Crédits photos : Benoit Rajeau pour hopital Necker Enfants-malades - www.benoit-rajau.com

Hôpital Necker-Enfants malades L'excellence au service des enfants

L'hôpital universitaire Necker-Enfants malades, de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) est l'hôpital pédiatrique de référence en France. Il est né du regroupement en 1926 de l'hôpital Necker - lieu d'invention du stéthoscope et de la réalisation de la première greffe de rein - et de l'hôpital des Enfants Malades, créé en 1802 et premier établissement au monde dédié aux enfants. Aujourd'hui, l'hôpital Necker-Enfants malades dispose de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales pour les enfants et d'une sélection de services spécialisés pour adultes. Ses équipes ont développé une approche médicale de haut niveau, appuyée par une exceptionnelle synergie entre le plateau technique, les unités de recherche et les unités cliniques. Centre de référence pour de nombreuses maladies rares et pour des pathologies lourdes et complexes, l'hôpital Necker rayonne au-delà de Paris et de l'Ile de France, plus de 20% des patients hospitalisés venant de province ou de l'étranger.

Necker ENFANTS MALADES HÔPITAL UNIVERSITAIRE

Présentation de **Serge Morel**, Directeur de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades et **Sylvie Escalon**, Adjointe au Directeur, Chef du projet mère-enfant Laennec

Reconnu sur le plan national et international, l'hôpital a grandi et évolué au fil des ans. Il fait aujourd'hui l'objet d'une opération de rénovation complète qui s'achèvera en 2014. Le tout nouveau bâtiment Laennec est la première réalisation de ce vaste projet. A la pointe de l'ingénierie hospitalière, il accueille le Pôle Mère-Enfant de l'hôpital Necker. Sa conception est le fruit d'une étroite collaboration entre les soignants et l'architecte. Il intègre les dernières innovations en matière de parcours de soin et offre aux patients une excellente qualité d'accueil et de prise en charge médicale. Spacieux, lumineux, apaisant, il est ouvert sur la ville et bénéficiera prochainement du vaste jardin de l'hôpital, en cours de création. Dans ce nouvel espace, tout est fait pour soigner dans les meilleures conditions et pour adoucir le séjour des patients.

Le bâtiment Laennec offre une capacité de 400 lits dont 100 lits de réanimation et de surveillance continue dans toutes les disciplines pédiatriques : neurochirurgie, chirurgie orthopédique, Oto-rhino-laryngologie, stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique, chirurgie viscérale, cardiologie médicale et chirurgicale, néphrologie, gastroentérologie, réanimation pédiatrique chirurgicale et médicochirurgicale, urgences, néonatalogie, s'y ajoutent une maternité de niveau 3 et un plateau complet d'imagerie. Les grandes fonctions médicales sont regroupées par niveaux entiers, partagent les mêmes équipements et les mêmes médecins, condition indispensable aux exigences de la médecine moderne.

Comment définiriez-vous l'hôpital Necker - Enfants Malades ?
Nous définirons tout d'abord l'hôpital Necker par ses activités : c'est un établissement aux deux tiers pédiatrique et, pour le tiers restant, adulte et obstétrical. Il existe depuis longtemps une tradition de médecine adulte puisque c'est à Necker que s'est faite la première transplantation rénale à partir d'un donneur vivant mais, au fil du temps, la plus grande partie de l'activité est devenue pédiatrique, complétée par l'arrivée d'une activité d'obstétrique en 1997. Nous pratiquons une pédiatrie très particulière, très spécialisée, et l'établissement a en ce domaine une renommée nationale et internationale. Centre de référence pour de nombreuses maladies rares et pour des pathologies lourdes et complexes de l'enfant, l'hôpital Necker rayonne aujourd'hui au delà de Paris et de l'Ile de France : plus de 20% des patients hospitalisés viennent de province ou de l'étranger. Beaucoup de recherches médicales ont été développées, ce qui fait que nous comptons, parmi nos spécialités, des services uniques en France du fait de leur surspécialisation dans le traitement de certaines maladies rares. Dans ce contexte, de nombreux hôpitaux et CHU de province nous adressent des patients atteints de maladies rares ou génétiques que, par nos capacités en matière de recherche, d'expertises diagnostique et thérapeutique, nous sommes aptes à traiter. Nous pratiquons, par exemple, la chirurgie cardiaque pédiatrique notamment dans le cas de cardiopathies congénitales graves, les transplantations multi-organes chez certains enfants ainsi que d'autres activités pédiatriques telles que la neurochirurgie et la chirurgie des tumeurs rares, cérébrales, osseuses et viscérales notamment. Nous comptons plus de 20 unités de recherche fondamentale. Cette spécificité explique d'ailleurs la construction, en parallèle de notre bâtiment Laennec, d'un institut de recherche sur les maladies génétiques dénommé IMAGINE. Une citation du professeur Arnold Munnich, éminent généticien de Necker, définit parfaitement l'identité de notre hôpital universitaire : « A Necker, nous pratiquons la médecine d'aujourd'hui et nous inventons celle de demain. » Au sein de l'établissement, tout le monde travaille de manière très complémentaire et collégiale : les généticiens, les chirurgiens, les médecins pédiatres, les obstétriciens, les néonatologistes, etc. En effet, le projet médical a été conçu autour de cette interdisciplinarité que l'architecture du bâtiment épouse complètement. Par exemple, l'obstétrique a été installée à côté de la cardiologie qui est elle-même proche de la chirurgie cardiaque, et il existe une liaison directe entre les blocs obstétricaux et le bloc de chirurgie cardiaque pour une prise en charge rapide et efficace, des cardiopathies congénitales du nouveau-né. Cette prise en charge pluridisciplinaire est initiée au stade prénatal, afin de permettre la mise œuvre coordonnée, dès la naissance, dans les meilleurs délais, de la thérapeutique la plus adaptée.

Dans quelle mesure l'hôpital Necker assume-t-il son rôle de proximité, notamment dans la prise en charge des enfants ?
Nous assumons complètement notre rôle de proximité. Chaque année, nous enregistrons environ 70 000 passages aux urgences pédiatriques et nous avons intégré les urgences de Saint-Vincent-de-Paul qui représentaient environ 22 000 passages par an. Nous assurons la prise en charge des pathologies hivernales comme les bronchiolites et, en obstétrique, de nombreuses futures mamans sont originaires des XVe et VIIe arrondissements de Paris ou un peu au-delà. Certes, l'hôpital Necker est un établissement « surspécialisé » mais il répond tout autant aux besoins de santé de son environnement proche. Pour citer un autre exemple, la pneumologie prend en charge des enfants souffrant de mucoviscidose ou d'affections chroniques et graves, mais elle accueille également des enfants pour des pneumopathies hivernales. Nous avons une quarantaine de lits de pédiatrie générale qui permettent l'aval médical des urgences pédiatriques. Par ailleurs, nous développons la chirurgie ambulatoire de l'enfant. Il s'agit d'une chirurgie de proximité pour certaines disciplines comme l'ORL, la chirurgie viscérale, orthopédique ou plastique par exemple. Ce n'est pas une chirurgie mineure ; elle requiert une bonne technicité et une excellente maîtrise. Notre projet prévoit une structure dédiée à cette activité avec une organisation spécifique. La chirurgie ambulatoire est incontournable : elle est souhaitable pour les enfants et souhaitée par les chirurgiens. Notre projet hôtelier est bien évidemment centré sur l'amélioration du confort des mères et enfants, avec le souci des accompagnants. C'est important de ne pas isoler l'enfant hospitalisé. La prise en charge doit être globale en intégrant son entourage. Les parents doivent avoir la possibilité de rester auprès de leur enfant pour mieux l'accompagner. La politique de soins de l'hôpital Necker intègre fortement ce principe.

