

HEALTHCARE EXECUTIVE

N° 85 DÉCEMBRE 2015 - JANVIER 2016
Charleroi X 6x/an - P307390

www.healthcare-executive.be

Dossier Construction

Financer et construire: les briques de la stratégie hospitalière

» HOSPITAL MANAGEMENT
Accréditation du processus
pharmaceutique

Hugo Robays

» HEALTHCARE NETWORKS
La santé en réseaux:
quels marchés publics,
pour quels services?

Valérie Kokoszka

Retrouvez
Healthcare Executive
sur internet



Le Chirec à Delta: un hôpital de pointe intégré à la cité

La construction du Chirec Delta est sans aucun doute l'un des plus gros projets immobiliers de la région bruxelloise. L'un des plus originaux et des plus ambitieux aussi puisqu'il réunit plusieurs défis de taille: la structuration de l'offre de soins du groupe sur trois sites, un projet médical innovant organisé en pôles et une intégration de l'hôpital à la cité. Comme tel, il a nécessité une planification rigoureuse, prenant en compte de nombreux paramètres, et un pilotage quasi hebdomadaire. *Healthcare Executive* revient sur les différents aspects du projet avec Bruno Lefebure, Directeur Général administratif et financier, et le Dr Philippe El Haddad, Directeur Général Médical du Chirec.

*Interview avec Bruno Lefebure (Directeur Général administratif et financier)
et le Dr Philippe El Haddad (Directeur Général Médical du Chirec)*



Quels sont les défis que vous avez dû relever pour engager la construction du Chirec à Delta?

Bruno Lefebure: La construction du Chirec à Delta constitue à la fois une restructuration de l'entreprise et un projet architectural axé sur les besoins du patient. Le projet a demandé une planification débutée 7 à 8 ans plus tôt, dont l'objectif était double: effectuer un certain nombre de choix avant l'ouverture du bâtiment et résoudre les problèmes qui ont justifié sa construction. Ainsi, s'il fallait répondre à la vétusté des bâtiments, nous devons aussi parer au morcellement de l'entreprise, dispersée sur 5 sites, avec toutes les conséquences qu'une telle situation implique, comme la multiplication des services de support (pharmacies, cuisines, quais de débarquement, etc.), et de l'offre médicale en raison de la sur-spécialisation de la médecine.

La décision a été prise de passer de 5 à 3 sites de minimum 300 lits chacun, dont 500 pour le Chirec à Delta, soit la masse critique nécessaire pour une bonne optimisation des ressources. Il a ensuite fallu programmer la nouvelle construction et synchroniser la fin de vie des bâtiments avec la fin de vie des équipements médicaux pour rentrer dans le nouveau bâtiment avec des équipements neufs, tout en établissant un phasage pour



qu'il n'y ait aucune interruption de service dans les anciens bâtiments.

Un autre défi important de la planification a porté sur le personnel. En effet, alors que les compétences nécessaires à l'activité dans des bâtiments des années 70 reposaient sur l'électromécanique, les technologies d'aujourd'hui sont pilotées par l'informatique. Pour faire face à cette problématique tout en évitant un drame social, nous avons dû former le personnel, remplacer les départs par des personnes qui disposent des compétences *ad hoc* et, pour la gestion des anciens bâtiments, engager du personnel plus âgé susceptible d'y terminer une carrière.

Enfin, dernier élément lié à la gestion d'un tel projet et non des moindres: son financement en pleine crise bancaire de 2007-2008! En pleine tourmente, nous avons déposé notre projet à la Banque Européenne d'Investissement, dont l'équipe de spécialistes est composée pour partie d'équipes métiers et pour partie d'analystes du secteur. Après une analyse pointue non seulement des

comptes – comme le ferait une institution bancaire classique – mais aussi et surtout du projet médical et de son opérationnalisation fonctionnelle, nous avons pu conclure un emprunt de 220 millions d'euros, tandis que nous finançons le solde sur fonds propres.

La BEI finance moins des bâtiments qu'un projet médical pérenne, innovant et fonctionnel.

