

C H U | U V C
B R U G M A N N

L'un des plus grands ensembles hospitaliers de Bruxelles face aux nouveaux enjeux organisationnels et architecturaux

Le Centre Hospitalier Universitaire Brugmann est un hôpital public appartenant à la Ville de Bruxelles, à la Commune de Schaerbeek et à leurs CPAS (Centre Public d'Action Sociale) respectifs. Membre du réseau IRIS, l'établissement est affilié à deux facultés de médecine bruxelloises, l'Université Libre de Bruxelles et la Vrije Universiteit Brussel. Le CHU forme, sur le site Horta, un groupement hospitalier (OSIRIS) avec l'HUDERF (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola), et en partenariat avec le Centre de Traumatologie et de Réadaptation.

Situé dans la partie nord de la région de Bruxelles-Capitale, le CHU Brugmann est doté d'une riche palette hospitalière avec trois sites complémentaires (Victor Horta, Paul Brien et Reine Astrid) et d'une architecture spécifique en constante évolution. L'établissement assure la gamme complète des soins aux adultes, à l'exception des services de neurochirurgie, de radiothérapie et de transplantations d'organes. Etablissement public à forte personnalité sociale, le CHU Brugmann œuvre également à préserver l'accès des patients aux meilleurs soins, sans discrimination basée sur leur origine, leurs convictions, leur situation sociale ou économique.

Hôpital à caractère résolument universitaire, le CHU Brugmann est aussi bien un creuset de recherche (l'un des premiers producteurs d'articles scientifiques du réseau IRIS) qu'un centre de formation des professions de santé. En collaboration avec les facultés de médecine et les Hautes Ecoles francophones et néerlandophones, l'établissement héberge notamment une vingtaine de programmes de post graduat pour médecins spécialistes et de nombreux stages pour infirmiers, sages-femmes et paramédicaux.

Le CHU Brugmann dispose, en outre, de plusieurs centres de référence d'envergure supra-régionale : traitement des assuétudes, physiologie et traitement des apnées du sommeil, rétinologie et réadaptation des patients atteints de basse vision, électrophysiologie cardiaque, chirurgie des malformations cardiaques congénitales, médecine et chirurgie fœtales, dépistage et traitement de l'ostéoporose, immuno-allergologie, sécurisation de la transfusion sanguine, etc. Il organise également la prise en charge pluridisciplinaire innovante des affections fréquentes : grossesses à haut risque, affections cardiaques, athéromatose, diabète sucré, obésité morbide, cancers, troubles somatiques et cognitifs de la sénescence, réadaptation des accidents vasculaires cérébraux et des troubles de l'appareil locomoteur.

Depuis la fin des années 90, le CHU Brugmann s'est lancé dans plusieurs projets de reconstruction et de rénovation, des projets en cours ou planifiés sur ses différents sites. Au programme : construction de nouveaux bâtiments, déménagement des équipes et du matériel, rénovation des anciens bâtiments et réaffectation de la plupart des locaux, le tout en maintenant l'ensemble des activités de l'hôpital en service.



Présentation du CHU Brugmann avec
le **Docteur Daniel Désir**, directeur général
médical

Comment définiriez-vous votre établissement ?

Daniel Désir : La terminologie « CHU » à Bruxelles et en Belgique est moins fixée qu'en France. Dans le périmètre des universités belges, il existe des hôpitaux académiques qui sont la propriété de ces universités. C'est un dispositif qui n'existe pas en France. Nous retrouvons également des CHU, certains d'entre eux étant des hôpitaux publics et d'autres étant plutôt « parapublics subventionnés ». Dans ce contexte, le CHU Brugmann est le prototype d'un hôpital d'enseignement associé à deux facultés de médecine, à deux universités, mais qui a un ancrage public. En dehors de la recherche et de l'enseignement, nous avons des missions particulières d'intérêt public : nous sommes ainsi chargés d'accueillir tous les patients, quelles que soient leur situation sociale ou leur origine, ce que les hôpitaux parapublics, les hôpitaux académiques ou les établissements privés ne sont pas tenus de faire. Ainsi, toutes les personnes en difficultés, tous les sans-papiers, les sans-abri, ceux qui n'ont ni assurance ni sécurité sociale, viennent se faire soigner au CHU Brugmann.

Quel est le contexte du réseau IRIS dans lequel le CHU est intégré ?

D.D : A l'échelle de Bruxelles, le réseau IRIS peut être comparé aux grands ensembles français que sont les Hospices Civils de Lyon, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris ou l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille. Aujourd'hui, Bruxelles regroupe 7.500 lits : 2.500 lits académiques, 2.500 lits publics, et 2.500 lits parapublics subventionnés. Le réseau IRIS est composé de 5 institutions : trois hôpitaux généraux, Brugmann, Saint-Pierre et une fédération baptisée IRIS Sud, et deux hôpitaux mono spécialisés, l'Hôpital Universitaire Des Enfants - Reine Fabiola (HUDERF) et l'Institut Jules Bordet (Centre des Tumeurs).

Avez-vous déterminé la provenance de votre patientèle ?

D.D : La patientèle de notre établissement est à 87 % locale. Notre zone d'attraction s'étend sur un rayon de 10 km autour de l'hôpital dans l'agglomération et dans la périphérie nord de Bruxelles. Une partie de notre patientèle vient également des communes limitrophes du Brabant flamand. Le CHU possède également une zone d'attraction sur toute la partie francophone du pays pour des services spécialisés. Nous avons, par exemple,

un centre de rétinologie ainsi qu'un centre de réadaptation pour la basse vision qui accueillent des patients de toute la Belgique. Nous avons également un centre très développé de médecine fœtale qui traite des patients venus d'Italie, d'Espagne, de Pologne, pour des interventions particulières de fœtoscopie. Quelques centres seulement pratiquent la chirurgie fœtale dans le monde et c'est la raison pour laquelle notre recrutement se fait au niveau international. Par rapport à un hôpital général prototypique, nous avons un programme plutôt « dissymétrique » : nous avons des secteurs de très grande taille, occupant pratiquement la moitié de notre portefeuille. Par exemple, nous disposons de 150 lits de psychiatrie, alors que les hôpitaux généraux en comptent habituellement une trentaine. Nous avons également 150 lits de gériatrie, ainsi qu'un secteur très fort de réadaptation neurologique et locomotrice. Enfin, nous avons l'une des premières maternités du pays et nous visons 4.000 accouchements fin 2013. Notre maternité a un caractère particulier puisque 70 à 80 % des jeunes femmes qui y accouchent ne sont pas nées en Belgique. Nous sommes situés dans un quartier au nord de Bruxelles qui connaît actuellement une forte croissance démographique avec l'installation de nombreuses familles principalement d'origine marocaine ou turque.

Quelles sont les autres activités d'excellence au CHU ?

D.D : Nous avons une forte visibilité autour de l'anesthésiologie, du traitement de la douleur et de la transfusion sanguine. Toutes les techniques modernes d'anesthésie générale et locorégionale sont disponibles et toutes les salles d'opérations sont équipées d'appareils de surveillance de pointe. La réadaptation est un autre service de pointe qui se développe au CHU. Le champ de la médecine physique s'est complètement transformé au fil des années et nous avons aujourd'hui des scientifiques qui s'occupent d'appliquer de véritables traitements, scientifiquement validés, tant en kinésithérapie qu'en thérapeutique médicamenteuse. Parmi nos autres activités d'excellence, notre secteur autour de l'ostéopénie et du traitement des métastases osseuses possède également une très belle visibilité internationale. L'ostéoporose est l'une des pathologies les plus fréquentes et l'une des sources les plus communes de handicap dans les pays industrialisés. C'est l'un des principaux problèmes de santé publique au sein des populations vieillissantes.



Quelles sont les grandes lignes de votre stratégie médicale pour les trois prochaines années ?

D.D : Dans un premier temps, nous devons résoudre le problème de la main-d'œuvre médicale. Pour des raisons liées aux lourdeurs du service public, aux charges, au poids du passé ou encore à l'endettement des communes qui nous supportent, nous sommes dans une situation financière chroniquement précaire. Dans ce contexte difficile, les salaires sont peu compétitifs et, finalement, peu attractifs pour des praticiens tentés de rejoindre le secteur libéral. Pendant une vingtaine d'années, en Belgique, les autorités se sont opposées à l'engouement des jeunes pour les études médicales. Nous nous trouvons aujourd'hui dans un creux démographique pour le recrutement de jeunes médecins. Notre grand défi pour demain sera d'arriver à compléter notre programme avec des talents et une main d'œuvre qualifiée que nos facultés ne peuvent pas nous fournir. Nous devons donc trouver les bons acteurs dans les pays qui, pour le moment, sont exportateurs de talents et dont la culture peut se marier raisonnablement avec la nôtre. Au sein du CHU Brugmann, nous avons des responsables et des cadres seniors médicaux qui sont polonais, italiens, libanais, irakiens, français, portugais, hongrois ou encore espagnols. Autre point important de notre stratégie, nous ne devons pas avoir la prétention de tout faire. Le CHU Brugmann appartient à un double réseau : le réseau IRIS, le réseau institutionnel, mais aussi l'alliance avec les Facultés de médecine, qui nous attache à deux autres hôpitaux académiques. Nous assurons tous les soins de proximité de manière cohérente et homogène, et nous avons des alliances fortes pour des activités que nous décidons de ne pas pratiquer, comme les transplantations d'organes, la neurochirurgie intracrânienne ou encore la radiothérapie. L'idée générale est de développer les secteurs où nous pouvons être forts dans la combinaison « clinique, enseignement et recherche ». Nous avons des secteurs forts, comme la psychiatrie, la gériatrie, la revalidation, l'obstétrique et la médecine fœtale, la cardiologie. Nous avons également des secteurs moins forts, mais indispensables à la continuité des soins.

Quelles sont les activités médicales à renforcer ou à développer dans les prochaines années ?

D.D : Même s'il existe toujours des opportunités lorsque des praticiens de talent viennent frapper à nos portes, nous souhaitons vraiment suivre de manière attentive les développements technologiques dans les grands secteurs où nous sommes présents. Par exemple, nous n'allons pas chercher à construire à tout prix un bâtiment pour le transformer en grand centre européen de génétique moléculaire ! C'est plutôt le rôle des hôpitaux académiques à proximité des universités. Aujourd'hui, avec la synergie que nous entretenons avec l'HUDERF, nous sommes armés pour des entraînements sous simulateurs afin d'apprendre à accroître la sécurité en obstétrique et à s'aguerrir aux situations à risques et à très hauts risques. Nous allons prochainement acquérir un simulateur et entrer dans une nouvelle phase d'exercices dirigés pour les seniors de néonatalogie, d'anesthésiologie et d'obstétrique, ainsi que pour tous les juniors qui apprennent ces métiers. C'est dans ce genre d'orientation que nous pensons

investir dans les prochaines années. Nous souhaitons plutôt consolider et renforcer nos positions, recruter des talents, compléter nos équipes et nous renforcer sur les secteurs où nous sommes forts, sans négliger la continuité des soins. Enfin, le réseau IRIS doit nous permettre de développer de nouvelles synergies plus efficaces. Avec les autres établissements du réseau, nous allons mettre en commun divers services. Nous allons évoluer vers un laboratoire centralisé pour la biologie clinique de routine avec une approche plus « industrielle », un seul laboratoire central de pathologie, une seule stérilisation, une seule pharmacie centrale avec des antennes périphériques, etc. Nous avons aussi des projets autour de la logistique hospitalière ou des schémas organisationnels. Dans les prochaines années, nous allons mutualiser certaines activités sans pour autant dépendre d'une structure centrale qui détiendrait toute l'autorité.

Quelle est la place de la recherche au CHU Brugmann ?

D.D : Pour comprendre la place de la recherche, il faut revenir aux origines de notre établissement. L'hôpital Brugmann a été créé grâce aux dons du banquier du roi Léopold II, Georges Brugmann. Notre histoire est entrecroisée avec celle de la famille royale. Forte de son expérience acquise durant la Première Guerre Mondiale, particulièrement dans les quatre hôpitaux au front belge, la Reine Elisabeth a décidé de créer, en 1926, une fondation médicale dont le but était d'encourager à la fois la recherche en laboratoire et les contacts entre chercheurs et cliniciens. La qualité de leurs relations était considérée comme déterminante pour le bien-être des patients. Pendant plusieurs décennies, les laboratoires de la Fondation Médicale Reine Elisabeth (FMRE) se sont consacrés à la recherche dans différentes disciplines, telles que la biochimie, la bactériologie, la cytologie, etc. Au fil du temps, la FMRE est devenue une fondation interuniversitaire et elle s'est orientée vers la neurologie seule plutôt que vers les techniques de laboratoire en général. À partir des années 70, plusieurs projets d'hôpitaux académiques ont émergé à Bruxelles : un établissement catholique francophone, un autre laïque flamand, et un troisième laïque francophone. Avec ces hôpitaux académiques, le centre de gravité de la recherche expérimentale s'est déplacé vers les facultés. Aujourd'hui, nous avons encore une activité de laboratoire, mais plutôt orientée autour de la biologie clinique appliquée. Par exemple, le laboratoire de pédiatrie est très en pointe sur la question du dépistage des maladies métaboliques rares.



Le CHU Brugmann est engagé depuis plusieurs années sur plusieurs projets de restructuration et de reconstruction sur ses différents sites. A quels enjeux répondaient ces différents projets de modernisation ? Quel est l'impact sur l'organisation médicale ?

D.D : Quand je suis arrivé comme externe au CHU, au tout début des années 70, l'hospitalisation était installée dans de grandes salles communes d'une trentaine de lits. L'établissement a modernisé son infrastructure, même si tout n'a pas été possible dans les vieux bâtiments pavillonnaires. Nous avons été obligés de reconstruire une partie des bâtiments. Le principal défi a été d'offrir des conditions hôtelières dignes du XXI^e siècle. Nous ne pouvions continuer à vivre dans le passé parce que la Ville de Bruxelles avait tardé à consentir de nouveaux investissements immobiliers, qui devraient pourtant être permanents dans une structure telle que la nôtre. La première décision a donc été de construire l'hôpital des enfants au nord du campus. Ensuite, la maternité a été déplacée à proximité de cet hôpital, les deux structures étant reliées par une passerelle permettant une connexion directe entre la maternité et la néonatalogie lourde. Les autres projets se sont enchaînés en suivant une logique de concentration de l'hospitalisation aigue et de reconditionnement des autres bâtiments. Nous avons notamment regroupé le plateau technique de radiologie et d'endoscopie. Nous restons dans un hôpital pavillonnaire : la bonne utilisation des surfaces nécessite des déménagements fréquents.

