



DOSSIER DE PRESSE

CONSTRUCTION DE LA NOUVELLE PLATEFORME HOSPITALIERE PUBLIC-PRIVE DE FONTAINEBLEAU

Vendredi 13 mars 2009

Salle des Assemblées
Hôtel de Ville de Fontainebleau
40 rue Grande

Contact : Cabinet du Maire de Fontainebleau / 01 60 74 64 86

Introduction

Confirmée par le Ministre de la Santé Roselyne Bachelot le 30 janvier dernier la nouvelle plateforme hospitalière public-privé de Fontainebleau verra le jour en 2015.

Le montage du projet, associant un hôpital et une clinique, est une première en France pour le niveau de mutualisation des activités.

D'un montant total d'environ 150 millions d'euros, il conforte une offre de soin de qualité et moderne pour l'ensemble du sud Seine-et-Marne.

Autre originalité du projet : il est la concrétisation d'un projet médical de territoire, associant depuis 2006 deux hôpitaux (Fontainebleau et Nemours) et une clinique.

Une concrétisation avant l'heure des réorganisations territoriales prévues dans le projet de loi Bachelot en cours de discussion au Parlement.

Ce projet s'inscrit également dans le cadre de la reconversion des terrains militaires de Fontainebleau (secteur sud) désaffectés par le Ministère de la défense, qui constituent les dernières disponibilités foncières pour répondre aux besoins de développement et d'équipement de l'agglomération Fontainebleau.

Description du projet médical

Le projet médical a été établi à partir d'une analyse partagée :

- **des enjeux concernant les problèmes de démographie médicale,**
- la nécessité d'une **masse critique d'activité suffisante** pour garantir la qualité,
- **la sécurité et la viabilité économique d'une discipline,**
- la nécessité **de mutualiser un maximum de fonctions** en vue de maîtriser les coûts d'exploitation.

Ainsi il a été procédé à un partage des activités dont l'exercice par chacun des deux établissements ne comportait pas une masse critique suffisante.

Pour les activités restant assumées par les deux établissements, notamment dans les disciplines chirurgicales, le maintien de cette double offre est assorti de la **mutualisation des fonctions médico-techniques lourdes** nécessaires à l'exercice de ces activités.

- L'activité d'obstétrique ne sera plus assurée que par l'hôpital à la mise en service de la plateforme.
- Les spécialités ORL, ophtalmologie, stomatologie, urologie, vasculaire, thoracique... ne seront plus assurées que par la polyclinique, au fur et à mesure du départ des praticiens publics de ces spécialités.

Il est procédé à **une mutualisation très forte des fonctions médico-techniques** qui contribuent à la formation des coûts chirurgicaux (bloc opératoire, stérilisation, pharmacie, salle de surveillance post-interventionnelle, par ailleurs commune au bloc opératoire et au bloc obstétrical) dans une logique d'optimisation.

Cette mutualisation rend possible le maintien d'une chirurgie publique (en orthopédie-traumatologie, chirurgie générale et digestive, chirurgie gynécologique) compte tenu de son regroupement préalable (services de Nemours et Fontainebleau) organisé par la Convention-Cadre du 7 juillet 2006 qui la conforte (cf. ANNEXE II).

Cette double offre publique-privée est assortie :

- De **l'alternance des astreintes** entre hôpital et clinique,
- Du respect du **libre-choix des patients** entrant par les urgences.

Enfin les participations médicales croisées permettront que l'ensemble des patients de la plateforme hospitalière puisse bénéficier de l'ensemble des compétences médicales qui y sont représentées.

L'étroite mutualisation de fonctions médico-techniques est complétée par :

- La mutualisation de la plus grande partie de la logistique technique et hôtelière,
- La perspective d'un SIH commun (projet à l'étude pour la seconde tranche du plan hôpital 2012).

Le détail des activités assurées à la fois par les deux établissements, par seulement chacun d'entre eux et celles mutualisées, est présenté en ANNEXE I.

