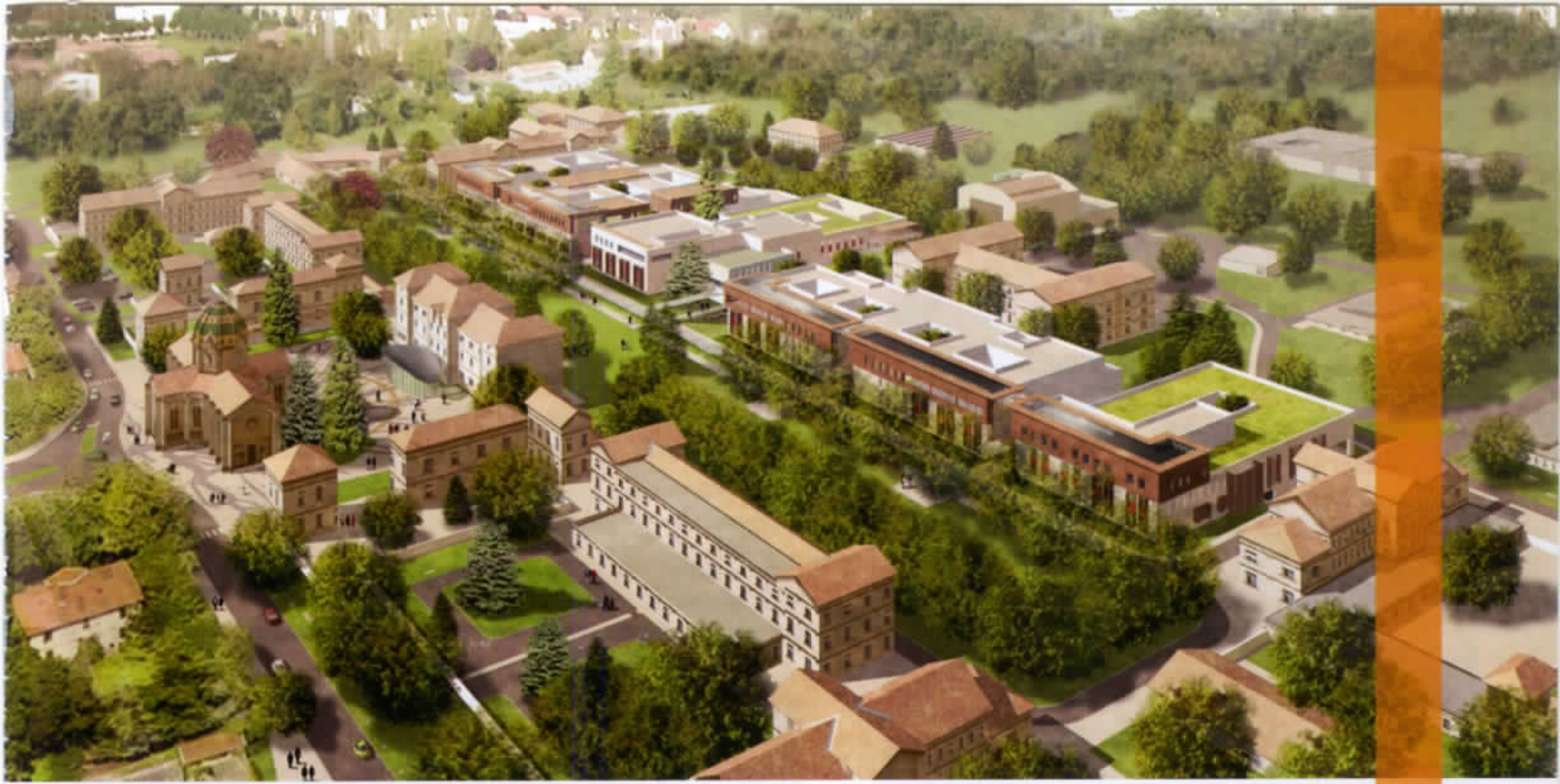


Le Centre Hospitalier Le Vinatier en pleine mutation...

Présentation avec **Hubert Meunier**, directeur du CH Le Vinatier et **Gilles Chambry**, directeur des travaux.

Dans le cadre du plan hôpital 2012, le Centre Hospitalier Le Vinatier est en pleine restructuration. Ce projet a pour volonté d'accompagner la nouvelle organisation des trois pôles de psychiatrie adulte. Aujourd'hui distants sur le site, ils seront regroupés, début 2014, au sein d'une même structure. L'organisation pavillonnaire va ainsi laisser la place à un vaste ensemble de 33 500 m^2 répartis sur trois étages.

Le regroupement en trois pôles - Centre, Est, Ouest - et la mutualisation des moyens vont entraîner une diminution globale du nombre de lits. En rassemblant ainsi les activités hospitalières, c'est le cœur historique du site du Vinatier qui va également être réinvesti, revenant ainsi au projet originel de l'hôpital psychiatrique lyonnais ouvert en 1876 et qui s'étend aujourd'hui sur plus de 70 hectares.

Dans un souci permanent de qualité des soins, cette nouvelle organisation devrait permettre davantage de fluidité et de confort pour les patients mais aussi pour les soignants. Une volonté d'amélioration des soins qui s'accompagne également d'une démarche citoyenne avec un chantier qui s'intègre dans une démarche HQE et se veut être le reflet de l'hôpital de demain.

« La communication est un outil au service d'une politique et d'une réalité »

Comment définiriez-vous votre établissement ?

Hubert Meunier : Le Vinatier est un hôpital en pleine mutation puisqu'en quatre ans, trois opérations lourdes, voire majeure pour la dernière, sont venues complètement impacter l'établissement. Ces opérations n'étaient absolument pas prévues dans l'ancien projet d'établissement. Nous avons ouvert en mai 2010 la première Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) pour des patients détenus, une Unité pour Malades Difficiles (UMD) en décembre 2011, et nous avons actuellement en cours l'opération « hôpital 2012 », un projet qui a pour volonté d'accompagner la nouvelle organisation des trois pôles de psychiatrie d'adultes en les regroupant au sein d'une même structure. Ces trois projets, déjà réalisés ou en cours de réalisation, ont mobilisé tout l'établissement, la communauté médicale et l'ensemble des services depuis 2007. Il ne s'agit pas seulement d'une simple reconstruction mais vraiment d'une reconfiguration de l'hôpital en cohérence avec les organisations médicales découlant des différentes réglementations et, notamment, de l'ordonnance de 2005 et de la Loi HPST. C'est une opportunité historique pour nous mais c'est également un énorme chantier.

Quelles sont les forces de votre établissement ?