Quel type de collaboration privilégiez-vous aujourd'hui ?
L'hôpital Necker compte 30 centres de référence pour des maladies rares qui travaillent en lien avec plusieurs centres de compétences en province. Ces centres sont souvent têtes de réseau au niveau national. Ils font partie de filières comprenant d'autres établissements de santé, y compris d'autres hôpitaux au sein de l'Assistance Publique, avec lesquels nous avons des conventions pour des activités de recours. Par exemple, en cardiologie, l'hôpital Robert Debré nous adresse ses patients souffrant de cardiopathies nécessitant une prise en charge chirurgicale. Nous travaillons également beaucoup avec des sages-femmes libérales, avec les structures d'hospitalisation à domicile, et bien évidemment avec des personnels éducatifs et des travailleurs sociaux exerçant dans leur domaine, en dehors de l'hôpital. Nous avons créé une plate-forme « maladies rares et chroniques » pour apporter des conseils et des informations utiles aux malades, à leurs familles et aux professionnels de santé extrahospitaliers, mais aussi aux personnels éducatifs et sociaux, confrontés à la prise en charge d'un enfant souffrant d'une maladie rare et chronique. Ils peuvent ainsi trouver des renseignements, des conduites à tenir, des conseils pratiques. Ils peuvent également poser des questions et échanger avec les équipes de Necker. Cette plate-forme est également destinée aux enfants qui peuvent y accéder à tout moment, poser des questions, et dialoguer à distance avec l'équipe qui les prend en charge. Pour les plus jeunes, nous avons le projet de développer des outils ludiques d'éducation thérapeutique, via internet, afin d'accroître leurs compétences vis-à-vis de leur maladie et de promouvoir au maximum leur autonomie. Cette question de l'autonomie est particulièrement importante pour les adolescents qui souffrent de maladies chroniques depuis leur enfance et qui peuvent traverser une période difficile de refus de leur suivi médical et de leur traitement.

Comment définiriez-vous le projet du nouveau bâtiment Laennec ?

Dans un hôpital, un nouveau bâtiment matérialise avant tout un projet médical et de soins. A Necker, la mise en service du nouveau bâtiment Laennec constitue un défi. Il ne sera totalement relevé que si nous arrivons à offrir l'ensemble des prestations de service attendues par les patients et par leurs familles, au-delà de l'efficience médicale et soignante. Pour certains enfants souffrant d'une maladie chronique rare, avec des parcours de soins extrêmement lourds, nous devons être « bien traitants » et nous efforcer, autant que possible, d'alléger le poids de l'hospitalisation. Le parcours hospitalier doit s'adapter à la situation singulière de l'enfant malade. C'est le principe de départ qui a été posé pour le travail de conception confié à Philippe Gazeau, l'architecte. Dans l'idéal, un enfant ne doit pas changer de lit au cours de son hospitalisation, les différents spécialistes devant plutôt intervenir à son chevet, sauf en cas de nécessité de surveillance rapprochée ou de suppléance vitale nécessitant un transfert en surveillance continue ou en réanimation. Le bâtiment Laennec permet la mise en œuvre de ce principe puisque plusieurs disciplines complémentaires seront installées sur un même plateau d'hospitalisation, sans frontières matérialisées. Les médecins et les équipes soignantes ont conçu cette nouvelle organisation médicale et de soin. Ils attendent aujourd'hui de la voir se déployer dans Laennec, pour leur permettre de renforcer leur collaboration au service de l'enfant hospitalisé.

À quand remontent les premières réflexions autour de cette reconstruction ?

Il s'agit d'un projet déjà ancien puisque les premières réflexions remontent à 1995, mais il a beaucoup évolué au fil des années pour s'adapter au projet stratégique de l'Assistance Publique. Ces réflexions se sont concrétisées en 2005 - 2006 avec un projet architectural abouti. Nous sommes partis d'un projet de « Galette Médico-Technique Obstétricale », auquel nous avons intégré la pédiatrie, pour finalement arriver à un programme plus dense intégrant la périnatalité. La construction d'un nouveau bâtiment était de toute façon une nécessité impérieuse en raison de la vétusté du bâti sur le site et des contraintes spatiales auxquelles nous étions confrontés.

Dans quelle mesure le nouveau bâtiment va-t-il faciliter la pluridisciplinarité ?

Ce nouveau bâtiment va réunir en un même lieu la maternité, la néonatologie, la réanimation, les urgences pédiatriques, l'imagerie. Nous y trouverons également des services de pédiatrie médicale, toutes les spécialités chirurgicales parmi lesquelles l'activité de transplantation d'organe chez l'enfant. Le projet de soin se fonde sur le projet médical, que nous avons déjà évoqué, avec des formations de bi-compétences pour les infirmières, destinées à estomper certaines frontières trop marquées entre les services et spécialités. Les services sont ainsi décloisonnés et organisés en complémentarité dans le cadre d'un parcours de soin bien identifié. Ceci n'exclut évidemment pas la formation de soignants experts dans certains domaines du fait de la surspécialisation du site dans le traitement des maladies rares.

Crédits photos : Benoit Rajeau pour hopital Necker Enfants-malades - www.benoit-rajau.com

Un bâtiment conçu pour optimiser le parcours de soins

Entretien avec le professeur **Yann Revillon**, chirurgien pédiatre viscéral, consultant de l'équipe projet et responsable du projet médical du bâtiment Laennec

Pour faciliter le parcours de soin et assurer une prise en charge optimale des patients, les grandes fonctions médicales et les disciplines partenaires sont regroupées par niveau. Cette configuration permet des interventions ultra-rapides, multidisciplinaires et coordonnées.

L'architecture et l'organisation des services ont été conçues autour du patient afin de lui apporter le plus grand confort possible. Le parcours de soin est simple et évite les déplacements. Ce sont désormais les équipes médicales qui viennent à la rencontre du patient. Tout est ainsi pensé pour que l'enfant puisse se familiariser avec les lieux et avec l'équipe d'infirmières : dans sa chambre, il se sentira entouré et rassuré. Par ailleurs, l'organisation des services et l'équipement ultra-spécialisé des urgences pédiatriques font du Pôle Mère-Enfant Laennec une plateforme unique en France. Dans un même ensemble, sont regroupées les salles d'accueil et de première prise en charge des enfants, l'imagerie médicale, 14 salles opératoires de chirurgie infantile et la salle de réveil. Située au rez-de-chaussée haut, la plateforme des urgences est reliée directement au service de réanimation du premier étage. Aussitôt arrivés, les enfants sont examinés par des équipes spécialisées dotées d'un matériel médical de dernière génération, et, si nécessaire, opérés, puis transférés en salle de réveil.

