



Nouvel hôpital de Calais : Un hôpital à la pointe de la modernité



Au fil des années, le Centre Hospitalier de Calais n'a eu de cesse d'évoluer, afin d'offrir à la population du Calais un service public de qualité. Le projet du nouvel hôpital a été officiellement lancé en 2000 lors de la signature du contrat d'objectifs et de moyens, dont les principaux axes concernaient le renforcement des capacités d'accueil, le développement d'activités nouvelles, le renforcement du plateau technique et, enfin, la reconstruction du centre hospitalier. Depuis cette date, le projet a connu plusieurs étapes : le choix du site du Virval en 2002, l'étude et l'analyse des projets en 2003, la désignation de l'architecte lauréat (AART Farah Architectes Associés), l'obtention du permis de construire et finalement, en décembre 2008, le feu vert du ministère de la Santé. L'enjeu de ce nouvel hôpital est d'inscrire le CH de Calais dans un projet de service public au niveau du bassin de vie

« littoral » et de permettre aux habitants de Calais et de sa région de bénéficier, à proximité de chez eux, d'une offre de soins hospitaliers la plus large et la plus complémentaire possible. Pour atteindre cet objectif, le nouvel établissement a été implanté sur le site du Virval, favorisant ainsi l'accessibilité et le regroupement des structures hospitalières, afin de permettre la mise en commun de moyens, notamment logistiques, et de créer un véritable pôle de santé. Avec ce nouvel outil, le Centre Hospitalier de Calais va pouvoir apporter des réponses encore plus pertinentes et durables aux exigences correspondant à ses missions, tout en offrant les conditions nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins, à l'optimisation de son fonctionnement et à une amélioration de l'image de l'établissement.

Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview

Présentation du Centre Hospitalier de Calais avec son directeur, Philippe Blua



Comment définiriez-vous votre établissement ?

Philippe Blua : L'hôpital de Calais est un établissement d'une taille relativement importante pour un centre hospitalier général, avec à peu près toutes

les spécialités d'un hôpital traditionnel et avec un budget estimé autour de 150 millions d'euros. Le CH de Calais a la particularité d'être implanté dans une zone de forte densité de population et de densité hospitalière. L'agglomération compte 150 000 habitants et le bassin de

population est largement suffisant pour justifier un hôpital de cette taille. Nous sommes donc assez équilibrés : ni trop petit avec les problèmes de taille que cela engendre, ni trop grand pour ne pas perdre la dimension humaine.

Comment votre territoire de santé est-il articulé ?

P.B : Notre territoire est très concentré sur l'agglomération calaisienne, avec une zone d'attraction très dense sur le plan de la population, mais assez réduite en terme de localisation, puisque nous sommes cernés par d'autres agglomérations importantes avec des

établissements tout aussi importants. Nous sommes sur un territoire qui a la particularité d'être bordé par la mer. C'est d'ailleurs une piste de réflexion pour l'avenir, puisque nous pourrions nous poser la question de la prise en charge à terme des Français résidant en Angleterre. 300 000 Français sont aujourd'hui installés entre Londres et le Kent et pourraient être potentiellement intéressés pour venir se faire soigner dans notre établissement, si les conditions d'hospitalisation étaient favorables et organisées dans ce sens.

Quelle est la place de l'offre privée sur votre bassin ?

P.B : Nous devons composer avec une présence privée importante mais finalement assez éclatée. L'offre privée se retrouve sur des créneaux et des segments d'activités bien spécifiques. Nous avons également une clinique à Calais qui se positionne comme un avant-poste d'une clinique plus importante de Boulogne.

Quelles sont les forces du CH de Calais ?

P.B : Nous avons une dynamique de projet qui est très forte. Le nouvel hôpital y contribue mais pas seulement, car nous avons une volonté ancrée d'avancer. Au sein de l'établissement, il y a une forme de conscience professionnelle mêlée de modestie. Nous avons de bons résultats sur les scores ICALIN ou encore au niveau de la certification. Les personnels font très bien leur travail et ils ont souvent tendance à sous-estimer la qualité de ce travail. Nous avons l'esprit ouvert et nous travaillons beaucoup avec les autres. Nous avons développé de nombreuses coopérations, aussi bien avec le secteur public qu'avec le secteur privé et nous sommes en train de nous installer sur un site qui commence à prendre la forme d'un pôle santé. Nous travaillons avec une clinique privée en psychiatrie, mais aussi avec des radiologues libéraux et des chirurgiens de ville. Nous ne sommes pas dans une logique de clan avec le public d'un côté et le privé de l'autre. Avec les établissements voisins, nous avons également établi un certain nombre de coopérations. L'hôpital de Calais est donc un hôpital ouvert qui n'est pas, par principe, hostile aux autres.