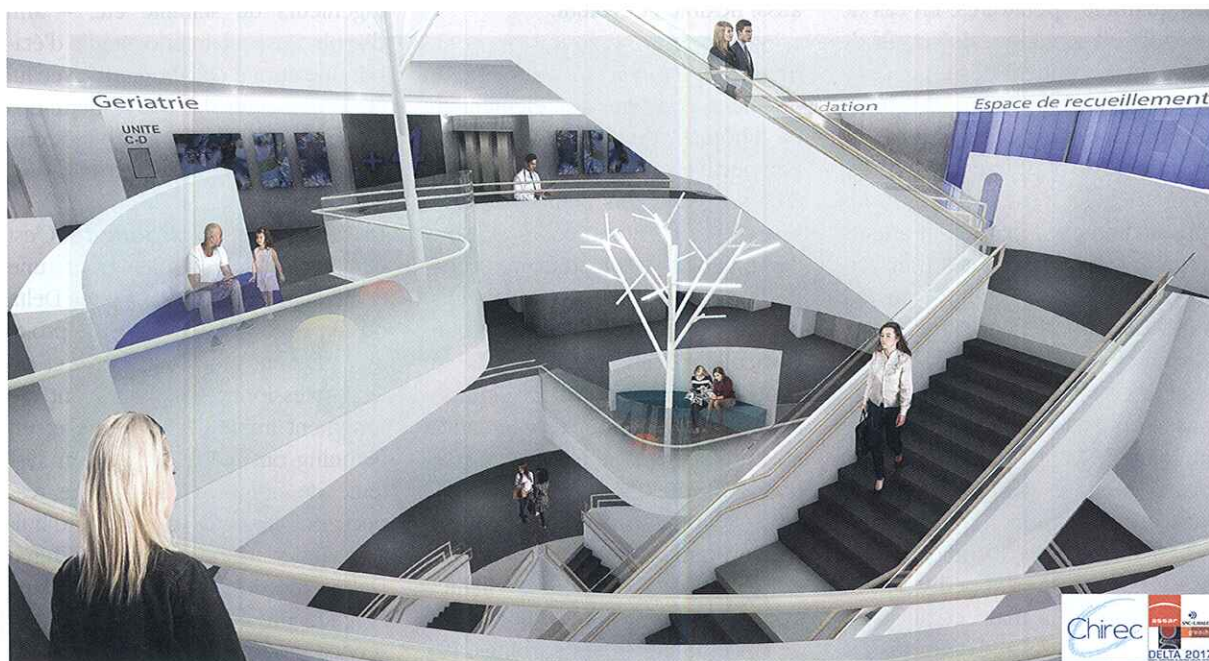
Quelles sont les spécificités du nouvel hôpital?

Bruno Lefebure: Le projet architectural proprement dit répond à plusieurs ambitions. Nous voulions un bâtiment centré sur le patient, intégré dans le tissu urbain ainsi qu'aux pôles de mobilité (métro, tram, bus, ring), offrant de nombreuses places de parking, indispensables à une activité hospitalière qui s'opère 7 jours sur 7 et 24h sur 24.

Dr Philippe El Haddad: Nous voulions aussi un hôpital qui ne soit pas un ghetto hospitalier! La plupart du temps, les sites hospitaliers sont perçus comme des milieux hostiles

par les malades et leurs proches. C'est pourquoi nous avons voulu intégrer l'institution dans un espace de vie, en faire un lieu plus agréable avec des espaces de services pour les patients et les visiteurs. Nous disposerons ainsi, au sein de l'hôpital, de pharmacies, de supermarchés, de coiffeurs et de perruquiers, de restaurants... Mais le site comprendra également un home, une crèche, un hôtel pour les personnes en convalescence, un bâtiment d'habitation, des logements pour les étudiants, un centre international de médecine spécialisée et un espace de 500m² dédié à la remise en forme des personnes en post-traitement. Notre projet est un projet humain qui entend inclure l'hôpital dans la cité, et le patient dans le meilleur environnement possible selon ses besoins. Ainsi, à titre d'exemple, nous avons prévu pour les patients fragiles, en dialyse ou en radiothérapie, un parking réservé situé à côté de leur service.

