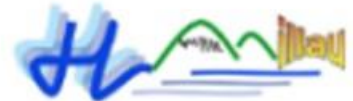


MILLAU – SAINT AFFRIQUE

ETUDE DE FAISABILITE ET DE PRE- PROGRAMMATION STRATEGIQUE, CAPACITAIRE et FINANCIERE DU FUTUR HOPITAL MEDIAN SUD AVEYRON

VF - Juillet 2018



MUPY Conseil
57, bld Vivier Merle
GEMELLYON NORD
69003 LYON

(+33) 9 66 11 19 79

www.mupy.fr
contact@mupy.fr

Sommaire

1 - PREAMBULE	5
2 - GLOSSAIRE.....	7
2.1 Abréviations	7
2.2 Liaisons fonctionnelles.....	7
2.3 Surfaces	7
3 - CHAPITRE 1 – ETAT DES LIEUX IMMOBILIER ET FONCTIONNEL – CH de SAINT AFFRIQUE	10
3.1 Données générales	10
3.1.1 Localisation du site	10
3.1.2 Capacités installées sur le site	11
3.2 Le site.....	11
3.2.1 Dispositions générales	11
3.2.2 Environnement physique	12
3.2.3 Urbanisme	13
3.2.4 Le bâti : âge des édifices	15
3.2.5 Le bâti : conception générale	15
3.2.6 Le bâti – typologie	16
3.3 Les flux sur le site – les stationnements – les espaces extérieurs.....	17
3.3.1 Accès au site	17
3.3.2 Stationnements sur le site	18
3.3.3 L'accès aux bâtiments	18
3.4 Description générale des bâtiments et reportage photographique.....	20
3.4.1 Organisation générale des prises en charge sur le site.....	20
3.4.2 Bâtiment A.....	21
3.4.3 Bâtiment B	22
3.4.4 Bâtiment C.....	23
3.4.5 Bâtiment D.....	24
3.4.6 Plans des bâtiments.....	25
3.5 Analyse fonctionnelle générale du site.....	26
3.5.1 Surfaces dans œuvre	26
3.5.2 Analyse fonctionnelle unités d'hospitalisation	27
3.5.3 Analyse fonctionnelle obstétrique (hospitalisation et bloc obstétrical).....	31
3.5.4 Analyse fonctionnelle chirurgie ambulatoire	32
3.5.5 Analyse fonctionnelle – bloc opératoire, SSPI et USC.....	32
3.5.6 Analyse fonctionnelle – urgences /UHCD.....	34
3.5.7 Analyse fonctionnelle – imagerie	34
3.5.8 Analyse fonctionnelle consultations externes	35
3.5.9 Analyse fonctionnelle du laboratoire	36
3.5.10 Analyse fonctionnelle pharmacie	37
3.5.11 Analyse fonctionnelle plateau technique de rééducation	37
3.6 Conclusion site Saint-Affrique	38
4 - CHAPITRE 2 – ETAT DES LIEUX IMMOBILIER ET FONCTIONNEL – CH de MILLAU.....	41
4.1 Données générales	41
4.1.1 Localisation des sites	41
4.1.2 Capacités installées sur les sites	42
4.2 Les sites.....	43
4.2.1 Dispositions générales	43
4.2.2 Environnement physique	43
4.2.3 Urbanisme	44
4.2.4 Le bâti – âge des édifices	47
4.2.5 Le bâti – conception générale	49
4.2.6 Le bâti – typologie	49
4.3 Les flux sur les sites – les stationnements – les espaces extérieurs.....	50
4.3.1 Accès aux sites	50
4.3.2 Stationnements sur les sites	50
4.3.3 Les accès aux bâtiments.....	51
4.4 Description générale des bâtiments et reportage photographique.....	52

4.4.1	Organisation générale des prises en charge sur les sites.....	52
4.4.2	Bâtiment Duquesne – Puits de Calès	54
4.4.3	Bâtiment Saint Côme	55
4.4.4	Plans du bâtiment - site Puits de Cales	56
4.5	Analyse fonctionnelle générale des sites.....	57
4.5.1	Surfaces dans œuvre Puits de Calès.....	57
4.5.2	Surfaces dans œuvre Saint Côme	58
4.5.3	Surfaces dans œuvre Sainte Anne	58
4.5.4	Surfaces dans œuvre autres sites	58
4.5.5	Analyse fonctionnelle unités d'hospitalisation	59
4.5.6	Analyse fonctionnelle gynécologie-obstétrique (hospitalisation et bloc obstétrical) ..	61
4.5.7	Analyse fonctionnelle ambulatoire	62
4.5.8	Analyse fonctionnelle bloc opératoire, SSPI et USC	63
4.5.9	Analyse fonctionnelle urgences – UHCD	64
4.5.10	Analyse fonctionnelle imagerie	65
4.5.11	Analyse fonctionnelle consultations externes	66
4.5.12	Analyse fonctionnelle laboratoires	68
4.5.13	Analyse fonctionnelle pharmacie	68
4.6	Conclusion sites MILLAU	69
5	- CHAPITRE 3 – ANALYSE ET PROSPECTIVE DES BESOINS DU BASSIN DE SANTE SUD AVEYRON.....	71
5.1	Analyse de la consommation de soins hospitaliers	71
5.1.1	Outils en interne.....	71
5.1.2	Objectifs.....	71
5.1.3	Détermination des bassins de santé	72
5.1.4	Démographie en Aveyron	75
5.1.5	Démographie médicale en Aveyron.....	76
5.1.6	Couverture médicale du bassin de santé	76
5.2	Positionnement général des deux établissements.....	78
5.2.1	Méthode de lecture des schémas	78
5.2.2	Positionnement général pour les activités MCO (en nombre de séjours)	80
5.2.3	Positionnement général activités SSR (en séjours et journées, toutes CM)	81
5.2.4	Positionnement général chirurgie.....	82
5.2.5	Positionnement général gynécologie et obstétrique.....	86
5.2.6	Positionnement général médecine	88
5.2.7	Positionnement SSR.....	89
5.3	Périmètre des activités.....	91
5.3.1	Méthodologie	91
5.3.2	Mode de lecture	93
5.3.3	Hospitalisation complète chirurgie et chirurgie ambulatoire	93
5.3.4	Gynécologie obstétrique et pédiatrie.....	94
5.3.5	Hospitalisation complète médecine et hospitalisation de jour	94
5.3.6	Urgences, SMUR et consultations.....	95
5.3.7	Plateau technique	95
5.3.8	SSR	96
5.3.9	USLD – EHPAD.....	97
5.3.10	Conclusion pour le futur hôpital médian	97
5.4	Capacitaire actuel MCO pour les deux sites	98
5.4.1	Lits et places installés.....	98
5.4.2	Lits et places « théoriques »	98
5.4.3	Application des cibles nationales d'activités pour les deux sites	99
5.5	Dimensionnement capacitaire « si rien ne change »	100
5.5.1	Hypothèses de calcul	100
5.5.2	Dimensionnement en résultant	102
5.6	Analyse prospective 20 ans – évolution attendue du bassin de santé – approches comparatives.....	103
5.6.1	Le pôle santé Sarthe et Loir.....	103
5.6.2	Le CHIC Val d'Ariège	105

5.6.3	Le CHNDS (centre hospitalier Nord Deux Sèvres)	107
5.6.4	Conclusion.....	107
5.7	Analyse prospective 20 ans – projections d'activités.....	108
5.7.1	Evolution des paramètres d'ambulatoire et d'accès effectifs aux soins	108
5.7.2	Volumes projetés.....	108
5.7.3	Projections d'activités selon des objectifs imposés.....	109
5.8	Impact médical de la localisation sur le devenir de l'hôpital unique	111
5.8.1	Objectifs.....	111
5.8.2	(A) – Hôpital « centré géographiquement ».....	112
5.8.3	(B) – Hôpital « vers Saint-Affrique »	113
5.8.4	(C) – Hôpital « vers Millau »	114
5.8.5	Conclusions	115
6	- CHAPITRE 4 – PREPROGRAMME DES BESOINS	116
6.1	Dimensionnements théoriques des besoins – scénario 20 ans	116
6.1.1	Hôpital unique : la « colonne vertébrale » de l'opération.....	116
6.1.2	Hôpital unique : principes d'organisation du site	119
6.1.3	Hôpital unique : prédimensionnements théoriques	120
6.1.4	Hôpital unique : total SDO théoriques	131
6.1.5	Activités SSR – dimensionnements théoriques.....	132
6.1.6	Maisons hospitalières renforcées – Millau et Saint-Affrique	134
7	- ETUDES DE FAISABILITE IMMOBILIERES – ANALYSE IMMOBILIERE COMPARATIVE FONCTION DE L'IMPLANTATION DE L'HOPITAL MEDIAN	135
7.1	Cas (A) – Hôpital unique centré géographiquement.....	135
7.1.1	Coût investissement hôpital unique neuf site « central »	135
7.1.2	Investissements à prévoir sur le site de SAINT AFFRIQUE	137
7.1.3	Investissements à prévoir sur les sites de MILLAU.....	144
7.1.4	SYNTHESE COUTS D'INVESTISSEMENTS	148
7.2	CAS (B) – Hôpital unique « vers Saint Affrique »	148
7.3	Cas (.C) – Hôpital « vers MILLAU »	149
7.3.1	Synthèse	153
7.4	Conclusion.....	154
7.4.1	Optimisation de l'hôpital neuf – données capacitaires	154
7.4.2	Optimisations de l'hôpital neuf – SDO et coûts d'investissements.....	156
8	- CHAPITRE 6 - APPROCHE DES COUTS D'EXPLOITATION	157
8.1	Synthèse et analyse des personnels présents sur chaque site – non médical : situation à fin 2016	157
8.1.1	ETP moyens annuels constatés sur les deux sites (toutes activités)	157
8.1.2	MCO	157
8.1.3	SSR	159
8.1.4	USLD	160
8.2	Conclusion.....	161
8.3	Le statu quo	161
8.3.1	Investissement à SAINT AFFRIQUE.....	161
8.3.2	Investissement à MILLAU	161
8.3.3	Synthèse Investissement sur les deux sites	161
8.3.4	Simulation situation financière sur 8 à 10 ans	162
8.4	Un établissement unique médian de 151 lits et places.....	163
8.4.1	Synthèse investissements sur 3 sites.....	163
8.4.2	Simulation situation financière sur 8 à 10 ans	163
8.5	Un établissement unique optimisé de 112 lits et places.....	164
8.5.1	Synthèse investissements sur 3 sites.....	164
8.5.2	Simulation situation financière sur 8 à 10 ans	165

1 - PREAMBULE

Dans le cadre de l'étude de faisabilité diligentée à la demande de l'ARS Occitanie, le CHU de MONTPELLIER, établissement support du GHT Est-Hérault – Sud Aveyron a souhaité disposer d'une étude de faisabilité visant à définir les axes stratégiques, capacitaires et financiers du projet de regroupement des activités de MCO des centres hospitaliers de MILLAU et SAINT AFFRIQUE, dans un nouvel établissement médian à construire.

L'étude de faisabilité demandée a développé deux scénarios :

- Scénario 1 : projection d'un établissement neuf, basé sur la somme des capacitaires MCO et SSR actuels des deux centres hospitaliers de MILLAU et ST AFFRIQUE
- Scénario 2 : projection d'un établissement neuf, basé sur les capacitaires MCO et SSR optimisés, pouvant néanmoins répondre aux besoins du bassin sanitaire Sud Aveyron, en extrapolant leur évolution à 20 ans.

Le présent document représente la résultante des rendus attendus dans le cadre de la tranche ferme, constituée des 4 phases ci-après :

- **Phase 1** : état des besoins et de l'offre de soins actuels sur le bassin sanitaire du Sud Aveyron
 - Description et qualification de l'état actuel des besoins et de l'offre hospitalière publique du bassin sanitaire drainé par les hôpitaux de MILLAU et ST AFFRIQUE
 - Analyse fonctionnelle des sites
- **Phase 2** : projection d'un établissement neuf, basé sur la somme des capacitaires actuels des deux centres hospitaliers de MILLAU et ST AFFRIQUE
 - Etude de faisabilité : possibilités foncières, capacités, tailles des services, plateaux techniques et consultations, secteurs logistiques et techniques, superficies permettant une coopération renforcée avec la médecine libérale, SDO-SU, ratio SDO/lit par filière, coût de la construction (HT travaux et TDC), délai de réalisation par phase
- **Phase 3** : prospective des besoins sanitaires à 20 ans
 - Besoins du bassin sanitaire, en identifiant de façon réaliste la réponse hospitalière que pourrait apporter le nouvel hôpital médian aux différents bassins de vie projetés au-delà de Millau / Saint Affrique
 - Définition des capacités optimisées correspondantes et mise en perspective des temps d'accès moyens aux infrastructures de soins, les coûts de transport en découlant, les capacités supplémentaires éventuellement nécessaires, voire les spécialités créées ou perdues par les différentes projections
- **Phase 4** : projection d'un établissement neuf de capacité optimisée, basée sur les besoins du bassin sanitaire Sud-Aveyron, en extrapolant leur évolution à 20 ans
 - Etude de faisabilité : possibilités foncières, capacités, tailles des services, plateaux techniques et consultations, secteurs logistiques et techniques, superficies permettant une coopération renforcée avec la médecine libérale, SDO-SU, ratio SDO/lit par filière, coût de la construction (HT travaux et TDC), délai de réalisation par phase

Pour répondre à l'ensemble des demandes ainsi mises en perspectives, le présent document est structuré de la façon suivante :

CHAPITRE 1	Analyse immobilière et fonctionnelle globale CH de SAINT AFFRIQUE
CHAPITRE 2	Analyse immobilière et fonctionnelle globale CH de MILLAU
CHAPITRE 3	Analyse du bassin de santé et prospective des besoins du bassin de santé Sud Aveyron
CHAPITRE 4	Préprogramme des besoins
CHAPITRE 5	Etudes de faisabilité immobilière
CHAPITRE 6	Approche coûts d'exploitation

Un chapitre relatif à une première approche des coûts d'exploitation a été ajoutée à la demande du comité de pilotage.

La réalisation de l'étude a été menée en partenariat avec les établissements, au travers :

- D'un comité de pilotage (élargi à chaque phase aux représentants politiques) en charge de la validation de l'ensemble des données de la mission
- De groupes de travail associant les professionnels de santé des deux établissements, structurés autour de thématiques transversales pour le futur hôpital : hospitalisation complète, plateau technique (urgences, imagerie...), plateau médico-technique (laboratoires, pharmacie ...), ambulatoire, logistique.

Pour la réalisation de l'analyse fonctionnelle et immobilière des deux sites, ceux-ci ont par ailleurs été visités les 28 et 29 septembre 2017.

2 - GLOSSAIRE

2.1 Abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
ASH	Agent des Services Hospitaliers
BM	Bureau Médical
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DAOM	Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HC	Hospitalisation Complète
HDJ/ HJ	Hôpital de Jour
IDE	Infirmier/ère Diplômé/e d'Etat
MC	Monte-Charge
MM	Monte-Malade
MPR	Médecine Physique et de Rééducation
PM	Pour mémoire
PMR	Personnes à mobilité réduite
PTR	Plateau technique de rééducation
SDO	Surface dans œuvre
SHOB	Surface hors œuvre brute
SHON	Surface hors œuvre nette
SP	Surface de plancher
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SU	Surface utile

2.2 Liaisons fonctionnelles

Plusieurs types de liaisons fonctionnelles sont proposés dans le présent document :

Liaison aisée

Une liaison fonctionnelle n'imposant pas de contiguïté ou proximité mais nécessitant une étude de circuit

Liaison de proximité

La proximité concerne des entités soit sur un même étage, soit sur deux étages différents mais avec un accès direct via une circulation verticale

Contiguïté

Une contiguïté permet un accès « porte à porte » (accès immédiat).

2.3 Surfaces

A) Surface utile (SU)

La surface utile est la surface intérieure des locaux d'activité. Les circulations et les locaux techniques n'entrent pas dans le calcul de la surface utile.

La surface utile ne comprend pas les circulations verticales, les circulations horizontales (sauf les halls d'accueil, d'attente ou d'orientation), les paliers d'étage, les sanitaires non privatifs et l'encombrement de la construction (surfaces des murs, voiles, cloisons, gaines techniques, poteaux, etc.).

L'important est d'identifier la fonction de l'espace qui n'est pas un local au sens « strict », afin d'en définir une affectation ou non au sens de la SU :

- si cet espace a une vocation de liaison entre locaux, il n'est pas comptabilisé dans la SU ;
- si cet espace a, au-delà de sa vocation de liaison, au moins une fonction supplémentaire, il est à comptabiliser dans la SU (exemple : circulations de distribution à l'intérieur d'une cuisine).

Les locaux sanitaires sont inclus dans la surface utile, ainsi que les emplacements des équipements mobiliers et immobiliers.

B) Surface de plancher

La réforme de la surface de plancher a été adoptée par ordonnance n°2011-1539 du 16 novembre 2011, publiée au JO du 17 novembre 2011.

Conformément aux objectifs fixés à l'article 25 de la loi « Grenelle » II, la « surface de plancher » se substitue à la fois à la surface de plancher hors œuvre brute (SHOB) et à la surface de plancher hors œuvre nette (SHON).

Cette réforme de la surface de plancher de référence en urbanisme est applicable au 1er mars 2012. A compter de cette date, la « surface de plancher » sera l'unique référence pour l'application de l'ensemble des règles d'urbanisme nécessitant auparavant un calcul des surfaces des constructions en SHOB ou en SHON.

La « surface de plancher » s'entend comme la somme des surfaces de plancher closes et couvertes sous une hauteur sous plafond supérieure à 1 mètre 80, calculée à partir du nu intérieur des murs. Le décret n° 2011-2054 du 29 décembre 2011 pris pour l'application de l'ordonnance n° 2011-1539 du 16 novembre 2011 relative à la définition des surfaces de plancher prises en compte dans le droit de l'urbanisme précise les modalités de calcul de cette surface.

Le mode de calcul de la « surface de plancher » comporte ainsi de nombreux avantages par rapport à ceux de la SHOB et de la SHON.

Article R 112-2 du code de l'urbanisme

La surface de plancher de la construction est égale à la somme des surfaces de planchers de chaque niveau clos et couvert, calculée à partir du nu intérieur des façades après déduction :

1. *Des surfaces correspondant à l'épaisseur des murs entourant les embrasures des portes et fenêtres donnant sur l'extérieur ;*
2. *Des vides et des trémies afférentes aux escaliers et ascenseurs ;*
3. *Des surfaces de plancher d'une hauteur sous plafond inférieure ou égale à 1,80 mètre ;*
4. *Des surfaces de plancher aménagées en vue du stationnement des véhicules motorisés ou non, y compris les rampes d'accès et les aires de manœuvres ;*
5. *Des surfaces de plancher des combles non aménageables pour l'habitation ou pour des activités à caractère professionnel, artisanal, industriel ou commercial ;*
6. *Des surfaces de plancher des locaux techniques nécessaires au fonctionnement d'un groupe de bâtiments ou d'un immeuble autre qu'une maison individuelle au sens de l'article L. 231-1 du code de la construction et de l'habitation, y compris les locaux de stockage des déchets ;*
7. *Des surfaces de plancher des caves ou des celliers, annexes à des logements, dès lors que ces locaux sont desservis uniquement par une partie commune ;*

8. D'une surface égale à 10 % des surfaces de plancher affectées à l'habitation telles qu'elles résultent le cas échéant de l'application des alinéas précédents, dès lors que les logements sont desservis par des parties communes intérieures.

C) Surface dans œuvre (SDO)

La surface dans œuvre est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et des structures porteuses.

La SDO comprend les circulations verticales intérieures et extérieures, les circulations horizontales, les paliers d'étages intérieurs et extérieurs, les surfaces d'emprises au sol des structures non porteuses (cloisons, gaines techniques).

Les galeries de liaison reliant des bâtiments entre eux sont intégrées dans la SDO (qu'elles soient en infrastructure ou en superstructure). De même les locaux techniques sont inclus dans la SDO.

SDO générale = SDO partielles secteurs + circulations générales + locaux techniques

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES SURFACES compris dans le calcul de la surface

	SHOB	SHON	SDO	SP	SU
Murs extérieurs					
Isolation extérieure					
Isolation intérieure					
Murs intérieurs porteurs					
Cloisons fixes					
Cloisons mobiles					
Toitures terrasses, aménageables ou non					
Balkons, loggias...					
Coursives et galeries fermées permettant l'accès à des locaux					
Vérandas					
Combles ou sous-sols aménageables y compris les autres réserves foncières					
Combles ou sous-sols non aménageables					
HSP < 1m80					
Sous-sols y compris les parkings					
Niveaux intermédiaires (mezzanines, galeries, paliers des escaliers fermés)					
Circulations verticales fermées (uniquement les niveaux servant d'emprise et les paliers)					
Locaux techniques en combles, sous-sols, terrasses fermées					
Locaux techniques en étage courant y compris les gaines techniques et gaines d'ascenseur					
Circulations horizontales					
Espaces d'attentes intégrés aux circulations					
Sanitaires					
Hall d'entrée et sas d'accès (hall, ambulances...)					
Archives					
Bureaux, salles de réunion, cafétéria...					


3 - CHAPITRE 1 – ETAT DES LIEUX IMMOBILIER ET FONCTIONNEL – CH de SAINT AFFRIQUE

La présente analyse s'appuie sur les visites réalisées sur site les 28-29 septembre 2017, associées à l'étude des documents remis par les établissements (plans, données d'activités etc.). L'ensemble du document s'attache autant que possible et de façon la plus complète, à reprendre tous les constats faits et discussions.

3.1 Données générales

3.1.1 Localisation du site

Le centre hospitalier **de SAINT-AFFRIQUE** – établissement mono-site, accueille autour de plusieurs bâtiments, les activités MCO, SSR, USLD et EHPAD.

Site	Adresse	Activité
Saint-Affrique	88, Avenue Lucien Galtier 12400 – SAINT-AFFRIQUE 	Médecine Chirurgie Obstétrique EHPAD SSR

3.1.2 Capacités installées sur le site

Secteur	Lits	Places/postes	Total
Médecine	25	1	26
Court séjour gériatrique	10		10
Chirurgie viscérale	5		5
Maternité (+ orthogénie)	6	2	8
Chirurgie ambulatoire		5	5
Surveillance continue	4		4
SSR	30		30
USLD	40		40
EHPAD	130		130
TOTAL (hors UHCD)	250	8	258

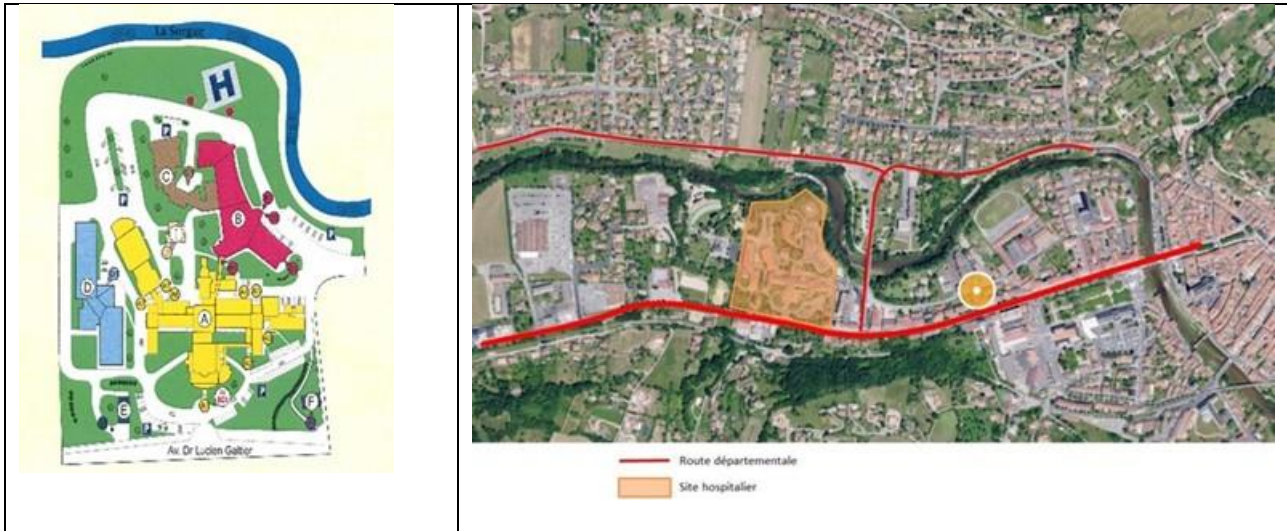
3.2 Le site

3.2.1 Dispositions générales

Le Centre Hospitalier est situé dans la commune de SAINT-AFFRIQUE, en Aveyron, dans la région Midi-Pyrénées. Saint-Affrique, traversée par la D999, se situe à environ 30 kilomètres de MILLAU, à 100 kilomètres d'ALBI et à environ 1h30 de MONTPELLIER par l'A75. SAINT-AFFRIQUE, chef-lieu de canton, est une commune de 9 000 habitants, située entre deux montagnes. La commune se situe à une altitude d'environ 500 m.

L'hôpital est organisé autour de plusieurs corps de bâtiments d'époques différentes : le bâtiment A, bâtiment d'origine datant des années 30 et ayant fait l'objet d'extensions – restructurations jusqu'en 2000, les bâtiments B, C et D plus récents, accueillant l'ensemble des activités SSR, USLD et EHPAD. Bâtiments répartis sur le site suivant schéma ci-dessous (plan site – extrait site internet CH SAINT AFFRIQUE).

Il est desservi depuis la D999 (avenue Lucien Galtier) et la D54 (boulevard de la Résistance).

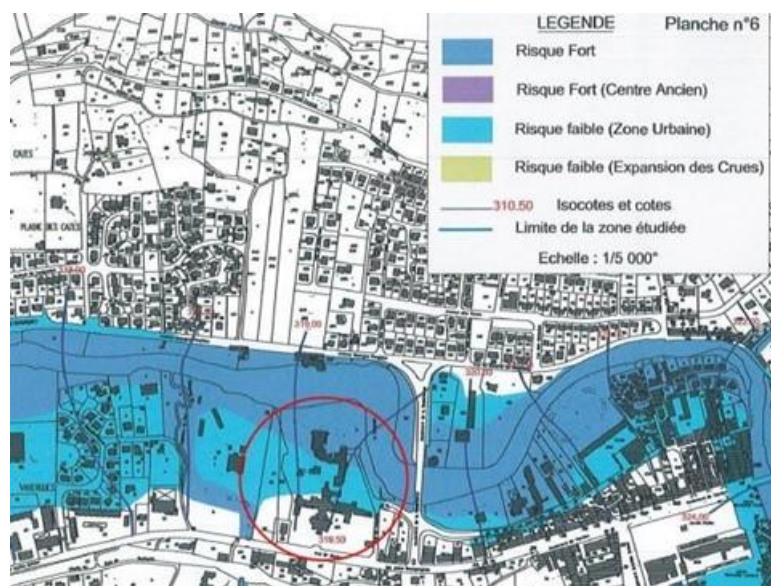


3.2.2 Environnement physique

La commune de Saint-Affrique est située à la confluence de la Sorgue et du Dourdou. Ces rivières sont soumises à un régime de type Cévenol, même si, compte tenu des différences géographiques de leurs bassins versants, elles ne connaissent pas toujours les mêmes crues.

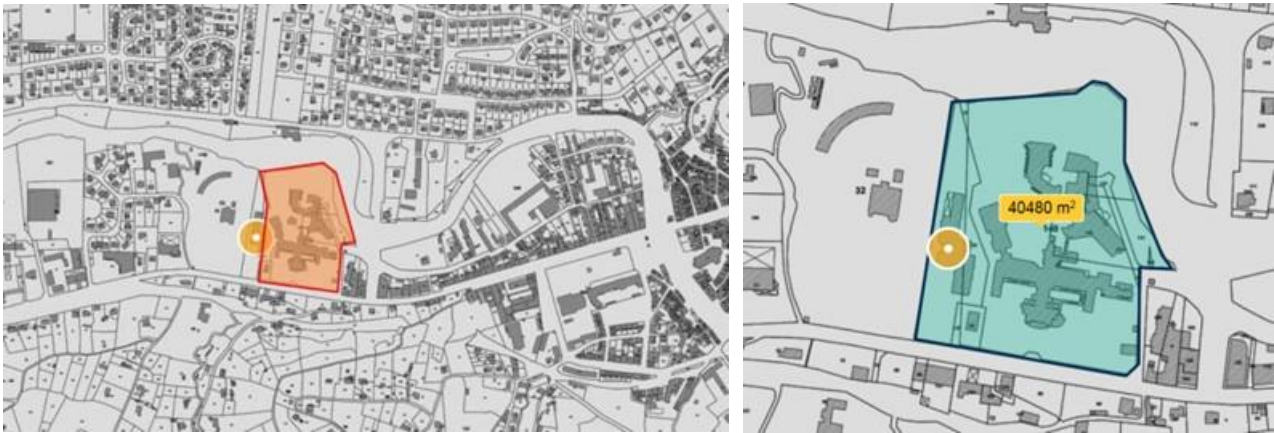
Le plan de prévention du risque d'inondation, approuvé par l'arrêté préfectoral n°2003-55-14 du 24 février 2003 a défini un zonage réglementaire prenant en compte les inondations passées. La cartographie comporte la zone de risque fort, considérée comme inconstructible et la zone de risque faible à moyen, considérée comme constructible avec prescriptions en secteur aggloméré et comme non constructible avec préservation du champ d'expansion des crues en secteur rural.

La parcelle du centre hospitalier s'inscrit dans plusieurs zones : risque fort (principalement pour les bâtiments B et C), risque faible (proximité du bâtiment A et bâtiments B et D partiels).



3.2.3 Urbanisme

A) Parcelles cadastrales – situation du foncier



Le site occupe les parcelles 140, 141, 142, 95,138,137, 143, 145, 139 et 125 soit environ 40 500 m²

B) PLU

	<p>L'hôpital est situé en zone Ua.</p> <p>Les zones urbaines (zones « U ») couvrent les parties du territoire déjà urbanisées et les secteurs où les équipements publics existants ou en cours de réalisation ont une capacité suffisante pour desservir les constructions à implanter.</p> <p>Le bâti y est relativement dense, avec une forte présence de l'espace public dans l'organisation urbaine.</p>
<p>Implantation par rapport aux voies et emprises publiques</p>	<p>Les constructions doivent s'implanter à l'alignement ou à la limite qui s'y substitue portée au document graphique ou à une distance minimale de 3m de l'emprise publique.</p> <p>Si le projet jouxte une construction existante, il pourra s'aligner sur celle-ci sous réserve de ne pas apporter de gêne à la sécurité publique.</p> <p>Dans le cas d'opérations groupées ou d'aménagement d'ensemble, l'emprise se regarde sur l'ensemble du projet en limite parcellaire de celui-ci.</p>
<p>Implantation par rapport aux limites séparatives</p>	<p>Les constructions doivent être implantées sur les limites séparatives ou à une distance minimale de 3m de celles-ci.</p>
<p>Emprise au sol</p>	<p>Néant</p>

<p>Hauteur des constructions</p>	<p>La hauteur maximale des constructions à partir du terrain naturel ne peut excéder 4 niveaux maximum sur rez-de-chaussée.</p> <p>Une hauteur supérieure pourra être admise dans le cas d'un adossement à une construction mitoyenne de taille supérieure, sans toutefois excéder la taille de cette dernière ou dans le cas de travaux d'amélioration (mise en sécurité, PMR...) pour des installations techniques sur des bâtiments existants</p>
<p>Toitures</p>	<p>(...) Les toitures terrasses ne peuvent dépasser 50% de la surface de la toiture à l'exception des toitures végétalisées qui peuvent couvrir l'ensemble du bâtiment</p>
<p>Stationnements</p>	<p>Le stationnement des véhicules doit être assuré en dehors des voies publiques. Il devra correspondre aux besoins des occupations ou utilisations du sol.</p> <p>Le nombre des aires de stationnement sera au minimum de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une place de stationnement pour 2 lits pour les établissements hospitaliers

3.2.4 Le bâti : âge des édifices

La construction du Centre Hospitalier a été initiée, pour les bâtiments les plus anciens du site, en 1930. Les constructions – extensions se sont ensuite succédées dans les années 60 puis 80-90.



3.2.5 Le bâti : conception générale

L'architecture et l'organisation hospitalière déclinés sur le site fait écho à une organisation de type « pavillonnaire ».

Le « nouvel hôpital » livré en 1933 est situé « immédiatement aux portes de la ville », propose un pavillon d'isolement entièrement séparé, des services de vieillards indépendants de ceux des « malades passagers », une séparation des blessés (chirurgie) et des malades (médecine), l'installation de chambres séparées (infirmerie) pour les contagieux, l'aménagement de chambres isolées pour les malades ou des blessés qui sont accompagnés de quelqu'un de leur famille qui peut s'installer auprès d'eux et les veiller. Le bâtiment est divisé en deux parties, séparant les hommes et les femmes.



1933



2017 (pavillon Cs. OPH)

Dans les années 60, le bâtiment Maison de retraite (bâtiment B) vient compléter le dispositif de soins, en proposant une prise en charge de type médico-social intégrée sur le site de l'hôpital. La maison de retraite étant devenue trop exiguë, elle sera complétée en 1988 par le bâtiment D (résidence de la Sorgues), construite entre l'hôpital et le château de Vaxergues. La Maison de retraite B sera rénovée en 1993 et complétée par la construction du bâtiment « B » en 2003.

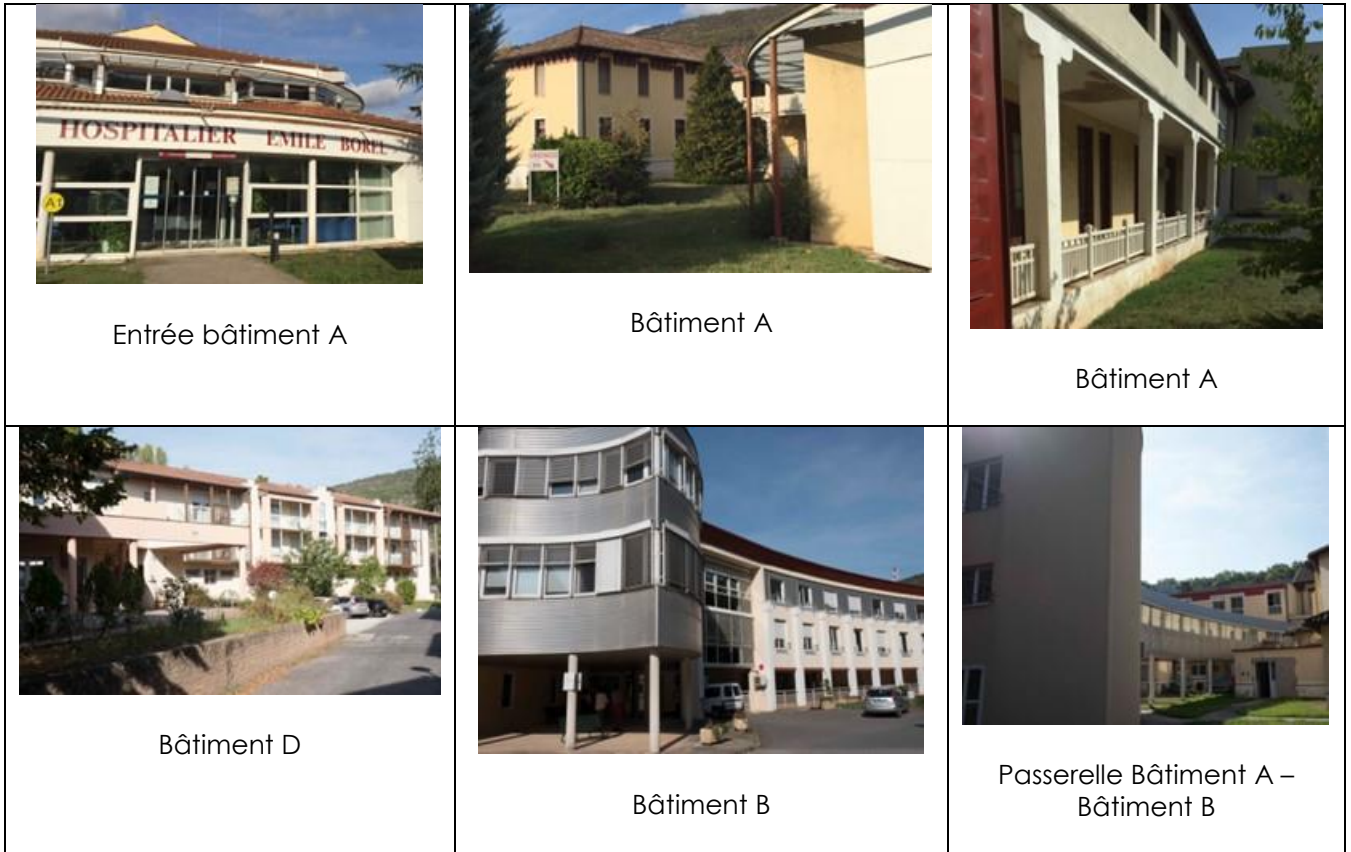
L'hôpital connaît par la suite plusieurs crises, dont l'abandon dans les années 70 d'un projet ambitieux d'extension – rénovation. Un nouveau plateau technique, réalisé en extension de l'hôpital originel, est livré au printemps 1982 : il comprend notamment le hall, les urgences, les SSR et le bloc opératoire. En suivant, l'établissement réalise l'humanisation de ses services de médecine et chirurgie en 1985 et remplace ainsi des chambres à 5-6 lits par des chambres à 1 et 2 lits. Enfin, une troisième tranche de travaux vient finaliser la restructuration de l'hôpital par la réanimation et la maternité en 1992 (les patients du long séjour ayant été délocalisé et ayant ainsi rendu les surfaces disponibles).

L'organisation du site est donc la résultante d'opérations successives ayant permis de développer l'hôpital originel et d'améliorer les conditions de prise en charge des patients et résidents sur le site. Il en résulte naturellement une organisation pavillonnaire, issue de l'architecture initiale. Les activités sanitaires (médecine, chirurgie, maternité, plateau technique) restent néanmoins relativement centrales sur le site (autour du bâtiment A) : la diminution capacitaire de l'hôpital et l'architecture du site ont renforcé la lecture pavillonnaire que l'on peut faire du site.

Bâtiment A – activités « sanitaires de type MCO » dont plateau technique	<ul style="list-style-type: none"> • Conception initiale en 1933 • Extension plateau technique en 1982 • Humanisation hospitalisation en 1985 • Soins continus et maternité en 1992
Bâtiment B – Maison de retraite/USLD	<ul style="list-style-type: none"> • Construction en 1965 – rénovations/extensions en 1995 et 2005
Bâtiment C	<ul style="list-style-type: none"> • Construction en 1982 • Rénovation en 2014-2015 suite aux inondations de 2014 (SSR et laboratoires)
Bâtiment D – Maison de retraite « La Sorgues »	<ul style="list-style-type: none"> • Construction en 1988

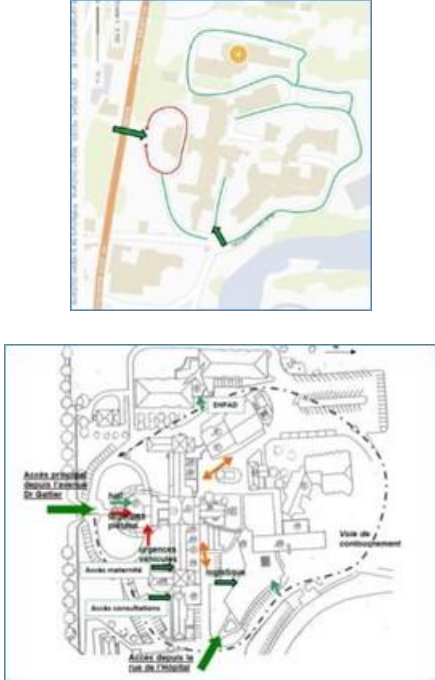
3.2.6 Le bâti – typologie

Bâtiment A – activités « sanitaires de type MCO » dont plateau technique	<ul style="list-style-type: none"> • Partie plateau technique : sous-sol (accès urgences) – Rez-de-chaussée – R+1 • Partie maternité : R+1 • Hospitalisation (médecine – chirurgie) : R+2
Bâtiment B – Maison de retraite/USLD	<ul style="list-style-type: none"> • R+2
Bâtiment C	<ul style="list-style-type: none"> • R+2
Bâtiment D – Maison de retraite « La Sorgues »	<ul style="list-style-type: none"> • R+2



3.3 Les flux sur le site – les stationnements – les espaces extérieurs

3.3.1 Accès au site

	<p>Plusieurs typologies de flux se côtoient aux abords du site et à l'intérieur du site : les visiteurs - consultants, les ambulances, les véhicules pompiers et sanitaires, les personnels et la logistique globale.</p> <p>L'entrée principale du site est réalisée depuis l'avenue du Docteur Lucien Galtier. Cet accès est principalement dédié aux VL (visiteurs, consultants, personnels) et aux ambulances (accès vers les urgences).</p> <p>Une voirie secondaire dessert également le site par l'Est (la rue de l'hôpital). Cet accès est principalement utilisé par les personnels et la logistique du site.</p>
---	--

Le site s'inscrit en suivant dans une conception de type « pavillonnaire », chaque bâtiment disposant d'un accès dédié (les accès répertoriés sur le schéma ci-dessus sont l'identification de quelques points d'entrée majeurs et ne reflètent pas la totalité des points d'entrée possibles à chaque bâtiment, plus nombreux).

→ D'une façon générale, la répartition des accès et flux sur le site répond à la logique d'organisation des fonctions dans les différents bâtiments au fur et à mesure de l'évolution du site. De ce fait, l'ensemble manque à présent de lisibilité et de cohérence globale, problématique également liée à l'éclatement de certaines fonctions sur le site (à titre d'exemple, laboratoires).

3.3.2 Stationnements sur le site



Les stationnements sont répartis sur le site :

- en entrée de site (côté rue du Docteur Lucien Galtier, au plus proche des accès principaux consultations / visiteurs MCO)
- et à proximité des différents bâtiments.

Soit un total de l'ordre de **200** places réparties sur l'ensemble du site (conforme au PLU).



Stationnement devant bâtiments

3.3.3 L'accès aux bâtiments

L'histoire des constructions sur le site a généré la réalisation, au fil des années, de plusieurs corps de bâtiments venant compléter la construction initiale (datant des années 30).

L'ensemble n'a pas toujours été pensé au regard d'une fonctionnalité **globale** - flux sur le site et a généré de ce fait l'addition de bâtiments mettant en œuvre des accès spécifiques complémentaires.

On répertorie ainsi les accès principaux suivants :

- Visiteurs - consultants
 - Bâtiment A
 - hall principal du bâtiment, vers l'ensemble des services d'hospitalisation et de consultations
 - Entrée maternité indépendante
 - Entrée bâtiment consultations OPH

- Accès à l'arrière du bâtiment A (depuis les places de stationnement situées à l'arrière du site)
- Bâtiment B
 - 2 entrées répertoriées (dont une condamnée depuis les inondations de 2014)
- Bâtiment C
 - 1 accès répertorié
- Bâtiment D
 - 1 accès répertorié. L'accès reste peu lisible, compte tenu de l'architecture du bâtiment. Il reste par ailleurs éloigné des places de stationnement et de ce fait, peu « intuitif » pour les visiteurs qui lui préféreront un raccourci par le bout du bâtiment quand cela est possible. Enfin, il présente une rupture de charge depuis la voie de circulation (escaliers et rampe d'accès).

Depuis les espaces de stationnements extérieurs, les accès vers les différents bâtiments manquent pour certains de lisibilité. Si l'entrée principale du site via le bâtiment A est très lisible depuis les places de stationnement en entrée de site (entrée « marquée » par l'architecture du bâtiment – rotonde), les autres points d'entrée sont moins marqués.

- Urgences

- Via le bâtiment A (niveau Rez-de-chaussée de la rotonde du bâtiment). On note sur ce point que le niveau d'accès des véhicules urgences est différent du niveau de prise en charge.

Les urgences constituent, avec le hall - BE, une des portes d'entrée principales d'un établissement de santé. A ce titre, elles doivent être facilement accessibles et identifiables visuellement aisément pour les patients. Positionnées en entrée de site, elles sont directement lisibles (en accès véhicules) pour les patients. L'accès patients debout se fait soit par le niveau bas (accès véhicules) soit par le hall principal (depuis les places de stationnement).

- Patients couchés (ambulances, hors urgences)

- Hall principal
- Tous points d'entrée de chaque bâtiment sur le site

- Logistique

- Tous points d'entrée de chaque bâtiment sur le site.
- Principalement bâtiment A (arrière ?) pour l'ensemble des productions maintenues sur l'établissement (dont cuisine).

L'ensemble des accès cités ci avant sont répertoriés comme des accès "lisibles" et "ouverts" sur le site.

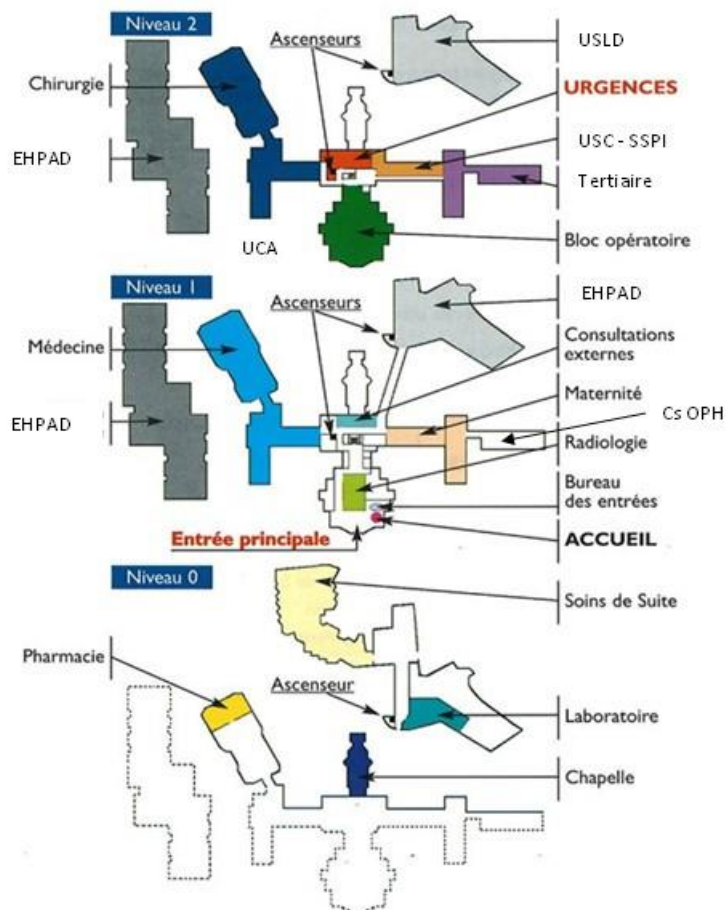
Nombreux et disparates, ces accès ne correspondent pas à une logique de prise en charge mais sont le résultat de l'histoire, avec l'organisation des secteurs de prise en charge au fur et à mesure des opérations immobilières menées sur le site et des réorganisations capacitaires. Viennent s'ajouter à ces accès de nombreux points d'entrée potentiels supplémentaires aux bâtiments (issus de secours non protégés, portes etc.).

3.4 Description générale des bâtiments et reportage photographique

3.4.1 Organisation générale des prises en charge sur le site

L'ensemble des activités se répartit globalement sur le site de la façon suivante :

	BATIMENT A		BATIMENT B	BATIMENT C		BATIMENT D
N2	CSG - Chirurgie - UCA - Urgences - Bloc - USC/SSPI	Tertiaire	EHPAD/USLD			EHPAD
N1	Unités de soins médecine - radiologie - Cs - accueil	Maternité - Cs OPH	USLD	SSR		EHPAD
RDC	Accès urgences	Chapelle - Logistique	Lieux de vie - accueil	Unité SSR - Kiné	Laboratoires	Accueil - lieux de vie - EHPAD



Regroupements assurés :

- Au niveau 2, cohérence du plateau technique : prise en charge urgences, USC/SSPI, bloc opératoire
- Au niveau 2, organisation sur le même niveau de l'UCA et du bloc opératoire. Pour autant, les circuits sont compliqués (passage via le hall de l'étage).

Regroupements non assurés :

- Arrivée urgences (véhicules) au N0 / Prise en charge N2
- Bloc obstétrical – bloc opératoire (nota : une salle du bloc obstétrical est équipée de façon à pouvoir réaliser des césariennes en urgence. Une procédure d'urgence est mise en œuvre dans l'établissement pour répondre aux problématiques éventuellement rencontrées dans ce cas).
- Bloc opératoire – SSPI. Pour autant, cohérence de fonctionnement entre l'USC et la SSPI (la séparation bloc – SSPI n'est pas problématique)
- Lits d'hospitalisation complète médecine et chirurgie aux niveaux 1 et 2 ; pas de logique de plateau – pas de possibilité de mise en commun de moyens, notamment logistiques. Problématique aggravée compte tenu du nombre de lits pour ces secteurs.
- Logistique médicotechnique globale de site : laboratoires, pharmacie, cuisine centrale etc. Pas de regroupement cohérent pour l'ensemble de ces fonctions. A noter que les laboratoires sont localisés au rez-de-chaussée du bâtiment B, en zone inondable (ZPPRI).
- Au niveau 2, organisation sur le même niveau de l'UCA et du bloc opératoire. Pour autant, les circuits sont compliqués (passage via le hall de l'étage).

Nota : l'organisation de la chirurgie ambulatoire et du bloc opératoire est volontairement répertoriée à la fois dans les « regroupements assurés » (un niveau unique) et dans les « regroupements non assurés » (pas de porte-à-porte).

3.4.2 Bâtiment A

- + **Date de construction** : 1933 – extension plateau technique en 1988 – rénovations dans les années 80-90
- + **Surface dans œuvre** : 6 400 m² dans œuvre (donnée à vérifier avec plans – Sera vu en phase 2)
- + **Description succincte** : Plusieurs corps de bâtiments regroupant l'ensemble de la prise en charge MCO sur le site. Les bâtiments d'origine, pavillonnaires, ont été regroupés par la construction du plateau technique (plateau technique central + création d'une passerelle entre le pavillon « maternité » et le hall principal).



Arrière bâtiment A



Coursive bâtiment A



Escalier intérieur bâtiment A

+ **Répartition par niveau :**

Niveau 0 : Pharmacie – cuisine centrale – chapelle – sas accès urgences (véhicules) – Bio-nettoyage – services techniques – vestiaires.

Niveau 1 : Accueil principal – maternité – consultations (dont consultations OPH dans un bâtiment d'accès indépendant) – Imagerie – Hospitalisation complète médecine.

Niveau 2 : Bloc opératoire – USC – urgences – chirurgie ambulatoire – court séjour gériatrique et chirurgie viscérale – administration (accès indépendant via l'entrée maternité).

+ **Accès :**

Niveau 0 : accès urgences patients alités et accès logistiques.

Niveau 1 : accès principal (hall) via le corps de bâtiment « extension plateau technique » - accès indépendant vers la maternité et l'administration (nota : l'accès vers la maternité et l'administration est également accessible depuis le hall via une passerelle) – accès consultations OPH.

+ **Points de montée :**

Partie centrale : 1 ascenseur – 2MM

Entre l'extension plateau technique et l'hospitalisation : 1 MM

+ **Fonctionnalité – efficacité** : bâtiment présentant peu de fonctionnalité. Efficacité très problématique en particulier pour l'ensemble de l'hospitalisation complète (organisation verticale – unité de médecine répartie sur deux corps de bâtiments présentant une rupture de charge et une forte pente). Problématique de rupture de charge entre la maternité / bloc obstétrical et le bloc opératoire. Urgences et imagerie dissociés. A contrario, l'ensemble « urgences – USC – SSPI » présente une efficacité adaptée (mise en commun de moyens liée d'une part au porte-à-porte urgences/USC et à l'intégration de la SSPI au sein de l'USC).

+ **Isolation thermique** : isolation des combles.

