



Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

Hôpital Saint Philibert : extension, restructuration, rénovation

Le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) est un ensemble universitaire d'hôpitaux, de cliniques, et de services médico sociaux, d'inspiration catholique, de gestion privée, à but non lucratif, participant pleinement au service public de santé. Le GHICL forme aujourd'hui la première structure sanitaire privée non lucrative de la région Hauts-de-France. En service depuis 1977, l'hôpital Saint Philibert est un établissement de spécialités médicales et chirurgicales, ayant une vocation de proximité, de soins aigus, intensifs et de recours autour de pôles forts en médecine et chirurgie. Au terme de quatre années de travaux, l'établissement disposera en 2023 de nouveaux blocs opératoires, de locaux médico-techniques et d'hospitalisation réagencés et d'une façade transformée.

Les équipes hospitalières ont voulu repenser l'hôpital Saint Philibert en prenant en compte, dans toutes leurs disciplines, la révolution des techniques médicales et hospitalières, le développement des nouvelles activités de soins, l'amélioration des conditions de confort, les nouvelles technologies (communication et intelligence artificielle), mais aussi l'écologie, le développement durable et le développement de l'ambulatoire. Parmi les aspects les plus visibles, l'hôpital a réalisé la construction d'un bâtiment qui accueille le nouveau plateau technique tout en devenant la nouvelle entrée de l'établissement. Depuis le mois de mai, ce nouveau bâtiment accueille des activités opératoires et interventionnelles dans un bloc de 16 salles. Concernant la rénovation des façades, plusieurs chantiers sont menés avec notamment l'isolation par l'extérieur du bâtiment existant, tout en maintenant l'activité dans les services, la mise en place de volets roulants et de brises soleil motorisés et le remplacement des centrales de traitement d'air.

Présentation avec Laurent Delaby, Directeur général du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille



Comment définiriez-vous le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille ?

Laurent Delaby: Il s'agit d'une structure hospitalo-universitaire singulière. Attachés à l'ensemble facultaire de l'Institut Catholique de Lille, nous sommes le seul ensemble hospitalo-universitaire de statut privé en France. Nous évoluons en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), pour essentiellement de courts séjours hospitaliers. Implantés sur deux sites en métropole lilloise, l'Hôpital Saint Vincent de Paul situé à Lille et l'hôpital Saint Philibert à Lomme, nous disposons également d'une clinique à Cambrai, qui a rejoint notre groupe en 2008. Notre structure est d'inspiration catholique, de gestion privée et à but non-lucratif. Nous participons pleinement au service public de santé, par contrat avec l'Agence Régionale de Santé pour des missions du service public généralement déléguées à des établissements publics comme les urgences. Parmi les nombreuses missions qui nous lient, trois d'entre elles sont particulièrement importantes. Il s'agit de l'enseignement, de la recherche et de la permanence de soin, qui illustrent notre capacité à accueillir nos patients à toute heure du jour et de la nuit, quelles que soient leurs situations ou conditions sociales.

Groupement de Coopération Sanitaire, érigé en établissement de santé, c'est bien notre caractère singulier d'ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) qui nous caractérise.

Dans quelle mesure cette singularité a-t-elle fait la force de votre groupement ?

L. D.: Le caractère hospitalo-universitaire, à notre échelle et avec nos moyens, est la force de notre groupement. Cette singularité nous rend d'ailleurs attractifs. Nous essayons d'identifier les compétences de chacun, car les internes que nous accueillons peuvent potentiellement devenir des chefs de clinique ou de futurs professeurs ou chercheurs. Une autre force liée à ce statut est l'accès aux soins, notamment sur le plan économique puisque nous ne pratiquons pas de dépassements d'honoraires. C'est-à-dire que les soins aux patients interviennent aux seules conditions des tarifs opposables de la sécurité sociale. Ainsi, nos assistantes sociales peuvent intervenir auprès des populations les plus démunies, notamment au vu de la situation de l'hôpital Saint Vincent de Paul, au cœur d'un quartier très défavorisé.

Quelle est votre politique en matière de partenariat et de coopération ?

L. D.: Si nous coopérons principalement avec le service public hospitalier, nous avons de nombreux partenariats avec le secteur privé-commercial, 160 médecins interviennent en dehors de nos hôpitaux, dans des hôpitaux généraux (comme le CH d'Hazebrouck) dans des centres de santé portés par le GHICL ou de notre partenaire, Filieris, acteur de santé historique du bassin minier. Nos interventions concernent particulièrement les établissements publics de santé pour favoriser l'accès aux soins et un fonctionnement en parcours sans rupture.



Le fil rouge du reportage concerne l'opération de restructuration de l'hôpital Saint Philibert. Quels sont les enjeux de cette opération pour l'ensemble du groupement ?

L. D. : L'accueil de nos professionnels et, demain des futurs médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et cadres de santé est conditionné par le devoir de leur offrir le meilleur en matière de technologie, de technique et de savoir-faire. Il était naturel que Saint Philibert, l'hôpital historique du groupe, puisse accompagner ces évolutions par sa rénovation. L'hôpital était vieillissant (1977) et, même si nous avions régulièrement investi avec du matériel de bon niveau, l'ensemble avait atteint une certaine limite. Dans le cadre de cette rénovation, nous avons choisi un principe d'extension avec un plateau technique remarquable et original, notamment dans sa dimension ambulatoire. Une partie de l'hospitalisation ambulatoire est elle-même en atmosphère contrôlée, complètement connectée au bloc. Ainsi, lorsqu'est pratiquée une intervention peu invasive, pour laquelle le patient a vocation à rester très peu de temps à l'hôpital, le chirurgien peut lui rendre visite entre deux opérations sans changer d'environnement de soins. La performance de notre outil nécessite la mise en place de techniques peu invasives permettant des prises en charge en ambulatoire, des techniques chirurgicales, de l'imagerie interventionnelle et un niveau de technologie suffisamment développé. Nous avons ainsi investi dans les plus récentes technologies pour offrir le meilleur cadre à nos patients, mais également à nos professionnels et étudiants.

