique (proximité entre poste de soin et gare à chariot, AGV, diminution des utilités dans les services) s'est révélée efficiente en termes de charge de travail et de qualité.

En synthèse

La plupart des dysfonctionnements constatés sont dus à des difficultés d'anticipation liées aux nouvelles organisations ou à l'augmentation des activités. Comment y remédier? Les deux exemples ci-après illustrent cette question. D'une part, si l'on pouvait prévoir en 1999 le développement de l'ambulatorio (notamment sur le modèle américain, voire britannique), pouvait-on prédire son organisation et ses délais de mise en œuvre en France? D'autre part, l'activité médicale est fonction de la qualité et de la réputation des médecins, de la rentabilité des actes (notamment pour les cliniques privées), de leur rareté dans certaines zones géographiques, et de l'offre globale des soins proposés aux patients et répartie entre les secteurs privé et public. L'ensemble des caractéristiques de l'offre de soins rend donc difficile une projection à cinq ou dix ans des besoins à pourvoir dans ce domaine.

Il est presque impossible d'obtenir des informations pertinentes lors de la phase de programmation. Par ailleurs, il est particulièrement coûteux de prévoir en réserve des locaux dont on ne connaît pas l'usage ultérieur. De notre point de vue, la seule réponse se trouve donc dans l'évolutivité des locaux et des bâtiments et dans la possibilité de les agrandir. La quasi-totalité des réussites et notamment les nouvelles organisations proviennent d'un dialogue fructueux et continu entre équipe hospitalière (administration et soignant), programmiste et maître d'œuvre.

À partir des constats révélés durant les premières années d'activités, les principaux acteurs du projet (concepteurs et utilisateurs) ont exprimé la volonté de prendre du recul sur le processus d'élaboration du projet et les écueils rencontrés.

La réussite de certaines fonctionnalités est éventuellement à méditer en fonction de leurs capacités à reconduire certaines expériences ou à s'adapter au particularisme des programmes et de l'évolution des organisations.

Retour d'expérience 2: une coopération positive « soignant, programmiste, concepteur »

Examinons le rôle de l'équipe « soignant, programmiste, maître d'œuvre » au fur et à mesure de l'avancement du projet dans ses phases études et dans son expérimentation sur le terrain.

Des missions claires pour chacun des acteurs

■ Le soignant

Dans le process de construction d'un hôpital, le rôle du soignant n'est pas seulement d'exercer son métier mais aussi de participer à l'élaboration de son futur outil de travail. La raison de sa participation est double: il apporte une plus-value à la réalisation de son outil de travail et précise aux bâtisseurs tout ce que le nouvel hôpital devra abriter (les malades et leurs familles, les process de soins, une bonne ergonomie du travail, un lieu où il exerce sa mission durant x heures par jour). La participation du soignant facilite également une bonne appropriation de son futur environnement de travail et lui permet de devenir un acteur efficace dans le process de mise en place du nouvel hôpital. Sous le terme de « soignant » sont réunis les médecins, les personnels paramédicaux et l'équipe de direction.

■ Le programmiste

La mission du programmiste consiste à traduire les besoins des soignants d'une façon compréhensible. Pour cela, il doit s'interdire d'imaginer des solutions architecturales et techniques qui relèveraient du seul domaine de la maîtrise d'œuvre. Il définit ainsi une entité encore virtuelle. Sa plus-value est triple: aider les soignants à comprendre et percevoir les enjeux de l'espace dans leur pratique de soin; les aider à trouver de nouvelles organisations sur la base de son expérience; rédiger un programme précis mais ouvert de façon à ce que les maîtres d'œuvre puissent l'enrichir de leur savoir-faire.

■ Le maître d'œuvre

La mission du maître d'œuvre est de concevoir et construire l'hôpital répondant aux demandes du programme. Sa valeur ajoutée est double: trouver la meil-

leure cohérence entre les contraintes fonctionnelles, architecturales, techniques, financières... du futur hôpital (autrement dit, il s'occupe non pas d'un objet virtuel mais d'un bâtiment à construire dans une réalité technique, financière et administrative). Il veille bien sûr à la bonne conduite du chantier.