+ **Désenfumage, Détection incendie** : correct

+ **Divers** :

+ **Potentialités** : Bâtiment peu évolutif, architecture ponctuellement remarquable (témoignage pavillons de l'hôpital originel des années 30). Aucune potentialité en termes d'hébergement.

3.4.3 Bâtiment B

+ **Date de construction** : 1965 et 2002

+ **Surface dans œuvre** : NC m² -

+ **Description succincte** : Bâtiment en R+2



+ **Répartition par niveau :**

Niveau 0 : Locaux pour partie vides, suite aux inondations de 2014 (anciennement lieux de vie et partie logistique du bâtiment)

Niveau 1 : EHPAD

Niveau 2 : EHPAD-USLD

+ **Accès :**

Niveau 0 : accès patients et un accès logistique indépendant. Nota : le bâtiment propose au niveau 0 une terrasse abritée (non utilisée suite aux inondations de 2014).

+ **Points de montée :**

2 MM

+ **Fonctionnalité :** Bâtiment généreux en surfaces et théoriquement peu efficient (nombreuses circulations, distances, etc.). Pour autant, les espaces très ouverts et disposant de très belles vues sont adaptés à la prise en charge de résidents.

+ **Isolation thermique :** pas de renseignement

+ **Désenfumage, Détection incendie :** correct

+ **Second œuvre :** état général moyen compte tenu de l'année de construction relativement récente.

+ **Potentialités :** Le bâtiment est adapté à sa fonction.

3.4.4 Bâtiment C

+ **Date de construction :** 1982 – rénovations dont la plus récente en 2014-2015 suite aux inondations de 2014.

+ **Surface dans œuvre :** NC m² -

+ **Répartition par niveau :**

Niveau 0 : SSR, plateau technique de rééducation et laboratoires

+ **Accès :**

Niveau 0 : accès central vers les laboratoires et les différents services

+ **Points de montée :**

Sans objet

+ **Fonctionnalité :** Les laboratoires, présents dans ce bâtiment, sont excentrés par rapport à l'ensemble des activités du site.

- + **Liaisons avec autres bâtiments :**
Liaison fonctionnelle avec le bâtiment B (EHPAD - USLD construit en 1965 et 2002)
- + **Isolation thermique :** pas de renseignement
- + **Désenfumage, Détection incendie :** correct
- + **Second œuvre :** état général vétuste en dépit des rénovations menées en 2014-2015
- + **Potentialités :** La localisation de ce bâtiment dans une zone inondable du site le rend impropre à sa destination actuelle, en particulier pour ce qui est du niveau rez-de-chaussée, qui accueille encore des lits.

3.4.5 Bâtiment D

- + **Date de construction :** 1988
- + **Surface dans œuvre :** NC m²
- + **Description succincte :** R+2



Bâtiment D façade



Bâtiment D – vue générale

- + **Répartition par niveau :**
Niveau 0 : entrée – logistique (en bout de bâtiment) – lieux de vie - hébergement
Niveau 1 : hébergement – pharmacie bâtiment (préparation piluliers) – poste de soins (IDE)
Niveau 2 : hébergement
- + **Accès :**
Niveau 0 : accès principal du bâtiment – accès logistique en bout de bâtiment (via une rampe).
- + **Points de montée :**
2 MM
- + **Fonctionnalité :** L'organisation verticale de la prise en charge pose problème (surveillance la nuit, gestion des déplacements des résidents vers et depuis les lieux de vie, compte tenu notamment d'un nombre de points de montée insuffisant). Locaux vétustes et ne présentant pas le confort hôtelier et médical attendu.
- + **Structure :**
- + **Isolation thermique**
- + **Désenfumage, Détection incendie :** correct
- + **Potentialités :** Bâtiment adapté à sa destination mais demandant une importante restructuration pour lui redonner les conditions adaptées de prise en charge (confort hôtelier et médical notamment). A

noter que sa localisation ne lui apporte par contre aucune évolutivité « en l'état », faute d'extensions possibles.

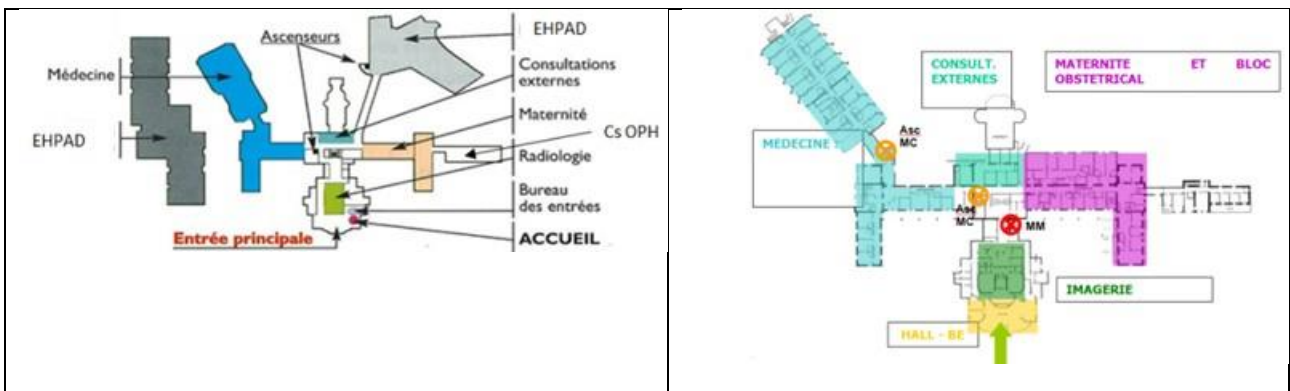
3.4.6 Plans des bâtiments

A) Niveau 0 (ou rez-de-jardin)



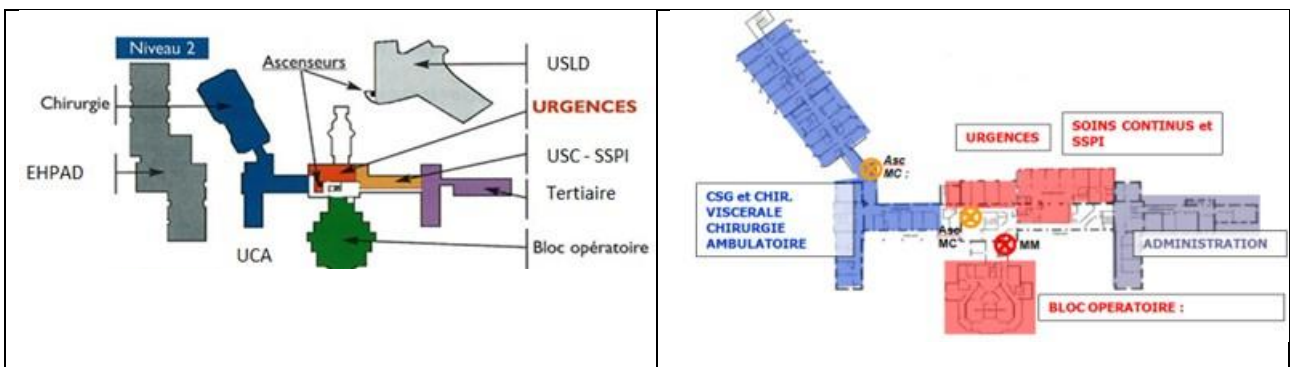
Le niveau 0 regroupe une partie des fonctions logistiques du site : la pharmacie, la cuisine, la lingerie (blanchisserie centrale hors site), les services techniques et le dépôt mortuaire. On y retrouve également la chapelle (construite en 1933 avec l'hôpital initial).

B) Plan niveau 1



Le niveau 1 regroupe l'accueil général (dont bureau des entrées), la médecine, les consultations externes, l'imagerie, la maternité et le bloc obstétrical. Il a été récemment complété, moyennant restructuration, par les consultations OPH localisées dans un pavillon d'accès indépendant.

C) Plan niveau 2



Le niveau 2 regroupe le plateau technique (urgences, bloc opératoire, USC), le CSG, la chirurgie, la chirurgie ambulatoire ainsi que l'administration du site.

3.5 Analyse fonctionnelle générale du site

3.5.1 Surfaces dans œuvre

SURFACES DANS ŒUVRE						
	Bâtiment A	Bâtiment B	Bâtiment C	Bâtiment D	Commentaire	Ratio
NIVEAU RDJARDIN						
Chapelle	131					
Autres	1 974					
				460		
				848		
Tertiaire et divers			1 100			
SSR		600			30 lits	Déficitaire
NIVEAU 0						
Hall - BE	240					
Imagerie	529					
Maternité	700				8 lits et bloc obstétrical	
Consultations	430					
Consultations OPH	220					
HC médecine	990				26 lits	
EHPAD/USLD				1 164		
EHPAD/USLD			2 000			
NIVEAU 1						
Bloc opératoire	415				3 salles (dont 1 endos)	
UCA	170				5 places	
Chirurgie et CSG	950				15 lits	
Urgences	100					
USC et SSPI	350				4 lits et 4 postes	
Tertiaire	600					
EHPAD/USLD				1 164		
EHPAD/USLD			2 000			
TOTAL GENERAL (hors combles)	7 799	600	5 100	3 636		
17 135					128 m ² /(lit et place MCO)	

(Tableau réalisé à partir des données du site – pas de plans DWG)

Les éléments en notre possession font état d'environ 6 400 m² dans œuvre pour l'ensemble du bâtiment A (hors vide sanitaire etc.).

Concernant l'activité sanitaire, le ratio constaté serait donc de l'ordre de **128m²** dans œuvre par lit ou **110 m²** dans œuvre par lit et place, ratio **très excédentaire** au regard de l'activité installée (**Nota** : le ratio a été ici calculé uniquement sur la base des lits et places MCO installés sur le site).

Ce constat est lié d'une part à la conception pavillonnaire du site et d'autre part à un capacitaire réduit au regard d'une surface initialement prévue pour davantage de lits.

→ Le ratio s'inscrit donc très au-delà des ratios couramment admis pour ce type d'établissement (base référentiel ANAP). Il témoigne de l'aspect pavillonnaire des constructions et de l'histoire du site.

Nota : les référentiels ANAP auxquels il est fait référence sont d'une part le référentiel de dimensionnement et d'autre part l'outil AELIPCE de dimensionnement. La fourchette moyenne pour la reconstruction d'un bâtiment MCO neuf compris logistique et locaux tertiaires associés (Administration) est de l'ordre de 90 m² dans œuvre par lit (120 m² DO pour un CHU – 70 m² DO pour une clinique).

3.5.2 Analyse fonctionnelle unités d'hospitalisation

A) Dimension des unités

Les prises en charge sur le site sont organisées autour de 2 unités de soins :

Unité	Bâtiment	Nombre de lits
Bâtiment A niveau 1	Unité de médecine	25 lits
Bâtiment A niveau 2	Unité court séjour gériatrique et unité chirurgie viscérale	15 lits
	Unité chirurgie ambulatoire	5 lits
	USC	4 lits
Bâtiment A niveau RDC	Maternité	6 lits et 2 places
Bâtiment C niveau RDC	Soins de suite et réadaptation	30 lits
Bâtiment B niveau 1	USLD	
Bâtiment B niveau 2	EHPAD	
Bâtiment D niveau RDC	EHPAD	
Bâtiment D niveau 1	EHPAD	
Bâtiment D Niveau 2	EHPAD	

→ **MCO** : La taille des unités varie entre 6 lits (maternité) et 25 lits (médecine). 25 lits représentent la dimension « minimale » pour une prise en charge fonctionnelle adaptée et efficiente. La taille des unités se situe donc dans une fourchette très basse en matière d'efficience pour la prise en charge. L'isolement de ces unités les unes par rapport aux autres renforce encore le constat de non fonctionnalité de l'ensemble.

B) Confort hôtelier et médical

Prise en charge MCO – bâtiment A

La problématique majeure de l'organisation des unités d'hospitalisation sur le site tient à l'architecture des bâtiments qui n'autorise plus l'évolution vers les standards de confort hôtelier et médical.

- Unités d'hospitalisation organisées sur plusieurs bâtiments, induisant des ruptures de charge au sein même de l'unité (notamment pour le bâtiment A)
- Déficit de locaux de vie et de logistique au sein des unités d'hospitalisation
- % chambres individuelles relativement faible pour l'unité de médecine, l'unité de soins de suite et réadaptation ainsi que l'USLD – EHPAD.
- Trame des chambres non adaptée - dimensions des chambres relativement faibles dans les bâtiments A et C.

S'agissant de la logistique, il faut noter que le constat fait est différent suivant les unités. Toutes les unités présentent un déficit de locaux "centraux" (*éparpillement de petits espaces dans chaque unité, voire dans les chambres*). On constate par contre que chaque unité semble fonctionner de façon relativement "indépendante" dans la gestion de ses espaces logistiques (*stockages variables selon les secteurs, surstockage dans certaines unités, sur stockages dans les bureaux infirmiers etc.*).

Les locaux médico techniques (*postes de soins, salles de réunions-synthèse, bureaux*) sont insuffisants : surfaces inadaptées pour les postes de soins, déficit de bureau praticien polyvalent au sein des unités, éloignement des PC médicaux par rapport aux unités d'hospitalisation, etc.

L'évolutivité des bâtiments est impossible "en les murs".

Prise en charge SSR – bâtiment C

Localisé au niveau rez-de-chaussée des bâtiments (principalement bâtiment C). 30 lits. % de lits en chambre à 1 lit très faible.

SSR gériatrique : ce service accueille des patients nécessitant des soins continus après une hospitalisation en court séjour hospitalier pour une affection aiguë médicale ou chirurgicale. Il accueille des patients polyopathologiques pour des suites de soins aigus (*AVC, insuffisant cardiaque, diabète, BPCO, démences...*), des soins de suite post-opératoires (*orthopédie, viscéral, urinaire...*), des soins palliatifs.

Le service inscrit par ailleurs dans son projet de soins la prise en charge de la douleur.

Prise en charge EHPAD – USLD : bâtiments B et D

L'EHPAD/USLD occupe 2 niveaux du bâtiment B (CAYLUS) : 45 lits dont 29 lits en chambre à 1 lit au niveau 1 et 5 lits dont 3 chambres individuelles au niveau 2. L'EHPAD assure l'hébergement et l'accompagnement des personnes âgées seules ou en coupe, âgées d'au moins 60 ans, autonomes ou dépendantes, pour les soigner et les accompagner jusqu'au terme de leur vie, soutenir leurs familles et leurs proches afin de préserver les liens affectifs. Il favorise l'intégration et la participation à la vie sociale, dans le respect de la personne et de ses droits.

La structure « CAYLUS » est une structure sécurisée, avec accès possible au rez-de-chaussée (*extérieurs et préau*). Elle permet l'accueil de résidents présentant des troubles psycho-comportementaux.

La conception globale du bâtiment met en valeur une articulation autour des lieux de vie : lieux de vie « en bout d'hospitalisation » (*lieux de vie plus « intimes »*) et salle centrale. Les circulations permettent une déambulation relativement aisée des résidents. Le poste de soins est positionné de façon centrale, en lien avec l'hébergement et la grande salle centrale. La conception de l'EHPAD – USLD propose des espaces de vie généreux et ouverts.

Le bâtiment D, « résidence La Sorgues », est une structure EHPAD ouverte, organisée sur 3 niveaux. Il accueille 80 résidents et propose un confort hôtelier et médical de l'ordre de 87% de lits en chambre à 1 lit (*70 chambres simples*). Toutes les chambres sont équipées de cabinets de toilette avec WC et douche (douche avec emmarchement). 20 chambres sont équipées de prises murales pour oxygénation en continu (*disposition générant des dysfonctionnements au regard des dépendances médicales des résidents : gestion par bouteilles – problématique du stock*).

Le rez-de-chaussée est réparti entre chambres d'hébergement et lieux de vie. Les niveaux 1 et 2 sont plus spécifiquement dédiés aux chambres d'hébergement. Le poste de soins (*dont préparation pharmacie*) est localisé en position centrale au niveau 1, pour tout le bâtiment. Le bâtiment dispose d'espaces extérieurs aménagés, localisés toutefois de façon excentrée (*en bout de bâtiment – proche des zones de stationnement – accessibles via la rampe logistique du bâtiment*).



SdB bâtiment A

Nota : système de « planche » à adapter à la douche pour créer une douche à fond plat.



Chambre bâtiment A



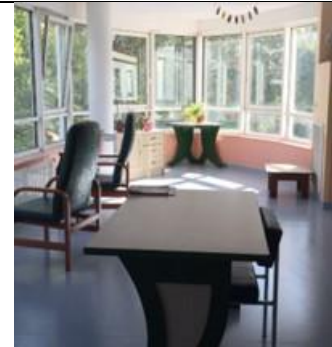
Circulation bâtiment A



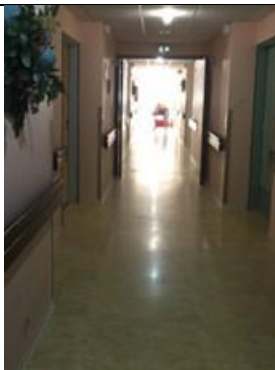
Circulation bâtiment B



Circulation bâtiment B



Lieu de vie bâtiment B



Circulation bâtiment D



SdB commune bâtiment D



Circulation RDC bâtiment D

 <p>Poste de soins bâtiment A</p>	 <p>Préparation soins bâtiment A</p>	 <p>Circulation bâtiment C</p>
 <p>Poste de soins bâtiment B</p>	 <p>Salle à manger bâtiment B</p>	 <p>Espaces extérieurs bâtiment D</p>
 <p>Cour logistique bâtiment D</p>	 <p>Chambre bâtiment D</p>	 <p>Poste de soins bâtiment D</p>

Forces	Faiblesses
Organisation relativement polyvalente des unités de soins (en particulier, unité de chirurgie viscérale et CSG)	
	Vétusté des locaux bâtiments A et C principalement
	Conception peu efficiente des locaux (quelque-soit le bâtiment)
	Pas ou peu d'évolutivité « en les murs »

3.5.3 Analyse fonctionnelle obstétrique (hospitalisation et bloc opératoire)

La maternité a fait l'objet de rénovations relativement récentes. Les espaces, bien que de conception assez vétuste, sont bien traités.

Le CH identifie cette activité comme un « fleuron » de l'établissement et a obtenu le label « ami des bébés ». 245 naissances en 2016, dont 33 césariennes (13% des naissances). 5 lits d'obstétrique – 2 lits de gynécologie – 2 salles de travail et une salle de pré-travail.

La maternité profite par ailleurs pour quelques chambres d'un accès direct vers l'extérieur (terrasse abritée).

 <p>Circulation maternité</p>	 <p>Label « ami des bébés »</p>	 <p>Nurserie</p>
 <p>Chambre à 2 lits</p>	 <p>Salle accouchements (Equipée césariennes)</p>	 <p>Salle accouchements</p>

Forces	Faiblesses
Label « ami des bébés »	
Activité en progression	Activité trop faible (245 naissances)
Travail en lien avec le CH de MILLAU	Liaison fonctionnelle BOB – Bloc opératoire très problématique (éloignement – permanence des soins bloc opératoire → risque patient).

3.5.4 Analyse fonctionnelle chirurgie ambulatoire

L'unité de chirurgie ambulatoire prend en charge des patients devant subir une intervention dans le cadre de l'hospitalisation de jour. Elle est ouverte 3 jours par semaine (lundi, mardi et jeudi) de 7h00 à 17h30.

L'unité de chirurgie ambulatoire a été créée moyennant la réutilisation d'une unité d'hospitalisation conventionnelle. Il en résulte des conditions de prise en charge adaptées en surfaces, mais éloignées des standards attendus lors de la création de ce type de secteur. Elle comprend 5 chambres doubles et une salle fauteuils OPH (prise en charge des cataractes).

L'essentiel des activités réalisées par l'établissement concerne l'ophtalmologie et les endoscopies/coloscopies : durées de prises en charge très courtes.

 <p>Salle fauteuils OPH</p>	 <p>Chambre</p>
--	--

Forces	Faiblesses
Organisation efficace compte tenu de la vétusté des locaux (salles fauteuils, boxes etc.)	Ouverture 3 jours sur 5
Taux d'ambulatoire forain, d'annulation et de débordement relativement faibles.	
GCS : HGE et cataractes principalement	
Organisation horizontale	Vétusté des locaux (en dépit d'une rénovation récente)

3.5.5 Analyse fonctionnelle – bloc opératoire, SSPI et USC

Le bloc opératoire, localisé au niveau 1, regroupe 2 salles d'opération, 1 salle d'examen (chirurgie courte, endoscopies etc.). Sa conception est structurée sur un bloc opératoire avec circulation « sale ». Son fonctionnement a toutefois évolué et s'est réorganisé autour des locaux existants pour s'inscrire dans une organisation plus adaptée.

Les activités principales du CH de SAINT-AFFRIQUE sont la chirurgie viscérale (ne nécessitant pas plus de 48h d'hospitalisation post-opératoire), la chirurgie gynécologique et obstétricale d'urgences (lien avec la maternité), la chirurgie orthopédique en ambulatoire (peu d'actes), la chirurgie ORL en ambulatoire, l'endoscopie digestive, la chirurgie en stomatologie en ambulatoire et la chirurgie ophtalmologique (cataracte, IVT). Le bloc opératoire a subi une diminution des jours de chirurgie avec un passage à 3 jours par semaine depuis le 1^{er} septembre 2014.

La SSPI est située de façon isolée par rapport au bloc opératoire. Si le principe d'une dissociation SSPI – bloc opératoire ne pose pas de problématique particulière à priori (SSPI hors bloc), le circuit bloc opératoire – SSPI transite toutefois via la circulation principale au niveau 1, induisant des mélanges de flux préjudiciables (accès urgences, circulation visiteurs/consultants, accès USC, circuit points de montée depuis BOB/Bloc etc.). Elle fonctionne en lien avec l'USC. 4 postes en SSPI et 5 lits USC.

L'USC utilise des techniques de ventilation non invasive. Elle a développé des compétences dans la prise en charge des BPCO. Sont pris en charge des patients nécessitant une surveillance étroite, des soins spécifiques et une observation clinique et biologique répétée en raison de la gravité de leur état ou du traitement qu'ils suivent. Ces soins comportent notamment la surveillance cardiorespiratoire, la surveillance des paramètres hémodynamiques, la ventilation non invasive ou une ventilation invasive de courte durée (48h). L'unité comporte 5 boxes individuels pour 4 lits autorisés (le 5^{ème} lit est utilisé pour les périodes de débordement d'activités).

 <p>Salle endoscopies</p>	 <p>Circulation bloc – désinfection</p>	 <p>Salle opération</p>
 <p>Bloc : arsenal</p>	 <p>SSPI</p>	 <p>Poste de soins central USC - SSPI</p>

Forces	Faiblesses
Activité maintenue, voire augmentée (malgré le départ d'un chirurgien OPH et d'un chirurgien orthopédie)	
Organisation USC – SSPI – urgences – UHCD : mutualisation des personnels paramédicaux	
Equipements renouvelés (Bloc : tables d'opération, scialytiques, Gastroscopie,	

respirateurs – USC : échographe, centrale de surveillance...)	
	Obsolescence des locaux Eloignement bloc opératoire – bloc obstétrical

3.5.6 Analyse fonctionnelle – urgences /UHCD

Les urgences ont accueilli 8 572 passages (*premiers passages*) en 2016. Les suites de soins sont également accueillies au niveau des urgences. Elles se composent de 4 boxes de soins (*dont 1 plus particulièrement dédié à la pédiatrie et une salle de déchoquage 2 postes contiguë à l'USC*) et d'un secteur UHCD de 2 boxes. Un équipage SMUR complète le dispositif urgences.

L'accès patients se fait via le MM et le hall du niveau 1 (accès via la circulation centrale du niveau, générant des croisements de flux parfois préjudiciables – voir supra paragraphe relatif au bloc opératoire – SSPI notamment). L'attente patients – accompagnants est localisée dans le hall en entrée du secteur de prise en charge.

L'imagerie est située au niveau 1, accès via le MM du hall (pas de « porte à porte » horizontal entre les deux secteurs).

(*Nota : pas de photos faites le jour de la visite, compte tenu de l'occupation des boxes*).

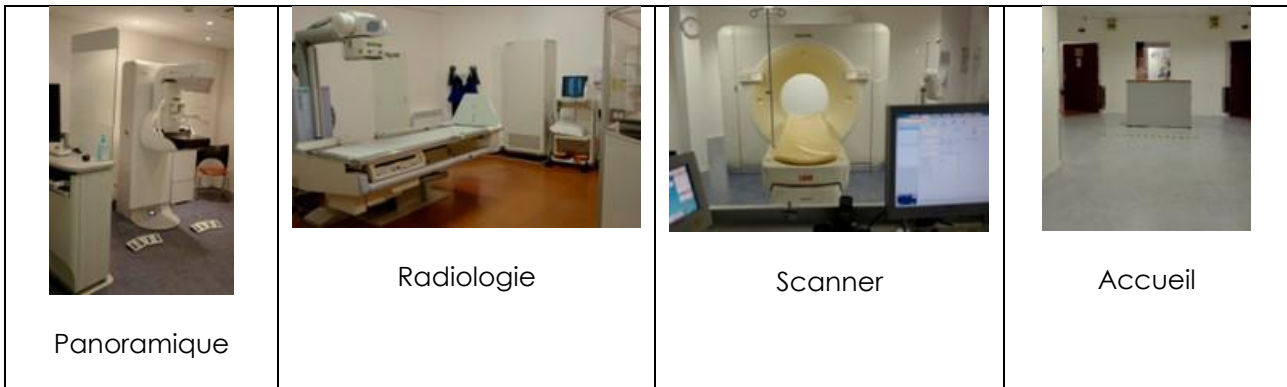
Forces	Faiblesses
Mise en œuvre et suivi de protocoles nationaux, dont l'amélioration des filières de prise en charge comme l'AVC (en lien avec le CH de Millau), le Syndrome Coronarien Aigu, le traumatisme grave et les personnes atteintes de troubles psychiatriques (convention entre les deux sites).	
Organisation USC – SSPI – urgences – UHCD : mutualisation des personnels paramédicaux	
	Vétusté des locaux – exigüité des surfaces – intimité des patients
	Opportunité de repositionner les suites de soins au niveau des consultations ?

3.5.7 Analyse fonctionnelle – imagerie

Localisée au niveau 1 du bâtiment, en lien avec le hall et les consultations externes. L'imagerie est ouverte du lundi au jeudi, de 8h à 17h et le vendredi de 8h à 12h. Le WE et les jours fériés, un manipulateur est présent de 8h30 à 16h. Au-delà de ces horaires, un manipulateur est présent tous les jours de 7h30 à 21h30 et d'astreinte tous les jours de la semaine de 21h30 à 7h30.

1 salle radiologie conventionnelle, 1 scanner, mammographie, échographie, panoramique dentaire et ostéodensitométrie.

L'ensemble de l'imagerie a fait l'objet de travaux de rénovation relativement récents, qui lui confèrent une fonctionnalité et une compacité adaptées.



Forces	Faiblesses
Augmentation de l'activité sur l'année 2016	
Le scanner permet l'attractivité du territoire	
Adhésion au GCS Télésanté Midi-Pyrénées + Languedoc-Roussillon	
	Eloignement relatif par rapport aux urgences

3.5.8 Analyse fonctionnelle consultations externes

Les consultations ont été restructurées dans les bâtiments d'origine du centre hospitalier. Elles se répartissent entre le centre du bâtiment A – niveau 1 et le niveau 0 d'un corps de bâtiment d'accès indépendant pour les consultations OPH.

Les consultations externes (*sauf OPH*) accueillent, au sein de 10 boxes de consultation, les patients au niveau 1 du bâtiment A, en lien avec le hall – bureau des entrées. 18 praticiens, 4 assistantes sociales et 3 IDE interviennent dans le service de consultations externes.

Elles sont complétées par le site de consultations OPH (*accès indépendant*), structuré autour de 3 salles de consultations, 2 salles pour la réfraction et contactologie, 1 salle orthoptie et une salle interventions laser et angiographie.

La conception est relativement vétuste, les locaux exigus. L'ensemble présente par ailleurs des problématiques de flux et de confidentialité au niveau de l'accueil – secrétariat (« open-space » traversé par les flux de consultants vers deux salles de consultations localisées à l'arrière).

Environ 16 400 consultants en 2016 (*hors OPH*).

Les spécialités sont la chirurgie viscérale, la traumatologie-orthopédie, la neurologie, la cardiologie, l'ORL, la pneumologie, l'anesthésie, la douleur, les soins externes de médecine et la pédiatrie (*boxe de consultation de pédiatrie en rotule entre consultations externes et maternité*). Elles sont assurées tant par des praticiens du CH, que par des spécialistes de ville et des spécialistes en provenance du CH de MILLAU ou du CHU de MONTPELLIER (*le CH de SAINT-AFFRIQUE regrette toutefois que l'implication des praticiens du CHU de MONTPELLIER soit encore peu développée*).

 <p>Salle consultations spécialisées</p>	 <p>Salle consultations spécialisées</p>
---	--

Forces	Faiblesses
Augmentation de l'activité sur l'année 2016	
Maintien du développement de l'activité OPH malgré le départ d'un praticien.	
Equipements Cs OPH notamment (investissement d'un LASER YAG et changement de l'angiographe)	
	Vétusté des locaux

3.5.9 Analyse fonctionnelle du laboratoire

Le laboratoire est localisé au niveau rez-de-chaussée du bâtiment C.

Il a été inondé lors de la crue de la Sorgue de 2014 (*dégâts importants*). Des travaux de rénovation ont été réalisés en suivant pour permettre sa réouverture.

Les activités suivantes y sont gérées : biochimie générale et spécialisée, hématologie, hémostase et immunohématologie.

Le laboratoire est ouvert pour la patientèle extérieure du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 et le samedi de 8h30 à 12h.

 <p>Laboratoire</p>	 <p>Laboratoire</p>	 <p>Laboratoire : accueil</p>
--	--	--

Forces	Faiblesses
Augmentation de l'activité sur l'année 2016	
Accréditation	
	Sécurisation des locaux (zone inondable)
	Localisation « écartée » par rapport aux activités MCO (dont défaut de lisibilité pour les activités externes).

3.5.10 Analyse fonctionnelle pharmacie

La pharmacie est localisée au niveau 0 du bâtiment A (*niveau global logistique*). Elle assure les missions « classiques » d'une PUI hospitalière : analyse des besoins, gestion des stocks, approvisionnements, dotations besoins urgents des services (*médicaments et DM*), actualisation des documents protocolaires qualité, éducation soignants et patients, évaluation des pratiques professionnelles.

Elle assure en complément la rétrocession aux patients externes.

La stérilisation est sous-traitée au CH de MILLAU.

De nombreux dysfonctionnements ont été constatés en 2016 (*perte de matériel, détériorations, écarts de facturation etc.*) et sont en cours d'adaptation et d'amélioration depuis 2017.

Forces	Faiblesses
Equipe pluridisciplinaire et polyvalente	
Démarche qualité	
	Organisation – glissements de tâches
	Locaux vétustes et obsolètes

3.5.11 Analyse fonctionnelle plateau technique de rééducation

Le plateau technique de rééducation est localisé dans le bâtiment C, au niveau RDC, en lien direct avec l'hospitalisation SSR correspondante. L'équipe intervient sur la totalité de l'établissement (SSR, MCO, EHPAD, USLD). Suite aux inondations de 2014, une grande partie des équipements du PTR ont été renouvelés et des travaux de rénovation ont été réalisés dans l'unité de soins de suite.






Espace de rééducation bâtiment B



Espace de rééducation bâtiment B

Forces	Faiblesses
Activité stable	
	Equipe Plateau technique de rééducation peu stable en 2016. Amélioration en 2017
Plateau technique de rééducation central et cohérent	

3.6 Conclusion site Saint-Affrique

	
<p>Contraintes du site</p> 	<p>Zone PPRI</p> <p>Peu de constructibilité à l'arrière du site pour le moment.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mairie précise en séance de comité de pilotage du 26 janvier 2018 avoir entamé les démarches pour modifier le zonage PPRI du site.
<p>Fonctionnalité/ efficacité - état général du bâti</p>	<p><u>Bâtiment A :</u></p> <p>Bâtiment devenu peu fonctionnel au regard d'un usage hospitalier de type MCO. Efficacité problématique en particulier pour l'HC (<i>organisation verticale - unité de médecine répartie sur deux corps de bâtiments présentant une rupture de charge et une forte pente</i>).</p> <p>Rupture de charge entre la maternité et le bloc obstétrical puis entre le bloc obstétrical et le bloc opératoire. Planchers bois.</p> <p><u>Bâtiment B :</u></p> <p>Bâtiment en R+2 s'organisant autour de 2 ailes d'hébergement articulées autour d'un atrium central concentrant les locaux en commun de l'EHPAD. Bâtiment généreux en surfaces et théoriquement peu efficace (<i>nombreuses circulations, distances, etc.</i>). Pour autant, les espaces très ouverts et disposant de très belles vues sont adaptés à la prise en charge des résidents.</p> <p>Les laboratoires, présents dans ce bâtiment, sont excentrés par rapport à l'ensemble des activités du site.</p> <p><u>Bâtiment C :</u></p>

	<p>Bâtiment de plain-pied. La conception du bâtiment prévoyait la présence de chambres triples aujourd'hui inadaptées aux standards en matière de confort hôtelier. Elles ont été transformées en chambres doubles.</p> <p>L'unité SSR ne dispose pas de salle-à-manger commune.</p> <p><u>Bâtiment D :</u></p> <p>Bâtiment en R+2 organisé autour de 2 ailes d'hébergement articulées autour d'un bloc central. Façades avec des balcons appréciés des résidents. Seule une aile au 2^e étage est munie d'oxygène.</p> <p>L'organisation verticale de la prise en charge pose problème (<i>surveillance la nuit, gestion des déplacements des résidents vers et depuis les lieux de vie, compte tenu notamment d'un nombre de points de montée insuffisant 2MM</i>).</p>
<p>Forces</p>	<p><u>Bâtiment A :</u></p> <p>Architecture ponctuellement remarquable (témoignage pavillons de l'hôpital originel des années 30).</p> <p>Situation en grande partie en zone inondable mais constructible : démolition/ reconstruction possible.</p> <p>Si le bâtiment n'est plus en capacité d'accueillir dans de bonnes conditions de sécurité des patients « court-séjour » MCO, une réorientation vers des activités SSR et/ou médico-sociales est envisageable.</p> <p><u>Bâtiment B :</u></p> <p>Le bâtiment est adapté à sa fonction (hors position des laboratoires).</p> <p><u>Bâtiment C :</u></p> <p>Liaison fonctionnelle avec le bâtiment B.</p> <p><u>Bâtiment D :</u></p> <p>Bâtiment adapté à sa destination mais demandant une importante restructuration pour lui redonner les conditions adaptées de prise en charge (confort hôtelier et médical - efficience).</p>
<p>Faiblesses</p>	<p><u>Bâtiment A :</u></p> <p>Bâtiment peu évolutif, architecture ponctuellement remarquable (témoignage pavillons de l'hôpital originel des années 30). Aucune potentialité en termes d'hébergement court-séjour sur la base des standards actuels.</p> <p><u>Bâtiment B :</u></p> <p>Etat général du bâti moyen compte tenu de l'année de construction relativement récente. Terrasse abritée au niveau 0 non utilisée suite aux inondations de 2014.</p>

	<p><u>Bâtiment C :</u></p> <p>Etat général moyen en dépit des rénovations menées en 2014-2015. Bâtiment en zone inondable non constructible avec hébergement au niveau 0.</p> <p><u>Bâtiment D :</u></p> <p>Locaux relativement vétustes et ne présentant plus le confort hôtelier et médical attendu compte tenu de la dépendance des résidents.</p> <p>Sa localisation ne lui apporte aucune évolutivité « en l'état », faute d'extensions possibles (<i>peu de foncier adapté à proximité</i>).</p>
--	--

Le site de l'hôpital de Saint-Affrique présente actuellement des dysfonctionnements principalement liés à la vétusté des locaux et à la non adaptation des surfaces au regard de prises en charge sanitaires.

Le bâtiment A, qui accueille l'essentiel des fonctions sanitaires du site, ne propose plus les conditions de prise en charge adaptées ni l'évolutivité attendue.

Les bâtiments B et C présentent des atouts dans leur conception, en particulier pour le niveau 1 (*qualité des lieux de vie*) mais s'inscrivent à contrario sur une zone inondable.

Le bâtiment D est cohérent au regard d'une prise en charge de résidents sur le long terme : il présente toutefois des problématiques liées à sa vétusté et à son organisation (*longueur des circulations, organisation sur 3 niveaux*).

Il n'est pas envisageable « en l'état » de maintenir des activités de type MCO sur ce site. La reconstruction de l'hôpital médian posera en suivant la question du réaménagement du site et du maintien de certains bâtiments ;

- L'activité SSR ne pourra pas être maintenue dans le bâtiment C. Elle doit être réfléchie soit en lien avec le futur hôpital médian, soit dans le cadre d'une reconstruction si elle devait être maintenue sur le site.
- Le bâtiment A est obsolète. Si certains corps de bâtiments seront éventuellement maintenus au regard de la « charge historique » qui est la leur (*chapelle, bâtiment actuelles consultations OPH datant des années 30*), la démolition des autres corps de bâti permettrait de rouvrir le site dans sa lisibilité et de recréer un foncier pour repenser la prise en charge EHPAD.
- Le bâtiment D devra à minima être lourdement restructuré (*chambres, lieux de vie, locaux dédiés à la logistique*).

4 - CHAPITRE 2 – ETAT DES LIEUX IMMOBILIER ET FONCTIONNEL – CH de MILLAU

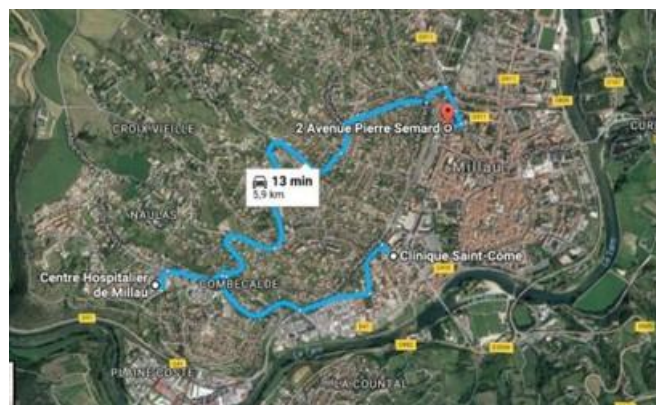
4.1 Données générales

4.1.1 Localisation des sites

Le centre hospitalier **de MILLAU** est un établissement multi-sites.

Site	Adresse	Activité
Millau – Puits de Calès	265, boulevard Achille SOUQUES	Médecine
	12100 – MILLAU	Chirurgie
		Obstétrique
Millau – Saint Côme	251, rue Général Cosse 12100 – MILLAU	SSR
Millau – Sainte Anne	2, Avenue Pierre Sémard	USLD
	12100 – MILLAU	SSR
		EHPAD
		Psychiatrie

Nota : La maison de retraite Saint-Michel, la psychiatrie et la maison de retraite de l'Ayrolle ne sont pas concernés par la présente analyse.



4.1.2 Capacités installées sur les sites

PUITS de CALES

Secteur	Lits	Places/postes	Total
UMCD	24		24
Médecine polyvalente et gériatrique	26		26
Chirurgie orthopédique	22		22
Gynécologie obstétrique	12		12
Chirurgie ambulatoire (UMCA) médico-chirurgicale		22	22
Surveillance continue	5		5
TOTAL 1	89	22	111

SAINT COME

Secteur	Lits	Places/postes	Total
SSR	24		24
TOTAL 2	24		24

SAINTE ANNE

Secteur	Lits	Places/postes	Total
SSR	20		20
USLD	50		50
EHPAD	50		50
TOTAL 3	120		120

PUITS DE CALES – SAINTE ANNE – SAINT COME

Secteur	Lits	Places/postes	Total
TOTAL	333	22	355

4.2 Les sites

4.2.1 Dispositions générales

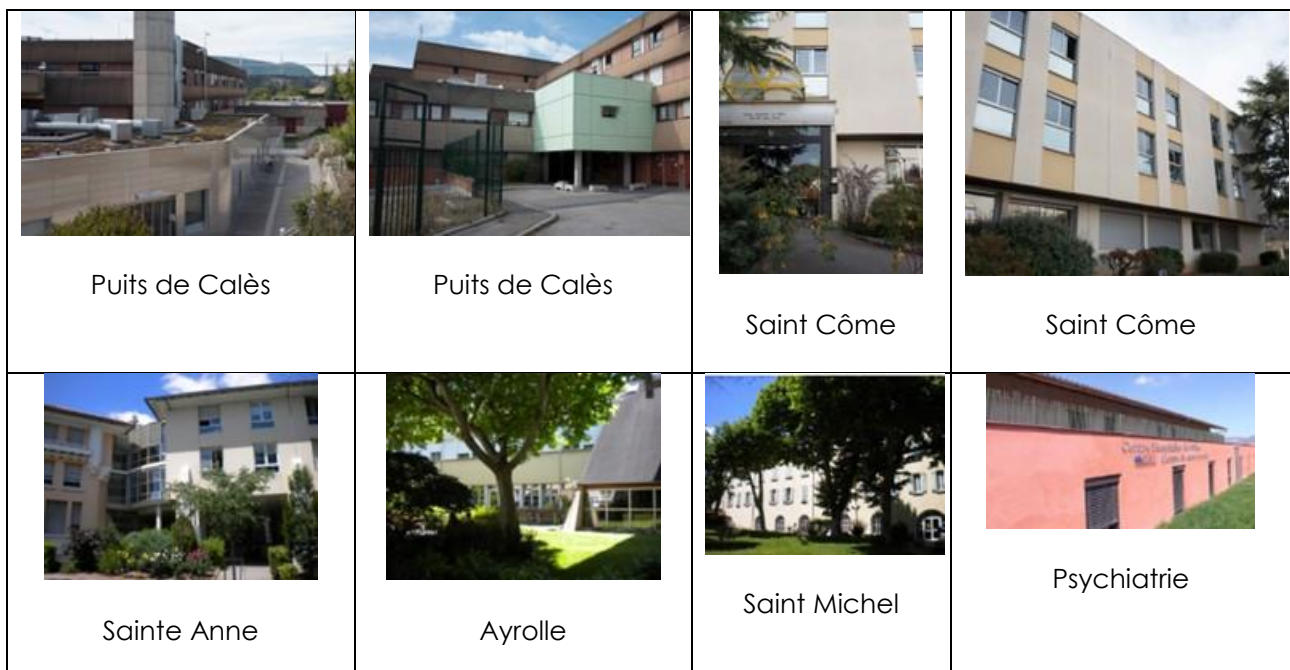
Le centre hospitalier est situé dans la commune de MILLAU, en AVEYRON, dans la région Midi-Pyrénées.

Millau est une commune française, située à environ 30 kilomètres de Saint-Affrique et à environ 1 heure de MONTPELLIER par l'A75. Elle fait partie de la communauté de communes de Millau Grands Causses, créée le 22 juin 1989.

C'est une commune d'environ 22 000 habitants. Elle se situe à une altitude d'environ 500m (Min. 340m – Max. 888m).

Il s'organise sur plusieurs sites :

- Le site du Puits de Calès : activités médecine – chirurgie – obstétrique (MCO). Site structuré autour d'un bâtiment de type monobloc – conception dite « Duquesne » des années 80. Extension en 2009 pour la mise en œuvre d'une IRM en lien avec l'imagerie existante. Un bâtiment logistique (cuisine, etc.) complète le dispositif.
- Le site de Saint-Côme ; direction – SSR
- Le site de Sainte-Anne : USLD – SSR – EHPAD et HJ psychiatrie adulte
- Le site de l'Ayrolle ; EHPAD
- Le site de Saint-Michel ; EHPAD
- Le centre de santé mentale : HC psychiatrie et CMP



4.2.2 Environnement physique

Le TARN prend sa source au Mont Lozère et, après 110kms dans une vallée étroite, débouche sur MILLAU qui est la première zone urbanisée d'importance rencontrée par le cours d'eau. Ses crues les plus fortes se produisent en automne et en hiver.

La DOUBIE prend sa source au pied du Mont Aigoual et se jette dans le Tarn à MILLAU après un parcours de 65 kms. Ses crues les plus fortes sont similaires à celles du TARN.

Les bassins de ces petits cours d'eau présentent de fortes pentes, conduisant à un ruissellement important. 4 cours d'eau sujets à de fortes crues à MILLAU : les ruisseaux de TROUSSY, de SAINT EUZEBIT, de LADOUX et du ravin de SAINTE MARTHE.

La commune de MILLAU est donc concernée par 3 types d'inondations définies dans le PPRI pour la vallée du Tarn, arrêté par le préfet le 3 juin 2004.

Le territoire est divisé en 3 zones :

- Zone bleue : de risque fort avec une hauteur d'eau en crue centennale supérieure ou égale à 1m ou hauteur d'eau inférieure, mais sans vitesse forte
- Zone violette : de risque fort en centre urbain avec une hauteur d'eau supérieure à 1m ou hauteur d'eau inférieure mais une vitesse forte dans le centre urbain
- Zone bleu clair : de risque modéré en secteur urbanisé avec une hauteur d'eau inférieure à 1m et une vitesse d'écoulement faible.

Les sites concernés par la présente étude (CALES, SAINT COME et SAINTE ANNE) ne sont pas ou peu concernés par le risque.

Seul le site de SAINT COME est positionné en limite de zone bleu clair (risque modéré).

4.2.3 Urbanisme

A) Parcelles cadastrales – situation des fonciers



Site de Puits de Calès



Le site occupe les parcelles 4, 5, 6, 7, 10, 74, 80, 91 et 89 soit environ 69 700 m².



Site de Saint Côme



Le site occupe les parcelles 577, 578 et 358 pour une surface d'environ 6 700 m².



Site de Sainte Anne


 Le site occupe les parcelles 2 et 706 pour une surface d'environ 12 300 m².

B) PLU

L'hôpital site « Puits de Calès » est situé en zone Uc.

La zone Uc présente un caractère principalement résidentiel. Sa vocation est toutefois mixte : la zone accueille des constructions à usage de commerce, d'artisanat, de services, de bureaux, d'équipement hôtelier et d'équipement collectif.

Implantation par rapport aux voies et emprises publiques	Les constructions doivent être édifiées à une distance de : <ul style="list-style-type: none"> • 5m par rapport à l'alignement en bordure des voies communales existantes ou à créer • 2m par rapport à l'alignement des chemins piétonniers publics et des voies communales en impasse existants ou à créer • A l'alignement en bordure de l'avenue Charles de Gaulle, entre le passage à niveau et le boulevard du Lévezou Cependant, ce retrait pourra être nul ou inférieur aux distances ci-dessus dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque la construction s'aligne sur une ou plusieurs constructions existantes • Lorsqu'il s'agit d'un projet s'intégrant dans une opération d'aménagement d'ensemble intéressant au moins 15 logements et/ou se développant sur un terrain d'1 Ha minimum.
Implantation par rapport aux limites séparatives	Toute construction devra être implantée à une distance des limites séparatives au moins égale à la moitié de sa hauteur sans pouvoir être inférieure à 3m. <p>Toutefois, les constructions pourront être édifiées en limite séparative si leur hauteur sur cette limite n'excède pas 4m. Cette limite ne s'applique pas si la nouvelle construction s'accôle à un bâtiment d'une hauteur supérieure édifié en limite séparative.</p>

	En cas de recul de 3m, les constructions pour les aménagements extérieurs permettant l'accès aux constructions pour les PMR, l'accès aux constructions situées en zone inondable et en cas de contraintes techniques ou fonctionnelles, pour les constructions nécessaires aux services d'intérêt collectif peuvent être réalisées dans la bande de 3m comptée à partir de la limite parcellaire.
Emprise au sol	Non réglementé
Hauteur des constructions	La hauteur des constructions ne doit pas excéder une hauteur totale de : <ul style="list-style-type: none"> • 8m pour les constructions à usage d'habitat individuel • 12m pour l'ensemble des bâtiments autres
Stationnements	Le stationnement des véhicules doit être assuré en dehors des voies publiques. Il devra correspondre aux besoins des occupations ou utilisations du sol. Le nombre des aires de stationnement sera au minimum de : <ul style="list-style-type: none"> • Une place de stationnement pour 40m² de SHON entamée
Coefficient occupation des sols	En UC, le COS est limité à 0.60. Pour les constructions desservies par l'avenue Charles de Gaulle, le COS est égal à 1.

4.2.4 Le bâti – âge des édifices

A) Puits de Calès

Le bâtiment, de type « DUQUESNE » a été livré en 1987. Il a bénéficié d'extensions (IRM) en 2008-2009 et de rénovations internes (la plus récente étant la rénovation de la maternité en 2017).



B) Site de Saint-Côme

Le site de Saint – Côme est celui de l'ancienne clinique de MILLAU, construite dans les années 70-80. Le bâtiment n'a pas ou peu fait l'objet de rénovations-extensions.



C) Site de Sainte Anne

Ancien hôtel de la compagnie du Midi
Ancien hôpital de MILLAU
Réhabilitation – extension en 1997



4.2.5 Le bâti – conception générale

L'architecture du site du PUIITS de CALES (*site principal MCO*) est celle d'un bâtiment MONOBLOC. L'organisation et l'architecture du bâtiment font écho aux bâtiments dénommés « DUQUESNE ».

Après la déclinaison du type « Fontenoy » en 1974, le ministère de la santé décida de promouvoir un nouvel hôpital type devant s'adapter à des villes de moindre importance.

Le programme ainsi défini était celui d'un hôpital de 300 à 400 lits, pouvant se réduire à 250.

Le schéma est celui d'un « hôpital arbre » avec un bâtiment d'hospitalisation sur plusieurs étages (5 dans le modèle 400 lits – 2 dans le cas du CH de MILLAU), distribués en 2 ou 3 ailes (2 pour le CH de MILLAU), sur un socle médico-technique de 1 ou 2 niveaux abritant administration, consultations et locaux logistiques (*rez-de-chaussée bas*) et plateau technique (*rez-de-chaussée haut*).

En 2008 et 2009, le plateau technique du CH s'enrichit d'un scanner et d'une IRM. Des travaux de rénovation sont également engagés pour agrandir le service des urgences.

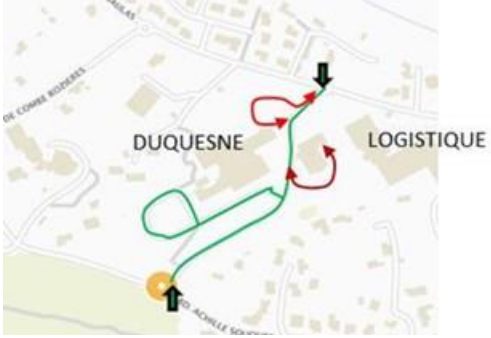
4.2.6 Le bâti – typologie

Site Puits de Calès	<ul style="list-style-type: none"> • Bâtiment DUQUESNE : Rez-de-jardin à R+3
Site Saint Côme	<ul style="list-style-type: none"> • Sous-sol à R+2
Site Sainte Anne	<ul style="list-style-type: none"> • R+3



4.3 Les flux sur les sites – les stationnements – les espaces extérieurs

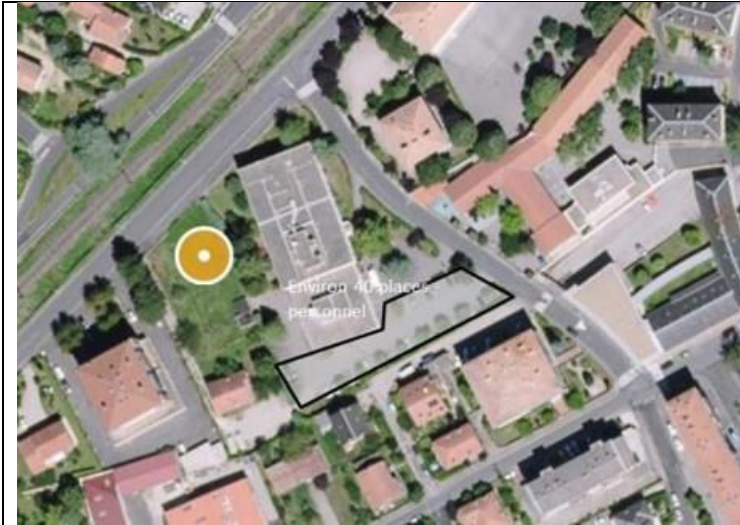
4.3.1 Accès aux sites

	<p>Plusieurs typologies de flux se côtoient aux abords du site et à l'intérieur du site : les visiteurs - consultants, les ambulances, les véhicules pompiers et sanitaires, les personnels et la logistique globale.</p> <p>Le site est traversé par une voie reliant le boulevard Achille Souques (entrée principale unique pour tous les flux) et le boulevard de Bad. Salzuflen. Les transports en commun (bus) desservent l'intérieur du site.</p>
	<p>Le site de Saint Côme est desservi depuis la rue du général Cosse, quelque-soit le flux (parcelle en cul-de-sac).</p>

→ D'une façon générale, la répartition des accès et flux sur le site du Puits de Calès est adaptée. L'accès et la circulation du site de Saint Côme sont par contre contraints, disposition liée notamment au fait qu'il s'agit d'un site « urbain » en centre-ville disposant d'un foncier relativement limité.