À l'intérieur de l'hôpital, nous avons séparé les flux avec des voies de circulation propres pour les





professionnels, les patients et les visiteurs, et facilité la visibilité et l'accessibilité des services. Le fait de disposer d'un bâtiment rond le rend à la fois agréable et pratique, tout à l'opposé d'un bâtiment en peigne qui requiert de longs déplacements. Cela dit, la réduction des déplacements n'est pas qu'un élément de confort: de nombreuses études montrent que les déplacements intra-hospitaliers entraînent une morbidité accrue des patients. C'est pourquoi nous avons opté pour la concentration au niveau -1 de toute l'imagerie médicale, de la radiothérapie, de l'appareillage nécessaire aux examens médico-techniques, des urgences, des soins intensifs et des quartiers opératoires. En cas de nécessité, il sera alors aisé et sûr de transférer un patient des urgences à l'imagerie, de l'imagerie aux quartiers opératoires, des quartiers opératoires aux soins intensifs... Si le premier étage accueillera toutes les consultations, les étages supérieurs seront organisés en pôles transversaux: toutes les spécialités qui travaillent sur un même organe seront concentrées au même endroit. Pour illustrer ce mode d'organisation, citons le pôle thoracique et vasculaire qui réunira les pneumologues, les cardiologues, les chirurgiens cardiaques et les chirurgiens vasculaires. Ou encore le pôle locomoteur qui rassemblera les orthopédistes, les chirurgiens de la main et du pied, mais aussi la réhabilitation et les

kinésithérapeutes, et possédera une piscine et un appareil de radiologie spécifique; la *pain clinic* aura quant à elle deux salles d'opération propres. L'objectif est que chaque pôle dispose du matériel de pointe nécessaire à une prise en charge du patient intégrée et multidisciplinaire, par les différents spécialistes concernés et complémentaires.

Pour concrétiser chacun de ces pôles, de nombreuses réunions ont été organisées avec les médecins, la direction nursing mais aussi le maître d'œuvre, dont je veux souligner l'excellente collaboration, pour concevoir un hôpital pratique, équipé des meilleures technologies, mais aussi flexible et évolutif.

Bruno Lefebure: L'évolutivité du bâtiment constitue un élément-clé de l'hôpital du futur. Dans cette perspective, nous sommes prêts: 80% des planchers peut être perforé et il y a de nombreuses cloisons démontables si l'on souhaite procéder à de nouveaux aménagements. Par ailleurs, une attention toute particulière a été accordée à la sécurité, avec notamment un équipement redondant pour l'alimentation électrique (camion électrogène) et pour l'informatique (deux salles réseaux), dont on sait combien elle est devenue capitale dans le circuit de soins, de la vidéosurveillance mais aussi le placement hors murs de la chaudière et des parkings. Par

les temps qui courent, la sécurité doit être optimale.

Un projet d'une telle ampleur, associant la création ex nihilo d'un hôpital de pointe et la création d'un espace de vie intégré à la cité, suppose une collaboration particulière avec le maître d'œuvre. Comment avez-vous procédé?

Bruno Lefebure: Après avoir visité de nombreux hôpitaux en Europe et en France, nous avons cherché un groupe qui disposait en son sein de toutes les compétences requises – architectes, ingénieurs techniques, ingénieurs de stabilité etc. – afin d'avoir un seul interlocuteur, d'établir une étroite collaboration avec lui et de consacrer davantage de temps à l'optimisation du projet plutôt que de le perdre en imbroglios.

Dr Philippe El Haddad: C'est d'autant plus essentiel pour une construction telle que le Chirec Delta où le projet architectural et le projet médical sont intimement liés, et où les professionnels de santé ont été fortement impliqués. Un prix et un planning ont été fixés avec un système de bonus-malus pour le respect de ces critères. Aujourd'hui, le chantier avance bien. Le Chirec Delta s'inscrit progressivement dans l'espace urbain, avec une mise en service très attendue en 2017! ■