Quelles opérations sont prévues sur l'hôpital Saint Vincent de Paul ?

L. D. : Les opérations prévues sur l'hôpital Saint Vincent de Paul n'ont pas la même envergure que celles de l'hôpital Saint Philibert mais participent à une réflexion analogue. Il s'agit d'approcher les unités de chirurgie anesthésie ambulatoire adulte et pédiatrique du bloc opératoire et d'augmenter le capacitaire du bloc opératoire pour tenir compte des nouvelles techniques et des besoins de santé. Alors que nous ne pouvons plus étendre le bâtiment historique, l'achat d'une usine proche, désaffectée depuis longtemps, nous offrira un potentiel de redéploiement. L'objectif est d'extraire du site actuel certaines activités, telles que celles de consultation, qui ne nécessitent pas un recours à un plateau technique très développé, ou encore, certaines

activités d'exploration fonctionnelle, les hôpitaux de jour et des activités de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, et peut-être également les activités de soins de suite et de réadaptation.

Sur le site principal, nous voulons prioriser les espaces pour disposer d'un plateau technique de pointe, dans les domaines de la neurologie, de l'hématologie, de l'oncologie, de la chirurgie, etc. Cela nous permettra également d'intervenir sur un plus grand nombre de chambres particulières qui tiennent compte de la demande des patients mais aussi des problématiques d'infectiologie, telle que celles que nous venons d'affronter.

Quelle importance accordez-vous à la gestion des relations humaines ?

L. D. : Les relations humaines sont centrales dans les métiers de la santé. Les organisations sanitaires sont d'abord des compétences et d'expertises portées, au GHICL, par plus de 3000 salariés. La qualité de nos relations correspond forcément à la qualité de notre travail et nos professionnels ne resteraient pas à nos côtés si nous n'y accordions pas d'importance. Nous avons ainsi construit au fil du temps une synergie avec le corps médical, en les associant aux instances de gouvernance. Notre modèle est intéressant aussi par la proximité avec notre faculté de médecine, mais également par notre taille, éléments qui nous permettent d'être agiles dans notre fonctionnement.

Quelle est votre vision de l'hôpital du xxie siècle ?

L. D. : Nous devrons être très attentifs aux relations entre les patients et le personnel soignant. Je me désole du temps passé par les soignants sur leurs ordinateurs. La digitalisation des métiers de la santé capte encore trop d'attention des professionnels au détriment de l'accompagnement et des relations qui doivent se construire pour des soins de qualité. Les métiers en santé se métamorphosent, alors même que l'hôpital sera un plateau technique, au sein duquel les patients passeront beaucoup moins de temps. Lorsque j'ai débuté ma carrière il y a 30 ans, les durées moyennes de séjour étaient de près de 15 jours et nous sommes à moins de 3 jours actuellement.

L'accès à de nouvelles thérapeutiques et techniques de soins permet des séjours courts mais exigeants en termes d'organisation, de suivi et de gestion logistique.





L'Hôpital Saint Philibert

« Cette extension qui accueille un tout nouveau bloc opératoire, un des plus innovants au nord de Paris et la création d'une nouvelle unité interventionnelle ambulatoire nous permet une prise en charge encore plus optimale. »



Entretien avec Laurent Chiarel, Directeur de l'Hôpital Saint Philibert

Comment définiriez-vous votre établissement ?

Laurent Chiarel : L'Hôpital Saint Philibert est un ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) performant dans la prise en charge de ses patients grâce à des équipes médicales de grande qualité et un management bienveillant auprès de ses personnels. Ayant exercé une grande partie de ma carrière dans le secteur privé à but lucratif, je ne connaissais pas ce statut. Ce dernier est très intéressant car il constitue une 3^e voie entre les hôpitaux publics et les cliniques privées commerciales, les ESPIC qui exercent une activité sans but lucratif, allient le meilleur des deux secteurs avec une gestion privée mise au service d'objectifs de pur Service Public.

L'établissement est en outre atypique car l'Enseignement et la Recherche y sont particulièrement importants. Nous appartenons à l'Institut Catholique de Lille, possédons notre propre faculté de médecine, et la Direction de la Recherche clinique est structurée, labellisée, gouvernée et évaluée.

Comment l'Hôpital Saint Philibert se positionne-t-il entre les différents établissements du groupe et sur le territoire de santé ?

L. C. : Nous sommes un groupe d'envergure régionale avec plus de 1000 lits sur 3 sites géographiques. Le paysage sanitaire de la Métropole lilloise est particulièrement dense avec notre offre ESPIC (privé non lucratif entièrement de secteur 1, c'est à dire sans dépassement d'honoraires), en face d'un GHT dont l'hôpital pivot est le CHU de Lille (10 établissements) et le groupe Ramsay (10 cliniques privées lucratives). Nous nous démarquons grâce à nos qualités de réactivité et à nos équipes médicales adhérant totalement à notre vision et projet d'avenir. Notre place dans le paysage hospitalier de la métropole est incontournable, nous avons été un acteur majeur durant la « crise COVID » grâce à nos services de réanimation et d'urgences.

Quels sont les enjeux de cette restructuration de l'établissement ?

L. C.: L'établissement, ouvert et inauguré par Simone Veil en 1977, il était impératif de le moderniser pour adapter les services aux évolutions des modalités de prise en charge et pour transformer nos organisations au service de la qualité du soin. Cette restructuration nous permet aussi de moderniser notre système d'information pour mieux piloter la performance, notamment au bloc opératoire.