H.M : Sa taille ainsi que sa situation géographique sont des atouts indéniables. Le Vinatier est par ailleurs aujourd'hui le seul établissement psychiatrique en France à disposer de toutes les lignes de soins en psychiatrie générale ou spécialisée. Nous avons enfin une forte dimension hospitalo-universitaire, grâce à l'affectation de 5 PU-PH dans le cadre d'une convention avec le CHU. Cette dimension d'enseignement et de recherche est très importante pour Le Vinatier. Nous cumulons donc tous les avantages pour être attractif : une localisation dans la seconde ville de France, au cœur d'un des plus grands campus européen d'enseignement, de recherche et de soins, toute la diversité au sein de la discipline, des compétences hospitalo-universitaires, médicales et paramédicales reconnues. C'est une situation idéale pour l'accueil des étudiants, des internes et des professionnels. Enfin, même si nous sommes une structure de taille importante, nous savons néanmoins porter des projets institutionnels et être très réactifs. Si tel n'était pas le cas, jamais l'établissement n'aurait pu se réorganiser et mener de tels projets dans un laps de temps aussi court.

Quel est l'état de santé financière de votre établissement ?

H.M : Elle est plutôt bonne. Nous avions passé un contrat de retour à l'équilibre qui conditionnait d'ailleurs les engagements de l'État dans le cadre du projet hôpital 2012. Notre contrat était de revenir à l'équilibre financier à la fin de l'année 2011 et nous y sommes parvenus fin 2010, avec un an d'avance. L'ARS a ainsi pu valider notre projet. Notre contrat est désormais de rester à l'équilibre financier, comme tous les hôpitaux, tout en intégrant les effets de notre programme d'investissement et en continuant de développer les soins pour une patientèle en forte croissance. Ceci n'est pas facile mais il faut le reconnaître, la pression financière est plus forte aujourd'hui sur les établissements MCO soumis à la T2A que sur les établissements psychiatriques qui sont encore financés en dotation annuelle.

Quelles sont les grandes lignes du projet hôpital 2012 ?

H.M : L'hôpital a été construit en fin du dix-neuvième siècle. Si depuis cette période d'autres constructions sont intervenues, il n'a pas connu d'importants travaux de réhabilitation structurelle et reste sur le modèle pavillonnaire initial. Au fil du temps, l'outil est devenu inadapté. Grâce à ce projet, nous avons la possibilité d'adapter l'ensemble des lits d'hospitalisation d'adultes et leur environnement de travail, non seulement aux standards actuels, mais également à la nouvelle organisation polaire découlant de l'ordonnance de 2005 et de la loi HPST de 2009. Cette concomitance entre la possibilité financière de moderniser en une fois l'hôpital et de l'adapter physiquement à notre nouvelle organisation médicale est véritablement une chance historique. Mais cette chance ne doit rien au hasard. C'est bien parce que l'hôpital avait commencé à réfléchir à son organisation médicale, malgré les réticences de toutes sortes et de toutes origines aux dispositions de l'ordonnance de 2005 que le projet architectural a pu être porté. Sans cette cohérence, jamais notre dossier n'aurait été retenu au plan hôpital 2012.

<<<<< POLE CENTRE
AGENCE MICHEL BEAUVAIS & ASSOCIES
ARCHITECTES & URBANISTES

OUEST <
> POLE CENTRE ET

AGENCE MICHEL BEAUVAIS & AS

Quels sont les enjeux de la réorganisation ?

H.M : Auparavant, le Vinatier était organisé en onze secteurs de psychiatrie adulte constituant autant de services. En 2007, l'établissement a constitué trois pôles de psychiatrie d'adultes, mais qui abritaient encore les anciens services. La loi HPST a été l'occasion de confirmer les trois pôles mais de les redimensionner entre eux pour tenir compte des évolutions démographiques et surtout à l'intérieur de chacun d'eux. Nous avons toujours au sein de chaque pôle des services sectorisés correspondant à la sectorisation psychiatrique mais avec des regroupements de services sur des espaces élargis afin de mutualiser les moyens, élargir la réflexion et l'organisation. Chaque pôle comporte également une unité transversale et une unité hospitalo-universitaire. Notre projet hôpital 2012 coïncide donc avec cette réflexion d'organisation des soins sur notre territoire. De plus, avec cette nouvelle organisation, nous nous donnons des leviers de mutualisation afin de continuer à développer une activité en augmentation avec des moyens qui, eux, ne suivent pas la même courbe. Ce sont ces réflexions qui expliquent que notre projet, l'un des seuls en psychiatrie à l'avoir été, a été retenu. Car bien plus qu'une simple opération de travaux, c'est d'un bâti au service d'un projet médical et d'une organisation des soins qu'il s'agit.

Le regroupement en trois pôles et la mutualisation des moyens vont entraîner une diminution globale du nombre de lits. Pourquoi cette baisse ?

H.M : Les pratiques évoluent et nous sortons du principe de l'asile du XIXe/début XXe siècle qui consistait à soigner tous les patients à l'hôpital. Un patient qui souffre de troubles psychiques ne fait pas forcément la démarche d'aller voir un médecin. Il n'a pas forcément conscience de son état ou refuse de l'admettre. De plus, la maladie psychiatrique est toujours aujourd'hui un sujet un peu tabou. Donc il n'a pas forcément accès au soin. Puisque l'on savait qu'il y a des besoins mais que les malades ne se présentent pas toujours d'eux-mêmes, la politique a été de sortir des murs et s'implanter au plus près de leurs lieux de vie, dans les territoires. C'est le principe de la sectorisation. Par ailleurs, la maladie psychiatrique est multiforme et les patients qui souffrent de troubles de la santé mentale n'ont pas tous besoin d'être hospitalisés. La France est comme d'autres pays engagée depuis plusieurs décennies dans cette politique de diminution des lits et de multiplication des outils ambulatoires de prise en charge. Ceci doit permettre d'éviter des hospitalisations, de faire sortir plus facilement et plus rapidement des patients que, finalement, nous soignions auparavant moins bien à l'hôpital ; de mieux répondre aux différentes problématiques. Le revers de la médaille, c'est que nous sommes victimes de notre succès. Comme nous apportons une meilleure réponse, la demande augmente. De plus, nous vivons dans une société qui génère ses propres maladies : la précarité, le chômage et toutes les difficultés sociales se traduisent aussi par des problèmes de santé mentale. Aujourd'hui, nous sommes donc dans une situation de tension permanente au niveau du nombre des lits. Enfin, nous avons des patients très lourds pour lesquels nous avons du mal à trouver des solutions médico-sociales ou des lieux de vie qui pourraient prendre le relai de l'hôpital. Nous avons donc dans nos lits certains patients qui pourraient quitter l'hôpital, ceux que l'administration qualifie de « patients inadéquats », mais pour lesquels nous n'arrivons pas trouver de solution.

Connaissez-vous des difficultés de recrutement ?