Enfin, grâce à la configuration unique de son plateau d'urgence et à la présence du service neurochirurgie infantile et de l'ensemble de spécialités médico-chirurgicales pédiatriques, le Pôle Mère-Enfant Laennec est le seul hôpital d'Ile-de-France à pouvoir accueillir les enfants polytraumatisés. Ces derniers sont pris en charge par les anesthésistes réanimateurs, à proximité immédiate des blocs opératoires. Une équipe pluridisciplinaire est immédiatement mobilisée pour poser un diagnostic et décider des examens et soins nécessaires.

Quelle a été votre mission dans le cadre du projet du nouvel hôpital Laennec depuis les premières réflexions ?

Yann Revillon : Le projet a connu de nombreuses évolutions au fil du temps. L'idée de départ était d'agrandir les urgences de l'hôpital, puis la notion de « galette » médico-technique et obstétricale est apparue avec un agrandissement des urgences et des salles d'opérations ainsi qu'une nouvelle maternité, avant d'arriver au projet du nouveau bâtiment à l'aube des années 2000. A partir de cette époque, nous avons connu trois phases avec en premier lieu la discussion de nos besoins, puis les divers projets architecturaux et enfin le choix du projet de Philippe Gazeau choisi quasiment à l'unanimité par la communauté médicale. Il s'agit d'un bâtiment pentagonal, très ramassé sur lui-même, ce qui nous a séduit. Cette forme nous permet également de continuer de travailler sur Necker sans avoir à s'expatrier. Architecturalement, il s'agit d'un ensemble très lumineux car toutes les pièces où vivent les personnes sont alimentées par la lumière du jour. Enfin, nous avons énormément apprécié l'aspect fonctionnel et logique de ce projet avec des plateaux où étaient regroupées des activités censées être proches les unes des autres. Le rez-de-chaussée est le véritable « cœur du réacteur » avec les blocs opératoires, les salles de réveil, l'imagerie et les urgences, le premier étage concentre les malades dits « chauds » avec la réanimation et les soins continus, le deuxième étage regroupe les activités « tête, cou et os », le troisième niveau accueille la chirurgie pédiatrique, l'hépatologie, la gastroentérologie, la néphrologie, la pneumologie et la pédiatrie générale et, enfin, les deux derniers étages hébergent la maternité et la cardiologie. Depuis que le projet est lancé, nous sommes entrés dans des phases de discussions pour analyser nos actions et les penser déjà en vue du futur bâtiment. Tout a donc été à nouveau réfléchi, de la régulation des blocs, en passant par la distribution des médicaments ou encore la distribution des vêtements des infirmières.

Quels seront les points forts des nouvelles organisations médicales ?

Y.R : L'hôpital Necker – Enfants malades était un hôpital où les enfants se déplaçaient d'un endroit à un autre pour consulter les différents spécialistes. Les activités étaient trop éclatées et disséminées sur différents bâtiments. Désormais, elles seront réunies et rapprochées : ce sont maintenant les médecins et praticiens qui vont vers les enfants ! La nouvelle organisation des étages a été pensée dans ce sens. Les activités qui ont vocation à communiquer régulièrement sont proches les unes des autres. Le point fort c'est ce regroupement très logique et très fonctionnel. Cela permet également une meilleure mutualisation et un décloisonnement des services.

Quelles sont les grandes lignes du projet médical ?

Y.R : L'objectif est de supprimer les frontières entre les services, de mutualiser les activités et de regrouper les spécialités qui en ont besoin de façon à rendre l'ensemble plus fonctionnel. Il faut éviter les déplacements inutiles ce qui permettra de mieux gérer les flux. Avec ce nouveau bâtiment, il n'y aura pas de grandes transformations des orientations médicales. Les spécialités seront les mêmes à la différence qu'elles seront désormais regroupées pour améliorer le fonctionnement. Après, il y a toujours des résistances aux changements mais, en termes de soins, le fait que les médecins se déplacent sera très bénéfique. Soigner, c'est traiter une maladie mais c'est aussi prendre soin. Aujourd'hui, l'enfant traité pour une pathologie doit être accompagné, dans sa chambre, par ses parents. Dans ce nouveau bâtiment, il y a dans chaque chambre une place pour l'enfant malade, pour l'infirmière et pour le parent. En plus de sa présence, le parent se devra aussi d'être acteur et actif.

Comment s'est passée la rédaction de ce projet médical ?

Y.R : Ce projet médical a été élaboré par les médecins mais aussi par des personnes de l'administration. Nous avons la chance d'avoir une administration et une direction très positive, très ouverte et qui s'est profondément transformée au cours des dernières années. L'encadrement infirmier est également beaucoup intervenu dans les réflexions portant sur ce projet médical. Cet encadrement a été extrêmement impliqué dans les réflexions, les discussions et s'est montré particulièrement positif, faisant notamment preuve de moins de résistance aux changements que bon nombre de médecins. Il faut se rendre compte à quel point Necker est un endroit professionnellement fabuleux. Nous disposons ici d'une grande qualité de recherche ce qui est très stimulant. C'est également un hôpital très rassurant puisqu'il réunit toutes les spécialités et offre un très haut niveau de prise en charge. Laennec est assez unique en ce sens qu'il allie à la fois des activités très lourdes et très programmées en même temps qu'une grande ouverture sur la ville avec les urgences et ses 75 000 passages par an. L'ouverture sur la ville se fera aussi avec la maternité qui assurera une activité très pointue mais aussi les accouchements des arrondissements autour de nous.

Etes-vous intervenus sur les aménagements intérieurs ?

Y.R : Nous avons été interrogés sur ce point et nous avons pu donner notre avis sur la couleur, le mobilier (comme les lits des enfants mais aussi ceux des parents) ou encore l'agencement des salles d'opérations. Je souhaiterai mettre en avant la décoration intérieure de ce bâtiment que je trouve très réussie. J'apprécie particulièrement le choix des couleurs. L'architecte a réalisé des murs assez homogènes mais il a choisi des plafonds faits de multiples taches de couleur. L'idée était que les enfants se déplaçant sur des brancards verraient mieux les plafonds que les murs ce qui est assez intéressant et particulièrement joli.

Etes-vous satisfaits de l'évolution de l'hôpital depuis le début de votre carrière ?

Y.R : C'est indéniable ! Nous avons eu la chance que ce bâtiment se fasse car c'est un projet qui existe depuis plus de dix ans et qui a eu du mal à voir le jour, aussi bien d'un point de vue financier mais aussi au niveau de l'obtention du permis de construire. Face aux réticences du voisinage, les médecins ont même manifesté ! L'une des difficultés pour le milieu médical a été de faire comprendre à tous qu'il n'y avait, au fond, pas de différence entre ceux qui allaient investir le nouveau bâtiment et ceux qui resteraient dans l'ancien. Le nouveau Necker retentit sur l'ensemble de l'hôpital en termes de réorganisations et de projets.

Comment définissez-vous la médecine du XXIème siècle ?