Le partenariat avec l'HUDERF...

D.D : L'HUDERF est né d'un service de pédiatrie à qui nous avons construit un bâtiment dédié. En 1996, lors de la création du réseau IRIS, ce service a souhaité devenir une structure juridique autonome, bien que n'ayant pas la taille ni les moyens d'une indépendance logistique. L'HUDERF jouit aujourd'hui d'une autonomie clinique mais non d'une autonomie des services de support : la pharmacie et les laboratoires sont communs et toute cette partie est pilotée par le CHU. Ce partenariat a l'avantage de clarifier la répartition des tâches cliniques. Certes, ce genre

de partenariat est toujours caractérisé par quelques inquiétudes et réticences, notamment du « petit frère » par rapport au « grand ». Toutefois, la collaboration est excellente pour toutes les activités qui tournent autour de la naissance et de la maternité. C'est plutôt la répartition des frais qui peut poser certains problèmes et, comme dans toutes les familles, le ton peut parfois monter !

Comment définissez-vous la médecine du XXI^e siècle ?

D.D : Au terme de mes études à l'Université Libre de Bruxelles, j'ai eu la chance d'être encadré par des patrons qui avaient des idées très fermes sur le besoin de multiplier les expériences, ce que j'ai pu faire en très peu de temps comme jeune médecin. J'ai ainsi fait un peu de médecine générale avant d'entrer à l'hôpital comme interne. J'ai également accompagné le professeur de pédiatrie de l'époque dans un hôpital que l'université gérait au Kivu, dans l'est de la République Démocratique du Congo (à l'époque le Zaïre), dans des conditions d'absence totale de moyens pour soigner la malnutrition et les épidémies de rougeole. Enfin, comme interne, j'ai été envoyé à Chicago pour ma thèse de doctorat, dans un univers fastueux par les moyens mis à ma disposition. Je n'ai pas un regard univoque sur la médecine du XXI^e siècle qui est d'une très grande diversité. Mon souhait est d'arriver à convaincre mes jeunes collaborateurs qu'ils doivent s'ouvrir davantage. Il ne faut surtout pas avoir de certitude par rapport à son environnement local. Selon moi, la médecine du XXI^e siècle est une médecine où il faut redonner aux praticiens le goût de voyager. Pour le moment, ils ne le font pas assez. J'ai continué à suivre l'évolution de l'hôpital de l'Université de Chicago que j'ai fréquenté en tant qu'interne. En 1977, cet établissement comptait 1.850 lits. Aujourd'hui, il en reste 550. Pendant ce laps de temps, le personnel hospitalier a doublé et le nombre de patients pris en charge chaque année a triplé. Le défi du XXI^e siècle sera de s'adapter à des établissements où l'hospitalisation conventionnelle occupera un autre rôle, et où toutes les alternatives à l'hospitalisation devront être bien coordonnées.





Le mot de Christophe Pourtois, Président du Conseil d'Administration du CHU Brugmann



Christophe Pourtois, récemment nommé Président du Conseil d'administration, s'engage avec enthousiasme dans les nouveaux défis auxquels le CHU Brugmann fait face.

Un profil éclectique

Nommé en avril 2013 et pour les six années à venir à la tête du CHU Brugmann, Christophe Pourtois, 49 ans, juriste, fiscaliste, mais aussi historien d'art, se distingue par sa carrière éclectique et ses engagements citoyens. Premier auditeur à la Cour des Comptes, le nouveau président du CA est détaché en qualité de directeur auprès du CIVA (Centre International pour la Vie, l'Architecture et le Paysage). Cette institution bruxelloise a pour objectifs de faire connaître l'histoire, pour conserver et vivifier la mémoire, pour renforcer l'identité et pour agir pour la qualité architecturale dans toute sa diversité. En visant autant la protection de l'existant que la création, le CIVA œuvre à stimuler les débats d'actualité pour sensibiliser les opinions et mieux orienter les choix. Il s'insère dans un réseau international d'échange et d'information en vue de vivre au rythme du monde et être en prise directe sur l'innovation.

L'engagement politique

Engagé en politique depuis plus de 30 ans (au Parti Libéral devenu en 2002 le « Mouvement Réformateur »), Christophe Pourtois prône depuis toujours une action en phase avec les problèmes de société. « Je défends un libéralisme qui ne soit pas réduit à la vision économique : c'est le libéralisme qui a participé au développement du réseau scolaire de la Ville de Bruxelles, du réseau hospitalier public. Un engagement qui m'amène à réfléchir aux coûts et à la qualité afin de rendre ce système réellement accessible à l'ensemble de la population. »

Un homme de terrain

Christophe Pourtois est Vice-Président du Centre Public d'Action Sociale de la Ville de Bruxelles (c'est-à-dire l'institution qui a succédé à l'ancienne Commission d'Assistance Publique de la ville). « J'y ai un engagement très fort dans les matières sociales et financières », commente-t-il. Après avoir été administrateur de l'hôpital Baron Lambert, il est aussi administrateur de l'Institut Jules Bordet depuis six ans. « J'ai été amené à connaître des structures hospitalières de tailles différentes, avec des profils et des spécificités fortes. » Une connaissance du terrain qui lui sera utile en tant que nouveau président du CHU Brugmann. « Mon rôle est à la fois un rôle fédérateur, d'impulsion et de contrôle. J'envisage surtout cela comme un travail collectif. Et j'ai la chance de travailler avec une bonne équipe administrative et médicale. »

Rendre attractif l'hôpital public

«Tous les hôpitaux font face à d'importants défis, qui concernent notamment l'avenir de la prise en charge des coûts du système de santé. Aujourd'hui, une partie de la population est amenée à reporter des dépenses de santé par manque de moyens ... Ce phénomène induit aussi une incertitude sur les résultats futurs de l'hôpital.» Au-delà de cette conjoncture économique difficile à laquelle fait face l'ensemble du réseau hospitalier, le CHU Brugmann doit relever certains défis plus spécifiques, liés à son positionnement sur le territoire bruxellois. «Nous devons maintenir et développer la qualité du pôle de soins pour le rendre attractif à la fois pour les patients et les médecins», prédit Christophe Pourtois.

Comment définiriez-vous votre établissement ?

C.P : Le CHU Brugmann est un hôpital général de proximité. Nous offrons, à quelques rares exceptions près, l'éventail complet des prises en charge. Notre recrutement est principalement local. Compte tenu de la densité de population des communes dans lesquelles nous sommes implantés, notre bassin de soins comporte plus de 400.000 habitants. En tant qu'hôpital public, nous remplissons des missions d'accueil dans un cadre neutre et bienveillant de tous les patients sans distinction, quelles que soient notamment leur langue, leurs opinions philosophiques ou religieuses ou leur culture. Par ailleurs, nous accueillons donc entre autres les patients en précarité sociale ou financière. Il ne faut cependant pas sous-estimer notre caractère universitaire qui implique que, outre les soins de qualité aux patients, notre hôpital a une mission d'enseignement pour les futurs professionnels de la santé. Le CHU Brugmann assure une mission de recherche fondamentale et clinique qui nourrit une pratique médicale moderne et rigoureuse.

En termes d'attractivité, quelles sont les forces du CHU ?

C.P : Nous disposons de plusieurs pôles cliniques forts et de référence. La large gamme de soins que nous offrons permet d'établir la majorité des diagnostics et des traitements sans référer nos patients à d'autres établissements. L'ensemble du processus de soins est soutenu par le professionnalisme des équipes soignantes et un équipement médical de pointe. Le CHU Brugmann a renouvelé de manière ambitieuse son infrastructure immobilière sur ses trois sites : Horta, Brien et Reine Astrid. L'investissement global pour la reconstruction s'élèvera à 200 millions d'euros après concrétisation de tous les projets en cours. Sur le site Horta, l'architecture pavillonnaire au sein d'un parc arboré de 18 ha produit une certaine douceur : certaines études scientifiques suggèrent que le contact avec un environnement riche en chlorophylle améliore les conditions et les résultats des séjours hospitaliers. Un héritage lointain de la vision hygiéniste qui a engendré une typologie d'hôpital à laquelle appartient Brugmann.

Dans quelle mesure le CHU assume-t-il son rôle d'hôpital de proximité ?

C.P : Nous dialoguons intensément et fréquemment avec les médecins généralistes. En conséquence, nous essayons d'adapter

notre offre de soins et leur accessibilité en fonction des besoins de la population. Nous avons par exemple étendu et modernisé la maternité pour répondre à la natalité croissante dans nos communes de recrutement.

La situation financière du CHU...

C.P : La situation financière de l'institution reste fragile. Depuis quelques années, l'hôpital s'est inscrit dans une dynamique positive grâce aux efforts constants de l'ensemble des collaborateurs. Dans un contexte économique et social difficile, il appartient à tous les acteurs de l'institution de maintenir cet effort de redressement pour renforcer la situation financière de l'hôpital tout en garantissant la qualité et l'accessibilité des soins.

Vous êtes décrit notamment comme un passionné d'architecture. Etes-vous d'accord avec cette qualification ?

C.P : Comme toute formule lapidaire, elle recèle une part de vérité, mais ne suffit pas à résumer mes centres d'intérêt. Je n'ai pas totalement oublié mon expertise budgétaire et managériale, partie intégrante de mes activités professionnelles. Une compétence financière est nécessaire, mais elle ne suffit pas pour inscrire un hôpital de pointe dans la spirale du succès. Il faut aussi recueillir l'adhésion des différentes parties prenantes dans la poursuite d'objectifs communs et maintenir une harmonie entre les acteurs hospitaliers.

Quelle est la politique du CHU en matière de partenariats et de coopérations ?

C.P : Notre appartenance au réseau IRIS nous guide naturellement vers des collaborations avec les autres hôpitaux du réseau en termes d'achats groupés et de recherche de positions stratégiques communes. Citons par exemple le département inter hospitalier de chirurgie pédiatrique qui vient d'être créé. En tant qu'hôpital universitaire, nous avons un partenariat privilégié avec l'Université Libre de Bruxelles et de la Vrije Universiteit Brussel, en participant à la formation des étudiants et en développant une activité de recherche. Nous accueillons de nombreux étudiants, qu'ils soient médecins, infirmiers ou paramédicaux mais aussi dans des formations plus inattendues : certains de nos stagiaires sont aussi candidats architectes, économistes ou bio-techniciens. L'implantation sur le site Horta de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (l'HUDERF) et du Centre de Traumatologie et Réadaptation (le CTR) nous conduit naturellement à des collaborations et à la mise en œuvre de services communs. Nous sommes profondément attachés à ces partenariats. Ils nous permettent d'élargir notre vision, d'apprendre des autres par le partage d'expériences et de nous remettre en question.



Avec quels établissements entretenez-vous le plus de liens ?

C.P : L'HUDERF est l'institution avec laquelle nous avons le plus de contacts : nous partageons le pôle mère-enfant, un axe fort de nos deux institutions. Des équipes des deux hôpitaux participent à des concertations multidisciplinaires pour poser un diagnostic, établir un traitement ou lorsqu'on prépare la transition d'un adolescent atteint d'une maladie chronique vers le secteur adulte. Nous partageons le même campus, et plusieurs des services cliniques, administratifs et logistiques du CHUB servent de support à l'HUDERF.

Le CHU Brugmann s'est lancé dans plusieurs opérations de modernisation, avec notamment la reconstruction de l'hôpital Paul Brien. Quelles sont les grandes lignes de cette opération ?

C.P : Cette reconstruction a pour but d'offrir de meilleures conditions d'accueil à nos patients et un cadre de travail adapté pour les équipes. La croissance d'activité du site a conduit à l'agrandir pour répondre aux besoins. Notre responsabilité n'est pas seulement hospitalière, mais aussi économique et citoyenne. Nous avons profité de cette reconstruction pour améliorer nos performances énergétiques. L'aile construite a reçu un label de bâtiment exemplaire parce que nous utilisons des sources d'énergie renouvelable en partenariat avec les entreprises voisines et que nous avons considérablement amélioré l'isolation de l'aile existante.

Dans quelle mesure ces différents projets de modernisation vont-ils favoriser le recrutement, notamment médical ?

C.P : Les plans des nouveaux bâtiments ont été finalisés avec les équipes médicales et soignantes. Le nouvel environnement de travail est donc adapté à la pratique actuelle de soins de qualité en termes d'ergonomie. La mise en exploitation des nouvelles unités s'accompagne d'un renouvellement du matériel médical et du mobilier. Ces deux atouts combinés à la qualité des équipes en place sont des éléments-clés d'attractivité.

Quels sont les autres projets visant à développer l'infrastructure architecturale et technique du CHU ?

C.P : Notre principal projet architectural actuel est d'édifier une nouvelle polyclinique par le bureau Samyn et partners sur le site Horta pour un montant de 31 millions d'euros. Elle doit permettre à nos praticiens de développer l'activité ambulatoire en améliorant les conditions d'accueil et de soins. L'aménagement des infrastructures du site accompagnera ce projet majeur. Nous avons la chance d'avoir hérité d'un joyau architectural conçu par Horta qui défie l'obsolescence de nombre de structures hospitalières. L'architecture peut être plus qu'un espace technique en participant à la qualité curative en respectant le précieux équilibre entre choix esthétiques, implantation urbaine et préoccupations technologiques. Les investissements en matière de technologie médicale de pointe doivent accompagner les projets immobiliers.

En termes d'orientation et de pilotage stratégique, quelles sont les performances que vous espérez pour votre hôpital ?

C.P : Nous devons rendre l'organisation plus transversale afin que les équipes pluridisciplinaires composées de médecins, d'infirmiers, de paramédicaux, de logisticiens et d'administratifs se rassemblent autour de projets communs au service du patient. L'organisation doit apprendre à s'adapter aux changements pour répondre aux attentes de nos patients, aux contraintes externes et aux défis internes. La pérennité financière doit être un objectif permanent pour permettre d'investir et de soutenir les médecins dans leur pratique. Je ne vois pas le bénéfice financier comme un objectif, mais comme un moyen. Celui de pérenniser nos missions de soins, d'enseignement et de recherche.

Quels seront les principaux défis à relever ?

C.P : Faire adhérer les collaborateurs à une vision partagée de l'hôpital. Sans l'implication de chacun, l'objectif ne pourra être complètement atteint. Nous devons nous adapter pour répondre aux attentes des patients et du personnel soignant dans des circonstances économiques difficiles. Nous devons aussi relever le double défi de conserver et de recruter un personnel de qualité.

Comment souhaitez-vous développer l'image de l'hôpital ?