4.3.2 Stationnements sur les sites

	<p>Les stationnements sont répartis sur le site PUITS de CALES : en entrée de site (côté accès Bld Achille Souques - urgences) et côté entrée principale du bâtiment.</p> <p>Des places réservées au personnel viennent compléter le dispositif aux abords des bâtiments</p> <p>Soit un total de l'ordre de 220 places</p> <p>Conformité au PLU à voir (probablement Non conforme).</p> <p>Déficit de places sur le site</p>
---	--



Les stationnements sont répartis le long de la parcelle du site **SAINT COME** et du pignon du bâtiment.

Environ 40 places (nombre insuffisant par rapport aux besoins).

4.3.3 Les accès aux bâtiments

A) Puits de Calès

L'organisation des accès au bâtiment correspond aux principes liés à la conception Monobloc-Duquesne.

On répertorie les accès principaux suivants :

- Visiteurs-consultants
 - Hall principal au niveau rez-de-chaussée haut
 - Hall secondaire au niveau rez-de-chaussée bas

Le hall principal est peu lisible depuis l'accès principal du site (*boulevard Achille Souques*).

- Urgences
 - Accès dédié au niveau 1 (plain-pied à l'arrière du site, côté boulevard Achille Souques)

Les urgences constituent, avec le hall - BE, une des portes d'entrée principales d'un établissement de santé. A ce titre, elles doivent être facilement accessibles et identifiables visuellement aisément pour les patients. Positionnées en entrée de site, elles sont directement lisibles (en accès véhicules) pour les patients et disposent par ailleurs de places de stationnement de proximité.

- Patients couchés (ambulances, hors urgences)
 - Hall principal
 - Tous points d'entrée du bâtiment
- Logistique
 - Niveau rez-de-chaussée bas : cour logistique.

L'ensemble des accès cités ci avant sont répertoriés comme des accès "lisibles" et "ouverts" sur le site.

Ces accès répondent à la logique de fonctionnement d'un centre hospitalier. On peut regretter le positionnement de l'entrée principale à l'opposé de l'accès « naturel » du site (*mais à proximité d'une zone de stationnement dédiée*).

L'accès secondaire au niveau rez-de-chaussée bas peut constituer un dysfonctionnement dans l'organisation des flux : en effet, bien que directement connecté avec le hall du niveau rez-de-

chaussée-haut, il ne dispose que de peu de places de stationnement à proximité et génère par ailleurs un raccourci « ne transitant pas par le bureau des entrées ».

B) Site Saint Côme

L'organisation des accès au bâtiment correspond aux principes liés à un bâtiment urbain monobloc.

On répertorie les accès principaux suivants :

- Visiteurs-consultants
 - Hall principal au niveau rez-de-chaussée haut, plain-pied depuis le boulevard (accès piéton) mais présentant une rupture de charge (un niveau) avec l'ensemble des places de stationnement du site
- Patients couchés (ambulances)
 - Accès via le rez de chaussée bas (transit via une circulation logistique générale du niveau pour accéder aux points de montée centraux : 1MP et 1MM)
- Logistique
 - Niveau rez-de-chaussée bas : cour logistique.

L'ensemble des accès cités ci avant sont répertoriés comme des accès "lisibles" et "ouverts" sur le site.

Ces accès répondent à la logique de fonctionnement d'un centre hospitalier.

Le site contraint ne permet toutefois pas une fonctionnalité aisée pour l'association de ces flux. Le hall principal reste peu lisible depuis les places de stationnement (*sauf si stationnement le long de la rue*).

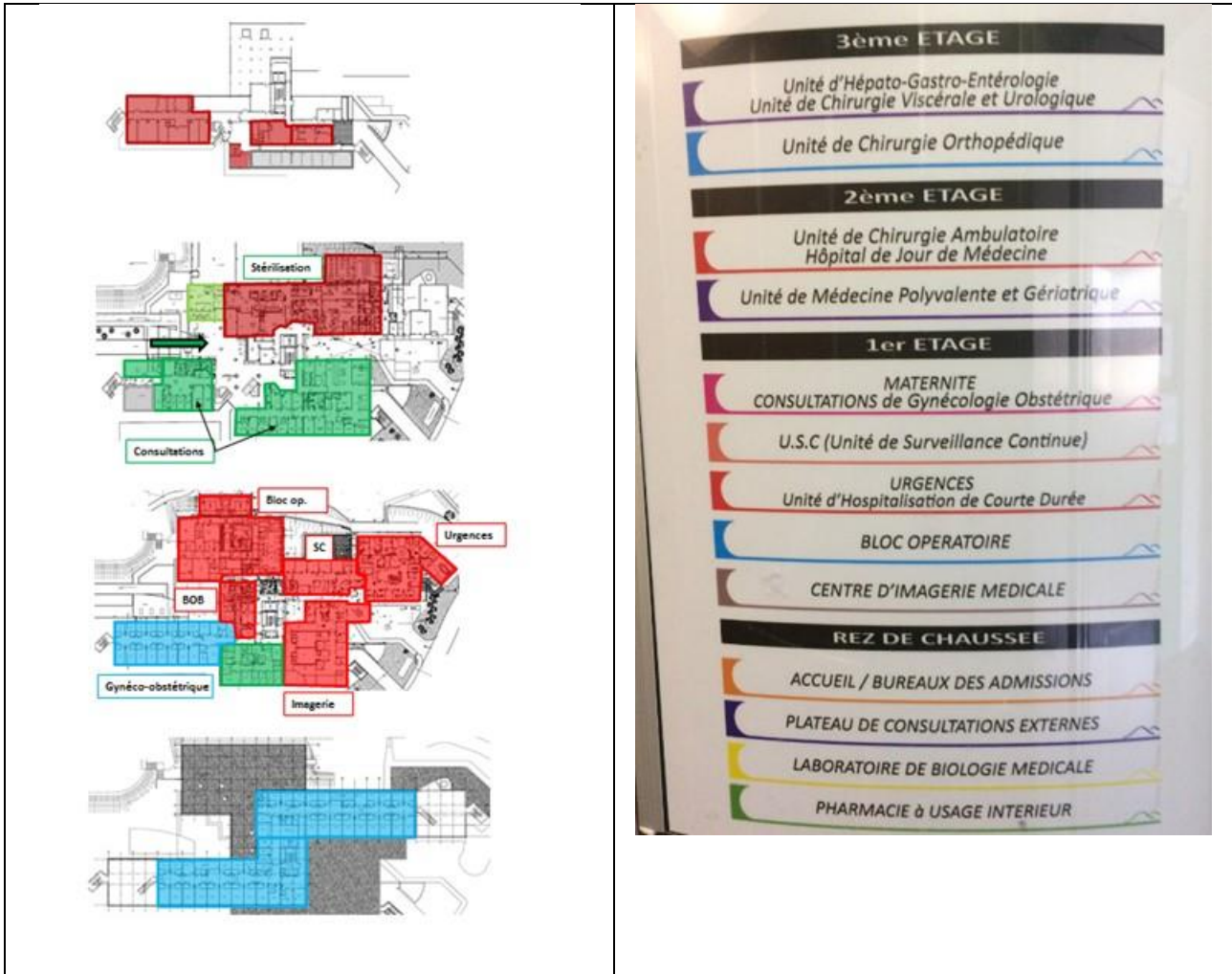
4.4 Description générale des bâtiments et reportage photographique

4.4.1 Organisation générale des prises en charge sur les sites

A) Puits de Calès

Le site du Puits de Calès accueille l'ensemble du site MCO dans un bâtiment de type DUQUESNE. Cette typologie de bâtiment est issue de la mise en œuvre de « modèles » hospitaliers, de type Monobloc, programmés et construits dans les années 80 (*livraison du site de MILLAU en 1987*).

Il en résulte un bâtiment unique, desservi de façon centrale par une batterie d'ascenseurs (*Ascenseurs et MM, les deux flux étant séparés*) : socle dédié principalement à l'ensemble de l'accueil et du plateau technique – niveaux supérieurs dédiés à l'hospitalisation complète.



Regroupements assurés :

- Au niveau Rez-de-chaussée haut, cohérence des flux externes : hall principal – consultations
- Au niveau 1, cohérence du plateau technique : urgences, bloc opératoire, soins continus, imagerie.
- Au niveau 2, cohérence et sécurité pour l'organisation de l'obstétrique : hospitalisation complète – bloc obstétrical – bloc opératoire.
- Hospitalisation de jour médico-chirurgicale sur un seul niveau (une aile)

Regroupements non assurés :

- Chirurgie ambulatoire et bloc opératoire : l'organisation de ces deux secteurs sur deux niveaux différents induit des problématiques de flux (*pas de porte-à-porte*) et des difficultés dans la gestion logistique (*gestion des supports de transfert des patients, en retour bloc principalement*).

Le bâtiment, compte tenu de sa conception « modèle hospitalier » ne présente sinon pas ou peu de problématiques au titre d'un regroupement fonctionnel non réalisé.

On peut regretter cependant la dissociation consultations – imagerie (*consultations orthopédiques principalement*).

Par ailleurs, les évolutions capacitaires du site ont induit des dysfonctionnements dans la conception « plateau d'hospitalisation » initiale : unités trop petites, peu de moyens communs sur un seul niveau.

B) Site Saint Côme

Le site Saint Côme est celui de l'ancienne clinique de MILLAU. Il ne répond plus à aucune logique hospitalière fonctionnelle, ses locaux ayant été réutilisés après déménagement des activités MCO de la clinique sur le site du Puits de Calès.

Il accueille sur un niveau les soins de suite et réadaptation, les autres niveaux étant dédiés aux fonctions tertiaires (*administration*) et logistiques de site.

4.4.2 Bâtiment Duquesne – Puits de Calès

- + **Date de construction** : 1987
- + **Surface dans œuvre** : NC
- + **Description succincte** : Un bâtiment MONOBLOC présentant 2 niveaux dédiés à l'hospitalisation complète posés sur un socle de deux niveaux dédiés aux activités externes (*hall – consultations*) et au plateau technique (*bloc, urgences, SC*). Un sous-sol partiel (*rez-de-chaussée bas, accès plain-pied depuis la route traversant le site*) accueille une partie de la logistique.



+ Répartition par niveau :

Niveau RDC Bas : Accès logistique – biomédical – bureaux divers

Niveau RDC : Accueil principal – consultations externes - Pharmacie – Laboratoires - stérilisation

Niveau 1 : Bloc opératoire – bloc obstétrical – gynécologie obstétrique – urgences – SC – imagerie

Niveau 2 : Unité de chirurgie ambulatoire – hôpital de jour de médecine – médecine polyvalente et gériatrique

Niveau 3 : HGE – chirurgie viscérale et urologique – chirurgie orthopédique

+ Accès :

Niveau rez-de-chaussée bas : accès logistique et accès secondaire hall

Niveau 0 : accès principal

Niveau 1 : accès urgences

+ Points de montée :

Partie centrale : 2MM et 2 ascenseurs

- + **Fonctionnalité – efficacité** : Bâtiment présentant une conception architecturale adaptée à l'hospitalier et induisant ainsi la fonctionnalité ad hoc. En matière d'efficacité, le bâtiment présente

toutefois des dysfonctionnements principalement liés au dimensionnement capacitaire des unités d'hospitalisation.

- + **Isolation thermique** : inexistante
- + **Désenfumage, Détection incendie** : correct
- + **Divers** :
- + **Potentialités** : Bâtiment adapté et restant évolutif uniquement pour des activités hospitalières.

4.4.3 Bâtiment Saint Côme

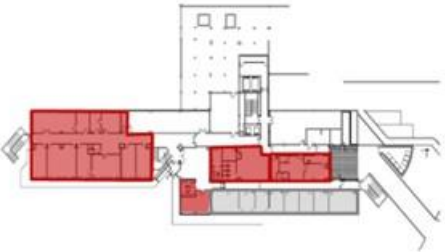
- + **Date de construction** : Années 70-80
- + **Surface dans œuvre** : NC m² -
- + **Description succincte** : Bâtiment en R+2 + sous-sol partiel.




- + **Répartition par niveau** :
 - Niveau sous-sol partiel : logistique relai – locaux divers (réfectoire personnel etc.)
 - Niveau 0 : Hall accueil - tertiaire
 - Niveau 1 : SSR et plateau technique de rééducation
 - Niveau 2 : tertiaire
- + **Accès** :
 - Niveau rez-de-chaussée bas : accès logistique et personnel
 - Niveau 0 : accès principal, plain-pied depuis le boulevard
- + **Points de montée** :
 - 1MP et 1MM
- + **Fonctionnalité** : Bâtiment peu fonctionnel et obsolète par rapport à l'accueil d'une activité sanitaire.
- + **Isolation thermique** : Non
- + **Désenfumage, Détection incendie** : correct
- + **Second œuvre** : état général vétuste.
- + **Potentialités** : Le bâtiment n'est plus adapté à sa fonction.

4.4.4 Plans du bâtiment - site Puits de Cales

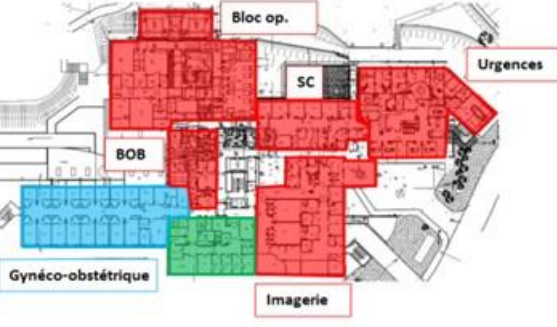
A) Rez-de-chaussée bas

	<p>Locaux logistiques divers</p> <p>Nota : le CH prévoit la réorganisation éventuelle d'une partie des bureaux de ce niveau au bénéfice de consultations externes (accès direct indépendant).</p>
---	---


B) Rez-de-chaussée haut – N0

	<p>Le niveau 0 est principalement dédié aux activités externes : consultations et hall principal – BE.</p> <p>Le BE a été récemment rénové.</p>
--	---

C) Niveau 1

	<p>Niveau d'accès plain-pied côté urgences (boulevard Achille Souques).</p> <p>Plateau technique du centre hospitalier.</p>
---	---

D) Niveau courant (2-3)

	<p>Niveaux dédiés aux hospitalisations complètes et partielles (HDJ). La partie centrale du bâtiment est principalement dédiée aux locaux logistiques (en lien avec les points de montée) et bureaux cadre de santé, etc.</p>
---	---

4.5 Analyse fonctionnelle générale des sites

4.5.1 Surfaces dans œuvre Puits de Calès

L'établissement ne dispose pas de plans DWG informatiques exploitables pour le site. Nous avons donc travaillé à partir des plans PDF et des données relevées transmises.

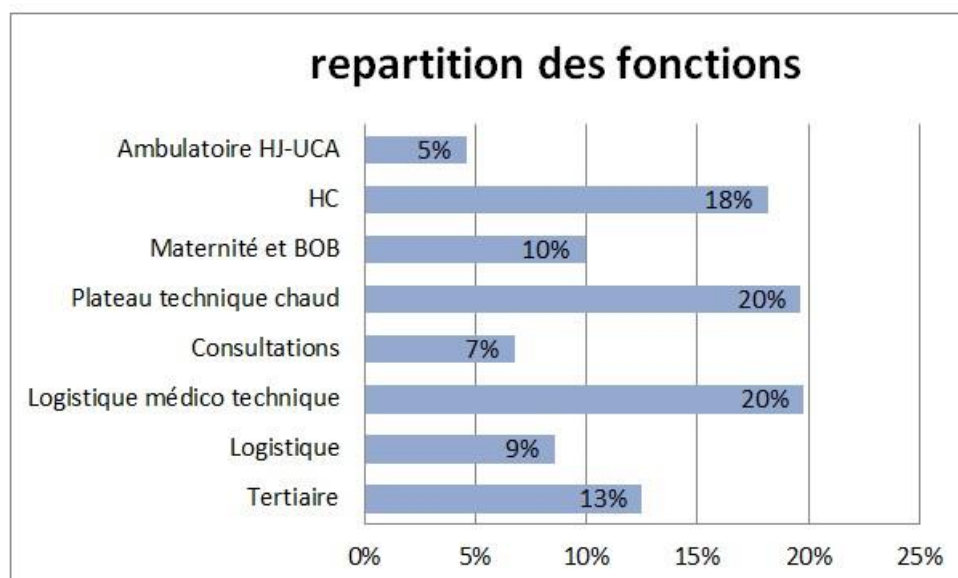
Les commentaires d'analyse ont été faits au regard des ratios couramment admis pour ce type d'établissement. Le référentiel de dimensionnement ANAP, remplacé par l'outil AELIPCE a été pris pour base dans l'étude.

PUITS DE CALES - MLLAU	SU	SDO	SDO T	Commentaires	Ratio
Locaux tertiaires divers (biomédical, bureaux...)	1 250	1 670		Surface utile estimée (pas de plans)	
NIVEAU REZ-DE-CHAUSSEE BAS			1 670		
Laboratoires	311			7 400 000 B	
Pharmacie	600				
Stérilisation	320				
Consultations et salle C.A	700			Environ 24 espaces - 30 000 consultations	Excédentaire
Bureau des entrées	160				
NIVEAU REZ-DE-CHAUSSEE HAUT			3 555		
Bloc opératoire	735			6 salles dont 1 salle endoscopies	Excédentaire
SSPI	160			11 postes	
Urgences dont 3 lits UHCD	550			Environ 17 000 passages	
Soins continus	255			5 lits	Excédentaire
Imagerie dont IRM	660			2 salles conventionnelles, 1 mammo, 1 écho, 1 scanner, 1 IRM	
Obstétrique dont bloc obstétrical	1 020			10 lits et 2 places	
NIVEAU 1			3 950		
Médecine A	580	750		24 lits - SU estimée (pas de plans)	Déficitaire
Médecine B	690	900		26 lits - SU estimée (pas de plans)	Déficitaire
NIVEAU 2			1 650		
Chirurgie A	470	613		HJ et UCA : 22 places - SU estimée (pas de plans)	
Chirurgie B	600	777		22 lits - SU estimée (pas de plans)	
NIVEAU 3			1 390		
BATIMENT UCPA et MAGASINS			1 145		
TOTAL GENERAL			13 360	Pour 111 lits et places (hors UHCD)	120

Surfaces globales excédentaires pour l'ensemble du site (le ratio global constaté est proche des ratios constatés pour les CHU).

Certaines zones, déficitaires, témoignent du confort hôtelier et médical devenu problématique pour les unités d'hospitalisation (niveau 2 principalement – médecine).

Le constat n'est pas le même au niveau 3 : unité de petite taille (22 lits) et unités de jour (HJ et UCA).



4.5.2 Surfaces dans œuvre Saint Côme

SAINT COME - MILLAU	SU	SDO	SDO T	Commentaires	Ratio
Locaux tertiaires et logistiques divers	770				
NIVEAU REZ-DE-CHAUSSEE BAS			0		
Locaux tertiaires dont administration	1 300				
NIVEAU REZ-DE-CHAUSSEE HAUT			0		
SSR - 22 lits et salle de rééducation	927			22 lits SSR et salle de rééducation	Déficitaire
NIVEAU 1			0		
Locaux tertiaires	927				
NIVEAU 2			0		
TOTAL GENERAL			4 484	Pour 22 lits	204

Le bâtiment Saint Côme est l'ancienne clinique de MILLAU.

Actuellement occupé par 22 lits SSR et des locaux tertiaires et logistiques, il présente de fait une surface dans œuvre très excédentaire.

Pour autant, le ratio constaté au niveau du plateau d'hospitalisation SSR est problématique et témoigne quant à lui d'un confort hôtelier et médical inférieur aux recommandations en la matière pour cette activité.

4.5.3 Surfaces dans œuvre Sainte Anne

SAINTE ANNE	SU	SDO	SDO T	Commentaires
Consultations mémoire et locaux divers		884		Pas de plans
NIVEAU REZ-DE-CHAUSSEE BAS			884	
SSR - 22 lits et salle de rééducation		881		
NIVEAU REZ-DE-CHAUSSEE HAUT			881	
EHPAD		1 582		
NIVEAU 1			1 582	
USLD		1 582		
NIVEAU 2			1 582	
TOTAL GENERAL			4 929	
BATIMENT ANNEXE			853	

4.5.4 Surfaces dans œuvre autres sites

	SU	SDO	SDO T	Commentaires	Ratio
SAINT MICHEL		4 415		Pas de plans	
SAINT MICHEL			4 415		
IFSI		3 120			
IFSI			3 120		
PEDOPSYCHIATRIE		933			
PEDOPSYCHIATRIE			933		
AYROLLE		8 366			
AYROLLE			8 366		
SITES ANNEXES					
TOTAL GENERAL			16 834		

Nota : le site de psychiatrie adulte nouvellement reconstruit ainsi que les sites « annexes » psychiatrie, archives, logements ne sont pas répertoriés ici (pas de plans – pas de données transmises par le CH).

D'une façon générale, l'établissement « hôpital de MILLAU » gère ainsi un patrimoine bâti de l'ordre de 50 000 m² dans œuvre.

4.5.5 Analyse fonctionnelle unités d'hospitalisation

A) Taille des unités d'hospitalisation (Puits de Calès et Saint Côme)

Les prises en charge sur le site sont organisées autour des unités de soins suivantes :

Unité	Bâtiment	Nombre de lits
Bâtiment MCO – niveau 3	HGE – Chirurgie viscérale	24 lits
Bâtiment MCO – niveau 3	Chirurgie orthopédique	22 lits
Bâtiment MCO – niveau 2	UMCA	22 places
Bâtiment MCO – niveau 2	Médecine gériatrique et polyvalente	26 lits
Bâtiment MCO – niveau 1	Gynécologie obstétrique	12 lits
Bâtiment Saint Côme	SSR	24 lits
Bâtiment Sainte Anne	SSR	20 lits

→ La taille des unités varie entre 12 lits (maternité) et 26 lits (médecine). 25 lits représentent la dimension « minimale » pour une prise en charge fonctionnelle adaptée et efficiente. La taille des unités se situe donc dans une fourchette basse en matière d'efficience pour la prise en charge. L'isolement de ces unités les unes par rapport aux autres renforce encore le constat de non fonctionnalité de l'ensemble. Enfin, l'éclatement sur deux sites de petites unités SSR est problématique.

B) Confort hôtelier et médical

Prise en charge MCO – Bâtiment Puits de Calès

La problématique majeure de l'organisation des unités d'hospitalisation sur le site tient aux tailles des unités, peu efficaces. Sont localisées dans le bâtiment :

- L'unité médico-chirurgicale : 12 lits HGE et 12 lits chirurgie digestive et urologique. N3. Le regroupement de ces deux disciplines est relativement récent (2015).
- L'unité de médecine polyvalente et gériatrique : 13 lits de médecine polyvalente, 10 lits de court séjour gériatrique et 3 lits ortho-gériatrie. N2.
- L'unité de chirurgie orthopédique : 22 lits. N3.

Le bâtiment présente par ailleurs les caractéristiques globales suivantes :

- En dépit de rénovations ponctuelles relativement récentes, l'ensemble des unités d'hospitalisation restent conçus sur la base des modèles de l'époque de conception, sans avoir recherché de raisonnement « par plateau d'hospitalisation ». Les organisations sont ciblées « au cas par cas » en fonction des activités présentes (ex. bureaux médicaux HGE intégrés à l'unité alors que ce n'est pas le cas pour les autres secteurs où le positionnement privilégié a été en début ou hors de l'unité).
- Déficit de locaux de vie et de logistique au sein des unités d'hospitalisation

- % chambres individuelles variable (en fonction de la taille des unités) mais très faible (ex. 18% en chirurgie orthopédique soit 4 chambres individuelles).

S'agissant de la logistique, il faut noter que le constat fait est différent suivant les unités. Chaque unité semble fonctionner de façon relativement "indépendante" dans la gestion de ses espaces logistiques.

Les locaux médico techniques (postes de soins, salles de réunions-synthèse, bureaux) sont cohérents et généralement centraux par rapport aux chambres. Des rénovations récentes ont été réalisées pour la plupart de ces locaux.

Prise en charge SSR – bâtiment Saint Côme

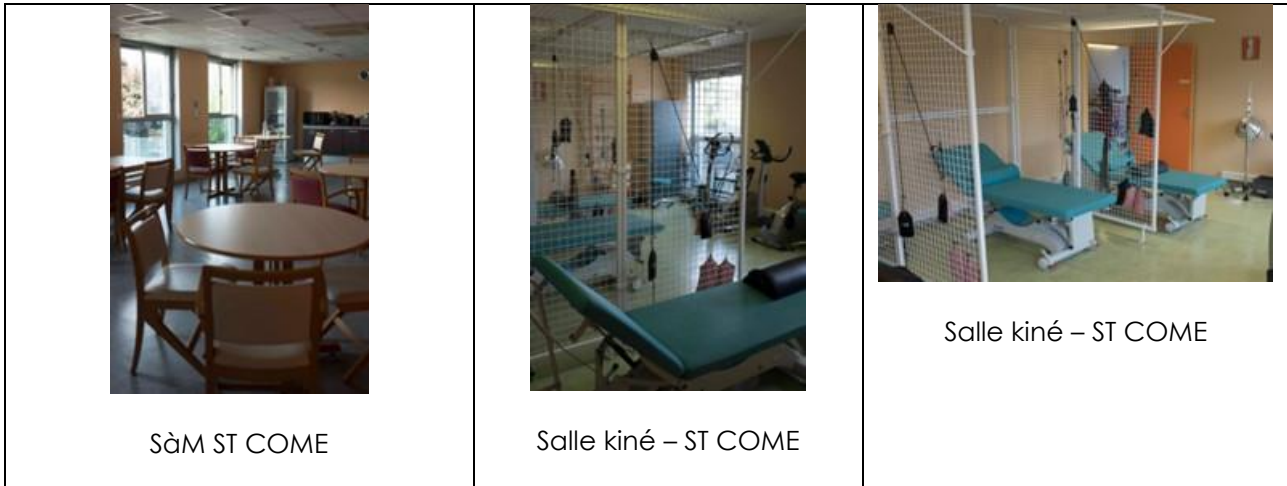
Localisée au niveau 1, l'unité SSR présente un % de lits en chambre à 1 lit faible (6 chambres individuelles soit 25% lit en chambre à 1 lit) et un confort hôtelier et médical daté. Le service dispose par ailleurs d'une salle à manger et d'une salle de kinésithérapie dédiée.

Le SSR polyvalent du CH de MILLAU a pour mission d'accueillir des patients dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle. La population accueillie est en majorité âgée et polypathologique.

Prise en charge SSR – bâtiment Sainte Anne

L'unité SSR du bâtiment Sainte Anne accueille 20 lits autour de 8 chambres à 2 lits et 4 chambres à 1 lit. Soit 20% de lits en chambre à 1 lit, témoignant d'un confort hôtelier et médical très faible.

 <p>Chambre à 2 lits – N3</p>	 <p>Circulation logistique centrale</p>	 <p>BI – préparation soins</p>
 <p>Circulation</p>	 <p>Cabinet de toilette chambre</p>	 <p>Circulation ST COME</p>



Forces	Faiblesses
Organisation médico-chirurgicale pour l'unité HGE – chirurgie digestive/urologique : polyvalence	Petites unités
	Vétusté des locaux en dépit des travaux de rénovation (notamment Puits de Calès)
	Locaux non adaptés pour le site ST COME

4.5.6 Analyse fonctionnelle gynécologie-obstétrique (hospitalisation et bloc obstétrical)

L'unité de gynécologie-obstétrique est située au niveau 1 du bâtiment Puits de Calès. Elle est structurée autour d'un secteur de consultations, d'un bloc d'accouchements (2 salles de naissance, une salle réa nouveau-né) et d'un secteur hébergement comportant 10 lits de gynécologie-obstétrique et 2 places d'orthogénie.

La gynécologie-obstétrique a fait l'objet de rénovations relativement récentes (travaux en cours lors de la visite fin septembre 2017 : rénovation de l'unité d'hospitalisation et création d'une salle physio). Les espaces sont adaptés (chambres équipées de cabinets de toilette etc.).

Le % de lits en chambre à 1 lit est toutefois faible et ne s'inscrit pas notamment dans le respect des normes pour ce type de prise en charge : 4 chambres simples (calcul pour 10 lits = 40% lits en chambres à 1 lit – versus une cible de 80% de lits en chambre à 1 lit suivant décrets périnatalité).



Forces	Faiblesses
Locaux rénovés	
Travail en lien avec le CH de SAINT AFFRIQUE	Activité trop faible (245 naissances)

4.5.7 Analyse fonctionnelle ambulatoire

L'hôpital de MILLAU a structuré la prise en charge ambulatoire sur un niveau unique, en regroupant fonctionnellement les locaux dédiés à la chirurgie ambulatoire et à la médecine ambulatoire (*regroupement datant de 2015, via le rapatriement des places HGE notamment initialement positionnées en lien avec la médecine HGE*).

L'ensemble regroupe donc actuellement 22 places situées au niveau 2 du bâtiment Puits de Calès.

En chirurgie ambulatoire, plusieurs spécialités sont traitées : chirurgie digestive, HGE, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique, odontologie, ORL, OPH et gynécologie.

L'hôpital de jour de médecine recrute essentiellement des patients pris en charge en cancérologie pour l'administration de leur traitement cytotoxique. Sont également pratiquées des transfusions sanguines, ponctions lombaires, myélogrammes et administrations de traitement de fer.

L'ensemble bénéficie de liens fonctionnels verticaux (*via les points de montée centraux*) avec le bloc opératoire.

Les locaux ont été rénovés et redistribués pour créer notamment une zone vestiaires patients en entrée de service (*et éviter ainsi l'occupation d'une place avant intervention : disposition améliorant sensiblement le taux de rotation des places*), un salon de sortie et des espaces accueillant plusieurs fauteuils.

La hiérarchisation des espaces dans l'aile d'hospitalisation ne répond néanmoins pas à la logique de trajet des patients (*positionnement du salon de sortie par exemple*).



Vestiaires patients en entrée de service





Salle fauteuils



Salon sortie



Salle fauteuils HJ médecine



Salle de soins

Forces	Faiblesses
Organisation médico-chirurgicale	Organisation verticale chirurgie ambulatoire – bloc opératoire générant des problématiques de gestion des supports patients
Locaux partiellement rénovés	






4.5.8 Analyse fonctionnelle bloc opératoire, SSPI et USC

Le bloc opératoire du site Puits de Calès est localisé au niveau 1. Il est structuré autour de 6 salles d'opération et dispose également d'un espace de désinfection des endoscopes. La SSPI contiguë est organisée autour de 11 postes.

Le bloc opératoire est situé en contiguïté fonctionnelle du bloc obstétrical et de l'unité de soins continus.

Les espaces sont relativement adaptés, des travaux de rénovation ponctuels ayant par ailleurs été menés récemment. A noter que le CH travaille sur l'accueil des patients « debout » en entrée de bloc. A cet effet, un espace d'attente a été créé en entrée de bloc.

L'USC est organisée dans un secteur relativement compact, poste de soins central – surveillance aisée des patients. Elle dispose également d'un accès porte à porte avec les urgences.

		
Entrée bloc	Attente patients debout entrée de bloc	SSPI
		
Chambre SC	Poste de soins SC	

Forces	Faiblesses
Locaux relativement adaptés – rénovations ponctuelles récentes	
Organisation horizontale du plateau technique : bloc – BOB – USC – urgences Lien direct avec la stérilisation (contiguïté verticale)	
Travail sur l'arrivée du patient (patient debout)	

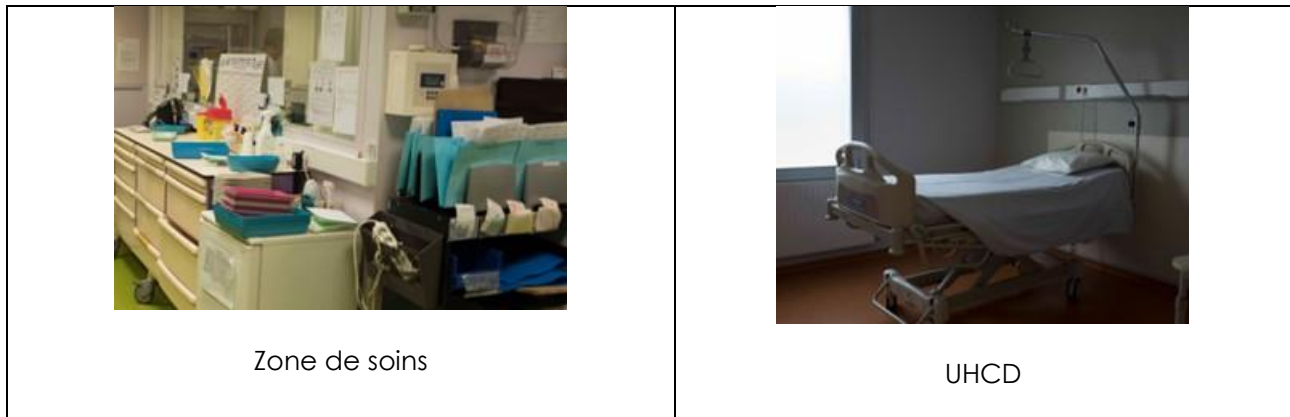
4.5.9 Analyse fonctionnelle urgences – UHCD

Le service des urgences est localisé au niveau 1 du site Puits de Calès, à proximité immédiate de l'imagerie, de l'USC et du bloc opératoire. Il regroupe le SAU (4 salles d'examen et 1 salle de déchoquage), l'UHCD (3 chambres individuelles dont 2 avec cabinet de toilette) et le SMUR.

Il assure les missions d'accueil, de traitement et d'orientation 24h/24, 7jours/7 des patients présentant des pathologies relevant de spécialités diverses : médicales, traumatologiques, chirurgicales et

psychiatrique et de gravité variable. En fonction du diagnostic posé, les patients sont orientés soit en interne (*pour une hospitalisation*), soit vers un autre établissement soit pour un retour à domicile.

Environ 16 000 passages (2015). Les suites de soins sont également accueillies au niveau des urgences.







Forces	Faiblesses
Locaux relativement adaptés – rénovations récentes (notamment partie UHCD)	
Organisation plateau technique	

4.5.10 Analyse fonctionnelle imagerie

L'imagerie médicale est localisée au niveau 1 du site Puits de Calès. Ses missions s'orientent selon 4 axes principaux : la prévention (*dépistage*), la pose de diagnostic, l'axe interventionnel, thérapeutique (*ponctions biopsiques, stéréotaxies, infiltrations sous scanner...*) et pédagogique (*accueil étudiants, stagiaires...*). Elle est ouverte de 8h à 18h pour l'activité programmée et fonctionne 24h/24 pour les urgences et les patients hospitalisés.

- 1 salle équipée capteur plan
- 1 salle télécommandée (*imagerie conventionnelle*)
- 1 mammographe capteur plan et échographe
- 1 salle échographie
- 1 scanner
- 1 IRM 1.5 Tesla

Locaux rénovés récemment et fonctionnels. IRM réalisé en 2008-2009 (*extension*).

 <p>Salle conventionnelle</p>	 <p>IRM</p>	 <p>Préparation patients IRM</p>	 <p>Accueil</p>
--	--	--	--

Forces	Faiblesses
Organisation du plateau technique	
Locaux récents	

4.5.11 Analyse fonctionnelle consultations externes

Les consultations externes, localisées au niveau 0, accueillent la totalité des consultations excepté les consultations gynécologiques et obstétriques localisées au niveau 1 (*en lien avec le service correspondant*), les consultations psychiatriques (*autre site*) et les consultations mémoire (*Sainte Anne*).

Le service est ouvert de 8h30 à 18h30, du lundi au jeudi et de 8h30 à 16h30 le vendredi. Il propose des consultations en public ou privé, de multiples spécialités : orthopédie, viscéral, urologie, anesthésie, médecine interne, neurologie, pneumologie, OPH, addictologie, tabacologie, cardiologie, HGE, médecine gériatrique, pédiatrie, douleur, oncologie, EMG.

Des explorations et actes de petite chirurgie (*IVT, ponctions, exérèses de lésions cutanées etc.*) y sont également réalisés.

Enfin, il propose des soins infirmiers (*pansements, ablations de plâtres, ECG, saignées, poses d'holter, pose de cathéter etc.*), consultations diététiques, infirmier ressource douleur, consultations d'annonce infirmière en cancérologie et centre de dépistage anonyme et gratuit (*CIDAG*).

Des travaux ont été réalisés pour étendre les consultations par récupération des locaux tertiaires administratifs du niveau 0 (*moyennant déménagement de ceux-ci vers le site de SAINT COME*). Le CH envisage également la récupération de bureaux localisés au niveau rez-de-jardin, qui bénéficieraient par ailleurs d'un accès dédié (*attention toutefois au traitement du circuit patients : BE et paiement des actes notamment*).



Le CH développe son activité au travers de consultations spécialisées en lien avec le CHU de MONTPELLIER.

L'accueil administratif des consultations externes est dédié, indépendant du BE de l'ensemble de l'hôpital. L'espace, bien que relativement grand, manque de confidentialité. Lui est associé à

proximité un secrétariat médical (espace également relativement exigü, compte tenu notamment des dossiers « papiers » des patients, encore très présents). ;

Les locaux de consultations sont adaptés en taille et en nombre. Certains sont relativement vétustes tandis que d'autres ont fait l'objet de rénovations plus récentes.

Les bureaux sont polyvalents (pas de bureau nominatif dédié, hormis pour les explorations fonctionnelles et la salle de « petite chirurgie » nécessitant du matériel spécifique).

 <p>Accueil – BE hospitalisation</p>	 <p>Attente consultations</p>	 <p>Accueil – BE consultations</p>
 <p>Secrétariat</p>	 <p>Secrétariat</p>	 <p>Secrétariat</p>
 <p>Salle consultations</p>	 <p>Salle consultations</p>	 <p>Salle petite chirurgie</p>

Forces	Faiblesses
Augmentation de l'activité – Lien avec le CHU de MONTPELLIER	
Locaux polyvalents	Vétusté des locaux

4.5.12 Analyse fonctionnelle laboratoires

Les laboratoires sont localisés sur le site du Puits de Calès. Ils assurent une activité de biologie médicale pour l'ensemble des services du CH avec une permanence 24h/24. Une consultation ouverte aux patients est également réalisée pour la réalisation des prélèvements.

A noter que les laboratoires assurent également la biologie de l'hôpital Maurice Fenaille ainsi que la bactériologie et certaines sérologies infectieuses pour le CH de SAINT AFFRIQUE.







Forces	Faiblesses
Localisation N0, centrale pour le CH et aisément accessible pour les patients externes	
Accréditation	

4.5.13 Analyse fonctionnelle pharmacie

La pharmacie, localisée sur le site du Puits de Calès, a pour mission d'approvisionner, dispenser les médicaments et les dispositifs médicaux aux patients hospitalisés et d'en gérer les stocks, réaliser les préparations magistrales. Elle assure la traçabilité des médicaments dérivés du sang ainsi que les molécules onéreuses.

Amplitude d'ouverture du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00.

4.6 Conclusion sites MILLAU

	   <p>PUITS DE CALES</p>
<p>Fonctionnalité/ efficacité – état général du bâti</p>	<p>Bâtiment monobloc présentant 2 niveaux dédiés à l'hospitalisation complète posés sur un socle dédié aux activités externes (hall – consultations) et au plateau technique (bloc, urgences, SC,...).</p> <p>Bâtiment présentant une conception architecturale adaptée à l'hospitalier et induisant ainsi la fonctionnalité ad hoc. En matière d'efficacité, le bâtiment présente toutefois des dysfonctionnements principalement liés au dimensionnement capacitaire des unités d'hospitalisation (petites unités, pas de logique de plateau d'hospitalisation)</p>
<p>Forces</p>	<p>Bâtiment adapté et restant évolutif pour des activités hospitalières. Monobloc.</p> <p>Des capacités d'extension sur le terrain.</p>
<p>Faiblesses</p>	<p>Bâtiment très hospitalier ne permettant pas d'envisager un devenir éventuel « autre ». Un usage non hospitalier (ou médico-social) du site induirait probablement la nécessaire démolition du bâtiment.</p> <p>Ce site posera une question majeure en matière de « friche hospitalière ».</p>






	   <p>SAINT COME</p>
<p>Fonctionnalité/ efficacité – état général du bâti</p>	<p>Bâtiment peu fonctionnel et obsolète par rapport à l'accueil d'une activité sanitaire.</p> <p>Etat général vétuste.</p>
<p>Forces</p>	<p>Position du terrain intéressante pour une revalorisation foncière (proximité du centre-ville, d'équipements, de résidence).</p>
<p>Faiblesses</p>	<p>Bâtiment vétuste, peu évolutif pour lequel une démolition sera probablement à envisager. Le foncier en l'état est faible.</p>

	<p>SAINTE ANNE</p> 
<p>Fonctionnalité/ efficacité - état général du bâti</p>	<p>Fonctionnalité du bâtiment adaptée à de l'hébergement hospitalier ou médico-social</p>
<p>Forces</p>	<p>Position à proximité du centre de Millau : localisation intéressante au regard de la prise en charge personnes âgées mais également au regard d'une éventuelle valorisation foncière.</p> <p>Espace paysager de qualité</p>
<p>Faiblesses</p>	<p>Présence d'un espace boisé classé - peu d'évolutivité en matière de constructibilité sur le site.</p>

5 - CHAPITRE 3 – ANALYSE ET PROSPECTIVE DES BESOINS DU BASSIN DE SANTE SUD AVEYRON

5.1 Analyse de la consommation de soins hospitaliers

5.1.1 Outils en interne

Traitement spécifique des données des établissements publics et privés du territoire, avec chainage possible, réalisé en interne à B2Ge Conseil, par autorisation nominative de la CNIL, dans le respect de l'arrêté du 17 juillet 2017	
Base PMSI MCO 2016 achetée auprès de l'ATIH, avec fichiers .ano pour le parcours de soins	
Mise à disposition des données du PMSI par le CASD	
Bases travaillées sous SAS®, puis exportées sous Excel®	
Logiciel de cartographies permettant des présentations interactives	

5.1.2 Objectifs

Les objectifs de la présente analyse sont notamment les suivants :

- Montrer la consommation de soins en hospitalisations complètes et incomplètes MCO sur une année, pour des bassins définis (CH MILLAU, CH SAINT AFFRIQUE, regroupement des deux bassins)
- Déterminer la part de l'activité de chaque établissement sur cette consommation
- Positionner l'activité de chaque établissement par rapport aux autres offreurs de soins
 - o Au sein du même bassin
 - o Au sein de tout autre territoire, indépendamment des sectorisations départementales et régionales
- Analyser les potentiels de chaque établissement
 - o Potentiel d'activité qui pourrait s'ajouter à l'activité actuelle (activité accrue)
 - o Opportunités d'évolution du périmètre de chaque bassin et de l'influence de l'établissement par commune

5.1.3 Détermination des bassins de santé

A) Première analyse

Les bassins de recrutement répondent classiquement à deux impératifs :

- Au moins 90% des séjours de l'établissement sont réalisés par les habitants du bassin défini
- Au moins 10% des patients hospitalisés de chacun des codes postaux du bassin sélectionné est hospitalisé dans l'établissement

SAINT-AFFRIQUE

<p>Bassin localisé sur le département de l'Aveyron dans la nouvelle région Occitanie</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #fff9c4; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Bassin MCO CH St-Affrique 27 424 habitants 84% de PDM et 15% min/CP</p> </div> <p>Sources : PMSI MCO 2016 INSEE RP 2017 (1^{er} janvier 2014)</p>																																																																														
<p>Bassin de recrutement-communes</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CP</th> <th>COMMUNES dont</th> <th>POPULATION RP 14</th> <th>SEJOURS</th> <th>% DU TOTAL DES SEJOURS</th> <th>% CUMULE</th> <th>PdM (en %)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12360</td> <td>Camars</td> <td>2 109</td> <td>430</td> <td>11</td> <td>10</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>12400</td> <td>St Affrique</td> <td>11 809</td> <td>1 851</td> <td>45</td> <td>56</td> <td>53</td> </tr> <tr> <td>12370</td> <td>Belmont sur Rance</td> <td>1 883</td> <td>264</td> <td>6</td> <td>62</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>12480</td> <td>Broquies</td> <td>1 060</td> <td>136</td> <td>3</td> <td>65</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>12C01</td> <td>Roquefort sur Souzou</td> <td>2 793</td> <td>286</td> <td>7</td> <td>72</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>12490</td> <td>St Rome de Tarn</td> <td>2 648</td> <td>208</td> <td>5</td> <td>77</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>12380</td> <td>St Sernin sur Rance</td> <td>1 433</td> <td>97</td> <td>2</td> <td>80</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>12550</td> <td>Coupiac</td> <td>1 579</td> <td>91</td> <td>2</td> <td>82</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>12430</td> <td>Villefranche de Panat</td> <td>2 110</td> <td>80</td> <td>2</td> <td>84</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ensemble bassin</td> <td>27 424</td> <td>3 443</td> <td></td> <td>84</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CP	COMMUNES dont	POPULATION RP 14	SEJOURS	% DU TOTAL DES SEJOURS	% CUMULE	PdM (en %)	12360	Camars	2 109	430	11	10	54	12400	St Affrique	11 809	1 851	45	56	53	12370	Belmont sur Rance	1 883	264	6	62	52	12480	Broquies	1 060	136	3	65	40	12C01	Roquefort sur Souzou	2 793	286	7	72	38	12490	St Rome de Tarn	2 648	208	5	77	27	12380	St Sernin sur Rance	1 433	97	2	80	23	12550	Coupiac	1 579	91	2	82	23	12430	Villefranche de Panat	2 110	80	2	84	15	Ensemble bassin		27 424	3 443		84	
CP	COMMUNES dont	POPULATION RP 14	SEJOURS	% DU TOTAL DES SEJOURS	% CUMULE	PdM (en %)																																																																								
12360	Camars	2 109	430	11	10	54																																																																								
12400	St Affrique	11 809	1 851	45	56	53																																																																								
12370	Belmont sur Rance	1 883	264	6	62	52																																																																								
12480	Broquies	1 060	136	3	65	40																																																																								
12C01	Roquefort sur Souzou	2 793	286	7	72	38																																																																								
12490	St Rome de Tarn	2 648	208	5	77	27																																																																								
12380	St Sernin sur Rance	1 433	97	2	80	23																																																																								
12550	Coupiac	1 579	91	2	82	23																																																																								
12430	Villefranche de Panat	2 110	80	2	84	15																																																																								
Ensemble bassin		27 424	3 443		84																																																																									

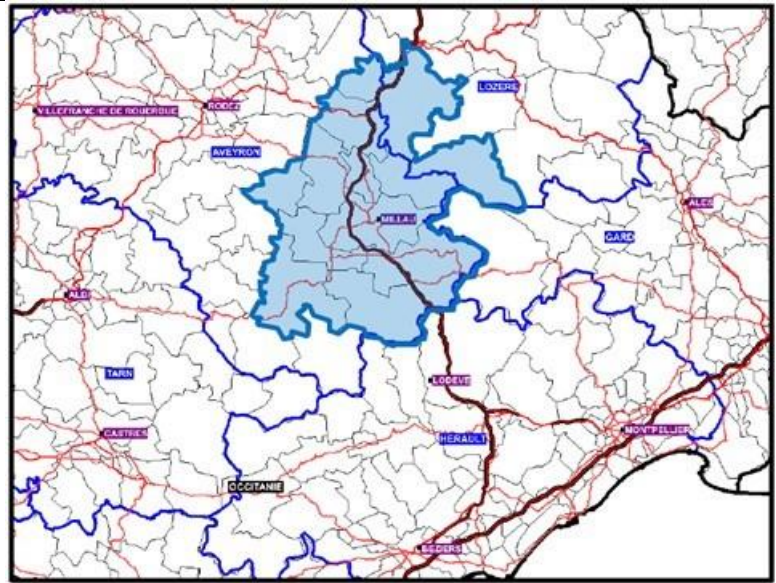
MILLAU

Bassin localisé sur le département de l'Aveyron et de la Lozère dans la nouvelle région Occitanie

Bassin MCO CH Millau
65 488 habitants
87% de PDM et 12% min/CP

Sources : PMSI MCO 2016

INSEE RP 2017 (1^{er} janvier 2014)



Bassin de recrutement-communes

CP	COMMUNES dont	POPULATION RP 14	SEJOURS	% DU TOTAL DES SEJOURS	% CUMULE	PdM (en %)
12100	Millau	25 630	4 120	49	49	59
12520	Aguessac	2 216	271	3	52	58
12C03	Vezins de Levezou	2 110	252	3	55	56
12C02	Riviere sur Tarn	2 032	287	3	59	55
12230	La Cavalerie	3 676	503	6	65	62
12150	Buzeins	4 134	485	6	71	44
48150	Meyrueis	1 382	160	2	72	41
12490	St Rome de Tarn	2 648	248	3	75	33
12C01	Roquefort sur Souzou	2 793	162	2	77	21
12560	St Laurent d Olt	1 407	87	1	78	20
48500	Canilhac	4 265	244	3	81	20
12410	Salles Curan	1 386	61	1	82	14
12400	St Affrique	11 809	427	5	87	12
Ensemble bassin		65 488	7 307		87	

MILLAU + SAINT AFFRIQUE

Bassin localisé sur les départements de l'Aveyron et de la Lozère dans la nouvelle région Occitanie

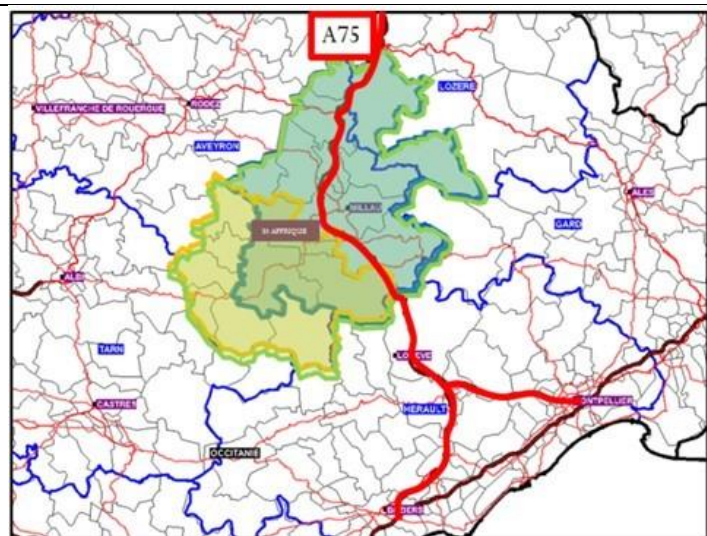
Bassin MCO CH St-Affrique
27 424 habitants
84% de PDM et 15% min/CP

Bassin MCO CH Millau
65 488 habitants
87% de PDM et 12% min/CP

Bassin MCO regroupé
75 662 habitants

Sources : PMSI MCO 2016

INSEE RP 2017 (1^{er} janvier 2014)



Bassin de recrutement-communes

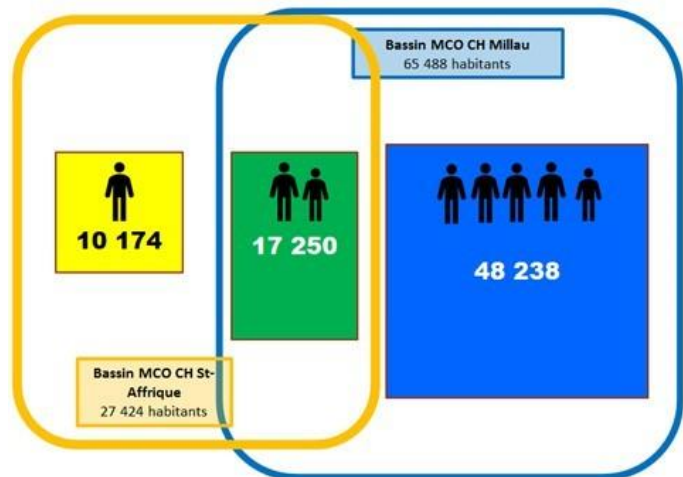
(En gras, les CP communs aux deux bassins MILLAU et SAINT AFFRIQUE)

Nota : La prise en compte dans le tableau ci-contre de CP de la Lozère (48) dans le bassin du MCO du CH de MILLAU correspond à la définition retenue pour tout bassin de l'étude soit 87% de part de marché et 12% minimum par CP.