Nous entamons actuellement la seconde phase de notre schéma directeur. Cette nouvelle étape, qui s'échelonnera entre 2022 et 2025, consiste en la rénovation de toutes les façades pour les rendre plus modernes et réduire drastiquement notre consommation d'énergie, le regroupement de notre pôle de consultations et d'explorations fonctionnelles en un lieu unique pour rendre plus facile le parcours patient, la rénovation des services d'hospitalisation avec la création de plus de chambres individuelles de nouvelle génération et enfin la restructuration et l'extension du service de réanimation.

Comment le personnel a-t-il été impliqué et accompagné dans cette opération, notamment dans les réflexions relatives à cette reconstruction ?

L. C.: Récent dans l'hôpital, je n'ai pas participé au travail de réflexion important effectué en amont, nous avons poursuivi ces réflexions en formalisant les futures organisations de travail avec les professionnels, au fur et à mesure de l'approche de la livraison de l'extension. Par exemple, un groupe de travail a travaillé d'arrache-pied pour réfléchir à la prise en charge innovante en ambulatoire et en assurer son développement, que je considérais totalement insuffisant... Notre nouveau service ambulatoire est la fierté des professionnels y travaillant, le taux de satisfaction des patients est très élevé et l'ARS nous a cité en exemple dans la réussite de cette opération.

Quelle est votre vision du fonctionnement de votre établissement pour les cinq prochaines années ?

L. C.: Le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille a mis

en œuvre une gouvernance qui associe les médecins et autonomise les sites. Il construit une plus grande efficience de pilotage institutionnel, avec le souci constant du développement de chacun de ses collaborateurs : bienveillance, sens du collectif, créativité, autonomie et sincérité guident des principes managériaux qui trouvent leur aboutissement dans la mise en œuvre de l'approche Lean.

De nombreux projets sous-tendent cette vision : une offre de soins en parcours, l'intégration dans les territoires, des chantiers de rénovation et d'adaptation des établissements, la poursuite de l'évolution numérique, les évolutions des métiers et des organisations. Dans notre projet Vision 2026, auquel nombre de professionnels ont contribué, le GHICL a défini les axes de sa transformation en cohérence avec le projet Ma Santé 2022 porté par les pouvoirs publics.

Quelle est votre vision de l'hôpital du xxie siècle ?

L. C.: Le monde actuel évolue très rapidement, les attentes des patients aussi, et la pandémie a accéléré nos besoins de transformation. Nous devons partager cela avec nos équipes car pour maintenir notre attractivité, l'agilité dans nos organisations, dans nos prises en charge et dans notre manière de fonctionner doit être le maître mot.

Qu'on le veuille ou non, nous évoluons également vers la Médecine 3.0 :

- DÉVELOPPER LE SOIN À DISTANCE : télémédecine, objets connectés, e-santé...
- S'APPROPRIER LES NOUVELLES TECHNOLOGIES : utilisation des casques de réalité virtuelle, robotique, chirurgie augmentée, géolocalisation,
- PROMOUVOIR L'INNOVATION NUMÉRIQUE : intelligence artificielle,
- INNOVER DANS L'ORGANISATION : parcours de soin avec le retour à domicile optimisé et les téléconsultations.

Les projets fusent, portés par de nombreux services et accompagnés par notre très performante direction informatique.





La politique médicale

«Transformer ce centre en hôpital de parcours et non plus de séjour...»



Propos du **Professeur Jacques Chevalier**, chirurgien vasculaire et président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Quelles sont les activités d'excellence de l'Hôpital Saint Philibert ?

Jacques Chevalier: Les activités médicales du GHICL sont réparties entre Saint Vincent de Paul, Saint Philibert et Clinique Sainte Marie, ce dernier accueillant plutôt les spécialités relevant d'un plateau technique lourd. La cardiologie est renommée, notamment grâce à son unité de rythmologie. L'unité neurovasculaire et la chirurgie, toutes disciplines confondues, sont également réputées pour leur excellence. Enfin, la gastro-entérologie est une activité phare de notre établissement dans lequel de nombreux médecins nous transfèrent leurs patients relevant d'actes techniques complexes.

Avec quels établissements de la région entretenez-vous le plus de lien ?

J. C.: Nous entretenons des partenariats étroits avec les hôpitaux publics et privés de la région; près de 150 médecins exercent hors des hôpitaux du GHICL comme au centre hospitalier d'Hazebrouck, le centre hospitalier de Saint Omer ou encore la polyclinique d'Hénin Beaumont (ESPIC).

Quelles sont les grandes lignes de votre projet médical ?

J. C.: Notre objectif était d'adapter notre outil aux innovations techniques, aux nouvelles prises en charge, pour plus d'efficience sur la qualité, pour les patients comme pour les soignants. Quelques points prioritaires ont été identifiés: la relation importante entre la ville et l'hôpital, (travail avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, participation aux réseaux et dispositifs de coordination, télé médecine...), l'innovation, la transformation de notre hôpital en hôpital de parcours de soins et non plus de séjours, la chirurgie du futur (dont la RAAC) et la radiologie interventionnelle... L'hôpital est à présent doté d'un plateau technique performant qui a permis de réduire considérablement le temps d'hébergement. L'objectif est d'effectuer le mieux possible tous les actes médicaux et de permettre aux patients d'optimiser le temps passé dans l'établissement afin qu'ils puissent reprendre leurs activités habituelles le plus rapidement possible. Enfin, le projet médical porte des valeurs humaines fortes d'accès à tous à la santé et au juste soin.

L'établissement est engagé dans une ambitieuse opération de restructuration avec la construction d'une extension qui permettra à l'Hôpital Saint Philibert de disposer de nouveaux blocs opératoires, de locaux médicotechniques et d'hospitalisation réagencées. Quelles étaient les attentes de la communauté médicale vis-à-vis de ce nouvel outil ?

