

Enquête transitions



218

Le poste de soins du service de réanimation en neurologie dans le nouveau pôle neurosciences de l'hôpital Sainte-Anne (Paris XIV^e), livré par l'agence Pargade Architectes l'an dernier.

A photograph of a modern hospital hallway. The walls are a mix of white and teal. There are glass partitions and windows. The ceiling has recessed lighting. The floor is light-colored. The overall atmosphere is clean and professional.

Le bâtiment hospitalier dans le monde d'après

La crise du Covid-19 aura été l'une des pires jamais traversées par l'hôpital. Elle a profondément marqué les patients, les soignants, mais aussi les bâtiments. Pour ne pas se faire surprendre à la prochaine pandémie, il faut repenser les circulations, les flux techniques, la ventilation et même la taille des chambres. Des évolutions qui se retrouvent dans les projets portés partout en France, souvent cofinancés par le Ségur de la santé, lui aussi enfant du Covid.

Une enquête réalisée par Sophie d'Auzon, Philippe Bohlinger, Jacques-Franck Degioanni, Margot Guislain, Marjolaine Koch, Julie Nicolas, Fabien Renou et Christiane Wanaverbecq.



CHARLY BROYEZ

Conception

Du plan-masse à la chambre, les leçons d'une crise sanitaire

Cinq ans après la pandémie de Covid-19, de nouvelles préconisations techniques redessinent l'architecture des espaces hospitaliers, pour faciliter leur flexibilité.

Qu'il s'agisse du logement ou de l'hôpital, le Covid-19 aura servi de révélateur à des problématiques plus ou moins aiguës dans l'existant. Il aura aussi joué le rôle de catalyseur et d'accélérateur en vue de mieux répondre, en termes de conception architecturale et technique, aux nouvelles attentes pour faire face aux crises sanitaires. « Cette épidémie nous a frappés, et il est probable qu'il y en aura d'autres. Nous avons renforcé nos organisations pour être plus efficaces et mieux préparés... tout en espérant ne pas en avoir besoin », observe avec prudence Bruno Cazabat, président de l'association des Ingénieurs hospitaliers de France (IHF).

Soit. Mais quels enseignements tirer de cet épisode ? Quelles exigences sanitaires, fonctionnelles et/ou techniques ont émergé pour les établissements hospitaliers ? Quelles transcriptions spatiales sont-elles susceptibles de recevoir ? En France, un quarteron d'agences d'architecture se sont fait, nolens volens, une spécialité de ce type de programme : Michel Beauvais Associés, Groupe-6, Michel Rémon & Associés, Pargade Architectes, Brunet Saunier & Associés, Patriarche, Architecture Studio, etc. « Le sujet est tellement complexe qu'on est obligés de se spécialiser, même si cela a été honni de la profession dans les années 1980-1990 », observent volontiers Jean-Philippe Pargade et son associée Caroline Rigaldiès.

« **Technique et bienveillant** ». Toutes ces agences ont, peu ou prou, (re)mis les patients au centre du dispositif. « Auparavant, tout était plutôt centré sur le médecin mandarin, son activité, autour duquel gravitait le patient. A présent, on installe ce dernier au cœur du parcours de santé, ce qui modifie les organisations », relève Jean-Philippe Pargade. « L'hôpital est un bâtiment à la fois technique et bienveillant », affirme, pour sa part, Michel Rémon. Alors, du plan-masse à la chambre, en passant par les locaux administratifs et les plateaux techniques, l'influence du



Covid-19 sur la conception architecturale des établissements de soins prend de multiples aspects.

Une certitude pour Jean-Philippe Pargade : le monobloc mastodontique relégué en banlieue ou à la campagne a vécu, laissant place à une organisation « avec des unités morcelées, connectées en réseau entre elles et à un hub central, personnalisées et résilientes ». A l'image du futur CHU de Nantes (1384 lits, ouverture en 2027) réalisé avec Art & Build, dont Jean-Philippe Pargade énumère les qualités : « Structuré autour de 12 blocs et autant de patios, il est accessible à ses usagers, rassurant par sa conception, à l'opposé des "cathédrales hospitalières" du XX^e siècle aux échelles oppressantes. Il est inscrit dans la matrice de la ville, ouvert, accueillant, évolutif, traversé de rues et d'allées, catalyseur d'une urbanité à venir. »