Y.R : La médecine du XXIème siècle doit être une médecine confortable. Nous devons tout mettre en œuvre pour que les enfants n'aient plus mal, que les hospitalisations soient plus courtes, que les parents soient présents et que l'hôpital ressemble de moins en moins à un hôpital. Je vois très bien l'installation de boutiques, de cafétérias pour que le blanc sinistre de l'hôpital laisse sa place à des lieux de vie. A Necker, l'hôpital est utilisé chaque jour par de nombreuses personnes comme voie de passage entre la rue de Vaugirard et la rue de Sèvres. La présence de ces personnes qui ne sont pas malades donne une vie, une atmosphère si particulière à cet hôpital et abolit la notion d'enfermement.

Crédits photos : Benoit Rajeau pour hopital Necker Enfants-malades - www.benoit-rajau.com

Entretien avec le professeur **Pierre Carli**,
Chef de service du département
anesthésie et réanimation

Comment définiriez-vous le projet du nouveau bâtiment Laennec ?

Pierre Carli : Ce nouveau bâtiment est le fruit d'un très long cheminement. Ce projet a connu des années de gestation pour aboutir à une réalisation moderne et très en avance par rapport aux réalisations hospitalières que nous pouvons connaître. Ce bâtiment pourrait se définir comme un concentré de la médecine moderne qui associe l'excellence, l'efficience et c'est un projet partagé médical et administratif.

Vous suivez ce projet depuis ses origines. Quel a été votre rôle ?

P.C : Je suis arrivé à l'hôpital Necker en 1988 et en vingt-cinq ans j'ai vu défiler de très nombreux projets. Il est clair que l'hôpital Necker avait acquis au cours du temps un profil architectural particulièrement délirant et il représentait l'évolution d'un siècle de constructions hospitalières juxtaposées. Chaque projet s'était développé verticalement à la manière de silos sans être réellement assemblé. Cela a conduit à divers projets qui, à l'image du concept de la GMTO (galette médico-technique) à l'époque, exprimait clairement un manque de cohérence. Il était donc temps de trouver sur ce site un dénominateur commun. Tous ces projets ont échoué en raison de la faiblesse de leur projet médical ou par difficulté de financement. La crise financière est depuis passée par là et nous avons sans doute la chance d'avoir été parmi les derniers projets à se réaliser avant que le «rideau de fer» du financement des grand projets hospitaliers ne soit provisoirement refermé.

Au nom du corps médical, avez-vous apporté des modifications significatives à ce projet ?

P.C : Tout est parti du corps médical. Compte tenu de la difficulté de réaliser ce projet, une réflexion a été menée sur les besoins qui pouvaient être les nôtres pour soigner les patients et non plus sur la volonté de construire un nouveau bâtiment. Nous avons commencé par déterminer les points forts de l'établissement, réfléchir à ce que nous souhaitions développer, quels parcours de soins, comment organiser ces parcours, quelles organisations médicales mettre en place et enfin comment trouver une architecture supportant ces organisations médicales. Nous avons travaillé « à l'envers ». Il ne s'agissait pas de construire un bâtiment mais de construire un projet. L'idée était de réussir à parler du projet sans parler des murs. Nous avons conçu des étages qui étaient des plateaux, nous avons rapproché des personnes et des équipes qui intervenaient dans le même parcours de soin, nous avons donné à l'ensemble une cohérence et limité les parcours et les déplacements de l'enfant. Le jeune patient ne devait plus bouger pour être soigné mais bien être pris en charge par les structures et les équipes qui s'organisent autour de lui. C'est une véritable révolution intellectuelle pour le corps médical. L'idée essentielle est simple : le lit n'est plus la propriété d'un service mais celle désormais d'un patient.

Quels sont les enjeux de ces nouvelles organisations médicales ?

P.C : Un projet de cette envergure est forcement un enjeu majeur pour nos organisations. Compte tenu du fait qu'il s'agit du seul projet immobilier réalisé actuellement par l'Assistance Publique avec ce niveau d'investissement, il est condamné à être un succès. La devise du bâtiment Laennec est en quelque sorte la même que celle de la navette Apollo XIII à savoir : « Failure is not an option ». Au-delà de ce devoir de réussite, il faut comprendre que ce projet n'est pas uniquement le projet de l'hôpital Necker mais bien un projet de pédiatrie médico-chirurgicale spécialisée et d'obstétrique dans lequel de nombreuses équipes sont venues s'intégrer. Nous avons fait le pari de rassembler des personnels à la fois spécialisés et de très haut niveau. Il s'agit d'une association et d'un partage et non pas une récupération hégémonique. Rapidement, le projet de l'hôpital Necker est devenu celui de Necker et de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul qui était historiquement notre meilleur « ennemi » et la concurrence du passé s'est transformée en synergie pour le projet. L'enjeu de cette fusion est donc immense pour la communauté médicale. Cette dynamique a été complétée par l'Institut de Puériculture de Paris (IPP) et par des spécialités de l'hôpital Trousseau. L'évolution de ce projet lui donne sa force à la fois en termes d'efficience et de projet médical. Nous ne sommes pas restés sur un projet datant d'une décennie et qui, une fois réalisé, est déjà obsolète. Le projet a été en permanence remis en question et il a donc sans cesse évolué. Pour la première fois un projet hospitalier ne sera pas dépassé à la livraison du bâtiment !

Quels sont les éléments qui ont concouru à fédérer tous ces professionnels sur une même plateforme ?

P.C : Nous avons connu d'énormes résistances aux changements mais, selon moi, il y a trois éléments qui ont été déterminants. Le premier, malheureusement, c'est la contrainte. Un des points qui a articulé le projet c'est la fermeture anticipée de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Alors que cette fermeture était programmée à l'ouverture du nouveau bâtiment, le temps s'est subitement et autoritairement accéléré par décision ministérielle puisque le directeur général de l'AP-HP a été sommé de fermer l'hôpital et de libérer le terrain. Nous avons du intégrer les équipes pédiatriques de Saint-Vincent-de-Paul trois ans plus tôt que prévu et nous avons été contraints de réaliser une partie du projet sans avoir de nouveaux locaux. Nous sommes donc parvenus à cette fusion en intégrant ces équipes sur le site de Necker malgré le manque de place. Tout le monde a été impacté par cette fusion soudaine. Cette contrainte a obligé tout le monde à vivre ensemble avant de disposer du projet architectural prévu attendu par tous. Cette contrainte injuste et politique est devenue le moteur d'une fusion médicale beaucoup plus profonde. En quelque sorte nous avons fait « Laennec avant Laennec ». Le deuxième élément vient du fait qu'il s'agisse d'un projet pédiatrique. Le dénominateur commun de tous les pédiatres, quelques soient leurs spécialités, médicales ou chirurgicales leurs origines et leurs opinions, ce sont les enfants. Parler d'un projet qui a pour but l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants permet plus facilement de fédérer. Je ne suis pas convaincu qu'il en aurait été de même pour des patients adultes. Nous avons connu une très forte mobilisation et l'idée que cela soit l'organisation qui s'articule autour de l'enfant et non plus l'inverse est une idée qui a été très bien perçue et qui s'est révélée être un moteur fort. Le troisième élément c'est l'intelligence. Ce site n'est fréquenté que par des professionnels de très haut niveau avec une culture de l'excellence qui peut paraitre parfois un peu arrogante mais qui est une réalité médicale. Les équipes sont de très haut niveau et elles sont dirigées par des personnes très intelligentes. Elles ont compris que s'articuler avec les autres permettait de donner beaucoup de force et de cohérence au projet.