Rappel des données chiffrées

Dimensionnement du projet

	Programme lits et places	Superficie SHON	Coût construction TDC fin de chantier
Plateforme	433	49.212 m ²	151.247.000
dont :			
hôpital	308	36.190 m ²	105.661.000
polyclinique	125	13.022 m ²	45.586.000

Evaluation du flux de circulation de la future plateforme hospitalière du Bréau

	Hôpital	Clinique
Personnel	525	200
Public reçu	1060	670
Total	1585	870
Ensemble plate-forme	2455	

*Ces données seraient à majorer d'environ 10% si l'Institut de Formation en soins Infirmiers était transféré sur le site du Bréau

Surface cessible de la C.C.F.A au Ministère de la Santé pour construction de la plate-forme hospitalière (hors surface bunker)

Terrain Bréau	Ouest plateforme	104 656 m ²
Terrains Guynemer	Est Hôpital	23 388 m ²
Surface des voiries	Surface de terrain à conserver par la CCFA	- 11 273 m ²
Réserve foncière à l'Est de la voie d'accès nouvelle	Surface de terrain à conserver par la CCFA	- 9 300 m ²
Construction d'une déchèterie	Surface de terrain à conserver par la CCFA	5 600 m ²
Surface cessible		101 871 m²

Un projet novateur de coopération entre le public et le privé

Un projet médical comportant **ce niveau inégalé d'intégration d'activités publiques et privées** (tout en maintenant une chirurgie publique) n'était possible qu'avec un mode de construction permettant de répondre à plusieurs critères a priori inconciliables :

- 1- Préserver l'individualisation patrimoniale des deux établissements, chacun étant propriétaire de son immobilier.
- 2- Nombreuses communications à chaque niveau du plateau technique, répondant aux impératifs fonctionnels du projet médical.
- 3- Ouverture simultanée, rendue impérative par la très forte intégration des fonctions médico-techniques et logistiques.

Le «Groupement de commandes» (article 8 du Code des marchés publics) a été retenu comme la formule pouvant répondre à ces différents critères, chaque partie supportant les frais de sa propre construction et en étant propriétaire à l'issue des travaux. Outre qu'elle offre par ailleurs une garantie d'homogénéité architecturale de l'ensemble, cette formule oblige les partenaires à une étroite solidarité dans la conduite du projet dès les premières études.

En acceptant cette formule, la clinique accepte de se soumettre aux procédures et délais du Code des marchés publics. C'est pourquoi il a été convenu de passer par un marché de conception-réalisation, qui permet un raccourcissement des délais, tout en obligeant à définir un programme fonctionnel particulièrement précis. Ce programme fonctionnel sera confié à un prestataire dont le choix constituera la première opération du «Groupement de commandes».

Les modalités de coopération pour l'exploitation

- Pour les fonctions logistiques, la gestion par convention est privilégiée en raison de sa souplesse. Si ce mode de coopération n'est pas original, le nombre d'activités consacrées est à remarquer puisqu'il concerne la quasi-totalité des fonctions logistiques (cf. ANNEXE I). Ces fonctions seront assurées par l'hôpital, la clinique en acquittant sa quote part.
- Pour la mutualisation des fonctions médico-techniques ayant un caractère irréversible, il a été retenu le principe d'un seul groupement sanitaire (GCS) dont les principes ont été fixés comme suit :

- Décisions de l'assemblée générale prises suivant la **règle de l'unanimité**,
- Personne morale de droit privé appliquant les règles de la comptabilité privée.

Il est convenu que le GCS ni sera ni employeur ni propriétaire de locaux ou d'équipement ; selon le domaine d'activité concerné, ses moyens en personnel, locaux et équipement feront l'objet d'une mise à disposition au coût réel :

- par la clinique en ce qui concerne le bloc opératoire, la stérilisation et la SSPI,
- par l'hôpital en ce qui concerne la pharmacie.

