



Auteur du projet ©VKRA



Nouvel Hôpital : pour un campus de soins tourné vers l'avenir

Dans le cadre de son projet de développement stratégique, le Grand Hôpital de Charleroi (GHdC), fruit de la fusion des hôpitaux Saint-Joseph, Sainte-Thérèse, IMTR, Notre Dame et Reine Fabiola, ambitionne d'offrir à l'ensemble de ses patients un tout Nouvel Hôpital, à la hauteur de leurs exigences. Ce nouvel établissement sera l'un des plus importants de Belgique et abritera l'ensemble des fonctions médicales actuellement réparties sur cinq des six sites du GHdC. Il s'appuie sur un projet médical novateur et ambitieux, organisé autour de dix pôles de soins interactifs regroupés en fonction de la pathologie ou selon une logique d'organes. Ceux-ci s'appuieront sur deux fonctions d'appui clinique (Urgences, soins intensifs, Médecine Interne Générale...) et médico-technique (radiologie, laboratoires...). Ce fonctionnement en pôles de soins permet de placer le patient au centre de l'organisation du GHdC de façon bien plus concrète qu'actuellement. Cette réorganisation a pour objectif d'améliorer l'efficacité de ses spécialités et la qualité du traitement que ses équipes apportent au patient. VK Architects & Engineers et Reservoir A sont les concepteurs de ce nouveau campus de soins tourné vers l'avenir.



Il y a quatre ans, vous définissiez le Grand Hôpital de Charleroi comme un établissement en pleine mutation qui veillait à maintenir un bon équilibre. Aujourd'hui, alors que le projet Nouvel Hôpital est bien avancé, comment définiriez-vous votre établissement?

Gauthier Saelens: Le stade de la mutation

est aujourd'hui dépassé grâce aux solides avancées réalisées et nous nous apprêtons à entrer dans une phase de consolidation. Nous avons posé les bases de nombreux changements avec l'apparition d'initiatives nouvelles au sein de l'institution. À titre d'exemple, il y a quatre ans, l'hospitalisation à domicile était relativement expérimentale et, grâce au travail et à l'expérience acquise, nous sommes aujourd'hui en mesure d'élargir la plateforme de services vers d'autres pathologies. Dans la même dynamique, il y a quelques années, nous avons posé les bases d'une fonction maladies rares que nous développons actuellement après avoir reçu notre agrément il y a moins de deux ans. Nous avons semé les graines du GHdC de demain que nous commençons à récolter avec l'expérience accumulée au fil du temps.

En matière de réseau, le Grand Hôpital de Charleroi s'est rapproché de la Clinique Notre-Dame de Grâce à Gosselies pour créer le Réseau hospitalier de Charleroi Métropole. Comment s'est fait le rapprochement?

G. S.: Ce rapprochement s'est réalisé très naturellement. Au départ, cette démarche était plus large et devait inclure les hôpitaux publics de la région mais, malheureusement, les discussions ont échoué. Derrière la déception de ne pas réussir à mettre en place un réseau plus large, nous sommes ravis de travailler avec la clinique de Gosselies avec qui nous avons toujours partagé d'excellentes relations. Nous sommes très confiants pour l'avenir de ce réseau hospitalier, comme l'a confirmé la crise COVID qui a été l'occasion de collaborer sur divers aspects pratiques. Tout s'est parfaitement déroulé, toujours dans le respect des uns et des autres et avec une vraie entraide entre les institutions. Ce réseau doit permettre à terme la mise en œuvre d'un projet médical partagé tout en garantissant l'autonomie de chacun.

Quels sont les atouts du Réseau hospitalier de Charleroi Métropole?

G. S.: Nous disposons d'une palette de services extrêmement large puisque nous proposons toutes les activités à l'exception de celles réservées aux hôpitaux académiques qui nous sont interdites par la loi. Ce réseau est également majoritaire dans la région avec 60 % de parts de marché, renforçant ainsi, la qualité et la solidité financière des deux institutions. Nous disposons aujourd'hui de moyens économiques qui nous permettent d'envisager des développements futurs. Enfin, nous allons bientôt pouvoir compter sur un hôpital tout neuf sur le site des Viviers tandis que l'hôpital de Gosselies a été très largement rénové ces dernières années, ce qui accroît notre attractivité.

Quelles sont vos relations avec les établissements publics du bassin de soins de Charleroi Métropole qui ont choisi de mettre en place leur propre réseau?