Vous êtes chef de service du département Anesthésie-Réanimation-SAMU-SMUR. Que va apporter le regroupement des réanimations et des soins continus pédiatriques ?

P.C : L'anesthésie-réanimation est très proche des spécialités chirurgicales. Elles se trouvent dans le réacteur du projet médical à savoir l'endroit où se trouve la production de soins la plus rapide et la plus intense et dans notre contexte actuel de financement, l'endroit qui produit le plus de T2A. L'infrastructure qu'apporte l'anesthésie-réanimation est fondamentale pour l'efficience de l'établissement. Il s'agit d'une spécialité où les personnels sont rares car, dans le domaine public, ils sont financièrement défavorisés par rapport à d'autres secteurs mais, d'un autre côté, ils sont dotés de moyens pour travailler. Regrouper les plateaux de réanimation à proximité des blocs opératoires est, pour le projet médical, quelque chose de moderne doublé d'un parcours de formation pour les jeunes médecins afin de donner envie de venir travailler dans un hôpital public et universitaire. De manière plus basique, ce rapprochement simplifie le travail quotidien des équipes et offre une meilleure efficience. Toutefois au regard de la production de soins, du type de patients et des effectifs, l'anesthésie-réanimation manque de postes.

Quelle sera la place de la recherche sur le nouveau Necker avec la proximité de la Fondation Imagine ?

P.C : Sur les soins, le bâtiment est très chirurgical et d'environnement chirurgical. Toutefois cela ne signifie pas que l'aspect recherche médicale sera négligé. Au contraire, de nombreuses passerelles entre les deux activités existent notamment sur des maladies rares, des maladies chroniques ou la prise en charge de patients compliqués. Le projet hospitalo-universitaire conduit à Laennec est très ancré dans l'enseignement et la recherche. Il dispose à ses côtés, du bâtiment Imagine qui est une infrastructure de recherche avec des laboratoires et un point d'accroche pour des équipes dont les patients sont pris en charge à Laennec. La conjonction existe entre les deux. Il est impossible de dissocier l'aspect universitaire de l'aspect des soins puisque cet hôpital est le prototype du CHU moderne. Avoir une activité de recherche clinique et de recherche fondamentale sur la pédiatrie, nous savons le faire depuis très longtemps. La seule chose qui a évolué, c'est la proximité immédiate des services cliniques. Cela nous offre la possibilité de développer l'excellence des soins et l'excellence de la recherche.

Dans quelle mesure souhaitez-vous développer la communication vers les professionnels de santé de la ville ?

P.C : Il existe un vrai réseau ville-hôpital. Le sujet qui pourrait s'avérer négatif pour un hôpital comme Necker, serait d'être vécu comme excellent mais d'être vécu comme déconnecté de ce que font les autres, aussi bien au niveau de la pédiatrie et de la médecine, et de la vie du patient. La place du médecin généraliste et la vie du patient hors de l'hôpital sont très importantes. C'est un danger que nous avons identifié depuis longtemps. Le fait que les conditions d'hospitalisation de l'enfant et de sa famille soient un des axes forts du projet montre bien que nous ne sommes pas tournés sur nous-mêmes. L'hôpital Necker est amené à traiter des patients qui viennent de la France entière pour des maladies rares ou pour des hyper spécialités. Nous sommes obligés d'avoir un véritable contact avec leur environnement médical car nous ne participons qu'à une partie de la prise en charge. Ce rôle de tête de réseau spécialisé n'est pas suffisant. L'hôpital Necker est aussi un hôpital de secteur. Nous traitons les pathologies des enfants de cet arrondissement et des deux arrondissements voisins. Nous sommes un établissement de proximité qui joue un rôle majeur pour les urgences pédiatriques à Paris. Ce rôle d'hôpital pédiatrique de proximité est souligné par notre position au cœur de la ville de Paris. Nous sommes situés à proximité de la gare Montparnasse et cette implantation nous permet d'être insérés dans la société. Nous sommes aussi un hôpital universitaire très impliqué dans la formation. Former des médecins, ce n'est pas uniquement les former aux spécialités les plus complexes. Nous formons des personnes qui iront soigner, opérer, réanimer des patients dans toute la France. Enfin, si nous quittons l'aspect de tête de réseau médical pour aborder notre simple place dans la société, il faut remarquer la particularité géographique de notre site. Nous coupons le XVème arrondissement en deux parties. Dans notre projet architectural, nous créons une ouverture entre ces deux secteurs, qui n'existait pas auparavant. Avec ce futur jardin et cette voie de communication, nous créons du lien pour toutes les personnes avoisinantes et l'hôpital s'ouvre ainsi encore plus sur la ville. Nous sommes un véritable établissement public de proximité dans l'arrondissement.

Comment définissez-vous la médecine du XXIème siècle ?

P.C : La médecine du XXIème siècle sera très différente de celle du XXème siècle. Le rôle d'un hôpital comme Necker est de mettre en avant une médecine scientifique mais également proche des gens, une médecine correspondant au meilleur investissement qu'ils peuvent faire avec l'argent qu'ils consacrent à la santé. Le progrès de la science est permanent. Avoir une médecine avec des bases scientifiques solides est une nécessité reconnue par tous mais qui n'est pas aussi simple à obtenir. Beaucoup de choses doivent être encore structurées pour que les soins soient basés sur une réalité scientifique reproductible, observable et modifiable. La médecine doit toujours être plus proche des gens. Nous avons inventé la médecine spécialisée au XIXème siècle, nous l'avons cantonnée aux organes au XXème siècle et nous devrons considérer l'individu et son environnement au XXIème siècle. La médecine doit adapter sa prise en charge au patient pour lui faciliter la vie en le guérissant dans les meilleures conditions. Enfin, la médecine publique coûte cher et va coûter de plus en plus cher. Les nouveaux médicaments ou les nouvelles techniques de soins marchent de mieux en mieux mais les coûts vont continuer de croître. Cela permet de réaliser des avancées remarquables, de donner de l'espoir à des familles et nous en sommes les garants. Le service public a une dimension éthique et sociale majeure par rapport aux investissements. Le juste soin au sens économique, comme au sens éthique, est l'avancée la plus importante dans la médecine du XXIème siècle.

Crédits photos : Benoit Rajeau pour hopital Necker Enfants-malades - www.benoit-rajau.com

Le point de vue de l'AP-HP

Propos recueillis auprès d'**Alain Dumas**,
Chef du service maitrise d'ouvrage
de l'AP-HP jusqu'en mars 2013

Comment définiriez-vous l'opération autour du nouvel hôpital Necker ?