Il en résulte, pour toute activité gérée dans le cadre du GCS pour le compte des deux établissements :

- une identification claire du responsable de la gestion courante, qui est le propriétaire des locaux, équipements et employeur du cadre et des personnels,
- une cogestion par les deux établissements pour les décisions majeures de gestion, au travers de la règle de l'unanimité retenue pour les décisions d'assemblée générale.

Ce montage aboutit en final à un fonctionnement simple, lisible pour les usagers et rassurant pour les personnels quant à leurs statuts.

Il permet par ailleurs la réalisation d'économies d'échelle sur la mutualisation des frais de structure.

Le schéma organisationnel

Les caractères originaux du projet médical, et des solutions imaginées pour le mettre en œuvre, resteraient une utopie s'il ne pouvait leur être donné une traduction physique.

Le schéma organisationnel confirme la faisabilité physique du projet : les mutualisations et fonctionnalités prévues au projet médical sont compatibles avec le respect de l'individualisation des propriétés des deux établissements compte tenu du mode de construction envisagé.

Estimation de la durée de l'opération

Phase 1

Etudes et procédures de choix

- contractualisation avec l'ARH
- choix du programmiste et AMO HQE..... recrutement
(le cas échéant aussi ATMO en tranche conditionnelle) chef de projet
- élaboration du programme..... 7 mois
- approbation du programme..... 3 mois
- procédure choix du groupement
et mise au point marché, approbation

2009 ←

2 ans
à
2,5 ans

Phase 2 – chantier travaux

- préparation installation de chantier.....6 mois
- travaux.....2 ans + 4 mois
- réception et mise en service..... 5 mois

3 ans
3,5

6 ans

2015 ←

Programme des lits et places physiques à construire

	CENTRE HOSPITALIER		POLYCLINIQUE DE LA FORÊT		TOTAL FUTUR
	Actuel	Futur	Actuel	Futur	
Réanimation	8	8			8
Surveillance Continue		6	7	8	14
Chirurgie hospitalisation complète	60	50	88	75	125
Chirurgie ambulatoire		12	15	30	42
Médecine hospitalisation complète	116	110			110
Médecine Ambulatoire	4	15	8	12	27
Gynécologie Obstétrique	34	50	16	0	50
Pédiatrie et néonatalogie	27	27			27
Pédiatrie ambulatoire	3	4			4
Total MCO	252	282	134	125	407
SSR polyvalent	52	26	0		26
Programme construction		308		125	433

Conclusion

Projet «laboratoire» du rapprochement public/privé pour **un bassin de population de 150.000 à 200.000 habitants** :

- Plateau technique chirurgical et anesthésique mis en commun,
- Mutualisation très poussée des fonctions médico-techniques et logistiques ayant pour effet :
 - de permettre le maintien d'une chirurgie publique,
 - d'amener à un montage original pour la construction,
 - de concevoir un mode de cogestion des activités mutualisées dans le cadre du GCS (règle de l'unanimité),
- Unité de lieu créant une situation favorable pour une éventuelle expérimentation quant aux statuts des personnels médicaux.
- Projet restructurant à l'échelle du Territoire de santé : implantation privilégiée en bordure des RN6 et RN7 (annexe III).