C.P : Le CHUB a de plus en plus de patients qui lui font confiance parce qu'il dispose de professionnels de qualité. Nous avons plusieurs pôles cliniques de référence. Citons notamment la cardiologie, la maternité, la psychiatrie et la gériatrie, etc.

Quelle vision avez-vous de l'hôpital de demain ?

C.P : L'hôpital de demain devra être innovant pour accroître son attractivité pour les patients et les professionnels de soins. L'ouverture sur l'extérieur sera également un aspect important : nous devons être notamment à l'écoute des attentes des patients et des médecins généralistes. L'hôpital de demain devra être transversal et flexible dans son organisation mais aussi interdisciplinaire dans la mise en œuvre de ses projets. Enfin, il devra être rigoureux, économe et efficace dans sa gestion financière et dans ses investissements.

L'hôpital d'aujourd'hui correspond-il à l'idéal que vous aviez en début de carrière ?

C.P : Mon approche de la gestion hospitalière peut se résumer à une question : comment une entreprise hospitalière, à un moment donné, dans un contexte déterminé, peut-elle, avec ses ressources humaines, techniques et logistiques, donner des soins accessibles et de haute qualité aux patients tout en préservant sa pérennité financière ? L'institution ne peut répondre à cette question que si l'ensemble de la collectivité hospitalière partage et défend avec enthousiasme un projet stratégique commun autour du et pour le patient. Alors, et alors seulement, le succès sera au rendez-vous !



La Direction Administrative du CHU Brugmann



Propos recueillis auprès de **Thérèse Locoge**, directrice administrative du CHU Brugmann

Votre rôle au sein du CHU Brugmann...

Thérèse Locoge : Mon rôle en tant que Directrice Administrative se subdivise en deux grandes fonctions. La première est de répondre aux services qui sont en support aux différentes Directions, qu'elles soient générale, médicale, soignante ou technique. Il s'agit d'un modèle intégré de gestion dans lequel s'insèrent le service des Ressources humaines, les services interne et externe de prévention et de protection au travail (médecine du travail et ergonomie, embellissement des lieux de travail, etc.), la médiation interculturelle et le service juridique. Le second aspect de ma fonction concerne le secteur ambulatoire puisque c'est une activité pour laquelle nous développons une vision à part entière depuis quelques années. C'est une approche relativement récente, incluse dans notre plan stratégique global, qui a pour objectif de nous rendre plus attractifs pour les patients.

Cela se traduit par la possibilité d'accéder rapidement à nos infrastructures, notamment par un meilleur accueil physique et téléphonique.

Le développement de la chirurgie ambulatoire est-il l'un des enjeux prioritaires du CHU ?

T.L : Absolument, car nous devons nous adapter à l'évolution de la médecine et des techniques. Aujourd'hui, le basculement des patients vers l'hôpital de jour se fait de manière plus fré-

quente, nous réservons l'hospitalisation aux pathologies lourdes qui nécessitent des prises en charge plus globales. Cette évolution est un point sur lequel nous devons encore nous améliorer. Notre objectif est de développer la chirurgie et la médecine ambulatoires avec des secteurs spécialisés qui requièrent pour la plupart, des salles de haute technicité. Nous pourrions ainsi offrir à nos patients une médecine de pointe peu invasive et permettre ainsi leur retour rapide à domicile.

Possédez-vous, aujourd'hui, l'organisation architecturale pour développer la chirurgie ambulatoire ?

T.L : Sur les trois sites du CHU Brugmann, nous reconstruisons l'hôpital. La reconstruction du site Brien devrait s'achever à la fin de l'année. C'est un beau modèle car tout le campus se reconstruit, aussi bien l'hôpital que la maison de repos du CPAS de Schaerbeek et la caserne du SIAMU (Service d'Incendie et d'Aide Médicale Urgente de la Région de Bruxelles Capitale), nos deux partenaires. La maison de repos et de soins, gérée par le CPAS, est modernisée et répond à toutes les normes d'agrément, les travaux pour l'hôpital concernent plus particulièrement les services d'urgence, les quartiers opératoires et les unités d'hospitalisation qui doivent bénéficier de chambres et de sanitaires individuels conformément aux normes actuelles. Pour le site Reine Astrid, la mise en exploitation du 4^e étage tout juste rénové devrait nous permettre de bénéficier toujours de notre 2^e étage initial. Cette reconstruction se fait en partenariat avec la Défense nationale qui rénove ses locaux, situés au-dessus des nôtres. De plus, nous rénovons la maternité et ses liaisons avec l'Hôpital des Enfants, unique en Belgique, nécessitant une infrastructure étendue, puisque nous sommes passés de 1 400 à près de 3 500 naissances. À cela s'ajoute la construction d'une nouvelle polyclinique qui devrait être opérationnelle dans trois ans.

Quel est l'état de santé financière du CHU ?

T.L : Nous avons traversé une période difficile, comme la plupart des hôpitaux, avec la mise en place d'un plan financier rigoureux. Cependant, bien qu'il était important de réduire nos dépenses, nous n'avons jamais renoncé à notre stratégie à long terme de reconstruction de nos sites, ce qui nous permet aujourd'hui d'offrir des services adaptés aux besoins de nos patients en phase avec des trajets de soins modernes.

Quels sont les autres projets emblématiques du CHU ?

T.L : Nous sommes animés par la règle des trois « P » : Patient, Professionnalisme, Partenariat. Concernant le patient, nous avons une charte de valeur, intitulée « Vision et Missions », décrivant à la fois qui nous sommes et comment nous voulons travailler. Bien que tous les services ne soient pas en relation directe avec le patient, l'objectif est de jouer pleinement un rôle de partenaire auprès de nos collègues médecins et soignants. Le professionnalisme est une valeur tout aussi cruciale. Il apporte la plus value nécessaire à la réussite de l'entreprise. Nous sommes tous ensemble partenaires en définissant un projet collectif dans lequel chacun joue son rôle à chaque niveau sans que nécessairement un corps professionnel ait une prépondérance.

Comment avez-vous intégré la qualité au sein de votre département ?

T.L : La recherche de la qualité est présente dans l'ensemble des départements du CHU Brugmann. Il faut en avoir une vision transversale et interdisciplinaire. Au sein de la direction administrative, nous cherchons le meilleur moyen d'atteindre la qualité totale. Cette démarche implique bien sûr de s'ouvrir au monde extérieur et d'aller voir les meilleures pratiques existantes chez nos concurrents, mais également une remise en cause permanente. En fait, il s'agit d'un état d'esprit qui dépasse les processus et la formalisation des procédures. L'objectif est de parvenir à travailler ensemble en luttant contre le cloisonnement des fonctions « en silos ». Personne ne doit être seul détenteur de la qualité et ce sont des sujets débattus au sein de notre organe collégial de délibération, le Comité de Direction. Pendant ces séances, nous tentons de hiérarchiser les différentes priorités souvent trop nombreuses par rapport à nos ressources.

Les ressources humaines...

T.L : Avec l'aide de Patricia Raineri, responsable du service des Ressources humaines, nous tentons de répondre aux préoccupations du monde hospitalier et bien sûr du CHU Brugmann en particulier. Face aux pénuries rencontrées par les professions de médecins, infirmiers mais également d'autres profils pointus, nous nous penchons sur l'établissement de politiques RH plus attractives. Ces actions ne concernent pas seulement les nouveaux engagés, le but étant que l'environnement de travail proposé soit motivant et réponde aux attentes du personnel afin qu'ils aient envie de poursuivre leur carrière et leur développement au sein de notre hôpital. Evidemment, les obstacles sont nombreux. Ils impliquent d'introduire un nouveau mode de management, ce qui signifie quitter celui dont nous sommes issus. C'est un défi important mais qui est fondamental pour assurer la pérennité de l'hôpital. Nous ne pourrions réussir à le relever que si nous pouvons nous appuyer sur un style de management qui valorise l'autonomie et

la responsabilisation de notre personnel. Si nous nous efforçons de décliner nos valeurs d'amélioration continue, d'excellence de travail en équipe dans des comportements professionnels. Nous devons nous assurer que notre personnel détient les compétences nécessaires à leur métier d'aujourd'hui mais également à celui de demain. C'est pourquoi nous investissons beaucoup dans la mise en place de politiques de développement des personnes à travers des outils tels que des descriptions de fonctions, un processus d'évaluation, un référentiel de compétences,... L'architecture du CHU Brugmann, pavillonnaire, propre au site Horta, peut être un obstacle à la mise en place d'une culture commune. Si ce socle constitue un atout, il exige des efforts supplémentaires pour dépasser ces frontières architecturales afin de promouvoir le travail d'équipe et la mise en place de politiques communes. Là aussi le rôle des RH est primordial. Il consiste à mettre en place des outils et des procédures communes qui devront dépasser les manières de faire locales, afin de créer une dynamique globale dans le but d'atteindre notre vision commune. Ce nouveau fonctionnement implique un travail au niveau des mentalités comportementales. L'utilisateur est habitué à avoir ses ressources utiles à portée de main, il nous faut donc lui montrer que la centralisation en tout ou en partie de ces ressources entraîne une plus-value pour son travail. La conviction de l'utilisateur, qu'il faut obtenir, se fonde sur le professionnalisme. Cette centralisation reste difficile à réaliser car, outre notre architecture, la médecine elle-même ne se prête guère à ce type de fonctionnement. Au moment où les prestataires médicaux assistent à des évolutions techniques marquant la spécialisation de leurs fonctions, les services de support se dirigent vers une standardisation, une centralisation. Bien sûr, tous ces changements reposent sur la mise en place d'un management conscient de son rôle. Pour beaucoup, ces compétences sont nouvelles car sont rarement abordées à l'université. Il faut donc que nous ayons la possibilité de former des gestionnaires d'équipes. Les Ressources humaines proposent ainsi des programmes de formation multidisciplinaires, puisque faisant intervenir des médecins, des infirmières ou encore le personnel technique et administratif. Cet entraînement favorise des synergies, un regard croisé et une multidisciplinarité que nous essayons de mettre en avant au sein de notre hôpital. L'hôpital est aussi le reflet de l'aspect multi culturel de la Ville de Bruxelles, aussi bien au niveau des patients que du personnel. Cette mixité doit être coordonnée car nous devons conjuguer la multiplicité des origines avec des valeurs communes. Le CHU Brugmann est le premier hôpital en Belgique à avoir bénéficié d'une reconnaissance de la Région de Bruxelles Capitale par l'octroi d'un label de diversité.



De quels outils disposez-vous afin de mieux responsabiliser les professionnels et plus particulièrement les chefs de services et de cliniques ?

T.L. : Par l'élaboration d'objectifs, la clarification des rôles et responsabilités de chacun et par la mise en place de reportings reprenant des indicateurs d'activités. Nous essayons de travailler sur des descriptifs de fonction comme celui des « médecins hospitalistes ». Avec l'aide de médecins référents, désignés par la direction médicale et le service des Ressources humaines, nous réalisons ce descriptif de fonction afin d'aider le chef de service à organiser l'activité du service et le trajet de soins du patient. Les différents personnels de santé sont aussi formés afin de mieux répondre aux demandes des patients. Nous sommes un hôpital de proximité, et c'est un rôle que nous entendons conserver mais le CHU Brugmann est également un hôpital universitaire. Le personnel médical est soumis au regard critique de nos universités, même lorsqu'il s'agit de praticiens aguerris. Dans un souci d'attractivité, nous essayons d'intégrer au mieux leurs différents parcours professionnels. Une activité pour laquelle le service des Ressources humaines est largement sollicité.

Quelle est la place de la culture au sein du CHU ?

T.L. : La culture est une évidence par notre histoire architecturale. Tout d'abord, l'architecture est un magnifique lien avec le passé, notamment pour l'épidémiologiste. Le CHU Brugmann a été construit à partir de 1906 dans une zone où Bruxelles ne s'était alors pas du tout développé. Son architecture est un témoignage des croyances de l'époque sur l'hygiénisme et sur l'effet bénéfique de la construction de pavillons. Ce patrimoine architectural est un élément que nous souhaitons conserver car ce type de structure est devenu assez rare et a une véritable valeur culturelle. En outre, l'hôpital a été construit par un architecte célèbre : Victor Horta. Nous avons décidé de valoriser ce patrimoine. Nous avons organisé un concours d'architectes, afin de réaliser une reconstruction qui s'intègre aux bâtiments existants de manière homogène. Le CHU Brugmann met en place une complémentarité architecturale aussi avec l'HUDERF (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola), seul hôpital pédiatrique de Belgique, qui nous permet de dispenser des soins, de la période prénatale à la fin de vie. L'architecture est aussi un symbole d'avenir. Au-delà de l'évolution des techniques et des spécialités, l'architecture est un élément porteur de nouveaux modèles de soins. Chaque reconstruction crée une nouvelle occasion de s'interroger sur les pratiques médicales. Nous avons d'ailleurs mis en place des « voyages scolaires » pour visiter d'autres institutions aux modes de fonctionnements différents, afin d'aboutir à des schémas de prise en charge nouveaux qui nous semblent pertinents, pour le personnel comme pour nos patients.

Quelle vision avez-vous de l'hôpital de demain ?

T.L. : L'hôpital va encore énormément changer. En avoir une vision figée n'a pas de sens. Il faudra développer des visions différentes et, surtout, nous devons nous adapter aux besoins des patients et des professionnels de santé. La Belgique va faire face à d'importants défis, notamment démographiques ! Le CHU Brugmann dispose d'atouts importants : nous sommes un des grands centres

gériatriques belges ; nous prenons différentes initiatives notamment avec la construction d'un étage supplémentaire pour accueillir la réadaptation sur le site Reine Astrid. Nous disposons d'un partenariat avec les maisons de repos et de soins des CPAS. Le secteur ambulatoire devra également être en constante évolution pour répondre aux attentes de la patientèle. La centralisation des services de support est loin d'être aboutie et de nombreuses réflexions portent sur le regroupement d'activités comme les pharmacies, les services de stérilisation. Cette mutualisation existe dans la plupart des établissements hospitaliers et c'est une démarche tout à fait pertinente.





La politique de Soins



Entretien avec **Karin KEPPENS**,
directrice du département infirmier
et paramédical

Comment définiriez-vous la politique de soins du CHU ?

Karine Keppens : Au sein de notre département infirmier et paramédical, le patient est au centre de nos préoccupations entre autres au travers de ses besoins, de la qualité de sa prise en charge, mais aussi de sa satisfaction. Pour beaucoup, il y a encore des difficultés à trouver un équilibre entre notre vision d'une prise en charge qualitative et celle du patient. Nous devons travailler l'écoute, l'information donnée au patient, et le responsabiliser dans son parcours de soins, afin qu'il devienne un partenaire à part entière. Le deuxième volet de notre politique concerne notre personnel. Avec plus de 1 000

équivalents temps plein et 150 indépendants, environ 1 500 infirmiers et paramédicaux de toutes sortes, notre département constitue le plus peuplé au sein du CHU Brugmann. Cette grande équipe doit travailler en multidisciplinarité, en mettant le patient au centre de notre préoccupation, en fonction de son âge, de ses attentes et de ses besoins.

