

Note sur les évolutions du projet ABM1

*Proposition pour une évolution de l'organisation fonctionnelle
du Plateau Technique et du Pôle Parent-Enfant*

Stéphane Ricout

Babel architectes scénographes

Décembre 2013

Note sur les évolutions du projet ABM1

Depuis le début de la phase APS, l'équipe de maîtrise d'œuvre est confrontée sinon à des augmentations capacitaires, en tout cas à des modifications profondes du programme, dues à la maîtrise d'ouvrage.

Les augmentations capacitaires consistent à créer des lits supplémentaires en réanimation adulte, en réanimation néonatale et en néonatalogie avec soins intensifs. Toutes les unités concernées sont localisées dans le Plateau Technique (bâtiment 50).

Or, ces changements ont pour conséquence de remettre en cause l'organisation du bâtiment 50, tout en impactant physiquement le Pôle Parent-Enfant (bâtiment 34) relié au Plateau Technique.

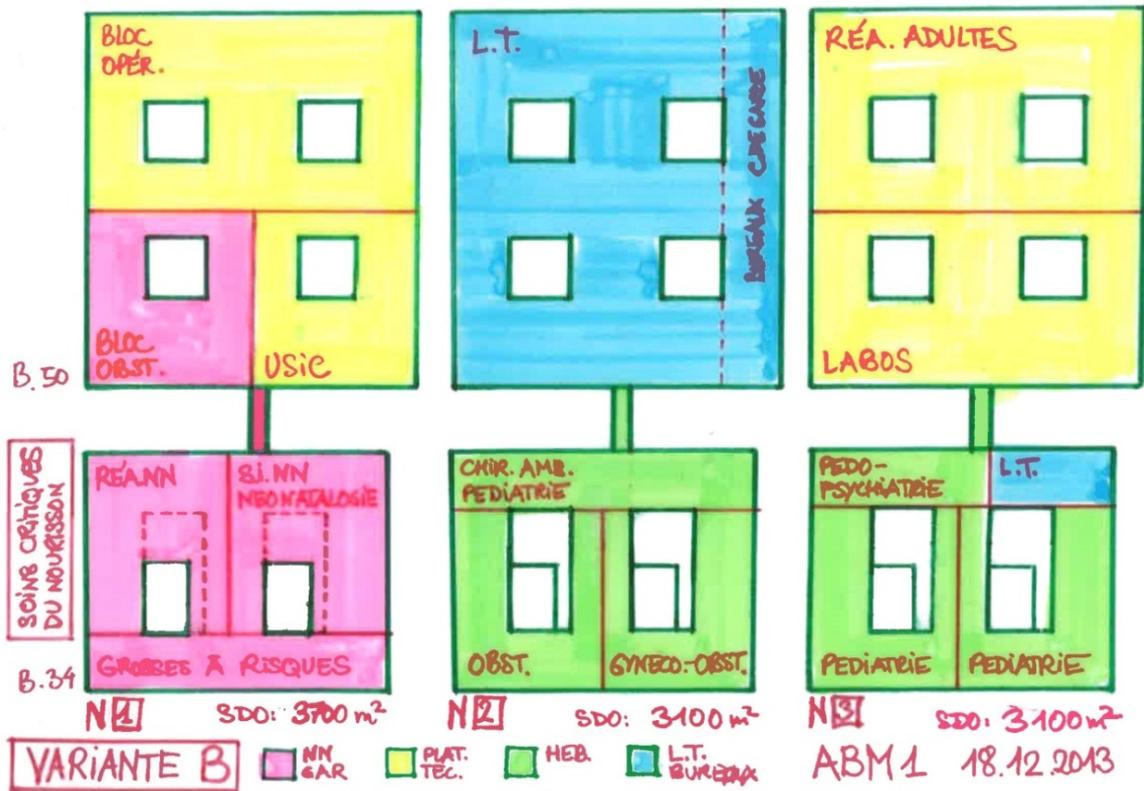
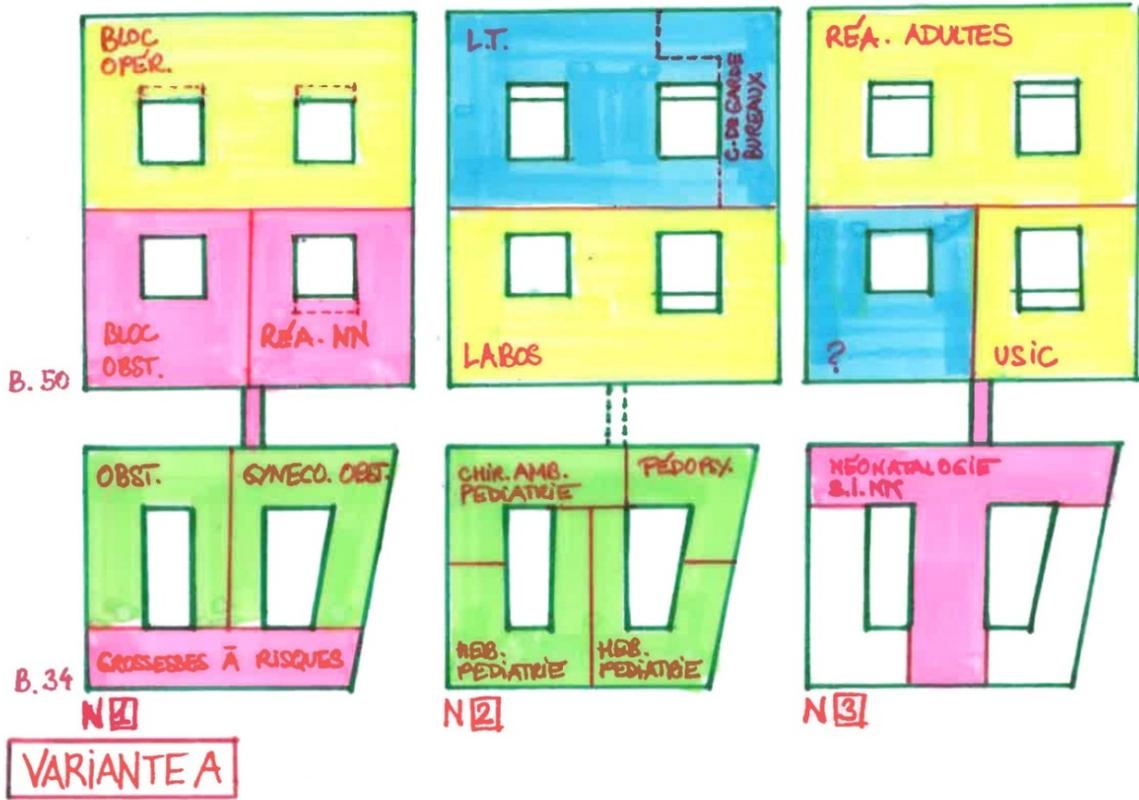
En outre, la maîtrise d'ouvrage apprécierait un rapprochement de la réanimation néonatale et du bloc obstétrical ; en effet, l'ancien décret n°98-900 du 9 octobre 1998, article 712-90, abrogé depuis 2005, stipulait que « *les locaux qui composent l'unité de néonatalogie doivent être implantés dans le même bâtiment et être contigus avec le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique* ». L'esprit de ce décret était de garantir une liaison forte entre le secteur de naissance et l'unité de néonatalogie (surtout la réanimation et les soins intensifs), sans avoir à recourir à des incubateurs (couveuses) de transport en extérieur, et de se limiter aux incubateurs pour l'intérieur. D'où l'importance d'être « dans le même bâtiment », pour ne pas transférer les nourrissons deux fois d'un incubateur à l'autre.