« **Double circulation distincte** ». Comme nombre d'affections respiratoires, le Covid-19, si l'on s'en souvient, a mis en exergue la contagion par dissémination aéroportée du virus. On devine aisément l'importance que revêt alors le facteur « qualité de l'air intérieur » (QAI), en termes de traitement et de filtration des agents pathogènes. « Au niveau des flux de patients, cela signifie séparer, dès leur arrivée, ceux avec un risque infectieux des autres », précise Bruno Cazabat. D'où des accès différenciés à prévoir, mais aussi des progressions distinctes à l'intérieur de l'établissement, suivant les pathologies identifiées. « Cette crise sanitaire sans précédent a validé le concept de doubles circulations distinctes qui, en cas de nouvelle crise majeure, permettrait de séparer facilement les flux de personnes infectées et non infectées », ajoute-t-il. Le pire n'étant jamais certain, un « troisième circuit » doit même être envisageable pour Michel Rémon.

Du côté des bureaux dédiés aux personnels médicaux et administratifs, bien que peu impactés par le Covid, les nouvelles

Toutes les agences d'architecture spécialisées dans les hôpitaux ont, peu ou prou, (re)mis les patients au centre du dispositif.



FABRIZIO GARCIA / MICHEL RÉMON ET ASSOCIÉS

injonctions managériales - désilotage des compétences et travail en flex office - ont gagné du terrain. « Il y a désormais une manière de collaborer inspirée des start-up californiennes, sans enfilade de bureaux juxtaposés, observe Franck Lavigne, architecte associé de l'agence Groupe-6. Cela découle d'une volonté du management de partager l'information, d'instaurer un autre rapport à la hiérarchie et à la décision, avec une gestion plus démocratique de l'espace, où le nomadisme va de pair avec la numérisation des échanges. »

Mais revenons à l'utilisateur final. « Maintenant, les patients vont directement de chez eux, debout, jusqu'au bloc opératoire,

ce qui a beaucoup modifié les flux, les espaces d'accueil », estime Jean-Philippe Pargade. Si cette médecine ambulatoire se développe continuellement, en réduisant d'autant les séjours de moyenne et longue durée dans l'établissement, la nécessité de disposer de chambres - individuelles le plus fréquemment - n'a pas disparu pour autant. « Post-Covid, il y a certes des questions de dimensionnements techniques mais les impacts spatiaux se révèlent assez mineurs, finalement, souligne Franck Lavigne. Il nous est en revanche demandé de pouvoir transformer des chambres ambulatoires en chambres de réanimation. Cela implique de suréquiper les lieux à cet effet, de précâbler davantage de dispositifs techniques. Mais ça, c'est au stade du programme, parce qu'après, la contrainte financière nous rattrape souvent... » Pour offrir cette possibilité, deux dispositions apparaissent complémentaires : intégrer un sas aux chambres afin de limiter la contamination aérienne avec les circulations, mais aussi revoir les dispositifs de traitement de l'air dans leur ensemble et le système de ventilation en général.

Anticiper les mutations. Reste, souligne encore Franck Lavigne, que « même si on est censé construire un hôpital pour cinquante ans, il est obsolète dès sa livraison ! Entre l'élaboration du programme et la livraison du bâtiment, plus de quinze ans peuvent s'écouler... D'où une nécessaire adaptabilité. » Alors, flexibilité, évolutivité ? Bref, il s'agit, dans tous les cas, d'anticiper les mutations afin de pouvoir accueillir de nouveaux équipements d'imagerie, des robots mobiles autonomes pour le nettoyage et la désinfection, et autres automates d'appoint. « Il faut éviter de figer un scénario d'occupation des lieux », plaide également Jérôme Brunet.