H.M : Notre réputation, la diversité de nos activités, notre taille et notre situation géographique nous permettent de rester attractifs, notamment au niveau médical. La qualité de la prise en charge favorise également l'attractivité mais nous devons toutefois faire face à une pénurie réelle. Les effectifs de psychiatres vont baisser car de nombreux praticiens vont partir en retraite. Il y a quelques années, lorsqu'un poste était vacant au Vinatier, nous avions quatre ou cinq candidats. Aujourd'hui, il nous arrive parfois de ne pas avoir de candidats sur un poste. La situation est également tendue au niveau paramédical. Nous sommes à Lyon, ville qui compte beaucoup d'hôpitaux publics ou privés. L'offre d'emploi y est donc très importante et, sur certaines périodes de l'année, nous avons tous beaucoup de mal à recruter ou remplacer nos agents. Dans ce contexte, nous avons par exemple décidé de reporter l'ouverture de la troisième unité de notre nouvelle UMD au mois de septembre 2012, période plus propice au recrutement notamment en raison de l'arrivée sur le marché de l'emploi, des jeunes diplômés des Instituts de formation.

Dans le cadre des changements organisationnels, avez-vous rencontré des résistances au changement ?

H.M : Sur un tel projet avec de tels enjeux et de tels bouleversements organisationnels, les résistances sont obligatoires. Si nous mettons de côté ses aspects très politiques, la Loi HPST change véritablement le modèle social de l'hôpital. Avant, nous étions sur un modèle administratif très pyramidal avec une direction, des services, des chefs de service, etc. Désormais, nous sommes sur une organisation de type entreprise, ce qui ne signifie nullement que l'hôpital soit devenu une entreprise. C'est toutefois un changement important pour tout le monde, directions, partenaires sociaux et communauté médicale inclus. Nous avons aujourd'hui des pôles avec des chefs de pôle qui ont des fonctions de management, d'organisation générale, de pilotage médico-économique et qui supervisent des services avec des responsables chargés, eux, du fonctionnement clinique.

Nous entrons dans des relations moins hiérarchiques et plus fonctionnelles, entre directions et pôles cliniques, symbolisées par les contrats de pôle et les délégations. C'est donc un bouleversement structurel et culturel qu'il faut mener et accompagner.

Vous communiquez beaucoup autour du projet avec notamment un site Internet et l'ouverture d'une maison de projet. Quelle est l'importance du rôle de la communication ?

H.M : La communication est un outil au service d'une politique et d'une réalité. Ce projet est très important et va conditionner et structurer l'hôpital pour 25 ou 30 ans. C'est un projet qui a nécessité trois ans de travaux, précédés de deux années d'études. Ce sont 4ha de chantier au milieu de l'hôpital avec des palissades, des grues, des nuisances, etc. Nous ne sommes pas sûrs que tous les patients et les soignants dans leurs unités soient bien informés. Nous devons donc leur donner de l'information, leur expliquer ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons. Nous avons eu ce désir d'expliquer le pourquoi des contraintes et de donner des informations tout au long du chantier. Cela participe d'une dynamique d'établissement. Cette action va également nous servir de mémoire afin que nous puissions nous rappeler de cette période, bien après la fin des travaux. Nous voulions faire quelque chose d'intéressant et d'utile, sans y consacrer trop de moyens. Nous nous sommes donc rapprochés d'une école de communication et nous leur avons proposé d'animer ce volet communication durant les trois années du projet. Le succès est au rendez-vous puisque sur 2011, la maison de projet a reçu 550 visiteurs et que nous avons enregistré 4800 connexions sur le site Internet. Autour de ce projet communication, nous intégrons d'autres éléments utiles comme des locaux témoins installés par la direction des travaux avec le groupement de conception-réalisation, permettant de recueillir les avis et remarques des visiteurs. Un service de communication dans un hôpital comme le nôtre est très utile et pas seulement pour établir une charte graphique. Nous avons besoin de communiquer, de montrer ce que nous faisons, de valoriser ceux qui le font et de faire connaître notre établissement. La communication concerne l'extérieur mais également les personnes qui y travaillent et ceux qui y sont hospitalisés. C'est vraiment un outil du dialogue social mais aussi un outil politique et stratégique.

Quelle importance accordez-vous au management des relations humaines ?

H.M : Selon moi, c'est l'essentiel du travail d'un chef d'établissement. Mon métier n'est plus technique mais d'abord un métier de relations humaines. La psychiatrie n'est d'ailleurs pas une discipline technique mais qui concerne l'humain dans sa globalité. Notre plateau technique reste notre personnel ! Nous sommes vraiment sur des relations humaines, tout le monde est concerné et le directeur est en première ligne. Cette dimension humaine est primordiale dans mon métier. Pour tout projet, pour toute évolution, il faut concevoir, concerter, débattre, convaincre tant en interne qu'auprès de nos partenaires et de nos financeurs. Les éléments techniques ne conditionnent pas les décisions finales mais viennent seulement en appui de celles-ci. Pour ceci, il faut être crédible et cela passe de mon point de vue par des lignes managériales claires, notamment en matière de relations sociales. C'est à cela que je m'attache.

En termes d'orientation et de pilotage stratégique, quelles sont les performances que vous espérez pour votre établissement ?

H.M : Je suis arrivé au Vinatier il y a deux ans. Quand un directeur arrive, tout se passe en général bien durant les premiers mois. Puis une période de tension suit inévitablement cet état de grâce. Nous sommes passés par ces étapes avec les partenaires sociaux et la communauté médicale et, depuis quelques mois, il me semble que nous avançons bien ensemble car nous avons appris à nous connaître. Certes, nous ne sommes pas d'accord sur tous les sujets mais une confiance réciproque s'est je crois instaurée entre nous. Si chacun fait normalement son travail, les confrontations sont inévitables car nous avons chacun nos visions des choses, nos aspirations et nos contraintes. Je ne recherche donc pas le consensus, qui pour moi ne se trouve que rarement et qu'au niveau du plus petit dénominateur commun. Je suis plutôt un homme de compromis, qui est le niveau d'accord le plus haut auquel on peut parvenir, plus constructif donc, mais qui nécessite de se confronter un peu plus. Mais lorsque les différents interlocuteurs ont une conception à peu près commune de ce qu'est un hôpital public, beaucoup de choses positives peuvent ressortir de ces confrontations. En terme de pilotage stratégique, je souhaite continuer dans cet état d'esprit le plus longtemps possible. Nous avons de nombreuses idées au Vinatier, mais pour qu'une idée prenne corps, nous devons tous travailler ensemble. S'il n'a pas l'aide de sa direction, le meilleur médecin n'arrivera jamais à porter un projet. Il en va de même pour le directeur qui ne peut agir sans aucune adhésion de la communauté médicale et des personnels.

Quelle vision avez-vous de l'hôpital psychiatrique de demain ?