Pour résumer le rôle de chacun :

- les soignants précisent les organisations ;
- le programmiste les transforme en un objet virtuel ;
- le maître d'œuvre les conçoit et les bâtit.

Cependant, ce processus est nécessairement itératif et intervient à différentes échelles. Il est itératif car le programme, quelle que soit sa qualité, ne peut indiquer toutes les organisations souhaitées par les soignants et les contraintes afférentes. En outre, ceux-ci ne peuvent y réfléchir d'une façon valide (au moins à certaines échelles) sans représentation graphique. Enfin, le concepteur, par sa créativité ou ses contraintes, induit des évolutions de programme.

Par ailleurs, l'esprit humain est ainsi fait que, dans la mise en œuvre d'un processus complexe, on va du général/macro au particulier/micro. Concrètement, on ne peut demander à des soignants de réfléchir d'une façon pertinente à l'ergonomie d'un poste de travail s'ils ne connaissent pas l'organisation générale du service. Autrement dit, l'échelle de la réflexion change selon les phases d'étude du concepteur- maître d'œuvre.

Nous sommes donc persuadés qu'il est nécessaire, à chaque phase de réalisation du nouvel hôpital (à l'exception de la programmation), que les trois parties prenantes, soignants, programmiste et concepteur-maître d'œuvre, travaillent ensemble. La permanence de ce trio garantit la « traçabilité » et la pérennité des concepts de soin, des organisations, et de l'équilibre économique de l'opération (en investissement et en exploitation) jusqu'à l'ouverture du bâtiment hospitalier.

Conception, synergie et durée

L'affinage de la conception de l'hôpital de Saintonge s'est effectué de façon efficace en s'appuyant sur une méthodologie basée sur les phases d'études et de chantier.

■ Mise au point post-concours

Après l'anonymat du concours, le maître d'œuvre peut enfin échanger avec les utilisateurs en expliquant sa « traduction » spatiale d'une entité virtuelle (programme) qui deviendra peu à peu, grâce aux concer-

tations organisées en dialogue partagé, un projet concret avec une cohérence et une vie propre. Les soignants peuvent lire les espaces, visualiser les parcours dans l'hôpital, les proximités... et mieux imaginer leurs futures organisations et leurs cadres de travail. Par ailleurs, l'architecte peut avoir proposé de nouveaux concepts fonctionnels ou techniques mais aussi avoir imparfaitement répondu à certaines demandes du programme. Une mise au point du projet s'impose ; le travail commun entre soignants, programmiste et architecte permet d'affiner, d'optimiser, d'arrêter de nouvelles cohérences au regard des exigences techniques, budgétaires et architecturales. Ces modifications doivent impérativement être « tracées » par des additifs au programme et validées par les soignants pour garantir la cohérence du processus de réalisation du nouvel hôpital.

■ Études APS et APD

Lors des phases d'études (avant-projet sommaire puis détaillé), le projet architectural et les organisations hospitalières deviennent plus concrets. De nouvelles demandes abondent, des mises au point plus précises deviennent nécessaires. Parfois, celles-ci sont financièrement irréalistes ou incohérentes au regard du programme. Pour que le dialogue entre soignant et concepteur soit fructueux dans le cadre du budget et des délais des études, il convient de mettre en place des procédures d'arbitrage et de validation intervenant quasiment en temps réel. Celles-ci seront conduites et tracées par le programmiste chargé de rapporter au comité de pilotage de l'hôpital, pour décision.

Durant les phases d'étude, l'expérience de Saintes se révèle positive grâce à une concertation et un dialogue permanent avec les groupes de travail réfléchissant aux « fonctionnalités ». L'organisation des échanges entre utilisateur et architecte s'est révélée fructueuse, avec la présence permanente du directeur de l'établissement en tant que référent et de son directeur des soins. Cependant, les évolutions importantes demandées par la tutelle et les nouveaux besoins pour certaines activités en développement ont généré des nouvelles études au stade du chantier.

