

منشور عدد ٥ لسنة 2016

الموضوع: حول المخطط المديرى العقارى (Plan directeur immobilier) للمؤسسات الاستشفائية العمومية

المصاحب: نسخة من ملف استشارة نموذجي.

في إطار تدعيم سياسة الاستثمار لوزارة الصحة وسعيا إلى مزيد إحكام التصرف في المشاريع التنموية، تعترم الوزارة وضع مقاربة لإعداد المخططات المديرية العقارية (Plan directeur immobilier) للمؤسسات الاستشفائية العمومية وتطوير المرجعيات ذات الصلة وذلك وفقا للمبادئ التوجيهية للمشروع الطبي المعتمد من طرف المؤسسة وذلك بالرجوع إلى الإستراتيجية الجهوية من جهة والى إستراتيجية الوزارة على المستوى الوطني من جهة أخرى.

وحيث يعتبر المخطط المديرى العقارى وثيقة مرجعية لفائدة مسيري المؤسسات الاستشفائية وأداة لرسم الأفاق المستقبلية العاجلة منها والآجلة وللمراقبة الفنية والمالية، فإنه يحتوي على تصورات من خلال أمثلة هندسية تبرز مدى ترابط كافة مكونات المؤسسة الصحية والتي يتم تجسيما على مراحل حسب أولويات تضبط في الغرض. كما يهدف المخطط المديرى العقارى إلى تطوير وهيكل المؤسسة وتحسين جودة الخدمات الاستشفائية بها.

وللغرض ستعمل الوزارة، انطلاقا من سنة 2017، على أن تصبح هذه الوثيقة إجبارية لترسيم كل مشروع جديد. وتجدرن طي هذا نسخة من الملف النموذجي للقيام بالاستشارات الضرورية يعتمد المشروع الطبي للمؤسسة كنقطة انطلاق للمخطط، كما



يهدف إلى تحديد المنهجية الواجب إتباعها لضمان مكونات النجاح لمختلف المشاريع المبرمجة، فضلا أنه يمكن من إعداد تصور متناسق ومتناغم للوحدات تستجيب للحاجيات الحالية والمستقبلية للمؤسسة مع محيطها.

ونظرا لأهمية الموضوع، فإني أدعو كافة مديرات ومديري المؤسسات الصحية إلى تفعيل وتنفيذ بما جاء بهذا المنشور والعمل على القيام بالاستشارات اللازمة على أن يتم وجوبا عرض مشاريع المخططات المديرية العقارية على أنظار لجنة تقييم سيتم إحداثها للغرض.


الإمضاء: سعيد الحادي
والسلام

المرسل إليهم للإعلام و التنفيذ السيدات و السادة:

- المديرين الجهويين للصحة،
- المديرين العامين للمؤسسات العمومية للصحة،
- مديري المستشفيات الجهوية والمحلية

المرسل إليهم للإعلام والمتابعة:

- المديرين العامين ومديري المصالح المركزية ورؤساء الوحدات المركزية.



RÉPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

PROJET:

**Elaboration d'un Plan Directeur Immobilier pour le
développement et l'extension de L'Etablissement de Santé:**

.....

DOSSIER DE CONSULTATION

Janvier 2016



INTRODUCTION

Le présent projet de Plan Directeur Immobilier (PDI) de s'inscrit dans le cadre de la contribution de l'hôpital à assurer une offre de soins de qualité, graduée, accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé de notre population desservie au niveau du gouvernorat de : Il s'articule autour des principes fondateurs de l'hôpital et de la vision partagée par son équipe sur son évolution pour les 10 années à venir.

Ainsi, l'Hôpital se veut aujourd'hui:

- Un hôpital, offrant à ses patients les meilleurs soins de proximité et de recours, mis en œuvre grâce à un plateau technique performant,
- Un hôpital prenant en charge toutes les dimensions du soin,
- Un hôpital garantissant l'égal accès de tous au soin, y compris aux plus défavorisés, dans un continuum entre prises en charge sanitaire et sociale,
- Un hôpital à la pointe de l'innovation, et éventuellement engagé dans la recherche,
- Un hôpital recherchant constamment l'efficacité de son organisation et de sa gestion.