H.M : C'est celle du Vinatier ! L'hôpital psychiatrique de demain aura une organisation qui ne reposera pas sur des considérations idéologiques mais qui s'adaptera aux besoins des patients. Il n'existe pas d'organisation type capable de répondre à toutes les problématiques. L'hôpital psychiatrique de demain devra rester fondé sur une organisation sectorielle mais adaptée et suffisamment large pour disposer de leviers d'action. Il devra également disposer de pôles spécialisés, complémentaires des premiers, car si la sectorisation reste la base de l'organisation, elle ne permet pas d'apporter la meilleure réponse à toutes les problématiques de prise en charge. Au Vinatier, nous avons ainsi constitué 3 pôles de base, sectoriels, en psychiatrie d'adultes et 1 pôle de pédopsychiatrie mais également 5 pôles spécialisés. L'hôpital psychiatrique de demain devra enfin être beaucoup plus interfacé qu'il ne l'est aujourd'hui avec les autres hôpitaux, psychiatriques ou généraux de son territoire, avec le milieu social et médico-social, avec la médecine générale, avec les élus locaux, les bailleurs sociaux,.... Tout ce maillage nécessite beaucoup d'investissement humain. Il nécessite encore de la part de certains hospitaliers un changement de conception de la place de l'hôpital dans un territoire. Il nécessite tout autant des services de l'Etat une approche de l'organisation de l'offre de soins qui soit réellement basée sur les finalités de prise en charge et moins sur des postulats, voire des objectifs, de recompositions, restructurations ou fusions d'établissements.

Un outil de soins moderne...

L'un des principaux axes sur lesquels s'articule ce projet hôpital 2012 a été la mise à disposition des personnels et des patients un outil de soins moderne et adapté à la nouvelle organisation médicale de la prise en charge. Ce rassemblement des services de soins des pôles psychiatrie adulte doit permettre une meilleure collaboration et organisation. Mais ce projet se doit également de respecter le patrimoine immobilier et environnemental de l'établissement.

Précisions avec **Gilles CHAMBRY**,
directeur des travaux.

Quelles sont les particularités architecturales du CH Le Vinatier ?

G.C : Aujourd'hui, nous essayons de préserver les espaces et de densifier les constructions comme nous l'avons fait, par exemple, pour l'UHSA. Les médecins acceptent désormais le principe d'avoir des unités de soins en étage. Auparavant, ce n'était pas le cas et il était inenvisageable de construire des unités de soins avec des locaux d'hébergement en étage notamment pour des raisons de sécurité. Ce concept est aujourd'hui accepté par la communauté médicale et, dans notre dossier hôpital 2012, nous avons pu construire en R+2. Nous essayons de proposer une architecture répondant bien aux besoins des soignants et à la qualité de prise en charge des patients. Nous essayons de redonner de l'espace aux malades et de rationaliser des espaces dévolus au personnel. Nous avons ainsi prévu des chambres plus spacieuses, des salles de jour, des salles de télévision, une salle à manger plus confortable, ainsi que des espaces pour les soignants correspondant bien à leurs activités.

Quel était l'état du bâti auparavant ?

G.C : Les façades étaient particulièrement dégradées puisque par le passé, l'idée était de ne pas les traiter afin de ne pas paraître trop riche auprès de nos financeurs. Par ailleurs, pour des raisons historiques de voisinage, la volonté était auparavant d'occuper tout notre terrain, en construisant à l'horizontal, sur tout l'espace de l'établissement. Aujourd'hui, nous ne sommes plus dans cette logique défensive et pouvons concevoir l'hôpital avec une approche libérée de cette contrainte.

Comment définiriez-vous le projet hôpital 2012 ?

G.C : Ce projet va permettre à l'ensemble des soignants de travailler en étroite collaboration car ils seront plus proches les uns des autres. Ils pourront également mieux se connaître car nous nous sommes rendu compte, à travers les différents groupes de travail, que les personnels ne se connaissaient pas d'un pôle à un autre. Ce projet va également nous permettre de mutualiser les moyens et de développer certaines pratiques.

Le projet hôpital 2012 dans ses grandes lignes...

G.C : Nous aurons trois bâtiments en R+2 qui seront construits au centre de l'établissement. Ce projet a la particularité d'avoir un rez-de-jardin, une sorte de faux sous-sol éclairé naturellement, qui va accueillir près de 300 véhicules ainsi que toute la desserte de l'établissement au niveau de la logistique et des ambulances. Ce rez-de-jardin sera éclairé naturellement ce qui devrait améliorer le sentiment de sécurité pour le personnel. Outre l'arrivée de la logistique, nous y retrouverons également les vestiaires. Au rez-de-chaussée et au premier étage, nous aurons des unités de soins ou des foyers et, au deuxième étage, des PC de pôle, des locaux d'enseignement et toutes les fonctions administratives. L'un des points forts de ce projet est la standardisation des différentes unités. Le calibrage des unités est de 24 lits avec une chambre d'apaisement et une chambre d'isolement, quel que soit le pôle. Nous avons calibré de la même façon l'ensemble des unités de soins car cela nous permet d'avoir le même encadrement en termes de personnel et de normaliser des pratiques. Nous aurons également des foyers d'une capacité de 10 lits, des unités de longue évolution de 24 lits avec une chambre d'apaisement ainsi que des unités de brefs séjours de 24 lits avec une chambre d'apaisement et une chambre d'isolement. Enfin, nous aurons des locaux d'enseignement avec un amphithéâtre et de nombreuses salles de cours.

Comment avez-vous abordé la logistique ?

G.C : Dans les locaux actuels et dans les autres bâtiments, nous avions un problème d'intervention des logisticiens dans les différentes unités. Nous avions des difficultés pour intervenir sans perturber les patients. L'idée du projet hôpital 2012 est d'avoir des espaces réservés à la logistique. Nous avons ainsi des circuits complètement dédiés qui arrivent directement dans les unités de soins. Pour les repas par exemple, nous avons dédié des circuits sans pour autant rajouter du travail supplémentaire aux soignants. Le chariot des repas arrive ainsi directement dans l'office sans emprunter les flux de patients. Nous avons bien différencié la gestion de ces différents flux au sein des bâtiments sans pour autant perturber le travail des soignants ni celui des logisticiens.

À quand remontent les premières réflexions autour de ce projet ?

G.C : Les premières réflexions remontent à 2005 lorsque nous avons établi le Plan Urbanisme et Paysage, le PUP. A cette époque, nous avons requalifié l'ensemble des espaces de l'établissement en réservant un espace aux patients, un autre au logement et un dernier à la logistique. Suite à cette requalification, nous avons constaté un mitage à stopper rapidement. L'autre constat a été fait au niveau du centre de l'établissement qui était complètement dévitalisé. Nos premières réflexions ont donc porté sur une meilleure occupation de cet espace. L'ensemble de l'établissement s'est mis au travail, nous avons monté un groupe de travail sur ce sujet et l'avant-projet détaillé a été rédigé en 2008. Nous avons vraiment eu une démarche participative autour de cette question et, lors des appels à projet, le nôtre était pratiquement bouclé.

Quels ont été les acteurs associés aux réflexions ?