Code postal (CP)	Dont la commune de	Nombre d'habitants pour le CP	Nbr dr séjours réalisés à CH Millau	Soit un % de l'ensemble des séjours générés par le CP
48150	Meyrueis	1 382	160	41%
48500	Canilhac	4 265	244	20%

CP	COMMUNES dont	POPULATION RP 14
12100	Millau	25 630
12150	Buzeins	4 134
12230	La Cavalerie	3 676
12360	Camares	2 109
12370	Belmont sur Rance	1 883
12380	St Sernin sur Rance	1 433
12400	St Affrique	11 809
12410	Salles Curan	1 386
12430	Villefranche de Panat	2 110
12480	Broquies	1 060
12490	St Rome de Tarn	2 648
12520	Aguessac	2 216
12550	Coupiac	1 579
12560	St Laurent d Olt	1 407
48150	Meyrueis	1 382
48500	Canilhac	4 265
12C01	Roquefort sur Soulzon	2 793
12C02	Riviere sur Tarn	2 032
12C03	Vezins de Levezou	2 110
Ensemble bassin		75 662

→ Pour MILLAU – SAINT AFFRIQUE, le bassin regroupe **75 662 habitants**



5.1.4 Démographie en Aveyron

L'Aveyron s'inscrit dans le dernier quart des départements métropolitains les moins peuplés, présentant par ailleurs une évolution non homogène sur son territoire :

- Croissance concentrée
 - o Autour de la ville de Rodez
 - o Autour des axes routiers, en direction de Decazeville, d'Albi ou vers l'autoroute A75
 - o Dans une moindre mesure, autour de Millau

Département de l'Aveyron	280 244 (+ 320 par an environ)	278 644	0,1 (Métropole + 0,5% Occitanie : +0,9%)
Principales communes	Population en 2009	Population en 2014	Évolution annuelle moyenne 2009-2014 (%)
Rodez	24 358	24 088	- 0,2
Millau	22 013	22 064	0
Onet-le-Château	10 862	11 837	+ 1,7
Villefranche-de-Rouergue	12 213	11 822	- 0,6
Saint-Affrique	8 280	8 260	0
Luc-la-Primaube	5 672	5 898	+ 0,8
Decazeville	6 107	5 686	- 1,4
Capdenac-Gare	4 492	4 558	+ 0,3
Espalion	4 409	4 460	+ 0,2
Séverac-d'Aveyron	4 089	4 134	+ 0,2

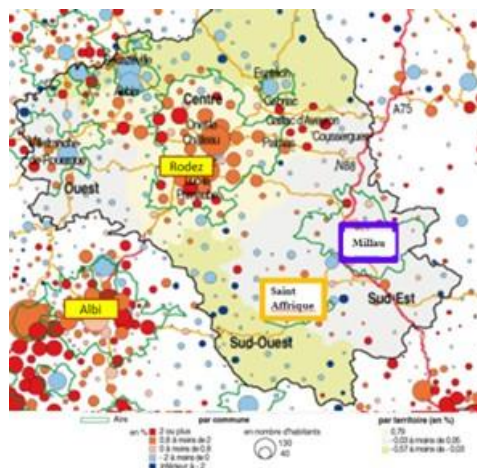
(Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2533716>)

La population est relativement âgée, avec 32% âgée de plus de 60 ans (contre 25% en moyenne dans les autres régions métropolitaines). La proportion des séniors a progressé de plus de 2% depuis 2006. En lien avec ce nombre important de séniors, une part de la population, plus importante que la moyenne en province, est constituée de couples sans enfants et de personnes seules.

Le Sud-Est Aveyronnais présente une croissance démographique quasiment nulle sur la période récente (évolution nulle entre 2006 et 2011).

L'aire de MILLAU, bénéficiant pourtant de la présence de l'autoroute, est peu attractive : on constate ainsi une baisse d'environ 60 habitants par an, bien que son solde naturel soit quasiment nul. Cette baisse démographique reste compensée par une hausse dans différentes communes du territoire, notamment dans l'aire de Saint-Affrique.

Le sud-Ouest de l'Aveyron, peu densément peuplé, perd des habitants sur la période récente (environ -0.5% par an). Le solde naturel est très déficitaire sur ce territoire majoritairement rural. Il est de plus peu attractif sur le plan démographique.

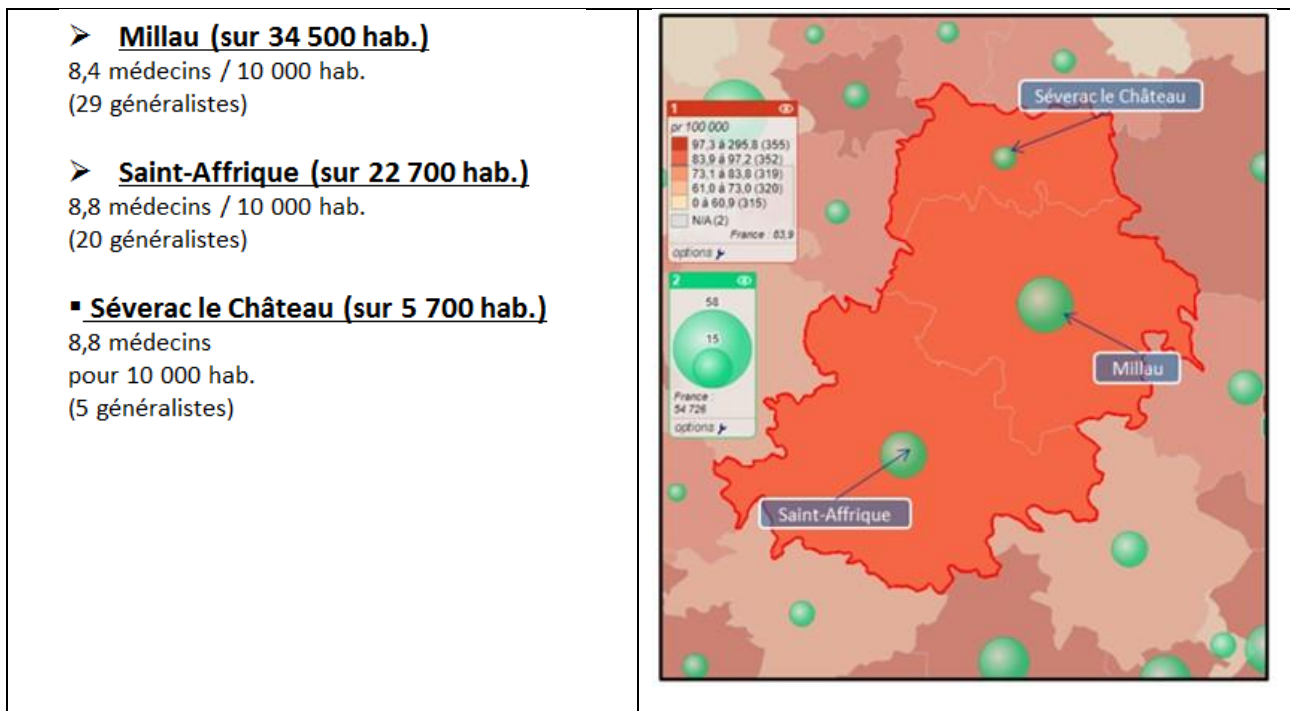


5.1.5 Démographie médicale en Aveyron

Le présent paragraphe a pour objet de mettre en évidence la densité de médecins généralistes libéraux dans l'Aveyron.

Suivant données 2015, l'ensemble des 3 bassins de vie « Séverac-le-Château », « Millau » et « Saint Affrique » (soit environ 62 900 habitants) dispose de 8.6 médecins pour 10 000 habitants (soit 54 généralistes).

La moyenne nationale est de 8.4 médecins/10 000 habitants.



5.1.6 Couverture médicale du bassin de santé

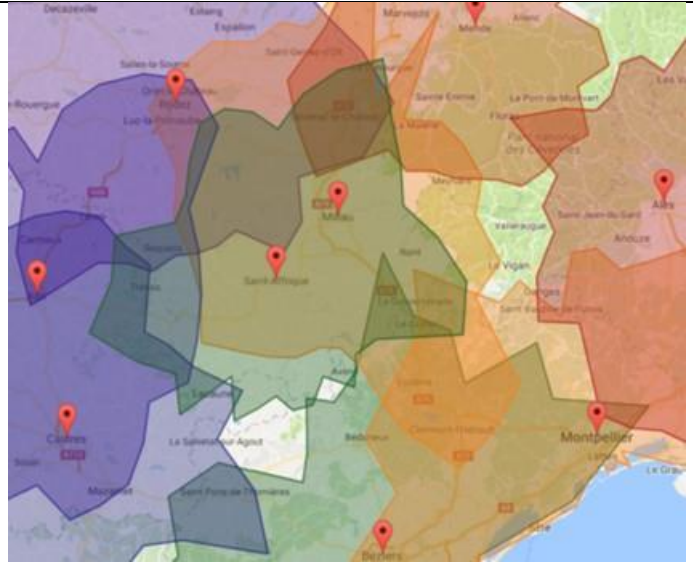
Le présent chapitre met en évidence une série d'isochrones représentatives de l'accès aux soins pour la population Aveyronnaise :

- **Carte Isochrone 60** : aires délimitées par les courbes isochrones correspondant à un trajet de maximum 60 minutes vers un centre hospitalier public
- **Carte isochrone 30** : aires délimitées par les courbes isochrones correspondant à un trajet de maximum 30 minutes vers un centre hospitalier (*public ou privé*) avec des urgences

Couverture colorisée du territoire dès lors qu'il est **à moins de 60 minutes** en voiture d'un CH public

La superposition de plusieurs couleurs correspond à des zones **à moins de 60 minutes** de plusieurs centres hospitaliers

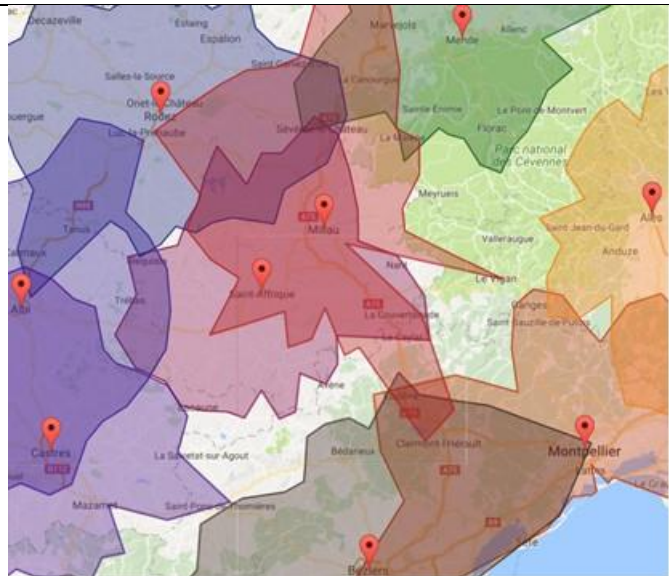
Les zones blanches sont des zones à plus de 60 minutes de tout centre hospitalier



Couverture colorisée du territoire dès lors qu'il est **à moins de 45 minutes** en voiture d'un CH public.

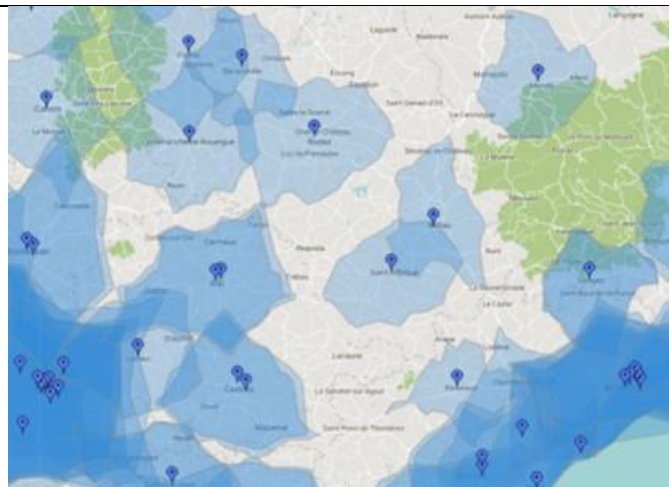
La superposition de plusieurs couleurs correspond à des zones **à moins de 45 minutes** de plusieurs centres hospitaliers

Les zones blanches sont des zones à plus de 45 minutes de tout centre hospitalier



Couverture du territoire en bleu, dès lors qu'il est **à moins de 30 minutes** en voiture d'un CH public ou privé avec des urgences

Les zones blanches sont des zones à plus de 30 minutes de tout centre hospitalier avec des urgences.

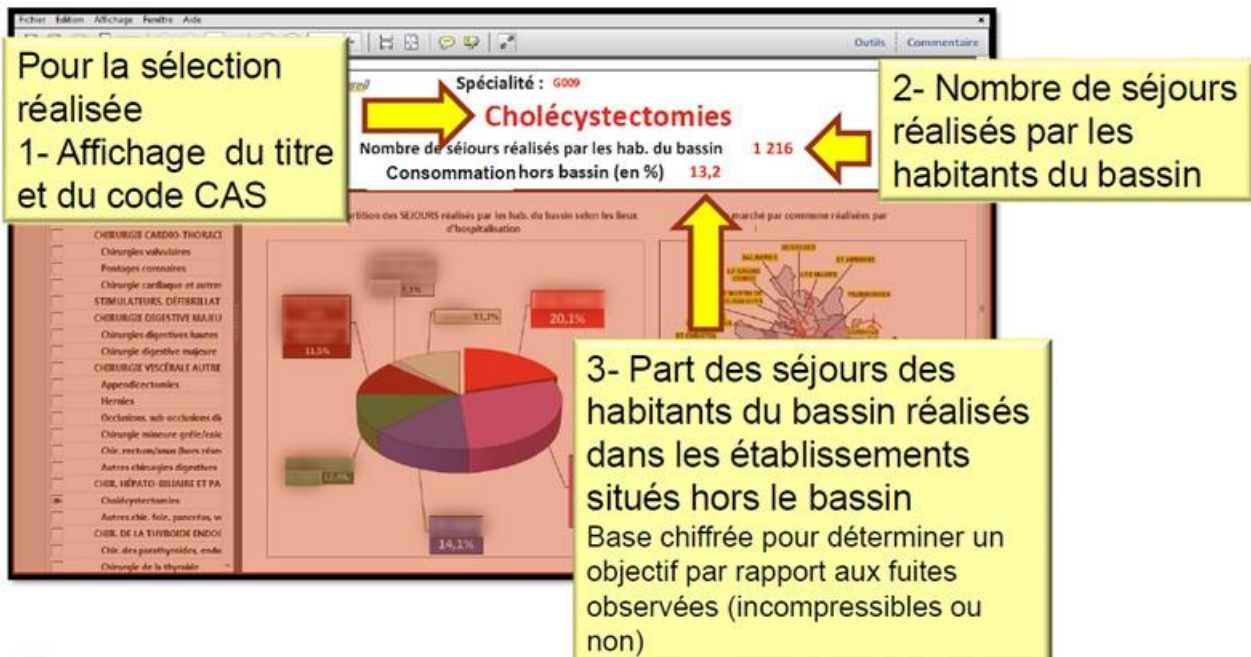


(Les données de cette carte sont issues d'un traitement de la statistique annuelle des établissements de santé – 2015).

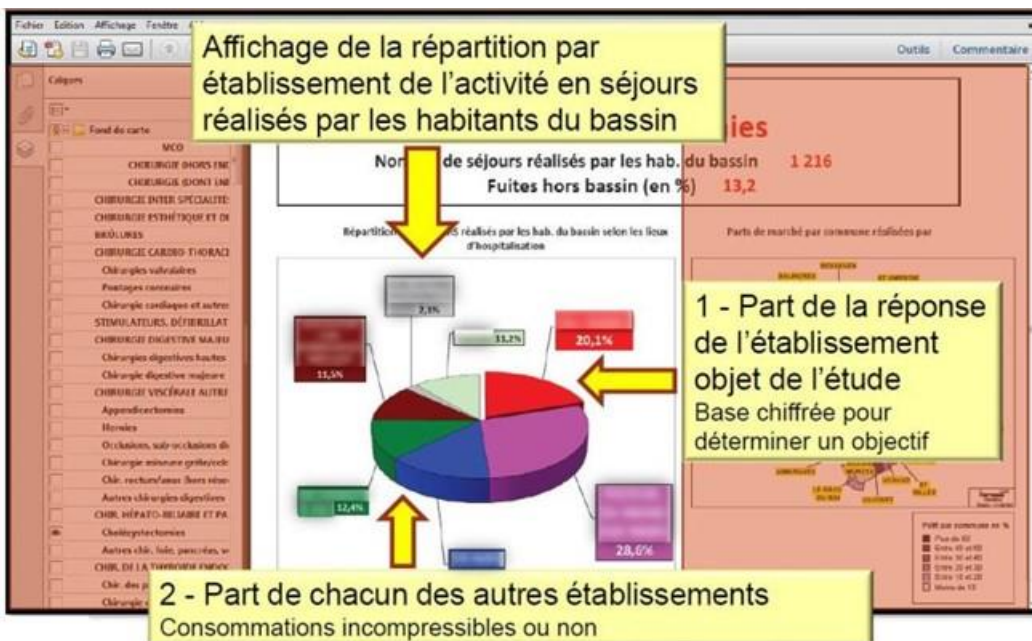
5.2 Positionnement général des deux établissements

Sur la base des éléments définis dans le chapitre précédent (*bassin de santé notamment*), le présent chapitre propose, pour chaque activité, une représentation du positionnement des deux établissements MILLAU et SAINT AFFRIQUE sur le bassin de santé et par rapport aux autres établissements de santé.

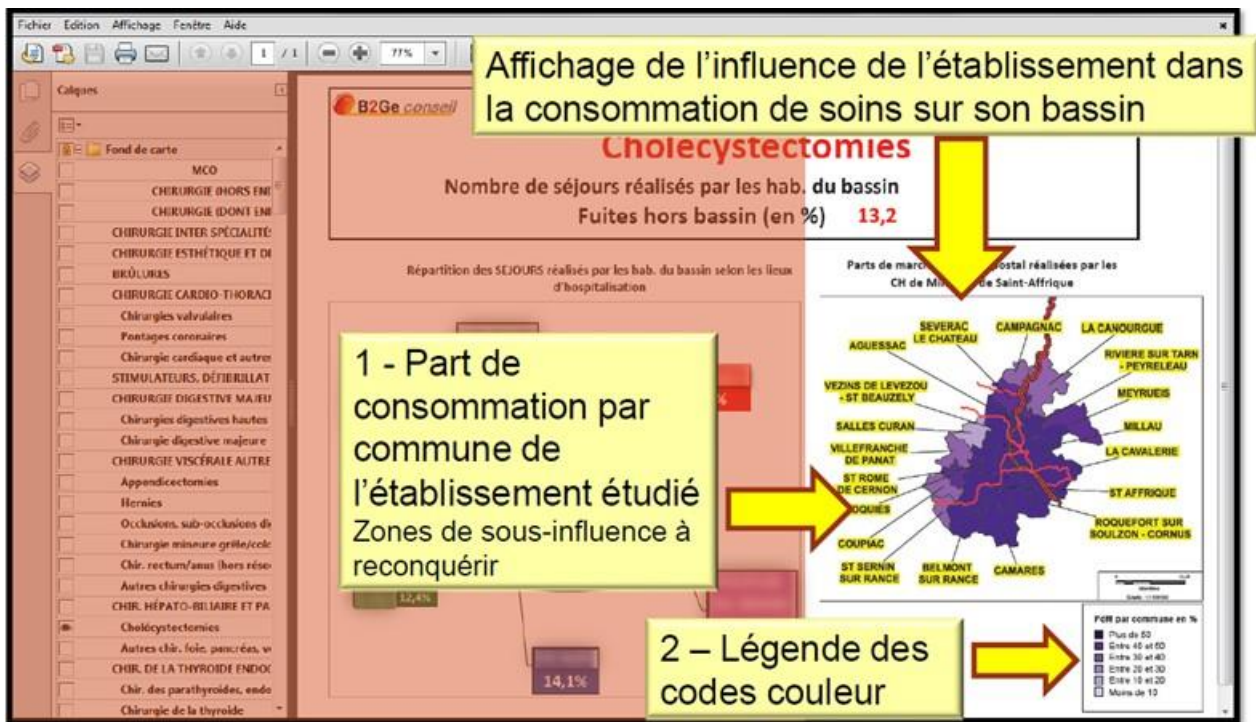
5.2.1 Méthode de lecture des schémas



Distribution de l'activité par établissement :

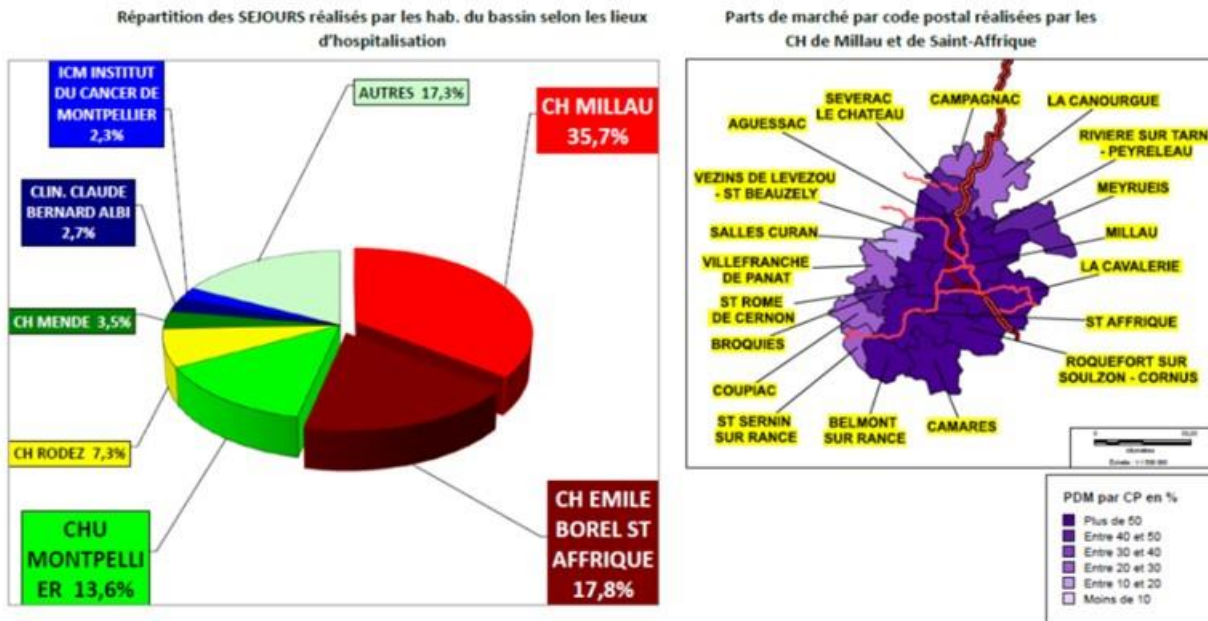
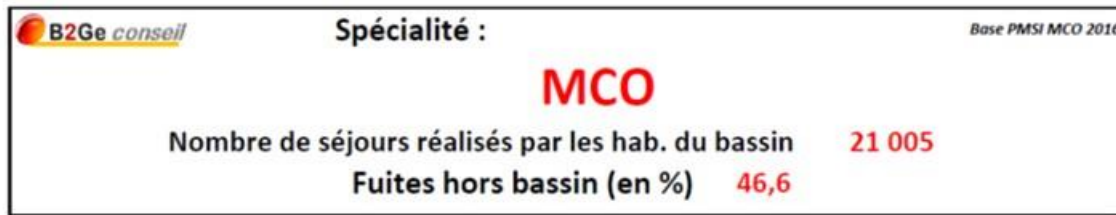


Part de l'activité par commune :



Nota : l'ensemble de ces documents (dont analyse détaillée de chaque établissement + regroupement des deux établissements) a été mis en ligne sur la plateforme du projet fin septembre. Chaque centre hospitalier a pu ainsi visualiser, au-delà des éléments de synthèse présentés dans le présent document, l'analyse détaillée par spécialité.

5.2.2 Positionnement général pour les activités MCO (en nombre de séjours)

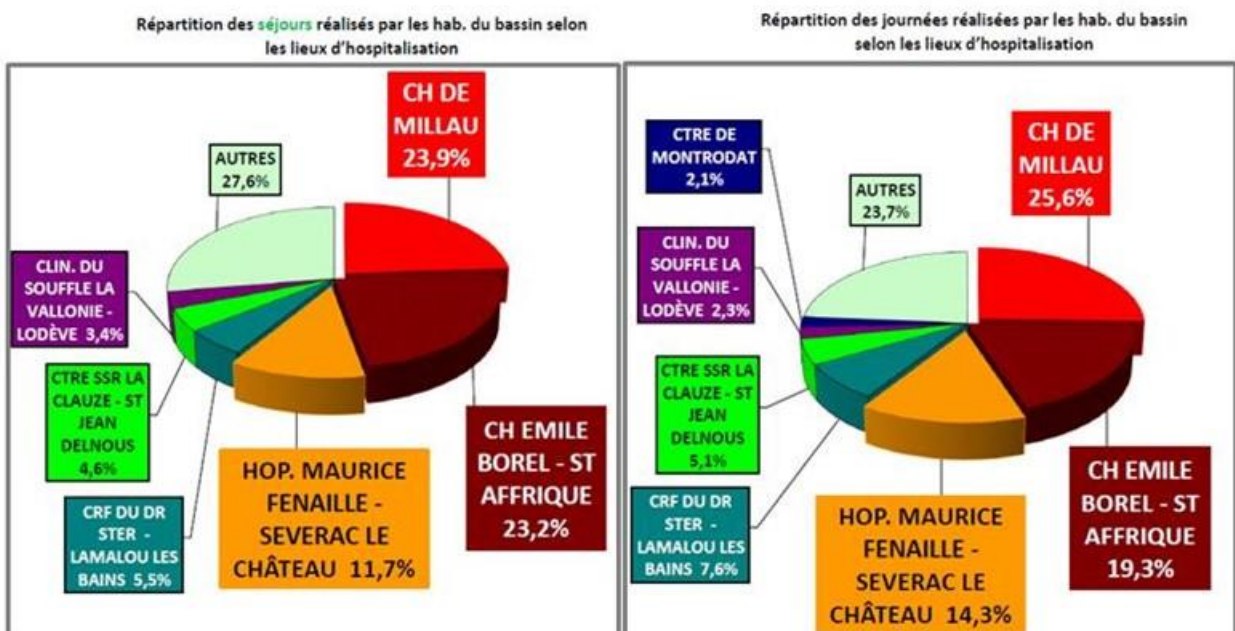
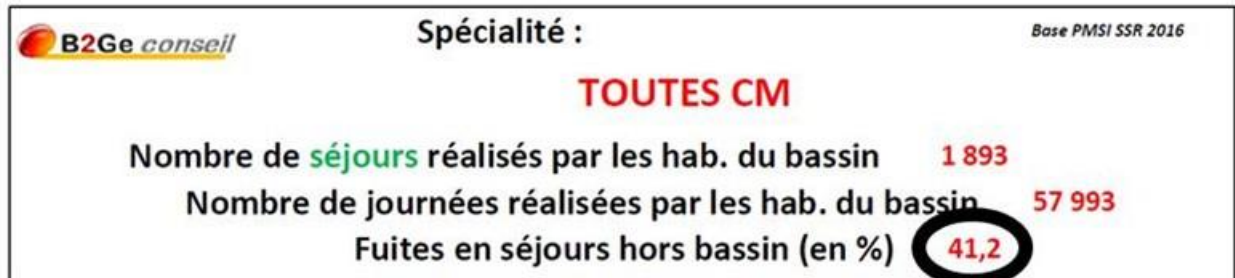


Le taux de fuite MCO hors bassin s'élève à 46.6%.

Il se répartit entre le CHU de MONTPELLIER (*principalement*) et d'autres structures (*publiques ou privées*) présentes sur la région ou ailleurs.

5.2.3 Positionnement général activités SSR (en séjours et journées, toutes CM)

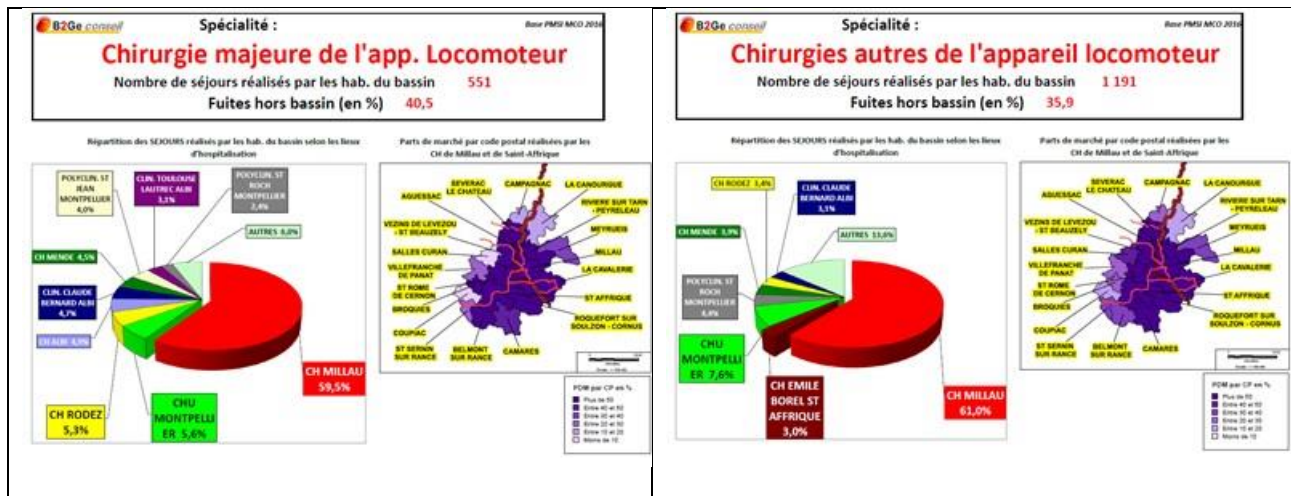
Nota : 3 établissements de santé participent en SSR à la réponse sur le bassin : MILLAU, SAINT AFFRIQUE et l'hôpital FENAILLE à SEVERAC (en direction commune avec MILLAU).



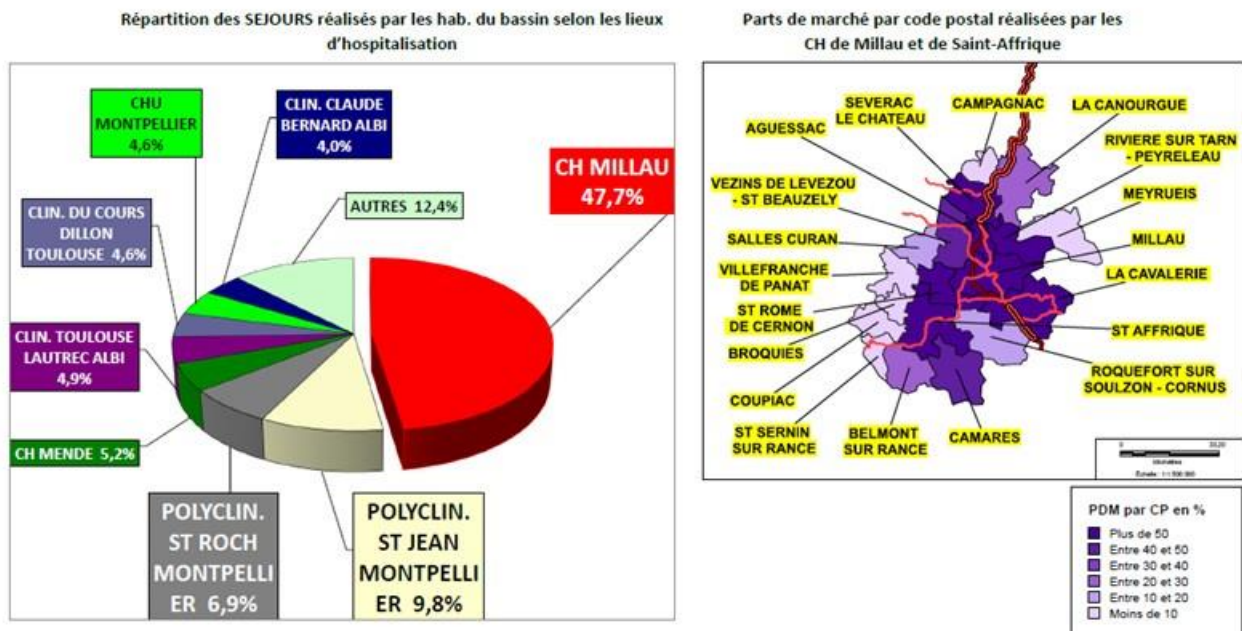
Le taux de fuite MCO hors bassin s'élève à 41.2% (calcul fait, base séjours réalisés, en prenant en compte l'hôpital Maurice Fenaille à SEVERAC le CHATEAU, en direction commune avec le CH de MILLAU).

5.2.4 Positionnement général chirurgie

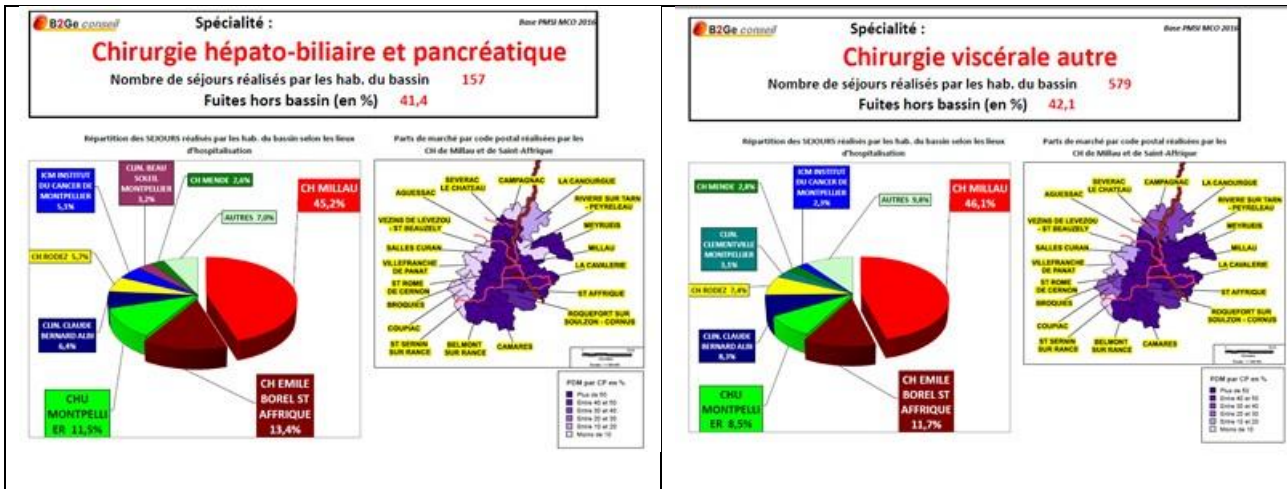
A) Ortho-traumatologie



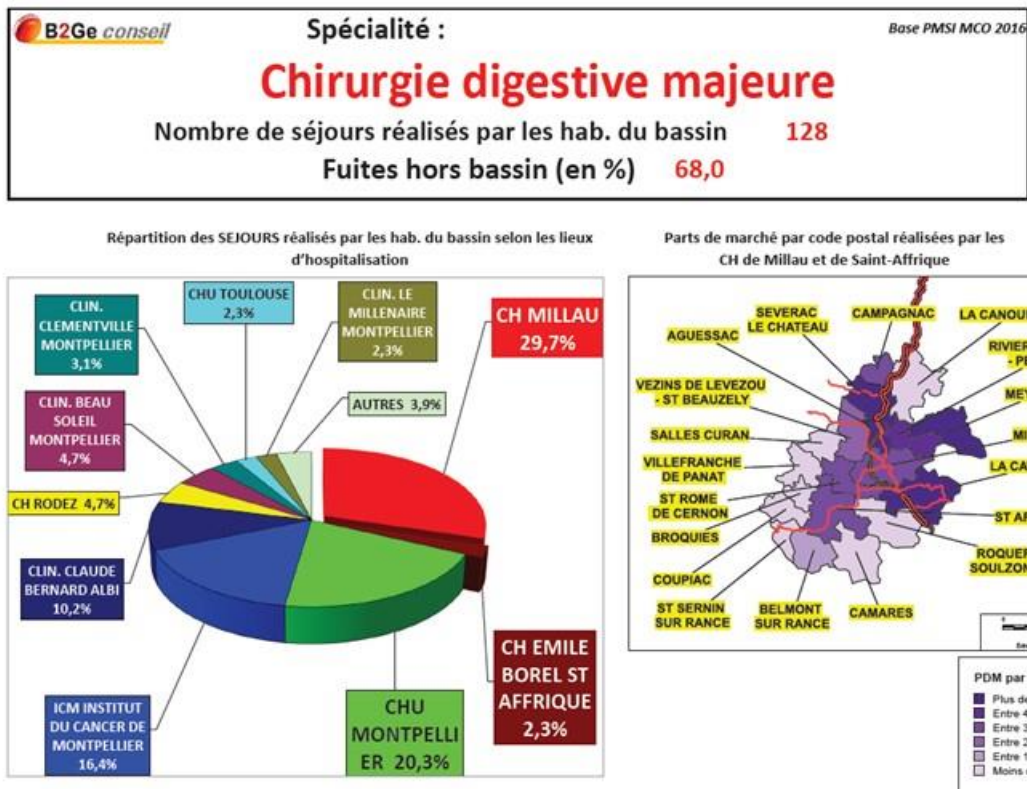
B) Orthopédie



C) Chirurgie viscérale (hors chirurgie majeure)



D) Chirurgie viscérale – chirurgie majeure

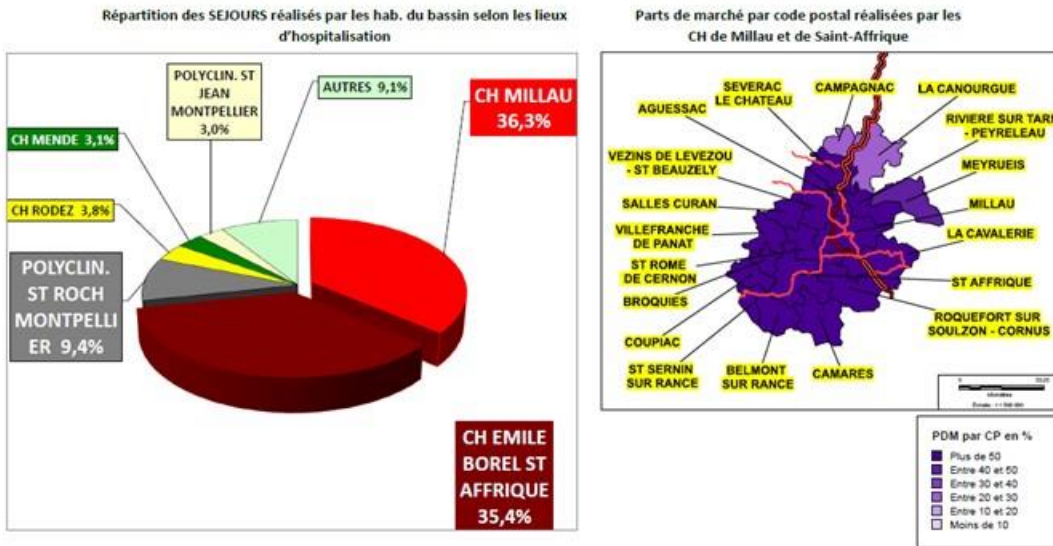


E) Cataractes

B2Ge conseil Spécialité : **G097** Base PMSI MCO 2016

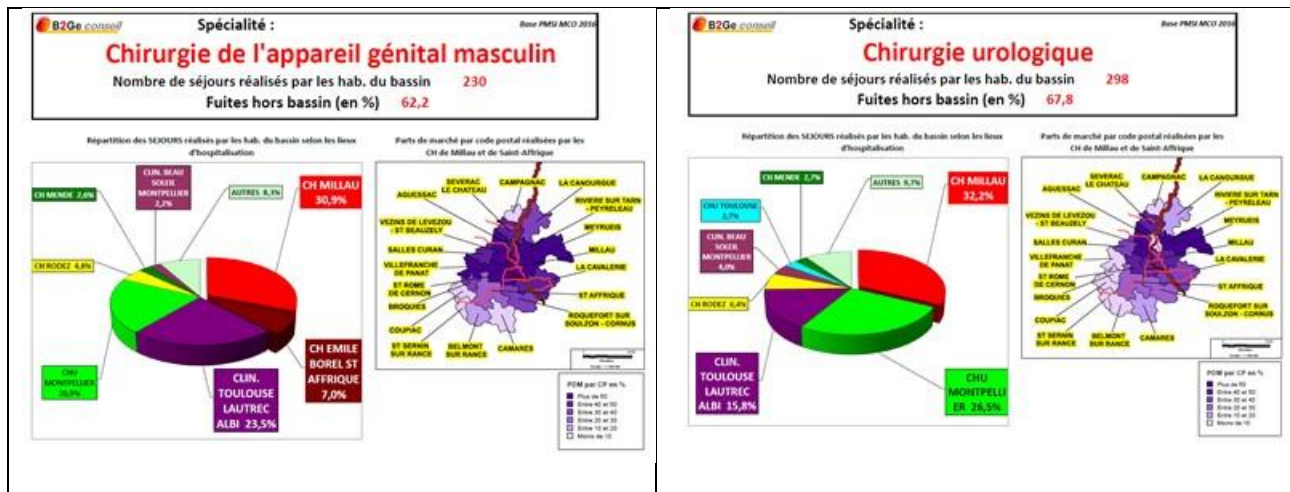
Cataractes

Nombre de séjours réalisés par les hab. du bassin **1 255**
Fuites hors bassin (en %) **28,4**

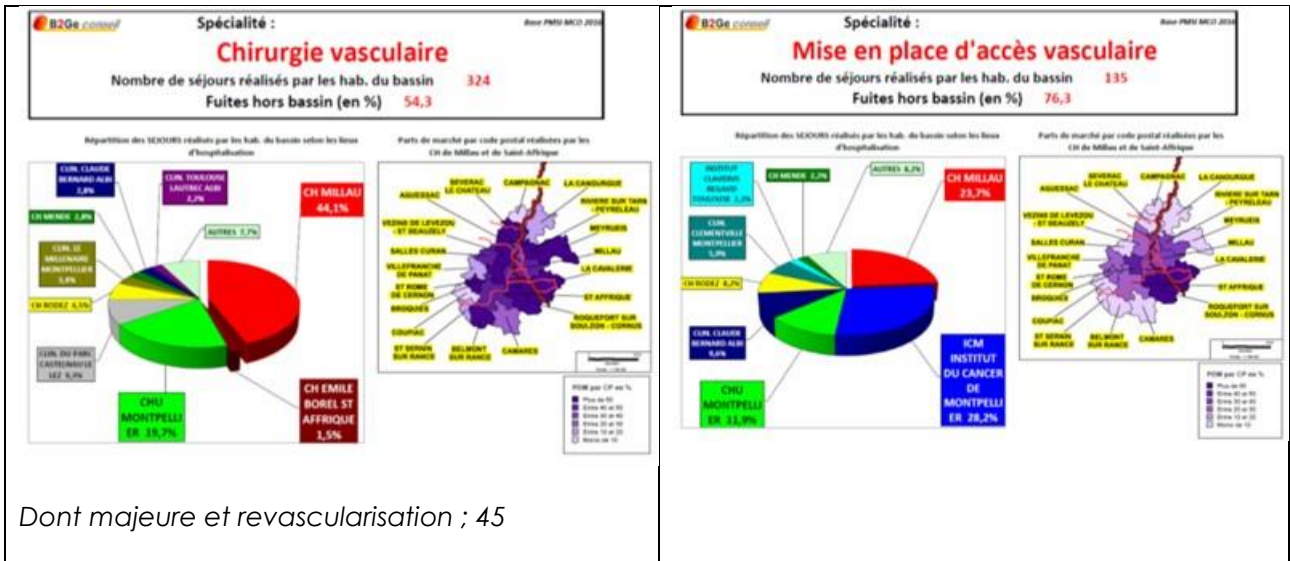


Nota : activités du GCS – actes privés

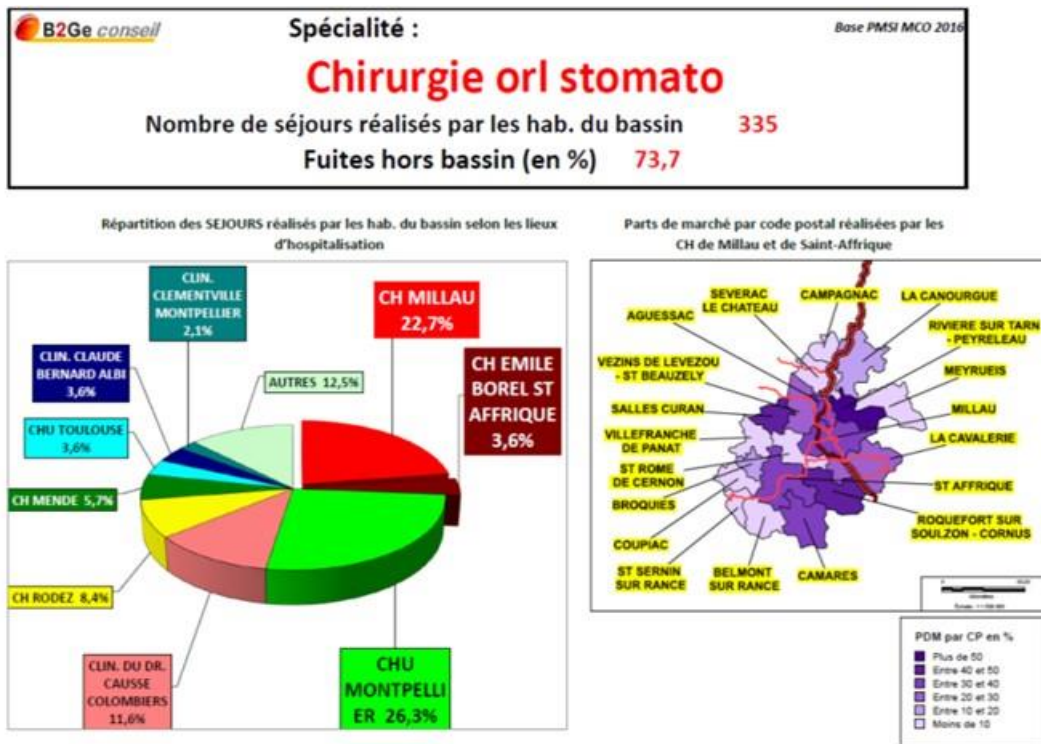
F) Urologie



G) Chirurgie vasculaire



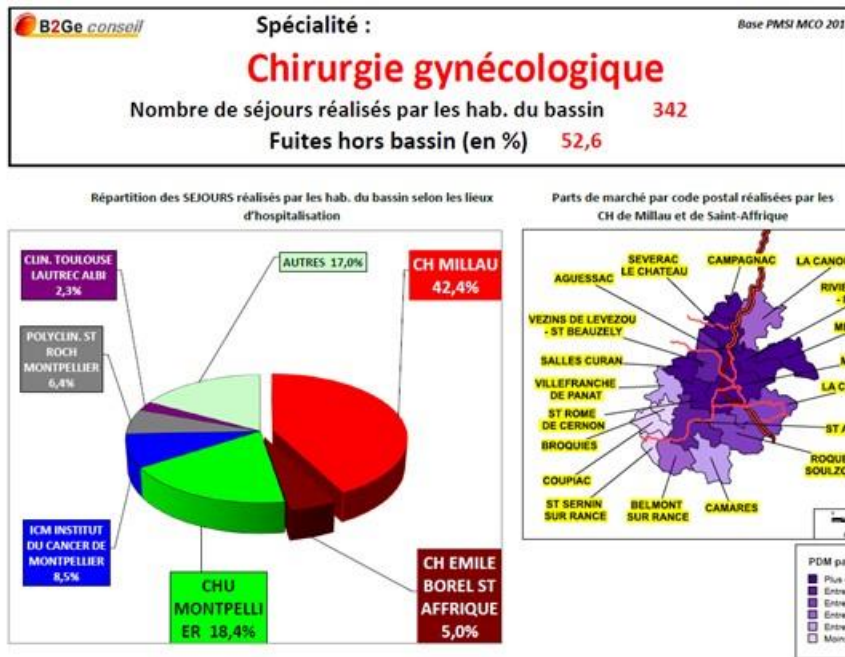
H) ORL



(Dont ORL majeure : 19)

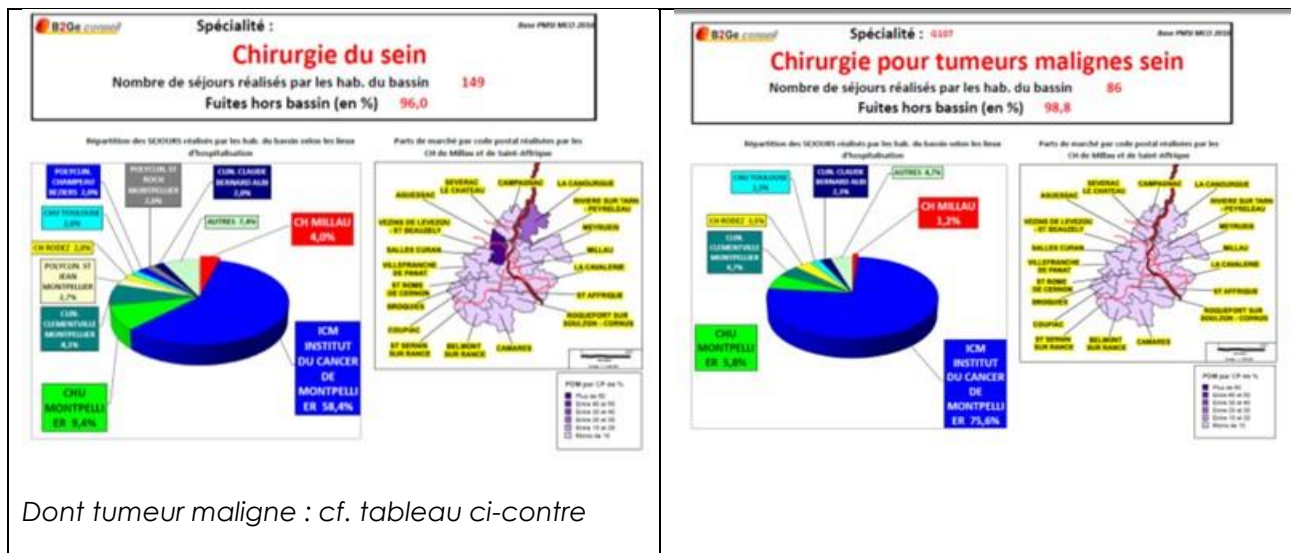
5.2.5 Positionnement général gynécologie et obstétrique

A) Chirurgie gynécologique

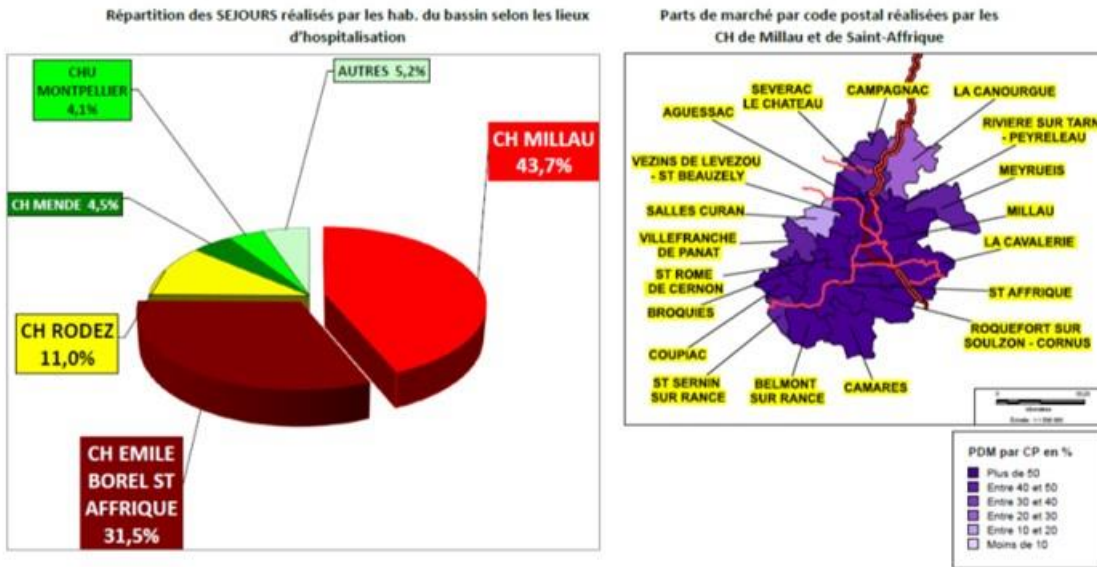
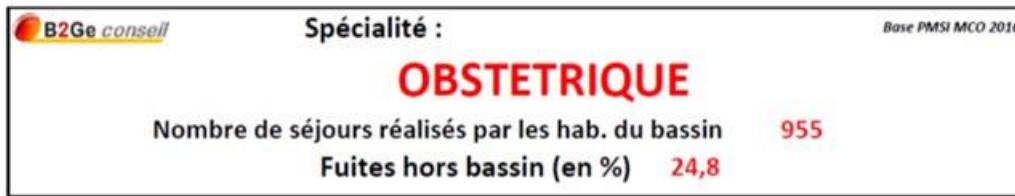


(Dont tumeurs 34 et chirurgie majeure 15)

B) Chirurgie du sein



C) Obstétrique

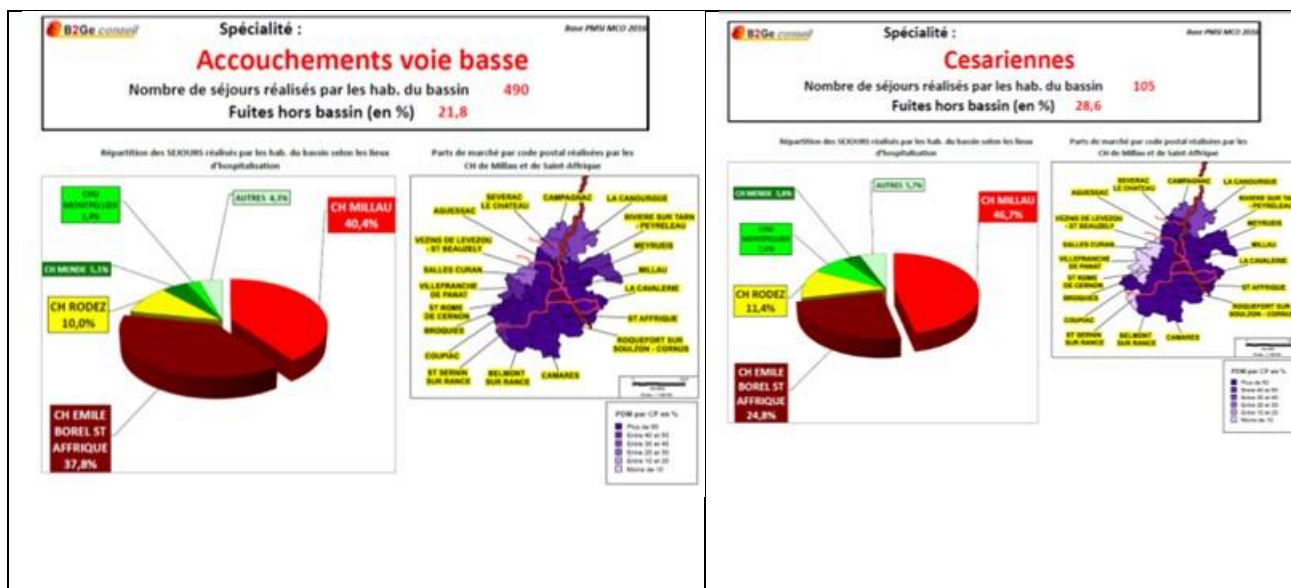


Accouchements : 595 sur le bassin.