G. S.: Nous collaborons sur certains secteurs spécifiques comme la gestion des SMUR ou la médecine nucléaire avec une plateforme commune pour le PetScan et la crise COVID a naturellement renforcé l'entraide et le partage d'informations avec l'ISPPC (Intercommunale de Santé publique du Pays de Charleroi). Si la concrétisation du réseau n'a pas pu avoir lieu en raison de divergences de fonctionnement et



de gouvernance, la collaboration médicale entre les deux réseaux existe malgré tout.

Comment le GHdC traverse-t-il cette crise sanitaire?

G. S.: Nous avons traversé cette crise grâce à la mobilisation exemplaire de tout le personnel. Nous avons pu compter massivement sur l'ensemble des corps de métier pour prendre en charge l'énorme volume de patients. Selon les statistiques officielles, le GHdC est l'hôpital belge francophone qui a accueilli le plus de patients COVID. Nous avons participé activement à la gestion de cette crise en assumant notre rôle avec responsabilité.

Quelles ont été les principales problématiques que vous avez eu à faire face? Comment avez-vous répondu à ces problématiques sur les différents sites qui composent votre établissement?

G. S.: Nous avons réparti les charges sur l'ensemble de nos sites hospitaliers en tenant compte de leurs spécificités. Ainsi, nous avons créé des unités COVID gériatriques sur un de nos sites car les personnes âgées ont représenté une part très importante des prises en charge. Lors de la première vague, la principale difficulté a été liée à l'approvisionnement en matériel de protection individuelle. Si nous n'avons jamais été en rupture de stock, nous avons frôlé, parfois à quelques heures près, la catastrophe. Cette situation de tension liée à la pénurie a été extrêmement difficile à vivre et pénible pour tout le monde. Lors de la deuxième vague, les problèmes de matériels de protection se sont réglés mais nous avons dû faire face à une difficulté immense de volume de prises en charge. Nous avons accueilli un nombre tout à fait inédit de patients avec des soins intensifs qui ont été doublés par rapport à notre capacité habituelle. En moyenne, le GHdC fonctionne avec 36 lits de soins intensifs et, au cours de cette crise, nous avons porté la capacité à 72 lits. Cette augmentation capacitaire s'est bien sur accompagnée d'un renfort de personnels en provenance des blocs opératoires et de l'augmentation de matériels. Au plus fort de la première vague, 27 patients COVID étaient en réanimation et nous sommes montés à 55 patients au début du mois de novembre. Grâce au partage mondial des informations et l'expérience acquise en interne, les prises en charge se sont améliorées au fil de cette crise.

Comment définiriez-vous la solidarité qui s'est installée entre les établissements durant cette crise ?

G. S. : Cette solidarité n'a pas été uniquement matérielle. Au contraire, il s'agit avant tout d'une solidarité unissant des personnes partageant les mêmes difficultés incroyables et se préoccupant des autres. Nous étions tous dans le même bateau. En Belgique, la crise a été avant tout gérée par les hôpitaux. Les établissements hospitaliers ont servi de tampon face aux mesures du gouvernement. Ces mesures arrivaient de toute part avec parfois des incohérences si bien que l'hôpital devait traduire ce flux désordonné d'informations et en faire la synthèse pour les rendre lisibles à l'intérieur de l'hôpital. Cette difficulté ressentie par tous les établissements a fait émerger un sentiment commun de besoin d'échanger et de partager. Comme jamais auparavant, les idées et les données ont circulé très aisément entre les hôpitaux.

Cette solidarité va-t-elle donner naissance à un nouveau type de collaborations entre les établissements ?

G. S. : J'espère qu'il subsistera quelque chose à l'issue de cette crise et que cette solidarité perdurera. Les différentes équipes ont appris à travailler ensemble et à échanger en toute transparence au cours de cette crise et, aujourd'hui, il est évident que nous avons tous un rôle à jouer. Malgré la concurrence, nous avons tous repris conscience de notre rôle fondamental en matière de gestion de santé publique. Il est très rassurant de constater que l'union de tous les établissements s'est faite très naturellement pour faire face à cette situation exceptionnelle.

À l'automne dernier, la banque Belfius a dévoilé son rapport MAHA 2020 (Model for Automatic Hospital Analyses). Ce rapport a révélé que la crise sanitaire avait ébranlé un système déjà fragilisé et qu'elle devait permettre d'amener une réforme structurelle du financement des soins de santé. À la lecture de ce rapport, vous avez estimé que peu importe les moyens que vous recevrez, c'était le système de financement qu'il fallait changer. Quelles sont les solutions aujourd'hui pour lutter contre cette fragilité du système ?