Assumez-vous pleinement votre rôle de proximité ?

P.B : Le CH de Calais assume pleinement ce rôle, car nous sommes l'hôpital naturel de notre territoire de santé et nous assurons toute l'offre de proximité.

Quel est l'état de santé financière de votre établissement ?

P.B : Notre hôpital est à l'équilibre et aurait même été à l'excédent si nous n'avions pas eu à supporter le surcoût du nouvel hôpital. Nous finissons l'année 2011 avec seulement 137 € de déficit sur 145 millions de budget ! Le coût du nouvel hôpital pèse fortement sur les comptes actuels, d'autant qu'actuellement nous en avons les inconvénients en termes de surcoûts, mais pas encore les bénéfices en termes d'attractivité, de rationalisation et de fonctionnement.

La T2A est-elle favorable à votre établissement ?

P.B : Elle nous est globalement favorable. La tarification à l'activité nous a été très favorable à l'époque où nous étions sous-dotés. Actuel-

lement, la T2A permet la poursuite de notre développement. Le CH de Calais se développe aujourd'hui en terme d'activité et c'est parce que ce mode de financement existe que nous pouvons le faire. Dans le nouvel hôpital, nous avons d'ailleurs une seule interrogation autour d'un secteur de SSR que nous devons agrandir, son financement ne dépendant pas encore de la T2A.

Le projet nouvel hôpital dans ses grandes lignes...

P.B : Dans la conception, ce projet doit nous permettre de nous adapter aux nouvelles modalités de prise en charge. Toute la partie hospitalisation traditionnelle est plutôt tassée par rapport à notre hôpital actuel. En revanche toutes les zones « chaudes », comme la réanimation ou les soins continus, ont tendance à s'étendre, tout comme le SSR qui doit doubler en terme de capacité et l'hospitalisation de jour. La deuxième grande caractéristique de ce nouvel hôpital se retrouve au niveau architectural, puisque l'architecte a essayé de mixer un grand plateau avec une tour. D'un côté, nous avons une grande « galette » chaude avec la chirurgie ambulatoire, les consultations, les urgences, la réanimation, la maternité et le bloc opératoire. Au-dessus, nous avons quatre niveaux, dont un axé sur l'administration et les laboratoires, et trois autres réservés à l'hospitalisation. Sur ces trois niveaux, nous sommes partis sur un principe de flexibilité et c'est d'ailleurs la troisième caractéristique de ce nouvel hôpital. Aujourd'hui, le principal souci des hôpitaux est de faire face aux fluctuations des activités. Dans les étages, nos unités sont ainsi identiques, de même taille, 30 lits, et sont totalement interchangeables. Nous sommes donc capables dans un service de doubler certaines chambres et de pouvoir nous adapter au mieux aux différentes situations qui peuvent se présenter. Dans ce nouvel hôpital, nous avons porté une grosse attention autour de l'accueil et une décoratrice a fait le lien entre l'architecte et les équipements. Elle a travaillé sur la couleur des chambres, elle nous a permis de choisir le mobilier de façon coordonnée, elle a essayé de renouveler la façon d'accueillir les gens et de rompre avec un accueil très standardisé, notamment aux urgences. Ces réflexions vont même jusqu'à la tenue de tout le personnel d'accueil. Les secrétaires médicaux, les personnels aux admissions et les hôtesse seront dans un ensemble costume ou tailleur en remplacement de la blouse blanche habituelle. Cette tenue porte un message à la fois pour le personnel et pour les patients. Pour le personnel, elle renforce la fonction d'accueil, qui est aussi digne et indispensable que la fonction « soins » symbolisée par la blouse blanche. Cette mission d'accueil possède sa propre noblesse que nous avons souhaité mettre en valeur au travers d'un

uniforme spécifique. Pour les patients, nous voulons leur signifier que bien les accueillir est l'une de nos priorités. Cette volonté d'accueil et de prise en charge de la partie hôtelière est souvent moins assumée dans le monde hospitalier. Notre établissement avait une très bonne réputation en terme de technicité des soins. Aujourd'hui, il offre en plus des conditions d'accueil exceptionnelles.