IVG : 109

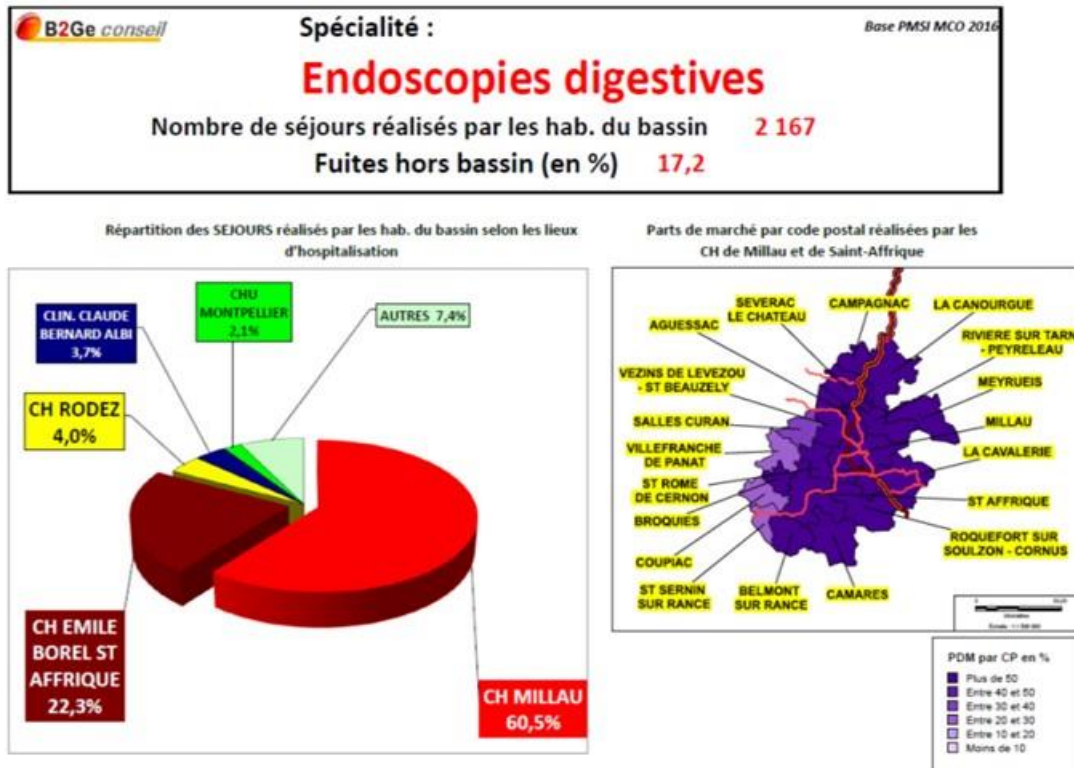
Interventions médicales de grossesses : 63

D) Zoom accouchements



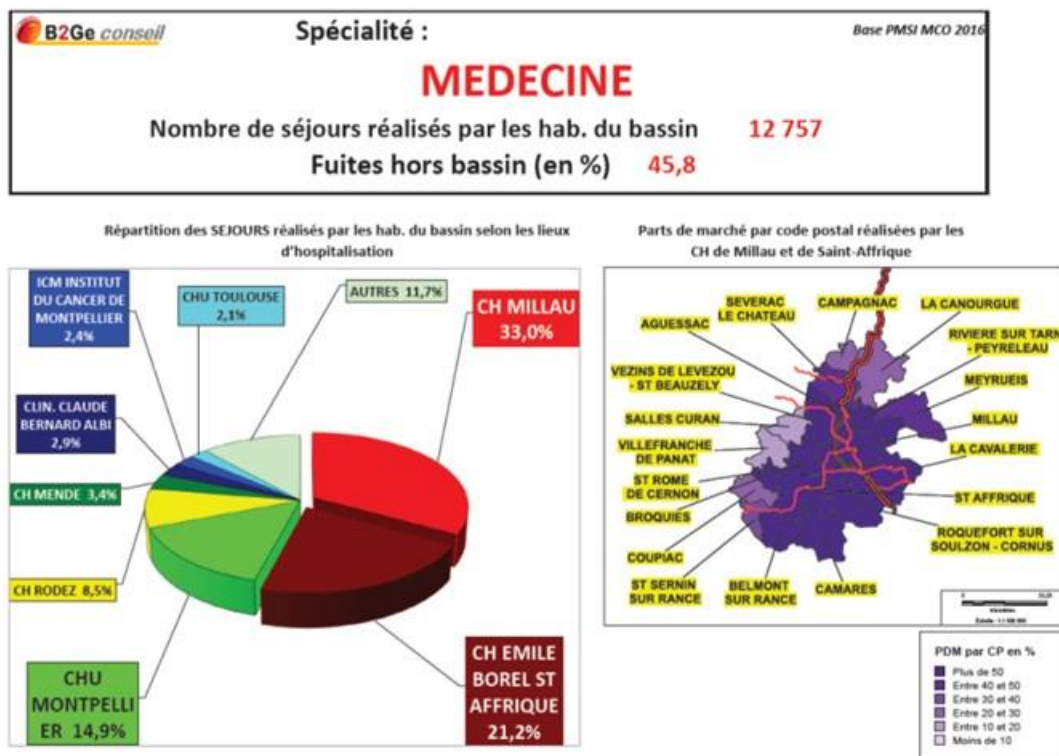
5.2.6 Positionnement général médecine

A) Endoscopies ambulatoires

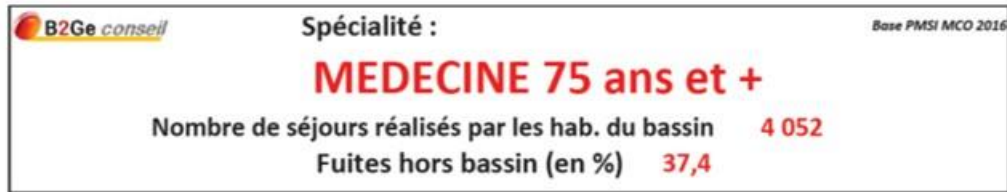


Activités du GCS – actes privés

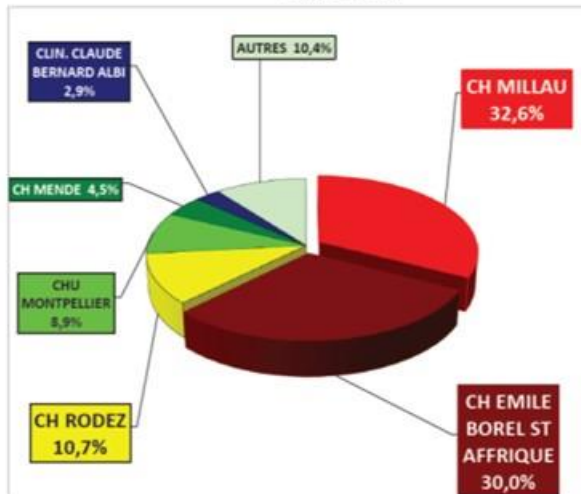
B) Médecine



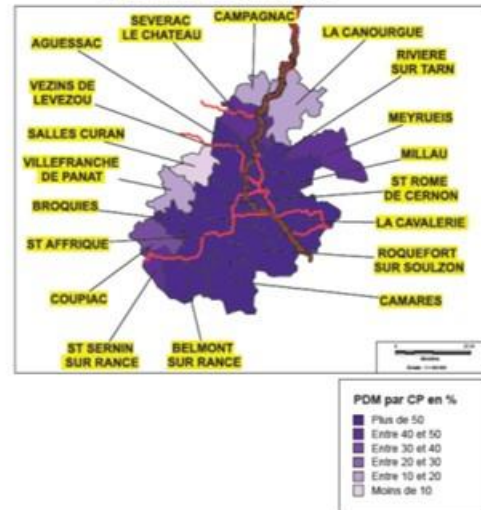
C) Médecine de plus de 75 ans



Répartition des SEJOURS réalisés par les hab. du bassin selon les lieux d'hospitalisation

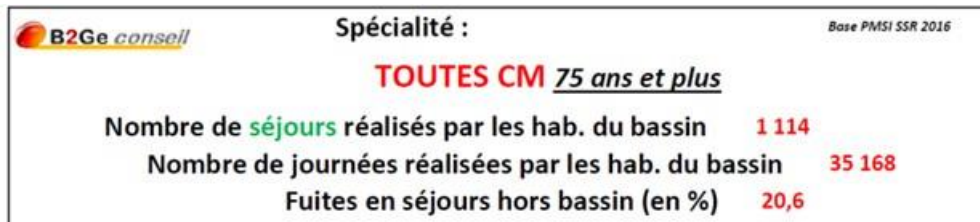


Parts de marché par code postal réalisées par les CH de Millau et de Saint-Affrique



5.2.7 Positionnement SSR

A) Patients âgés, 75 ans et plus



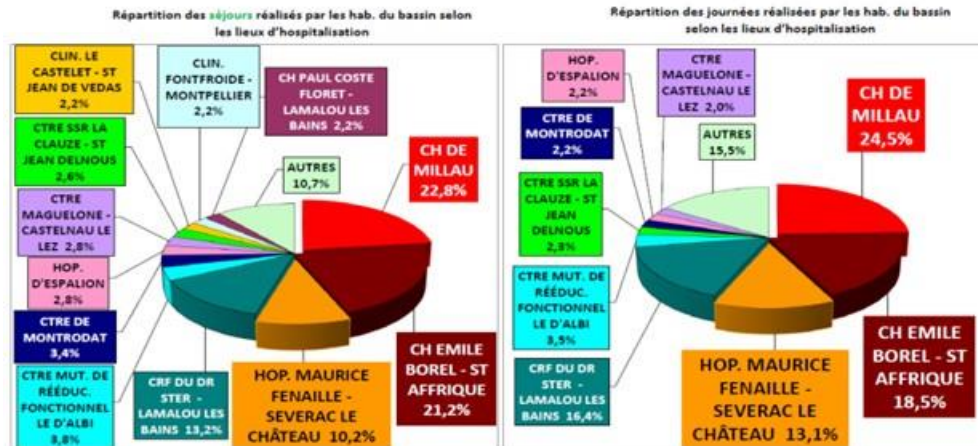
Répartition des séjours réalisés par les hab. du bassin selon les lieux d'hospitalisation



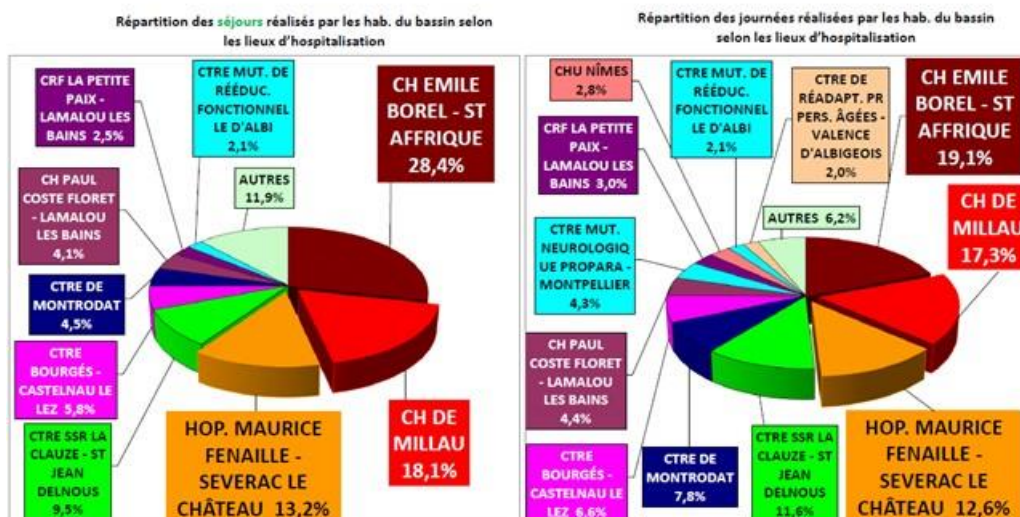
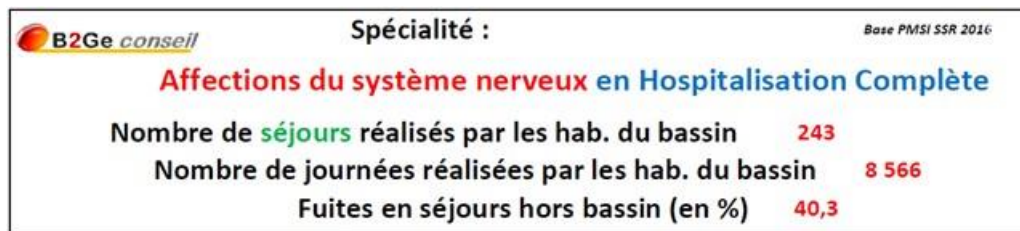
Répartition des journées réalisées par les hab. du bassin selon les lieux d'hospitalisation



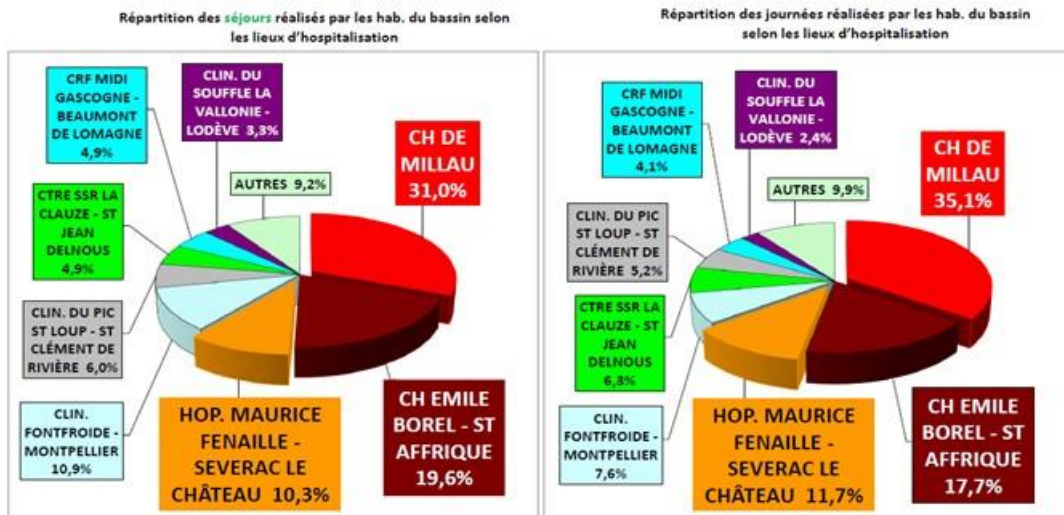
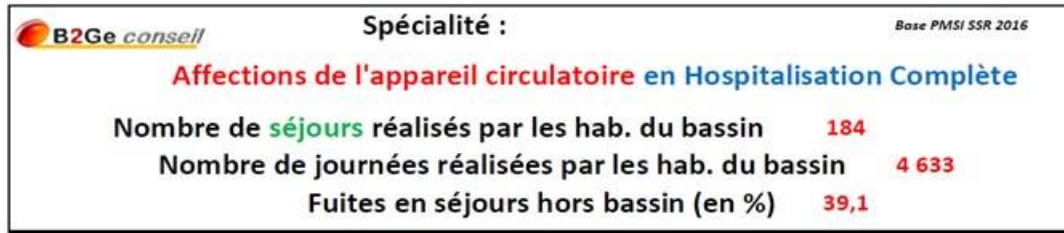
B) Ostéo-Articulaire



C) Système nerveux



D) Appareil circulatoire



5.3 Périmètre des activités

5.3.1 Méthodologie

La proposition d'organisation éventuelle du périmètre des activités proposée dans le présent document a été réalisée à partir des échanges menés avec les utilisateurs des différents sites. Les médecins libéraux ont également été rencontrés.

A cet effet, B2Ge Conseil (Docteur Bruno BOUVET) a mené plusieurs entretiens sur 4 dates à MILLAU et SAINT AFFRIQUE :

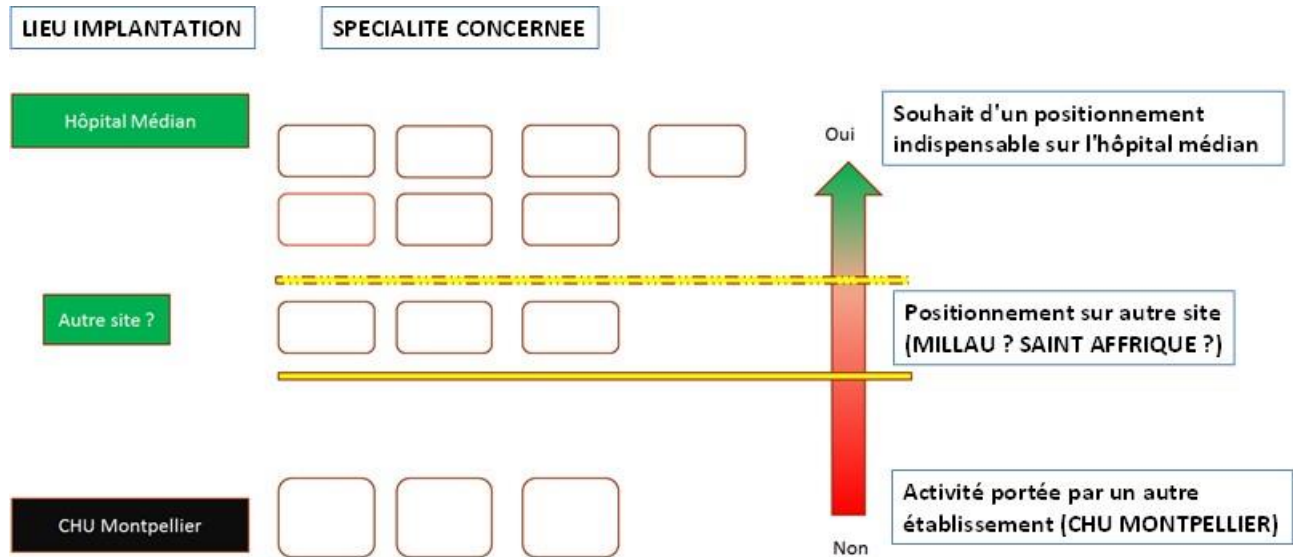
Nom	Spécialité – service
Dr. Julien VIADER	Orthopédiste-coordonateur UCA et bloc : MILLAU
Dc. Michel JOMIER	Biologiste : MILLAU
Dc. Laurent CUTURELLO	Pdt de CME – Gastro-entérologue : MILLAU
Dc. Brigitte CARNUS	Pédopsychiatre : MILLAU
Dc. Nasredine EL AOUI	Chef de pôle médico-gériatrie : SAINT AFFRIQUE
Dc. Saïd EL AOUI	Biologiste : SAINT AFFRIQUE
Dc. Loïc DESCAMPS	Chef de pôle des urgences : SAINT AFFRIQUE
Dc. Belkacem BOUTARFA	Chef de service SSR : SAINT AFFRIQUE

Dc. Mohamed ZOUANI	Chef de service USLD : SAINT AFFRIQUE
Dc. Alain ACHEAIBI	Chef de service chirurgie viscérale et ambulatoire : SAINT AFFRIQUE
Dc. Annick DEPEE	Pharmacienne : SAINT AFFRIQUE
Dc. Corneliu LAZAR	Chef de service OPH : SAINT AFFRIQUE
Dc. Sonia PEREZ	Médecin DIM MILLAU et SAINT AFFRIQUE
Dc. François JACOB	Urgentiste MILLAU
Dc. Said ATALLAH	Chef de pôle gériatrie : MILLAU
Dc. Cécile MONIER	Radiologue : MILLAU
Dc. Véronique DEMAZIERE	Pharmacienne : MILLAU
Dc. Jean-Dominique GONZALES	Psychiatrie adulte : MILLAU
Muriel THIBAUD-FORESTIER	Cadre sage-femme : MILLAU
Dc. Dominique DARRAS	Chef de service urgences – SMUR SAINT AFFRIQUE
Dc. Béatrice MADONNA	Chef de service médecine : MILLAU
Dc. Nour Eddine ACHOUR	Obstétricien PME : MILLAU
Dc. Francis PILLANT	Médecin généraliste SAINT AFFRIQUE
Dc. Pierre CHEVALLIER	Chef de service USC Anesthésie – vice-président CME : SAINT AFFRIQUE
Dc. Mohamed CHERRADI et DC. MANIA	Chef de service Gynécologie + pédiatre : SAINT AFFRIQUE
Dc. Gérard VERAN et Dc. Bernard ARNOULD	Médecin généraliste CAMARES
Dc. Michel VIMINI	Médecin généraliste VILLEFRANCHE de PANAT
Dc. Didier RIGAL	Médecin généraliste ST ROME de CERNON
Dc. Philippe CANAC	Gastro-entérologue : SAINT AFFRIQUE
Dc. Mazen TRABOULSI	Radiologue : SAINT AFFRIQUE
Dc. Emile MANIA	Médecine interne – pdt de CME ; SAINT AFFRIQUE
Pascale BAUQUIS	Directrice adjointe SAINT AFFRIQUE

Les échanges ont notamment permis d'approcher, en lien avec l'offre de santé, les organisations et répartitions d'activités – spécialités possibles entre les différents sites (MILLAU, SAINT AFFRIQUE et futur HOPITAL MEDIAN).

5.3.2 Mode de lecture

Par activité, les répartitions sont déclinées suivant organisation schématique ci-dessous :

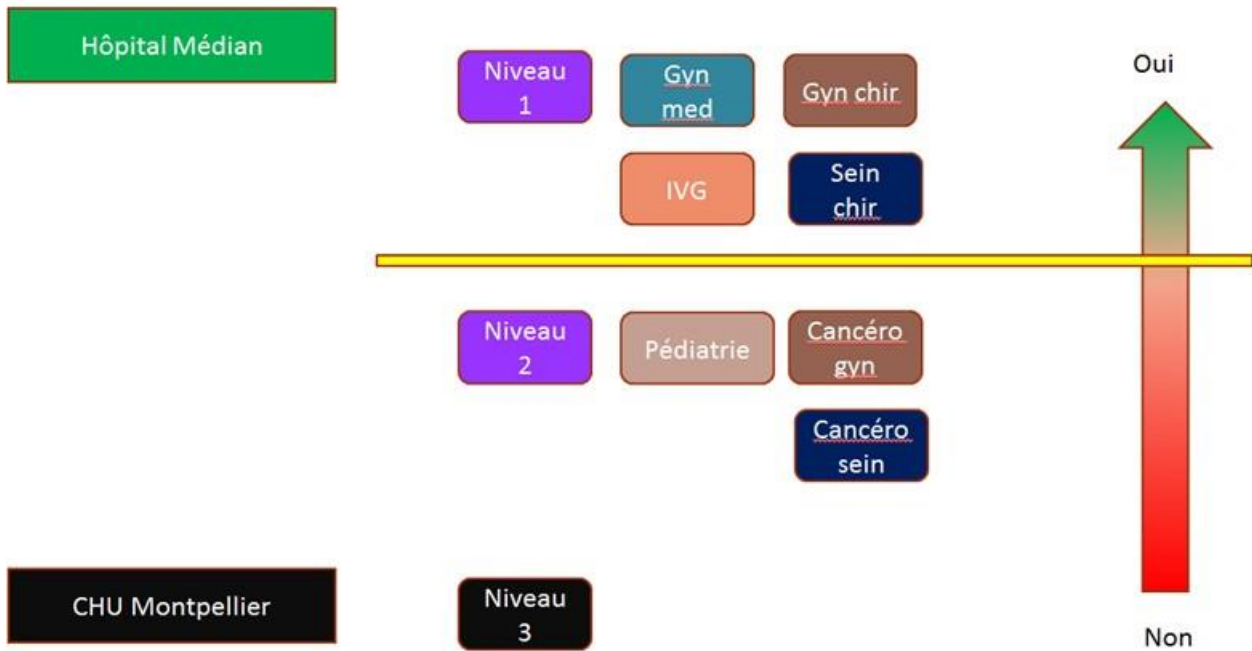


5.3.3 Hospitalisation complète chirurgie et chirurgie ambulatoire



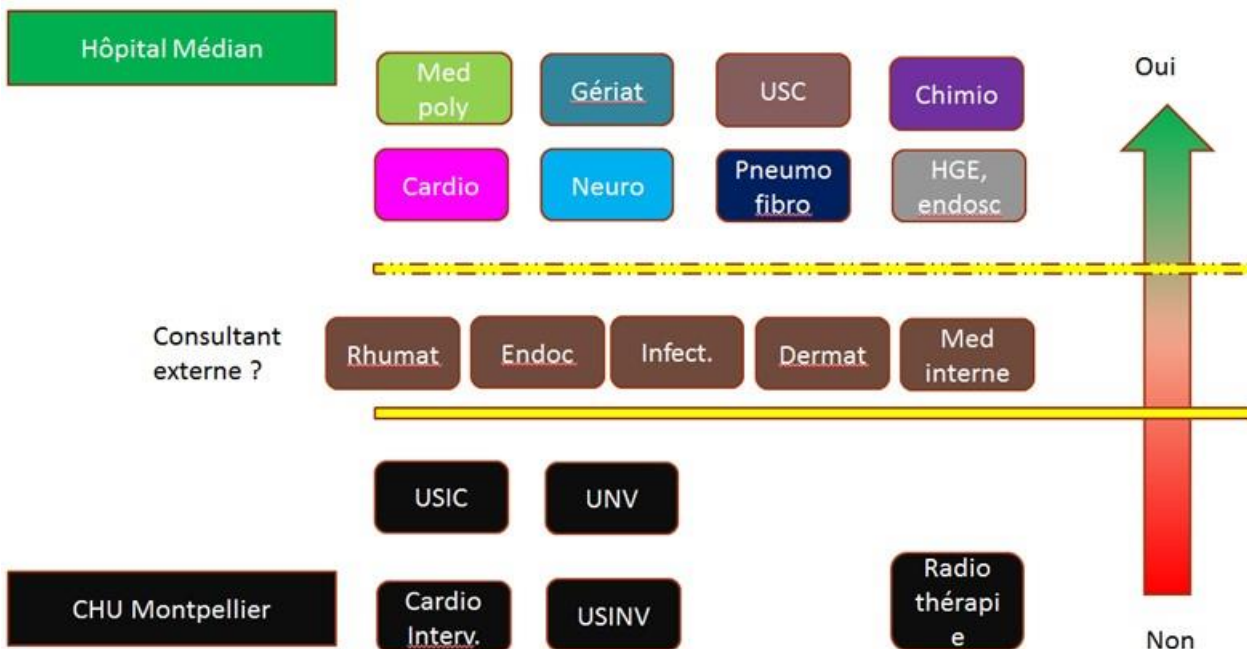
→ D'une façon générale, maintien à l'hôpital médian des activités déjà existantes pour les deux structures.

5.3.4 Gynécologie obstétrique et pédiatrie



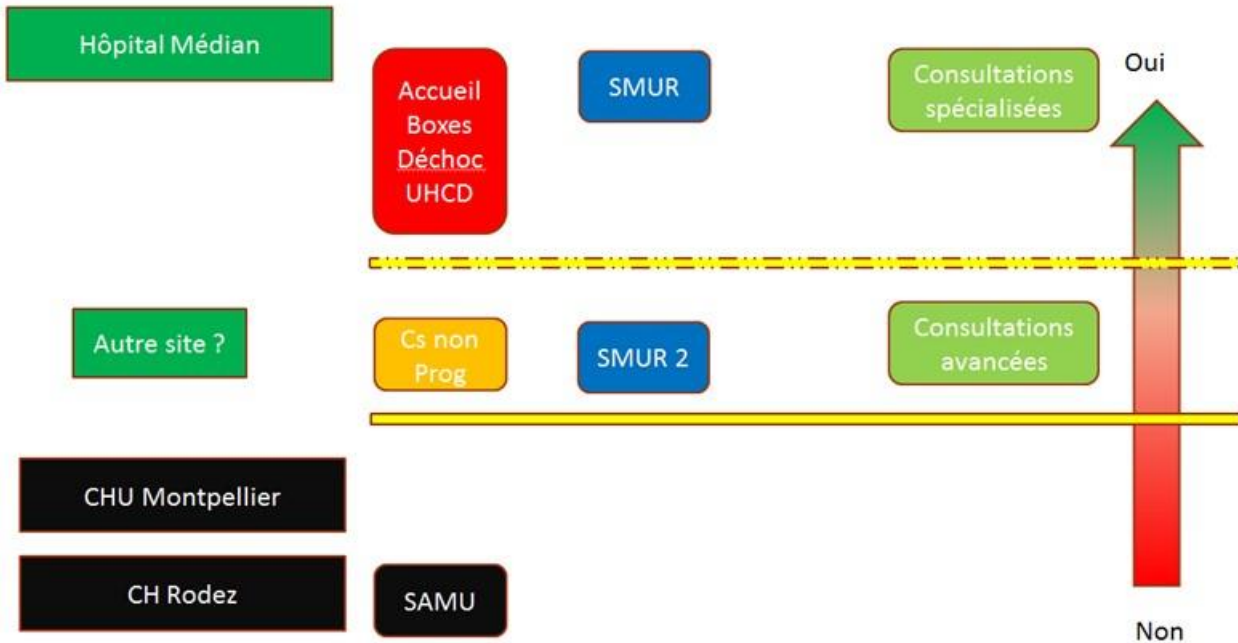
- Maintien à l'hôpital médian des activités déjà présentes dans les deux structures. La question s'est posée pour les pédiatres d'inscrire le développement de la maternité vers la création d'une néonatalogie (niveau 2), non retenue in fine.

5.3.5 Hospitalisation complète médecine et hospitalisation de jour



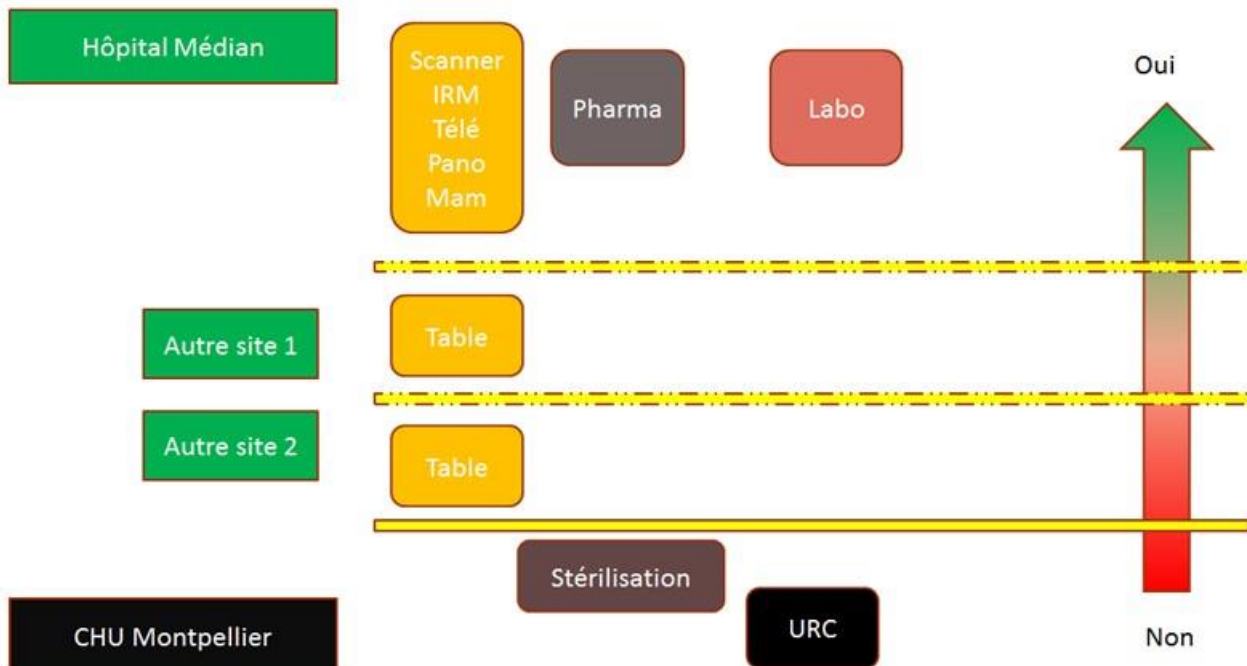
- Maintien à l'hôpital médian des activités déjà existantes dans les deux structures. La pneumologie, la cardiologie, la neurologie et l'HGE sont des orientations à maintenir au sein des médecines polyvalentes. La rhumatologie, l'endocrinologie, l'infectiologie, la dermatologie et la médecine interne pourraient être développées à l'hôpital médian et/ou sur chaque site restant dans le cadre des partenariats avec le CHU et/ou avec les médecins libéraux.

5.3.6 Urgences, SMUR et consultations



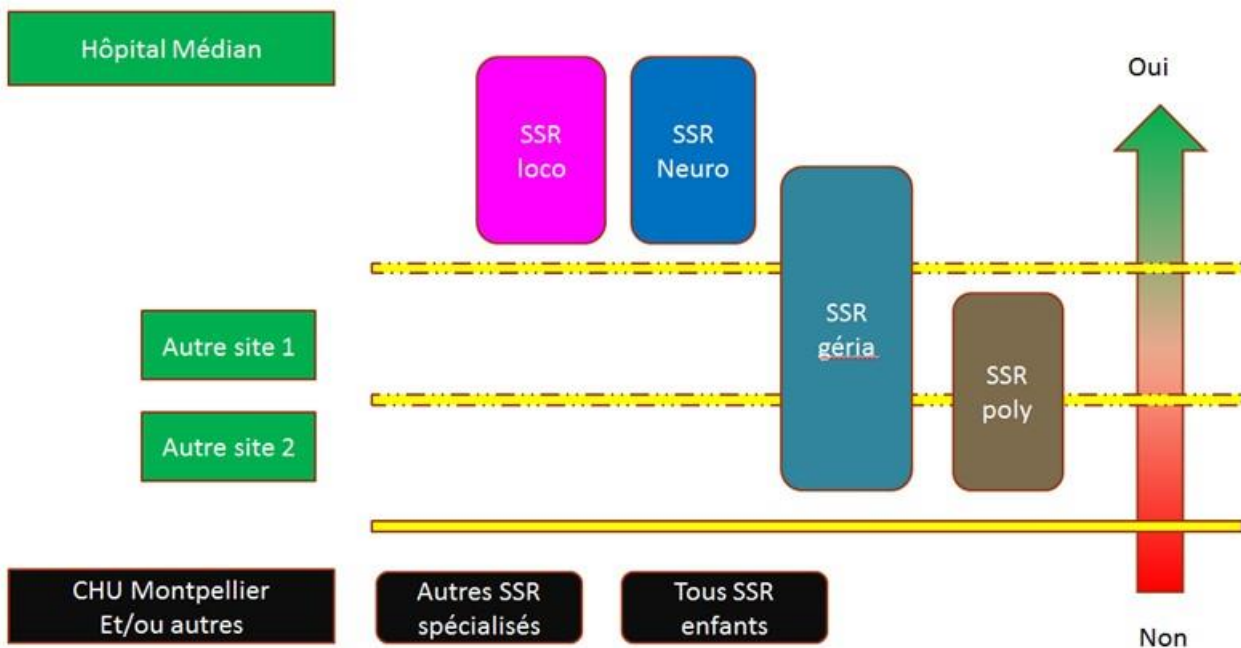
- Mise en évidence d'un lieu UNIQUE d'accueil des urgences + SMUR à l'hôpital médian. La couverture des deux sites restants pourrait se faire au travers d'antennes SMUR, d'interventions en lien avec les pompiers, ou/et de mise en œuvre de consultations non programmées (médecins généralistes – maisons médicales).

5.3.7 Plateau technique



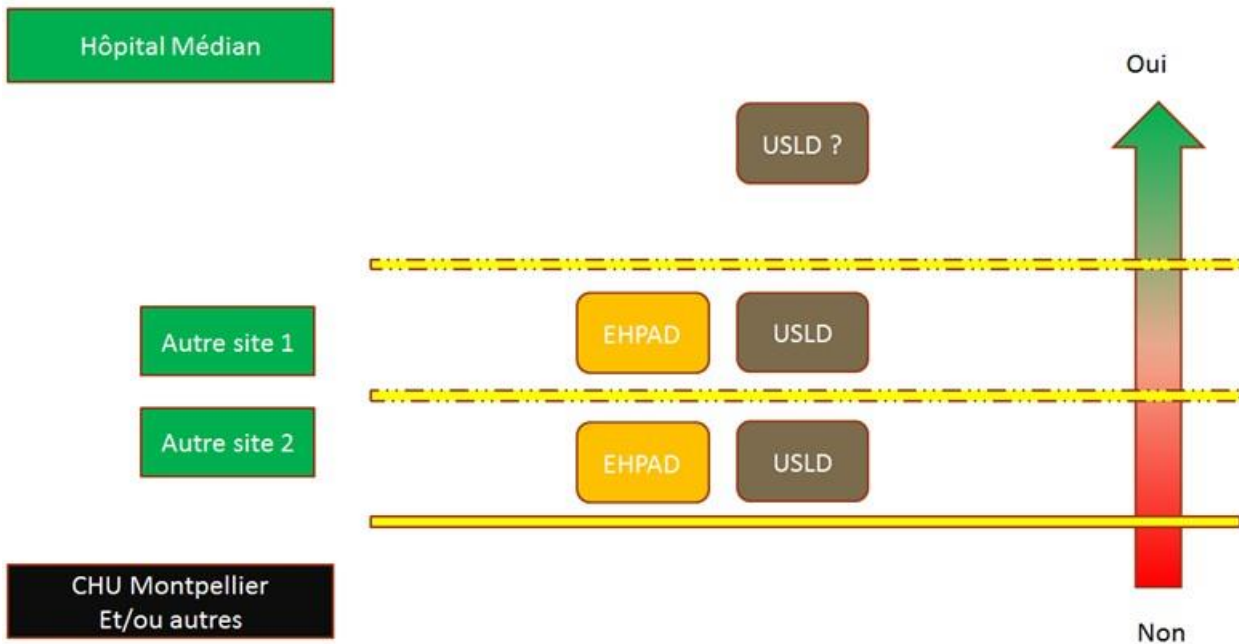
- La question du bloc opératoire ne se pose pas ici, celui-ci étant nécessairement unique à l'hôpital médian, en lien avec le bloc obstétrical (gynécologie obstétrique)
- L'imagerie « principale » est unique à l'hôpital médian, associant imagerie conventionnelle et imagerie de coupe. Une table conventionnelle peut être maintenue sur chaque site, en lien avec les activités de consultations non programmées évoquées dans le paragraphe précédent.
- Stérilisation et Unité de reconstitution des cytostatiques sur le CHU de MONTPELLIER. Pharmacie à l'hôpital médian. Laboratoires à l'hôpital médian et éventualité de deux sites de prélèvements à MILLAU et SAINT AFFRIQUE (offre de proximité de type « laboratoire de ville »).

5.3.8 SSR



- Il a semblé pratiquement évident pour les personnes rencontrées de maintenir l'organisation actuelle des soins de suite gériatriques et polyvalents sur chaque commune (MILLAU et SAINT AFFRIQUE). La question s'est par contre posée de la mise en œuvre éventuelle d'une activité SSR spécialisée (*locomoteur et neurologie*) dont la localisation serait par contre à privilégier au plus proche du plateau technique, à l'hôpital médian.

5.3.9 USLD – EHPAD



- Pas de remise en cause des organisations actuelles. L'évolutivité de l'hôpital médian vers l'intégration éventuelle de l'USLD se pose, au regard notamment des liens avec le plateau technique (*imagerie et explorations fonctionnelles*).

5.3.10 Conclusion pour le futur hôpital médian

Les entretiens menés avec les utilisateurs des différentes structures mettent en évidence une organisation ciblée suivant les axes suivants pour le futur hôpital Médian Sud Aveyron :

- **Plateau technique**
 - Bloc opératoire
 - Imagerie : scanner – IRM – échographie – mammographie – radiologie conventionnelle
 - Urgences dont SMUR.
 - Consultations (*dont interventions praticiens autres sites : CHU etc.*)
- **Chirurgie et chirurgie ambulatoire**
 - Orthopédie, Urologie, ORL, Stomatologie, Chirurgie Viscérale, Chirurgie Vasculaire périphérique, OPH.
 - Les spécialités autour de la cancérologie (*urologie, ORL, viscéral*), du rachis, de l'OPH (*hors cataractes*) restent hypothétiques.
- **Médecine et médecine ambulatoire :**
 - Médecine polyvalente, Médecine gériatrique, USC, Chimiothérapies (*hospitalisation de jour*), Cardiologie, Neurologie, Pneumologie/fibroscopies, HGE/endoscopies (*dont impact chirurgie ambulatoire*).
 - Le développement de la rhumatologie, de la médecine interne, de l'infectiologie, de la dermatologie et de l'endocrinologie est envisageable moyennant l'intervention de praticiens externes (CHU).
- **Gynécologie – obstétrique et pédiatrie :**
 - Maternité de Niveau 1, gynécologie médicale, gynécologie chirurgicale, IVG, chirurgie du sein.

- **Plateau médico-technique**
 - Pharmacie
 - Laboratoires
- **SSR**
 - Hospitalisation SSR : locomoteur, neurologie

En corollaire des activités envisagées par les utilisateurs sur le site de l'hôpital médian Sud-Aveyron, se pose la question de l'organisation des activités à maintenir éventuellement sur les sites de MILLAU et SAINT AFFRIQUE.

Sont notamment concernées : les consultations avancées, la problématique des urgences (*SMUR 2 ? Consultations non programmées ? Radiologie conventionnelle associée ?*), l'hospitalisation complète SSR (*en totalité ou en partie*), l'USLD (*la question peut se poser d'un positionnement de l'USLD dans le nouvel hôpital compte tenu du recours au plateau technique*).

Le développement et/ou le maintien de certaines spécialités dépend également du devenir des praticiens et actes concernés. Les cataractes et les endoscopies digestives sont les actes les plus ciblés par ce risque (*compte tenu de l'âge actuel des praticiens en HGE sur SAINT AFFRIQUE d'une part et des réorganisations des prises en charge pour ces actes d'autre part*).

L'ensemble est également à compléter par la prise en charge en psychiatrie qui devra être interrogée quant à sa localisation future (*actuellement CH de MILLAU dans des bâtiments neufs, en particulier pour la psychiatrie adulte*) et par la question de l'organisation des fonctions logistiques support (*Blanchisserie, Cuisine centrale, magasins généraux, etc.*).

5.4 Capacitaire actuel MCO pour les deux sites

5.4.1 Lits et places installés

Sont actuellement implantées sur les sites de MILLAU et SAINT AFFRIQUE les lits et places MCO ci-après :

MCO	Lits	Places	Total
CH Millau	89	22	111
CH Saint- Affrique	50	8	58
Total	139	30	169

5.4.2 Lits et places « théoriques »

La déclinaison d'hypothèses dites « basses » (*correspondant au maintien des activités telles qu'actuellement, sans effort particulier de développement*) repose sur un taux d'occupation de 85% en médecine et chirurgie, 75% en obstétrique et 70% en pédiatrie.

Le capacitaire théorique correspondant (corrigé des DMS et TO moyens cibles) se décline ainsi :

CH Millau & CH St-Affrique		Capacités théorique selon l'activité 2016	
		adultes	enfants
Lits et places théoriques*			
Hospitalisation > 24h	Lits M (dont endosco., hors gynéco)	88	0
	Lits C (hors sein, hors gynéco)	19	0
	Lits O (hors NN et mort-nés)	9	0
	Lits Gyn.	2	0
	Total lits	118	1
Hospitalisation < 24h	Places ACA (chir)	12	
	Places HDJ (méd + obst (hors NN et mort-nés))	7	
	Places endoscopies digestives et bronchiques	9	
	Places séances chimio et transf	3	
	Total places ACA et HDJ et Séances chimio et transf et Endoscopies	31	
Total Lits et Places		150	


(Données arrondies à l'entier le plus proche)

5.4.3 Application des cibles nationales d'activités pour les deux sites

A) Méthode

L'analyse stratégique de la faisabilité de mise en œuvre de l'hôpital médian suppose un dossier qu'il soit possible d'inscrire durablement dans le cadre des données couramment admises par les autorités de tutelles et organismes aidant au financement du projet.

Nous proposons ici l'application des méthodologies de calcul ANAP et COPERMO, soit :



Fiche 3-3 : Calcul du capacitaire cible d'un projet d'investissement immobilier

La méthode présentée dans cette fiche est celle utilisée dans le cadre du COPERMO mais est applicable à tous les établissements souhaitant l'utiliser.

Indicateurs et cibles

Indicateur	Source	Valeur cible
Nombre de lits par unités	SAE	28 à 30 lits
Taux d'occupation lits	HospiDiag	95% en médecine et chirurgie et 85% en obstétrique
IPDMS MCO	HospiDiag	0.94
Taux de rotation des places ambulatoires	HospiDiag	Supérieur à 130% sauf en oncologie : supérieur à 160%
Nombre de jours d'ouverture	SAE	365 jours en hospitalisation complète 250 jours en hospitalisation de jour

B) Calcul théorique correspondant

Hypothèses d'un taux d'occupation de 95% en médecine et chirurgie, 85% en obstétrique et 70% en pédiatrie.

Le capacitaire théorique correspondant (corrigé des DMS et TO moyens cibles) se décline ainsi :

CH Millau & CH St-Affrique		Capacités théorique selon l'activité 2016	
		adultes	enfants
Lits et places théoriques*			
Hospitalisation > 24h	Lits M (dont endosco., hors gynéco)	79	0
	Lits C (hors sein, hors gynéco)	17	0
	Lits O (hors NN et mort-nés)	8	0
	Lits Gyn.	2	0
	Total lits	105	1
Hospitalisation < 24h	Places ACA (chirurgie)	12	
	Places HDJ (méd + obst (hors NN et mort-nés))	7	
	Places endoscopies digestives et bronchiques	4	
	Places séances chimio et transfusions	3	
	Total places ACA et HDJ et Séances et Endoscopies	26	
Total Lits et Places		132	

- L'application des taux cibles ANAP actuels met en évidence un besoin théorique pour un établissement UNIQUE de 132 lits et places : prospective à bassin de santé et activité équivalents.

5.5 Dimensionnement capacitaire « si rien ne change »

Le présent chapitre a pour objet la déclinaison d'un dimensionnement théorique reposant sur les activités et organisations actuelles (scénario 1 de la mission).