G. S. : Il est urgent de sortir d'un financement majoritairement basé sur la prestation unique. Le système belge repose malheureusement beaucoup sur la tarification à l'acte ce qui entraîne inévitablement une course au volume. Lorsqu'une crise comme la COVID intervient, le système devient très défavorable. Cette crise a surtout mis en avant la permanence et le rassemblement des équipes autour d'un patient aux dépens de la production d'un grand nombre d'actes. Nous étions pleinement conscients de ce déséquilibre et nous alertons depuis longtemps sur ce problème mis en pleine lumière depuis un an. Ce n'est plus une théorie mais de la pratique. Notre système de financement est totalement inadapté pour faire face à une crise sanitaire. Pour réformer, les pistes sont connues et il est important de trouver une solution intermédiaire entre un système de financement à l'acte et un système de financement forfaitaire. Je ne souhaite pas passer de l'un à l'autre de manière radicale car le système forfaitaire a aussi des défauts. Enfin, il est intéressant de noter que les métiers les plus rémunérateurs ne sont pas ceux qui ont été confrontés à la crise épidémique. Chez nous, les infectiologues, les gériatres ou les internistes généraux sont les moins bien dotés alors que ce sont les médecins qui ont été le plus impliqués dans cette crise.

Espérons que l'année écoulée serve de révélateur pour les pouvoirs publics afin de réformer ce système déséquilibré. De la même manière, nous alertons depuis trop longtemps sur les normes d'encadrement des soins infirmiers qui sont trop basses et que des moyens doivent être alloués pour augmenter les critères d'encadrement. Cette crise a révélé à quel point nous avions raison. Le manque de considération et

le manque d'effectifs en soins infirmiers sont encore plus criants et plus préjudiciables que le système de financement. C'est un enjeu capital d'autant plus que cette crise n'a pas favorisé les inscriptions dans les écoles d'infirmières, bien au contraire.

Une fois la crise sanitaire éloignée, dans quelle mesure craignez-vous le contrecoup de la crise économique qui devrait suivre ?

G. S. : Il me paraît difficile d'échapper à la crise économique. Nous ne parviendrons pas à résoudre les problèmes et absorber le choc en quelques mois. Cela devrait prendre plusieurs années. Actuellement, le système tient sous tension, malgré les contraintes, avec une série de mécanismes qui permettent aux entreprises de survivre mais qui devront prendre fin un jour prochain. Pour le moment, une partie de la misère sociale et économique est sous cloche et lorsque cette dernière sera levée, nous nous rendons compte de l'ampleur du désastre. Je demeure confiant sur le fait que l'hôpital devrait également être indemnisé à hauteur des pertes infligées par la crise. En plein cœur de la crise, tous les pouvoirs publics sont très attentifs à l'état de santé des hôpitaux car nous ne pouvons pas nous écrouler pour des raisons financières tandis que la population a besoin de nous. En revanche, je redoute qu'en sortie de crise, l'hôpital n'étant pas le secteur le plus impacté économiquement, soit moins aidé que les autres pour survivre à l'après. Les moyens à disposition restent limités alors qu'il faudra aider tout le pays. Cela ne sera pas simple et il est évident que tout le monde ne survivra pas à cette crise.

Dans ce contexte difficile, le GHdC poursuit son projet Nouvel Hôpital sur le site des Viviers. Quels sont les enjeux de ce projet ?

G. S. : L'enjeu initial de regrouper en un seul lieu toutes nos compétences, de moderniser nos infrastructures et de rationaliser nos modes de fonctionnement n'a pas changé. Le projet de construction sur le site des Viviers est sans doute encore plus nécessaire aujourd'hui dans la mesure où nous devons au plus vite nous doter d'un outil performant pour faire face aux difficultés futures. Les enjeux de santé publique et de collaborations se sont renforcés durant cette période et le nouvel hôpital nous permettra de mieux les appréhender. Évidemment, notre regard sur l'hôpital a évolué au cours des derniers mois et ce projet doit être en mesure de répondre au mieux à une éventuelle pandémie.

À quel point le volet organisationnel et l'accompagnement des personnels sont-ils des défis essentiels de ce nouveau projet ?