Ces principes doivent trouver, dans ce Plan Directeur immobilier, des traductions concrètes. Les objectifs déclinés dans le contexte des réformes envisagées, illustrent cette volonté de faire face aux obligations créées par le positionnement de l'Hôpital comme acteur essentiel de l'offre de soins dans la zone de desserte (délégation, gouvernorat, district/région, pays). Pour répondre à cette ambition, l'établissement a décidé de renforcer, d'une part, la qualité et la diversité de ses services de soin, et d'autre part, l'efficacité de son organisation et sa performance médico-économique par l'élaboration d'un projet stratégique 2016 – 2020 axé sur un projet médical encadrant les évolutions attendues de l'hôpital.

1 / OBJECTIFS

L'objectif du plan directeur immobilier est la mise en place d'un ensemble immobilier cohérent répondant bien aux fonctions réelles et projetées de l'établissement hospitalier. Son élaboration ainsi que les constructions, les extensions et les aménagements projetés doivent respecter les principes directeurs généraux soutenus par les objectifs suivants:

A. Objectifs sanitaires:

1. Fournir des soins et des services de santé de qualité,
2. Intégrer les activités d'enseignement et de recherche,
3. Etablir le fondement de toute décision de réorganisation, d'intervention et d'aménagement sur les caractéristiques, les besoins et les attentes des usagers et du personnel de santé.

B. Objectifs architecturaux, urbains et environnementaux:

1. Créer un environnement thérapeutique et sécurisant respectueux de l'intimité et de la confidentialité, selon une approche centrée sur le patient,
2. Concevoir le complexe hospitalier en tenant compte du réseau de circulation (véhicules, piétons, cyclistes et transports en commun) de manière à en faciliter l'accès et à optimiser la sécurité,
3. Concevoir les bâtiments de manière à assurer leur intégration au milieu environnant.



C. Objectifs opérationnels et fonctionnels:

- Assurer la continuité des services et le confort des usagers en tout temps,
- Concevoir un milieu de travail et un milieu de soins sécuritaires pour l'ensemble des usagers et du personnel,
- Assurer l'accessibilité universelle en tout lieu,
- Faciliter l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections.

D. Objectifs techniques :

1. Respecter les exigences de la réglementation en vigueur en matière de bâtiments civils,
2. Assurer la pérennité des bâtiments, non seulement par une construction de qualité mais également par une conception qui permettra de les adapter facilement aux réalités changeantes du domaine de la santé (architecture évolutive, extensions...),

E. Objectif de mise en œuvre :

1. Mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour s'assurer que les activités de construction n'interfèrent pas avec la continuité des services de soins, le tout en accord avec le plan de transition clinique tel qu'il a été établi par l'établissement.

F. Objectifs économiques :

1. Favoriser l'émergence d'un modèle favorisant l'optimisation des ressources,
2. Fonder la conception et le choix des matériaux, des systèmes et des réseaux sur une approche optimisant les coûts d'immobilisations, d'exploitation et d'entretien et tenant compte des exigences d'économie d'énergie.

2/ DEMARCHE ET CONTENU

L'objet du présent Plan Directeur Immobilier est de mener une réflexion globale sur la manière de l'organisation et l'implantation des futurs projets et les extensions programmés par l'hôpital, tout en tenant compte des contraintes de la réserve foncière et de l'état de la structure et les fondations des bâtiments actuels pour aboutir à un ensemble immobilier cohérent, répondant bien aux exigences de fonctionnement, de rationalisation et d'efficacité de l'établissement de soins. Il constitue le prolongement architectural, technique et financier du Projet Médical.

Le Plan Directeur Immobilier a pour principale articulation : l'analyse de l'état actuel de l'établissement avant la réalisation du Plan Directeur immobilier, ainsi que la répartition et l'organisation des différents îlots d'activités de l'établissement entre les sites qu'il occupe ou qu'il projette d'occuper.

Il doit être le résultat d'une étude à caractère architectural, urbanistique et financier et requiert un bon niveau de concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (direction de l'établissement, personnel, urbanistes, architectes, techniciens...).