Le bâtiment doit être isotrope, capable d'évoluer dans toutes ses dimensions. D'où la nécessité de disposer de réserve de surface pour ajouter des lits, « upgrader » les capacités d'accueil en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE), au besoin « en incluant des "pièces à casser" comme on dit en Belgique », s'amuse Michel Rémon. Et Jean-Philippe Pargade (suite p.20)



RENZO PIANO BUILDING WORKSHOP, BRUNET SAUNIER & ASSOCIÉS

2

1 - L'agence Michel Rémon & Associés a livré en 2024 la phase 1 du projet Bauréals (pour « blocs accueil urgences réanimation Lyon Sud ») pour les Hospices civils de Lyon. L'opération inclut 12500 m² neufs et 16 800 m² réhabilités. Elle devrait s'achever en 2026.

2 - Conçu par Renzo Piano Building Workshop (RPBW) avec Brunet Saunier & Associés, le campus hospitalo-universitaire Saint Ouen Grand Paris Nord (145 000 m²) devrait ouvrir des portes en 2030.



d'enchérir : « C'est vraiment ce qui est fascinant dans cette espèce de casse-tête : arriver à superposer et faire fonctionner tous ces plateaux entre eux. Avec les dossiers médicaux dématérialisés, la proximité immédiate n'est plus requise. La liberté constructive est plus grande, l'adaptabilité facilitée. » Ce qui, dans le neuf est relativement aisé, l'est moins dans l'existant... « Dans l'ancien, c'est tordu, c'est compliqué, la hauteur peut manquer pour faire passer les fluides, il faut renforcer la portance des planchers, etc. », argumente Michel Rémon.

Privilégier l'existant ? Au-delà des seuls aspects techniques et architecturaux, Jean-Michel Pargade note les « effets induits » et relève le rôle de l'hôpital dans la ville : « Le Covid a transformé

son image. Il est devenu un équipement de proximité indispensable. L'idée de privilégier l'existant fait son chemin dans les préoccupations des maîtres d'ouvrage hospitaliers. Pour des raisons de fréquentation, de bonne conscience et de valorisation patrimoniale, bien sûr, mais aussi parce que l'hôpital est un grand employeur et que la réhabilitation permet de conserver un site... avec ses équipes. » De fait, « aujourd'hui, la préoccupation de tous les établissements, ce sont les ressources humaines. Durant la pandémie, ce n'étaient pas les lits qui manquaient, mais bien le personnel médical », juge Denis Bouvier à la tête de Groupe-6. L'architecture, facteur d'attractivité majeur pour les métiers du care ? Voire... Mais c'est là un autre sujet. ● J.-F. D. avec J. N.

Face aux maladies, une réinvention permanente

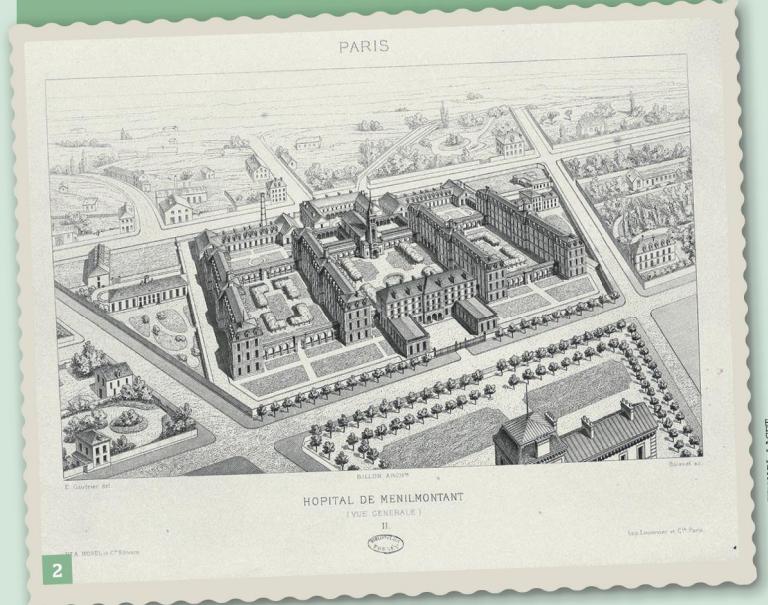
En France, au milieu du XIX^e siècle, l'isolement des malades contagieux visait à réduire la mortalité des femmes en couches : les contaminations entraînaient le décès de près de 10% des mères. En 1858, un interne, Stéphane Tarnier, estimait qu'accoucher à domicile avec une sage-femme divisait par 17 la probabilité de mourir de fièvre puerpérale par rapport à l'hôpital. Et ce, pour des raisons d'hygiène. Des solutions ont été testées, comme des galeries où cantonner les familles derrière des vitres, ce qui a permis d'abaisser la mortalité de 30 à 40%. Un pavillon expérimental a aussi été construit à Cochin (Paris XIV^e), avec des chambres individuelles médicalement surveillées via des miroirs sans tain.