Autour du malade, se retrouvent donc à côté de notre département le corps médical ainsi que tous les métiers dépendant du support logistique. En termes de processus et en tant que CHU, nous menons un projet se focalisant sur « l'evidence based nursing » et « l'evidence based medicine ». Les paramédicaux, formés davantage dans ce domaine que les infirmières, nous guideront dans cette démarche scientifique tout en respectant notre cadre financier. Nous venons d'ailleurs de participer à une étude internationale « RN4CAST », portant sur la satisfaction des infirmières concernant l'environnement et les conditions de travail, la qualité des soins et le risque d'épuisement professionnel. Nous constatons dans cette étude reflétant la perception de nos infirmières que notre dotation est correcte par rapport aux autres hôpitaux belges de l'étude.

Rencontrez-vous des problèmes de recrutement aujourd'hui ?

K.K. : La crise principale est passée, mais notre département continue de recruter des infirmières à l'étranger, notamment au Portugal. Nous avons d'abord initié cette ouverture en collaboration avec une société extérieure pour ensuite en prendre le relais. Aujourd'hui, nous avons une quarantaine de collaboratrices portugaises. Pour les critères de recrutement, nous avons été attentifs à la maîtrise du français (3e langue au Portugal), lors de nos entretiens réalisés par vidéo conférence. Toutefois, ces personnes sont formées au Portugal d'une manière intensive au français pendant trois mois, et un examen sanctionne la fin de cette formation. Après cette formation, nous organisons à nouveau des entretiens par vidéo conférence afin de valider les progrès réalisés. En interne, notre cellule langues au sein de l'hôpital organise un programme d'intégration et de formation des nouvelles infirmières portugaises, dès leur arrivée. Dès lors, le français ne constitue pas un problème de recrutement.

Quelles sont vos relations avec les instituts de formation en soins infirmiers du bassin de santé ?

K.K. : Nous avons une école sur le campus mais, de manière générale, les écoles bruxelloises ne nous fournissent pas assez d'infirmières diplômées, ce qui nous conduit à recruter ailleurs. Pour illustrer ce point, il y a deux ans, 400 infirmières ont été diplômées à Bruxelles. Or, rien que le seul réseau IRIS, nous avons besoin de 400 infirmières par an.

Dans le cadre des orientations stratégiques en matière de soins, quelles sont vos priorités pour les 3 ans à venir ?

K.K. : Nos priorités sont nombreuses : la multidisciplinarité, la sécurité du patient, la qualité ou encore la suite de notre projet du département infirmier et paramédical. Dans l'axe patient, la priorité est mise sur le dossier patient informatisé, réalisé aujourd'hui à 70%. Nous avons commencé, dans ce cadre, par l'implémentation de la partie infirmière du dossier du patient. Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès du personnel en avril dernier. Les résultats obtenus sont très positifs (94 % du personnel sont satisfaits ou très satisfaits du dossier du patient informatisé, partie infirmière). L'information et l'éducation du patient font aussi partie des priorités de l'axe patient. L'axe processus se focalise sur le développement du volet universitaire, et sur l'optimisation de l'organisation des unités de soins. C'est un projet inspiré par le « Lean management », dans lequel nous nous focalisons sur l'organisation concrète de l'unité de soins afin de la rendre plus efficiente. C'est en quelque sorte une photo du fonctionnement de l'unité de soins où tout est examiné : l'équipe, le fonctionnement, la satisfaction du personnel et du patient, la collaboration multidisciplinaire, mais aussi la collaboration avec la pharmacie, le service informatique, et l'hygiène hospitalière. L'équipe met ensuite en place un plan d'action d'amélioration ainsi que les indicateurs afin d'en assurer le suivi. Je suivrai pour ma part ce progrès à distance, mais il restera leur propriété avant tout.

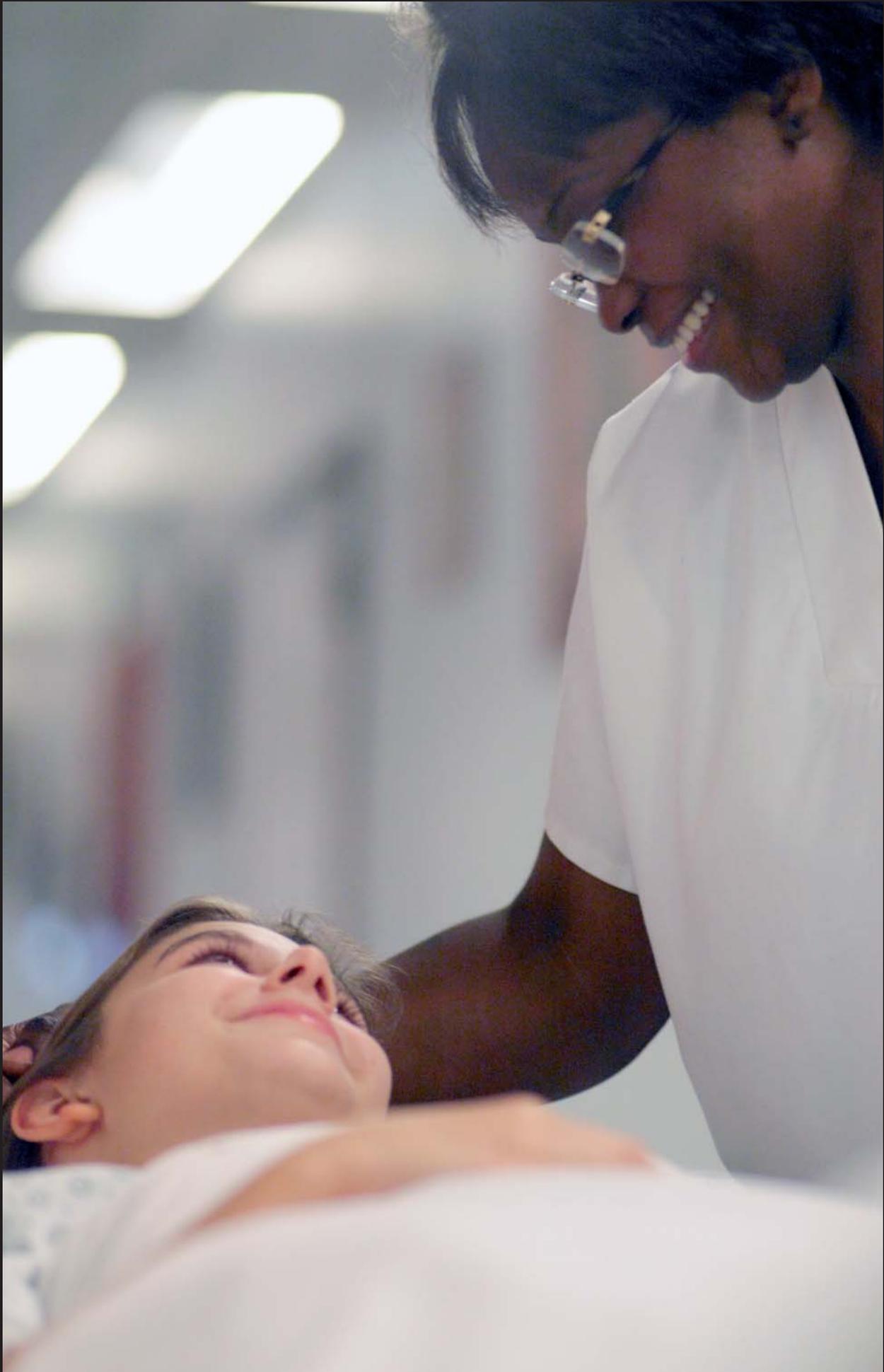
De quels outils disposez-vous pour faire évaluer les compétences et spécialiser davantage les infirmiers ?

K.K. : En Belgique, le diplôme est obtenu en trois ou quatre ans. Aujourd'hui, au contraire des générations précédentes qui bénéficiaient notamment de plus de stages, la formation de base ne suffit plus. Toute infirmière qui arrive chez nous suit plusieurs journées d'accueil au cours desquelles sont transmises une série d'informations et de formations de base, et, en fonction du domaine spécialisé où elles vont pratiquer, des formations plus adaptées. Nous avons une école de gériatrie, de révalidation, et d'oncologie. Le département infirmier et paramédical se focalise également sur les plans de développement professionnel, lesquels sont mis en place dès les premiers jours de l'engagement.

Dans quelle mesure les réorganisations et restructurations architecturales impactent-elles les services de soins ?

K.K. : Les déménagements en cours concernent principalement nos unités de soins sur le site de Brien. Nous avons saisi cette occasion pour mettre en place une démarche Lean avec les équipes concernées. Ensemble, nous avons ainsi réfléchi à la réorganisation des unités de soins, au placement des armoires et à la gestion du stock du matériel afin de gagner en efficacité et en énergie. Actuellement, la première unité a déménagé et nous a déjà permis de faire les premiers bilans et réajustements. D'autres projets de reconstruction sont en cours au sein de l'hôpital, comme par exemple au niveau de la dialyse, qui influenceront certainement notre organisation du travail, et déboucheront sur des nouveaux métiers.







Jette Hôpital Brugmann.
Brugmann Hospitaal.

L'histoire du CHU Brugmann



Retour sur cette genèse avec **Annie Meiresonne**, archiviste du CHU Brugmann

En 1906, la réalisation du site originel du CHU Brugmann a été confiée à Victor Horta, l'un des grands architectes de la ville. La construction d'un hôpital représentait pour lui un nouveau défi et il a basé sa stratégie architecturale sur les recommandations de différents médecins chefs de service.

A l'époque, l'originalité du projet a surpris, notamment l'horizontalité de l'hôpital qui représentait une première en Belgique. Révolutionnaire, la conception en pavillons devait permettre de limiter les risques de contamination, tout en respectant l'environnement et l'aménagement du territoire. Les différents bâtiments, disposés au milieu de jardins communicants, devaient donner priorité à la dimension humaine du site. La première pierre a été posée en 1911 et c'est en 1923 que l'hôpital a été officiellement inauguré.

La genèse du CHU Brugmann...

Annie Meiresonne : Le projet de l'hôpital est né au début du XXe siècle. L'établissement a été officiellement inauguré en 1923. Cette construction a été rendue possible par le legs d'une importante somme d'argent (54 millions d'Euros d'aujourd'hui) de la part de Georges Brugmann au conseil des Hospices de Bruxelles, dans le but de construire un sanatorium à l'extérieur de la ville. Les Hospices de Bruxelles avaient alors décidé de ne plus rénover les sites de Saint-Pierre et Saint-Jean situés en centre-ville, qui devenaient insalubres. Un pavillon fut donc construit en dehors de la ville, sur un terrain de Jette d'une quinzaine d'hectares, dont les Hospices étaient propriétaires.

Quel a été l'architecte chargé de la réalisation du site originel du CHU ?

A.M : Comme Georges Brugmann souhaitait un démarrage rapide des travaux, Max Hallet et Maurice Frison, membres du Conseil des Hospices de Bruxelles, ont proposé leur ami architecte Victor Horta, membre, comme eux, de la loge franc maçonnerie et humaniste « Les Amis Philanthropes », pour la réalisation du bâtiment. Le baron Victor Horta était un architecte qui jouissait, déjà à l'époque, d'une grande renommée. Il est né à Gand en 1861 et s'est rapidement installé à Bruxelles où il est devenu l'architecte le plus important de la ville pour le mouvement « Art nouveau ». Il est à l'origine de nombreuses constructions comme les maisons du gouverneur du Congo belge, de Max Hallet et de Maurice Frison. Il a également réalisé le musée de Tournai et bien d'autres monuments.

Comment a été élaborée sa stratégie architecturale ?

A.M : Cette opération représente la seule réalisation d'un établissement hospitalier de Victor Horta. Très peu initié à l'architecture hospitalière, il a visité de nombreux hôpitaux dans différents pays, notamment en France, en Angleterre et en Allemagne. Or cette période du début du XXe siècle était surtout celle des structures pavillonnaires et ce style l'a énormément influencé.

Quel était l'intérêt du pavillonnaire à l'époque ?

A.M : Ce système de fonctionnement permettait de séparer les différents services et d'éviter les contaminations. Pour ce projet en particulier, il s'agissait d'un hôpital public destiné à une population pauvre qui avait énormément augmenté au début du XXe siècle, ce qui conduisait parfois à un manque d'hygiène. Il fallait donc tout mettre en œuvre pour que cette population se sente le plus à l'aise possible dans cette structure et que les patients puissent être soignés dans de bonnes conditions, d'où, notamment, une place importante laissée aux espaces verts.

Comment Victor Horta s'est-il justifié par rapport au schéma vertical privilégié par les médecins de l'époque ?

A.M : Cette logique « d'hôpitaux tours » n'est apparue qu'après la première guerre mondiale. Or, le gros œuvre du projet était déjà largement entamé avant la guerre... Victor Horta, comme la plupart des acteurs présents sur ce projet, aussi bien le Conseil des Hospices de Bruxelles, les médecins et l'ULB (Université Libre de Bruxelles), n'étaient donc en rien opposés à

cette construction pavillonnaire qui bénéficiait encore d'un « effet de mode ».

Le programme a connu de nombreuses modifications, notamment du point de vue de sa capacité totale. Quelles ont été les difficultés que Victor Horta a pu rencontrer ?