5.5.1 Hypothèses de calcul

- Faible croissance et vieillissement de la population (cf. analyse démographique)

Population bassin (en %)	HORIZON 2020					HORIZON 2022				
	A20 : Scénario central	B20 : Scénario fécondité basse	C20 : Scénario fécondité haute	D20 : Scénario espérance de vie basse	E20 : Scénario espérance de vie haute	A22 : Scénario central	B22 : Scénario fécondité basse	C22 : Scénario fécondité haute	D22 : Scénario espérance de vie basse	E22 : Scénario espérance de vie haute
<15 ans	15,4%	15,4%	15,5%	15,5%	15,4%	15,3%	15,2%	15,4%	15,3%	15,3%
Entre 15 et 75 ans	69,7%	69,7%	69,7%	69,8%	69,6%	69,4%	69,4%	69,3%	69,5%	69,1%
>75 ans	14,9%	14,9%	14,8%	14,8%	15,0%	15,4%	15,4%	15,3%	15,2%	15,6%
Evolution de la population en X ans	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%

Population bassin (en %)	INSEE RP 2014 (référence 1er janvier 2017)	Hypothèse basse	Hypothèse haute
		A20 : Scénario central	A22 : Scénario central
Population en volume	75 662	76 478	76 751
<15 ans	15,6%	15,4%	15,3%
Entre 15 et 75 ans	70,2%	69,7%	69,4%
>75 ans	14,1%	14,9%	15,4%
Evolution de la population en X ans		1,1%	1,4%
Evolution de la population en X ans en volume		816	1 089

← Scénarios sélectionnés à partir des 5 scénarios proposés

- Reconduction des paramètres d'ambulatoire et des parts de marché

Pourcentage ambulatoire	2016	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Chirurgie	63%	63%	63%
Médecine	26%	26%	26%
Obstétrique autre	30%	30%	30%

Part de marché en %	2016	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Chirurgie	49%	49%	49%
Médecine	54%	54%	54%
Obstétrique autre	75%	75%	75%

- Reconduction des paramètres de DMS pour des parts de gériatrie et taux d'occupation cibles standards

Pourcentage Gériatrie	Hypothèse basse	Hypothèse haute
	20%	40%

Taux d'occupation	Hypothèse basse	Hypothèse haute
Médecine	0,85	0,85
Chirurgie	0,85	0,85
Obstétrique	0,75	0,75
Pédiatrie	0,70	0,70

DMS	2016	Hypothèse basse	Hypothèse haute
0 à 3 ans	1,0	0%	0%
3 à 15 ans	1,4	0%	0%
15 à 75 ans	4,3	0%	0%
75 ans et plus	8,0	0%	0%
Obstétrique	3,7	0%	0%

Hypothèse basse	Hypothèse haute
1,0	1,0
1,4	1,4
4,3	4,3
8,0	8,0
3,7	3,7

5.5.2 Dimensionnement en résultant

CH Millau & CH St-Affrique				ACTUEL			
Spécialités		H1	H2	Millau + St Afrique	Millau	dont...	Saint Affrique
Maternité	Obstétrique (hors NN et mort-nés)	9	9	18	12		6
	Gynécologie	2	2				
	TOTAL	11	11				
Chirurgie	Viscérale	5	5	27	22		5
	Urologie	1	1				
	Orthopédie + Traumatologie	13	14				
	ORL	1	1				
	Ophthalmologie	0	0				
	Plastique, Facial	0	0				
	Autre Chirurgie	0	0				
	TOTAL	21	21				
Pédiatrie	Médecine pédiatrique	0	0	0			
	Chirurgie pédiatrique	0	0				
	TOTAL	1	1				
Médecine	Neurologie	7	6	85	50	chir visc	25
	Diabétologie	3	2				
	Médecine interne	5	5				
	Pneumologie	16	13				
	Gastro-entérologie	11	10				
	Rhumatologie	6	5				
	Oncologie	6	5				
	Cardiologie-Vascu	11	9				
	Médecine Autre	14	12				
	Gériatrie	13	26				
	TOTAL	91	93				
USC				9	5		4
Médecine +USC	TOTAL	91	93	94	55		39
TOTAL LITS		123	125	139	89		50
ACA	TOTAL	21	21	5			5
HdJ	Oncologie	4	4	25	22	médico chir	1
	Médecine interne	6	6				
	Obstétrique (hors nn et mort-nés)	1	1				
	TOTAL	11	11	25	22		3
TOTAL PLACES		32	32	30	22		8
TOTAL LITS ET PLACES		154	157	169	111		58

Nota : les calculs ne sont pas « arrondis », ce qui explique les écarts éventuellement constatés à « l'addition simple » des chiffres proposés. Les sommes présentées ci-avant sont donc à prendre en compte en l'état.

5.6 Analyse prospective 20 ans – évolution attendue du bassin de santé – approches comparatives

Nous avons mis en exergue dans ce chapitre les retours d'expérience de reconstruction d'un hôpital unique réalisés sur les dix dernières années.

L'objectif était de compléter l'analyse faite dans la phase précédente sur l'évolution du bassin de santé suite à la reconstruction d'un nouvel hôpital au regard d'opérations comparables.

5.6.1 Le pôle santé Sarthe et Loir

Evolution bassin de santé

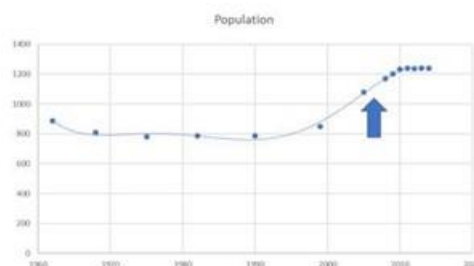
Le pôle de santé Sarthe et Loir est la résultante du regroupement des deux établissements de La Flèche et de Sablé sur la commune de Bailleul, située à pratiquement équidistance des deux sites (16 minutes de La Flèche et 19 minute de Sablé).

Le nouvel hôpital a été livré en 2007. L'aménagement du territoire et l'intégration dans l'environnement ont constitué les points centraux dans la conception du nouveau bâtiment, répondant aux besoins de santé des 110.000 habitants de la Sarthe.



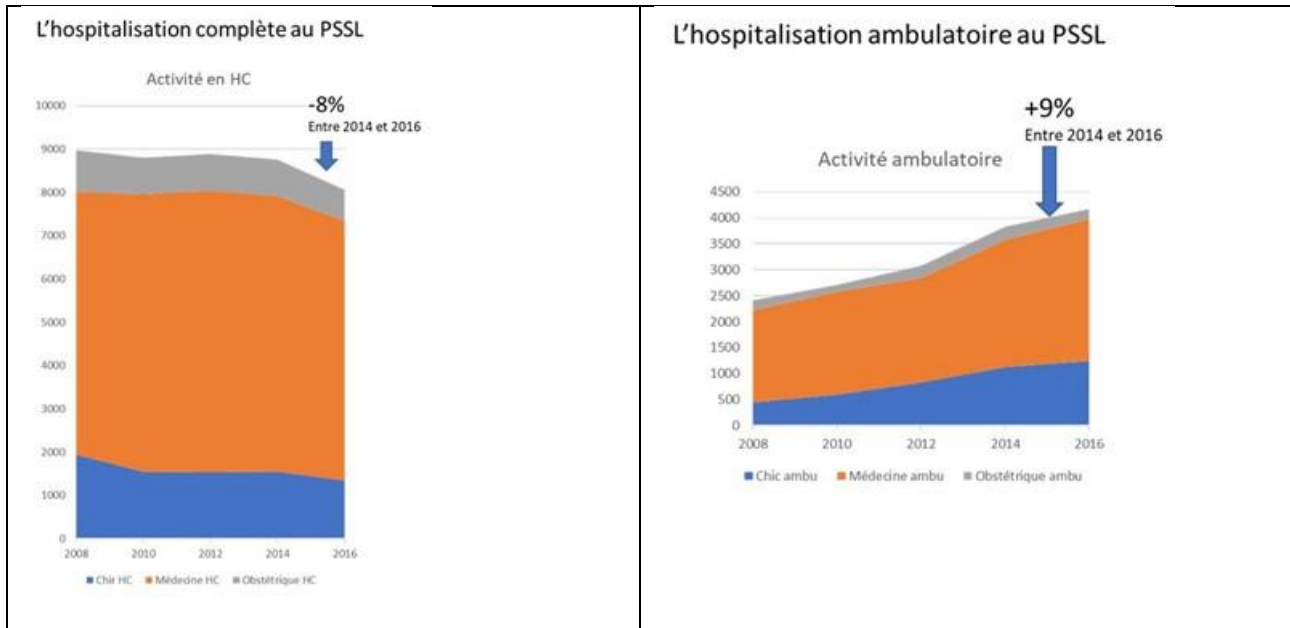
Le Bailleul est une petite commune du Nord-Ouest de la France, située dans le département de la Sarthe et la région Pays de la Loire. Elle fait partie de la communauté de communes de « Sablé sur Sarthe ». La commune présente sur la période 1960 – 2000 une population stable de l'ordre de 800 habitants.

La commune a gagné 400 habitants au moment de la livraison du nouvel hôpital. Les communes voisines n'ont pas vu de progression dans le même temps. Après 3 ans de fonctionnement de l'établissement, la commune connaît à nouveau une population stable.



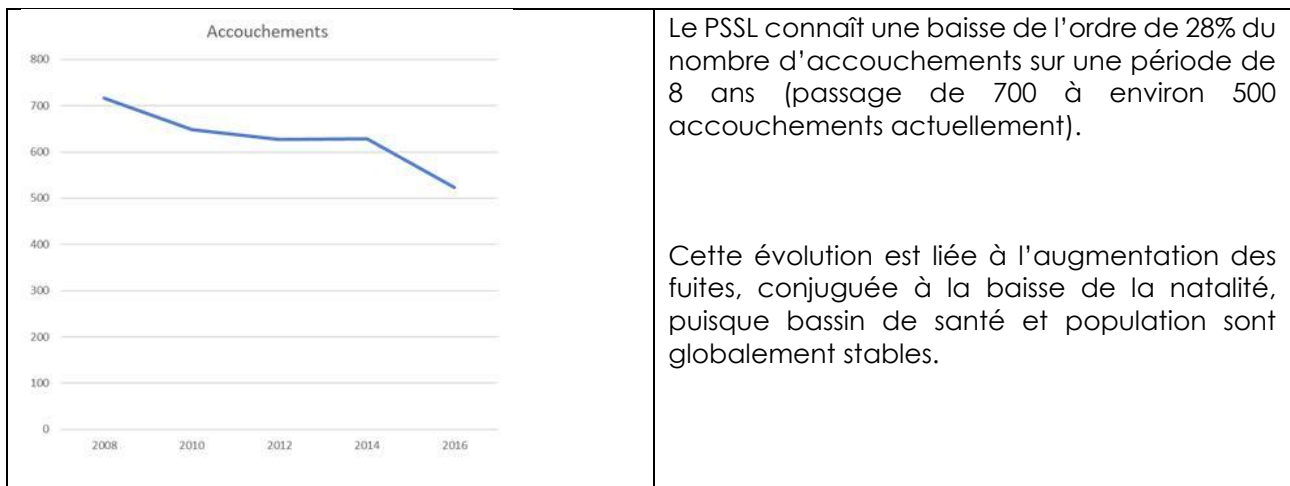
Pour le bassin du PSSL en 2016, 10 CP sur 2 départements (72 et 49) pour 90% de PDM cumulée et 11% minimum par CP. On répertorie 105 725 habitants selon le recensement de la population de 2014 (INSEE, en vigueur au 1^{er} janvier 2017), démontrant la stabilité du bassin de santé.

Evolution de l'activité



Evolution 2014/2016	Pays de Loire	France
HC	-2,8%	-2,4%
Ambulatoire	10,6%	9,7%
Total	-1,4%	-0,9%

Evolution du nombre d'accouchements



Evolution capacitaire de 2008 à 2016

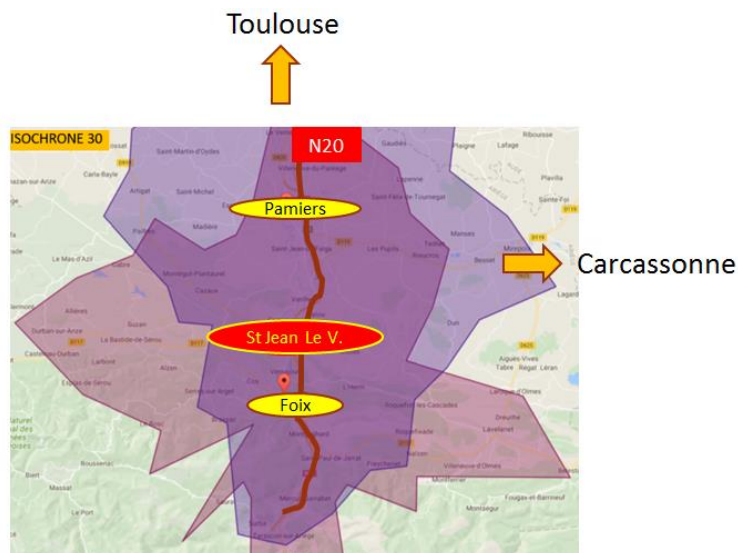
PSSL	Lits et places à 100%		Lits et places SAE		Lits et places à 100%		Lits et places à 100%		Lits et places à 100%		Lits et places SAE	
	2008	2008	2010	2012	2014	2014	2016	2016	2016	2016	2016	2016
lits												
Chir	32	56	30	25	24	30	23	25	23	25	23	25
Med	112	128	118	116	101	132	92	102	92	102	92	102
Obst	11	22	11	10	10	22	8	17	8	17	8	17
sous total lits	155	206	158	151	135	184	122	144	122	144	122	144
TO moyen		75%				73%		85%				85%
Place 220j												
Chir	2	5	3	4	5	5	6	5	6	5	6	5
Med	8	10	9	9	11	10	12	14	12	14	12	14
Obst	1		1	1	1		1	2	1	2	1	2
sous total places	11	15	12	14	17	15	19	21	19	21	19	21
Total lits et places	166	221	170	165	153	199	141	165	141	165	141	165
SSR lits		49				54		52				52

Point négatif : 206 lits prévus initialement. Après 8 ans de fonctionnement, 144 lits réels, soit 62 lits « déclarés » en moins sur 8 ans.

5.6.2 Le CHIC Val d'Ariège

Evolution bassin de santé

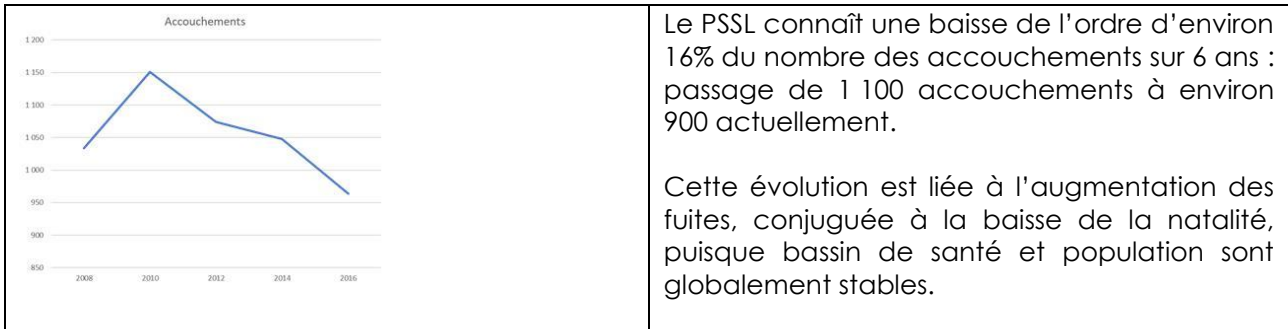
Le CHIC Val d'Ariège est la résultante du regroupement des deux établissements de Pamiers et de Foix sur la commune de Saint Jean de Verges, située à pratiquement équidistance des deux sites (11 minutes de Foix et 17 minutes de Pamiers). Le nouvel hôpital a été livré en 2009.



La commune a gagné 400 habitants au moment de la livraison du nouvel hôpital. Les communes voisines n'ont pas vu de progression dans le même temps. Après 3 ans de fonctionnement de l'établissement, la commune connaît à nouveau une population stable.

La commune a gagné environ 200 habitants au moment de la construction du nouvel hôpital. Depuis quelques années, elle connaît de nouveau une population stabilisée aux alentours de 1 200 habitants.

Evolution du nombre d'accouchements



Le PSSL connaît une baisse de l'ordre d'environ 16% du nombre des accouchements sur 6 ans : passage de 1 100 accouchements à environ 900 actuellement.

Cette évolution est liée à l'augmentation des fuites, conjuguée à la baisse de la natalité, puisque bassin de santé et population sont globalement stables.

Evolution capacitaire de 2008 à 2016

CHIVA	Lits et places à 100%		Lits et places SAE		Lits et places à 100%	Lits et places à 100%	Lits et places à 100%		Lits et places SAE		Lits et places à 100%	Lits et places SAE
	2008		2008				2014		2016			
lits												
Chir	50	63	48	51	47	63	42	63				
Med	144	162	140	143	133	162	128	162				
Obst	16	31	17	16	14	33	15	25				
sous total lits	210	256	205	210	194	258	186	250				
TO moyen		82%				75%		74%				
Place 220j												
Chir	4	11	6	7	8	11	8	11				
Med	30	20	28	27	29	20	36	20				
Obst	3	2	3	2	3	2	2	2				
sous total places	37	33	37	36	40	31	46	33				
Total lits et places	247	289	242	246	234	289	232	283				
SSR lits		49				49		49				

Point négatif : 50 lits « excédentaires » selon les critères COPERMO en 2016 (TO 95%).

5.6.3 Le CHNDS (centre hospitalier Nord Deux Sèvres)

Evolution bassin de santé

Le CHNDS est la résultante du regroupement des 3 établissements de Thouars, Parthenay et Bressuire sur la commune de Faye l'Abbesse, située à pratiquement équidistance des 3 sites. Le nouvel hôpital est en cours de chantier.



Faye l'Abbesse est une petite commune à l'Est de Bressuire. Elle compte 900 habitants. Une liaison routière à 2 voies de 4.2 kms, impulsée par le conseil départemental est prévue pour améliorer les temps de parcours entre les communes. Choix a été fait par ailleurs de remplacer chaque site initial d'urgences par des centres de soins non programmés, tout en maintenant 3 SMUR.

Constats faits

L'hôpital est en cours de livraison, aussi n'y-a-t-il pas de retour d'expérience quant aux activités et au bassin de santé prévisible.

Toutefois, à ce stade de la construction, plusieurs analyses font état de difficultés de recrutement des médecins (*« malgré la perspective de disposer d'un nouvel hôpital d'ici un an, de nombreux médecins décident de poursuivre leur carrière ailleurs qu'au CHNDS »*).

5.6.4 Conclusion

Les retours d'expérience sur des projets comparables démontrent a priori que le nouvel établissement n'a pas ou peu d'impact sur la constitution du bassin de santé. Ce dernier reste stable, bien que les communes concernées par la nouvelle construction connaissent quant à elles un essor ponctuel sur les premières années.

Il ne faut pas attendre de ce fait une augmentation des activités. Les établissements connaissent par contre l'un et l'autre une stabilisation des activités d'hospitalisation complète (lorsque celles-ci ont été dimensionnées de façon adaptée à l'origine), une baisse sensible du nombre d'accouchements et un développement de l'activité ambulatoire.

- Il est donc essentiel de veiller à dimensionner le futur hôpital médian avec précaution, sans tabler sur quelque modification que ce soit du bassin de santé.
- La construction d'un nouvel hôpital n'est pas forcément synonyme d'attractivité

5.7 Analyse prospective 20 ans – projections d'activités

Deux hypothèses sont envisagées dans le présent chapitre. L'hypothèse H2 en particulier repose sur une organisation et un développement ambitieux pour le futur établissement.

5.7.1 Evolution des paramètres d'ambulatoire et d'accès effectifs aux soins

Pourcentage ambulatoire	2016	Hypothèse H1	Hypothèse H2
Chirurgie	63%	67%	72%
Médecine	26%	25%	31%
Obstétrique Autre	30%	30%	30%

Part de Marché en %	2016	Hypothèse H1	Hypothèse H2
Chirurgie	49%	51%	52%
Médecine	54%	56%	58%
Obstétrique	75%	76%	76%

5.7.2 Volumes projetés

CH Millau & CH St-Affrique		Séjours 2016	Séjours H1	Séjours H2
Hospitalisation > 24h	Médecine HC (dont endosc, hors gynéco)	4 157	4 536	4 318
	Chirurgie HC (hors sein et gyn)	1 364	1 344	1 184
	Obstétrique HC (hors NN et morts-nés)	645	646	650
	Gyn. en HC	176	145	109
	Sous Total Entrées	6 342	6 671	6 262
Hospitalisation < 24h	Venues ACA (chirurgie)	2 602	2 872	3 195
	Venues HDJ (méd + obst (hors nn et mort-nés))	1 619	1 696	2 122
	Endoscopies digestives et bronchiques	1 925	2 022	2 091
	Séances	1 091	1 146	1 185
	Sous Total Venues	7 237	7 735	8 593
Total Entrées et Venues (hors NN, mort-nés et séances)		12 488	13 261	13 670
Total Entrées et Venues (hors NN et mort-nés)		13 579	14 406	14 855
		6,1%		
		9,4%		

→ H2 – Les 1 184 séjours de chirurgie correspondent à environ 4.7 actes par jour sur 250 jours.

→ H2 – Les 650 séjours d'obstétrique correspondent à 515 accouchements annuels.

→ H2 – Les 3 195 séjours de chirurgie ambulatoire correspondent à 14.5 actes par jour sur 220 jours.

5.7.3 Projections d'activités selon des objectifs imposés

Objectifs COPERMO

CH Millau	2016	DMS SAE 2016
P1 : IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1.043	5,8
P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	0.884	3,7
P3 : IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0.956	3,2

CH Saint-Affrique	2016	DMS SAE 2016
P1 : IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1.073	6,4
P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1.087	3,8
P3 : IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0.957	3,0

- Pour un objectif COPERMO de 0.94, et compte tenu des données constatées pour chaque établissement ci-dessus, le projet devra donc présenter une diminution de la durée de séjour principalement portée par l'activité de médecine.

Les évolutions des paramètres de DMS correspondantes sont les suivantes : (baisse de 10% environ soit une baisse de 5 à 10% pour l'ensemble des prises en charge adultes en médico-chirurgical) :

DMS	2016	Hypothèse H1	Hypothèse H2
0 à 3 ans	1,0	0%	0%
3 à 15 ans	1,4	0%	0%
15 à 75 ans	4,3	-5%	-10%
75 ans et plus	8,0	-5%	-10%
Obstétrique	3,7	0%	0%

Hypothèse H1	Hypothèse H2
1,0	1,0
1,4	1,4
4,0	3,8
7,6	7,2
3,7	3,7

Points d'arrivée possibles pour l'hôpital unique

Le dimensionnement théorique cible correspondant pour l'hôpital unique suivant les deux hypothèses H1 et H2 précédentes est décliné ci-dessous :

CH Millau & CH St-Affrique		Capacités théorique (ANAP) selon l'activité 2016	Hypothèse H1	Hypothèse H2
Hospitalisation > 24h	Lits M (dont endosco., hors gynéco)	79	83	76
	Lits C (hors sein, hors gynéco)	17	17	15
	Lits O (hors NN et mort-nés)	8	8	8
	Lits Gyn.	2	2	1
	Total lits	106	110	100
Hospitalisation < 24h	Places ACA (chir)	12	13	15
	Places HDJ (méd + obst (hors NN et mort-nés))	7	8	10
	Places endoscopies digestives et bronchiques	4	4	4
	Places séances chimio et transf	3	3	4
	Total places ACA et HDJ et Séances chimio et transf et Endoscopies	26	28	33
Total Lits et Places		132	138	133

Soit une cible de l'ordre de 100 à 110 lits (91 à 100 lits médecine-chirurgie, 9 à 10 lits obstétrique) et de 33 à 38 places (13 à 15 places de chirurgie, 4 places d'endoscopies et 11 à 14 places de médecine et chimiothérapie).

Dimensionnement théorique proposé

Les éléments ci-avant ont été assortis d'une réflexion organisationnelle – efficacité, basée sur des unités d'hospitalisation dimensionnées autour de 30 lits. Ont également été pris en compte les retours des premiers cycles de réunions avec les professionnels de santé (données indiquées dans le document d'analyse médicale rendu en phase 1).

Il en résulte un « modèle » idéal de dimensionnement pour le futur hôpital unique. Ce modèle sera pris pour base des études de faisabilité déclinées dans le présent document.

- De 100 à 110 lits, dont 91 à 100 lits de médecine et chirurgie dont 8 lits USC et 9 à 10 lits de gynécologie obstétrique.

<p>15 lits 15 lits</p> <p>Gériatrie</p>	<p>15 lits 15 lits 15 lits 15 lits</p> <p>Médecine Polyvalente Chirurgie</p>
30 lits médecine gériatrique	30 lits médecine polyvalente 30 lits médecine polyvalente et chirurgie (médico-chirurgical)

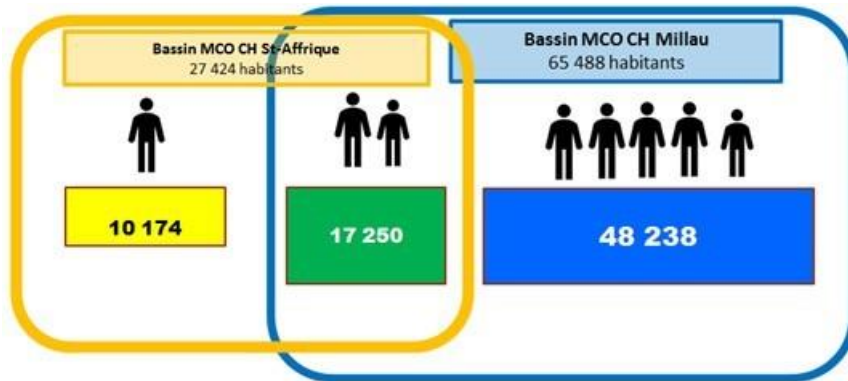
<p>10 lits 10 lits 8 lits</p> <p>Lits porte Maternité USC</p>	<p>19 places 14 places</p> <p>UCA HDJ Chimio</p>
10 lits UHCD 10 lits d'obstétrique 8 lits USC	<u>Hypothèses ambitieuses de développement de l'ambulatoire :</u> 19 places chirurgie ambulatoire 14 places hôpital de jour médecine dont chimiothérapies

Total : 118 lits et 33 places, soit 151 lits et places pour les faisabilités

5.8 Impact médical de la localisation sur le devenir de l'hôpital unique

5.8.1 Objectifs

Le futur hôpital unique –médian doit être dimensionné pour répondre aux besoins d'un bassin de santé estimé à environ 75 000 habitants.

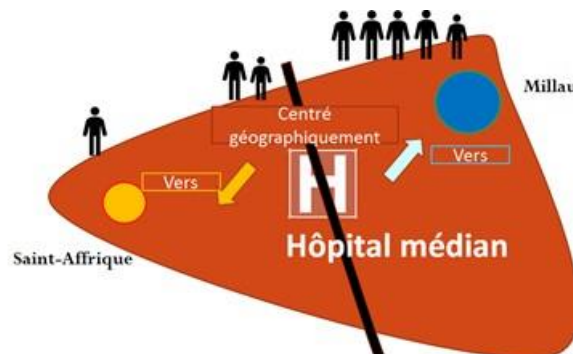


Au-delà de la réponse adaptée aux besoins du bassin de santé, les besoins ainsi que les taux d'attractivité sont différents et à moduler en fonction de l'implantation finale du futur hôpital. Il y a également lieu d'intégrer dans la réflexion la présence et le développement des maisons de santé dans la région sud-Aveyron, de nature à faire évoluer les organisations SMUR notamment pour les futurs sites.

Enfin, une implantation unique de l'hôpital médian qui s'éloignerait de l'un ou l'autre des deux centres les plus habités (MILLAU et SAINT-AFFRIQUE) imposera de repenser l'accès à certains pans de l'offre pour la population la plus éloignée. En corollaire, éloigner l'offre d'une partie de la population entrainera indubitablement une fuite plus importante de celle-ci vers d'autres centres que le futur hôpital unique – médian.

L'objet du présent chapitre est donc de décliner les impacts globaux des localisations du futur hôpital unique – médian sur ces différents paramètres. Les hypothèses envisagées sont « l'hôpital au plus proche de Saint-Affrique », « l'hôpital médian centré géographiquement » et « l'hôpital au plus proche de Millau ».

Dans un premier temps, cette analyse est menée hors toute notion de bâti et indépendamment des notions d'acceptabilité des positionnements envisagés par les deux structures.

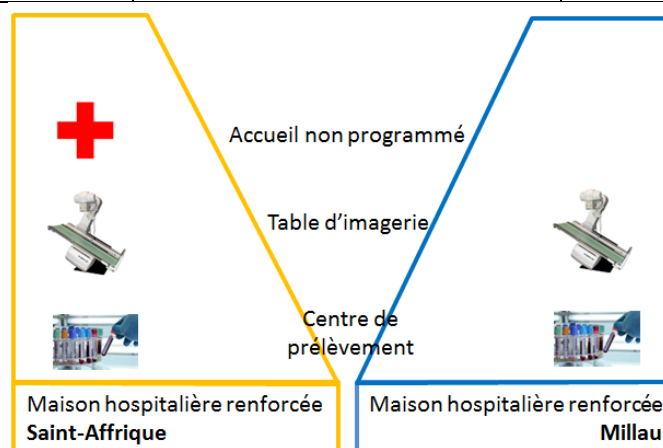


5.8.2 (A) – Hôpital « centré géographiquement »

Incontournables

Les données ressenties comme nécessaires pour préserver l'attractivité de la population et sa sécurisation sont ciblées ci-après. Elles résultent de l'analyse de l'activité assortie des entretiens avec les professionnels de santé des deux sites.

SAINT AFFRIQUE	HOPITAL NEUF	MILLAU
Des accueils non programmés pour répondre aux besoins les plus simples et conforter la présence médicale, en lien avec la médecine libérale Pas de SMUR a priori	Urgences – SMUR	Des accueils non programmés pour répondre aux besoins les plus simples et conforter la présence médicale, en lien avec la médecine libérale Pas de SMUR a priori
Une (des) table(s) d'imagerie pour limiter les transports de la population (ville, SSR, EHPAD, USLD)	Imagerie conventionnelle et de coupe	Une (des) table(s) d'imagerie pour limiter les transports de la population (ville, SSR, EHPAD, USLD)
Un centre de prélèvement au plus près de la population pour concurrencer le privé	Laboratoires	Un centre de prélèvement au plus près de la population pour concurrencer le privé
SSR – EHPAD – USLD	MCO	SSR – EHPAD - USLD



Points de risques

- Risques de fuites majorées vers MONTPELLIER (CHU ou autres établissements)
- Fragilité des activités de SSR sur chaque site, compte tenu de la taille (30 lits à Saint-Affrique, 44 lits à Millau et 40 lits à Fenaille) et de l'isolement

5.8.3 (B) – Hôpital « vers Saint-Affrique »

Incontournables

Les données ressenties comme nécessaires pour préserver l'attractivité de la population et sa sécurisation sont ciblées ci-après. Elles résultent de l'analyse des activités assortie des entretiens avec les professionnels de santé des deux sites.

SAINT AFFRIQUE	HOPITAL NEUF vers SAINT AFFRIQUE	MILLAU
	Urgences – SMUR	Des accueils non programmés pour répondre aux besoins les plus simples et conforter la présence médicale, en lien avec la médecine libérale. Pas de SMUR a priori
	Imagerie conventionnelle et de coupe	Une (des) table(s) d'imagerie pour limiter les transports de la population (ville, SSR, EHPAD, USLD). Compte tenu de la densité de la population, scanner souhaité.
	Laboratoires	Un centre de prélèvement au plus près de la population pour concurrencer le privé
SSR – EHPAD – USLD	MCO	SSR – EHPAD - USLD



Vers Saint-Affrique






Points de risques

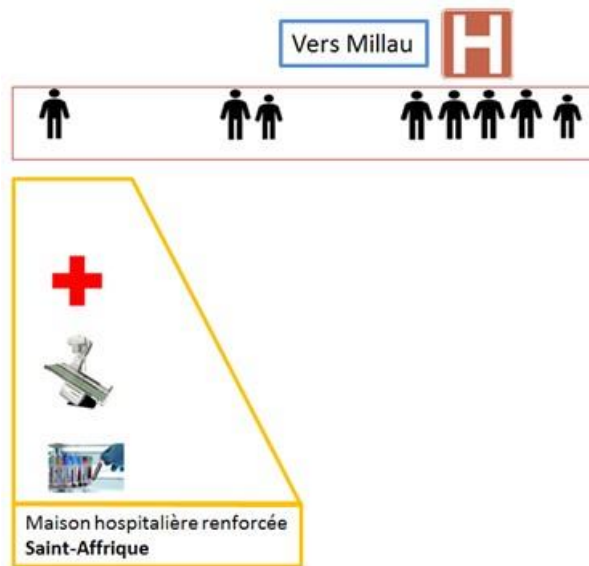
- Risques de fuites majorées vers MONTPELLIER
- Risque de confusion « accueil non programmé » et urgences sur la commune de MILLAU, compte tenu du fait que ce secteur est le plus dense en population. Il s'ensuivra une diminution des urgences (et des actes en conséquence) sur l'hôpital médian unique. Cet accueil non programmé au plus près de la grande concentration de population induira également des lits de médecine.
- Fragilité des activités de SSR à Millau, compte tenu de la taille (44 lits à Millau et 40 lits à Fenaille) et de l'isolement desdits sites par rapport à l'hôpital unique.

5.8.4 (C) – Hôpital « vers Millau »

Incontournables

Les données ressenties comme nécessaires pour préserver l'attractivité de la population et sa sécurisation sont ciblées ci-après. Elles résultent de l'analyse des activités assortie des entretiens avec les professionnels de santé des deux sites.

SAINT AFFRIQUE	HOPITAL NEUF vers MILLAU	MILLAU
		
Des accueils non programmés pour répondre aux besoins les plus simples et conforter la présence médicale, en lien avec la médecine libérale. Pas de SMUR a priori. Travail en lien avec le SDIS-pompiers pour couvrir les zones les plus éloignées.	Urgences – SMUR	
Une (des) table(s) d'imagerie pour limiter les transports de la population (ville, SSR, EHPAD, USLD).	Imagerie conventionnelle et de coupe	
Un centre de prélèvement au plus près de la population pour concurrencer le privé	Laboratoires	
SSR – EHPAD – USLD	MCO	SSR – EHPAD - USLD



Points de risques

- Risques de fuites majorées vers MONTPELLIER
- Fragilité des activités de SSR à Saint-Affrique, compte tenu de la taille (30 lits) et de l'isolement par rapport à l'hôpital unique.

5.8.5 Conclusions

- Quelque-soit le cas de figure, il semble indispensable de structurer une offre de type « maison hospitalière renforcée » associant consultations non programmées (*médecine générale, en lien avec la médecine libérale*), centre de prélèvements et table(s) d'imagerie au plus proche des communes.
- Un positionnement trop éloigné de la zone de population la plus dense (MILLAU) serait de nature à augmenter les risques (*fuites, confusion des prises en charge...*).

6 - CHAPITRE 4 – PREPROGRAMME DES BESOINS

6.1 Dimensionnements théoriques des besoins – scénario 20 ans

6.1.1 Hôpital unique : la « colonne vertébrale » de l'opération

Par la définition de la colonne vertébrale du projet, nous entendons structurer les flux dans l'hôpital et les continuités fonctionnelles impératives et incontournables.

A) Définitions

Pour faciliter la lecture du document, les éléments constituant l'hôpital unique ont été répartis de la façon suivante :

- **Logistique globale de site** : la logistique globale associe toutes les fonctions support indispensables au fonctionnement quotidien de l'établissement. A ce stade, et compte tenu du niveau d'incertitudes quant au traitement de ces prestations, des provisions sont envisagées, les intitulés étant représentatifs de « fonctions » et pas forcément d'organes de production de site ;
 - Fonction cuisine
 - Magasins généraux
 - Lingerie
 - Gestion centrale des déchets
 - Arrivée – départ matières
- **Logistique médico-technique de site** : la logistique médico technique regroupe les fonctions en lien avec la logistique et répondant comme elle à une notion de "fonction support" pour l'établissement, mais présentant une composante médicale majeure (soins)
 - Pharmacie – (URC – stérilisation)
 - Laboratoires
 - Bio-médical

Viennent en corollaire de l'ensemble logistique et logistique médico technique, les archives centrales (*nota* : les archives centrales pourraient être maintenues sur un des sites actuels), les vestiaires (*nota* : une centralisation est proposée), les services techniques, la chambre mortuaire (*nota* : disposition obligatoire si l'établissement enregistre plus de 200 décès annuels), le self, l'internat et les fonctions tertiaires administratives.

- **L'ambulatoire** : secteurs regroupant l'ensemble des activités externes à "flux courts" (et très courts).
 - Consultations et explorations fonctionnelles (*nota* : explorations fonctionnelles non invasives uniquement, les explorations fonctionnelles invasives étant regroupées avec le plateau technique)
 - Hôpital de jour médical dont chimiothérapies (*nota* : les professionnels de santé ont fait état d'une prise en charge hôpital de jour gériatrique, qui à ce stade n'est pas intégrée à la réflexion)
 - Hôpital de jour chirurgical (UCA), en porte-à-porte avec le bloc opératoire
- **L'hospitalisation complète**
 - Hospitalisation complète médecine polyvalente, médecine gériatrique, médico-chirurgicale (médecine polyvalente et chirurgie), obstétrique
- **Les soins chauds**
 - Soins continus
- **Le plateau technique**
 - Urgences - SMUR

- o Imagerie (l'imagerie est intégrée au plateau technique mais s'inscrit dans une double réflexion flux internes et flux externes, en lien donc avec l'ambulateur)
- o Bloc opératoire et bloc obstétrical

Viennent compléter l'ensemble des secteurs précités, la fonction hall - accueil - bureau des entrées, ainsi que les bureaux médicaux des praticiens.

Sur ce dernier point, il est pris pour hypothèse que les bureaux de consultations sont dissociés des bureaux médicaux des praticiens (*les praticiens consultent dans des espaces polyvalents, sauf matériels spécifiques*).

B) Hiérarchisation des liens fonctionnels envisagés

Le tableau ci-après met en évidence les liens fonctionnels aisés et/ou les contiguités prises en compte pour les secteurs étudiés.

	Liens fonctionnels aisés		Contiguités																						
	UCPA	Magasins	Lingerie	Déchets	Quais	Pharmacie	Labos	Stoméd	Tertiaire	Morgue	Archives	Dall	Vestibule	Adm	Co-expl	HC méd	UCA	HC Méd - chir	Obst	USC	Urgences	Imagerie	Bloc	SOB	
Logistique																									
UCPA																									
Magasins																									
Lingerie																									
Déchets																									
Quais																									
Logistique médico technique																									
Pharmacie - UR C - stérilisation																									
Labo ratelés																									
Biomédical																									
Autres																									
Tertiaire																									
Chambre mortuaire																									
Archives																									
Vestibule																									
Sanitaires techniques																									
Intercom accueil																									
Administration																									
Ambulatoire																									
Consultations																									
Hôpital de jour médical																									
Hôpital de jour chirurgical																									
HC																									
HC médecine - chirurgie																									
HC obstétrique																									
Soins critiques																									
USC																									
Plateau technique																									
Urgences																									
Bloc opératoire																									
Bloc obstétrical																									
Imagerie																									

Il en ressort globalement les conclusions structurantes suivantes :

- L'ensemble des consultations - explorations fonctionnelles (non invasives) doivent être regroupées dans un lieu géographique unique et bénéficier de liens fonctionnels pratiquement contigus avec l'imagerie (consultations orthopédie notamment). En corollaire, ces secteurs doivent être lisibles et directement accessibles depuis le hall, les stationnements et le bureau des entrées.
- L'imagerie et les urgences sont contiguës fonctionnellement
- Les plateaux d'hospitalisation complète sont regroupés.
- Le bloc opératoire et le bloc obstétrical sont contigus fonctionnellement
- L'obstétrique et le bloc obstétrical bénéficient de contiguités fonctionnelles (verticales ou horizontales)
- L'hôpital de jour chirurgie est contigu fonctionnellement au bloc opératoire
- L'USC est contiguë fonctionnellement au bloc opératoire

- La logistique et la logistique médico-technique sont géographiquement regroupés au bénéfice d'un quai arrivée départ matières unique pour l'ensemble de ces activités et de liens fonctionnels aisés avec l'ensemble des activités soins de l'établissement.
- Les vestiaires sont centralisés, à proximité de la lingerie pour l'établissement. A noter que par centralisation, on entend regroupement géographique, tout en maintenant des sectorisations (pour éviter tout effet "hall de gare" et sécuriser les espaces).

C) Schéma fonctionnel global correspondant

Fonctions logistiques et médico-logistiques

Le schéma ci-dessous met en évidence les organisations souhaitées pour l'ensemble des secteurs constituant la logistique et la logistique médico technique globale de l'établissement.

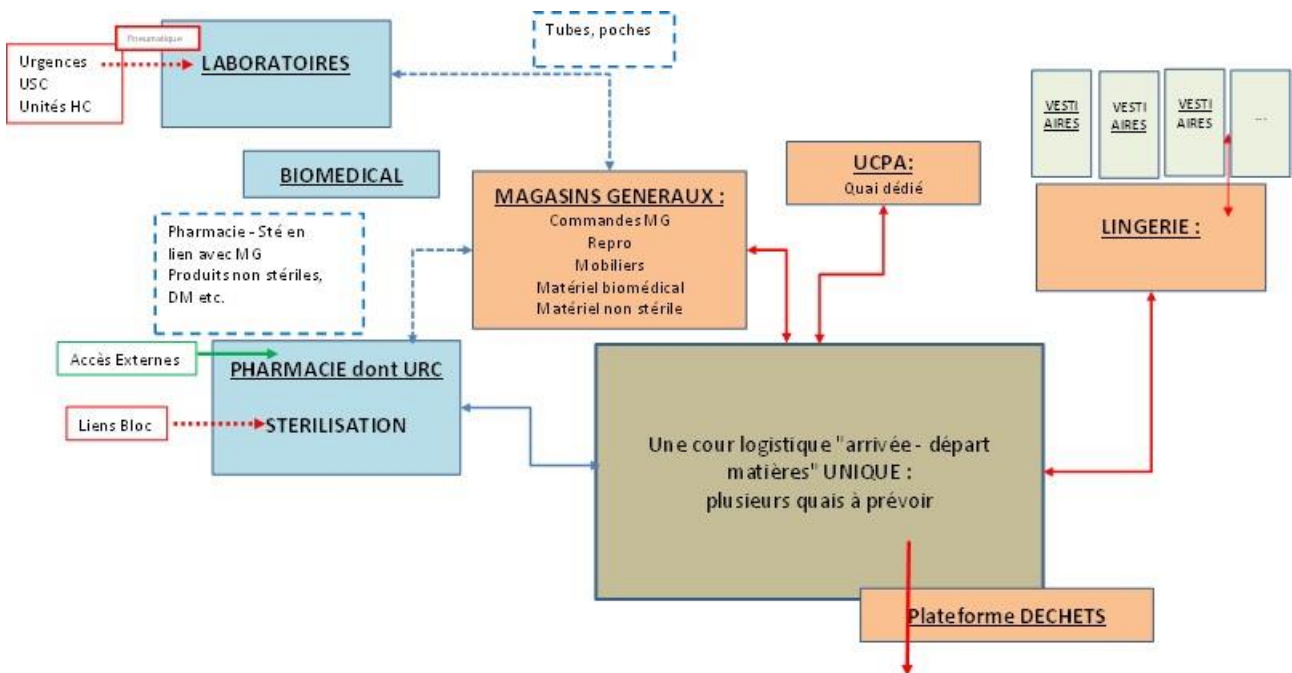
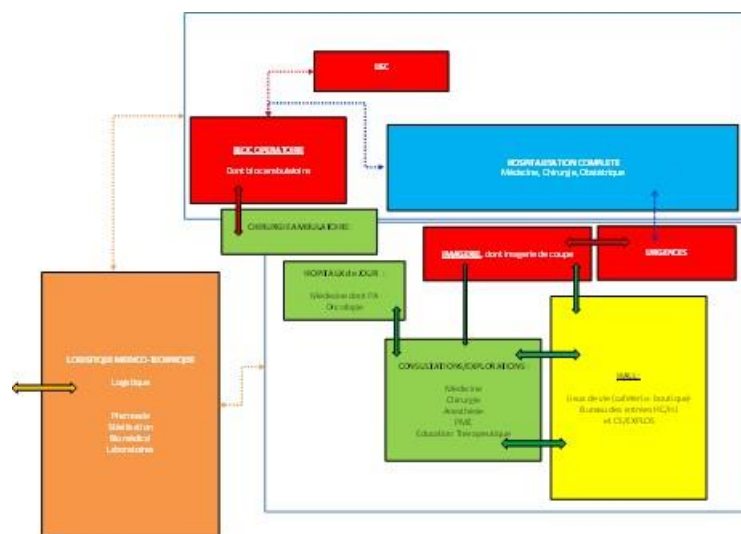
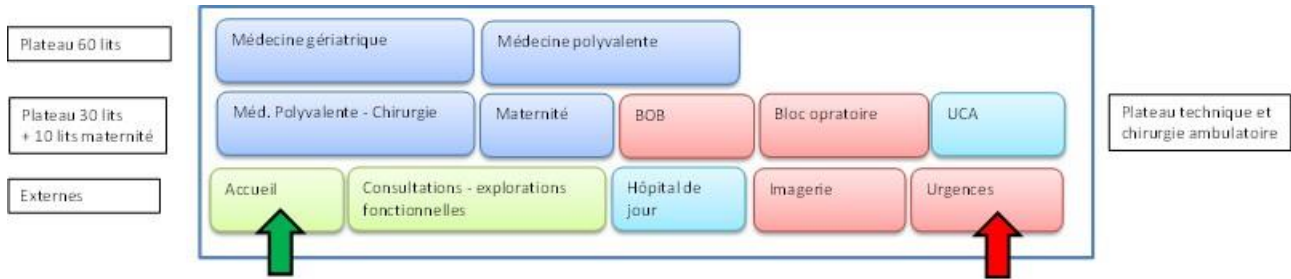


Schéma fonctionnel global





6.1.2 Hôpital unique : principes d'organisation du site

A) Les accès

La bonne gestion des flux externes et accès sur le site tiendra compte de l'environnement urbain (*voies de circulation et accessibilité*) et de la configuration de site à proprement.

L'accès général au site est unique.

Les circuits extérieurs suivants doivent être distingués :

- Un circuit principal pour le public valide (visiteurs, consultants) ;
- Un circuit secondaire pour les fonctions logistiques, impérativement dissocié des accès principaux visiteurs - consultants
- Le personnel pourra utiliser le circuit principal ou le circuit secondaire (en fonction de la localisation des stationnements personnel et des vestiaires) ;
- Un circuit dédié pour les urgences ;

L'entrée des piétons se fera :

- S'il s'agit de patients ou de visiteurs : par le hall général du futur bâtiment ;
- L'accès principal sera unique, lisible et fortement identifié.
- Les patients auront accès, depuis le hall principal, à la prise en charge ambulatoire, à l'imagerie, aux unités d'hospitalisation.
- Seuls le personnel et les services de sécurité incendie auront la possibilité d'utiliser d'autres entrées qui leur seront réservées et auxquelles ils auront accès à l'aide de moyens d'ouverture spécifiques.

L'entrée des patients couchés se fera par une zone de dépose minute avec places pour personnes handicapées mises en évidence à proximité du hall ;

Les aires de stationnement seront distinguées selon les affectations suivantes :

- Les véhicules des particuliers seront orientés vers des parkings dédiés (visiteurs et personnel) ;
- Les taxis et ambulances disposeront d'une zone de dépose minute devant l'entrée principale du bâtiment.

Le projet futur devra respecter la cible suivante :

- 250 à 300 places pour le personnel avec accès réservé ;
- 200 à 250 places pour les visiteurs, consultants.

B) Les flux

Certains circuits doivent respecter les contraintes suivantes :

- Les secteurs ambulatoires (*consultations, hôpitaux de jour*) doivent bénéficier de localisations, au plus proche du hall (*bureau des entrées*) et des espaces de stationnement pour les consultants (*trajets courts*) ;
- Les liens fonctionnels entre les hospitalisations complètes et les constituants du plateau technique (*urgences, imagerie, bloc opératoire*) seront, verticaux ou horizontaux, les plus courts possibles ;
- La logistique (*flux d'acheminement et de retour des chariots cuisine vers et depuis les unités d'hospitalisation - flux quotidien de ramassage des déchets dans l'ensemble des services - flux d'acheminement des produits d'entretien et d'autres matériels vers l'ensemble des services - flux quotidien de ramassage de linge sale - flux quotidien d'acheminement et de retour des armoires de linge propre vers les services - flux quotidien de la pharmacie etc.*) ne nécessite pas de circuit dédié dans la mesure où les produits transportés sont isolés et gérés par la qualité du contenant.

6.1.3 Hôpital unique : prédimensionnements théoriques

Hall – bureau des entrées

HALL - ACCUEIL						
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES	Nb.	SU m ²	SUT m ²	TT m ²	Commentaires	
Hall						
Hall	1	100	100			
Cafétéria	1	60	60			
Sanitaires	2	4	8			
Admissions et paiements						
Espace accueil orientation	1	6	6			
Standard	1	15	15		Dont PC sécurité	
Box	4	4	16			
Facturation - accueil BE	1	40	40			
Bureau polyvalent	1	14	14			
Locaux personnel (vétiaire, sanitaire...)	1	16	16			
Logistique						
Local ménage	1	6	6			
TOTAL SURFACE UTILE				281		
Coefficient SDO/SU Théorique				1,50		
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE				422		

Nota : la prise en charge dans l'hôpital de demain bénéficiera des technologies du futur, dont la prise de RV internet. La zone « admissions et paiements » permet principalement de gérer les paiements, les contentieux.