Il intègre des objectifs et des étapes transitoires de fonctionnement et nécessite souvent un découpage en tranches viables permettant à l'aide de programmes d'investissement de passer de l'état existant à l'état projeté pour assurer la satisfaction des besoins.



Il constitue un élément capital de la planification à long terme des programmes d'investissement d'un établissement hospitalier. Son élaboration et sa mise à jour périodique constituent des éléments importants de la politique interne de l'établissement.

Il doit faire apparaître l'organisation actuelle et future du site hospitalier en ce qui concerne:

- l'état actuel des bâtiments existants, leur utilisation future ou leur démolition et les constructions prévues sur le site avec leur affectation ;
- la localisation et les caractéristiques principales des voies de circulation (véhicules, transports en commun; piétons), à conserver, à modifier ou à créer ;
- le découpage en secteurs fonctionnels en relation avec les activités que doivent accueillir ces secteurs (logistique, hébergement de soins et médico-technique, espaces verts, etc.) ;
- les liaisons avec les voies publiques périphériques distinguant, dans la mesure du possible, les différents flux (urgences, consultants, visiteurs, logistique, transports en commun, piétons, etc.) ;
- Le règlement de l'urbanisme appliqué au secteur (Cahier des charges) ;
- les zones de stationnement de surface et (ou) celle à inclure dans le bâti, offrant un nombre de places cohérent avec la capacité constructible et avec les documents réglementaires d'urbanisme ;
- les zones de rétention des eaux pluviales, éventuellement imposées par la réglementation en vigueur ;
- les servitudes éventuelles existantes, tant en matière d'utilité publique que de droit civil.

Enfin chaque programme d'investissement doit s'inscrire dans le plan directeur immobilier et doit faire l'objet d'une note justificative qui expose la cohérence des opérations avec les règles du plan directeur immobilier.

La transmission de ce plan directeur immobilier au Ministère de la santé constitue un complément important d'information lui permettant de se prononcer sur l'intégration des projets proposés par les structures hospitalières publiques dans une politique d'investissement cohérente.

3/ LE CONTEXTE DE L'ETUDE

Le Plan Directeur immobilier de l'Hôpital doit être élaboré sur la base du Projet Médical (**VOIR ANNEXE 3**) soutenant son Projet d'Etablissement.

Cette démarche simultanée qui concerne la réflexion dans le domaine de l'organisation médicale et celle de l'organisation patrimoniale permet de concevoir des organisations physiques correspondants aux besoins médicaux et tenant compte de la réalité des contraintes imposées par le bâti existant.

Pour mener à bien ces études, les architectes sont invités à rencontrer les équipes médicales, les cadres soignants, les services administratifs et les services techniques et logistiques de l'établissement.

4/ LA VALIDATION DE L'ETUDE

La validation du Plan Directeur immobilier sera tributaire de l'avis d'une Commission nationale d'Analyse des PDI composée de représentants des services compétents pour les projets régionaux et nationaux, des utilisateurs (les représentants de l'établissement en question), de la Direction régionale de la santé concernées, de la Direction générale de la santé, de la Direction générale des structures sanitaires publiques, de la Direction générale des services communs, de la direction des bâtiments, de l'Unité de coordination avec les régions et de la Direction des études et de la planification.



5/ LE PROGRAMME MEDICAL SUR LES ANNEES A VENIR VISE PAR LE MINISTERE

Les besoins en surface doivent être synthétisés sous forme de tableau mettant en vis-à-vis l'existant et la prévision de chaque activité ou service. Ces besoins ont vocation à être précisés et détaillés au moment de la rédaction du Programme Technique Détaillé de chaque projet.

Ils auront pour objectifs de:

- A. Adapter la capacité hospitalière (lits) aux besoins de la population desservie;
- B. Renforcer les activités de référence et leur Plateau Technique ;
- C. Organiser selon des îlots cohérents les futurs locaux par le regroupement géographique d'ensembles d'activités homogènes et complémentaires ;
- D. Améliorer les conditions d'accueil de prise en charge des usagés ;
- E. Améliorer et optimiser les conditions de travail du personnel, en garantissant les meilleures conditions de travail possibles.