Mise à l'écart. « Tout bascule en 1878, quand l'Académie de médecine conclut, après commission d'enquête, que le manque d'hygiène était mortel », relate Pierre-Louis Laget, docteur en médecine, conservateur en chef honoraire du patrimoine hospitalier. La première maternité est alors créée sous forme d'un pavillon indépendant, à l'hôpital de Ménilmontant, aujourd'hui Tenon (Paris XX^e). Cette mise à l'écart a permis d'offrir une hygiène rigoureuse aux femmes en couches.

Lors du siège de Paris, pendant la guerre de 1870, on constate que, dans les baraquements en bois servant d'hôpitaux de campagne, comme celui édifié dans le jardin du Luxembourg, les épidémies se propagent moins. Des médecins suggèrent alors de construire, en lieu et place de bâtiments « en dur » des hôpitaux en bois qui seraient brûlés et remplacés tous les dix ans. Le débat ne durera pas. « Un siècle et demi plus tard, le Covid-19 est venu démontrer que l'hôpital monobloc moderniste du XX^e siècle, avec des malades regroupés sur plusieurs étages isolés, était plus efficace pour freiner la contagion que le modèle pavillonnaire du XIX^e siècle », conclut le spécialiste. ● M. G.



1 - Le premier hôpital Broussais, fait de baraquements en bois, a été bâti en 1883 en quelques semaines en prévision de la pandémie de choléra qui s'apprêtait à toucher l'Europe.
2 - Ouvert en 1878, l'hôpital de Ménilmontant (devenu Tenon) fut le premier où a d'emblée été prévue la création d'un pavillon d'isolement et d'un second pour abriter la maternité.





Qualité de l'air intérieur Assainir l'atmosphère pour limiter la contagion

Face aux polluants et aux virus, les outils dévolus au traitement de l'air ont été repensés et les moyens revus à la hausse. A cela s'ajoute une réglementation plus exigeante.

« En matière de qualité de l'air intérieur (QAI), la pandémie de Covid-19 a provoqué une vraie prise de conscience, avec la volonté de travailler sur le préventif plutôt que sur le curatif », constate Rudy Chouvel, expert développement durable de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap). Renforcée en 2022, la réglementation sur la surveillance de la QAI ne concerne pour l'instant, dans les hôpitaux, que les unités de soins de longue durée, les Ehpad et les crèches.

Pour ces espaces, les textes demandent de produire un rapport annuel sur les moyens d'aération, avec un autodiagnostic des polluants. Deuxième volet, un organisme agréé par le Cofrac doit quantifier les taux de CO₂, de formaldéhyde et de benzène lors d'étapes clés, notamment à l'issue de travaux. Enfin, un programme doit être adopté en cas d'action corrective à mettre en œuvre. Si ces dispositions sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier, le décret d'application n'est pas encore paru.

Multiplication des centrales de traitement d'air. Ces considérations passent au second plan lorsque l'on s'intéresse aux espaces dédiés aux soins aigus. Là, l'aération n'est plus de rigueur puisque l'air est entièrement géré par des centrales de traitement d'air (CTA). « Ces dernières se multiplient pour ne traiter chacune que quatre à six chambres au lieu de 20 dans les anciennes configurations », détaille Bruno Leboeuf, directeur de