Cette évolution, telle qu'elle est esquissée actuellement, est schématiquement représentée dans la **variante A** (voir schémas ci-contre). Une unité fonctionnelle de néonatalogie avec soins intensifs et chambres d'hébergement, type « kangourou » est créée sur le Pôle Parent-Enfant au R+3. L'unité de réanimation néonatale est située au même niveau que le bloc obstétrical. L'USIC est située au même niveau que la réanimation adulte au R+3 du Plateau Technique.

On peut constater que les unités de néonatalogie sont éparpillées sur le Plateau Technique et le bâtiment 34 à des niveaux différents. Idem pour les locaux techniques du Plateau Technique, répartis sur au moins trois niveaux (rez-de-jardin, R+2 et R+4).

La **variante B** (voir **schémas** ci-contre) a l'avantage de réunir dans un bâtiment unique, *id est* le Pôle Parent-Enfant (bâtiment 34), l'ensemble des unités concernées par l'ensemble 4, à l'exception du bloc obstétrical. Le bâtiment 34 serait alors un vrai Pôle Parent-Enfant à part entière, un bâtiment unitaire.

La disposition correspond aux exigences du PTD (voir l'**organigramme** ci-après, extrait du PTD Tome 1, page 100) concernant l'Ensemble 4. Les unités concernées par les « soins critiques du nourrisson » (néonatalogie avec soins intensifs et réanimation) ainsi que les grosses à risques (obstétrique urgente) sont placées dans le Pôle Parent-Enfant, de plain-pied avec le bloc obstétrical du Plateau Technique.



Schémas d'organisation des bâtiments 50 et 34 en deux variantes.

Dans la **variante B**, réunissant l'ensemble du Pôle Parent-Enfant (à l'exception du bloc obstétrical), le bâtiment 34 est unitaire.