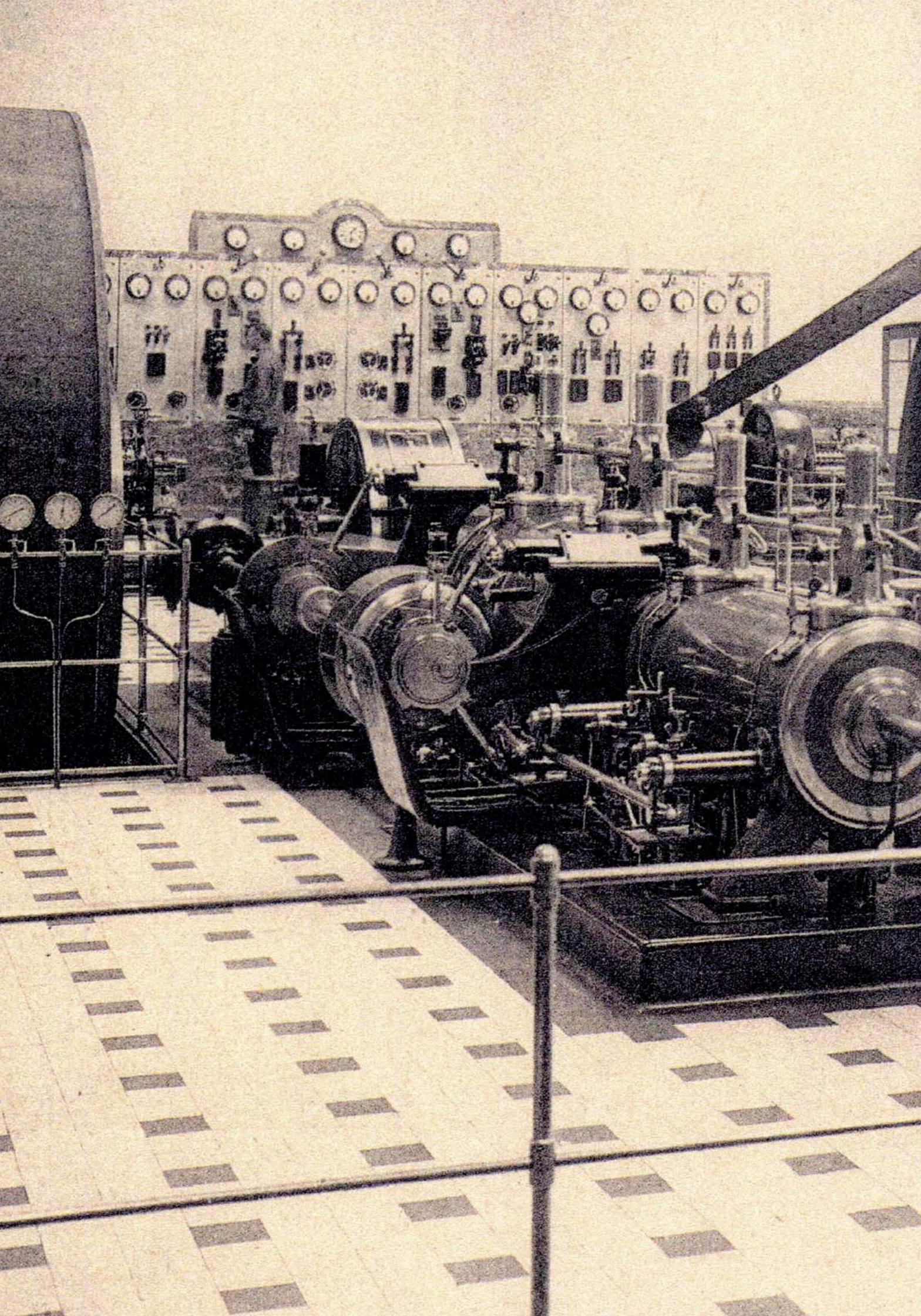
A.M : Dès le début, le conseil des Hospices de Bruxelles avait souhaité construire un hôpital en dehors de la ville. Cependant, Jette étant à l'époque encore une zone rurale, cette implantation impliquait un déplacement vers le site « rural » des professeurs de l'ULB, qui habitaient au centre-ville. Ce sont donc ces mêmes professeurs qui ont obtenu, avec l'accord de la Ville et du conseil des hospices de Bruxelles, la réduction du nombre de lits du nouvel hôpital de Jette et la conservation du site Saint-Pierre pour la faculté de médecine. De plus, bien que Victor Horta ait inclus dans son projet un grand nombre de voies d'accès reliant le site de Jette au centre-ville, les déplacements sur de longues distances (9 km) restaient relativement difficiles pour les Bruxellois. Aussi le conseil a décidé de garder une antenne en centre ville avec l'hôpital Saint-Pierre.

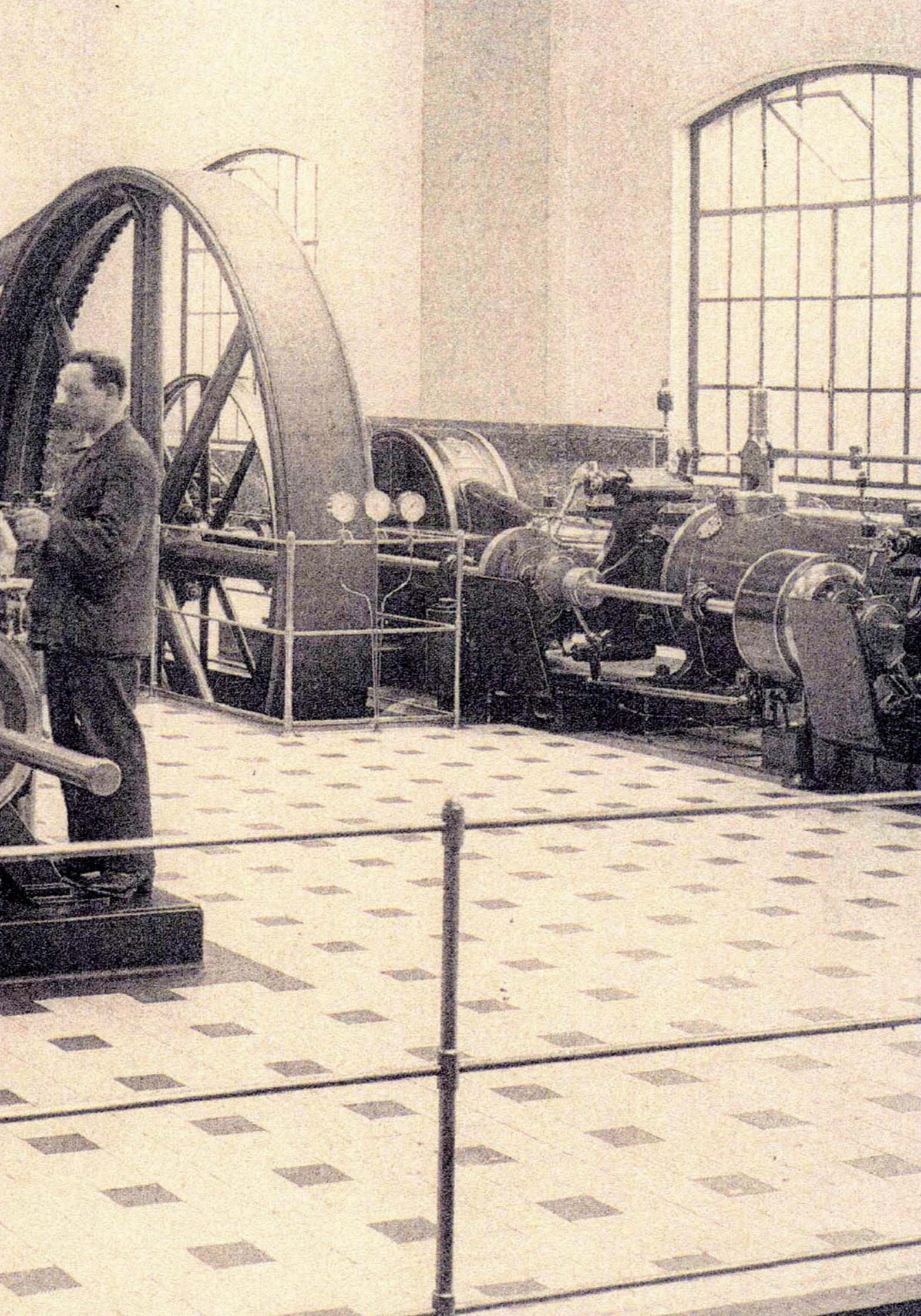
Comment définiriez-vous le bâtiment de la Fondation Médicale Reine Elisabeth, construit en 1933, notamment au niveau de l'architecture et du travail d'Henry Lacoste ?

A.M : Ce bâtiment est vraiment typique du travail d'Henry Lacoste et symbolise la fin de « l'art nouveau » de Victor Horta. Après la première guerre mondiale, l'architecture a évolué et s'est faite plus sobre, beaucoup plus rectiligne, avec moins de courbes. Henry Lacoste, ancien élève de Victor Horta, est lui aussi devenu un grand architecte, notamment au sein du mouvement Art Déco. Ce bâtiment de la Fondation Reine Elisabeth a donc fondamentalement sa place sur le site de Brugmann.

Comment ce bâtiment est-il intégré dans le campus Brugmann, sans se heurter aux constructions de Victor Horta ?

A.M : À cause de la réduction du nombre de lits, la taille de l'hôpital avait été réduite, libérant de l'espace sur le site. C'était alors l'occasion de créer un ensemble de laboratoires dont le nombre et la spécialisation allaient croissant. Par rapport à l'ensemble du site, le bâtiment de la Fondation Reine Elisabeth est légèrement excentré, ce qui lui permet de s'intégrer sur le site sans choquer l'utilisateur ni jurer avec le reste de l'architecture.





Quelles ont été, par la suite, les autres évolutions qu'a connues le CHU ?

A.M : Vers 1931, un grand service de psychiatrie a été inauguré dans un bâtiment unique, de type asilaire. Il a ensuite été démoli dans les années '70 pour créer un service de psychiatrie pavillonnaire. En 1986, nous avons ouvert l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF). Avec le temps, et une activité croissante, plusieurs petits bâtiments sont venus se greffer entre les structures principales du site de Brugmann, notamment l'auditoire Pierre Paul Lambert. Même si tous ces bâtiments ne sont pas toujours très réussis, le but était de bénéficier d'un plus grand nombre de chambres. Une grande polyclinique a également été construite. Elle sera d'ailleurs déplacée prochainement. Néanmoins, malgré tous ces ajouts au fil des ans, l'architecture de base de Victor Horta est restée, puisque pratiquement rien n'a été démoli. Dans les années 1990, plutôt que de renouveler l'ensemble de ces petits pavillons, nous avons décidé de construire un nouveau CHU Brugmann. Cette initiative a donné lieu à un concours d'architecture remporté par Philippe Samyn. Ce projet s'est réalisé entre l'ancien CHU et la Fondation Reine Elisabeth, soit cinq ailes en parallèle. Les architectes ont réussi à préserver au maximum la construction originelle, en créant une structure à l'architecture à la fois moderne, sobre et discrète, et qui fait la part belle aux bâtiments de Victor Horta. Les différentes petites structures ajoutées sont devenues des services de consultation afin que tous les locaux soient occupés. Dans les années 70, la direction avait également le projet de démolir la chapelle mortuaire pour laisser la place à un hôpital pour enfants. Finalement la décision a été prise de préserver ce bâtiment en construisant l'HUDERF entre le CHU et la chapelle. La chapelle a ensuite été restaurée par l'équipe de Philippe Samyn avec l'aide de l'architecte Barbara Van Der Wee, en respectant parfaitement l'architecture originale. Cette chapelle désacralisée est aujourd'hui utilisée comme salle de conférences et par l'administration des Cuisines Bruxelloises.

D'où vous viennent cette passion et cet intérêt pour l'historique du CHU ?

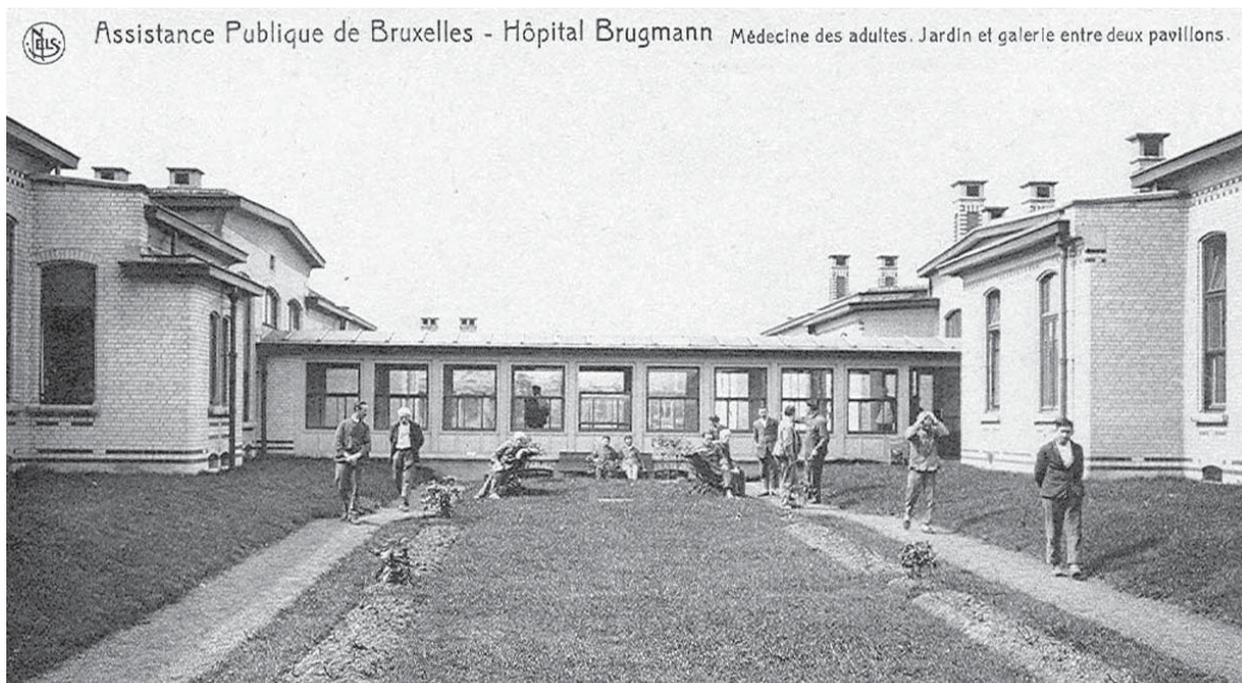
A.M : L'architecture m'a toujours énormément intéressée. J'ai commencé à travailler en tant que laborantine dans les laboratoires du bâtiment d'Henry Lacoste. J'ai obtenu une licence en histoire et une licence en archivistique. Outre l'architecture, j'aime l'art en général et je me rends souvent dans les musées et à bon nombre d'expositions. Pour moi, ce n'est pas seulement un métier, ce secteur fait partie de mes intérêts personnels.

Communiquez-vous votre passion aux personnels de l'hôpital pour leur faire connaître l'histoire du CHU ?