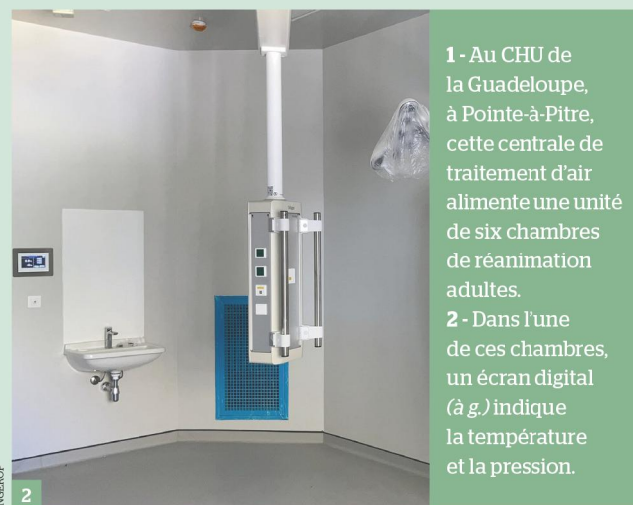
projets hospitaliers chez Ingérop. L'air neuf est filtré, déshumidifié, puis refroidi ou réchauffé en fonction des besoins. Point essentiel, l'air extrait est aussi filtré pour éviter la propagation des virus et bactéries. Ces modifications impliquent d'agrandir l'espace des locaux techniques qui regroupent les CTA.

Vers une ventilation plus flexible. « Avant la pandémie, les chambres de réanimation étaient en surpression par rapport aux couloirs, l'idée étant d'empêcher des patients fragiles d'être contaminés par l'extérieur. Mais les virus aéroportés pouvaient se propager depuis les chambres vers l'extérieur. Maintenant, la logique est de mettre les chambres en légère dépression par rapport aux sas qui s'y ajoutent désormais. Ces derniers sont également en surpression par rapport aux couloirs. L'air "propre" du sas se diffuse ainsi vers les chambres pour éviter que l'air contaminé par les malades ne se disperse dans les couloirs », précise Bruno Cazabat, président de l'association des Ingénieurs hospitaliers de France. Pour aller plus loin, les soignants demandent des systèmes de ventilation flexibles, modifiables d'un simple clic ou presque, pour passer les chambres en surpression, en dépression ou en isopression en fonction des besoins.

L'évolutivité est aussi la règle pour dimensionner les réseaux de fluides médicaux dans ces chambres. « La norme FD S 90-219 relative aux systèmes de distribution de gaz médicaux publiée en février 2022 préconise en particulier de multiplier le nombre de prises d'oxygène avec des débits accrus », reprend Bruno Leboeuf. Ingérop a appliqué ces dispositions sur plusieurs sites comme le CHU de la Guadeloupe à Pointe-à-Pitre ou le centre de lutte contre le cancer Henri-Becquerel de Rouen (Seine-Maritime). Cette augmentation se répercute également sur les dimensions des cuves d'oxygène, des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) implantées en extérieur. D'un diamètre de plus de 2 m, elles ont tendance à gagner en hauteur, passant de 9 à 15 m. Certains hôpitaux choisissent même de multiplier leur nombre. Une capacité accrue qui doit permettre de s'affranchir des livraisons en flux tendu devenues la règle en 2020.

Toutes ces dispositions renchérissent le coût des travaux comme l'entretien des systèmes. Les arbitrages deviennent indispensables pour concilier qualité des soins et budgets limités.

● J. N. avec S. d'A.



1 - Au CHU de la Guadeloupe, à Pointe-à-Pitre, cette centrale de traitement d'air alimente une unité de six chambres de réanimation adultes.
2 - Dans l'une de ces chambres, un écran digital (à g.) indique la température et la pression.

Financement

Qu'a-t-on fait des milliards du Ségur ?

De nombreux projets tardent à se concrétiser plus de trois ans après le déblocage des fonds dédiés à l'investissement.

Le démarrage a été plus lent qu'espéré. En octobre 2021, le Ségur de l'investissement avait acté une enveloppe de 7,5 Mds € destinée aux opérations de construction ou de rénovation des établissements de santé. A ce stade, selon le Conseil scientifique des investissements en santé (CSIS), 2,3 Mds € ont été engagés, subventionnant les projets à hauteur de 23 à 86 % selon les stratégies régionales, soit 34 % en moyenne. Au total, 306 projets d'un budget supérieur à 20 M€ ont été identifiés par les agences régionales de santé (ARS), dont 73 % devraient être validés d'ici la fin de l'année. Sur 24 projets d'un budget supérieur à 150 M€, 10 ont franchi l'étape de la soutenabilité financière.