Avez-vous rencontré des difficultés particulières sur le chantier du nouvel hôpital ?

P.B : Nous avons subi beaucoup d'intempéries durant le chantier et ce mauvais temps a été la principale difficulté rencontrée. Malgré cette situation, nous avons réceptionné le chantier avec six mois d'avance sur notre calendrier. En outre le budget de 167 millions d'euros est respecté et le planning est en avance. Cela est dû à un engagement exceptionnel des entreprises et de leurs cadres. Nous avons également eu la chance d'avoir une bonne implication des personnels soignants et médicaux. Certes, nous avons connu des périodes un peu inégales, des périodes de découragement, de fébrilité et d'inquiétudes, mais globalement la mobilisation a été forte. Notre personnel a eu de plus en plus envie d'investir ce nouvel hôpital, même s'il y avait toujours une part d'angoisse légitime lors d'un changement d'établissement et d'organisation. Nous avons essayé de gérer au mieux ces différentes phases avec les équipes, de réfléchir avec eux et de leur donner satisfaction. Nous n'avons pas rencontré de réelles tensions autour de ce projet et, lorsque je dresse le bilan aujourd'hui, je suis étonné du nombre de changements qui ont été acceptés dans cet hôpital. Notre personnel a vraiment l'esprit ouvert, il a conscience du prix à payer en terme organisationnel lors d'un déménagement sur un nouvel établissement.



Quels sont les autres projets de l'hôpital de Calais ?

P.B : Ce nouvel hôpital est le point clef d'un projet plus vaste et nous sommes déjà dans une phase de rationalisation totale de nos installations. Ce projet se mène depuis pratiquement fin 2006, début 2007. Anciennement, toute notre hospitalisation traditionnelle était éclatée sur quatre sites différents. Aujourd'hui, nous n'avons plus que deux sites : le site du nouvel hôpital et un site regroupant la psychiatrie et une unité de gériatrie. Nous avons également trois sites de consultation en ville, que nous allons « recentrer » dans plusieurs bâtiments sur une seule et même rue. Nous allons donc passer d'un hôpital éclaté sur six ou sept sites à deux sites principaux et une zone de consultation homogène. Par ailleurs, nous sommes en train de travailler avec la clinique de psychiatrie. L'enjeu est important, puisque nous réfléchissons à créer un véritable pôle santé autour de la dynamique du nouvel hôpital. Un centre de postcure psychiatrique doit également ouvrir à proximité et plusieurs projets sont actuellement dans les cartons, notamment autour de l'obésité.

Par ailleurs, nous réfléchissons à attirer et à rassembler un certain nombre d'acteurs de la santé de notre territoire sur cette zone. Nous avons ainsi des projets dans le cadre global de la CHT. Par exemple, Dunkerque possède un centre de médecine nucléaire et nous réfléchissons à l'intérêt de déporter un centre sur Calais, pour éviter de longs et pénibles déplacements aux Calaisiens. Nous essayons de ne pas voir les autres acteurs de santé comme des concurrents mais comme des partenaires, afin de tous pouvoir avancer ensemble. Notre but est vraiment d'améliorer et de raccourcir la prise en charge pour une population qui est l'une des plus défavorisées de métropole. Si nous lançons une dynamique autour de la santé et si nous essayons de mieux nous coordonner les uns et les autres, nous arriverons à créer des filières qui vont accélérer l'accès aux soins.

Avez-vous misé sur le développement de la chirurgie ambulatoire ?

P.B : Notre chirurgie ambulatoire était arrivée à saturation, car nous étions freinés par la taille de nos locaux actuels. Ce service a été créé mi-

2007 et, quelques mois plus tard, nous avons déjà été obligés de doubler sa taille. Nous avions des patients en ambulatoire que nous étions obligés de suivre et de prendre dans des lits d'hospitalisation traditionnelle, car nous n'avons plus de places. C'était un vrai souci, même si cette situation prouvait que nos médecins ont bien pris ce virage ambulatoire. Heureusement, ce manque de place a été solutionné par le nouvel hôpital. Dans ce projet, nous avons vraiment essayé de penser et concevoir l'hospitalisation du XXI^e siècle : développement de l'ambulatoire, diminution de la DMS et suivi du patient après sa sortie.





Quelle va être la place des TMM dans ce nouvel hôpital ?