J. C.: Le bloc opératoire n'avait pas évolué depuis l'ouverture de l'hôpital en 1977. Les salles du bloc opératoire n'offraient pas beaucoup d'espace et n'étaient pas reconfigurables en l'état. Certains matériels récents ne pouvaient pas être utilisés en raison de l'épaisseur de la dalle qui n'aurait pas supporté leur poids. Il y avait donc une forte attente de la communauté médicale qui souhaitait un plateau technique récent et adapté aux techniques actuelles. A titre d'exemple, des salles « *hybrides* » ont été créées. Elles sont équipées de matériel d'imagerie permettant d'associer chirurgie et actes interventionnels. L'utilisation du robot nécessite également un environnement adapté.

Comment avez-vous été impliqué dans les réflexions relatives à cette opération ?

J. C.: Nos attentes relatives à cette opération ont été prises en compte, une étude a ensuite permis de déterminer la faisabilité du projet. Après une première présentation, un plan comprenant 16 salles a été acté. La réflexion sur les affectations des salles a évolué au cours du projet. Finalement, nous avons décidé de consacrer une salle de plus à la rythmologie et de nous munir de deux salles hybrides au lieu d'une.

Comment cette extension doit-elle permettre à votre établissement de s'adapter aux évolutions de la médecine et à ses enjeux en matière de prise en charge ?

J. C.: Nous avons construit cet hôpital dans les années 1970, à une époque où les patients étaient hospitalisés deux semaines pour des interventions qui sont aujourd'hui pratiquées en ambulatoire. Nous devons ainsi nécessairement nous adapter aux évolutions constantes et, bien que nous ayons construit un bâtiment « *en dur* », un accent sur la flexibilité de l'agencement intérieur y a été apporté afin de nous conformer à la médecine de demain.

Dans quelle mesure cette extension doit-elle permettre de développer de nouvelles activités ?

J. C.: Les salles hybrides par exemple, qui associent l'imagerie et la chirurgie permettront le développement d'activités que nous ne pratiquons pas encore car nous n'en avons pas la possibilité. Nous opérons actuellement avec un système d'arceau de radiologie mobile dans des salles standards et souvent trop étroites. Un système nous permettant d'obtenir des reconstructions d'image en 3D pour la navigation per-opératoire nous fera grandement progresser par rapport aux images 2D que nous utilisons actuellement.

Au même titre, notre scanner de diagnostic est souvent utilisé pour plusieurs types de procédures de radiologie interventionnelle. La salle doit être désinfectée en amont de son utilisation ce qui occasionne son inactivité pendant plus d'une heure entre deux examens. Un scanner interventionnel au bloc opératoire couplé à un arceau de radiologie fixe sera dédié aux traitements par radiologie interventionnelle, faisant gagner un temps précieux et améliorant encore plus la qualité des prises en charge. Enfin, les dalles du sol et du plafond ont été renforcées afin d'anticiper les évolutions et la potentielle lourdeur des appareils futurs.

Comment avez-vous anticipé les nouvelles organisations mises en place au sein du nouveau plateau technique ?

J. C.: Nous avons déterminé la période à laquelle nous déménagerons. Nous organisons des réunions régulières pour définir la répartition des salles entre les services, en fonction de leurs volontés et de la disponibilité des professionnels, ainsi que leur mutualisation entre les disciplines. Nous établissons un programme journalier par salle, mais nous devrons nous adapter quotidiennement à leurs utilisations réelles. Le programme hebdomadaire est ainsi préparé en amont et il est réétudié chaque jour en fonction des urgences. Elles représentent en effet une part de notre activité et peuvent entièrement modifier nos organisations. La gestion du matériel devra également être réfléchie car nous utiliserons désormais un transstockeur, auquel nous ne sommes pas habitués. Les sociétés qui installent le matériel nous aident à les apprivoiser afin de nous approprier ces nouvelles techniques. J'ai également prévu des déplacements dans d'autres centres afin d'optimiser l'utilisation des nouveaux matériels. C'est une pratique habituelle car, en tant que médecins et personnels soignants, nous devons constamment nous former à de nouvelles méthodes.

Le projet a-t-il dû être adapté pour répondre aux nouvelles données sanitaires nées de la crise COVID ?

J. C.: Nous n'avons pas eu besoin d'adapter ce projet à la crise sanitaire, le bloc a été construit d'office avec des normes sanitaires très satisfaisantes. Dans la poursuite du schéma directeur, la construction du futur service de réanimation devra répondre à de nouveaux critères mis en évidence lors de la pandémie.

Que vous apportera ce nouvel outil en matière de formation des soignants de demain ?

J. C.: En tant qu'hôpital universitaire, nous accueillons de nombreux futurs professionnels de santé. Ce nouvel outil nous offrira un plus grand nombre de places en salle d'opération pour accueillir des personnes physiques, et nous donnera la possibilité de filmer et retransmettre les diverses sources d'image. Jusqu'à présent, nous ne disposions que d'une salle équipée d'une caméra, mais nous pourrons désormais présenter à nos étudiants toutes les images en provenance des blocs. Une partie de la formation de nos étudiants se fait ensuite à la faculté, en raison de la nécessité d'utiliser des mannequins pour les simulations.

Comment définiriez-vous la médecine du xxie siècle ?

J. C.: La médecine du xxie siècle doit allier technicité et éthique, en tenant compte des souhaits des patients qui peuvent choisir de refuser nos soins. Ces derniers doivent à présent devenir acteurs de leurs prises en charge, et nous rencontrons à cet égard des associations de patients afin de prendre en compte leurs besoins réels et immédiats. Une attention particulière doit également être apportée aux relations avec les équipes soignantes afin de faire évoluer les aspects médicaux et environnementaux de l'hôpital.



La politique des soins

« *Le fil conducteur de ce projet est l'éthique du soin et du management.* »



Interview de Sabine Poirette, Directrice des soins du GHICL

Comment définiriez-vous la politique des soins du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille ?