Les raisons de ces lenteurs, selon le Pr François-René Pruvot, président du CSIS, sont multiples. « Avec l'annonce du Ségur, les hôpitaux ont reboosté leurs projets. Les idées n'étaient donc pas aussi matures que souhaité. Et les opérations étant complexes, nous avons mis en moyenne 22 mois pour les finaliser. » Les décaissements n'ont donc démarré qu'au premier semestre 2024.

La conjoncture a accru les difficultés à boucler les financements. « Les établissements hospitaliers ont été victimes d'un triple phénomène, analyse Cécile Chevance, responsable du pôle offres à la Fédération hospitalière de France. D'abord, l'inflation: les enveloppes se sont retrouvées insuffisamment calibrées. Ensuite, les taux d'intérêt ont augmenté. Enfin, les établissements ont vu leur situation financière se dégrader et, donc, leur capacité d'autofinancement diminuer. » A cela s'ajoute une autre difficulté: le fait d'agir dans le cadre d'un plan, en étudiant tous les projets en même temps, crée un goulot d'étranglement chez les entreprises du BTP capables de répondre aux contraintes de la construction hospitalière.

Ambitions réduites. L'ARS d'Occitanie, par exemple, a dû revoir une partie de ses projets pour pouvoir les mener à enveloppe constante malgré la hausse des coûts. « Soit nous avons abouti à un phasage, soit nous avons réduit le périmètre. Dans nos projets, quand nous envisagions une construction neuve, nous avons finalement opté pour une réhabilitation avec une simple extension », détaillent Magali Tribodet, cheffe de projet investissement Ségur, et Agathe André-Doucet, architecte urbaniste de l'Etat et conseillère de direction à l'ARS Occitanie.

Face à cette situation, le CSIS a recommandé aux porteurs de projets, notamment les plus grands, de les découper en tranches pour s'assurer d'une validation rapide. C'est le choix opéré par le CHU de Montpellier (Hérault), dont le chantier comprend une multitude de sous-opérations sur des bâtiments distincts.



MICHEL BEAUVAIS ASSOCIÉS

Sur le site de l'hôpital Brabois qui sera agrandi, le nouveau CHRU de Nancy regroupera à l'horizon 2030 l'ensemble des plateaux techniques jusqu'ici disséminés dans la ville.

La belle enveloppe du CHRU de Nancy

Le plan de modernisation du CHRU de Nancy (Meurthe-et-Moselle) n'a pas volé son titre de deuxième plus gros chantier hospitalier de la décennie en France, derrière Nantes (Loire-Atlantique) et juste devant Marseille Nord (Bouches-du-Rhône). Ce programme planifié à l'horizon 2030 le regroupement de l'ensemble des plateaux techniques disséminés dans la ville sur un lieu unique, l'hôpital de Brabois, à l'ouest de l'agglomération, où deux nouveaux bâtiments totalisant 144 000 m² seront construits.

Les contours du projet immobilier avaient été esquissés en 2012 en réponse à un taux de vétusté technique élevé (plus de 66 %), des non-conformités en matière de sécurité incendie, ainsi qu'un éclatement de l'établissement sur sept sites, synonyme de surcoûts de transport et de maintenance. Il doit permettre de réduire la surface totale du CHRU de 40 %, la faisant passer à 262 000 m².

Le programme, pourvu de façades en ossature bois et de planchers mixtes bois-béton, doit sa concrétisation à une



CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JAMET

Au centre hospitalier Pierre-Jamet d'Albi (Tarn), un bâtiment a été reconstruit pour accueillir 85 lits d'admission et de crise de psychiatrie sectorisés grâce au financement du Ségur.

L'état des finances publiques rend l'avenir d'une partie des projets encore plus incertain, reconnaît François-René Pruvot : « Consigne a été passée de "déprioriser" les programmes qui ne sont pas encore sortis et montreraient des difficultés de soutenabilité. » Des tractations sont en cours entre les hôpitaux, les ARS et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Enfin, la disparition annoncée pour fin mars du CSIS, qui jouait un rôle central dans l'accompagnement des projets, pour être « fondu » dans l'Agence nationale de l'appui à la performance des établissements de santé, ajoute encore une dose d'instabilité. ● M. K.

enveloppe providentielle de 418 M€ accordée par l'Etat à la suite du Ségur de la santé d'octobre 2021, soit 383 M€ d'aides en capital et 35 M€ d'emprunt aidé. Une manne assortie de l'effacement d'une partie de la dette de l'établissement lorrain à la santé financière dégradée.