6/ L'ORDRE CHRONOLOGIQUE DES ETAPES DU PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER

A. Historique de l'hôpital

L'étude doit comporter :

- Date d'édification
- Implantation de l'établissement
- Différents aménagements et extensions succédant la construction initiale ou apportés à l'hôpital.
- Stratégie suivie pour la réalisation des extensions (aléatoires ou selon un plan global initial ou plan directeur immobilier, etc.).
- Activités initiales de l'hôpital et celles des extensions.
- Les équipements techniques installés pour servir l'hôpital et l'impact des extensions sur leurs capacités d'asservissement.
- Impact des extensions sur la réserve foncières de l'hôpital.

B. Inventaire global et analyse du patrimoine actuel

1/ Organisation générale du site :

- Morphologie du terrain naturel (présence de déclivité, remblai et talus naturels ou créé lors de la construction de l'hôpital et hauteur, etc.).
- La constructibilité du site
- Les contraintes urbanistiques : (CUF, COS et hauteur autorisé, etc.)
 - La surface matérialisée du couverte, de la réserve et du foncier de l'hôpital.
 - Le classement de la zone urbaine de l'hôpital.

2/ Répartition des bâtiments et des activités sur le site (**organigramme fonctionnel**) ;

3/Le bâti (dossier de récolement) ;

4/Volet technique (**VOIR ANNEXE 1**) ;

5/ Fonctionnalité (**schéma fonctionnel**) ;

6/Programme capacitaire (**Tableau**) ;

7/ Tableau d'Analyse et synthèse des surfaces existantes ;



C. Evolution patrimoniale

La Stratégie d'évolution

La réflexion menée sur l'extension et la restructuration générale de
.....doit mentionner et confirmer :

- 1/ Les scénarios ou phases des éventuelles extensions et le potentiel de son évolution.
- 2/ Les évolutions générales de chaque service de l'hôpital, ses caractéristiques, ses potentialités,
- 3/ La réorganisation profonde et particulière des différents services en termes de capacité, de surfaces et d'organisation fonctionnelle,
- 4/ L'étude d'organisation spatiale des composantes et l'étude de faisabilité correspondante, y compris le phasage des opérations, avec proposition de traitement des bâtiments du point de vue économie d'énergie,

5/ Principe de desserte

La voie axe de circulation.

Séparation des flux personnes / véhicules

Systeme de séparation

Facilitation de réalisation des opérations

Le principe de desserte est également un principe opérationnel qui facilitera la réalisation et le phasage des travaux. En effet, chaque tranche de travaux du plan directeur immobilier doit être réalisable sans modification majeure de voirie. L'accès au chantier préexiste puisqu'il est constitué par la voirie existante. Seuls les accès des personnes sont à aménager.

- 6/ L'estimation prévisionnelle du coût de construction, toutes dépenses confondues pouvant servir de base pour la programmation financière. Ce coût est actualisable et révisable (voir les éléments de l'estimation prévisionnelle en ANNEXE 2).

D. Traduction graphique du plan directeur immobilier

Le Plan directeur immobilier se traduit graphiquement comme suit :

- 1/ Plan de l'existant (Plan de récolement) du lot Architecture et des lots techniques;
- 2/ Dossier de format et d'échelle approprié et lisible de la solution proposée (transformation, réaménagement, redéploiement, nouvelle construction) toute en mentionnant les phases de réalisation ainsi que les estimations y afférentes;
- 3/ Détail du Plan directeur par bâtiment et par phase (Tableau) ;
- 4/ Image de synthèse exprimant l'état final de l'action (perspective d'ensembles et vues d'ambiances) ;
- 5/ un rapport (format lisible A4/A3/A2) en six (06) exemplaires ;
- 6/ un rendu graphique sur papier (format lisible A1) en quatre (04) exemplaires ;
- 7/ support magnétique CD ou autres ;

E. PHASAGE

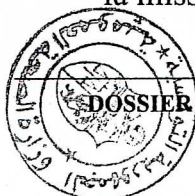
Le planning de phasage doit figurer dans l'étude finale.