Selon une faisabilité sommaire, la répartition des surfaces est la suivante : deux plateaux de 3700 m² SDO au RDC et R+1 et deux plateaux de 3100 m² aux R+2 et R+3, comprenant les circulations générales horizontales (au rez-de-chaussée notamment) et verticales, ainsi que les locaux techniques.

Au demeurant, les surfaces de la néonatalogie (avec soins intensifs et réanimation) incluent les extensions capacitaires (soit 450-500 m² SDO) demandées par la maîtrise d'ouvrage.

Les liaisons entre le Pôle Parent-Enfant et le Plateau Technique sont simples : une liaison par niveau, de plain-pied, car il est possible de baisser la hauteur d'étage dans les locaux techniques du bâtiment 50 au R+2 (par rapport à la variante A), si ce niveau n'est constitué que de locaux techniques et de bureaux/chambres de garde. Du coup, seule la liaison au R+1 est une liaison d'urgence, les autres liaisons constituent des liaisons fonctionnelles ordinaires (voir **coupes** ci-contre).

Voici un résumé de la situation et une comparaison des variantes A et B :

1. Avantages/inconvénients de la variante A :

Avantages : la réanimation néonatale est située juste en face du secteur des naissances (bloc obstétrical) au sein du Plateau Technique / le Plateau Technique n'a pas besoin d'être redessiné et redimensionné.

Inconvénients : éparpillement de l'ensemble « soins critiques du nourrisson », c'est-à-dire réanimation néonatale au R+1 du Plateau Technique et néonatalogie au R+3 du Pôle Parent-Enfant / rupture de charge au R+3 entre les bâtiments 34 et 50 / éparpillement des locaux techniques dans le bâtiment 50 et implantation difficile des gaines de CVC et CFO/CFA.

2. Avantages/inconvénients de la variante B :

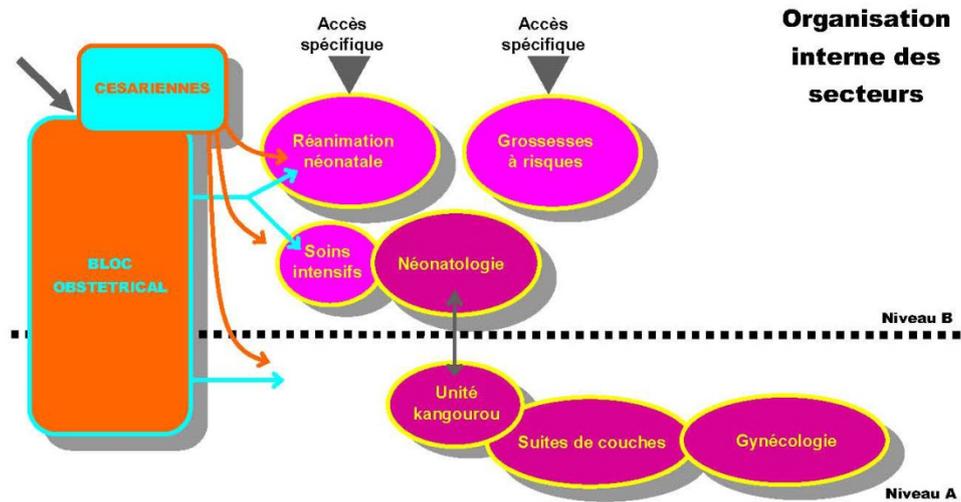
Avantages : le bâtiment 34 est unitaire, tout le pôle Parent-Enfant (à l'exception du BOB) est compris dans un même bâtiment(bâtiment 34) / les urgences obstétricales (grossesses à risque) et les urgences néonatales (néonatalogie avec soins intensifs et réanimation) sont situées de plain-pied avec le bloc obstétrical / les soins intensifs et la réanimation sont regroupées (voir note ci-dessous) / les hébergements de gynécologie-obstétrique et pédiatrie sont superposés / les liaisons entre les bâtiments 50 et 34 sont toutes de plain-pied / le bâtiment 50 a un étage unique de locaux techniques, les verticalités des réseaux peuvent être bien gérées.

Inconvénients : les bâtiments 34 et 50 doivent être redessinés et redimensionnés partiellement / la chirurgie ambulatoire pédiatrique est située au même niveau que les hébergements de gynécologie-obstétrique / le bâtiment 34 doit être placé sur isolateurs pour protéger patients et matériel dans les unités de soins critiques du nourrisson.