G. S. : Ce sont des éléments extrêmement importants et c'est la raison pour laquelle nous nous sommes adjoint les services d'une société spécialisée dans la gestion du changement. La finalité ne doit pas être la construction d'un nouvel hôpital mais de réussir la migration des équipes et des modes de fonctionnement et de bâtir une nouvelle histoire. L'adhésion des équipes est fondamentale. L'arrivée de ce nouvel hôpital va apporter énormément de changements à commencer par le fait de tous nous retrouver dans un même bâtiment. Notre plan de gestion du changement a été initié juste avant le début de la crise COVID et a dû être mis entre parenthèses au plus fort de la pandémie. Nous reprenons peu à peu ce travail, enrichis des enseignements de cette période qui a été elle-même, riche en changements multiples. Les réticences liées à la COVID et à la pratique de nouvelles activités étaient réelles mais ont pu être dépassées grâce à l'abnégation du personnel. Cette faculté d'adaptation démontrée au cours de cette crise sera une aide précieuse face au grand changement que représente ce projet nouvel hôpital. Nous avons prouvé notre capacité à collaborer entre les différents métiers et à nous réinventer lors de cette situation exceptionnelle, je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas le refaire sur un projet plus maîtrisé, construit et à la temporalité plus lente.



L'un des concepts fondateurs autour duquel vous avez articulé ce projet est celui de l'hôpital du futur centré sur le patient. N'est-il pas difficile, voire utopique, de concevoir cet hôpital du futur alors qu'il est difficile d'imaginer ce que sera à plus ou moins long terme le contexte de soins et de besoins ?

G. S. : Se projeter est évidemment difficile puisque personne ne peut prédire ce que sera l'hôpital dans dix ou vingt ans. Depuis le début du projet, notre obsession est de garder de la polyvalence dans notre approche et dans l'architecture de l'hôpital afin de conserver une marge de progression de notre schéma organisationnel. Nous devons être en capacité de nous ajuster aux besoins de la population et de suivre les évolutions techniques et médicales. Nous devons cultiver notre adaptabilité. Une conception architecturale intelligente doit nous aider à supporter les évolutions sur plusieurs décennies. J'ai toujours en tête l'image du boxeur qui doit être en perpétuel mouvement et sur ses gardes pour parer à toutes les éventualités et s'adapter à son adversaire. Il doit être en mesure d'avancer, d'esquiver et d'aller très vite dans la bonne direction. L'agilité du boxeur est mon leitmotiv.

Le projet du nouvel hôpital a évidemment été impacté par la crise sanitaire. Dans quelle mesure vous êtes-vous assuré que le nouvel hôpital pourra faire face à d'éventuelles nouvelles crises sanitaires ?

G. S. : Nous avons beaucoup travaillé sur la standardisation des locaux et des unités de soins afin de changer leur contenu très facilement en cas de besoin. Cela concerne aussi bien les différents services que le plateau ambulatoire dont la conception permet de faire évoluer les

zones réservées aux différents pôles. Notre conception architecturale en plusieurs bâtiments amène forcément une certaine rigidité, mais l'intérieur étant très standard, cela laisse de la place pour évoluer et d'autre part, cela permet plus facilement de cloisonner et de restructurer une aile, un étage ou une plus petite partie, en cas de nouvelle épidémie. C'est une grande avancée par rapport à l'existant où, comme nous avons pu le constater avec la COVID, les cloisonnements étaient beaucoup plus complexes. Sur ce thème, nous avons d'ores et déjà prévu et identifié les capacités d'extension ainsi que les nœuds de communication. Nous sommes capables de faire grandir encore la structure de l'hôpital sur différents axes.

Les structures pavillonnaires sont aujourd'hui souvent décriées, or elles apparaissent comme le meilleur outil face à des épidémies grâce à leur flexibilité et leur étanchéité ?

G. S. : Certes, nous sommes loin de la philosophie pavillonnaire historique, mais le choix d'une construction en plusieurs bâtiments et non en monobloc, se révèle être encore plus pertinent aujourd'hui. Hier, les pavillons étaient organisés par discipline, ils seront demain sur le site des Viviers, organisés par fonction. Disposer de ce nouvel hôpital pour faire face à la crise nous aurait grandement facilité la tâche.

En attendant la concrétisation de ce projet prévu pour 2024, quels sont les orientations stratégiques que vous donnez à votre établissement pour les trois prochaines années ?

G. S. : Tout d'abord, nous devons continuer d'investir sur nos secteurs forts comme l'oncologie, le cardio-vasculaire ou le pôle mère-enfant



et nous préparer à entrer au mieux dans ce nouvel hôpital. Certaines équipes doivent encore être renforcées pour conforter notre positionnement sans attendre le nouvel hôpital. Cette construction n'est en réalité qu'une plus-value par rapport à notre activité existante. Ce projet n'est pas un aboutissement mais un moyen d'améliorer encore notre travail grâce à de meilleures infrastructures. L'hôpital n'est qu'un outil de notre développement.