7/ DELAIS

Le délai global pour l'exécution du diagnostic et la remise du rapport d'étude est fixé à cent quatre vingt (180) jours compris dimanches et jours fériés et ce, à partir de la date de la notification de la commande.

8/ HONORAIRES

Les honoraires dus à l'architecte ou au groupement d'architectes de cette étude sont celles de la mission CP (contrat préliminaire) fixées par le décret n° 78-71 du 26/01/78.



9/ TEXTES GENERAUX

La présente consultation est soumise à l'ensemble des textes législatifs, administratifs et techniques en vigueur et notamment :

- A la loi n°73-81 de la 31/12/1973 portant promulgation du code de la comptabilité publique.
- Au cahier des clauses administratives générales applicables aux marchés publics d'études du 25/10/1974.
- Au décret n°2014-1039 du 13 mars 2014 portant la réglementation des marchés publics et les textes qui l'ont modifié et complété.
- Au décret n° 78-71 du 26/01/78 portant approbation du cahier des conditions administratives générales réglementant les missions d'architecture et d'ingénierie assurées par les prestataires de droit privé pour la réalisation de bâtiments civils.

Pour L'Etablissement de Santé

Pour l'architecte ou le groupement d'architectes



ANNEXE 1

Volet technique

Le phasage du volet technique des travaux d'infrastructure découle du phasage des travaux de démolition et de construction des bâtiments avec comme objectifs :

Assurer la continuité de fonctionnement des services en activité tant en ce qui concerne les accès que les différentes dessertes en fluides médicaux.

Assurer les accès principaux ainsi que les différentes alimentations des bâtiments projetés à partir des réseaux nouvellement créés.

En matière de réseaux enterrés, les contraintes principales sont générées par les réseaux d'assainissement d'eaux pluviales et d'eaux usées pour les raisons suivantes :

- Les points de raccordement sur les réseaux publics existant

CHAUFFAGE CLIMATISATION PLOMBERIE

- Etat des chaudières et leurs types
- Etat des CTA, Groupes et leurs types
- Locaux techniques existants
- Capacité des locaux
- Accessibilité des locaux techniques depuis l'extérieur.
- Mode d'entretien des locaux et des équipements (vides sanitaires,
- Réseau primaire de chauffage
- Etat des réseaux principaux en sortie de chaufferie
- Type de réseau et son repérage.
- Ouvrages de raccordement (regards, vannes, bouches,)
- Liaison et branchement des extensions avec le réseau initial.
- Intervention sur les réseaux primaires en place suivant l'avancement des phases.

RESEAU EAU FROIDE – EAU DE VILLE – FORAGES

- Etat du réseau et son maintien ou sa reprise en fonction du phasage de réhabilitation ou de construction d'un bâtiment.

RESEAU GAZ

- Alimentation de l'hôpital en gaz.
- Pression de service des postes de détente et la limite de chacun en fonction des pressions de gaz nécessaires à chacun des bâtiments existants ou programmés.

RESEAU ECS (Eau chaude Sanitaire)

- Existence de chaufferie et son état si oui.
- Etat des chaudières, brûleurs, pompes, ballons d'ECS, réseau, vannes, mitigeurs collectifs ou terminaux.
- Capacité et puissance des équipements existants et leurs limites par rapport aux futurs besoins et les solutions recommandées.

RESEAU CHAUFFAGE

- Type de réseau et son état.
- Réseau rafraichissement
- Type de réseau et son état.

RESEAU VENTILATION ET DE DESENFUMAGE

- Type de ventilation.
- Rendement en termes de confort des occupants et de récupération de la chaleur de l'air extrait.
- Type de ventilateurs installés, leur consommation d'énergie, le gain énergétique apporté.
- Une solution plus confortable à prévoir pour mieux améliorer la consommation, le rendement, le gain énergétique.



COURANTS FORTS – COURANTS FAIBLES

A - Principe d'alimentation électrique

- Alimentation depuis le réseau public.
- La distribution interne.
- Type et capacité du groupe électrogène installé.
- Type des transformateurs des postes et leurs capacités et leurs limites en fonction des extensions réalisés et les futures extensions.

B - Locaux techniques

- Etat des locaux du groupe et des postes de transformations et leurs emplacements.