G.C : Nous avons eu des acteurs en interne comme les médecins et les soignants, mais également des acteurs en externe comme la ville de Bron ou le Grand Lyon.

Aujourd'hui encore, tous les professionnels sont fortement impliqués. Des groupes « projet » ont été montés pour la définition du programme et, comme nous sommes rentrés dans la phase de travaux, ils sont en train de muter pour préparer l'entrée dans les nouveaux bâtiments. Nous ne sommes plus sur des problématiques de programmation mais plus sur des problématiques de fonctionnement et d'appropriation des bâtiments. Nous devrions être livrés en février 2014 et de nombreuses questions restent en suspens. Les groupes de travail ont été maintenus, nous avons toujours un comité de pilotage avec des médecins, des soignants, des cadres et l'approche participative reste toujours aussi pertinente. Ce sont juste les questions soumises à ces groupes qui ont évolué. Nous savons à quoi les bâtiments vont ressembler. Désormais, nous passons à la question des organisations, des différents protocoles et du fonctionnement.

Quel montage avez-vous retenu pour financer ce projet ?

G.C : Nous sommes sur une procédure de conception et réalisation qui a été confiée à un mandataire, la société LAMY, l'architecte du groupement étant Michel Beauvais. Nous avons également un assistant maître d'ouvrage, la société ICADE et, comme nous sommes en certification HQE, nous avons un assistant maître d'ouvrage HQE, Sylvain Chartier, de la société ELAN. Pour une opération de cette taille, la procédure en conception réalisation est la meilleure formule possible à condition que le programme soit bien établi à l'avance. Si le programme a bien été travaillé, les besoins bien définis, et si nous acceptons ensuite de ne plus revenir dessus, cette procédure nous garantit le respect des délais et de la qualité ainsi que le respect financier.

Quels éléments vous ont séduit dans le projet de Michel Beauvais ?

G.C : Plusieurs éléments ont influencé notre choix, notamment la qualité des espaces et, en particulier, la qualité des chambres des patients. Nous avons également été sensibles à la qualité des espaces extérieurs avec l'ensemble des terrasses, l'intégration paysagère, le respect des espaces boisés classés et de certains arbres remarquables qui ont été intégrés dans le projet. Toutefois, l'élément déterminant a été la prise en compte de notre programme. Michel Beauvais a parfaitement compris notre demande et a su la restituer dans son projet architectural. Lorsque nous avons étudié les différentes offres, nous avons retrouvé dans ce projet toutes nos problématiques.

Quel est le montant de l'investissement de ce projet hôpital 2012 ?

G.C : Sur « hôpital 2012 », nous avons la construction de ce bâtiment avec les 3 pôles mais aussi la restructuration de cinq autres bâtiments. Globalement, le projet s'élève à 106 millions d'euros, toutes dépenses confondues, à horizon 2014. Mais le périmètre pris en compte au niveau ministériel dans le cadre du plan Hôpital 2012 est de 101 millions d'euros car il n'englobe pas le parking en sous-sol, les locaux de recherche et les bureaux d'administration. Nous avons donc reçu 10 millions d'euros d'aides en capital, le reste étant emprunté par l'établissement, ainsi que 44 millions d'euros pour les surcoûts financiers. Avec l'ARS, nous nous sommes engagés à redéployer certains moyens en interne afin que cette opération soit financée et que son amortissement dans le temps ne mette pas l'hôpital en danger sur le plan financier.

Quels sont les éléments qui contribuent au confort des patients ?

G.C : Nous avons des chambres essentiellement à un lit avec une surface assez importante de 21 m². Chacune d'entre elles est équipée d'une salle de bains complète avec WC, douche et lavabo. Nous allons traiter le carrelage au sol en termes de couleur et la chambre aura une ambiance un peu « bois ». Nous avons également eu la volonté de différencier les parties communes qui sont assez représentatives de l'hôpital avec une colorimétrie définie et de traiter la chambre du patient comme un espace d'intimité à part entière. Nous avons également de beaux espaces extérieurs, même à l'étage, permettant aux patients de pouvoir circuler facilement et librement dans les unités de soins.

La place de la signalétique...

G.C : La signalétique est prévue dans le projet du groupement. L'architecture participe à cette signalétique car ce ne sont pas trois panneaux qui permettent de bien orienter les personnes dans un bâtiment. L'architecture doit participer à cette signalétique d'ensemble.

Comment se déroule le chantier ?

G.C : Jusqu'à présent, le chantier se déroule plutôt très bien même si nous avons eu une petite frayeur l'an passé sur les tréfonds car nous avons découvert que notre sol était pollué. La réglementation ayant évolué et s'étant durcie, il nous a fallu traiter ces sols. Nous n'avons pas connu d'autres difficultés. Nous avons quand même du préserver trois arbres classés (un peuplier, un hêtre et un cèdre) qu'il fallait absolument garder. Aujourd'hui, nous ne sommes pas en retard et même plutôt en avance sur le planning.

Ce projet s'inscrit-il dans une approche de développement durable ?

G.C : Nous sommes en certification HQE et nous avons choisi plusieurs cibles. Le chantier se déroulant au centre historique de l'hôpital, à proximité de bâtiments de soins, notre première cible a donc été d'avoir un chantier à très faibles nuisances. Un traitement spécifique a, par exemple, été apporté sur les camions ainsi que sur le moteur du concasseur au moment de la phase de démolition afin de limiter les bruits. Aujourd'hui, sur tous les projets que nous développons, nous essayons de définir un profil environnemental. Outre le chantier à faibles nuisances, nous avons également ciblé l'éco gestion, c'est-à-dire la maîtrise des dépenses d'énergie. Cela passe, par exemple, par l'installation de compteurs électriques où de variateurs pour pouvoir diminuer les consommations. Nous avons également essayé d'innover en matière d'énergie : tout le bâtiment sera chauffé par géothermie, indépendamment de notre installation de chaufferie gaz actuelle.

Dans quelle mesure ce projet va-t-il améliorer les conditions de travail du personnel ?

G.C : Nous allons améliorer l'accès au bâtiment notamment pour les piétons avec une ouverture côté tramway et des voies de circulation piétonne aménagées et sécurisées. Nous avons également aménagé un parking souterrain de près de 330 places et l'établissement participe au plan de « déplacements entreprise » en finançant une partie de l'abonnement des transports en commun des personnels. Par ailleurs, les bâtiments seront plus modernes et adaptés à l'activité. La standardisation et le calibrage des unités permettent d'avoir des normes d'encadrement en personnel adaptées. Les chambres sont également plus spacieuses et plus accessibles. Certes, les surfaces seront plus importantes mais elles seront mieux pensées par rapport aux modes actuels d'organisation. Nous avons également opté pour des matériaux plus adaptés à l'entretien et aux techniques d'aujourd'hui. L'environnement de travail sera donc globalement plus ergonomique pour le personnel.