Par ailleurs, certains secteurs sur lesquels nous avons beaucoup investi ces dernières années doivent poursuivre leur évolution pour devenir des secteurs d'excellence, comme les maladies rares, la chirurgie maxillo-faciale ou encore la chirurgie robot-assistée.

Lors de notre dernier entretien, vous aviez souligné l'impact profond qu'aurait la qualité de vos interactions durant le projet Nouvel Hôpital sur vos méthodes de management. Dans quelle mesure ces interactions ont-elles influencé votre management personnel et institutionnel ?

G. S. : Je suis toujours profondément convaincu que la mise en commun des compétences fait progresser la qualité. Aujourd'hui, nous faisons face à une tendance à l'hyperspécialisation qui permet à un individu ou à une équipe d'atteindre le sublime dans le geste mais je suis de plus en plus persuadé que cet ultime geste, aussi magnifique soit-il, n'est rien s'il n'est pas intégré dans un ensemble global. Un patient ne peut pas être perçu par le prisme de ces quelques minutes de geste absolu mais bien au travers de toute sa prise en charge, de son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie. Le parcours d'un patient est jalonné de nombreuses étapes qui ont toutes leur importance. La qualité, c'est, avant tout, faire fonctionner l'ensemble des éléments de la prise en charge les uns avec les autres. L'addition de toutes les expertises, même les plus petites, et un bon accueil professionnel sont les éléments clés d'amélioration

de la qualité. Par ailleurs, je suis un fervent partisan de l'exemplarité et c'est la raison pour laquelle le comité de direction doit travailler en équipe, dans le respect de chacun et tourné vers un objectif commun. Les instances dirigeantes doivent montrer l'exemple pour que cette philosophie se répande sur l'ensemble des collaborateurs de l'hôpital. En tant que directeur général je suis très attentif aux équipes, à leur bien-être et à la cohésion pour porter ce projet commun.

Lorsque nous vous avons posé la question de votre vision de l'hôpital de demain, vous aviez évoqué la fin nécessaire de l'hospitalocentrisme. Dans quelle mesure l'hôpital de demain va-t-il voir son rôle et son positionnement sur le territoire se modifier ?

G. S. : Cette vision s'accompagne d'actes puisque nous venons de renforcer l'aval hospitalier au sein de la direction générale. Un adjoint à la direction a désormais pour mission de faire vivre et fonctionner nos relations avec les établissements du territoire. Il s'agit de travailler efficacement avec la médecine générale, les soins à domicile, les maisons de repos, le secteur du handicap ou encore toutes les structures de prise en charge de la santé mentale qui nous entourent. Nous avons toujours collaboré avec les entités extrahospitalières mais sans doute de manière trop artisanale malgré notre bonne volonté. Il est temps de structurer ces efforts avec la création d'une branche dédiée au sein de la direction. Avec l'aide du service social, nous allons pouvoir amplifier et élargir notre réseau. Nous sommes évidemment un acteur important, et au cours de la crise COVID nous avons aidé des maisons de repos. Nous devons aider ces structures qui interviennent dans le cadre des soins de santé et notre positionnement et nos moyens nous désignent comme devant être l'acteur le plus actif.



© Carol Kohen

Le Nouvel Hôpital

« Ce type d'architecture et sa logique permettent de mieux s'adapter aux contraintes d'une épidémie comme celle de la COVID »

► Propos recueillis auprès de **David van Drooghenbroeck**, Directeur des Affaires Institutionnelles et Chef de projet Nouvel Hôpital et du Docteur **Henri Massin**, Adjoint à la Direction Médicale et responsable du Projet Médical Nouvel Hôpital



Quelles sont les grandes lignes du projet Nouvel Hôpital du GHdC ?

Le projet est très simple puisqu'il s'agit pour le GHdC de répondre effica-

cement aux évolutions des besoins des patients au niveau médical et des prises en charge tout en s'adaptant à l'évolution de la société en général. L'hôpital, aujourd'hui réparti sur cinq sites, est vieillissant avec des bâtiments datant de cinquante ou soixante-dix ans et il était nécessaire de réunir cet ensemble en un bâtiment hospitalier unique de nouvelle génération. Ce nouvel hôpital verra sa capacité réduite et concentrée afin d'être le plus efficient possible en plaçant le patient au cœur de notre dispositif. L'objectif de ce projet n'est donc pas la taille mais bien la qualité. Ce nouvel hôpital s'est bâti sur une exigence du conseil d'administration qui souhaitait un nouveau projet médical pour réaliser ce projet