A.D : Cette opération répond à trois grandes problématiques : le volet médical, la construction d'un ouvrage important, moderne et technique, enfin, l'aspect urbain en rapport avec la place que ce bâtiment va prendre dans le quartier. Concernant le volet médical, au-delà de l'amélioration des fonctionnalités qu'apportera ce nouvel outil, je souhaiterai mettre en avant les valeurs qui portent ce projet. Elles ont été définies il y a huit ans, lors de l'élaboration du projet et elles sont parfaitement traduites à la livraison. Ces valeurs donnent tout son sens à ce projet : l'humanité, la modernité, l'interdisciplinarité, la transversalité et l'ouverture. Cela va au-delà d'un simple projet immobilier et d'un projet médical. La notion d'humanité correspond au « prendre soin » en dépassant les gestes techniques dans un processus global de prise en charge du patient et de sa famille. Ceci est parfaitement retranscrit dans la volonté d'accueil de ce bâtiment traduite par les capacités programmatiques et architecturales. Les chambres sont, par exemple, plus grandes pour accueillir les familles dans de bonnes conditions, nous avons prévu également de nombreux salons et des lieux de concertation. La modernité est une valeur qui se traduit bien au niveau du bâtiment et de la façade mais aussi à l'intérieur de l'hôpital jusque dans la chambre. Les notions d'interdisciplinarité et de transversalité sont plus proches des notions programmatiques habituelles mais il était essentiel de regrouper sur un même plateau les disciplines partenaires et de mutualiser au maximum. Ce bâtiment offre une modularité très forte. La dernière valeur qui se traduit admirablement au travers des dispositions architecturales, c'est l'ouverture sur la ville. Au rez-de-chaussée se trouve une grande serre offrant une transparence sur la rue ce qui est assez rare dans le domaine hospitalier. Un grand jardin permettra également aux parisiens de traverser l'hôpital de façon agréable et plus rassurante que l'image habituelle d'un hôpital. Nous avons un hôpital en plein centre-ville, dans un quartier dense et, jusqu'à présent, la succession de petits bâtiments hétéroclites qui bordaient la chaussée ne traduisait pas une image très claire de ce qui se passait à l'intérieur des murs. Avec ce projet, il était important d'enfin refléter la qualité et l'excellence de cet hôpital pédiatrique en lui offrant une nouvelle image. C'est un très grand projet de 55 000 m² et donc une opération immobilière particulièrement importante qui engage une enveloppe toutes dépenses confondues de 196 millions d'euros.

Quel montage a été retenu pour cette opération ?

A.D : Nous avons lancé une étude de définition qui a abouti à la désignation d'une équipe de maitrise d'œuvre constituée d'un architecte, d'un bureau d'étude et d'un économiste, l'économie étant instaurée par le bureau d'étude. Pour les travaux, il y a eu une dizaine de macro-lots. Il s'agit d'une loi MOP classique. Concernant l'étude de définition, la question qui se posait était la possibilité d'implanter un tel bâtiment sur le site. L'ensemble du site devait bien-sûr rester en fonctionnement pendant les travaux. La difficulté, accentuée par la multitude de petits bâtiments, était d'implanter le bâtiment et en particulier le plateau technique d'un seul tenant avec les blocs opératoires, l'imagerie et les urgences. Cela représente 10 000 m² de surface au sol que nous n'avions pas à notre disposition. La qualité de l'étude de définition et des architectes a été d'apporter des réflexions nous orientant petit à petit sur le meilleur emplacement. Nous sommes donc extrêmement satisfaits de cette étude de définition qui est une des particularités de ce projet.

Quel a été votre rôle au sein de cette opération ?

A.D : Sur cette opération, nous avons assuré la maitrise d'ouvrage et la conduite de projet. Nous avons un principe de mise place de l'équipe projet qui se traduit par un noyau dur composé par un directeur adjoint de l'hôpital qui en est le chef de projet, à savoir Sylvie Escalon, un coordonateur médical en la personne du professeur Revillon et, au sein du service de maitrise d'ouvrage, nous avons délégué deux conducteurs d'opérations. Tous les aspects du projet et ses sous-projets sont assurés par des personnes de Necker. A la DEFIP (Direction Économique Financière, de l'Investissement et du Patrimoine) de l'AP-HP, nous assurons la conduite du projet immobilier. Nous avons passé tous les contrats, suivi les différentes phases d'études de maitrise d'œuvre, validé chacune de ces phases, lancé les marchés de travaux et suivi ces derniers, réceptionné les travaux et nous terminons par l'accompagnement dans la mise en service du bâtiment. Cette opération s'est bien déroulée dans l'ensemble. Notre travail a été de maintenir une certaine dynamique collective entre les intervenants et entre les différents lots. Les délais du chantier ont été à peu près respectés malgré la fragilité de ce montage mais il est évident que ce fut un énorme travail pour l'ensemble des acteurs avec une certaine pression sur les épaules de tous les intervenants. Il s'agit d'un projet d'envergure aussi bien au niveau de sa masse financière que de ce qu'il représente. Ce fut une belle aventure non sans quelques difficultés. La première d'entre elles, a été la difficulté d'obtention du permis de construire. Elle a nécessité beaucoup d'échanges et d'adaptation avec les ABF (architectes des bâtiments de France) et la Mairie de Paris puis avec les riverains qui ont fait suspendre le permis au moment où nous allions commencer les travaux. Nous avons perdu une année complète ! La deuxième difficulté rencontrée a été la défaillance d'une entreprise majeure en charge des lots CVC et plomberie. Fort heureusement, cette défaillance est intervenue au début des travaux. Elle a eu un impact de quatre mois sur le chantier même si tout a été très bien géré par la maitrise d'ouvrage.

Comment le projet de Philippe Gazeau s'est-il démarqué des autres projets en lice ?

A.D : En premier lieu, ce qui a été unanimement reconnu, ce sont les qualités fonctionnelles de ce projet et de son plateau technique en particulier. Il offre un fonctionnement optimal et parvient à regrouper sur le même niveau les urgences, l'imagerie, les blocs opératoires et le circuit des polytraumatisés. Ce projet offre une grande fluidité dans ses liaisons qui a été très appréciée par les équipes. De même, le fonctionnement des entités hospitalières a beaucoup plu. La difficulté dans un projet aussi important est bien souvent de retrouver une forme de simplicité dans le plan. Cela permet aux équipes et aux patients de s'y retrouver assez facilement malgré l'amplitude des plateaux. La forme rectangulaire est simple et symétrique avec des liaisons verticales centrales qui débouchent sur des entités qui sont toutes organisées de la même façon. Ce bâtiment est lisible et facile à comprendre. Le dernier point fort concerne l'environnement général du lieu avec la création d'un grand jardin intérieur qui va désenclaver le site et apporter une valorisation patrimoniale, une image et une ouverture sur la ville.

Dans le cadre de la restructuration de l'AP-HP, pensez vous que ce projet soit représentatif de la nouvelle image que l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris veut donner à l'hôpital Necker ?

A.D : Les qualités de ce projet font que nous en sommes fiers. Cela concerne bien-sûr le parcours de soin centré autour du patient, la lisibilité du bâtiment, sa technicité, ses qualités architecturales, mais aussi son ouverture sur la ville et ses ambiances rassurantes. Il y a quelques années, l'Assistance Publique a mis en place un plan stratégique très ambitieux compte tenu des problématiques patrimoniales importantes avec une volonté forte de construire mais avec des moyens que nous n'avons plus forcement aujourd'hui. Nous sommes, d'un point de vue immobilier, avec ce projet, à un niveau d'excellence que nous ne pourrons pas forcement reproduire dans un futur proche. Cette qualité que l'AP-HP a mise en œuvre sur ce projet est extrêmement appréciée par les équipes de Necker et de l'Assistance publique. Avec la réduction des crédits, certaines choses ne seront plus possibles demain. Toutefois, les faibles surcouts occasionnés par des choix de matériaux sont mineurs en comparaison des bénéfices que cela apporte pour les patients et les personnels.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

A.D : L'hôpital de demain sera un hôpital très fluide et décloisonné, où le partage des moyens sera encore plus important qu'aujourd'hui. Il sera encore plus tourné vers l'ambulatoire posant ainsi la question de l'avenir de la chambre. Par ailleurs, l'hôpital de demain doit donner une image, d'un point de vue immobilier, meilleure qu'actuellement. L'hôpital public est aujourd'hui parfaitement reconnu pour sa qualité médicale et ses soins mais il est plus critiqué pour ses aspects logistiques notamment au niveau des temps d'attente, des locaux, des accès et de l'accueil. D'un point de vue immobilier, nous devons donner une image plus ouverte et moderne de l'hôpital sans pour autant entrainer le moindre surcout.