A.M : Une fois par mois, j'organise une visite guidée pour les nouveaux membres du personnel, durant laquelle je leur présente l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital en leur montrant les endroits les plus beaux et les plus intéressants. D'un point de vue plus général, chaque fois qu'une demande de visite de l'établissement est introduite, j'en suis personnellement responsable.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

A.M : Au regard de ce que représente la surface d'un établissement pavillonnaire, du coût au mètre carré pour les constructions hospitalières et de l'évolution de la médecine, il paraît évident que l'hôpital de demain sera orienté vers un fonctionnement monobloc. Même si nous aurons toujours des structures sur plusieurs blocs, elles seront relativement proches de l'architecture de Victor Horta. C'est une tendance que nous pouvons constater dès à présent, avec les différents bâtiments hospitaliers à travers le monde qui prennent les formes de structures très imposantes et regroupées au cœur de la ville.





Les projets du CHU Brugmann



Plus de précisions avec **Eric Renière**, directeur logistique et technique et **Isabelle Linkens**, responsable du service Analyses et Méthodes

Alors que l'hôpital n'avait jamais connu d'opérations de reconstructions lourdes depuis sa création, la situation a évolué en 1992. Pour faire face à l'évolution des normes organisationnelles et architecturales, les autorités du CPAS de Bruxelles ont décidé de lancer un vaste projet de restructuration. Ainsi, cinq nouvelles ailes parallèles sont construites sur le site Horta : les deux premières sont inaugurées en 2003, et les trois autres en 2009.

Le plan de rénovation comporte d'autres projets, tant sur le site Horta (restauration de la chapelle, construction d'une nouvelle polyclinique entamée fin 2012, etc.), que sur les sites Paul Brien (réaménagement architectural) et Reine Astrid (installation d'un nouveau plateau dans des locaux modernisés au 4e étage de l'Hôpital Militaire).

Comment définiriez-vous l'évolution des sites du CHU ?

Au cours des quinze dernières années, le site a fortement évolué en termes de surface mais aussi sur le plan organisationnel. L'un de nos atouts est d'avoir conservé le caractère pavillonnaire du site Horta tout en implantant de nouveaux bâtiments s'intégrant parfaitement dans la structure architecturale initiale. Visuellement, nous avons conservé l'atmosphère de l'hôpital Brugmann, à savoir un hôpital pavillonnaire implanté dans un parc. Cet environnement naturel qui évolue au fil des saisons représente un formidable attrait pour nos patients. La conservation de la structure pavillonnaire a toujours été un axe fort malgré les difficultés fonctionnelles qu'une telle structure peut engendrer. Il n'y a jamais eu d'autres options. Cependant, au fil des années nous avons été capables d'apporter toute la modernité technique nécessaire au confort des patients et du personnel. Le CHU Brugmann est aujourd'hui réparti sur trois sites : le site Horta à Laeken qui compte 631 lits, le site Reine Astrid à Neder-Over-Heembeek (96 lits) qui est implanté dans l'hôpital militaire, et, enfin, l'hôpital Paul Brien à Schaerbeek avec 127 lits.

Quelles sont les grandes lignes de votre plan directeur ?

Par rapport à notre plan directeur, nous avons décliné plusieurs axes. Le premier concerne la partie architecturale mais aussi l'aspect logistique avec des éléments qui étaient redondants sur beaucoup de secteurs. Les flux de patients ont également été repensés en regroupant certaines activités comme l'hospitalisation. Enfin, nous avons un axe orienté sur des aspects plus techniques avec une utilisation rationnelle de l'énergie. Nous avons apporté une attention particulière à l'isolation, à l'acoustique et aux circuits de refroidissement d'air. Nous avons réalisé des études avec l'Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE) afin d'améliorer la structure des trois derniers bâtiments construits. C'est ainsi que nous avons installé des panneaux solaires thermiques pour la distribution d'eau et augmenté l'isolation des toitures et des murs afin de maîtriser la consommation énergétique qui avait explosé ces dernières années. Sans forcément diminuer la facture d'électricité et de gaz, nous devons absolument stabiliser notre consommation pour les années à venir.

Les opérations en cours sur le site Horta...

Les opérations en cours se déclinent en trois axes. Tout d'abord, nous avons prévu un premier bâtiment commun à l'hôpital Brugmann

et à l'hôpital des enfants. Il aura pour fonction d'intégrer les urgences de l'hôpital des enfants mais aussi le nouveau quartier opératoire et la pédopsychiatrie. Pour notre part, sur un étage complet de 2 000 m², nous allons intégrer deux unités de maternité de 20 lits ainsi que l'unité de soins néonataux non intensifs. Cette évolution est primordiale car nous sommes passés de 1 400 accouchements par an à près de 3 500 et nos besoins ne sont plus couverts. Ces unités seront opérationnelles en 2016. Le deuxième axe concerne l'activité ambulatoire puisque nous construisons une nouvelle polyclinique. Avec ce projet, nous avons voulu rassembler l'activité ambulatoire mais aussi nous rapprocher des transports en commun bruxellois. Architecturalement, le bâtiment proposera un atrium particulièrement agréable. Nous avons continué à travailler sur notre politique d'utilisation rationnelle de l'énergie avec des toitures vertes ainsi que la possibilité d'intégrer des panneaux solaires pour la production d'électricité. Enfin, le troisième axe concerne la rénovation de la psychiatrie. Sur ce projet, nous allons une nouvelle fois améliorer le confort du patient, les unités actuelles datant de plus de trente ans.

Les opérations sur le site de Brien...

Sur ce site, nous étions en synergie au niveau des bâtiments avec la MRS (Maison de Repos et de Soins) de la commune de Schaerbeek, une structure qui n'était plus aux normes et donc destinée à être démolie. En 2007, nous avons réfléchi aux différentes alternatives de reconstruction de cette MRS et de l'hôpital Brien. Dans ce contexte, le CPAS de Schaerbeek a reconstruit sa MRS et, de notre côté, nous avons construit un nouveau bâtiment dans le prolongement de l'actuel, un projet qui nous a permis d'augmenter nos surfaces en fonction des évolutions d'activités constatées, tout en augmentant le confort hôtelier pour nos patients. Dans cette dynamique de groupe, nous avons décidé de créer une production de chaleur unique commune aux différentes entités avec une chaufferie à pellets qui distribue de la chaleur en toute sécurité et une cogénération au colza. Entre temps, le SIAMU (Service d'Incendie et d'Aide Médicale Urgente de la Région de Bruxelles-Capitale) et la maison du Travail, également présents sur le site, se sont associés au projet de distribution de chaleur. La rénovation du site de Brien a débuté en 2009 et devrait s'achever début 2014. Nous avons déjà intégré trois unités de soins dans le nouveau bâtiment et bientôt devraient suivre les soins intensifs, le quartier opératoire et les urgences.





Les opérations en cours sur le site Reine Astrid...

Nous avons rejoint ce site en 2007 dans le cadre de collaborations développées avec l'hôpital militaire. A l'époque, nous avons pris possession des murs en l'état car le planning ne permettait pas de travaux. Il s'agit d'un étage du bâtiment de 4 000 m² qui accueille 96 lits. En parallèle au déménagement, nous avons entamé des démarches de financement pour la rénovation d'un autre plateau de l'hôpital militaire afin d'offrir des conditions adéquates d'hospitalisation et d'hébergement à nos patients. Une fois le financement obtenu au niveau fédéral, il a fallu coordonner le chantier avec la Défense Nationale. L'opération a consisté à reconstruire les quatre unités présentes sur l'étage en offrant des conditions de confort supplémentaires. Tout a été mis aux normes de sécurité et de confort et nous offrons plus d'espace aux patients et au personnel. La mise en service a été réalisée en avril 2013.

Quels sont les budgets prévus pour ces opérations ?

Pour le site Horta, l'enveloppe pour la phase 1 est de 18 millions d'euros et de 41 millions d'euros pour la phase 2. Le budget de la polyclinique est de 31 millions d'euros et de 27 millions pour le nouveau bâtiment commun à l'hôpital des enfants et au CHU. La rénovation de la psychiatrie coûtera de son côté 5 millions d'euros tout comme la nouvelle chaufferie et la cogénération. Sur le site Brien, le bâtiment exemplaire correspond à un investissement de 26 millions d'euros plus 6 millions sur un bâtiment annexe pour la chaufferie. Enfin, l'opération sur le site Reine Astrid équivaut à 6,2 millions d'euros. L'enveloppe globale avoisine les 200 millions d'euros, montant auquel il faut ajouter les investissements en équipements. En effet, pour la phase 1 nous avons dépensé 6 millions d'euros en matériel et mobilier, 6,5 millions pour la deuxième phase, 3 millions pour la polyclinique et 4 millions pour Brien.

Aviez-vous freiné les investissements en prévision des différentes restructurations ?

Afin d'éviter les dérapages budgétaires, nous avons créé des enveloppes d'investissements pour le matériel médical et le mobilier afin de garantir, lors de la mise en exploitation des différentes entités, un matériel répondant à la demande des professionnels de la santé et offrant une qualité de confort pour les patients et familles. Il a fallu trouver un juste milieu puisque la période de reconstruction sur le site Horta a duré 10 ans pour le secteur d'hospitalisation. Au niveau du mobilier pour les chambres et l'hôtellerie, nous avons renouvelé 95% de l'existant. Du côté du matériel médical, nous investissons chaque année 3,8 millions d'euros dans les différentes disciplines pour suivre les évolutions et rester à la pointe de la technologie.

Avez-vous des projets liés à la logistique ?

Nous avons mis en exploitation, lors de la phase 2 de reconstruction, une galerie logistique regroupant le magasin central non stérile, stérile, la pharmacie ainsi qu'une réception centralisée et une zone de distribution commune au secteur précité. Ce remodelage a permis de diminuer le va-et-vient de camions sur le site Horta, tout en améliorant les entrées et la distribution

de produits sur le site et en optimisant les circuits de transport et des effectifs. Cette restructuration doit améliorer la traçabilité de nos produits en informatisant nos systèmes. Au niveau de la chaîne logistique nous parvenons, désormais, à bannir tous les transports à vide. Grâce à la centralisation des marchandises, seulement quatre personnes gèrent les dix-huit hectares du site. Nous avons amélioré la gestion technique centralisée pour ne plus avoir de techniciens la nuit. Nos techniciens se sont ainsi réappropriés le site, mais ils se sont aussi recentrés sur leur métier.

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées sur les travaux et vos différents projets ?

Sur le site Horta, la difficulté est venue du nombre de mouvements intermédiaires des unités d'hospitalisation. Il a fallu déménager 90% du site, ce qui ne fut pas simple. Les opérations tiroirs exigent que toutes les opérations se déroulent sans problème sinon toute la cascade est remise en cause. Certains bâtiments ne se sont pas érigés aussi vite que nous ne l'aurions espéré. Malgré sa structure pavillonnaire qui peut laisser croire que les travaux sont plus simples à effectuer, il s'avère que le projet Horta fut le plus compliqué à mener à bien en raison de l'ampleur des travaux sur ce site. A l'inverse, l'opération à Brien a été plus simple puisqu'il s'agissait de construire un nouveau bâtiment. La seule difficulté fut de démolir avant de construire et donc de repositionner les services concernés dans toutes les surfaces disponibles avant de les faire intégrer le nouveau bâtiment une fois achevé. En termes de coordination de chantier, il ne faut pas oublier que l'activité médicale se poursuit autour des travaux et que cette continuité de l'exploitation nécessite d'énormes précautions vis-à-vis des diverses nuisances et de l'hygiène. Les difficultés ne manquent jamais.



Quelle est votre politique en matière de durabilité ?

Nous équipons nos nouveaux bâtiments de panneaux solaires thermiques pour l'eau sanitaire, mais aussi des toitures vertes avec la possibilité d'installer des panneaux photovoltaïques. Ce travail est conforté par un coefficient d'isolation nettement supérieur à ce qui est imposé par la loi. Nous essayons de travailler sur tous les châssis et les toitures des bâtiments. Nous comptons dans notre équipe une personne chargée de l'utilisation rationnelle de l'énergie et nous avons participé au projet Plage organisé par l'IBGE : pour quatre hôpitaux bruxellois, l'objectif était d'intégrer une comptabilité énergétique. Cette veille nous permet de couper aisément les bâtiments inoccupés le week-end ou qui sont en travaux et de suivre les consommations des différents sites.

Comment la cellule programmation et organisation s'articule-t-elle avec la direction logistique et technique ?

I.L : La cellule est composée de trois personnes travaillant directement avec les services lorsqu'un projet de rénovation ou de reconstruction est décidé. Son rôle est d'identifier les besoins dans le cadre du projet, en mettant en lien l'évolution de l'activité, les avancées technologiques et les changements législatifs. Il s'agit d'anticiper les modifications exogènes qui pourraient intervenir. Nous dialoguons avec les utilisateurs afin de définir un cadre d'affectation des locaux qui soit correct et qui tienne compte des contraintes. Lors de la phase d'identification des besoins, nous faisons visiter aux utilisateurs d'autres hôpitaux afin qu'ils s'extraitent de leur quotidien. Bien souvent, le défi est de ne pas reproduire ce qu'ils connaissent déjà mais d'améliorer l'existant. Ensuite, nous travaillons avec les architectes pour réaliser le plan. Une fois qu'il est suffisamment abouti, nous le présentons aux responsables des services. Enfin, nous passons à l'élaboration technique avec tous les services compétents en intégrant les diverses contraintes avant d'aboutir aux travaux. Durant la phase de chantier qui dure plusieurs mois, nous travaillons avec le service pour adapter son organisation à la nouvelle architecture. Notre but est que les personnels puissent s'approprier leur futur environnement et qu'ils soient prêts à y entrer une fois le bâtiment mis à leur disposition. Nous avons aussi un rôle d'accompagnant lors de la phase de déménagement. Une fois le service installé, il reste à ajuster certains détails puis nous évaluons ce que le projet a apporté et, enfin, nous clôturons la mission avec des personnels satisfaits. Notre rôle est de concilier la vision technique et logistique avec celle des professionnels de soins. Nous essayons d'avoir une vision transversale qui permet de prendre tous les éléments en compte.

Combien d'architectes sont intervenus sur ces diverses opérations ?