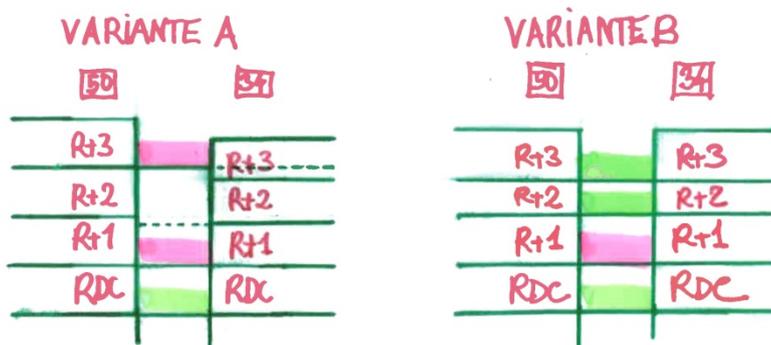
Tableau récapitulatif de surfaces du bâtiment 34 dans la variante B

| Pôle Parent-Enfant (bâtiment 34) - VARIANTE B | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| RDC | R+1 | R+2 | R+3 |
| <i>Accueil-consultations</i> | <i>Urgences néonatales et obstétricales</i> | <i>Hébergement de gynéco-obstétrique</i> | <i>Hébergement de pédiatrie</i> |
| Accueil et direction de pôle. Consultations gynéco-obstétrique et pédiatrie. Hôpital de jour (PMA et DPN). Drépanocytose. | Néonatalogie avec soins intensifs. Réanimation néonatale. Grossesses à risques. | Hébergement d'obstétrique et de gynécologie-obstétrique. Chirurgie ambulatoire de pédiatrie | Hébergement de pédiatrie. |
| SDO : 3700 m ² | SDO : 3700 m ² | SDO : 3100 m ² | SDO : 3100 m ² |

Le schéma fonctionnel d'ensemble détaille les proximités demandées entre secteurs :



Organigramme de l'Ensemble 4 (gynécologie-obstétrique), à l'exception de la pédiatrie, extrait du PTD (tome 1), page 100



Coupes Nord-Sud à travers les bâtiments 50 et 34, variantes A et B

Intérêt de regrouper soins intensifs de néonatalogie et réanimation néonatale sur un même niveau

La réanimation néonatale et les soins intensifs de néonatalogie correspondent *grosso modo* aux maternités de niveau III et II définies par l'A.A.P. (*American Academy of Pediatrics*) en 2004.

Historiquement, la « *March of Dimes* », une association caritative créée par Franklin Roosevelt en 1938 pour combattre la poliomyélite en encourageant les dons d'un « *dime* » (pièce de 10 *cents*), établit un rapport sur la définition des niveaux de soins en néonatalogie en 1976 : c'est le rapport « *Toward (sic) an improved outcome of pregnancy* » (*TIOP I*). Ce rapport préconise le classement des maternités en trois niveaux principaux, classement repris dans le monde par d'autres systèmes de santé, notamment la France.

Le classement est progressif en termes de niveaux de prise en charge (source *Pediatrics*, volume 130, number 3, september 2012) :

1. La maternité de type I (*well newborn nursery*) s'adresse aux nourrissons de plus de 35 semaines (8 mois) d'aménorrhée ou 33 semaines de grossesse, sans complication à la naissance, le nourrisson prématuré ayant moins de 37 semaines d'aménorrhée. Cette maternité accepte donc aussi des prématurés en bonne santé.
2. La maternité de type II (*special care nursery*) s'adresse aux nourrissons de plus de 32 semaines d'aménorrhée ou 30 semaines de grossesse. Elle est capable de stabiliser l'état d'un nourrisson de moins de 32 semaines d'aménorrhée avant transfert dans une unité de réanimation. Elle doit pouvoir assurer la ventilation extracorporelle pendant 24 heures avant transfert vers une unité de réanimation.
3. La maternité de type III (*neonatal intensive care uni- NICU*) s'adresse aux nourrissons de moins de 32 semaines d'aménorrhée ou 30 semaines de grossesse. Elle doit pouvoir assurer tout type de soins aux grands prématurés.
4. Il existe maintenant un niveau IV, exigeant la possibilité de procéder à des actes chirurgicaux.

L'avantage de regrouper ces différents niveaux de prise en charge dans un même lieu est la mutualisation efficace des soins. Il s'agit de limiter les distances de parcours, notamment pour le transfert de nourrissons. Le matériel, la logistique (notamment la biberonnerie), le personnel (pédiatres, réanimateurs, anesthésistes spécialisés en néonatalogie) partagent le même palier.

La variante B répond à cette exigence de bon sens.

Redimensionnement du bâtiment 50 (Plateau Technique)

La variante B ne fonctionne correctement qu'à la condition de redimensionner les plateaux du bâtiment 50.

En effet, le plateau maximal actuel sur le bâtiment 50 a une superficie d'environ 6000 m² SDO. Or, pour regrouper sur un même niveau la réanimation adulte avec augmentation capacitaire et les laboratoires de biologie, il faut un plateau d'environ 6500 m² SDO.