La conduite de projet

Propos recueillis auprès de **Sylvie Escalon**, directrice de projet, **Véronique Grivey**, coordinatrice du projet Laennec, et **Chantal Cournut**, coordinatrice des transferts.

L'équipe projet…

Elle est composée d'une Directrice, Sylvie Escalon, et de quatre professionnelles. Véronique Grivey, cadre supérieur sage-femme et référente Qualité, est coordinatrice du projet depuis 2005. Son rôle est de coordonner le projet dans son ensemble. Elle est également référente pour les équipes médicales et soignantes, le service Qualité et gestion des risques, la Direction des Ressources Humaines, les fonctions équipements et techniques, la Direction de la Communication. De son côté, Chantal Cournut, cadre supérieur radiologie responsable, est coordinatrice en organisation des transferts depuis juin 2011. Elle conduit, coordonne, planifie, ajuste et suit l'ensemble des étapes de chaque opération de transfert. Annie Defosse-Agut, cadre ergothérapeute, est responsable en organisation en charge plus particulièrement de la signalétique, de l'accueil et de l'orientation, de la vie scolaire ou encore des associations. Myriam Guilloux est également responsable en organisation en charge plus particulièrement de l'organisation des secrétariats médicaux, des projets liés à la prise des rendez-vous, de la gestion des flux de consultations, de la gestion des lits, de la sortie des patients et de l'interface avec la Gestion administrative des patients. Enfin, au sein de l'équipe projet, nous pouvons compter sur le Professeur Yann Revillon, chirurgien, responsable médical du projet.

Quel est l'intérêt d'avoir rassemblé toutes ces expériences et ces différentes compétences au sein d'une même équipe ?

L'intérêt réside dans la diversité et dans la possibilité de bénéficier des expériences de nos parcours divers. Au sein de l'équipe projet, nous n'avons pas tous la même expertise et nous avons tous notre façon de voir les choses. C'est un plus pour l'équipe de ne pas être composée de personnes uniformes et formatées. De part notre parcours personnel, nous connaissons bien les contraintes du terrain, tous les codes relationnels entre les équipes médicales et les soignants. Cette expérience facilite beaucoup la communication sur le projet et permet une fluidité dans les échanges et une connaissance du terrain très utiles pour porter le projet Laennec.

Les grandes lignes de la conduite du projet…

Le projet est très ancien puisque les premières réflexions remontent à 1995. Il a ensuite été rebouclé en 2003-2004 et une première structuration de la conduite de projet a été faite de 2004 à 2006 avec l'aide d'une société de conseil. Ensuite, au fil du temps, la méthodologie a été actualisée et réajustée. Nous avons ainsi un comité de pilotage associant la direction de l'hôpital Necker et le siège de l'AP-HP qui est le maître d'ouvrage. Nous avons également un directeur de projet assisté d'une équipe projet avec une composante très opérationnelle, proche du terrain, même si ses membres ont évolué au fil du temps. Enfin, nous avons mis en place des groupes de travail thématiques pilotés par les directeurs adjoints ou les responsables en charge des unités fonctionnelles, afin que des décisions puissent être prises et que chacun se retrouve dans son domaine de compétence. Tout au long du projet, nous avons du nous adapter par rapport à certains évènements marquants comme le recours suspensif des riverains fin 2007, une modification du projet médical avec l'accueil des activités pédiatriques de l'hôpital Saint Vincent de Paul puis l'intégration de deux services importants de l'hôpital Trousseau.

Les groupes projets…

Notre cible ultime reste l'organisation médicale et soignante, c'est le cœur du projet. Nous retrouvons ensuite différents thèmes sur lesquels s'appuient ces organisations médicales et soignantes. Le premier est le projet de vie dans Laennec, c'est-à-dire les conditions d'accueil des patients et de leur famille ou de leur accompagnant. C'est un axe fort du projet médical et du projet organisationnel de Laennec. Les fonctions logistiques sont également très importantes. Enfin, il ne faut pas oublier la gestion administrative ainsi que toutes les fonctions techniques, les équipements ou encore le système d'information. Nous retrouvons également des axes transversaux comme la communication et l'amélioration de la qualité. Nous avons ainsi souhaité lier les groupes travail Laennec à la démarche de certification presque concomitante à l'ouverture du bâtiment. Par ailleurs, la gestion du transfert et de l'ouverture a fait de l'objet d'une seconde méthodologie. Globalement, 80 groupes de travail thématique ont été constitués, 200 personnes ont été impliquées directement dont 50 % de soignants, 25 % de médecins et 25 % d'administratifs, logistiques et techniques. Entre janvier 2011 et septembre 2012, de nombreuses sessions de travail ont été mises en place selon les thèmes abordés. Nous avons pu compter sur une grande implication des équipes de l'hôpital. 200 personnes représentent environ 10 % des professionnels qui vont travailler sur le nouveau bâtiment. Ces groupes de travail ont ensuite été déclinés au sein des services afin que les cadres puissent travailler avec les professionnels. Les objectifs de ces groupes de travail étaient d'anticiper le fonctionnement dans le bâtiment grâce à l'élaboration de chartes de fonctionnement.

La méthodologie de transfert…

En avril 2012, un dispositif de pilotage particulier a été mis en place. C'est une période importante car c'est la concrétisation de tout ce qui avait pu être écrit et imaginé par les équipes. Nous avons un premier niveau, plus décisionnel, avec la direction de l'hôpital, le président de la Commission Médicale d'Etablissement Locale et le référent médical projet. Le deuxième niveau est constitué autour de l'équipe projet élargie aux référents transversaux, à savoir des représentants des services techniques, de la logistique, de l'hygiène, de l'informatique et du biomédical. Enfin, il y a un troisième niveau, le niveau des utilisateurs, des personnes qui vont être concernées par les déménagements. Cette méthodologie de transfert s'est appuyée dans un premier temps sur une structuration du deuxième niveau. Nous avons beaucoup travaillé avec les responsables transversaux et les cadres d'avril à juin 2012. Ensuite, jusqu'en septembre, nous sommes passés au 3ème niveau en présentant la méthodologie aux responsables de déménagement de terrain, dits encadrants de déménagement. Au départ, il s'agissait de préparer 8 séries composées de 75 opérations de transfert concernant 25 disciplines ou secteurs d'activité. Ces 75 opérations principales se décomposent souvent en opérations multiples. Nous avons formalisé, dans un premier temps, une cartographie des services transférés. Certains acteurs avaient des difficultés à se projeter dans la réalité de leur quotidien et de leur projet. La cartographie nous a permis d'avoir une vision un peu synthétique de la nouvelle activité dans Laennec. Ensuite, nous avons procédé à l'ordonnancement des transferts. Il s'agit d'un travail participatif qui a rassemblé tous les acteurs, les médecins, les cadres et les référents techniques concernés. Nous avons également dressé un inventaire des préalables. Nous avons du repérer tous les préalables nécessaires dans les domaines techniques, logistiques, administratifs, des équipements, de la qualité, de l'hygiène et en termes de communication. La méthodologie de transfert des activités proprement dite a intégré également la notion de superviseur des 75 opérations. Le superviseur est un des membres de l'équipe projet. Les objectifs étaient de définir et de mettre en œuvre pour chaque secteur transféré, le scénario très précis de déménagement, intégrant les dates mais également toutes les activités annexes permettant de sécuriser l'ensemble du transfert.