C - Equipements techniques des postes

- Cellules d'arrivée (coupure d'artère) du réseau public,
- Cellules de comptage HT (haute tension),
- Cellules de couplage automatique avec le groupe électrogène,
- Cellules départ (1 boucle HTA),
- Cellule protection transfo à fusibles
- Transformateur bi-tension primaire, puissance à signaler.
- Protection basse tension.

D - Réseaux basse tension

- La distribution B.T. est à analyser afin de s'assurer de la continuité de fonctionnement de chaque bâtiment en fonction du phasage des travaux de restructuration ou démolition et d'extension.

E - Cheminement

- La mise en œuvre des fourreaux et câblages existante et suivant les phasages représentés sur les plans.
- Propositions techniques Réseaux Courants Faibles

A - Locaux techniques

B - Principe de distribution

- Raccordement téléphonique depuis le réseau public.
- La distribution issue du noyau central courant faible.
- Nombre de zones de bouclage.

C - Equipements techniques des bâtiments

- Equipement des bâtiments de sous répartiteurs de brassage.

D - Liaisons fibres optiques

- Existence ou non des rocares téléphoniques, informatiques, vidéosurveillance inter-bâtiments.

E - Cheminement

- La mise en œuvre des fourreaux et rocares sera réalisée suivant les phasages représentés sur les plans.

F - Appel malade

- Existence ou absence de système d'appel malade et infirmière.

G - Sonorisation

- Existence Une sonorisation sera prévue dans la salle du conseil d'administration et la salle de conférence.

H - Alarme et détection incendie

- Système de sécurité incendie.

I - Alarme intrusion

- Etude de risque par bâtiment permettant de connaître la nécessité de prévoir ce type de système.

J - Système anti-fugue

- Type du système.

K - Voirie et Réseaux Divers

- Voirie existante et à préconisée.
- Réseau d'eaux usées
- Réseau d'eaux pluviales
- Ouvrages de rejets à l'extérieur.



Estimation Prévisionnelle

L'estimation prévisionnelle comprend

- ◆ Les travaux,
- ◆ Les équipements techniques (groupes, postes, centrales,),
- ◆ Une provision pour hélistation en superstructure,
- ◆ Les aménagements extérieurs et VRD normaux à l'intérieur du site (liés aux opérations),
- ◆ Une provision pour aléas,
- ◆ Les honoraires des intervenants suivants : concepteurs, experts, compagnes géotechniques, maîtrise d'œuvre, assistance au maître de l'ouvrage, contrôleur technique, coordinateur, assurances garanties décennales, amélioration énergétique.
- ◆ Une provision pour dépenses diverses : indemnités de concours, sondages, relevés topographiques, modélisation en 3D, levés topographiques.
- ◆ La TVA au taux en vigueur.

Le Calcul du montant des travaux se fera bâtiment par bâtiment ou service par service ou action par action

Le montant des travaux est calculé en appliquant les coefficients de surfaces suivants :

Type d'intervention Ratio DT HT / m² SHO

DE : Démoli DT HT

CO : Conservé Simple entretien, non comptabilisé

RN : Rénovation DT HT

RS : Restructuration DT HT

CN : Construction neuve DT HT

TS : Travaux de surélévation en étages : DT HT

RF : Travaux de renforcement des fondations ou structures selon expertise : DT HT

Pour certaines opérations, le ratio peut faire l'objet de pondération en fonction de la complexité de l'opération.

Définition de la surface hors œuvres (SHO)

La surface hors œuvres est la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction, calculée à partir du nu intérieur des façades et des structures porteuses. Elle comprend le total des surfaces utiles, les circulations verticales et horizontales, les paliers d'étage, les surfaces d'emprise au sol des structures non porteuses (cloisons, gaines techniques) et porteuses (poteaux, voiles).

Calcul du montant des travaux sur les réseaux

Les coûts d'intervention sur les réseaux concernent les modifications de voirie et de réseaux décrits au chapitre (volet technique) accompagnant les interventions sur le bâti (démolitions, restructurations, constructions ...) ou la réalisation progressive des aménagements paysagers.



**PROJET MEDICAL
DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE**