Explosion du budget. La signature, le 20 décembre dernier, du marché de maîtrise d'œuvre avec l'agence Michel Beauvais Associés a marqué une nouvelle avancée du projet. Toutes les incertitudes ne sont pas pour autant levées, à commencer par « sa soutenabilité financière » pointée du doigt par la chambre régionale des comptes dans un rapport rendu public trois jours auparavant. L'inflation a fait exploser le budget, estimé au moment du Ségur à 604 M€ TDC. Son chiffrage réactualisé à 915 M€ a incité la maîtrise d'ouvrage à retravailler son dossier pour qu'il redescende à 786 M€ en supprimant certaines constructions, sans coup de pouce supplémentaire de l'Etat.

La défiance des Sages était accentuée par le retrait du programme de la déconstruction d'une barre des années 1960 hébergeant l'hôpital pour adultes (22 M€) et de la déconstruction de l'hôpital pour enfants, alors qu'elles « devront nécessairement être réalisées ». Ce dernier sera finalement réhabilité afin d'y loger ses services administratifs. ● P. B.

Maîtrise d'ouvrage

« Il faut réfléchir à l'environnement économique, social et urbain »



CHRISTOPHE ASSO / AP-HM

Entretien avec François

Crémieux, directeur général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

Qu'est-ce que l'hôpital post-Covid selon vous ?

A Marseille, dans les années 1960, lors de la construction des hôpitaux Nord et de la Timone, les chambres sont passées à deux lits. C'était déjà une révolution. Aujourd'hui, avoir 100 % de chambres individuelles

avec cabinet de toilette est une nécessité pour limiter le risque épidémique. Mais cela implique plus de mètres carrés par patient, donc plus de mètres carrés à entretenir, chauffer et nettoyer. Les travaux en cours de notre projet de modernisation Cap sur 2030, doté de plus de 1 Md €, prévoient ce réaménagement. Il faut aussi penser modularité des locaux. On peut imaginer des unités avec une taille relativement homogène pour les chambres. La structure des services pourrait être la même entre médecine et chirurgie, quelle que soit la typologie des pathologies. Ensuite, une couche superficielle d'architecture et de design permettrait de déplacer les cloisons s'il faut, à un moment donné, plus de médecine et moins de chirurgie. L'enjeu est d'avoir une organisation optimale en termes de charge et de conditions de travail, de nombre de soignants par patient. Nous avons vu les limites de l'hyperstandardisation. Il faut réfléchir à l'environnement économique, social, urbain, aux moyens de transport. Le contexte n'est pas le même qu'à Paris.

Pourquoi ?

Il est difficile de se loger dans Paris intra-muros quand on est une infirmière employée à l'hôpital Necker ou à la Pitié-Salpêtrière. Et quand on vit en banlieue et qu'on commence à 6 h 30 du matin, cela implique de se lever à 4 h 30. A Marseille, il est possible de trouver un logement abordable à vingt minutes de chacun des quatre sites de l'AP-HM. Par ailleurs, dans la capitale, l'offre hospitalière est plus dense, un avantage du point de vue des patients. Ici, deux hôpitaux peuvent se trouver jusqu'à 20 km l'un de l'autre.

Qu'a changé le plan Ségur pour l'AP-HM ?

Il a permis d'améliorer la rémunération des professionnels et d'éponger une partie de la dette. Elle s'élevait à 1 Md € en 2018, elle est tombée à un peu plus de 800 M€ aujourd'hui. Par ailleurs, notre plan de modernisation bénéficie déjà de 478 M€ de financements au titre de France relance-France 2030 et du plan Marseille en Grand. De leur côté, les collectivités apportent 130 M€ supplémentaires. Cependant, l'AP-HM a besoin d'être davantage aidée sur le plan financier. Aujourd'hui, elle porte sur ses épaules à la fois un déficit et une dette. ● Propos recueillis par C. W.