Sabine Poirette : Notre politique des soins est centrée sur la prise en charge de tous les patients qui nous sont confiés et le bien-être des professionnels qui y œuvrent. Nous travaillons régulièrement pour l'amélioration de la qualité de vie des soignants et les associons à l'ensemble des projets.

Rencontrez-vous des difficultés de recrutement de personnels soignants ?

S. P. : Nous rencontrons des difficultés de recrutement depuis quelques mois. L'année 2021 et 2022 sont extrêmement complexes et le manque de personnel nous oblige à revoir nos organisations et nos possibilités d'accueil. Une étude DREES de 2018 nous promettait 42 % de soignants supplémentaires d'ici une dizaine d'années, la crise sanitaire a fondamentalement modifié la vision du travail en soins. Nos métiers ne sont plus porteurs, et les soignants ne veulent plus travailler dans les mêmes conditions qu'avant.

Comment traitez-vous ces problématiques de recrutement ?

S. P. : Nous faisons face à ces problématiques grâce à la créativité

quotidienne de toutes nos équipes et celle des ressources humaines car le collectif doit toujours être au service des plus vulnérables, que sont les patients. Très attentifs à nos professionnels, nous faisons en sorte qu'ils poursuivent leur carrière à nos côtés, nous devons faire preuve d'inventivité et pérenniser nos ressources. En effet, chaque employé est précieux pour notre institution.

L'implication des soignants est-elle une façon de pérenniser ces postes ?

S. P. : En effet, et c'est pour cela que nous avons choisi d'impliquer un grand nombre de professionnels d'horizons différents lors de nos réflexions sur le projet de soins à vision 2026. L'unique implication de la direction des soins et des cadres supérieurs n'aurait pas été cohérente car nous souhaitions obtenir des visions croisées de l'ensemble des professionnels. Des invitations aux ateliers de réflexion sont ainsi envoyées à tous les utilisateurs, qui peuvent être un professionnel du soin, du secteur technique, un chercheur, ou encore une secrétaire administrative. Nous souhaitions également obtenir la vision des patients lors des prochains ateliers car leur expérience est un élément fondamental à prendre en compte.

Quelles sont les grandes lignes de ce projet de soins à vision 2026 ?

S. P.: Le fil conducteur de ce projet est l'éthique du soin et du management. Nous devons être impliqués et attentifs au bien-être des patients en nous interrogeant préalablement sur nos propres pratiques et exigences. Le virage numérique transforme nos établissements et l'hôpital de séjour devient un hôpital de parcours. Nous mettons également en place des collaborations interprofessionnelles.

Comment les soignants ont-ils été impliqués dans le projet du schéma directeur ?

S. P.: Nos soignants ont été impliqués dès le début du projet. En 2015, des groupes de travail se sont constitués par grands domaines d'activité et étaient composés de professionnels de terrain: Médecin, chef de service, IADE, IBODE, agent de service, brancardier, transport patient, cadre etc. Nous souhaitions avoir accès à leurs connaissances, comprendre leurs quotidiens et leurs attentes afin de nous projeter le mieux possible. Plusieurs réunions ont ainsi été organisées en petits groupes et par domaines d'activité: les flux, le plateau technique, le bloc opératoire, le circuit patient, l'accueil programmé, l'ambulatoire, les urgences, etc. Des cabinets conseils ont ensuite analysé le projet, puis les professionnels du site ont été invités à s'exprimer pour le choix de l'une des trois esquisses lors du concours d'architectes.

Quelles seront les nouvelles organisations mises en place notamment au niveau du nouveau plateau technique ?

S. P.: L'accueil des patients s'effectue habituellement la veille de l'intervention, mais nous souhaitons modifier nos organisations afin de les accueillir le matin de leur opération, dans un endroit dédié avec une conciergerie. Ils seront ensuite emmenés au bloc opératoire, avant d'être accueillis en sortie de bloc dans le service d'aval. Un changement de paradigme sera ainsi opéré, en effet le soignant de chirurgie s'occupe habituellement du patient dès son arrivée jusqu'à la fin de son séjour. Une grande confiance devra être ainsi instaurée afin d'obtenir de fortes collaborations inter-équipes. De plus, le transport patient se fera à pied, en fauteuil, en brancard plutôt qu'en lit, comme c'est le cas aujourd'hui.

Dans quelle mesure ces nouvelles organisations vont-elles entraîner la création de nouvelles fonctions soignantes ?

S. P.: Nous avons apporté de nombreuses modifications à notre établissement. S'il était innovant lors de sa création en 1977, il a beaucoup vécu et ne correspondait plus aux nouvelles prises en soin et prises en charge. Nous avons ainsi mis en place une conciergerie afin que tout un pan de l'hôtellerie revienne à des personnes dont c'est le métier, notamment la gestion des chambres individuelles. Une certaine réticence est attachée à cette idée, mais nous devons instaurer une forte collaboration entre les différents corps de métiers et avoir confiance en l'intelligence collective. Ainsi, des « gilets bleus » sont positionnés devant l'hôpital afin d'orienter et accompagner les patients et les visiteurs. Cette fonction était précédemment effectuée par des hôtesses d'accueil ou par des soignants et ce nouveau métier permet ainsi à nos professionnels de retrouver leur cœur de métier centré sur le soin. Les infirmiers en pratique avancées, les infirmiers RAAC (réhabilitation accélérée après chirurgie) participent activement à ces nouvelles organisations, ce sont de nouveaux métiers.

Dans quelle mesure cette nouvelle extension et la restructuration de l'établissement vont-elles permettre de renforcer l'attractivité ?

S. P.: La publicité que ces modifications de l'établissement ont engendrée a permis de rendre le groupe hospitalier attrayant et d'en dégager une image positive. Notre bâtiment est neuf, I-Tech, les nouveaux blocs opératoires et ses salles hybrides, le service ambulatoire et ses cocons, le design au profit des patients et des professionnels permettent d'apporter une nouvelle façon de prendre soin et de vivre le soin.