Quels sont les outils dont disposent ces groupes de travail transfert ?
Ils ont pu compter sur un canevas d'organisation pour organiser le transfert et commencer à réfléchir à tous les points de vigilance et les contraintes que nous avions intégrés dans le scénario. Ensuite, nous avons réalisé des maquettes du scénario de transfert pour aider les équipes à se projeter et à pouvoir remplir les documents de façon un peu plus aisée. Nous avons également préparé un guide du déménagement, un travail réalisé avec les référents, les responsables des services logistiques, de l'informatique, de l'hygiène, afin d'être le plus complet possible. Nous avons remis des plans des locaux actuels et dans Laennec pour chaque service, avec des numéros fonctionnels, de façon à faciliter l'identification des cartons. Il s'agit d'un gros travail de signalétique préalable. Tous ces documents ont été mis à disposition sur un site intranet dédié. Par ailleurs, à l'ouverture du bâtiment, nous avons mis en place une lettre d'information hebdomadaire reprenant dans un premier temps des thèmes liés à la préparation du déménagement puis toute l'actualité de ce déménagement. Cette lettre sert de lien entre toutes les équipes, les acteurs qui déménagent ou non. Un guide de prise en main est également réalisé pour aider les agents qui intègrent les nouveaux circuits et les nouveaux locaux. Dès l'ouverture du bâtiment, nous avons également mis en place des réunions thématiques hebdomadaires destinées à l'ensemble des encadrants « déménagement » ainsi que des visites. Dès octobre 2011, en partenariat avec les responsables du chantier, nous avons été autorisés à permettre la visite du bâtiment Laennec. Il s'agissait de « visites-découvertes » ouvertes à la communauté hospitalière. Jusqu'à la fin de cette année 2011, nous avons organisé 15 visites, impliquant 150 personnes. Enfin, en 2012, nous avons pu entrer plus librement dans le bâtiment et des visites plus ciblées par service ont été possibles. Ces 200 visites ont rassemblé près de 1200 personnes !

Comment avez-vous accompagné les équipes dans ce projet ?
La communication et l'information ont une place importante dans l'accompagnement avec comme objectif de donner du sens. C'était important de communiquer régulièrement sur le projet même lors de périodes plus délicates, lors des phases d'adaptation où nous n'avions pas forcément les bonnes réponses aux questions des différentes équipes. C'est un point incontournable dans des projets de cette envergure, même lorsqu'il y a de l'incertitude. Nous avons ainsi beaucoup communiqué à travers le journal interne, la lettre d'information et le site de l'intranet ainsi que dans les instances officielles de l'hôpital. Nous avons eu aussi des réunions régulières avec la direction des soins et la DRH où nous avons échangé avec les organisations syndicales, acteurs importants dans un projet d'une telle envergure pour leur présenter les nouvelles organisations de travail. Enfin dès le début nous avons eu des réunions de travail et de concertation avec les représentants des usagers et des associations ainsi que la directrice de l'école. Pour nous, accompagner signifie faciliter et rassurer. Les groupes souhaitent être soutenus et avoir les bons outils pour être accompagnés. Nous avons donc été particulièrement attentifs sachant que nous devions soutenir l'effort sur la durée. Sur des projets de cette ampleur, cette notion de durée est importante et nous devons sans cesse renouveler l'information et aider tous ceux qui arrivent dans le projet.

Quelles ont été les difficultés rencontrées durant la conduite de projet ?
Nous avons du gérer l'incertitude liée à l'évolution du projet et des calendriers de travaux, avant et après la livraison du bâtiment. Durant la phase de levée de réserves, nous devons être derrière les entreprises, derrière la maîtrise d'œuvre, pour nous informer des dates définitives de fin de travaux et de livraison des équipements pour assurer au mieux le transfert des équipes et des patients. L'équipe projet a une fonction d'aide méthodologique et de coordination des différents interlocuteurs. Le risque est de prendre la place des interlocuteurs de terrain et de les déresponsabiliser. Nous devons être vigilants afin de rester dans un rôle d'aide facilitateur tout en veillant à ne pas déposséder les cadres de leur responsabilité vis-à-vis de leur activité qu'ils auront à gérer dans le futur bâtiment.

Quelles sont les clés de la réussite d'un tel projet ?
La première réside dans la capacité d'adaptation du bâtiment. Nous avons un bâtiment qui a une certaine modularité dans son architecture. Cette caractéristique nous a grandement aidé dans les différentes phases du projet lorsque nous avons du faire face aux évolutions du programme médical. La qualité des interfaces (maîtrise d'ouvrage/maitrise d'œuvre/services travaux, équipements et logistiques de l'hôpital/équipe projet) est également très importante même si ce n'était pas facile tous les jours. Nous avons beaucoup d'intervenants et nous avons besoin d'une grande réactivité pour tenir des délais extrêmement tendus. La réussite d'un tel projet réside également dans la réactivité de la communauté hospitalière. Par rapport au calendrier très serré, nous avons besoin d'être en permanence en communication avec la communauté hospitalière pour pouvoir réajuster au plus vite nos décisions. Par ailleurs, il était important d'avoir une structuration forte de la conduite de projet mais encore plus de la maintenir sur la durée. Nous avons besoin des directions fonctionnelles qui doivent, jusqu'à la fin, rester présentes à nos côtés pour faciliter et réussir cette dernière phase. Enfin, la dernière clé de la réussite repose sur la proximité de l'équipe projet avec le terrain et ses différents acteurs. C'est vraiment la complémentarité de nos parcours qui a permis d'échanger et d'avoir un langage adapté à chacune des spécialités.

Dans quelle mesure avez-vous anticipé l'après ouverture du bâtiment Laennec ?
Nous devons maintenir l'accompagnement des différentes équipes. Nous allons nous adapter au fur et à mesure des installations aux besoins de chaque service pour définir un mode d'accompagnement et une amplitude d'accompagnement des personnels. Nous allons également devoir réajuster certaines organisations envisagées puisque nous allons confronter le projet écrit à la réalité spatiale du bâtiment. Nous aurons probablement à reprendre des chartes de fonctionnement et à réactiver certains groupes de travail pour évaluer les différences entre l'organisation conceptualisée et la réalité du terrain. C'est une nouvelle phase passionnante du projet qui commence.