La maintenance et l'entretien…

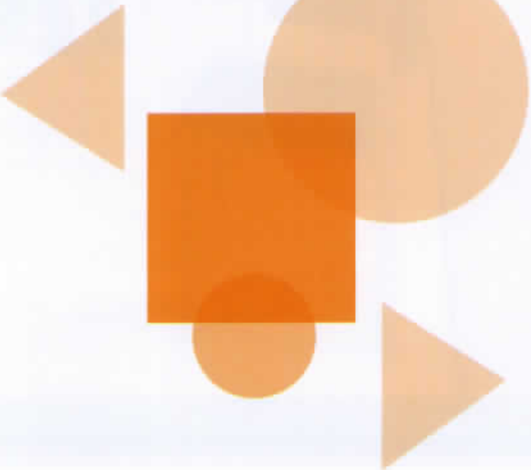
G.C : Nous avons vérifié les coûts globaux des différents projets proposés. L'investissement ne représente finalement que 25 % du coût global du projet alors que l'exploitation et la maintenance représentent les 75 % restants. Par rapport à la future maintenance du bâtiment, nous allons mettre en place une GTC qui va nous permettre de contrôler l'ensemble des installations techniques et de maîtriser nos consommations. Aujourd'hui, nos équipes sont en nombre suffisant pour pouvoir prendre en charge tous ces bâtiments. Par ailleurs, au fur et à mesure des opérations menées, nous essayons d'améliorer les installations et de les rendre plus accessibles pour les personnels, en lien avec l'ensemble des responsables des services techniques. Toute l'architecture technique du bâtiment a été pensée pour permettre des installations plus faciles et une meilleure accessibilité sans interférer sur le fonctionnement des unités de soins.

La gestion des clés…

G.C : C'est une gestion assez casse-tête dans un hôpital psychiatrique et cela représente un coût important. Sur l'UMD, nous venons de tester un système de clé électronique. Nous voulions vraiment garder un système de clé physique afin que les soignants aient à faire le geste. Ces clés nous permettent de gérer les accès, de les tracer, de gérer les autorisations, etc. Après l'expérimentation sur l'UMD, nous allons le mettre en place à l'UHSA. Si le test est concluant, c'est l'ensemble des bâtiments du projet hôpital de 2012 qui sera équipé et nous avons déjà anticipé l'arrivée de ce système.

Quelles sont les autres opérations en cours au Vinatier ?

G.C : Nous avons des opérations de restructuration de bâtiments existants, situés en périphérie, afin qu'ils puissent également avoir des unités calibrées à 24 lits. Nous sommes sur une procédure en loi MOP. Nous sommes également en train de construire une cuisine centrale puisque l'ancienne est directement impactée par le périmètre des nouveaux bâtiments. Nous devons absolument la raser d'ici la fin de l'année. Nous allons profiter de cette opération pour rapprocher la cuisine du restaurant du personnel ce qui va nous permettre de supprimer une cuisine relais et d'agrandir l'espace repas. Nous sommes en conception réalisation, nous avons opté pour le projet du groupement EIFFAGE et nous devrions être livrés en janvier 2013. Nous avons également un projet en cours d'études au niveau de la pédopsychiatrie mais également sur de l'extrahospitalier. Par ailleurs, nous avons l'entretien courant et la maintenance de structures existantes. Nous allons refaire le poste de sûreté et nous travaillons sur un aménagement de nos urgences. Nous avons également l'opération NeuroCampus, un montage entre l'État, au nom de l'université Claude Bernard Lyon 1, le département et l'hôpital. Nous mettons à disposition un terrain et un bâtiment en bail emphytéotique qui va être réhabilité afin de regrouper les équipes de recherches en neurosciences de Lyon actuellement éparpillées. C'est un beau projet qui va rassembler sur notre site 500 chercheurs, ingénieurs et praticiens. Nous ne gérons pas directement cette opération mais la direction des travaux est forcément impactée. Enfin, nous avons le projet de reconstruction de notre MAS, maison d'accueil spécialisée.



La conception architecturale

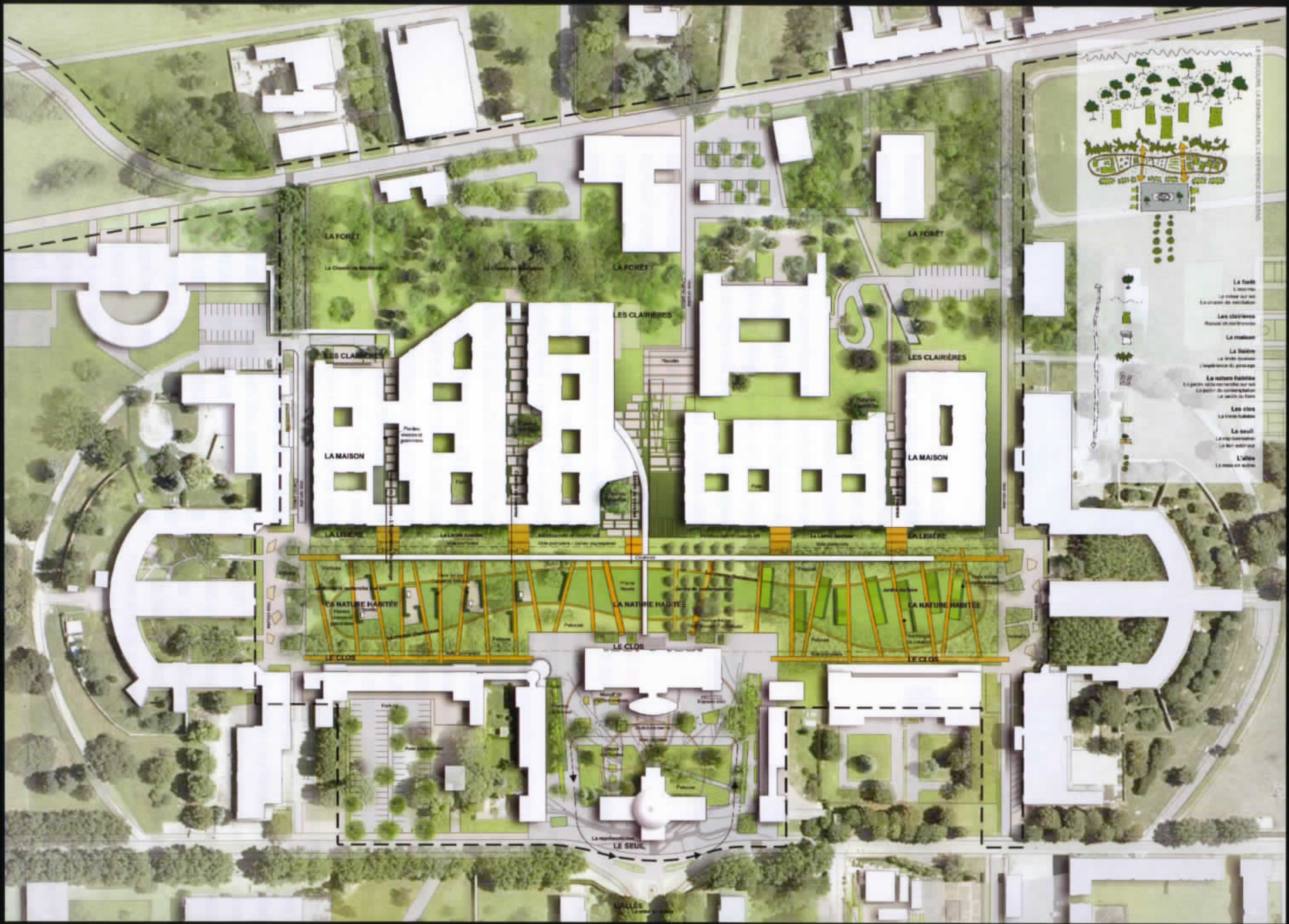
Propos recueillis auprès de
Michel Beauvais,
architecte

Comment définiriez vous ce projet du Vinatier ?