Sur le site Horta, la reconstruction a été confiée au bureau d'architecture mené par Philippe Samyn, tandis que le cabinet d'architectes Verhaegen a été retenu pour le site de Brien. Pour les travaux, nous avons également deux architectes, un ingénieur et un responsable chargé des techniques spéciales. Ils font la liaison entre les utilisateurs en interne et les bureaux externes

d'architectures mais aussi avec les bureaux d'études techniques spéciales, en l'occurrence TGI pour Horta et Arcadis pour Brien et Reine Astrid.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

L'hôpital de demain devra être beaucoup plus centré sur le patient. Il est nécessaire de prendre beaucoup plus en compte le malade patient et de le faire se déplacer le moins possible. Il semblerait adéquat en termes d'architecture et de concepts d'articuler les personnels autour du patient et non plus l'inverse. Cette mutation représenterait une vision moderne et adaptée à notre patientèle. L'hôpital de demain sera de plus en plus technologique et, peut-être, de plus en plus spécialisé. A l'étranger, les associations de patients sont bien plus intégrées que chez nous pour construire un service autour du patient. Nous devons aussi sans doute faire face à des pénuries de certains professionnels, ce qui peut rendre l'articulation autour du patient plus complexe. Il est malheureusement difficile d'appliquer ces concepts sur une structure pavillonnaire. Aujourd'hui, l'hôpital n'est sans doute pas assez ouvert sur l'extérieur. Pour des raisons médico-légales, l'accès informatique aux données pour les médecins traitants et les soignants de l'extérieur reste très restreint. Le futur sera également caractérisé par la capacité de l'hôpital à aller vers le patient. Malgré des regroupements et des mutualisations, certaines activités de support au sein de l'hôpital (magasin, pharmacie...) posent aussi la question de leur pérennité. De plus en plus contraignantes et donc de plus en plus chères pour l'hôpital, la question est de savoir si notre volume d'activité est suffisant pour maintenir et poursuivre le développement de ces missions de support. Sur le plan technique, il y a déjà aujourd'hui une vraie pénurie de techniciens qui est problématique. Peut-être que demain, nous serons aussi tenus de sous-traiter ces activités. Un grand nombre de défis organisationnels se dressent aussi devant l'hôpital.









L'opération de restructuration du CHU Brugmann : les particularités architecturales

© Marie-Françoise PLISSART

© Philippe SAMYN and PARTNERS, architects & engineers



Entretien avec **Philippe Samyn**,
architecte et ingénieur

L'opération de restructuration du CHU Brugmann...

Philippe Samyn : Cette opération est une œuvre « humaniste ». Près de vingt ans se sont écoulés depuis le concours public d'architecture en 1994 et le projet se réalise lentement mais sûrement, sur un site occupé, sans trop gêner l'activité intense qui y règne. Nous y collaborons en équipe avec les architectes du bureau BEAI et les services techniques du CHU, dans une ambiance que l'on peut qualifier d'harmonieuse. L'hôpital Brugmann représente probablement l'une des œuvres les plus matures de Victor Horta. Le site n'était pas classé au moment du concours et ne l'est que très partiellement aujourd'hui (la Chapelle, classée en 2005 et la Fondation Médicale Reine Elisabeth, de Henry Lacoste, partiellement classée en 2012). Certains de nos concurrents lors du concours n'hésitaient pas à envisager de raser l'œuvre de Horta mais, pour notre part, l'idée ne nous a pas effleuré un seul instant d'abîmer un tel ensemble, car nous y retrouvons la

maîtrise subtile du bâtisseur hors normes que fut Horta. Au contraire, nous laissons son projet nous donner le ton et les interventions que nous proposons cherchent à s'inscrire à l'intérieur de son œuvre.

Cependant, les conditions actuelles d'exploitation hospitalière nécessitent obligatoirement des plateaux plus larges, plus longs et plus hauts que les petits pavillons d'origine. Nos bâtiments sont donc d'un gabarit comparativement plus important mais ils respectent le principe d'une disposition en barres minces, éclairées et ventilées naturellement. Ils suivent scrupuleusement les alignements du plan directeur d'origine et se placent, discrètement, en retrait par rapport aux pavillons de Horta. Ainsi, ces derniers gardent leur statut de "vedettes" architecturales dans le paysage du parc hospitalier et continuent à l'agrémenter de si belle façon avec leurs briques rouges, orange et blanches, leurs châssis blancs et leurs toitures en zinc à faible pente. Malgré les nombreuses vicissitudes inhérentes à la vie d'un hôpital (en ce compris l'accès à l'autonomie juridique et financière des hôpitaux publics bruxellois survenu en 1996), le pouvoir adjudicateur est toujours resté fidèle à son choix de départ, fait assez rare pour être souligné. Sans doute ce concept architectural, âgé aujourd'hui de près de vingt ans, a-t-il montré le bon sens qu'il y a à promouvoir une cohabitation respectueuse et, je l'espère, harmonieuse entre passé et présent.

Les particularités architecturales...

PhS : Sur le plan architectural, notre intervention se veut discrète et à l'échelle humaine. Elle vise la simplicité formelle, encouragée en cela par les contraintes budgétaires de la subsidiarité. Elle cherche à respecter le *genius loci* cher à Christian Norberg-Schulz et les cinq sens des utilisateurs. Elle met en œuvre un nombre très restreint de matériaux et d'éléments formels : façades et toitures en zinc, châssis de fenêtres de proportion verticale en bois de teinte noire, balcons en béton avec garde-corps en acier galvanisé, soubassements en briques noires. À l'intérieur, la sobriété est également de mise. La seule "décoration" que nous nous sommes autorisée, en accord avec le maître de l'ouvrage, consiste dans la mise en peinture de certaines parois dans des couleurs vives, à des endroits où ils aident à l'orientation des utilisateurs. Les unités de soins s'organisent en plateaux étroits (17 m) avec couloir central, de façon à maximiser la lumière naturelle et les vues vers l'extérieur pour les patients et pour le personnel. Les chambres médicalisées sont dotées de portes-fenêtres et de balcons pour offrir une vue vers l'extérieur aux patients même lorsqu'ils sont alités.

Les grandes conceptions de l'architecture hospitalière...

PhS : Aujourd'hui, on peut relever deux grandes conceptions de l'architecture hospitalière : le concept monobloc "traditionnel", encore massivement pratiqué au sud de l'Europe, et le concept de "bâtiments génériques", plus en vogue au nord. Le premier intègre les différentes fonctions dans un bâtiment hospitalier unique, tandis que le second rassemble autour d'un noyau médical lourd des unités autonomes contenant les fonctions peu ou pas médicalisées (hospitalisation, polyclinique, logistique, accueil, bureaux, activités commerciales, etc.). Bien sûr, il existe des arguments valables en faveur des deux modes de conception : ce n'est pas à l'auteur de projet de trancher la question, cela résulte avant tout de la philosophie de gestion de l'exploitant hospitalier... et des possibilités du site.

Le concept monobloc a l'avantage de la compacité et nous pensons qu'il est riche, aujourd'hui encore, d'un potentiel inexploré. Pour le découvrir, il faut se dégager de l'exemple des "hôpitaux-mammouths" massifs et sans lumière naturelle construits dans les années '60 et '70. Ainsi, dans notre proposition non retenue pour l'A.Z. Jan Portaels de Vilvoorde, nous avons proposé un concept monobloc adapté au site composé de quatre éléments autonomes superposés : un socle semi-enterré contenant les urgences, la logistique et le parking, une esplanade ouverte parsemée de pilotis autour de l'accueil, un anneau contenant le "hot floor", puis trois niveaux d'hospitalisation en forme d'étoile. Dans ce concept, l'air et la lumière coulent librement entre les différents volumes, tous les plateaux sont suffisamment étroits pour permettre une ventilation et un éclairage naturels, de nombreuses extensions sont possibles à l'intérieur du gabarit et la différenciation des volumes selon les fonctions permet une gestion quasi autonome de celles-ci. Néanmoins, surtout dans le nord de l'Europe, l'approche générique se généralise pour les nouveaux hôpitaux, notamment sous l'influence du récent programme de redéveloppement hospitalier aux Pays-Bas. Ce concept propose

une conception et une gestion différenciées des différentes fonctions selon leurs cycles de vie, aussi bien pour leur construction que pour leur exploitation ("hot-floor", chambres médicalisées, polyclinique, administration, locaux techniques, plateau logistique, cuisine, etc.). Cet "outsourcing" systématique, pouvant aller jusqu'à l'autonomie complète, permet un suivi financier plus strict et plus objectif des différentes fonctions et permet donc d'en réduire les coûts. Au stade de la conception de l'hôpital, cette approche implique un travail subtil sur la matrice des proximités fonctionnelles. En effet, si l'on place vraiment le patient au centre du système de soins, il n'est pas vrai que "tout doit être près de tout" et que la compacité la plus grande est toujours la meilleure. Il est évident que les urgences, par exemple, doivent absolument se trouver le plus près possible du quartier opératoire, mais certaines unités de soins n'ont quasiment aucun lien avec ce dernier. De même, la polyclinique peut être considérée comme un ensemble quasi autonome, très aisément accessible par l'extérieur du site, les transferts de patients vers l'infrastructure médicale lourde étant proportionnellement assez réduits. Quant aux fonctions logistiques, rien n'empêche de les considérer comme une "usine" complètement indépendante, reliée à l'hôpital par des systèmes de transport automatisés. Nous avons appliqué ce principe dans notre proposition non retenue pour le futur Grand Hôpital de Charleroi. L'ensemble se présente comme un "village hospitalier", drainé par deux longues rues piétonnes couvertes qui se croisent à angle droit et le long desquelles s'alignent des bâtiments autonomes : trois ailes d'hospitalisation doubles au sud, "l'usine" logistique, le "hot floor" et l'ensemble polyclinique-administration au nord. Le parking est détaché au nord sous la forme de trois silos hors-sol ventilés et éclairés naturellement. Des "cases vides" sont prévues pour permettre des extensions futures dans le gabarit de départ sans perturbation de l'exploitation. Bien que cette démarche pragmatique soit enracinée dans notre société "post-moderne", il est frappant de constater combien le concept pavillonnaire mis en œuvre par Horta à l'hôpital Brugmann au début du 20^e siècle se rapproche du concept générique qui semble devenir la règle pour "l'hôpital du 21^e siècle".



Le concept pavillonnaire...

PhS : Le concept pavillonnaire se base sur l'idée que les maladies se transmettent par l'air et impose de séparer toutes les unités les unes des autres, sous la forme de pavillons. Ce postulat scientifique a inspiré le dessin de l'hôpital Brugmann, à partir de 1906, mais il était déjà reconnu comme erroné au moment de l'inauguration de l'hôpital en 1923. Néanmoins, intuition géniale du Maître ou pur hasard, la géométrie des liaisons entre pavillons donne au plan-masse une structure tellement "résiliente" qu'elle a permis à l'hôpital Brugmann de s'adapter à toutes les évolutions de la médecine et de la société pendant près d'un siècle sans destruction d'aucun des pavillons d'origine. Les galeries vitrées et le réseau de tunnels, construits par Horta et mis à "grand gabarit" dans les années '60, assurent des liaisons directes et rapides entre toutes les zones. Par ailleurs, les nouveaux bâtiments construits au fil du temps trouvent facilement une place adéquate pour garantir des proximités proches de l'idéal tout en préservant l'agrément du parc. Au cours de cette lente mutation, la plupart des pavillons d'origine, de petite taille, sont transformés pour accueillir des fonctions peu ou pas médicalisées (notamment les consultations, dont les besoins sont fort similaires à de simples bureaux). La dernière intervention achevée en date, constituée par l'ensemble des cinq nouvelles ailes d'hospitalisation, applique le concept générique tout en s'inscrivant dans la logique pavillonnaire de Horta. Cet ensemble comprend, à une extrémité, les urgences à proximité du quartier opératoire existant et, à l'autre extrémité, l'unité Mère-Enfant en liaison directe avec le service de néonatalogie de l'Hôpital des Enfants. Le service de radiologie s'implante au centre du complexe. Les ailes sont reliées entre elles par des galeries vitrées à tous les niveaux et l'ensemble constitue finalement un réseau assez compact bien qu'aéré et lumineux, avec des circulations limpides, alignées sur celles qu'Horta avait dessinées. L'ensemble repose sur un grand plateau logistique en liaison directe avec l'extérieur et avec le tunnel existant. La nouvelle polyclinique, en cours de chantier, fait de même en s'implantant à l'est du site, le plus près possible de la station de métro. Autonome, elle est cependant reliée au service de radiologie par un tronçon rectiligne du tunnel existant.

Et les parkings ?

PhS : Si on le compare aux autres grands hôpitaux universitaires bruxellois, l'hôpital Brugmann manque cruellement de parkings et les rues avoisinantes sont constamment envahies de voitures-ventouses. Par ailleurs, le parc est en permanence encombré par plus de 400 véhicules en stationnement et son ambiance en est détériorée. Il y a 15 ans, nous avons proposé de répondre à ces deux questions par un projet de parking souterrain en silo sous la place devant l'hôpital, ventilé et éclairé naturellement, qui n'a malheureusement pas vu le jour car il était hors de question, à l'époque, de faire payer au personnel sa place de parking. Aujourd'hui, la prise de conscience environnementale rend ce projet de plus en plus crédible et nous ne désespérons pas de redonner au parc toute sa splendeur originelle. On peut s'attendre à une évolution similaire à celle du parking à Louvain-la-Neuve. Lorsque j'ai été nommé par Raymond Lemaire

pour superviser la construction de l'ouest de la ville nouvelle, nous avons en effet proposé de financer l'importante charge urbaine que constituait le parking en le rendant payant. Ce principe était inconcevable à l'époque mais on constate qu'aujourd'hui, tous les parkings de la ville sont devenus payants...

L'hôpital de demain...

PhS : Il y a de cela quelques décennies, la technologie d'un hôpital était ce qui inspirait le plus confiance dans la chaîne de soins et il pouvait être judicieux alors de donner à l'hôpital l'allure d'une machine : le patient s'y soumettait volontiers dans l'attente d'en sortir guéri par la magie de la technologie. Aujourd'hui, l'hôpital doit être vu comme un ensemble varié de prestations, qu'elles soient de haute technologie ou non, au service de l'humain. C'est que le patient est devenu acteur de sa propre guérison et les anciennes structures cliniques, efficaces mais austères et impersonnelles, le mettent mal à l'aise au lieu de le rassurer. Nous tendons donc vers un hôpital qui se met au service du patient, qui l'accueille dans un environnement lumineux, aéré et confortable, qui respecte son intimité, qui favorise ses contacts permanents avec sa famille tout en lui offrant la meilleure technologie médicale disponible. Cela signifie une diversification de plus en plus poussée des prestations selon les besoins du patient et ses demandes spécifiques.

Les photographes dont les photos sont publiées dans le reportage : A. Ponte - O. Degrande - E. Renière - D. Gueur - Archives CHU Brugmann

© Marie-Françoise PLUSSART



SAMYN and PARTNERS

architects & engineers







Rénovation du site Paul Brien



BUREAU
D'ARCHITECTURE
EMILE
VERHAEGEN SA



Entretien avec **Marcel Gérimont**,
Architecte du Bureau d'Architecture
Emile Verhaegen

Le Bureau d'Architecture Emile Verhaegen...