Consultations et explorations fonctionnelles

		Consultations - Explorations Fonctionnelles				
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES		Nb.	SU m²	SUT m²	TT m²	Commentaires
Accueil						
Accueil administratif		1		0		
Attente post consultations		1	15	15		
Sanitaires		2	4	8		
Secrétariat consultations		1	20	20		
Espace back office prises de RV		1	20	20		
Consultations médecine						
Attente secondaire		1	18	18		
Attente patients couchés		1	12	12		
Bureau consultations		6	18	108		
Explorations fonctionnelles		2	20	40		
Chirurgie et anesthésie						
Attente secondaire		1	18	18		
Attente patients couchés		1	12	12		
Bureau consultations		4	18	72		
Espaces dédiés (OPH, ORL)		3	18	54		
Salle de plâtre				0		SO (boxes consultations équipés)
Logistique						
Sanitaires		2	4	8		
Détente personnel		1	9	9		
Stockages		2	12	24		
LP		1	8	8		
LS et DASRI		1	12	12		
Local ménage		1	6	6		
TOTAL SURFACE UTILE					464	
Coefficient SDO/SU Théorique					1,40	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE					650	

Imagerie

		IMAGERIE : 2 salles conventionnelles - 1 écho - 1 mammo - 1 scanner - 1 IRM				
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES		Nb.	SU m ²	SUT m ²	TT m ²	Commentaires
Accueil - attente						
Attente patients couchés		1	15	15		
Attente patients valides		1	25	25		
Sanitaires		2	4	8		
Secrétariat - accueil adm et médical		1	20	20		
Bureau médical		1	12	12		
Activités						
Salle conventionnelle		2	40	80		
Echographie		1	20	20		Avec sanitaires
Mammographie		1	14	14		Dont local technique
Préparation patients		2	4	8		
Scanner		1	60	60		
IRM		1	60	60		
Interprétation		2	12	24		
Bureau cadre		1	9	9		
Bureau médical		4	9	36		
Logistique						
Sanitaires		1	4	4		
Détente personnel		1	12	12		
Staff		1		0		Avec urgences
Stockages		2	12	24		
LP		1	8	8		
LS et DASRI		1	12	12		
Local ménage		1	6	6		
TOTAL SURFACE UTILE					457	
Coefficient SDO/SU Théorique					1,50	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE					686	

Urgences

URGENCES : 18 à 20 000 passages						
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES	Nb.	SU m ²	SUT m ²	TT m ²	Commentaires	
Accueil - attente						
Attente générale	1	40	40			
Sanitaires	2	4	8			
Accueil administratif	1	10	10			
Accueil IOA dont espace premier examen	1	20	20			
Prise en charge						
Attente patients vus	1	20	20			
Salle de déchoquage	1	40	40		2 postes	
Salle de plâtre	1	14	14		Contigu BI	
Boxes de soins	6	14	84			
Salle petite chirurgie - sutures	1	14	14			
Salle urgences psychiatriques	1	14	14			
Bureau infirmier	1	25	25			
Salle de préparation des soins	1	20	20			
Retour soins - désinfection	1	6	6			
UHCD : 10 lits						
Chambres individuelles	10	16	160		Avec WC et lavabo	
Douche	2	6	12			
Lave bassin	1	4	4		PM : partagée avec urgences	
Zone de soins (BI - préparation - retour soins)			0			
Retour soins - désinfection	1	4	4			
Logistique						
Office alimentaire	1	10	10			
Stockages	2	12	24			
Lingerie propre	1	9	9			
Linge sale et DASRI	1	12	12			
Détente personnel	1	14	14			
Bureaux médicaux	4	9	36			
Bureau cadre	1	12	12			
Stockage gros matériel	1	30	30			
Stockage SMUR	1	14	14			
Salle de staff	1	20	20			
Local ménage	1	6	6			
Sanitaires personnel	2	3	6			
TOTAL SURFACE UTILE				688		
Coefficient SDO/SU Théorique				1,40		
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE				963		

Hôpital de jour de médecine

HDJ MEDICAL : 14 places					
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES	Nb.	SU m ²	SUT m ²	TT m ²	Commentaires
Accueil - attente					
Secrétariat - accueil	1	14	14		2 postes
Prise de constantes	1	8	8		
Espace examen polyvalent (entretien feu vert)	2	9	18		
Salle attente (arrivée et accompagnants)	1	15	15		
Sanitaires	2	4	8		
Prise en charge					
Espaces individuels	6	10	60		Avec sanitaires
Salon fauteuils	2	16	32		Pour 4 places
Sanitaires	2	4	8		
Espace soins support	1	14	14		
Bureau infirmier	1	18	18		Ouvert sur la zone de prise en charge patients
Salle de préparation des soins	1	12	12		Contigu BI
Retour soins - désinfection	1	6	6		
Logistique					
Office alimentaire	1	12	12		Préparation encas
Stockages	1	15	15		
Lingerie propre	1	9	9		
Linge sale et DASRI	1	12	12		
Détente personnel	1	9	9		
Bureau cadre	1	12	12		
Stockage gros matériel	1	20	20		
Local ménage	1	6	6		
Sanitaires personnel	2	3	6		
TOTAL SURFACE UTILE				314	
Coefficient SDO/SU Théorique				1,35	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE				424	

Chirurgie ambulatoire

Chirurgie ambulatoire : 19 places					
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES	Nb.	SU m ²	SUT m ²	TT m ²	Commentaires
Accueil - attente					
Secrétariat - accueil	1	14	14		2 postes
Salle attente (arrivée et accompagnants)	1	15	15		
Salon sortie (en lien avec BI également)	1	20	20		
Sanitaires	2	4	8		
Prise en charge					
Vestiaires patients	2	12	24		H/F (circuits très courts)
Douche	1	3	3		Proche vestiaires patients
Espaces individuels	6	10	60		Avec sanitaires
Salon fauteuils	2	25	50		Pour 4 à 5 places
Sanitaires	2	4	8		
Bureau médical (résultats, réception des patients etc.)	1	12	12		
Bureau infirmier	1	18	18		Ouvert sur la zone de prise en charge patients
Salle de préparation des soins	1	12	12		Contigu BI
Retour soins - désinfection	1	6	6		
Logistique					
Office alimentaire	1	12	12		Préparation encas
Stockages	1	15	15		
Lingerie propre	1	9	9		
Linge sale et DASRI	1	12	12		
Détente personnel	1	9	9		
Bureau cadre	1	12	12		
Stockage gros matériel	1	20	20		
Local ménage	1	6	6		
Sanitaires personnel	2	3	6		
TOTAL SURFACE UTILE				351	
Coefficient SDO/SU Théorique				1,35	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE				474	

Bloc opératoire

		BLOC OPERATOIRE - 5 SALLES + 3 SALLES ENDOSCOPIES				
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES		Nb.	SU m²	SUT m²	TT m²	Commentaires
Sas entrée - sortie						
Vestiaires secondaires H/F		2	25	50		Compris sanitaires et douches
Sas logistiques		3	5	15		
Transfert patients						
Attente patients "debout"		1	14	14		
Vestiaires patients "debout"		2	8	16		
Zone transfert patients couchés dont stockage chariots bloc etc.		1	18	18		
PC Bloc						
Bureau médical		2	9	18		
Régulation		1	12	12		
Salle de staff		1	15	15		
Cadre		1	9	9		
Détente personnel		1	14	14		
Zone interventionnelle						
Salles opératoires		5	45	225		
Pré désinfection avant départ stérilisation		1	12	12		
Salles endoscopies		3	35	105		
Réa nouveaux nés		1	10	10		
Auge		3	4	12		
Logistique						
Stockage gros matériel		2	14	28		
Désinfection des endoscopes		1	20	20		
Matériel stérile		1	50	50		
Stockages		2	12	24		(pharmacie, anesthésie, prothèses et implants etc.)
SSPI						
SSPI		1	150	150		12 à 15 postes
Surveillance SSPI		1	9	9		
Stock		2	9	18		
Vidoir LB		1	4	4		
LP		1	12	12		
LS et DASRI		1	14	14		
Local ménage		1	6	6		
TOTAL SURFACE UTILE					880	
Coefficient SDO/SU Théorique					1,50	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE					1 320	

Bloc obstétrical et urgences obstétricales

		BOB (dimensionné pour environ 700 naissances)				
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES		Nb.	SU m²	SUT m²	TT m²	Commentaires
Accueil BOB et urgences obstétricales						
Sas vestiaires personnel		1	12	12		
Vestiaires accompagnants		1	12	12		
Attente		1	15	15		
Sanitaires		2	4	8		
Examen - salle monitoring		2	14	28		
Bureau SF		1	20	20		Commun urg obst et BOB
Activités						
Pré travail		1	18	18		
Travail		2	28	56		
Salle physio		1	28	28		
Réa nouveaux nés		1	10	10		
Logistique						
Sanitaires		2	4	8		
Détente personnel		1	9	9		
Stockages		2	12	24		
LP		1	8	8		
LS et DASRI		1	12	12		
Local ménage		1	6	6		
TOTAL SURFACE UTILE					274	
Coefficient SDO/SU Théorique					1,40	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE					384	

Unité de soins continus : 8 lits

		USC : 8 lits				
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES		Nb.	SU m ²	SUT m ²	TT m ²	Commentaires
Zone accueil et filtre						
Attente familles		1	10	10		
Bureau entretien familles		1	14	14		
Bureaux médicaux		2	9	18		
Secrétariat médical		1	10	10		
Détente personnel		1	10	10		
Sas patients transfert		1	15	15		
Salle de staff		1	20	20		
Prise en charge						
Chambres à 1 lit		8	20	160		
Lave bassins		2	16	32		
Douche et sanitaire patients		Ens	18	18		
BI		1	12	12		
Salle de préparation des soins		1	15	15		Contigu BI
Retour soins - désinfection		1	6	6		
Logistique						
Office alimentaire		1	10	10		
Stockages		1	10	10		
Lingerie propre		1	9	9		
Linge sale et DASRI		1	12	12		
Détente personnel		1	9	9		
Bureau cadre		1	12	12		
Stockage gros matériel		1	15	15		
Local ménage		1	6	6		
Sanitaires personnel		2	3	6		
TOTAL SURFACE UTILE					429	
Coefficient SDO/SU Théorique					1,40	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE					601	

Hospitalisation complète

Plateau 60 lits : gériatrie et médecine polyvalente					
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES	Nb.	SU m ²	SUT m ²	TT m ²	Commentaires
Unité 1 : 30 lits Gériatrie					
Chambres à 1 lit	24	18	432		
Chambres à 2 lits	3	25	75		
Local lave bassin	2	4	8		1 pour 15 lits
Local chariot linge propre	1	4	4		Local relai (logistique centralisée)
Local chariot linge sale	1	4	4		Local relai (logistique centralisée)
Bureau infirmier	1	18	18		Partie administrative
Bureau médical polyvalent	1	12	12		Contigu au BI
Salle de préparation des soins	1	15	15		Contigu au BI
Retour soins - désinfection	1	6	6		
Unité 2 - 30 lits médecine polyvalente					
Chambres à 1 lit	24	18	432		
Chambres à 2 lits	3	25	75		
Local lave bassin	2	4	8		1 pour 15 lits
Local chariot linge propre	1	4	4		Local relai (logistique centralisée)
Local chariot linge sale	1	4	4		Local relai (logistique centralisée)
Bureau infirmier	1	18	18		Partie administrative
Bureau médical polyvalent	1	12	12		Contigu au BI
Salle de préparation des soins	1	15	15		Contigu au BI
Retour soins - désinfection	1	6	6		
LOGISTIQUE CENTRALE et LIEUX de VIE/ACTIVITES					
LOGISTIQUE					
Office alimentaire	1	30	30		Liaison froide - bornes de maintien en température - préparation petits déjeuners et encas
Stockages	2	15	30		
Lingerie propre	1	12	12		
Linge sale et DASRI	1	15	15		
Détente personnel	1	12	12		
Bureau polyvalent	1	14	14		Fonctions "transverses" de site (AS, etc.)
Bureau cadre	1	12	12		
Stockage gros matériel	1	40	40		
Local ménage	1	9	9		
Sanitaires personnel	2	4	8		
LIEUX DE VIE - ACTIVITES					
Salon patients	2	15	30		
Espace kinésithérapie - activités	1	40	40		(élément obligatoire en CSG : à voir)
TOTAL SURFACE UTILE				1 400	
Coefficient SDO/SU Théorique				1,35	

SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE		1 890				
		Plateau 30 lits + 10 lits : médecine-chirurgie et obstétrique				
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES	Nb.	SU m ²	SUT m ²	TT m ²	Commentaires	
Unité 1 - 30 lits médico-chirurgical						
Chambres à 1 lit	24	18	432			
Chambres à 2 lits	3	25	75			
Local lave bassin	2	4	8		1 pour 15 lits	
Local chariot linge propre	1	4	4		Local relai (logistique centralisée)	
Local chariot linge sale	1	4	4		Local relai (logistique centralisée)	
Bureau infirmier	1	18	18		Partie administrative	
Bureau médical polyvalent	1	12	12		Contigu au BI	
Salle de préparation des soins	1	15	15		Contigu au BI	
Retour soins - désinfection	1	6	6			
Unité 2 - 10 lits obstétrique						
Chambres à 1 lit	8	18	144			
Chambres à 2 lits	1	25	25			
Nurserie	1	20	20		Pour 5 nouveaux-nés	
Salon allaitement	1	12	12			
Local chariot linge propre	1	4	4		Local relai (logistique centralisée)	
Local chariot linge sale	1	4	4		Local relai (logistique centralisée)	
Bureau pédiatre	1	12	12			
Bureau Sage-femmes	1	18	18			
Salle de préparation des soins	1	12	12		Contigu espace SF	
Retour soins - désinfection	1	4	4			
LOGISTIQUE CENTRALE et LIEUX de VIE						
LOGISTIQUE						
Office alimentaire	1	24	24		Liaison froide - bornes de maintien en température - préparation petits déjeuners et encas	
Stockages	2	15	30			
Lingerie propre	1	12	12			
Linge sale et DASRI	1	15	15			
Détente personnel	1	12	12			
Bureau polyvalent	1	14	14		Fonctions "transverses" de site (AS, etc.)	
Bureau cadre	1	12	12			
Stockage gros matériel	1	40	40			
Local ménage	1	9	9			
Sanitaires personnel	2	4	8			
LIEUX DE VIE - ACTIVITES						
Salon patients	1	15	15			
TOTAL SURFACE UTILE		1 020				
Coefficient SDO/SU Théorique		1,35				
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE		1 377				

6.1.4 Hôpital unique : total SDO théoriques

RECAPITULATIF SDO HOPITAL MEDIAN			
SECTEUR	SU	COEFF	SDO
HALL - BE	281	1,5	422
CONSULTATIONS - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	464	1,4	650
IMAGERIE	457	1,5	686
URGENCES	688	1,4	963
BOB et urgences obstétricales	274	1,4	384
BLOC OPERATOIRE	880	1,5	1 320
USC	429	1,4	601
HDJ ONCOLOGIE	314	1,35	424
CHIRURGIE AMBULATOIRE	351	1,35	474
UN PLATEAU MEDECINE GERIATRIQUE - MEDECINE POLYVALENTE	1 400	1,35	1 890
UN PLATEAU MEDICO-CHIRURGICAL et OBSTETRIQUE	1 020	1,35	1 377
PROVISIONS BUREAUX MEDICAUX	200	1,2	240
PROVISIONS LOGISTIQUE (QUAIS, PHARMACIE, LABOS VESTIAIRES ...)	1 000	1,1	1 100
PROVISION ADMINISTRATION	300	1,2	360
TOTAL 1	8 058	1,35	10 889
PROVISIONS CIRCULATIONS GENERALES			327
PROVISIONS LOCAUX TECHNIQUES			1 089
TOTAL GENERAL	8 058		12 304

Soit une cible d'environ **12 300 m² dans œuvre** pour le futur hôpital unique médian.

Correspondant à un ratio de 81m²DO par (lit et place) et de 104 m² DO/lit.

Remarques :

- Une provision « circulations générales » pour le bâtiment est prise, à ce stade, pour 3% des surfaces dans œuvre globales
- Une provision « locaux techniques » (sources de production etc.) est prise à ce stade pour 10% des surfaces dans œuvre globales
- Les locaux logistiques, bureaux médicaux et administration sont « provisionnés » à ce stade au regard de dimensionnements d'hôpitaux comparables. Ce sont des cibles maximales.

6.1.5 Activités SSR – dimensionnements théoriques

44 lits (Millau)

		SSR MILLAU				
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES		Nb.	SU m²	SUT m²	TT m²	Commentaires
Unité 1 - 22 lits SSR						
Chambres à 1 lit		18	20	360		
Chambres à 2 lits		2	28	56		
Local lave bassin		1	4	4		
Local chariot linge propre		1	4	4		Local relai (logistique centralisée)
Local chariot linge sale		1	4	4		Local relai (logistique centralisée)
Unité 2 - 22 lits SSR						
Chambres à 1 lit		18	20	360		
Chambres à 2 lits		2	28	56		
Local lave bassin		2	4	8		1 pour 15 lits
Local chariot linge propre		1	4	4		Local relai (logistique centralisée)
Local chariot linge sale		1	4	4		Local relai (logistique centralisée)
LOGISTIQUE CENTRALE et LIEUX de VIE/ACTIVITES						
LOGISTIQUE						
Bureau infirmier		1	30	30		Partie administrative
Bureau médical polyvalent		1	12	12		Contigu au BI
Salle de préparation des soins		1	18	18		Contigu au BI
Retour soins - désinfection		1	6	6		
Office alimentaire		1	24	24		Liaison froide - bornes de maintien en température - préparation petits déjeuners et encas
Stockages		2	12	24		
Lingerie propre		1	9	9		
Linge sale et DASRI		1	12	12		
Détente personnel		1	12	12		
Bureau polyvalent		1	14	14		Fonctions "transverses" de site (AS, etc.)
Bureau cadre		1	12	12		
Stockage gros matériel		1	30	30		
Local ménage		1	9	9		
Sanitaires personnel		2	4	8		
Lieux de vie						
Salle à manger		1	50	50		
PLATEAU TECHNIQUE DE REEDUCATION						
Kinésithérapie						
Salle kinésithérapie		1	100	100		
Boxes individuels		2	6	12		
Ergothérapie						

Activités	2	30	60		
Cuisine thérapeutique et espace repas	1	25	25		
Locaux communs					
Bureau kinés - ergos	2	15	30		
Sanitaires	4	4	16		
Réunion - synthèses	1	30	30		
TOTAL SURFACE UTILE				1 403	
Coefficient SDO/SU Théorique				1,35	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE				1 894	

30 lits (Saint-Affrique)

		SSR SAINT AFFRIQUE				
SERVICES, UNITES FONCTIONNELLES		Nb.	SU m²	SUT m²	TT m²	Commentaires
30 lits SSR						
Chambres à 1 lit		26	20	520		
Chambres à 2 lits		2	28	56		
Local lave bassin		2	4	8		
LOGISTIQUE CENTRALE et LIEUX de VIE/ACTIVITES						
LOGISTIQUE						
Bureau infirmier		1	18	18		Partie administrative
Bureau médical polyvalent		1	12	12		Contigu au BI
Salle de préparation des soins		1	14	14		Contigu au BI
Retour soins - désinfection		1	6	6		
Office alimentaire		1	14	14		Liaison froide - bornes de maintien en température - préparation petits déjeuners et encas
Stockages		1	15	15		
Lingerie propre		1	6	6		
Linge sale et DASRI		1	9	9		
Détente personnel		1	9	9		
Bureau polyvalent		1	14	14		Fonctions "transverses" de site (AS, etc.)
Bureau cadre		1	12	12		
Stockage gros matériel		1	20	20		
Local ménage		1	6	6		
Sanitaires personnel		2	4	8		
Lieux de vie						
Salle à manger		1	30	30		
PLATEAU TECHNIQUE DE REEDUCATION						
Kinésithérapie						
Salle kinésithérapie		1	80	80		

Boxes individuels	2	6	12		
Ergothérapie					
Activités	1	20	20		
Cuisine thérapeutique et espace repas	1	20	20		
Locaux communs					
Bureau kinés - ergos	2	12	24		
Sanitaires	2	4	8		
Réunion - synthèses	1	25	25		
TOTAL SURFACE UTILE				966	
Coefficient SDO/SU Théorique				1,35	
SURFACE DANS ŒUVRE THEORIQUE				1 304	

6.1.6 Maisons hospitalières renforcées – Millau et Saint-Affrique

Les maisons hospitalières renforcées comprennent :

- Un centre de prélèvement
- Un centre de consultations généralistes (*structuré en lien avec les praticiens libéraux*)
- Un centre d'imagerie (une table conventionnelle + une salle écho-mammo)

Volontairement, les dimensionnements théoriques ci-après sont équivalents, quelque-soit le site (*bassin de population comparable*).

RECAPITULATIF SITE ST AFFRIQUE et MILLAU : Labos, Consultations avancées, imagerie			
SECTEUR	SU	COEFF	SDO
Imagerie (1 table)	100	1,4	140
Labos centre de prélèvement	200	1,5	300
Consultations avancées	200	1,4	280
Provision logistique (quais, livraisons...)	40	1,1	44
TOTAL 1	540	1,41	764
PROVISIONS CIRCULATIONS GENERALES			38
PROVISIONS LOCAUX TECHNIQUES			76
TOTAL GENERAL	540		879

7 - ETUDES DE FAISABILITE IMMOBILIERES – ANALYSE IMMOBILIERE COMPARATIVE FONCTION DE L'IMPLANTATION DE L'HOPITAL MEDIAN

Cette première approche de faisabilité respecte la logique médicale du présent document et se veut apporter un éclairage comparatif sur l'impact immobilier d'une implantation de l'hôpital unique envisagée « centrée », « proche Saint-Affrique » ou « proche Millau ».

7.1 Cas (A) – Hôpital unique centré géographiquement

La construction d'un hôpital unique centré géographiquement s'accompagne de l'organisation sur chaque site (MILLAU et SAINT AFFRIQUE) d'une maison hospitalière renforcée (*imagerie, centre de prélèvements, accueil non programmé en partenariat avec les médecins libéraux*).

Chaque site maintient par ailleurs ses activités SSR/USLD dont les repositionnements et/ou répartitions sont ici analysés au regard de leurs impacts financiers.

7.1.1 Coût investissement hôpital unique neuf site « central »

Le dimensionnement correspondant pour l'hôpital unique reconstruit s'inscrit dans une enveloppe de 12 300 m² dans œuvre.

Le tableau ci-après décline le coût « toutes dépenses confondues » lié à la reconstruction de 12 300 m² dans œuvre. Ce coût comprend la TVA (20%), le coût d'investissement travaux, les coûts de raccordement – VRD (provision « classique » sans contrainte majeure de site), une provision aléas (5% du montant des travaux), la réalisation d'une hélisation (HT travaux), les honoraires (MOE, AMO, Contrôle Technique, CSPS, SSI, Assurances, frais de raccordements, frais d'organisations de concours) et une part « actualisation- révision » ciblée sur environ 1.5% par an (ANAP).

Le coût travaux comprend :

- Le coût de la construction (*estimé par application de ratios de construction suivant secteurs concernés*)
- Un volet « impact environnemental »
- La construction d'une hélisation (*en superstructure sur le bâtiment à construire*)
- Les Voiries – Réseaux – Divers (VRD) dans l'enceinte du terrain (*la desserte du terrain et sa viabilisation ne sont pas intégrées dans le coût présenté*)
- Une provision aléas estimée à 5% des montants ci-dessus

Les honoraires comprennent :

- La maîtrise d'œuvre (*Mission de base dont SSI – hypothèse d'une procédure de type CREM*)
- Une provision pour les frais de concours (*indemnités, organisation du concours, frais de dossiers etc.*)
- La programmation et l'ATMO (*programmation suivant coût présente mission – ATMO évaluée*)
- Le contrôleur technique
- Le CSPS
- Une provision pour taxes d'aménagement et de raccordement (*terrain*)
- Les études de sols (*géotechnique, topographie*)
- Les frais d'assurance (*RC et DO*)

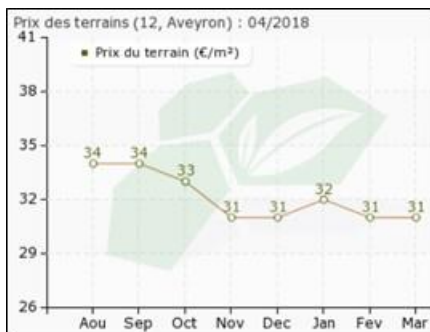
COUT TDC INVESTISSEMENT HOPITAL UNIQUE			
TOTAL TRAVAUX (HT)		26 130 000,00 €	
TOTAL HONORAIRES (HT)		5 762 000,00 €	
PROVISION POUR ACTUALISATION (HT)		2 671 000,00 €	
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (HT)		34 563 000,00 €	
TVA		6 913 000,00 €	
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (TTC)		41 476 000,00 €	
		+/- 20%	
<i>Date de référence des prix : 1^{er} trimestre 2018</i>			
TRAVAUX POUR CONSTRUCTION NEUVE			
SECTION FONCTIONNELLE	SDO (m ²)	P.U. (€ HT/m ² DO)	Montant par section FONCTIONNELLE (HT)
Hall - BE	422	1 400,00 €	590 100,00 €
Consultations - explorations fonctionnelles	650	1 400,00 €	909 440,00 €
Imagerie	686	2 500,00 €	1 713 750,00 €
Urgences	963	2 000,00 €	1 926 400,00 €
BOB et urgences obstétricales	384	2 000,00 €	767 200,00 €
Bloc opératoire	1 320	2 500,00 €	3 300 000,00 €
USC	601	1 800,00 €	1 081 080,00 €
HDJ oncologie	424	1 700,00 €	720 630,00 €
Chirurgie ambulatoire	474	1 700,00 €	805 545,00 €
HC médecine gériatrique - médecine polyvalente	1 890	1 700,00 €	3 213 000,00 €
HC médecine - chirurgie - obstétrique	1 377	1 700,00 €	2 340 900,00 €
Provision bureaux médicaux	240	1 400,00 €	336 000,00 €
Provisions logistique	1 100	1 400,00 €	1 540 000,00 €
Provisions administration	360	1 400,00 €	504 000,00 €
Provisions circulations générales	327	1 400,00 €	457 327,50 €
Provisions locaux techniques	1 089	1 100,00 €	1 197 762,50 €
	12 304	TOTAL	21 403 135,00 €
TRAVAUX D'ADAPTATION			
NATURE	Unité	Quantité	P.U. MONTANT (HT)
Démarche HQE©	%	21 403 135	3% 642 094,05 €
PROVISION HELISTATION			700 000,00 €
PROVISION VRD	m ²	21 403 135	10% 2 140 313,50 €
		TOTAL	3 482 407,55 €
INVESTISSEMENT TRAVAUX	TRAVAUX HORS ALEAS		<i>arrondi à : (3)</i> 24 886 000,00 €
	ALEAS	<i>taux : 5%</i>	<i>arrondi à : (3)</i> 1 244 000,00 €
	TRAVAUX ET ALEAS		26 130 000,00 €

HONORAIRES				
PRESTATAIRE	Type de mission	Assiette	Taux %	MONTANT TOT. PAR MISSION (HT)
Maitrise d'œuvre				
Maitrise d'œuvre	BASE+EXE	26 130 000,00 €	12,00%	3 135 600,00 €
Coordination Pilotage		26 130 000,00 €	1,00%	261 300,00 €
Concours	Hypothèse la plus coûteuse (CR dont exploitation maintenance)			800 000,00 €
Frais d'organisation de concours...			FT	8 000,00 €
Dossiers			FT	3 000,00 €
AMO				
ATMO dont HQE		26 130 000,00 €	1,60%	418 080,00 €
Programmation		26 130 000,00 €		80 000,00 €
Honoraires divers				
Contrôle technique		26 130 000,00 €	0,50%	130 650,00 €
Coordination sécurité santé		26 130 000,00 €	0,50%	130 650,00 €
Autres				
Frais de concessionnaires		26 130 000,00 €	0,20%	52 260,00 €
Assurance dommage ouvrage		26 130 000,00 €	2,00%	522 600,00 €
Etudes de sols - Sondages				20 000,00 €
Taxes aménagements et raccordements				200 000,00 €
HONORAIRES		TOTAL HONORAIRES		5 762 000,00 € <i>Arrondi à : (3)</i>
PROVISION POUR ACTUALISATION ET REVISION DES PRIX				
Délai actualisation avant début études	Mois	12	D0	
Délai d'études	Mois	9	D1	
Durée prévisionnelle des travaux	Mois	18	D2	
		TOTAL ACTUALISATION		2 671 000,00 € <i>Arrondi à : (3)</i>
		TOTAL OPERATION H.T.		34 563 000,00 €
TVA		20,0%		6 913 000,00 € <i>Arrondi à : (3)</i>
		TOTAL OPERATION T.D.C.		41 476 000,00 €

Ce coût s'entend, au stade de faisabilité, à +/-20%.

Ce coût TDC ne comprend pas l'acquisition du terrain et les équipements (*lits, biomédical etc.*).

- Le coût du terrain peut être évalué à environ 30€ le m² (*pour un terrain viabilisé, suivant données statistiques de la région*)



- Le coût des équipements représente environ 10 à 15% de l'investissement. Il est supposé ici que la plupart des équipements seront neufs (*pas ou peu de récupération des équipements actuels*).

7.1.2 Investissements à prévoir sur le site de SAINT AFFRIQUE

Dans l'hypothèse de la reconstruction de l'hôpital neuf sur un site central, il est prévu de réorganiser le site de SAINT AFFRIQUE pour accueillir 30 lits SSR dans des conditions hôtelières et médicales adaptées et sécurisées (*pour rappel, ces lits sont actuellement situés en zone inondable non constructible*) et une maison hospitalière renforcée.

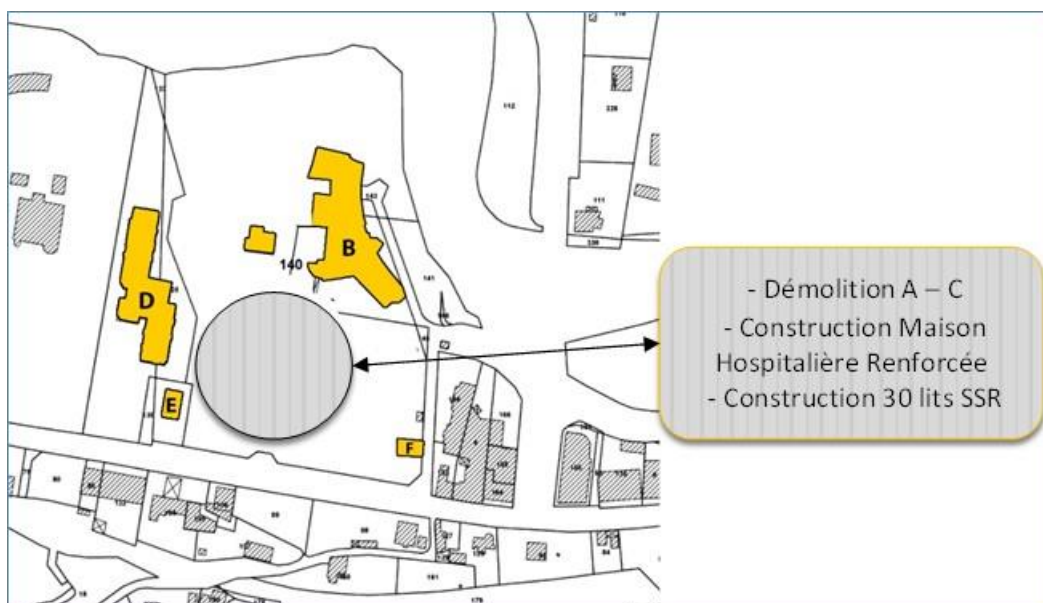
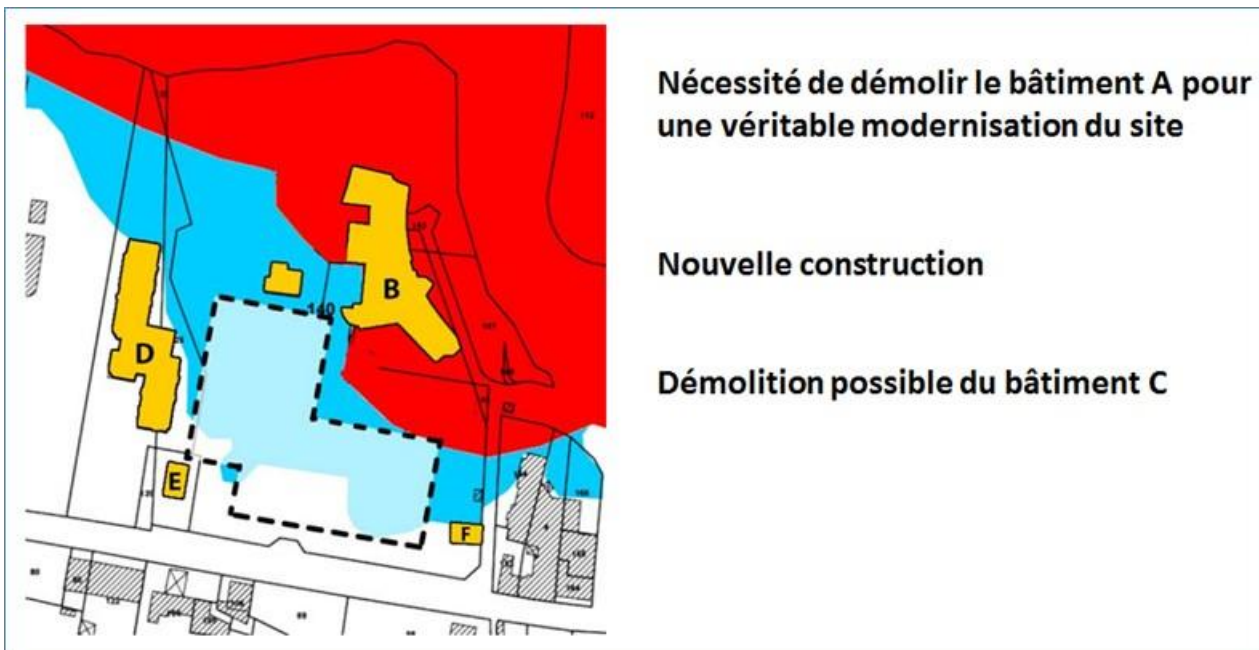
Y sont maintenues les activités EHPAD – USLD en l'état ainsi que la logistique associée (cuisine de site, vestiaires centraux, lingerie, services techniques, administration de site).

Plusieurs cas de figures peuvent être envisagés, allant d'une restructuration – reconstruction complète à une réutilisation du bâti existant.

Hyp. 1 – restructuration-reconstruction complète

L'hypothèse 1 repose sur la démolition du bâtiment A du site de SAINT-AFFRIQUE. L'état des lieux a en effet mis en évidence son manque d'évolutivité au regard d'une activité hospitalière « sanitaire ». Il est donc proposé ici de le démolir pour reconstruire sur le site un bâtiment plus efficient, cohérent et adapté aux prises en charge.

Cette disposition permet par ailleurs d'une part de « sortir les lits SSR » du bâtiment C actuellement en zone inondable et de recréer du foncier disponible sur le site pour reconfigurer à terme la prise en charge EHPAD – USLD.



Ces éléments ne prennent pas en compte les travaux à envisager ultérieurement pour l'EHPAD (financement indépendant) et pour l'USLD, qui sont donc maintenus dans leur configuration actuelle.

Les surfaces traitées en résultant sont les suivantes :

Hyp. 1 (SA) - RECONSTRUCTION MAISON HOSPITALIERE RENFORCEE, SSR 30 LITS et LOGISTIQUE (UCA, Lingerie, administration etc.)			
MAISON HOSPITALIERE	SU	COEFF	SDO
Imagerie (1 table)	100	1,4	140
Labos centre de prélèvement	200	1,5	300
Consultations avancées	200	1,4	280
Provision logistique (quais, livraisons...)	40	1,1	44
TOTAL 1	540	1,41	764
PROVISIONS CIRCULATIONS GENERALES			38
PROVISIONS LOCAUX TECHNIQUES			76
TOTAL MAISON HOSPITALIERE	540		879
SSR - 30 LITS	SU	COEFF	SDO
SSR et plateau technique de rééducation	966	1,35	1 304
TOTAL 2	966	1,35	1 304
PROVISIONS CIRCULATIONS GENERALES			65
PROVISIONS LOCAUX TECHNIQUES			130
TOTAL SSR 30 lits	966		1 500
LOGISTIQUE	SU	COEFF	SDO
Provision logistique (UCA, lingerie, adm. De site etc.)	1 000	1,10	1 100
TOTAL 3	1 000	1,10	1 100
PROVISIONS CIRCULATIONS GENERALES			55
PROVISIONS LOCAUX TECHNIQUES			110
TOTAL LOGISTIQUE	1 000		1 265
TOTAL GENERAL Hyp. 1 (SA)	2 506		3 643

Le tableau ci-après décline le coût « toutes dépenses confondues » lié à la reconstruction de 12 300 m² dans œuvre. Ce coût comprend la TVA (20%), le coût d'investissement travaux, les coûts de raccordement – VRD (provision « classique » sans contrainte majeure de site), une provision aléas (5% du montant des travaux), les honoraires (MOE, AMO, Contrôle Technique, CSPS, SSI, Assurances, frais de raccordements, frais d'organisations de concours) et une part « actualisation- révision » ciblée sur environ 1.5% par an (ANAP).

Le coût travaux comprend :

- Le coût de la construction (estimé par application de ratios de construction suivant secteurs concernés)
- Un volet « impact environnemental »

- Les Voiries – Réseaux – Divers (VRD) dans l'enceinte du terrain
- Une provision aléas estimée à 5% des montants ci-dessus

Les honoraires comprennent :

- La maîtrise d'œuvre (*Mission de base dont SSI – loi MOP*)
- Une provision pour les frais de concours (*indemnités, organisation du concours, frais de dossiers etc.*)
- La programmation et l'ATMO (*programmation suivant coût présente mission – ATMO évaluée*)
- Le contrôleur technique
- Le CSPS
- Une provision pour taxes d'aménagement et de raccordement (*terrain*)
- Les études de sols (*géotechnique, topographie*)
- Les frais d'assurance (*RC et DO*)

CAS A				
SAINT AFFRIQUE - HYPOTHESE 1				
TOTAL TRAVAUX (HT)			7 312 000,00 €	
TOTAL HONORAIRES (HT)			1 359 000,00 €	
PROVISION POUR ACTUALISATION (HT)			570 000,00 €	
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (HT)			9 241 000,00 €	
TVA			1 848 000,00 €	
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (TTC)			11 089 000,00 €	
			+/- 20%	
<i>Date de référence des prix : 1^{er} trimestre 2018</i>				
TRAVAUX POUR CONSTRUCTION NEUVE				
SECTION FONCTIONNELLE	SDO (m ²)	P.U. (€ HT/m ² DO)	Montant par section FONCTIONNELLE (HT)	
MAISON HOSPITALIERE				
Imagerie	140	2 500,00 €	350 000,00 €	
Centre de prélèvements	300	1 800,00 €	540 000,00 €	
Consultations avancées	280	1 400,00 €	392 000,00 €	
Provision logistique	44	1 400,00 €	61 600,00 €	
Circulations générales	38	1 400,00 €	53 480,00 €	
Locaux techniques	76	1 100,00 €	84 040,00 €	
SSR - 30 lits				
SSR et plateau technique de rééducation	1 304	1 700,00 €	2 216 970,00 €	
Circulations générales	65	1 400,00 €	91 287,00 €	
Locaux techniques	130	1 100,00 €	143 451,00 €	
LOGISTIQUE DE SITE				
Provision logistique	1 100	1 400,00 €	1 540 000,00 €	
Circulations générales	55	1 400,00 €	77 000,00 €	
Locaux techniques	110	1 100,00 €	121 000,00 €	
	3 643	TOTAL	5 670 828,00 €	
TRAVAUX D'ADAPTATION				
NATURE	Unité	Quantité	P.U.	MONTANT (HT)
Démarche HQE©	%	5 670 828	3%	170 124,84 €
Démolitions		7 000	120	840 000,00 €
VRD	m ²	5 670 828	5%	283 541,40 €
			TOTAL	1 293 666,24 €
INVESTISSEMENT TRAVAUX	TOTAL TRAVAUX HORS ALEAS		<i>arrondi à : (3)</i>	6 964 000,00 €
	PROVISION POUR ALEAS		<i>taux : 5%</i>	348 000,00 €
	TOTAL TRAVAUX		<i>arrondi à : (3)</i>	7 312 000,00 €

HONORAIRES				
PRESTATAIRE	Type de mission	Assiette	Taux %	MONTANT TOT. PAR MISSION (HT)
Maitrise d'oeuvre				
Maitrise d'oeuvre	BASE+EXE	7 312 000,00 €	10,00%	731 200,00 €
Coordination Pilotage		7 312 000,00 €	1,00%	73 120,00 €
Concours				120 000,00 €
Frais d'organisation de concours...			ft	5 000,00 €
Dossiers			ft	1 000,00 €
AMO				
ATMO dont HQE		7 312 000,00 €	1,80%	150 000,00 €
Programmation		7 312 000,00 €		25 000,00 €
Honoraires divers				
Contrôle technique		7 312 000,00 €	0,50%	36 560,00 €
Coordination sécurité santé		7 312 000,00 €	0,50%	36 560,00 €
Autres				
Frais de concessionnaires		7 312 000,00 €	0,20%	14 624,00 €
Assurance dommage ouvrage		7 312 000,00 €	2,00%	146 240,00 €
Etudes de sols - Sondages				20 000,00 €
Lever de plans - digitalisation				
Expertise - Diagnostic technique préalable				
Huissier				
Taxes aménagements et raccordements				
HONORAIRES	TOTAL HONORAIRES		<i>arrondi à : (3)</i>	1 359 000,00 €
PROVISION POUR ACTUALISATION ET REVISION DES PRIX				
Délai actualisation avant début études	mois	9	D0	
Délai d'études	mois	9	D1	
Durée prévisionnelle des travaux	mois	12	D2	
	TOTAL ACTUALISATION/REVISIONS		<i>arrondi à : (3)</i>	570 000,00 €
	TOTAL OPERATION H.T.			9 241 000,00 €
	TVA 20,0%		<i>arrondi à : (3)</i>	1 848 000,00 €
	TOTAL OPERATION T.D.C.			11 089 000,00 €

Hyp. 2 – restructuration

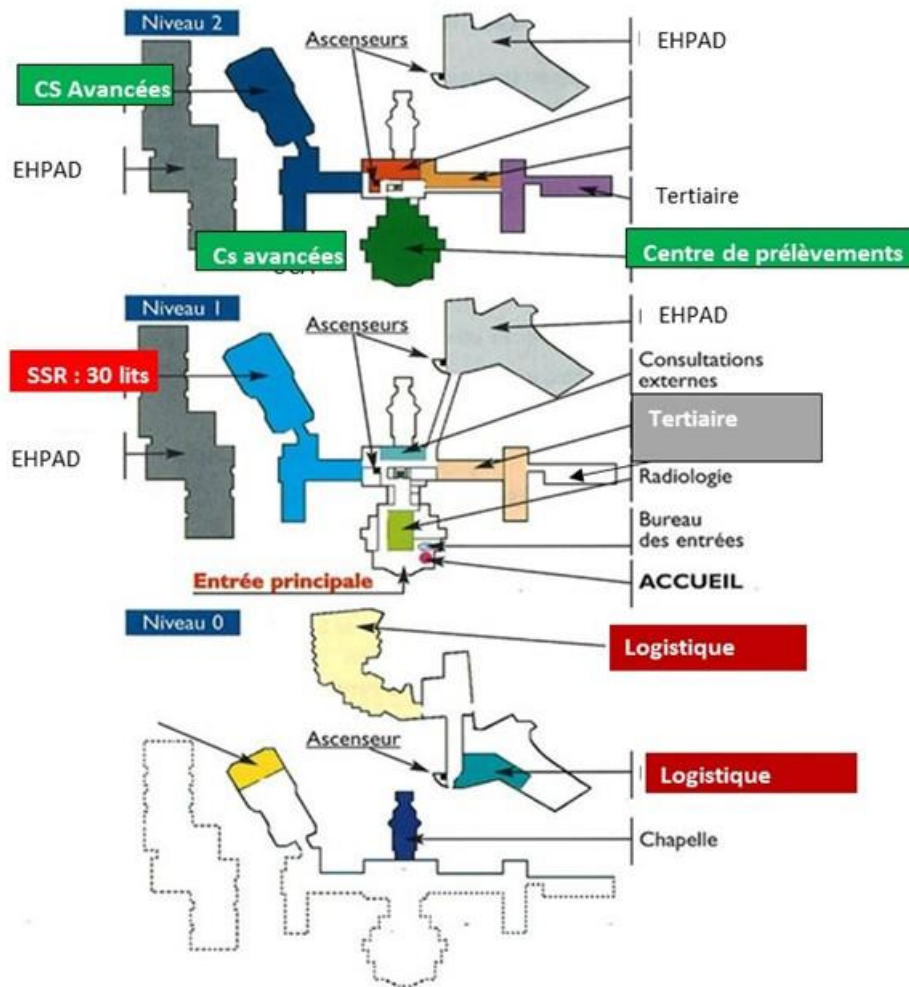
La situation financière de l'hôpital a amené les participants au comité de pilotage à souhaiter que soit envisagée une solution « à minima » de réutilisation des locaux existants du site de SAINT AFFRIQUE.

Compte tenu de la vétusté du bâti (cf. état des lieux immobilier et fonctionnel du site), cette proposition s'inscrit dans une perspective « court terme » pour les activités de SAINT AFFRIQUE.

Les hypothèses faites sont les suivantes :

- Niveau 0 : rénovations ponctuelles pour la logistique. Cuisine non maintenue sur le site (si maintenue, des travaux supplémentaires seront nécessaires)
- Niveau 1 : maternité rénovée au bénéfice de locaux « tertiaires administratifs » - SSR 30 lits (rénovation)
- Niveau 2 : Bloc opératoire rénové pour centre de prélèvements – urgences/USC et chirurgie/UCA pour consultations avancées.

Suivant schéma organisationnel ci-après :



Le tableau ci-après décline le coût « toutes dépenses confondues » lié aux travaux de restructuration mis en évidence ci-dessus. Ce coût comprend la TVA (20%), le coût d'investissement travaux, une provision aléas (5% du montant des travaux), les honoraires (MOE, AMO, Contrôle Technique, CSPS, SSI, Assurances, frais d'organisations de concours) et une part « actualisation- révision » ciblée sur environ 1.5% par an (ANAP).

Le coût travaux comprend :

- Le coût de la construction (*estimé par application de ratios de construction suivant secteurs concernés et au regard des constats faits lors de la visite du site*)
- Une provision aléas estimée à 5% des montants ci-dessus

Les honoraires comprennent :

- La maîtrise d'œuvre (*Mission de base dont SSI – loi MOP*)
- Une provision pour les frais de consultation de la MOE (*organisation de la consultation, frais de dossiers etc.*)
- La programmation et l'ATMO (*programmation suivant coût présente mission – ATMO évaluée*)
- Le contrôleur technique
- Le CSPS
- Les frais d'assurance (*RC et DO*)

CAS A					
SAINT AFFRIQUE - HYPOTHESE 2					
TOTAL TRAVAUX (HT)					3 038 000,00 €
TOTAL HONORAIRES (HT)					565 000,00 €
PROVISION POUR ACTUALISATION (HT)					197 000,00 €
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (HT)					3 800 000,00 €
TVA					760 000,00 €
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (TTC)					4 560 000,00 €
+/- 20%					
<i>Date de référence des prix : Dernier trimestre 2017</i>					
TRAVAUX DE REHABILITATION					
SECTION FONCTIONNELLE	Coefficient correcteur Prix const. neuve	P.U. const. neuve même est. (€ HT/m ² DO)	S.D.O. (m ²)	P.U.	MONTANT TOTAL PAR SECTION FONCTIONNELLE (HT)
Centre de prélèvements	100%	1 800,00 €	415	1 800,00 €	747 000,00 €
Consultations avancées	60%	1 400,00 €	950	840,00 €	798 000,00 €
Imagerie	0%	2 500,00 €	529	- €	- €
Tertiaire	10%	1 400,00 €	700	140,00 €	98 000,00 €
SSR 30 lits	50%	1 700,00 €	1120	850,00 €	952 000,00 €
PT de rééducation	50%	1 700,00 €	350	850,00 €	297 500,00 €
Logistique	0%	Maintien organisations actuelles			
TOTAL					2 892 500,00 €
TRAVAUX D'ADAPTATION					
INVESTISSEMENT TRAVAUX	TOTAL TRAVAUX HORS ALEAS				<i>arrondi à : (3)</i> 2 893 000,00 €
	PROVISION POUR ALEAS <i>taux : 5%</i>				<i>arrondi à : (3)</i> 145 000,00 €
	TOTAL TRAVAUX				3 038 000,00 €
HONORAIRES					
PRESTATAIRE	Type de mission	Assiette	Taux %	MONTANT TOT. PAR MISSION (HT)	
Maîtrise d'œuvre					
<i>Maîtrise d'œuvre</i>	BASE+EXE	3 038 000,00 €	9,00%	273 420,00 €	
<i>Coordination Pilotage</i>		3 038 000,00 €	1,00%	30 380,00 €	
<i>Concours</i>				40 000,00 €	
<i>Frais d'organisation de concours...</i>			ft.		
<i>Dossiers</i>			ft.		
AMO					
<i>ATMO dont HQE</i>		3 038 000,00 €	1,80%	130 000,00 €	
<i>Programmation</i>		3 038 000,00 €			
Honoraire divers					
<i>Contrôle technique</i>		3 038 000,00 €	0,50%	15 190,00 €	
<i>Coordination sécurité santé</i>		3 038 000,00 €	0,50%	15 190,00 €	
Autres					
<i>Frais de concessionnaires</i>		3 038 000,00 €		- €	
<i>Assurance dommage ouvrage</i>		3 038 000,00 €	2,00%	60 760,00 €	
HONORAIRES					<i>arrondi à : (3)</i> 565 000,00 €
PROVISION POUR ACTUALISATION ET REVISION DES PRIX					
Délai actualisation avant début études	mois	6	D0		
Délai d'études	mois	9	D1		
Durée prévisionnelle des travaux	mois	10	D2		
TOTAL ACTUALISATION/REVISIONS					<i>arrondi à : (3)</i> 197 000,00 €
TOTAL OPERATION H.T.					3 800 000,00 €
TVA 20,0%					<i>arrondi à : (3)</i> 760 000,00 €
TOTAL OPERATION T.D.C.					4 560 000,00 €

Quelque-soit le cas de figure, les coûts ci-dessus ne comprennent pas les coûts des équipements (de l'ordre de 10 à 15% du montant de l'investissement à prévoir en sus).

7.1.3 Investissements à prévoir sur les sites de MILLAU

Dans l'hypothèse de la reconstruction de l'hôpital neuf sur un site central, il est prévu de réorganiser les sites de MILLAU pour regrouper les lits SSR dans des conditions hôtelières et médicales adaptées et efficaces (pour rappel, ces lits sont actuellement structurés en petites unités sur plusieurs sites) et une maison hospitalière renforcée.

La réorganisation des sites de MILLAU est fortement impactée dans la réflexion par la nécessité de retrouver des activités hospitalières (préférentiellement de type sanitaire) pour le site PUIITS DE CALES. Ce site présente en effet le risque de s'apparenter à une « friche hospitalière » si aucune reconversion n'est proposée. La commune de MILLAU dispose déjà d'équipements publics en nombre suffisant par rapport à sa population. Une reconversion de ce site vers un usage d'habitation s'avèrerait par ailleurs probablement trop coûteuse et non rentable pour un investisseur éventuel (nécessité de démolir les bâtiments de l'hôpital). Il a donc été privilégié des hypothèses conférant au site PUIITS DE CALES une fonction principalement hospitalière.

Sont donc étudiées ici deux hypothèses : la première repose sur le regroupement des lits SSR sur le site de SAINTE ANNE, tel qu'initialement envisagé par l'établissement (suite à la libération des lits actuellement occupés dans ce bâtiment par l'EHPAD en cours de reconstruction). La seconde recentre le maximum de lits « sanitaires » (SSR et USLD) dans le bâtiment DUQUESNE du site PUIITS DE CALES et analyse les conséquences de ce choix.

Hyp. 1

Le site de SAINTE ANNE accueille actuellement des lits USLD, EHPAD et une unité de 22 lits SSR. La reconstruction de la totalité des lits EHPAD de MILLAU est engagée (études MOE en cours). Cette disposition permettra de libérer les surfaces correspondantes dans le bâtiment SAINTE ANNE, dont un niveau entier permettant de rapatrier les lits de SAINT COME, au bénéfice d'un lieu unique de prise en charge SSR.

La solution envisagée consiste donc à relocaliser les lits SSR de SAINT COME, **SANS TRAVAUX**, dans le bâtiment SAINTE ANNE. La réalisation « sans travaux » s'inscrit, à l'instar de SAINT AFFRIQUE, dans la volonté de l'établissement d'inscrire la réflexion dans des budgets contenus au regard d'une situation financière très dégradée.

- **Impact autres sites**
- Le site du PUIITS DE CALES, dédié à l'activité MCO, est libéré de toute activité. Il représente donc un potentiel de 14 000 m² dans œuvre (hors bâtiment logistique) réutilisable à comparer à un besoin théorique pour la maison hospitalière renforcée de l'ordre de 900 m² dans œuvre. Sa revente doit donc être privilégiée, la maison hospitalière étant dans cette hypothèse préférentiellement localisée sur le site de SAINT COME. Comme précisé en préalable, la mairie n'envisage pas de potentiel pour le devenir de ce site. Il s'agit donc de le revendre, démolition du bâtiment à charge de l'acheteur. En réalité, il en résulte ;
 - o Une friche hospitalière problématique, risquant de ne pas trouver preneur compte tenu de son coût de reconversion ;
 - o La partie logistique (UCPA) peut éventuellement rester en activité et desservir l'ensemble des activités de MILLAU ainsi qu'éventuellement le futur hôpital unique. Il faut néanmoins noter sur ce point que la commune de MILLAU dispose également d'un équipement communal de cuisine central qui serait également susceptible de pouvoir récupérer l'ensemble des activités.