architectural. Cela coïncide avec un changement de philosophie de travail, avec le passage d'un système classique de services à un système de pôles de soins. Désormais, les professionnels de santé traitant des pathologies analogues sont regroupés pour faciliter l'entraide. La nouvelle architecture hospitalière met tout en œuvre pour que les contacts entre ces professionnels soient facilités grâce à un positionnement bien pensé. Cela profite naturellement au patient qui verra aussi ses déplacements limités et qui bénéficiera d'une prise en charge améliorée grâce à cette proximité. Cette nouvelle politique a nécessité une révolution dans l'hôpital pour mettre en place ce système de pôles sans attendre la construction du nouveau bâtiment. Il était nécessaire d'éprouver ce système en amont afin de le rendre pleinement opérationnel dès notre entrée sur le site des Viviers. En parallèle, nous avons suivi de près l'évolution des pathologies et l'émergence des nouvelles techniques comme la chirurgie robotisée afin de nous assurer de leur présence dans le nouvel hôpital.



Lors de notre dernier entretien, vous nous expliquiez que votre modèle différait des classiques de la construction hospitalière car il était basé sur une analyse de fond actualisée répondant aux attentes de la société vis-à-vis des hôpitaux.

Le GHdC a choisi de s'inspirer d'un modèle architectural en layers avec une différenciation des composantes de l'hôpital. L'enjeu était de faire correspondre le projet médical avec ses différentes composantes. Le problème majeur d'un hôpital divisé en plusieurs tranches est la connectivité entre ses différentes parties. Le système de pôles de soins et les adaptations architecturales portées à ce modèle de layers permettent un fonctionnement efficient de l'ensemble.

Le concept architectural doit permettre de concilier les différentes fonctions de l'hôpital avec son infrastructure. Le confort et le flux d'un patient sont ainsi adaptés à sa pathologie et à son circuit. Tous les patients n'ont pas les mêmes besoins et notre infrastructure s'adapte à la prise en charge. L'hôpital est ainsi scindé par bâtiments avec, tout d'abord, un volet logistique avec le bâtiment «*Usine*» qui abritera les stocks, les services techniques, la pharmacie, les laboratoires et la stérilisation. Les fonctions supports sont toujours placées à proximité de leurs donneurs d'ordres principaux. Le volet médico-technique baptisé «*Hot Floor*» regroupera les urgences, les soins intensifs, les grands brûlés mais aussi le plateau opératoire et ses vingt-trois salles et enfin les salles d'accouchement et de césariennes ainsi que la néonatalogie. Ce bâtiment se démarque par sa flexibilité extrême et offre une différenciation des flux qui permet d'intervenir sur des zones pour des actions d'entretien ou de rénovation pour les salles d'opération, sans perturber le fonctionnement de l'hôpital. Ensuite, l'hôpital est scindé selon la durée de séjour, avec le «*Motel*» pour les courtes durées et l'«*Hôtel*» pour les durées plus longues. Les deux entités sont équipées de chambres à un lit avec un sanitaire complet où seule la disposition et la surface diffèrent selon les durées de séjour. Enfin, un étage accueille le plateau de la polyclinique. Ainsi, le nouveau GHdC se démarque des monolithes classiques avec des hauteurs de bâtiments différents en fonction des usages. Son profil moins conventionnel, ne permet

pas immédiatement de se rendre compte qu'il s'agit d'un hôpital. Ses bâtiments sont séparés par des voiries mais reliés par des passerelles et une galerie logistique commune piétonne et robotisée.

Comment la crise sanitaire s'est-elle invitée dans les réflexions et dans le projet ?

Ce type d'architecture et sa logique permettent de mieux s'adapter aux contraintes d'une épidémie comme celle de la COVID. Nous nous félicitons triplement d'avoir fait ce choix. Tout d'abord, sur le volet médical, nous avons réalisé en compagnie des plus éminents spécialistes, une étude «*COVID proof*» pour déterminer à quel point l'architecture de notre bâtiment et la différenciation des flux répondent parfaitement aux contraintes imposées par la COVID à la lumière des enseignements tirés des différentes vagues de la crise. D'autre part, en pleine construction, nous pouvons maintenir, malgré les confinements et les mesures de restriction, des objectifs toujours aussi ambitieux. Le fait de proposer différents bâtiments avec différents niveaux de technicité, nous permet d'adapter notre chantier et de prioriser certaines parties en fonction des besoins en temps pour mener à bien ces réalisations. Ainsi, la partie «*Hot Floor*» a pu avancer beaucoup plus rapidement indépendamment du reste de l'hôpital, ce qui n'aurait pas été possible sur un monolithe construit par étage. Enfin, le dernier avantage de notre projet concerne la flexibilité de ce nouveau bâtiment. L'ensemble des unités, à de rares exceptions liées à des spécificités techniques, est complètement modulable en fonction de leurs évolutions. En cas de pandémie, une unité peut s'agrandir et même être isolée sans impacter le reste du bâtiment. Ces évolutions peuvent se réaliser sans travaux, uniquement en modifiant la signalétique et l'agencement des unités. C'est un gain énorme. Après la crise, ce type d'architecture pourra être largement comparé aux autres modèles en Europe et dans le Monde pour voir dans quelle mesure nous pouvons tirer un avantage à compléter les différentes réflexions. Sur le papier, ce projet fait la démonstration d'une forme de résilience que nous n'avions même pas imaginée avant la pandémie COVID.