Marcel Gérimont : Le BAEV a été créé en 1959 et accueille aujourd'hui près de 60 collaborateurs et employés, ce qui en fait l'un des cinq bureaux d'architecture principaux de Belgique. Son activité dans le domaine de l'architecture hospitalière s'est grandement développée à partir des années 80 alors qu'il concevait onze hôpitaux en Algérie à la suite du tremblement de terre dans la région de Chlef (à l'époque El Asnam). Emile Verhaegen, fondateur du bureau, avait déjà participé à la création d'institutions hospitalières et notamment d'un centre de grands brûlés près de Charleroi. Nos équipes expertes en technologies de pointe et dans la recherche liée au développement durable apportent une haute valeur ajoutée à ses nombreuses opérations et, après plus de cinquante ans d'expérience, nous avons dépassé les 600 réalisations.

Bien qu'il soit présent dans la plupart des secteurs d'activités, grâce à son sens de l'innovation et sa recherche de l'excellence, notre bureau est particulièrement reconnu dans le secteur de la santé, de l'enseignement et de la recherche. Les compétences dans l'architecture hospitalière se sont transmises et développées au fil des expériences successives entre des collaborateurs fidèles à l'esprit du BAEV pendant plusieurs dizaines d'années, certains collaborateurs dont moi-même développant des projets dans ce domaine depuis le début des années 80.

L'historique du projet de rénovation du site Paul Brien du CHU Brugmann...

M.G : Le site, à l'origine une institution gériatrique, est dédié à l'hospitalisation et aux soins des personnes depuis 1908. Rebaptisé Centre Hospitalier Paul Brien en 1976, l'institution rejoint le Centre Hospitalier Universitaire Brugmann en 1999, et devient le site Paul Brien. Quelques pavillons d'origine, reliquat de l'ancien Institut Médico-Chirurgical de Schaerbeek, accueillait une maison de repos et de soins et des services administratifs. La vétusté de cette structure pavillonnaire et son manque d'adéquation avec les normes actuelles ont poussé les autorités à voter en faveur de sa déconstruction.

La Région de Bruxelles Capitale, le Centre Public d'Aide Sociale de Schaerbeek et le CHU Brugmann ont alors, de commun accord, restructuré complètement le site. Dès le départ, la volonté des partenaires était d'unir leurs efforts pour permettre la réalisation d'objectifs innovants en termes d'utilisation rationnelle de l'énergie et de développement durable.

La décision fut prise de répartir le site entre l'hôpital, le Centre Public d'Aide Sociale et la Région avec la création d'une nouvelle maison de repos et d'une caserne de pompiers. Ce projet permet à l'hôpital de développer son service d'urgences et les services associés après avoir obtenu des autorités un « Service Médical Urgent » en 2003. De manière globale, l'hôpital apporte désormais une meilleure réponse aux attentes de la population avec une plus forte activité de consultation et d'ambulatoire. Sur base d'études de faisabilité technique et architecturale, chaque bâtiment a donné lieu à un concours d'architecture spécifique. Nous avons remporté celui de l'hôpital, qui était le bâtiment principal. Le BAEV s'est immédiatement rallié à l'idée d'un bâtiment à basse consommation d'énergie. Nous avons développé les intentions des études préliminaires de mise en service d'un système de chauffage commun au site. L'option que nous avons retenue consiste en un système de chauffage au bois et à panneaux solaires capable de couvrir 80% de notre consommation de chauffage et 15% de l'eau chaude sanitaire en énergie renouvelable. Ce concept innovant nous a d'ailleurs valu d'être lauréat du concours de bâtiment exemplaire de l'Institut Bruxellois de Gestion de l'Environnement.

Les grandes lignes de ce projet architectural...

M.G : La forme du terrain et l'étude préalable nous ont suggéré le prolongement du bâtiment dans l'axe existant. Le nouveau bâtiment est construit en « miroir » de la structure existante, les circulations verticales étant situées à la charnière des deux constructions. En regroupant dans une même tour les flux médicaux et les flux visiteurs, nous les avons orientés afin qu'ils ne se croisent plus. Nous avons également regroupé dans le nouveau bâtiment le bloc opératoire et les installations d'hôpitaux de jour chirurgicaux pour adultes et enfants. Quatre unités de soins ont également été transférées du bâtiment existant. La conception et l'accueil des urgences et des hôpitaux de jour vont contribuer à une approche plus sereine des patients et à l'image positive de l'institution.

Comment avez-vous abordé la gestion des flux ?

M.G : La différenciation des circulations et des flux répond aux exigences d'hygiène hospitalière, facilite l'organisation fonctionnelle et garantit au mieux le respect de la vie privée. Dans un hôpital, différentes catégories de personnes et de matières doivent pouvoir aisément circuler en répondant à des besoins parfois contradictoires sans se croiser. En fonction de la configuration du terrain, les rez-de-chaussée de la nouvelle structure et des bâtiments partenaires sont surélevés de deux niveaux par rapport au rez de l'hôpital existant. Cette configuration représente un avantage certain au niveau de la gestion des flux. Ainsi, le bloc opératoire et les hôpitaux de jour sont proches de l'entrée, réduisant considérablement la distance à parcourir pour le patient. Les services des urgences et d'hospitalisation provisoire sont accessibles de plain-pied par les patients externes et sont en contact avec le service d'ambulances du SIAMU. Les urgences sont en relation directe avec le bloc opératoire et les soins intensifs par l'intermédiaire des circulations verticales médicales. Les parkings communs à l'hôpital et à la maison de repos sont accessibles également de plain-pied depuis le hall d'entrée de l'hôpital.

Quelle est la place de la lumière naturelle au sein de ce nouveau bâtiment ?

M.G : Le bâtiment est orienté Est-Ouest et le site étant assez élevé, il nous offre un très beau paysage. L'apport de la lumière naturelle est renforcé par la relative étroitesse du bâtiment, là où se trouvent les unités de soins. De manière générale, la lumière naturelle est présente dans tous les locaux de soins et d'accueil du public, mais également dans les locaux de travail du personnel. La partie administrative et la salle de réveil du bloc opératoire s'ouvrent sur de vastes cours anglaises délimitées par des talus jardinés. Les soins intensifs situés au premier étage ont tous leurs boxes et locaux du personnel à la lumière naturelle. Afin de réduire les risques de surchauffe dus à l'ensoleillement, et suite aux études de simulation, nous avons également opté pour des stores solaires extérieurs à commandes centralisées.

Avez-vous opté pour un jeu de couleurs, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du bâtiment ?

M.G : Le BAEV, dans un département dédié à l'architecture d'intérieur crée l'identité intérieure du bâti. Nous avons donc élaboré un système de couleurs, permettant l'identification de chaque étage par des jeux de couleurs. Cette identification est particulièrement appréciable pour les unités de gériatrie. L'accentuation de la dissymétrie des couloirs par des coloris différents sur les murs opposés contribue à dynamiser les circulations et à orienter les patients. Les coloris des sols des chambres sont plus clairs que ceux des circulations, dans le but de favoriser la quiétude des locaux de vie. En ce qui concerne l'extérieur du bâtiment, les façades des tours de circulation verticale sont réalisées en maçonnerie de brique noire, s'opposant sobrement à l'enduit blanc des façades horizontales.

Comment avez-vous effectué le choix des matériaux ?

M.G : Le choix des matériaux s'est fait principalement en fonction des standards de l'hôpital Brugmann. L'établissement hospitalier a des attentes spécifiques, avec un système qu'il expérimente depuis de nombreuses années. Cependant, certains impératifs pouvaient parfois s'avérer contradictoires avec la gestion de l'énergie, nous avons alors suivi les recommandations sur la conception durable du projet.

Quels sont les éléments qui vont participer à l'amélioration du confort des patients et des visiteurs ?

M.G : La commune de Schaerbeek, très fortement peuplée, était défavorisée du point de vue hospitalier. Nous apportons à la population l'hôpital de proximité modernisé et adapté qui lui manquait jusqu'à présent. Nous apportons également le développement d'un pôle d'urgence qui est à même de couvrir des situations graves pour cette partie de la ville. Au niveau des chambres, le confort du patient se concrétise d'abord dans l'espace qu'il occupe, en permettant de diviser équitablement la chambre en zones individualisées, chaque patient disposant de son armoire et de sa table à proximité immédiate. Nous avons également éliminé le traditionnel bandeau technique, le mur en tête de lit étant recouvert d'un panneau complet assorti à la chambre. Ce panneau s'intègre au mobilier du patient et assure une cohérence entre l'électricité, l'éclairage et les fluides médicaux. Les locaux de vie bénéficient d'un refroidissement par plafond froid permettant de réguler la température tout en s'inscrivant dans les performances relatives à l'utilisation rationnelle de l'énergie que nous nous sommes imposées.



Qu'en est-il des conditions de vie du personnel ?

M.G : Nous avons considérablement optimisé les distances à parcourir pour le personnel de l'hôpital. La lumière naturelle est très présente dans les locaux de service et les circulations centralisées facilitent le travail quotidien des équipes au sein de leurs unités.

Comment avez-vous abordé la question des aménagements extérieurs ?

M.G : Ces aménagements extérieurs ont été abordés avec la participation des partenaires présents sur deux autres bâtiments du site. La caserne de pompiers est attenante à la structure hospitalière et dispose de matériaux identiques pour ses façades et d'un passage commun pour les transports d'urgence. Les parkings sont intégrés aux sous-sols de la maison de repos, ce qui nous a permis de libérer les espaces extérieurs de la circulation des voitures. Les places de stationnements visibles sont donc réduites au minimum et réservées à l'accès d'urgence et au SMUR. Nous avons donc pu soigner les aménagements paysagers sur le site.

Dans quelle mesure ce nouveau bâtiment est-il évolutif ?

M.G : Le terrain prévu pour l'hôpital suite à la répartition du site est entièrement occupé, et ne permet pas de nouvelles extensions. Nous avons inclus la possibilité de réaliser une extension en hauteur et le CHU Brugmann l'a déjà utilisée pour construire deux niveaux supplémentaires. Le renouvellement du bâtiment existant est envisagé en phase ultérieure ce qui permettra un développement futur des espaces libérés, dans une construction conforme aux impositions régionales en matière d'économie de l'énergie. La flexibilité des aménagements de la nouvelle construction est particulièrement favorisée par une structure non contraignante, y compris dans la conception des façades, ce qui rend possible un développement futur de la structure.

Quelles ont été les grandes lignes de votre démarche de développement durable ?

M.G : Notre dossier pour ce projet se devait de présenter un certain nombre d'idées relatives à une démarche de développement durable. Ce bâtiment a été étudié en application d'une étude de soutien à la conception durable. Les recommandations que nous avons mises en pratique concernaient bien sûr le choix des matériaux en fonction de leur éco-bilan, mais également les impacts énergétiques de la mise en œuvre, des transports et des déchets générés lors de la fabrication et du chantier. Les axes majeurs de notre démarche sont d'utiliser une énergie renouvelable pour le chauffage et l'électricité et de limiter leurs recours.

Que signifie la qualification de « bâtiment exemplaire » ?

M.G : Cette qualification distingue les lauréats du concours annuel de l'Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement qui promeut l'architecture à basse consommation énergétique. La récompense de ce concours permet de couvrir les surcoûts d'études et d'exécution. Le caractère particulier hospitalier a interpellé le jury plus habitué à des projets de logements, d'écoles et de bureaux.

Comment se déroule le projet et quel est le calendrier prévu ?

M.G : Ce bâtiment a été initié en 2006. À l'heure actuelle, les urgences sont les seules installations à ne pas avoir été mises

en service. Elles devraient être opérationnelles pour le mois d'octobre 2013. Nous devons également poursuivre nos travaux sur les abords du bâtiment. Et bien sûr, nous devons entamer la réalisation de la dernière phase, qui sera la mise en conformité du bâtiment existant avec les impératifs des économies d'énergie, dont le calendrier n'est pas encore fixé

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

M.G : C'est un axe important de notre questionnement au sein du BAEV. Il n'y a pas « un hôpital de demain », chaque hôpital étant unique, mais de multiples projets futurs, chacun répondant à son projet médical. Au-delà de la maîtrise des flux et d'une flexibilité impérative, il nous semble intéressant de faire évaluer la notion de « chambre ». Une chambre peut être un luxe mais aussi un local d'isolement, ou encore un lieu où l'on se sent seul. La chambre à deux lits reste une solution pour celui qui veut rompre la solitude, et d'autre part elle reste fonctionnellement utile. Il faut innover, inventer une chambre double dans laquelle chacun peut s'isoler, recevoir ses amis, ou converser avec son voisin s'il le désire. Et cela sans interférence néfaste pour l'un ou l'autre des patients. Dans ce type de chambre, il n'y a plus de lit fenêtre ni de lit couloir, les lits se déplacent dans la chambre sans déranger la tranquillité de celui qui s'y trouve, et la distance à franchir depuis la porte est identique pour le personnel quel que soit le patient. . . Nous développons ce type de chambre au Centre Hospitalier de Wallonie à Tournai et dans deux hôpitaux de revalidation, déjà en fonctionnement. Pour ces derniers, les séjours étant plus longs, il devenait plus important encore de trouver des formules qui offrent une zone d'intimité au patient. Le patient demande à être soigné dans un centre d'excellence et bénéficier d'un accueil humain. Il souhaite être écouté, conseillé, informé et recevoir différents services allant du diagnostic, aux soins médicaux personnalisés ainsi qu'un soutien face à ses craintes et angoisses. Il est attentif à une hôtellerie de qualité, conviviale en termes d'espace, de confort, de lumière, de température, . . . Le droit du patient à l'intimité, au confort et à l'information doit aussi être assuré. Cette notion d'intimité est primordiale. Si l'hôpital peut être considéré comme une « communauté urbaine, un lieu public », « l'univers de proximité » du patient doit être chaleureux. La définition de son environnement proche sera donc étudiée attentivement : matériaux chaleureux, lumière naturelle et acoustique soignée. La notion de « cocoon » doit s'opposer au « stress » de l'hôpital. Le visiteur se présente à l'hôpital dans un état d'esprit particulier, préoccupé par l'état de santé de la personne proche. La facilité d'accès à l'hôpital, puis la clarté des circulations à emprunter lui feront gagner un temps précieux. Il souhaitera offrir au patient des fleurs, de la lecture, un petit présent, . . . Le patient devra pouvoir les acquérir à l'entrée de l'hôpital. Si l'hôpital se préoccupe en priorité des soins du patient, il ne doit pas négliger pour autant l'accueil des proches également fragilisés. L'architecture du bâtiment et des différentes ambiances intérieures doit répondre à toutes ces attentes. Elle doit être contemporaine et accueillante, transparente et fluide, durable et respectueuse de son environnement.