- Le site de SAINT COME est restructuré pour repositionner la maison hospitalière renforcée et l'administration de site.

Au-delà des coûts d'investissements associés, le risque induit par la friche hospitalière de PUIITS DE CALES induit de ne pas retenir cette hypothèse estimée trop risquée et non efficiente pour l'établissement.

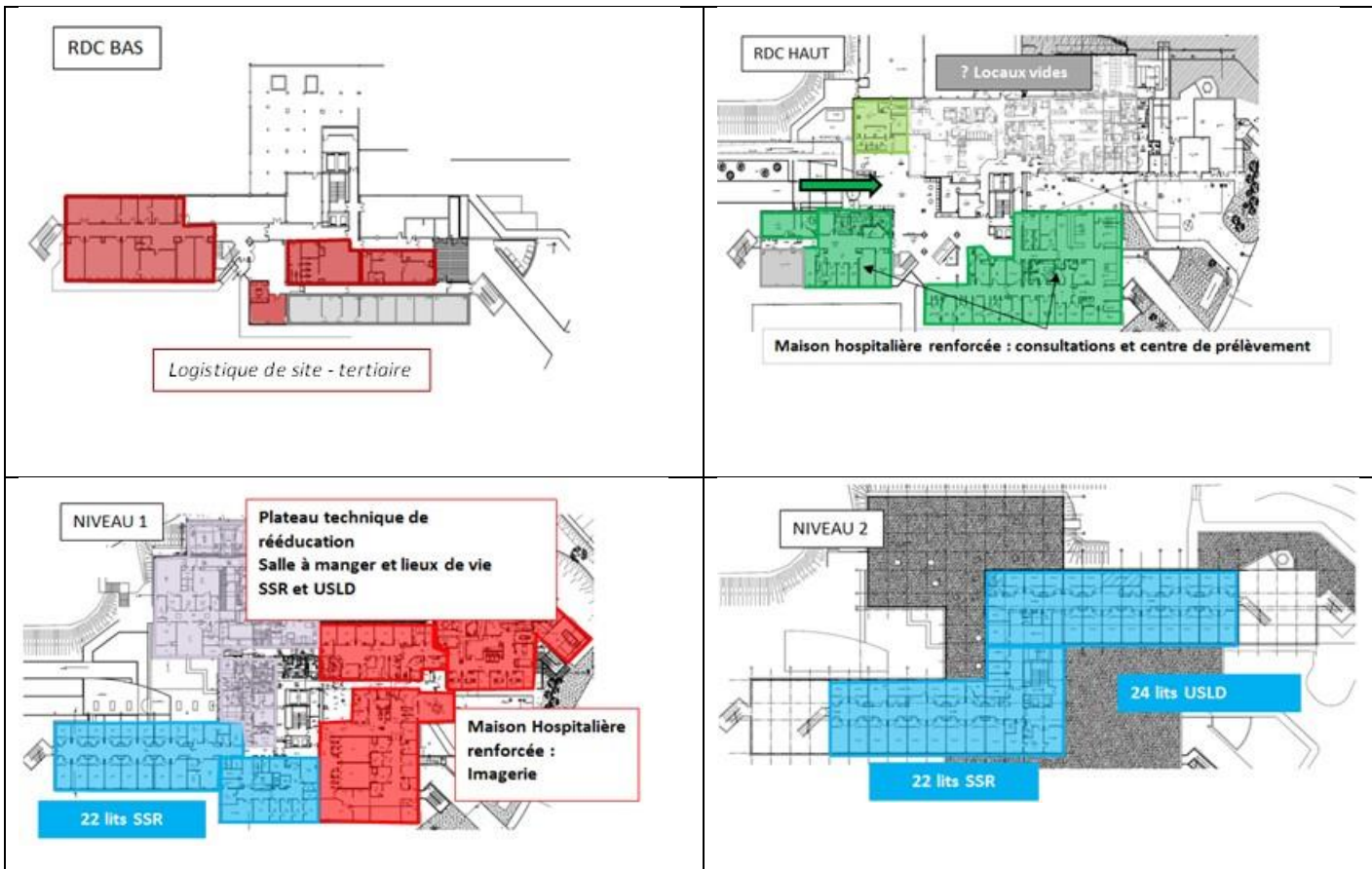
Hyp. 2

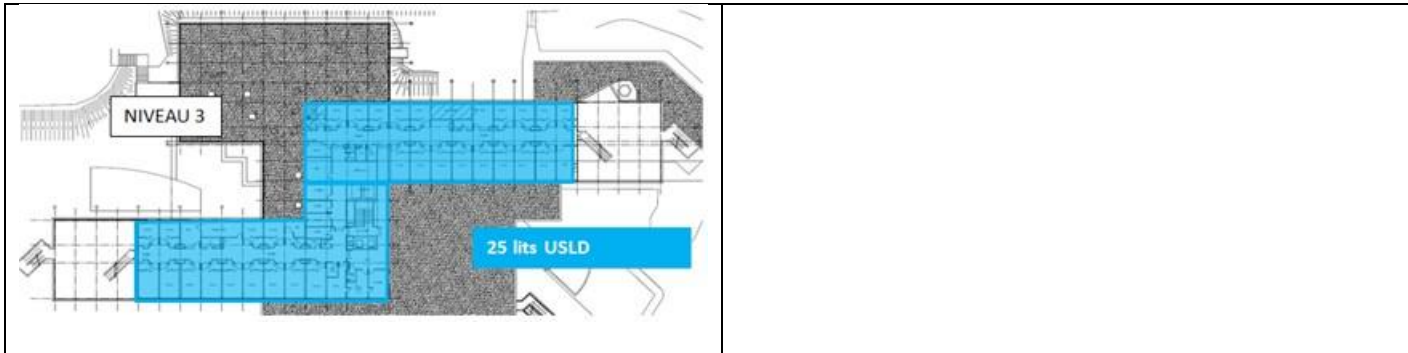
La réutilisation du bâtiment du PUIITS DE CALES constitue donc un incontournable dans la réflexion immobilière. Il est proposé ici de rapatrier l'ensemble des activités sanitaires (SSR et USLD) sur ce site, disposition ayant pour conséquence de libérer les sites de SAINTE ANNE et de SAINT COME. Ces deux sites présentent l'avantage de parcelles de tailles raisonnables, implantées en centre-ville et plus facilement cessibles. Une estimation a d'ores et déjà été réalisée en 2015 par les Domaines pour le site de SAINT COME pour un montant de l'ordre de 1 500 000 € et le centre hospitalier a d'ores et déjà identifié un acheteur éventuel pour ce bâtiment, qui jouxte un établissement médico-social souhaitant s'agrandir.

A été étudiée dans le cadre de la présente étude l'éventualité d'une reconstruction sur le site du PUIITS DE CALES des lits SSR et USLD. Le coût de cette reconstruction s'est avéré non compatible avec la situation financière de l'établissement. La solution de restructuration a donc été privilégiée, au bénéfice d'une solution plus optimale en termes de coûts d'investissements.

Les activités logistiques (UCPA notamment) peuvent rester en l'état de fonctionnement.

Capacitaire concerné : 50 lits USLD et 44 lits SSR.





Les représentations schématiques ci-dessus sont représentatives de la faisabilité d'implantation. Sans extension des ailes d'hospitalisation, la réorganisation dans le bâtiment oblige pour obtenir un confort hôtelier et médical acceptable (*% de lits en chambre à 1 lit*) à proposer de relativement petites unités et ne permet pas toujours une réflexion par plateau d'hospitalisation (ex. *plateau SSR*).

Le tableau ci-après décline le coût « toutes dépenses confondues » lié à la restructuration du site PUIITS de CALES pour la maison hospitalière renforcée, l'USLD et le SSR. Ce coût comprend la TVA (20%), le coût d'investissement travaux, une provision aléas (5% du montant des travaux), les honoraires (MOE, AMO, Contrôle Technique, CSPS, SSI, Assurances, frais de raccordements, frais d'organisations de concours) et une part « actualisation- révision » ciblée sur environ 1.5% par an (ANAP). Le scénario pré suppose des travaux de restructuration – humanisation des secteurs d'hospitalisation (*des déménagements simples peuvent également être envisagés*).

Le coût travaux comprend :

- Le coût de la construction (*estimé par application de ratios de construction suivant secteurs concernés et au regard des constats faits lors de la visite du site*)
- Une provision aléas estimée à 5% des montants ci-dessus

Les honoraires comprennent :

- La maîtrise d'œuvre (*Mission de base dont SSI – loi MOP*)
- Une provision pour les frais de consultation de la MOE (*organisation de la consultation, frais de dossiers etc.*)
- La programmation et l'ATMO (*programmation suivant coût présente mission – ATMO évaluée*)
- Le contrôleur technique
- Le CSPS
- Les frais d'assurance (*RC et DO*)

CAS A					
MILLAU - HYPOTHESE 2 - PUIITS DE CALES					
TOTAL TRAVAUX (HT)					6 629 000,00 €
TOTAL HONORAIRES (HT)					1 010 000,00 €
PROVISION POUR ACTUALISATION (HT)					502 000,00 €
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (HT)					8 141 000,00 €
TVA					1 628 000,00 €
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (TTC)					9 769 000,00 €
					+/- 20%
<i>Date de référence des prix : Premier trimestre 2018</i>					
TRAVAUX POUR CONSTRUCTION NEUVE					
SECTION FONCTIONNELLE	SDO (m²)	P.U. (€ HT/m²DO)	MONTANT PAR SECTION FONCTIONNELLE (HT)		
TOTAL					
TRAVAUX DE REHABILITATION					
SECTION FONCTIONNELLE	Coefficient correcteur Prix const. neuve	P.U. constr. neuve même dat. (€ HT/m²DO)	S.D.O. (m²)	P.U.	MONTANT TOTAL PAR SECTION FONCTIONNELLE (HT)
Maison hospitalière					
Imagerie	0%	2 500,00 €	100	- €	- €
Consultations avancées	50%	1 400,00 €	400	700,00 €	280 000,00 €
Centre de prélèvement	50%	1 800,00 €	300	900,00 €	270 000,00 €
Plateau technique de rééducation - lieux de vie	80%	1 700,00 €	1700	1 360,00 €	2 312 000,00 €
SSR	50%	1 700,00 €	1770	850,00 €	1 504 500,00 €
USLD	50%	1 700,00 €	2290	850,00 €	1 946 500,00 €
TOTAL					6 313 000,00 €
INVESTISSEMENT TRAVAUX	TRAVAUX HORS ALEAS				<i>arrondi à : (3)</i> 6 313 000,00 €
	ALEAS <i>taux : 5%</i>				<i>arrondi à : (3)</i> 316 000,00 €
	TRAVAUX + ALEAS				6 629 000,00 €
HONORAIRES					
PRESTATAIRE	Type de mission	Assiette	Taux %	MONTANT TOT. PAR MISSION (HT)	
Maîtrise d'oeuvre					
<i>Maîtrise d'oeuvre</i>	BASE+EXE	6 629 000,00 €	8,00%	530 320,00 €	
<i>Coordination Pilotage</i>		6 629 000,00 €	1,00%	66 290,00 €	
<i>Concours</i>					
<i>Frais d'organisation de concours...</i>			ft.	5 000,00 €	
<i>Dossiers</i>			ft.	1 000,00 €	
AMO					
<i>ATMO dont HQE</i>		6 629 000,00 €	1,80%	150 000,00 €	
<i>Programmation</i>		6 629 000,00 €		25 000,00 €	
Honoraires divers					
<i>Contrôle technique</i>		6 629 000,00 €	0,50%	33 145,00 €	
<i>Coordination sécurité santé</i>		6 629 000,00 €	0,50%	33 145,00 €	
Autres					
<i>Frais de concessionnaires</i>		6 629 000,00 €	0,20%	13 258,00 €	
<i>Assurance dommage ouvrage</i>		6 629 000,00 €	2,00%	132 580,00 €	
<i>Etudes de sols - Sondages</i>					
<i>Lever de plans - digitalisation</i>				10 000,00 €	
<i>Expertise - Diagnostic technique préalable</i>				10 000,00 €	
<i>Huissier</i>					
<i>Taxes aménagements et raccordements</i>					
HONORAIRES					1 010 000,00 €
PROVISION POUR ACTUALISATION ET REVISION DES PRIX					
Délai actualisation avant début études	mois	9	D0		
Délai d'études	mois	9	D1		
Durée prévisionnelle des travaux	mois	12	D2		
TOTAL ACTUALISATION/REVISIONS <i>arrondi à : (3)</i>					502 000,00 €
TOTAL OPERATION H. T.					8 141 000,00 €
TVA 20,0% <i>arrondi à : (3)</i>					1 628 000,00 €
TOTAL OPERATION T.D.C.					9 769 000,00 €

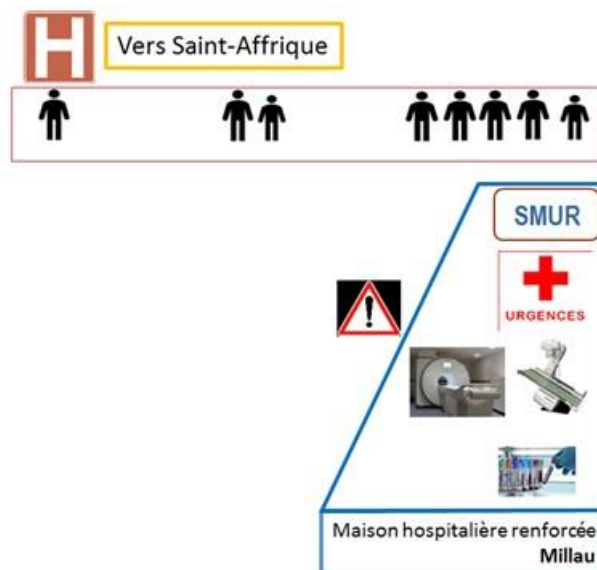
Les coûts ci-dessus ne comprennent pas les coûts des équipements (de l'ordre de 10 à 15% du montant de l'investissement à prévoir en sus).

- **Impact autres sites** : les sites de SAINT COME et de SAINTE ANNE sont vendus.
 - o Estimation domaines site SAINT COME : 1 500 000 €
 - o Estimation site SAINTE ANNE (sur la même base que l'estimation domaines du site de SAINT COME et au prorata des surfaces) : 2 000 000 €

7.1.4 SYNTHESE COUTS D'INVESTISSEMENTS

COUTS INVESTISSEMENTS : hors achat du terrain et hors équipements						
	SITE NEUF	PUITS CALES	DE SAINTE ANNE	SAINTE ANNE	SAINTE AFFRIQUE	TOTAL
HOPITAL UNIQUE	41 500 000 €					
SAINTE AFFRIQUE – HYP 2 (retenue)					4 500 000 €	
MILLAU		9 800 000 €	Vendu	Vendu		
TOTAL	41 500 000 €	9 800 000 €	Vendu	Vendu	4 500 000 €	55 800 000 €

7.2 CAS (B) – Hôpital unique « vers Saint Affrique »



Deux cas de figure sont envisageables :

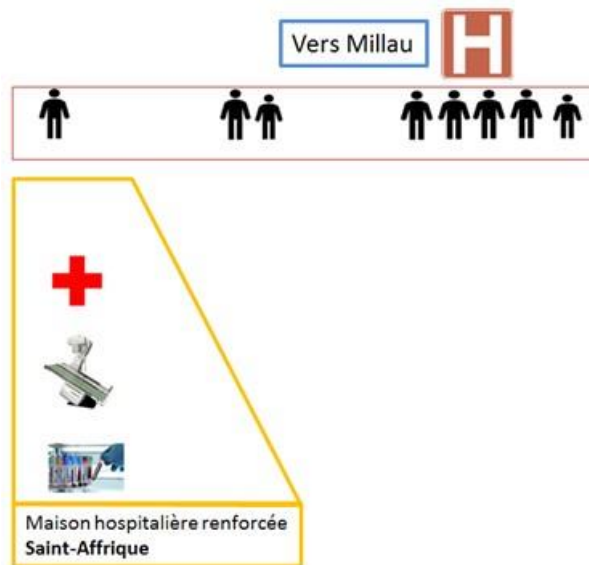
- Une reconstruction de l'hôpital unique sur un site à déterminer à proximité de la commune de SAINT AFFRIQUE. Dans ce cas, la synthèse des coûts d'investissements est identique à celle du paragraphe 7.1.2.

- Une reconstruction de l'hôpital unique sur le site de SAINT AFFRIQUE.

<p>? Sur site actuel</p>	<p>Au regard du foncier disponible, il n'est pas possible de reconstruire sans avoir au préalable démolir le bâtiment A.</p>
	<p>Le bâtiment A doit donc être libéré de son activité actuelle, ce qui n'est pas possible (pas d'opération tiroir).</p>

→ Ce scénario n'est pas envisageable, dans la mesure où il n'existe pas d'opération tiroir permettant de démolir le bâtiment A du site.

7.3 Cas (.C) – Hôpital « vers MILLAU »



Deux cas de figure sont envisageables :

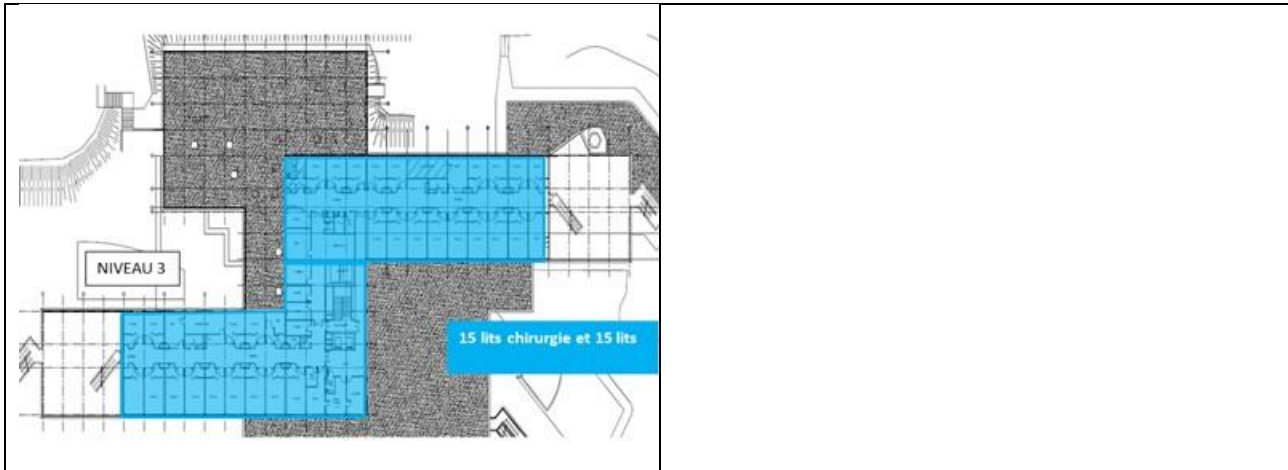
- Une reconstruction de l'hôpital unique sur un site à trouver à proximité de la commune de MILLAU. Dans ce cas, la synthèse des coûts d'investissements est identique à celle du paragraphe 7.1.2.
- Une reconstruction de l'hôpital unique par reconfiguration – restructuration / extension du site de MILLAU.

Le foncier du site PUIITS de CALES à MILLAU autorise a priori la reconstruction d'un bâtiment de ce type.

Toutefois, le bâtiment DUQUESNE du site PUIITS de CALES est un bâtiment adapté à la prise en charge MCO. Le présent scénario étudie donc la possibilité de réutiliser le bâtiment DUQUESNE au bénéfice de la réorganisation des 151 lits et places de l'hôpital unique.

Il s'agit là d'un scénario optimal en matière de coût d'investissement puisqu'il réutilise le bâtiment existant. Des extensions sont réalisées pour améliorer le confort hôtelier et médical notamment.





Les représentations schématiques ci-dessus sont représentatives de la faisabilité d'implantation. Elles reposent sur la création d'une extension permettant d'augmenter le confort hôtelier et médical des ailes d'hospitalisation.

La cuisine centrale de site et la logistique (bâtiment indépendant pour ces deux fonctions) sont maintenues en l'état (ressources et fonctionnement).

Le tableau ci-après décline le coût « toutes dépenses confondues » lié à la restructuration du site PUIITS de CALES pour l'ensemble des activités « hôpital unique ».

Ce coût comprend la TVA (20%), le coût d'investissement travaux, une provision aléas (5% du montant des travaux), les honoraires (MOE, AMO, Contrôle Technique, CSPS, SSI, Assurances, frais de raccordements, frais d'organisations de concours) et une part « actualisation- révision » ciblée sur environ 1.5% par an (ANAP). Le scénario présuppose des travaux de restructuration – humanisation des secteurs d'hospitalisation (*des déménagements simples peuvent également être envisagés*).

Le coût travaux comprend :

- Le coût de la construction (*estimé par application de ratios de construction suivant secteurs concernés et au regard des constats faits lors de la visite du site*)
- Une provision aléas estimée à 5% des montants ci-dessus

Les honoraires comprennent :

- La maîtrise d'œuvre (*Mission de base dont SSI – loi MOP*)
- Une provision pour les frais de consultation de la MOE (*organisation de la consultation, frais de dossiers etc.*)
- La programmation et l'ATMO (*programmation suivant coût présente mission – ATMO évaluée*)
- Le contrôleur technique
- Le CSPS
- Les frais d'assurance (*RC et DO*)

HOPITAL UNIQUE A PUIITS DE CALES (bâtiment Duquesne)					
TOTAL TRAVAUX (HT)					7 049 000,00 €
TOTAL HONORAIRES (HT)					1 629 000,00 €
PROVISION POUR ACTUALISATION (HT)					885 000,00 €
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (HT)					9 563 000,00 €
TVA					1 913 000,00 €
MONTANT OPERATION FIN TRAVAUX (TTC)					11 476 000,00 €
					+/- 20%
<i>Date de référence des prix : 1^{er} trimestre 2018</i>					
TRAVAUX POUR CONSTRUCTION NEUVE					
SECTION FONCTIONNELLE	SDO (m ²)	P.U. (€ HT/m ² DO)	Montant par section FONCTIONNELLE (HT)		
Extension HJ médecine	600	1 700,00 €	1 020 000,00 €		
Extension urgences (permettant UCA)	300	2 000,00 €	600 000,00 €		
Extension USC	600	1 800,00 €	1 080 000,00 €		
Extension HC 1	600	1 700,00 €	1 020 000,00 €		
Extension HC 2	400	1 700,00 €	680 000,00 €		
	2 500	TOTAL	4 400 000,00 €		
TRAVAUX DE REHABILITATION					
SECTION FONCTIONNELLE	Coefficient correcteur Prix construction neuve	P.U. construction neuve (€ HT/m ² DO)	S.D.O. (m ²)	P.U.	MONTANT TOTAL PAR SECTION FONCTIONNELLE (HT)
Chirurgie ambulatoire	90%	1 700,00 €	300	1 530,00 €	459 000,00 €
Provision surfaces globales à restructurer	60%	1 700,00 €	1500	1 020,00 €	1 530 000,00 €
				TOTAL	1 989 000,00 €
TRAVAUX D'ADAPTATION					
NATURE	Unité	Quantité	P.U.	MONTANT (HT)	
Démarche HQE©	%	4 400 000	3%	132 000,00 €	
PROVISION VRD	M ²	6 389 000	3%	191 670,00 €	
				TOTAL	323 670,00 €
INVESTISSEMENT TRAVAUX	TRAVAUX HORS ALEAS		Arrondi à : (3)	6 713 000,00 €	
	ALEAS	Taux : 5%	Arrondi à : (3)	336 000,00 €	
	TRAVAUX ET ALEAS			7 049 000,00 €	

HONORAIRES				
PRESTATAIRE	Type de mission	Assiette	Taux %	MONTANT TOT. PAR MISSION (HT)
Maitrise d'œuvre				
Maitrise d'œuvre	BASE+EXE	7 049 000,00 €	12,00%	845 880,00 €
Coordination Pilotage		7 049 000,00 €	1,00%	70 490,00 €
Concours				200 000,00 €
Frais d'organisation de concours...			FT	8 000,00 €
Dossiers			FT	3 000,00 €
AMO				
ATMO dont HQE		7 049 000,00 €	2,50%	176 225,00 €
Programmation		7 049 000,00 €		80 000,00 €
Honoraires divers				
Contrôle technique		7 049 000,00 €	0,50%	35 245,00 €
Coordination sécurité santé		7 049 000,00 €	0,50%	35 245,00 €
Autres				
Frais de concessionnaires		7 049 000,00 €	0,20%	14 098,00 €
Assurance dommage ouvrage		7 049 000,00 €	2,00%	140 980,00 €
Etudes de sols - Sondages				20 000,00 €
Taxes aménagements et raccordements				
HONORAIRES	TOTAL HONORAIRES		Arrondi à : (3)	1 629 000,00 €
PROVISION POUR ACTUALISATION ET REVISION DES PRIX				
Délai actualisation avant début études	Mois	12	D0	
Délai d'études	Mois	12	D1	
Durée prévisionnelle des travaux	Mois	24	D2	
	TOTAL ACTUALISATION		Arrondi à : (3)	885 000,00 €
	TOTAL OPERATION H.T.			9 563 000,00 €
	TVA 20,0%		Arrondi à : (3)	1 913 000,00 €
	TOTAL OPERATION T.T.C.			11 476 000,00 €

Dans ce cas de figure, la maison hospitalière n'est pas nécessaire sur le site. En corollaire, les lits SSR sont regroupés sur le site SAINTE ANNE (voir hypothèse 1 – cas A), sans travaux.

Sur le site de SAINT AFFRIQUE, l'hypothèse 2 du cas A précédent est déclinée.

7.3.1 Synthèse

COUTS INVESTISSEMENTS : hors achat du terrain et hors équipements						
	SITE NEUF	PUITS CALES	DE SAINTE ANNE	SAINTE COME	SAINTE AFFRIQUE	TOTAL
HOPITAL UNIQUE		11 500 000 €				
SAINTE AFFRIQUE – HYP 2 (retenue)					4 500 000 €	
MILLAU				Vendu		
TOTAL		11 500 000 €		Vendu	4 500 000 €	16 000 000 €

7.4 Conclusion

Ces différentes hypothèses ayant été présentées au comité de pilotage, celui-ci a souhaité ne retenir aucune hypothèse de repositionnement de l'hôpital unique sur le site de SAINT AFFRIQUE ou de MILLAU.

Il a donc été acté les principes suivants pour le comité de pilotage :

- Reconstruction de l'hôpital unique à privilégier sur un site dont la localisation sera dans le Millavois
- Sur SAINT AFFRIQUE, restructuration du SSR et de la maison hospitalière renforcée dans le bâtiment A
- Sur MILLAU, restructuration des activités SSR et USLD dans le bâtiment Duquesne du PUIITS DE CALES et vente des sites de SAINT COME et SAINTE ANNE.

L'approche des coûts d'exploitation et impacts RH déclinée dans le chapitre suivant repose donc sur ces choix faits par le comité de pilotage.

Une solution alternative d'optimisation du capacitaire visant à diminuer le coût d'investissement de l'hôpital neuf (*cible inférieure à 40M€*) a part ailleurs été demandée, détaillée ci-après.

7.4.1 Optimisation de l'hôpital neuf – données capacitaires

Pour répondre à la demande d'optimisation faite par le comité de pilotage, la cible capacitaire a été revue à la baisse, suivant des projections d'activités modifiées.

Projections d'activités retenues

Une hypothèse H3 a été étudiée, suivant principes ci-après :


Evolution des paramètres d'ambulatoire et d'accès effectifs aux soins

Pourcentage ambulatoire	2016	Hypothèse H1	Hypothèse H3
Chirurgie	63%	67%	72%
Médecine	26%	25%	31%
Obstétrique Autre	30%	30%	30%

Accès effectifs aux soins en %	2016	Hypothèse H1	Hypothèse H3
Chirurgie	49%	51%	30%
Médecine	54%	56%	47%
Obstétrique	75%	76%	76%

Grands volumes projetés en résultant

CH Millau & CH St-Affrique		Séjours 2016	Séjours H1	Séjours H3
Hospitalisation > 24h	Médecine HC (dont endosc, hors gynéco)	4 157	4 536	3 473
	Chirurgie HC (hors sein et gyn)	1 364	1 344	686
	Obstétrique HC (hors NN et morts-nés)	645	646	650
	Gyn. en HC	176	145	74
	Sous Total Entrées	6 342	6 671	4 883
Hospitalisation < 24h	Venues ACA (chirurgie)	2 602	2 872	1 851
	Venues HDJ (méd + obst (hors nn et mort-nés))	1 619	1 696	1 738
	Endoscopies digestives et bronchiques	1 925	2 022	1 681
	Séances	1 091	1 146	953
	Sous Total Venues	7 237	7 735	6 224
Total Entrées et Venues (hors NN, mort-nés et séances)		12 488	13 261	10 155
Total Entrées et Venues (hors NN et mort-nés)		13 579	14 406	11 108



- 686 séjours de chirurgie correspondent à 2,7 actes par jour sur 250 jours
 - 650 séjours en obstétrique correspondent à 515 accouchements
- 1 851 séjours en chirurgie ambulatoire correspondent à 8,4 actes par jour sur 220 jours
- L'activité endoscopies digestives reste très spécifiques sur l'établissement (activité privée au sein d'un établissement public, atypique et praticien dépendante).

Projection d'activités selon des objectifs imposés

CH Millau	2016	DMS SAE 2016
P1 : IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1.043	5,8
P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	0.884	3,7
P3 : IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0.956	3,2

CH Saint-Affrique	2016	DMS SAE 2016
P1 : IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1.073	6,4
P2 : IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1.087	3,8
P3 : IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	0.957	3,0

Pour un objectif COPERMO de 0,94, le projet est de présenter une diminution de la DMS principalement portée par la médecine d'environ 10%, soit une baisse de 5 à 10% pour l'ensemble des prises en charge adultes en médico-chirurgical.

Evolution des paramètres de DMS

DMS	2016	Hypothèse H1	Hypothèse H2
0 à 3 ans	1,0	0%	0%
3 à 15 ans	1,4	0%	0%
15 à 75 ans	4,3	-5%	-10%
75 ans et plus	8,0	-5%	-10%
Obstétrique	3,7	0%	0%

Hypothèse H1	Hypothèse H2
1,0	1,0
1,4	1,4
4,0	3,8
7,6	7,2
3,7	3,7

Point d'arrivée possible

CH Millau & CH St-Affrique		Capacités théorique (ANAP) selon l'activité 2016	Hypothèse H1	Hypothèse H3
Hospitalisation > 24h	Lits M (dont endosco.,hors gynéco)	79	83	61
	Lits C (hors sein, hors gynéco)	17	17	9
	Lits O (hors NN et mort-nés)	8	8	8
	Lits Gyn.	2	2	1
	Total lits	106	110	79
Hospitalisation < 24h	Places ACA (chir)	12	13	8
	Places HDJ (méd + obst (hors NN et mort-nés))	7	8	8
	Places endoscopies digestives et bronchiques	4	4	3
	Places séances chimio et transf	3	3	3
	Total places ACA et HDJ et Séances chimio et transf et Endoscopies	26	28	22
Total Lits et Places		132	138	101

→ De l'ordre de 80 lits (70 lits de médecine – chirurgie + 9 à 10 lits de gynécologie-obstétrique) et 22 places (8 places de chirurgie, 3 places d'endoscopies, 11 places de médecine et chimiothérapies) = **112 lits et places**



7.4.2 Optimisations de l'hôpital neuf – SDO et coûts d'investissements

Le prédimensionnement théorique correspondant s'inscrit, sur les mêmes bases que celui décliné pour le capacitaire initial, sur une surface développée globale de l'ordre de 9 000 m² dans œuvre (ratio : 81 m²/lit et place).

Soit un coût toutes dépenses confondues (hors terrain et équipements) de l'ordre de 31 500 000 € TDC pour l'hôpital neuf reconstruit.

Coût à associer aux hypothèses précédemment validées pour les sites de MILLAU et SAINT AFFRIQUE.

8 - CHAPITRE 6 - APPROCHE DES COÛTS D'EXPLOITATION

Il a été demandé de pouvoir affiner le travail au regard du coût d'exploitation résultant de la réunion sur un seul site de deux établissements MCO, susceptible naturellement de générer des économies.

Le comité de pilotage souhaite par ailleurs impérativement privilégier une hypothèse de reconstruction d'un bâtiment unique sur un site, pour lequel il a été évoqué une implantation plutôt dans le Millavois (sans pour autant s'inscrire dans le cadre d'une restructuration du bâtiment Duquesne actuel).

Le présent chapitre a donc pour objet de finaliser l'analyse scénarios faite en intégrant la vision exploitation (impact RH principalement).

8.1 Synthèse et analyse des personnels présents sur chaque site – non médical : situation à fin 2016

Les éléments suivants sont issus des données SAE 2016 – fichier SIGEN. La situation à fin 2016 est la dernière connue à la date de réalisation de l'étude.

8.1.1 ETP moyens annuels constatés sur les deux sites (toutes activités)

Catégorie de personnel	CH Millau		CH Saint-Affrique		Total	
	Effectifs au 31 déc. 2016	ETP moyens annuels rémunérés	Effectifs au 31 déc. 2016	ETP moyens annuels rémunérés	Effectifs au 31 déc. 2016	ETP moyens annuels rémunérés
Total Services de Soins	432	420,51	228	206,76	660	627,27
Total Hors Services de Soins	230	216,28	89	80,97	319	297,25
Total personnel non médical salarié	662	636,79	317	287,73	979	924,52

8.1.2 MCO

Nombre d'ETP ramené au nombre de lits et places MCO installés

Les lits et places installés sont ceux indiqués dans l'état des lieux et dans l'analyse du bassin de santé – prospective à 20 ans.

Nombre ETP / (lit et place) MCO		
	MILLAU	SAINT AFFRIQUE
Personnels soins (hors médicaux)	2,45	2,39
Personnels administratifs	0,25	0,24
Personnels educ. Et sociaux	0,04	0,01
Personnels médico-tech.	0,33	0,28
Personnels tech.		
TOTAL	3,07	2,92

Analyse comparative par rapport aux données nationales : MCO

Le présent paragraphe a pour objet de comparer les données relatives aux sites de MILLAU et SAINT AFFRIQUE à celles d'un établissement moyen de type CH (établissement comparable – pas de CHU) – moyenne nationale.

Pour compléter la réflexion, et prendre en compte la situation spécifique aux sites de MILLAU et SAINT AFFRIQUE, la comparaison a été affinée au regard des ratios constatés sur des sites comme le CH de MENDE, le CH de VILLEFRANCHE de ROUERGUE, le CH ARIEGE-COUSERANS, le CH de SAINT GAUDENS et le CH de LAVAUUR.

Le tableau ci-après est la résultante du recueil de ces données :

Données SAE 2016 Fichier MCO et Q24	Centres hospitaliers France entière hors CHU	CH MILLAU	CH SAINT AFFRIQUE	Etablissements d'Occitanie de 63 à 206 lits et places Etablissements disposant d'au moins une activité chirurgicale et obstétricale				
				CH St-Gaudens	CH Mende	CH Villefranche Rouergue	CH Ariège Couserans	CH Lavaur
Personnel MCO	217 997	286,83	143,32	407,41	428,87	319,13	217,84	183,73
Lits	(976 établissements)	84	46	176	155	113	77	59
Places		24	8	26	32	36	10	7
Ratio personnel/lits et place*	2,41	3,07	2,92	2,18	2,56	2,5	2,69	2,97

* 1 place correspond à 0,4 lit

D'une façon générale, il en ressort les points suivants :

- Les ratios de MILLAU et SAINT AFFRIQUE s'inscrivent de façon excédentaire par rapport aux ratios nationaux (+ 0.51 = 21% pour SAINT AFFRIQUE et +0,65 = 27% pour MILLAU).
- Le constat est relativement proche pour les CH de MENDE, ARIEGE COUSERANS et LAVAUUR : ces établissements MCO de faible capacité sont effectivement plus à même de présenter des ratios plus élevés, compte tenu du coût de la permanence des soins en chirurgie et en obstétrique. Toutefois, les constats faits sur ces établissements ne permettent pas à priori de conférer une « normalité » à MILLAU et SAINT AFFRIQUE, d'autres établissements comparables s'inscrivant en effet au plus proche des cibles nationales. La suite de l'étude est donc menée au regard de cette cible.

La projection « hôpital unique » doit s'inscrire dans les cibles nationales. Elle aura donc pour effet de redistribuer la masse salariale des deux établissements. Le tableau ci-après met en évidence : les ratios constatés pour MILLAU et SAINT AFFRIQUE (rappel), le ratio national cible (rappel), la somme

constatée pour les deux établissements et le calcul des ratios cibles pour l'hôpital unique (adaptation au nombre de lits et places mis en perspective).

RATIO AU LIT - MCO					
	MILLAU	ST AFFRIQUE	France CH	HOP UNIQUE	
Personnels soins (hors médicaux)	2,45	2,39	1,95	1,78	
Personnels administratifs	0,25	0,24	0,21	0,19	
Personnels éduc. Et sociaux	0,04	0,01	0,01	0,01	
Personnels médico-tech	0,33	0,28	0,19	0,18	
Personnels tech			0,05	0,04	
TOTAL PERSONNEL	3,07	2,92	2,41	2,21	

8.1.3 SSR

Nombre d'ETP ramené au nombre de lits et places SSR installés

Les lits et places installés sont ceux indiqués dans l'état des lieux et dans l'analyse du bassin de santé – prospective à 20 ans.

RATIO AU LIT - SSR		
	MILLAU	ST AFFRIQUE
Personnels soins (hors médicaux)	1,17	0,84
Personnels administratifs	0,01	0,01
Personnels éduc. Et sociaux	0,01	
Personnels médico-tech		
Personnels tech	0,01	
TOTAL PERSONNEL	1,20	0,85

Analyse comparative par rapport aux données nationales : SSR

Le présent paragraphe a pour objet de comparer les données relatives aux sites de MILLAU et SAINT AFFRIQUE à celles d'un établissement moyen de type CH (établissement comparable – pas de CHU) – moyenne nationale.

Le tableau ci-après est la résultante du recueil de ces données :

RATIO AU LIT - SSR			
	MILLAU	ST AFFRIQUE	France CH
Personnels soins (hors médicaux)	1,17	0,84	0,96
Personnels administratifs	0,01	0,01	0,03
Personnels éduc. Et sociaux	0,01		0,02
Personnels médico-tech			0,01
Personnels tech	0,01		0,02
TOTAL PERSONNEL	1,20	0,85	1,04

D'une façon générale, il en ressort les points suivants :

- Les ratios de MILLAU et SAINT AFFRIQUE s'inscrivent au global de façon cohérente par rapport aux données nationales pour l'activité SSR. Le site de MILLAU reste toutefois légèrement

excédentaire, en particulier sur les personnels de soins (*disposition qui tient probablement une partie de son explication dans l'organisation multisite de la prise en charge*).

La projection « hôpital unique », dont la redistribution des activités pour chaque site de MILLAU et SAINT AFFRIQUE doit s'inscrire dans les cibles nationales. Elle aura donc pour effet de redistribuer la masse salariale des deux établissements. Au regard des données constatées, la réorganisation ne devrait pas induire de modification notable (*→ pas de bascule possible des prises en charge MCO vers les prises en charge SSR, les ratios étant d'ores et déjà équilibrés*).

8.1.4 USLD

Nombre d'ETP ramené au nombre de lits USLD installés

Les lits et places installés sont ceux indiqués dans l'état des lieux et dans l'analyse du bassin de santé – prospective à 20 ans.

RATIO AU LIT - USLD		
	MILLAU	ST AFFRIQUE
Personnels soins (hors médicaux)	0,96	0,98
Personnels administratifs		
Personnels éduc. Et sociaux		
Personnels médico-tech	0,02	0,01
Personnels tech		
TOTAL PERSONNEL	0,98	0,99

Analyse comparative par rapport aux données nationales : USLD

Le présent paragraphe a pour objet de comparer les données relatives aux sites de MILLAU et SAINT AFFRIQUE à celles d'un établissement moyen de type CH (établissement comparable – pas de CHU) – moyenne nationale.

Le tableau ci-après est la résultante du recueil de ces données :

RATIO AU LIT - USLD			
	MILLAU	ST AFFRIQUE	France CH
Personnels soins (hors médicaux)	0,96	0,98	0,85
Personnels administratifs			0,01
Personnels éduc. Et sociaux			0,01
Personnels médico-tech	0,02	0,01	0,01
Personnels tech			0,02
TOTAL PERSONNEL	0,98	0,99	0,90

D'une façon générale, il en ressort les points suivants :

- Les ratios de MILLAU et SAINT AFFRIQUE s'inscrivent au global de façon très cohérente par rapport aux données nationales pour l'activité USLD

La projection « hôpital unique », dont la redistribution des activités pour chaque site de MILLAU et SAINT AFFRIQUE doit s'inscrire dans les cibles nationales. Elle aura donc pour effet de redistribuer la masse salariale des deux établissements. Au regard des données constatées, la réorganisation ne

devrait pas induire de modification notable (→ pas de bascule possible des prises en charge MCO vers les prises en charge USLD, les ratios étant d'ores et déjà équilibrés).

8.2 Conclusion

L'effet « hôpital unique » est de nature à modifier considérablement l'organisation des personnels pour les deux établissements. Il génère effectivement immédiatement les effets attendus d'un regroupement d'activités.

Plusieurs cas de figure sont comparés dans la suite du document, allant du « statu quo » à l'hôpital unique. L'hôpital unique a été mis en perspective sous deux dimensionnements, l'objectif étant de cibler un coût de reconstruction encore optimisé, idéalement inférieur à 40 M€ TDC (demande des représentants politiques en comité de pilotage).

8.3 Le statu quo

Le statu quo est représentatif du maintien des deux établissements MCO sur chaque site MILLAU et SAINT AFFRIQUE. Compte tenu de l'état du bâti, des travaux sont néanmoins réalisés pour permettre de à minima sécuriser la prise en charge (en particulier sur le site de SAINT AFFRIQUE).

8.3.1 Investissement à SAINT AFFRIQUE

- Travaux ponctuels de maintien en sécurité et d'entretien dans le bâtiment A : 1,5 M€ TDC
- Reconstruction de 30 lits SSR pour mise en sécurité (rappel : SSR actuellement localisé en zone inondable) : 1 150 m² dans œuvre environ à reconstruire – 3,5 M€ TDC
- USLD et EHPAD : maintien en l'état

Total investissement : 5 M € TDC

8.3.2 Investissement à MILLAU

- Bâtiment DUQUESNE : maintien en l'état – pas de travaux
- SSR : regroupement des activités sur le site de SAINTE ANNE, sans travaux, après construction de l'EHPAD (livraison prévue en 2022).
- USLD : maintien du dispositif actuel sur le site de SAINTE ANNE
- Vente du site de SAINT COME

Total investissement : 0 €

Recette attendue : 1,5 M€ (vente Saint Come)

8.3.3 Synthèse Investissement sur les deux sites

COUTS INVESTISSEMENTS : hors achat du terrain et hors équipements							
	SITE NEUF	PUITS CALES	DE	SAINTE ANNE	SAINTE ANNE	SAINTE AFFRIQUE	TOTAL
HOPITAL UNIQUE							

SAINT AFFRIQUE					5 000 000 €	
MILLAU				Vendu		
TOTAL				Vendu	5 000 000 €	5 000 000 €

Recettes liées à la vente de SAINT COME 1 500 000 €

8.3.4 Simulation situation financière sur 8 à 10 ans

La simulation financière part du constat suivant, année en cours :

- 1,5 M€ /an : perte d'exploitation CH de SAINT AFFRIQUE
- 5.3 M€ / an : perte d'exploitation CH de MILLAU en 2018 – 3 M€ / an à partir de 2020
- Pas d'économie attendue sur la réorganisation (deux sites maintenus)
- 1,5 M€ de recettes liées à la vente de SAINT COME réalisable à partir de fin 2022 (année 5 sur le graphe ci-après)

	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5	ANNEE 6	ANNEE 7	ANNEE 8
Travaux Saint Affrique								
Déménagement SSR MILLAU								
Vente St Côte - Ste Anne					1,5 M€			
Perte d'exploitation	-6 800 000	-6 000 000	-5 000 000	-5 000 000	-4 500 000	-5 000 000	-5 000 000	-5 000 000

- Un déficit cumulé sur les deux établissements de 5M€ / an, soit 52,3M€ cumulé à 10 ans (sans tenir compte des aléas)
- Des sites non durables (*en particulier pour SAINT AFFRIQUE*) au regard de dépenses engagées uniquement pour des opérations de sécurité – maintenance
- Pas de gain en réorganisation : application des programmes de réorganisation actuellement ciblés sur les 3 prochaines années (*Site de MILLAU principalement, le site de SAINT AFFRIQUE ayant déjà réalisé la démarche*).
- Chaque établissement est, dans ce scénario, renvoyé à sa responsabilité propre en matière d'organisation et de performances sociales et économiques.

RISQUES

Risques pérennisés d'activités à faibles volumes

Recrutements médicaux difficiles à maintenir dans un niveau de qualité de plus en plus exigeant

8.4 Un établissement unique médian de 151 lits et places

Ce scénario est représentatif du scénario le plus « qualitatif » en matière de réponse au bassin de santé, tel que décliné dans le présent document et validé par le comité de pilotage.

8.4.1 Synthèse investissements sur 3 sites

COUTS INVESTISSEMENTS : hors achat du terrain et hors équipements						
	SITE NEUF	PUITS CALES	DE SAINT ANNE	SAINT COME	SAINT AFFRIQUE	TOTAL
HOPITAL UNIQUE	41 500 000 €					
SAINT AFFRIQUE – HYP 2 (retenue)					4 500 000 €	
MILLAU		9 800 000 €	Vendu	Vendu		
TOTAL	41 500 000 €	9 800 000 €	Vendu	Vendu	4 500 000 €	55 800 000 €

Recettes liées à la vente de SAINT COME 1 500 000 €

Recettes liées à la vente de SAINT ANNE 2 000 000 €

8.4.2 Simulation situation financière sur 8 à 10 ans

La simulation financière part du constat suivant, année en cours :

- 1,5 M€ / an : perte d'exploitation CH de SAINT AFFRIQUE
- 5.3 M€ / an : perte d'exploitation CH de MILLAU en 2018 – 3 M€ / an à partir de 2020
- Economie attendue sur la réorganisation « site unique » : de l'ordre de 130 à 150 ETP (en moyenne). Une économie à cibler à partir de l'année 4 : le comité de pilotage a confirmé la demande des professionnels de santé des deux sites de ne regrouper les deux maternités et chirurgies qu'après construction amorcée de l'hôpital neuf (pas de retour en arrière possible)

Calcul du ratio à personnel (2016) constant et regroupé	
Hypothèse 151 Lits et places	
430,15	303
108** pour 118	108** pour 118
33	33
3,55	2,5
	Calcul du personnel projeté pour ratio de 2,5

- 1,5 M€ de recettes liées à la vente de SAINT COME réalisable à partir de fin 2022 (année 5 sur le graphe ci-après) et 2 M€ de recettes liées à la vente de SAINTE ANNE réalisable à partir de la livraison du bâtiment neuf et de la restructuration du bâtiment DUQUESNE – PUIITS DE CALES (décomptées année 6)

	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5	ANNEE 6	ANNEE 7	ANNEE 8
Programme - Consultation MOE								
Choix MOE - Etudes								
Travaux Hôpital neuf				41.5 M€				
Restructuration - rénovations					11.9 M€			
Vente St Côme - Ste Anne						3.5 M€		
Perte d'exploitation	-6 800 000	-5 500 000	-4 500 000	-4 500 000	-2 500 000	-2 500 000	-2 500 000	

- Un déficit sur les deux établissements de 28,8 M€ cumulé à 10 ans : recherche d'équilibre à terme.
- Des sites pour lesquels des dépenses d'importance ont été engagées pour un global de l'ordre de 60 M€ (compris équipements, tous sites et recettes liées aux ventes des sites).
- Une réorganisation amorcée dès l'année 4 (*un peu tardivement, pour répondre aux demandes des professionnels de santé*) : 6 M€

RISQUES

Une réorganisation compliquée à réaliser compte tenu de son ampleur (*impact RH*) : difficulté de l'accompagnement social et de l'aménagement du territoire

8.5 Un établissement unique optimisé de 112 lits et places

Ce scénario est représentatif du scénario le plus « qualitatif » en matière de réponse au bassin de santé, tel que décliné dans le présent document et validé par le comité de pilotage.

8.5.1 Synthèse investissements sur 3 sites

COUTS INVESTISSEMENTS : hors achat du terrain et hors équipements						
	SITE NEUF	PUIITS DE CALES	DE SAINTE ANNE	SAINT COME	SAINT AFFRIQUE	TOTAL
HOPITAL UNIQUE	37 000 000 €					
SAINT AFFRIQUE – HYP 2 (retenue)					4 500 000 €	
MILLAU		9 800 000 €	Vendu	Vendu		
TOTAL	37 000 000 €	9 800 000 €	Vendu	Vendu	4 500 000 €	51 300 000 €

Recettes liées à la vente de SAINT COME 1 500 000 €

Recettes liées à la vente de SAINTE ANNE 2 000 000 €

8.5.2 Simulation situation financière sur 8 à 10 ans

La simulation financière part du constat suivant, année en cours :

- 1,5 M€ /an : perte d'exploitation CH de SAINT AFFRIQUE
- 5.3 M€ / an : perte d'exploitation CH de MILLAU en 2018 – 3 M€ / an à partir de 2020
- Economie attendue sur la réorganisation « site unique » : de l'ordre de 200 ETP (*en moyenne*). Une économie à cibler à partir de l'année 4 : le comité de pilotage a en effet confirmé la demande des professionnels de santé des deux sites de ne regrouper les deux maternités et chirurgies qu'après construction amorcée de l'hôpital neuf (*pas de retour en arrière possible*)

Calcul du ratio à personnel (2016) constant et regroupé	
Hypothèse 112 lits et places	
430,15	234,5
85***pour 90	85***pour 90
22	22
4,59	2,5
	Calcul du personnel projeté pour ratio de 2,5

- 1,5 M€ de recettes liées à la vente de SAINT COME réalisable à partir de fin 2022 (année 5 sur le graphe ci-après) et 2 M€ de recettes liées à la vente de SAINTE ANNE réalisable à partir de la livraison du bâtiment neuf et de la restructuration du bâtiment DUQUESNE – PUIITS DE CALES (*décomptées année 6*)

	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 4	ANNEE 5	ANNEE 6	ANNEE 7	ANNEE 8
Programme - Consultation MOE								
Choix MOE - Etudes								
Travaux Hôpital neuf				37 M€TDC				
Restructuration - rénovations					14.3 ME			
Vente St Côte - Ste Anne						3.5 M€		
Perte d'exploitation	-6 800 000	-5 500 000	-4 500 000	-4 500 000	-2 500 000	-1 500 000	-1 500 000	

- ➔ Un déficit sur les deux établissements de 26,8 M€ cumulé à 10 ans : recherche d'équilibre à terme.
- ➔ Des sites pour lesquels des dépenses d'importance ont été engagées pour un global de l'ordre de 54 M€ (compris équipements, tous sites et recettes liées aux ventes des sites).
- ➔ Une réorganisation amorcée dès l'année 4 (*un peu tardivement, pour répondre aux demandes des professionnels de santé*) : 9 M€

RISQUES

Une réorganisation compliquée à réaliser compte tenu de son ampleur (*impact RH*) :
RENFORCEMENT de la difficulté de l'accompagnement social et de l'aménagement du territoire

Perte d'attractivité liée à une offre de soins plus tendue