Michel Beauvais : C'est un projet qui s'inscrit à la fois dans un patrimoine de l'architecture psychiatrique et dans une réponse à un programme capacitaire très important. Avant même les premières réflexions on devine les enjeux d'un tel projet. Nous sommes sur un site extraordinaire, l'hôpital du Vinatier reconnu comme étant l'un des plus intéressant des grands sites nationaux de la psychiatrie. Nous devions nous inscrire dans un patrimoine de 1876 mais qui a, bien sur, évolué au fil des années, avec des extensions et des bâtiments modernes, repartis dans l'étendue de son parc boisé, véritable écrin du projet. C'est la reconstruction d'un grand bâtiment de 300 mètres de long, sur l'emprise de l'ancien, pour répondre à la prise en charge moderne des patients, tout en respectant les espaces boisés et les bâtiments conservés. Une première problématique était posée : répondre à des organisations futures précises et parfaitement décrites par le programme. La fonctionnalité résultante pour l'accueil des différentes pathologies de la maladie mentale devait s'inscrire dans ce site très contraint. Un établissement comme le Vinatier accueille des patients aussi bien en ambulatoire, en accueil de jour pour des consultations périodiques, mais également pour des hospitalisations plus longues, voire même en résidentiel « au long cours ».

Quel est le rôle de l'architecture en psychiatrie ?

M.B : En psychiatrie, l'architecte est un partenaire important car la configuration des bâtiments et des espaces participe fortement aux thérapies et aux comportements des malades. Depuis toujours, il existe une vraie relation entre l'architecte et le psychiatre, entre l'architecture qui offre des espaces de soins de traitements, d'hébergements et plus largement des lieux de vie individuels et collectifs répondant aux exigences des médecins, des soignants et de tout le personnel, très impliqués dans cette discipline de la santé. C'est le principe même de la conception pour tout établissement de santé, mais la spécificité et l'échelle de ces grands hôpitaux psychiatriques qui accueillent une population très diversifiée dans ses comportements et séjournant temporairement ou très longtemps, exige non seulement de la part de l'architecte une attention toute particulière à la fonctionnalité demandée, mais intégrer dès sa lecture des organisations médicales, la dimension du sensible comme composante permanente, tout au long des études du projet. C'est ainsi que nous savons qu'il y a toujours eu aussi des relations privilégiées entre l'expression artistique, les arts plastiques et plus largement la culture avec la psychiatrie. La réussite du projet culturel de La Ferme du Vinatier, en est un très bel exemple. La prise en charge de la maladie mentale a donné naissance par le passé, au 19 ème et début 20 ème siècle, à de grands hôpitaux psychiatriques avec des configurations très marquées, liées à la réponse spatiale des architectes sur le principe dominant de l'époque, l'enfermement des malades. Nous sommes dans un domaine de la conception architecturale extrêmement sensible. Au fil du temps, on est passé de l'asile qui accueillaient des « fous » à des hôpitaux de plus en plus ouverts ou tout du moins, à des espaces et des lieux de plus en plus adaptés pour accueillir toutes les diversités des maladies mentales et de comportements de patients, tout en démystifiant ces hôpitaux psychiatriques.


LE PARCOURS, LA DEAMBULATION, L'EXPERIENCE DES SENS
La forêt
Les clairières
La maison
La lisière
L'expérience du paysage
La nature habitée
Le jardin de contemplation
Les clos
Le seuil
L'allée
LA FORÊT
LA FORÊT
LA FORÊT
LES CLAIRIÈRES
LES CLAIRIÈRES
LES CLAIRIÈRES
LA MAISON
LA MAISON
LA LISIÈRE
LA LISIÈRE
LA NATURE HABITÉE
LA NATURE HABITÉE
LA NATURE HABITÉE
LE CLOS
LE CLOS
LE CLOS
LE SEUIL
L'ALLÉE

Dans ce contexte, nous sommes devant une des difficultés à résoudre pour les nouveaux hôpitaux psychiatriques ; à l'excepté de certaines structures spécialisées pour les malades difficiles, la psychiatrie qui n'est plus concentrationnaire et qui s'est donc ouverte au sens propre et figuré, à la fois sur la ville et sur une perméabilité entre les espaces intérieurs et les espaces extérieurs, nécessite une architecture qui offre et permet de gérer cette dualité spatiale « ouverte – fermée » mais sans trop de contraintes pour les patients et le personnel. Ce paradoxe dans la fonctionnalité plus ou moins fort en fonction des pathologies, répond non seulement à la qualité de la prise en charge en douceur du malade, c'est à dire sans la présence visuelles de ces contraintes, mais qui pourtant répond à l'obligation de protéger parfois le patient pour lui même et le personnel. C'est toute la complexité de faire cohabiter des lieux de soins et d'hébergement pour accueillir des pathologies mentales à différents degrés. Les espaces que nous créons agissent énormément sur le comportement et c'est ce que nous découvrons avec les psychiatres et les soignants, acteurs très impliqués dans ce domaine de la santé, très différents des autres. C'est certainement, plus que dans tout autre structure d'accueil, que les perceptions entre formes, couleurs et espaces, ont des effets psychologiques immédiats ou déterminants dans les comportements des personnes. Même si c'est une banalité de rappeler que les espaces et la lumière agissent sur l'individu, dans ces lieux que nous allons proposer pour accueillir, soigner, rassurer, apaiser et guérir, la notion de bien être et du confort de vie pour des personnes souvent en grands troubles, en désarroi, décuple la créativité de l'architecte. C'est tout cela qui nourrit la conception, qui compose le projet et donc qui fait naitre l'architecture. Les espaces extérieurs sont aussi importants que les aménagements intérieurs ; ce sont également des espaces thérapeutiques et à fortiori d'agrément, et même de refuge pour certains malades.

Quelle a été votre démarche sur le projet du Vinatier ?