Les horaires ont également été retravaillés, et des nouveaux métiers ont été créés. L'hôpital a mué. Il devrait attirer davantage.

Quelle est votre vision de la prise en soin du xxie siècle ?

S. P.: L'environnement et les patients seront très connectés. Les séjours à l'hôpital seront en outre plus courts, efficents et performants. Quel que soit leur âge, les patients ne doivent pas y perdre leur temps précieux. Enfin, l'hôpital est une structure de haute technicité avec un hébergement de plus en plus court et une qualité hôtelière développée.





L'extension de l'hôpital Saint-Philibert

« La réelle innovation de ce projet tient (...) à la manière dont sera envisagée la nouvelle répartition des tâches à l'intérieur du bloc opératoire. »



Propos d'**Augustin Delesalle**, Directeur de l'Immobilier et des Services Techniques du GHICL

Comment définiriez-vous l'opération de construction de l'extension de l'hôpital Saint Philibert ?

Augustin Delesalle: La construction d'une extension est l'une des étapes de la rénovation de l'hôpital Saint Philibert, un établissement inauguré en 1977 qui nécessitait fortement d'être modernisé. L'extension est la pierre angulaire du projet, qui comprend aussi la rénovation énergétique des façades, le renouvellement des équipements de ventilation et de chauffage, une refonte complète du rez-de-chaussée avec un plateau de consultations reconstruit notamment sur la surface de l'ancien bloc opératoire, et la restructuration des services d'urgences et de réanimation.

Comment les réflexions autour de cette construction ont-elles débuté ?

A. D.: J'exerce dans cet établissement depuis seulement deux ans, mais j'ai retrouvé des ébauches de travail sur la reconstruction du bloc opératoire qui dataient de 2007. Les années 2013 et 2017 ont accéléré le processus avec une implication importante des professionnels, et leur vision idéale n'a d'ailleurs pas cessé d'évoluer. Quelques modifications ont en effet eu lieu depuis le début des travaux de cette extension en 2020 et il y en aura certainement de nouvelles durant la restructuration du socle du rez-de-chaussée d'ici quelques mois.

Quels sont les atouts du projet conçu par Go Architectes et le bureau d'études/maître d'œuvre Egis ?

A. D.: Leur volonté de construire ce plateau technique en tant que bâtiment autonome en s'extrayant des contraintes de l'existant leur ont permis de se projeter vers des innovations technologiques et de conception, bien meilleures. Ils ont ainsi abordé ce nouveau plateau technique sous la forme d'une conception innovante agrémentée d'un flot important de lumière naturelle dans les salles. Différentes machines ont été apportées dans le centre, telles que les transstockeurs qui révolutionneront la manière de travailler au sein d'un bloc opératoire dans la mesure où les tâches seront mieux distribuées. De nouveaux métiers centrés autour de la logistique opérationnelle seront créés afin d'alléger les infirmières des tâches qui ne nécessitent pas leurs compétences. Elles doivent rester maîtresses de la liste des équipements dont le praticien a besoin, mais il n'est pas nécessaire qu'elles se déplacent pour les récupérer. La réelle innovation de ce projet ne tient donc pas directement au bâtiment ou aux machines qui y seront disposées, mais plutôt à la manière dont sera envisagée la nouvelle répartition des tâches à l'intérieur du bloc opératoire.

Comment le personnel est-il impliqué dans les réflexions ?

A. D.: De nombreux groupes de travail ont été organisés durant la conception. J'ai mis en place des visites pendant le chantier et nous avons lancé les travaux sur le paramétrage des outils en lien direct avec différents employés (en ressources humaines, informatique, etc.) pour leur expliquer la manière dont le nouveau bâtiment transformera le travail à l'intérieur des blocs opératoires. Nous rencontrons naturellement quelques réticences, mais elles s'atténueront au fur et à mesure de la mise en service de ce bâtiment.

Dans quelles mesures avez-vous innové en matière énergétique notamment ?

A. D.: Nous avons disposé dans cette extension des équipements

calibrés pour l'activité du nouveau bloc, mais également pour remplacer des équipements devenus obsolètes dans le bâtiment historique qui accueille les unités d'hébergement. La production de froid a notamment été entièrement installée dans l'extension. Sa puissance de 1100 kilowatts alimentera ainsi les climatiseurs du bâtiment historique. Sur cette production de froid, nous avons installé une récupération de calories à hauteur de 30 à 40 % pour préchauffer l'eau chaude sanitaire, pour réchauffer les batteries chaudes des centrales de traitement d'air des unités d'hébergement et pour d'autres usages à venir. Nous avons également fourni un travail important concernant la GTB (Gestion Technique du Bâtiment). De nombreux automatismes nous permettront de connaître les besoins de chaleur ou de ventilation du bâtiment et d'adapter les vitesses des pompes et des ventilateurs afin de réduire l'énergie nécessaire à leur fonctionnement.

Comment le chantier s'est-il déroulé ?

A. D.: Il compte plusieurs phases, parmi lesquelles le chantier des façades et le chantier de l'extension. Ce dernier est la pierre angulaire du schéma directeur de Saint Philibert et il a consisté à reconstruire le bloc opératoire. Le chantier de l'extension a débuté en mars 2020 par la démolition d'un parking silo, au moment même où nous devions faire face à la première vague du COVID. Nous souhaitions conserver l'activité sur ce chantier et nous avons donc longuement négocié avec les entreprises au début du confinement. La cadence fut assez soutenue car, deux ans après le début des travaux, nous sommes déjà en possession du bâtiment ! 7 000 m² de construction aussi technique, dans un délai très contraint et avec des conditions d'approvisionnement difficiles, fut un très grand challenge, mais nous avons réussi à respecter notre planning. Nous avons installé les gros équipements biomédicaux. Siemens a installé les salles hybrides équipées d'un scanner de dernière génération et Philips a également travaillé à nos côtés sur les deux salles dédiées à l'électrophysiologie.