Comment avez-vous intégré ces nouvelles données sanitaires ?

Nous traversons tous la première grande épidémie de notre carrière. Les hôpitaux ont toujours été habitués à la contagion et les maladies nosocomiales sont, du reste, un problème majeur que nous avons parfaitement intégré lors de la conception initiale de cet hôpital. Ainsi, un médecin hygiéniste était présent dans l'équipe de base de conception et de programmation du nouvel hôpital pour veiller à ne pas commettre d'erreurs irrémédiables sur la question de la contagion des patients. Evidemment, nous n'imaginions pas à l'époque devoir faire face à une épidémie qui ravagerait à ce point l'ensemble de l'hôpital et qui viendrait surtout mettre à l'arrêt de nombreuses fonctions. Les activités « normales » d'un hôpital ont été temporairement mises en veilleuse pour ne se concentrer que sur la gestion de cette crise épidémique. Grâce à sa faculté d'isoler rapidement certains clusters, ce nouvel hôpital va nous permettre, si la situation se représente, de conserver une activité hospitalière classique indépendamment de l'activité épidémique. Sans le savoir, cette exigence d'hygiéniste sur la conception va nous permettre d'envisager les futures épidémies avec beaucoup plus d'aisance. Cet hôpital développe également beaucoup de fonctions indépendantes comme le bloc opératoire ou les hôpitaux de jour qui ont un fonctionnement autonome basé sur la marche en avant. Ces structures sont tout à fait isolables et récupérables pour des soins spécialisés de type infectieux en cas de besoin et nous sommes, à la lumière des événements récents, particulièrement satisfaits de ces différents choix.

Dans quelle mesure le projet a-t-il évolué ces quatre dernières années ?

Aucune adaptation n'a été nécessaire au cours des dernières années, ce qui doit signifier, objectivement, que notre projet initial était bien préparé. Nous avons veillé à développer un processus de programmation très participatif. Bien-sûr, cela prend plus de temps et nécessite une forte anticipation en amont du projet. Chaque pôle et chaque service ont

toujours été informés et impliqués dans la conception de leur futur outil. Malgré les années séparant l'élaboration du projet de sa réalisation et les possibilités d'évolution des souhaits qui existent, cela ne garantit pas que les nouvelles idées soient plus pertinentes que les idées initiales. Cette anticipation a, au contraire, permis aux équipes d'éprouver leurs choix et de conforter leurs décisions. Finalement, c'est plutôt l'hôpital qui désire réaliser quelques ajustements, par exemple sur la dénomination de certains lits pour se conformer aux évolutions des durées de séjour. Le fait que toutes les chambres soient standards permet simplement en réaffectant du personnel de modifier la fonction d'une chambre.

D'autre part, nous avons mené un processus de certification, à la fois sur nos bâtiments actuels mais aussi sur les plans du bâtiment futur, qui s'est révélé très satisfaisant. Cela ne signifie pas que nous nous reposons sur nos acquis et que nous ne restons pas attentifs aux différentes évolutions. L'hôpital est une matière organique qui vit, bouge et change sans cesse. Nous scrutons toutes les évolutions possibles et sommes prêts à les intégrer. Il faut avoir la culture de l'anticipation au quotidien.

Dans quelle mesure ce bâtiment est-il évolutif ?

Cet hôpital a été conçu dès le départ pour être agrandi facilement. Aujourd'hui, le problème n'est plus lié à l'évolution des pathologies car la logique des pôles avec une mutualisation des activités connexes permet sans difficultés de traiter toutes les pathologies dans un pôle ou dans un autre. Le véritable défi concerne la formation des cadres et du personnel infirmier qui doivent être à l'avenir beaucoup plus mobiles pour traiter les différentes pathologies du pôle. Nous menons d'ores et déjà ce travail d'évolution de l'enseignement avec les écoles d'infirmiers pour s'adapter au caractère de plus en plus perméable de la frontière entre les spécialités composant les différents pôles. Le personnel et les médecins doivent pouvoir changer de spécialités plus aisément pour suivre les évolutions des pathologies. C'est un défi majeur pour les années à venir.