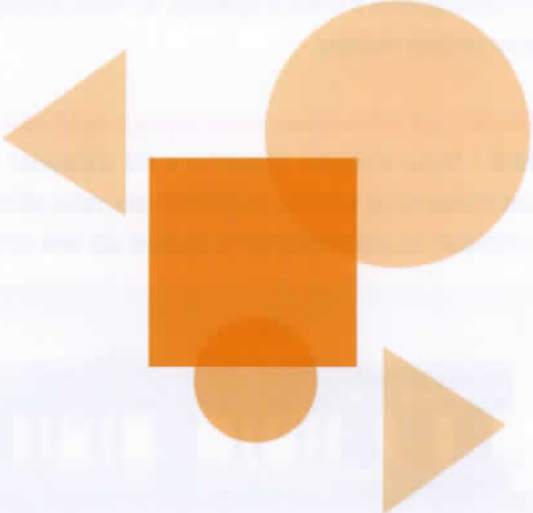
M.B : Notre première démarche a été d'analyser le patrimoine et de prendre conscience que nous allions remplacer un grand bâtiment historique par une architecture moderne en vis-à-vis de bâtiments protégés. Nous devions respecter une organisation spatiale bien précise et nous avons essayé de s'associer dans la composition originale de l'hôpital conçue par l'architecte A. Louvier. L'enjeu était d'insérer dans ce site très riche un grand programme complexe, à savoir trois pôles distincts regroupant des activités diverses mais complémentaires, pour des pathologies parfois différentes, mais également avec un secteur de recherche et d'échanges. Notre volonté était de nous inscrire dans le grand paysage semi urbain, en exploitant bien évidemment le cœur du site du Vinatier. Compte tenu de sa qualité paysagère il fallait gommer la présence de la voiture. Le respect de la grande esplanade centrale bordée de grands arbres magnifiques, son aménagement par le paysagiste et de l'artiste plasticienne de l'équipe, est renforcé par le principe de séparation forte des accès pour les voitures. C'était d'autant plus important que les véhicules des urgences psychiatriques et des malades accompagnés, doivent rejoindre leurs unités d'accueils en toute quiétude et sans perturber les résidents présents ou déambulant dans le grand jardin central et les allées qui longent et desservent les entrées des Pôles. Le rez de chaussée des bâtiments est légèrement décollé du terre plein central, pour amener par une cour anglaise végétalisée, la lumière naturelle qui éclaire la « rue des professionnels » qui dessert les trois halls des urgences de chaque Pôle et pratiquement tous les parkings. C'est l'élément qui a peut-être été déterminant dans le choix de notre projet. Face à la chapelle, le pavillon central appartenant au patrimoine est aménagé pour devenir l'accueil général et la maison des patients et de leur famille. Il était important d'établir ce dialogue entre l'histoire et la modernité et dans ce contexte, c'est l'affirmation du vis à vis entre les bâtiments patrimoniaux et la nouvelle architecture, qui s'exprime par le traitement paysagé très soigné de l'espace central, qui symbolise cette démarche d'insertion.

Dans quelle mesure votre projet respectait-il le programme initial ?

M.B : Nous devons souvent composer avec des programmes précis et celui du Vinatier l'était particulièrement. A sa lecture, nous avons bien ressenti le travail considérable des psychiatres et des équipes soignantes et de tout le personnel impliqué dans les groupes de travail utilisateurs. Ce programme détaillait de manière très claire tous les besoins aussi bien entant en termes de locaux que d'organisations. Généralement, les programmes expriment des souhaits, voire des exigences, mais vont rarement aussi loin dans l'expression des modes d'organisations projetés pour le nouveau projet. Sur le Vinatier, notre souci a été de respecter intégralement le programme, car nous devions lui être fidèle, tant sa définition était affirmée. C'est d'ailleurs ce respect qui a fait naitre naturellement le projet. Les contraintes d'emprise au sol du programme, ainsi que l'imposition des gabarits et des hauteurs par rapport au patrimoine, comme aussi le respect des limites des espaces boisés classés, ont induits une architecture résultante des fonctionnalités imposées par le programme. A partir de ces exigences et de ces contraintes, j'ai souhaité une architecture rationnelle mais élégante, qui rentre dans une logique d'accompagnement du patrimoine. C'est par une volumétrie simple, une harmonie chaude par des matériaux et des couleurs rappelant les existants ; le zinc cuivré pour la tuile, des enduits minéraux pour la pierre. Les trois pôles sont ensuite identifiés très simplement grâce à trois couleurs pastel agrémentant les « oriels » des chambres. En effet, la chambre a également fait l'objet d'études très fines pour son aménagement avec une forte présence du bois en lambris et en rangements. Sur ce point, le programme était également très précis avec des rangements prévus, aussi bien pour les patients que pour le personnel. L'espace jour de la chambre avec son bureau, se prolonge dans une relation « extérieur intérieur » par cette oriel qui assure la protection solaire et visuelle. Enfin, côté programme, le maitre d'ouvrage a souhaité l'intervention dans le projet d'un artiste, dès la phase concours. Dans cette démarche intéressante et peu commune, nous avons préféré avec la plasticienne une œuvre plus globale qui participe à la signification des activités et joue comme repère. C'est ainsi que l'idée d'un parcours est née depuis l'accueil général qui se situe dans un petit volume précieux de verre et d'acier, qui vient se greffer en proue du pavillon patrimonial. À partir du parvis aménagé avec l'artiste et le paysagiste, les parcours pour rejoindre sous les galeries couvertes chacun des pôles, s'identifient par d'autres expressions artistiques, jusqu'aux entrées et même dans les halls des urgences. C'est une démarche à la fois symbolique par la couleur et le graphisme, des textes et des marquages au sol.

Comment se déroule le chantier ?

M.B : Le chantier se déroule très bien dans une très bonne ambiance. Par ailleurs, le maître d'ouvrage a fait une démarche de communication importante auprès de son personnel et du public. La « maison du projet » en est l'exemple. C'est une excellente idée et toutes ces initiatives autour de l'information sur le projet et l'évolution du chantier, font véritablement vivre le projet. Egalement, de nombreux locaux témoins ont été créés très tôt dans un bâtiment existant : une chambre complète, un poste de soins, un bureau, des éléments techniques, etc. Nous avons donc pu en discuter avec le personnel qui a ainsi découvert des éléments signifiants du projet plus concrètement, ce qui a permis de peaufiner certains détails, pour l'ergonomie, la solidité, la qualité décorative, autant d'éléments importants dans des lieux de vie de la psychiatrie. Les relations entre maitre d'ouvrage, maitre d'œuvre et l'entreprise sont guidées par cette démarche participative extrêmement intéressante, même si elle s'avère parfois, pas toujours facile à gérer dans les contraintes contractuelles. Mais elle est très porteuse et témoigne du dialogue entre les utilisateurs et le concepteur et des rapports de confiance entre tous les acteurs.

Michel Beauvais architecte