Comment le chantier des façades se déroule-t-il ?

A. D.: L'hôpital Saint Philibert a été construit dans les années 70 et, comme la plupart des établissements de cette époque, il est peu vertueux d'un point de vue énergétique. Constitué d'une structure en voiles et dalles béton habillée d'une façade en béton préfabriqués très peu isolée, le bâtiment est extrêmement déperditif.

Il a été difficile de trouver une solution technique pour rénover énergétiquement l'hôpital car il devait être maintenu en activité. Nous avons choisi de l'isoler par l'extérieur, en mettant en place un exosquelette en charpente métallique que nous avons suspendue à des potences fixées à la dalle de couverture. Nous avons ainsi pu installer une structure porteuse en minimisant les impacts acoustiques dus aux percements dans les façades. Cet exosquelette accueille un bardage métallique double peau avec 30 centimètres d'isolant à l'extérieur du bâtiment. Une fois cet exosquelette mis en place, nous avons condamné les chambres par trame de dix. Chaque trame nécessite deux semaines d'intervention, dont la première consiste à déposer les menuiseries existantes et à désamianter le joint situé entre la menuiserie et la maçonnerie. La deuxième semaine est dédiée à la pose de nouvelles fenêtres. Notre chantier est particulièrement cadencé et minuté, afin de traiter les 320 chambres en une année.

Durant le remplacement des menuiseries, nous avons également décidé d'intervenir sur le mode de chauffage des chambres. L'hôpital Saint Philibert est chauffé uniquement par l'air et il y a donc assez peu de radiateurs. L'air est réchauffé dans des centrales de traitement d'air grâce à un réseau de chaleur urbain et est insufflé dans les chambres. Notre bâtiment étant déperditif, la température de l'air en bout de réseau ne suffisait pas à réchauffer le bâtiment, des résistances électriques avaient donc été installées derrière les bouches de soufflage pour réchauffer l'air au moment de l'insuffler dans la chambre. Les nouvelles installations permettent de supprimer les résistances électriques

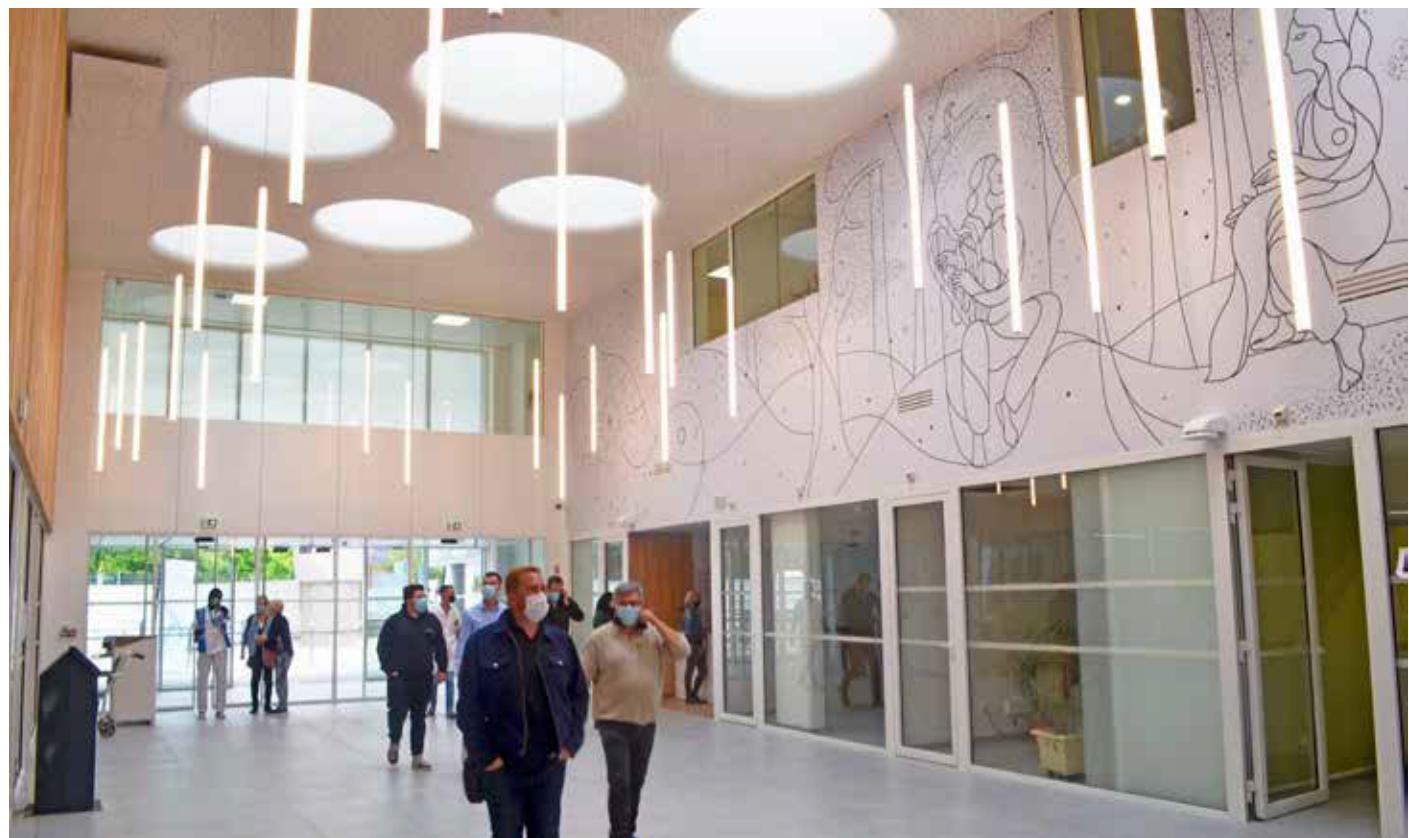
particulièrement énergivores. L'audit énergétique prévoit une division par dix de nos besoins de chauffage lorsque les travaux seront terminés.