■ Réalisation

La coopération du trio soignant, programmiste, concepteur ne doit pas s'arrêter aux « portes » du chantier. En effet, lors des études d'exécution ou de synthèse, ou lors du suivi des visas portant notamment sur l'implantation des équipements médicaux et

mobiliers, des « terminaux », etc., les maîtres d'œuvre ont besoin de réponses rapides à leurs questions. Pour se faire, il convient de mettre en place un ou des référents « soignant », véritable « pivot » décisionnel qui gère au fil du chantier les évolutions et adaptations nécessaires dans le respect des coûts et des délais, également tracées par le programmiste. Le ou les référents vont si nécessaire chercher les informations auprès de leurs collègues et participent ainsi à l'appropriation par les utilisateurs de leur futur hôpital. L'expérience de Saintes en phase de réalisation a là encore été constructive : sans une méthodologie adaptée, le chantier aurait subi des retards importants. Le directeur a prolongé le processus de concertation avec les utilisateurs, mais de façon cadrée et contrôlée, par la mise en place d'une double « interface » avec la maîtrise d'œuvre. Pendant le chantier, la directrice de soins a joué le rôle de référente pour le concepteur, qui a ainsi pu rapidement recueillir toutes les évolutions de programme, préalablement arbitrées et validées. Toutes les demandes modificatives ou les précisions fonctionnelles étaient instruites sans délais par l'encadrement opérationnel. C'est donc sans trop de perturbations dans le déroulement du chantier que les fiches de travaux modificatifs (FTM) ont pu s'intégrer dans le processus des marchés de travaux, en lots séparés. L'ingénieur en chef, référent technique et principal interlocuteur de l'ingénierie de la maîtrise d'œuvre, avait la même réactivité dans les adaptations ou évolutions techniques induites.

En conclusion

La réussite de cette opération doit beaucoup à la bonne coopération de l'équipe « soignant, programmiste, concepteur », qui constitue pour nous l'une des clés du succès permettant de garantir la cohérence du projet hospitalier. Malgré sa longue durée de gestation et les inévitables évolutions en matière de santé, elle permet :

- aux programmistes et maîtres d'œuvre de mieux comprendre les demandes des soignants et à ces derniers de mieux appréhender les solutions qui leur sont proposées malgré les différents champs de compé-

Intervenants

Maîtrise d'ouvrage

Centre hospitalier de Saintonge (Saintes)

Programmation

ÉRIC GIROUD, THALES ENGINEERING & CONSULTING (Paris)

Maîtrise d'œuvre

Architecte mandataire : MICHEL BEAUVAIS, MICHEL BEAUVAIS ET ASSOCIÉS (Paris)

Architecte d'opération : FRANÇOIS PATRIS, ALT ARCHITECTURE (Mortagne-sur-Gironde)

Bureau d'études : SETEC (Paris)

Économiste : JEAN-CLAUDE DRAUART (Paris)

tence de chacun qui engendrent parfois des incompréhensions réciproques ;

- de créer entre eux un climat de confiance nécessaire au dépassement des habitudes, à l'imagination et à la mise au point des nouvelles organisations du futur hôpital ;
- aux soignants de s'approprier leur futur outil de travail... pour se sentir « chez eux » dès l'ouverture de l'établissement.

Cette coopération a contribué à la mise en place de nouvelles organisations : soignants au chevet des patients, lits interdisciplinaires et logistique mécanisée. Organisée dès la programmation, elle s'est prolongée jusqu'à la mise en service de l'hôpital et a permis de construire un établissement adapté à la prise en charge des patients, satisfaisant pour le personnel soignant et performant pour l'équipe de direction. ■

Remerciements

Aux équipes du centre hospitalier de Saintonge, en particulier :

ALAIN DEBETZ, directeur

DENIS GUIRAND, ancien directeur

ODILE BERTRAND, directrice adjointe

ÉRIC DUPEYRON, ancien directeur des services techniques

DOMINIQUE BOUILLAGUET, ancien directeur des soins

MARIE-CHRISTINE DUPUY, directrice des systèmes d'information et de la gestion du dossier patient

HERVÉ TURMEL, ingénieur en chef