Ce bâtiment est implanté dans un site qui bénéficie d'une riche diversité. Comment avez-vous avancé dans vos réflexions concernant la valorisation de la nature dans ce projet ?

Nous venons d'achever la réalisation du parc de onze hectares qui accueille le nouvel hôpital et qui œuvre à la préservation de la biodiversité sur le site avec la création d'un étang pour les crapauds. À l'intérieur de l'hôpital, une série de jardins, parmi lesquels des jardins thérapeutiques et des toitures végétalisées, seront gérés et cultivés par les élèves en agronomie de la Haute Ecole Louvain en Hainaut. Ainsi, certains produits récoltés pourront être consommés par les patients et cette végétation proposera un spectacle beaucoup plus agréable et apaisant depuis les chambres.

Quels sont les prochaines étapes de ce projet ?

Le gros œuvre sera achevé à la fin de l'année et, en parallèle, nous avons débuté depuis le mois de décembre 2020, le second œuvre avec les techniques spéciales et le parachèvement. Nous sommes parfaitement en phase avec notre planning et le type de bâtiments que nous avons choisi de construire n'est pas étranger à cela. Malgré la crise, nous sommes parvenus à minimiser l'impact sur le calendrier grâce à plusieurs raisons : dès le mois de mars 2020, nous avons réuni tous les acteurs de ce chantier pour recontextualiser notre objectif commun qui était de construire plus qu'un bâtiment, un hôpital. Cela n'est pas insignifiant en cette période de pandémie. Cette prise de conscience des ouvriers qu'ils pouvaient faire plus pour les soignants et les malades sur le chantier qu'en applaudissant à 20 heures, a donné un sens et un courage très fort à toutes les équipes. En second lieu, il s'agissait dans le même temps de maintenir la totalité des contrats sur le chantier pour conforter l'engagement et l'implication de tous les acteurs. Début mars, il était inconcevable de modifier nos objectifs dans la mesure où nous n'avions aucune visibilité sur l'avenir. Il était donc logique de maintenir l'activité et de poursuivre ce projet. Un hôpital étant reconnu par l'État comme outil essentiel à la Nation, il était dans ce contexte, quasiment impossible pour les entreprises de se rétracter ou de se tourner vers d'autres chantiers. En troisième point, nous avons dès le début de la crise, investis pour une augmentation significative des surfaces sociales, comme les vestiaires, les réfectoires ou les douches, en aménageant notamment des parties déjà construites afin de réduire les risques de contaminations. Notre chance a été que la COVID soit arrivée en période de gros œuvre ce qui nous a permis de disposer de plus de surfaces construites disponibles. Enfin, le quatrième élément grâce auquel le chantier a pu se poursuivre dans les meilleures conditions possibles, et sans doute le plus important, c'est la permanence du contact. Nous avons été présents sur le chantier à tous les instants pour remercier, écouter, rassurer et comprendre les entreprises. En tant que maître d'œuvre, le GHdC ne pouvait pas rester caché en cette période de

crainte vis-à-vis du virus. Notre devoir était d'être présent aux côtés des ouvriers. Nous avons même organisé des moments de convivialité sur le chantier avec la venue de food-trucks pour les ouvriers. La somme de ces éléments, nous permet aujourd'hui d'être dans les délais, dans le respect du budget et focalisés sur les différents objectifs.

Et sur le plan médical, quelles sont les prochaines étapes ?

Sur le plan médical, le travail consiste actuellement à sélectionner les équipements pour le futur hôpital. La difficulté réside dans le délai qui nous sépare du déménagement. La nécessité de clôturer prochainement les marchés publics nous oblige à réaliser cette sélection très en amont de la mise en service des équipements. Les médecins sont très impliqués dans la composition de ces cahiers des charges. Nous suivons de très près les évolutions technologiques et médicales pour éviter une obsolescence trop rapide des équipements commandés. D'autre part, nous tâchons de faire le point, une à deux fois par an, sur l'évolution des pathologies et celles qui pourraient émerger afin que notre hôpital conserve son niveau de performance dans les prises en charge. Cette capacité d'anticipation nous a permis de développer et d'intégrer à temps dans le nouvel hôpital, la chirurgie robotisée ou la chirurgie maxillo-faciale oncologique. Cela prouve aussi que le projet reste évolutif alors que le gros œuvre est en passe de se terminer.