P.B : Aujourd'hui, il n'y a pas eu de vraies réflexions autour de l'utilisation et du modèle économiques de ces appareils. Les TMM coûtent chers mais ils peuvent énormément apporter à un établissement : ils peuvent servir à l'éducation sur la santé, faciliter certaines démarches administratives, remplir le questionnaire de sortie des patients, commander les repas, etc. Sur cette dernière fonction par exemple, grâce à ces TMM, nous pouvons proposer aux patients, en fonction de leur pathologie, les menus auxquels ils ont droit. Selon moi, nous devons encore réfléchir et travailler sur le contenu que nous allons proposer à travers ces terminaux. Nous pouvons vraiment gagner en productivité et améliorer encore le confort du patient. Aujourd'hui, nous sommes sur des bases simples comme la télévision, la radio, le dossier patient, Internet, mais nous pouvons aller encore bien plus loin. Dans la prise en charge du patient, l'hôpital n'est pas assez communicant et dans ce domaine, « l'hôpital 2.0 » reste à inventer.

Quels sont les établissements avec qui vous entretenez le plus de liens ?

P.B : Nous entretenons des liens avec le CH de Boulogne-sur-Mer, qui a un service d'hémodialyse déporté sur notre établissement, mais aussi avec le CH de Dunkerque autour de projets sur la logistique, notamment la stérilisation et la blanchisserie. Avec notre maternité de niveau trois, nous faisons vivre d'autres maternités voisines. Nous avons aussi des coopérations

avec le Centre Hospitalier Région Saint-Omer autour de la cancérologie, la gynécologie, de l'ORL et de l'urologie. Nous avons des contacts naturels avec le CHU de Lille et avec le centre Oscar Lambret, puisque nous avons un chef de clinique partagé. Nous avons un très gros centre de cancer du sein puisque, sur le littoral, nous sommes le premier centre en terme d'activité. Avec le secteur privé, nous avons des coopérations avec la clinique de psychiatrie, mais aussi avec la radiologie de ville, tous les radiologues de Calais travaillant avec nous pour l'IRM et le scanner.

Estimez-vous que le temps médical partagé est une solution aux problèmes de démographie médicale ?

P.B : Pour attirer un jeune médecin, il faut un projet d'établissement attractif. Il doit savoir s'il sera bien accueilli, s'il aura une équipe pour travailler et si son travail sera reconnu. L'assistance partagée existe dans tout le territoire du Nord, mais toute la région ne recrute pas de la même façon. À Calais, depuis 2007, nous enregistrons une hausse de 6% de notre personnel non médical et de 20% de notre personnel médical, pour une quasi stabilité du personnel administratif, technique et médico-technique. Chaque année, le nombre de médecins augmente et cette hausse s'observait déjà avant la concrétisation du nouvel hôpital. Bien évidemment, ce nouvel outil devrait favoriser encore plus le recrutement, mais ces bons chiffres nous ont prouvé que nous avions déjà des atouts. Le CH de Calais a des projets, les moyens de travailler, un corps médical soudé et une bonne ambiance. De plus, nos services savent protéger

les nouveaux venus et cette notion d'accueil est primordiale. Quand plusieurs choix s'offrent à lui, un praticien va privilégier l'établissement offrant le meilleur accueil.

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

P.B : Nous espérons dégager des excédents dans les années à venir. En tenant compte des contraintes de financement des hôpitaux rendant les emprunts plus difficiles, les établissements devront bientôt être en excédent pour pouvoir financer leur développement. Ensuite, l'objectif est de profiter du nouvel hôpital pour accroître l'attractivité. Par exemple, notre maternité était freinée par les conditions hôtelières, puisque nous avions essentiellement des chambres à deux lits. Nous avons progressé sur ce sujet et la maternité a été redimensionnée, avec des conditions d'hébergement assez exceptionnelles. Nous poussons même le raffinement très loin, jusqu'à inclure de la dentelle de Calais dans du Dacryl comme pare-douche dans les chambres ! Avec le nouvel hôpital, nous souhaitons donc développer l'activité et combler certains manques en complétant l'offre existante. Nous devons assurer un équilibre pérenne de nos finances en rationalisant notre établissement. Enfin, nous voulons développer l'offre de soins en partenariat avec le pôle santé. Nous avons la chance d'avoir une municipalité qui nous a alloué un terrain et nous allons chercher à l'occuper avec d'autres acteurs du domaine de la santé.