PLATEFORME HOSPITALIERE DE FONTAINEBLEAU

Schéma des activités

Activités Hôpital et Clinique	Activités propres Hôpital	Activités propres Clinique	Activités mutualisées
⇒ Chirurgie générale et digestive * ⇒ Orthopédie -Traumatologie * ⇒ Gynécologie ⇒ Médecine de jour (chimio) ⇒ Surveillance continue ⇒ Imagerie Médicale ⇒ Laboratoire ⇒ DIM * avec alternance de la permanence de soins	⇒ Urgences et SMUR ⇒ Pédiatrie - Néonatalogie ⇒ Obstétrique ⇒ Réanimation ⇒ Médecine hospit. complète ⇒ Soins de suite et réadaptation ⇒ Unité de Soins palliatifs ⇒ IFSI <u>En liaison avec le CH de Nemours :</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrie de liaison ▪ Douleur chronique ▪ Equipe mobile gériatrique ▪ Lits de psychiatrie en pédiatrie 	⇒ Ophtalmologie ⇒ O R L ⇒ Urologie ⇒ Stomatologie ⇒ chirurgie vasculaire ⇒ chirurgie thoracique	<u>Gérées par le GCS :</u> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Bloc opératoire ⇒ Bloc endoscopie ⇒ SSPI ⇒ Stérilisation } personnel, locaux et équipements mis à disposition par la clinique <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pharmacie ⇒ Dépôt de produits sanguins ⇒ Hall ⇒ Boutiques } personnel, locaux et équipements mis à disposition par l'hôpital ⇒ SIH..... dossier commun en préparation (H2012) <u>Gérées par conventions :</u> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sécurité ⇒ Parkings ⇒ Services intérieurs ⇒ Maintenance technique ⇒ Restauration ⇒ Espaces verts ⇒ Chambre mortuaire ⇒ Hygiène } prestations de l'hôpital à la polyclinique.

Les Hôpitaux de Nemours et de Fontainebleau fonctionnent depuis 2006 dans un schéma de compétence partagée

Le 6 juillet 2006, une convention de rapprochement entre les Hôpitaux de Fontainebleau et de Nemours a été signée afin d'acter les répartitions de spécialités entre les deux sites.

L'objectif premier de cette convention était de **répartir les missions et les spécialités de chacun pour maintenir une offre pertinente sur tout le sud Seine et marne**, et surtout **garantir le maintien d'une offre de soins à Nemours**.

1/ Etat des lieux de la mise en œuvre de cette convention cadre

- Le regroupement des équipes chirurgicales :
 - transfert à Fontainebleau de l'activité d'hospitalisation complète de chirurgie et des urgences chirurgicales :
 - depuis le 1^{er} janvier 2007 pour l'orthopédie-traumatologie,
 - depuis le 1^{er} juillet 2008 pour la chirurgie digestive et l'ORL.
 - consultations et actes ambulatoires assurés à Nemours par la même équipe.

- L'installation progressive de la filière gériatrique avec ouverture à Nemours de lits supplémentaires de soins de suite gériatriques en septembre 2008 et mise en place d'une équipe mobile gériatrique commune en octobre 2008.

- La complémentarité des activités de réanimation polyvalente de Fontainebleau et de surveillance continue de Nemours depuis janvier 2008.

- Les échanges de temps médical entre les services Urgences-Smur des deux hôpitaux depuis mai 2008.

- L'antenne de consultation de la douleur chronique assurée à Fontainebleau depuis avril 2008.

- La poursuite de la réflexion engagée entre les deux hôpitaux et la polyclinique de la forêt en vue d'aboutir à un système d'information commun lors de la mise en service de la plateforme hospitalière du Bréau.

2/ Une organisation précurseur

Le dispositif mis en place par Fontainebleau et Nemours a anticipé le projet de Loi de la Ministre de la Santé Roselyne Bachelot-Narquin «Hôpital, Patients, Santé et Territoire » actuellement en discussion au Parlement.

Ce projet de loi vise en effet à réorganiser le système de santé en replaçant le patient au cœur du système de soins et passe par un recentrage des activités des hôpitaux avec une gradation des soins : l'hôpital de proximité pour les soins courants et d'urgence, les hôpitaux avec plateaux techniques pour les opérations chirurgicales et les grands centres de références.

Le projet de loi replace l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins au coeur du projet hospitalier. Il prévoit également de mieux organiser l'offre de soins, afin que chaque patient puisse se voir proposer, sur tout le territoire, des soins à tarif opposable.