Quel est le calendrier pour cette opération ?

A. D.: La période de conception de cette rénovation énergétique a duré plusieurs années, durant lesquelles a notamment été mis en place un prototype de façade pour valider le mode opératoire de ce chantier. Elle a abouti à un appel d'offres en début d'année 2021 et nous avons débuté les travaux en septembre 2021. La plupart des chambres ont été finalisées cet été et les façades des étages devraient l'être en décembre 2022. Les unités d'hébergement de l'hôpital Saint Philibert sont situées sur un socle, qui sera restructuré lorsque nous aurons totalement pris possession de l'extension. Nous enclencherons alors une forte opération de restructuration du rez-de-chaussée haut et du rez-de-chaussée bas de l'établissement. Les façades du socle de l'hôpital seront également remplacées en 2025. Ces travaux de réhabilitation ont pour objectif principal de séparer les flux de nos visiteurs des flux du personnel.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

A. D.: Nous passerons bien moins de temps dans l'hôpital de demain car les prises en charge deviennent de moins en moins invasives. Nous n'aurons néanmoins pas l'impression d'être dans une unité technique et dématérialisée, car les nouvelles architectures visent à accueillir différemment les patients à se sentir comme à l'hôtel ou à leur domicile. L'hôpital se dirige également vers une digitalisation des métiers permettant d'atteindre une organisation de travail très différente de celle pratiquée durant de nombreuses années. En ce qui nous concerne, les transstockeurs permettront de séparer les activités logistiques confiées à un logisticien et les activités de soins réservées aux infirmières. L'évolution technologique entraînera nécessairement de nombreux changements dans chaque métier de l'hôpital.



Hall d'accueil Saint Philibert



Le regard de l'architecte

« *L'écriture fine de notre architecture nous a permis de greffer un bâtiment neuf à un bâtiment existant, et de proposer une écriture architecturale unique pour l'ensemble de l'établissement.* »

Présentation globale du projet avec l'architecte **Gilles Froment**

Comment définiriez-vous cette opération sur l'hôpital Saint Philibert ?

Gilles Froment: L'expression « *work and progress* » définit parfaitement cette opération car nous avons fourni un important travail pour permettre au programme d'évoluer au cours du temps. De nombreuses modifications ont été apportées au projet afin d'obtenir un circuit patient qui fonctionnera correctement et s'intégrera parfaitement à la future organisation générale. Nous avons longuement interagi avec le personnel dans l'objectif de maîtriser toutes les étapes et les formes de circuits patients (courts, ultra-courts et longs).

Comment êtes-vous parvenu à inscrire cette extension dans son environnement ?

G. F.: Nous considérons que la prise en charge du patient démarre à l'instant où il se gare et avons ainsi souhaité concevoir un site ambulatoire proche du parking. L'objectif étant de proposer un parcours

patient le plus court et rassurant possible, il était fondamental que le patient ait connaissance de son parcours avant son arrivée à l'hôpital. Ce point particulier a révolutionné le concept premier du concours car, en le proposant, nous n'avons pas totalement suivi les indications du programme initial.

Pouvez-vous nous décrire cette extension ? Quelles sont les grandes lignes de votre approche architecturale ?

G. F.: Le projet de l'extension s'est inscrit sur deux axes. Le premier a été la création de cette extension du plateau technique avec une nouvelle entrée pour fédérer l'organisation générale et ses circuits patients. Le deuxième a été notre volonté de participer à la révolution énergétique, technologique et architecturale. L'écriture fine de notre architecture nous a permis de greffer un bâtiment neuf à un bâtiment existant, et de proposer une écriture architecturale unique pour l'ensemble de l'établissement.

Comment avez-vous abordé la gestion des flux ?

G. F.: Nous avons modifié les entrées afin de recréer une polarité principale et de redonner des adressages intérieurs au niveau de l'extension. Nous avons pris connaissance des futurs services et avons porté une attention particulière à la réécriture de ce bâtiment afin de faciliter l'adressage qui n'avait pas été opéré depuis 40 ans.

Quels éléments participent à améliorer le quotidien des utilisateurs, qu'il s'agisse des conditions d'accueil des patients ou des conditions de travail du personnel ?

G. F.: Le respect de l'intimité entre les patients et le personnel, ainsi que l'ergonomie des espaces, sont des points essentiels de notre prise de considération. Nous avons à cet égard entrepris un important travail de design intérieur, notamment concernant le stockage. Nous avons également prêté attention à l'ergonomie des postes d'accueil et à la luminosité du bâtiment. Nous avons enfin identifié toutes les étapes des parcours du personnel et des patients pour prendre en considération leurs moments d'interactions.

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

G. F.: Nous n'avons pas rencontré de grandes difficultés. Nous sommes très satisfaits car nous ne voulions pas rendre un travail neutre, symbole d'immobilisme architectural, et notre client s'est totalement inscrit dans une révolution de l'image de cet hôpital.

Comment s'est passée la discussion avec la maîtrise d'ouvrage ?

G. F.: Les discussions ont essentiellement eu lieu à l'oral il y a cinq ans avec les administrateurs. Ils ont totalement adhéré au principe que nous avions mis en place, et qui était très éloigné du programme initial. Nous avons installé des transstockeurs et d'autres systèmes hautement technologiques qui auraient pu les effrayer, mais qui n'ont pas posé un problème car nous avions prévu un programme traduisant les circuits

courts, les arsenaux verticaux. Le projet était dense et construit en une fois. Finalement, presque rien n'a été modifié entre ce que nous avions planifié six ans auparavant et le résultat final.

La crise sanitaire a-t-elle impacté le projet ?

G. F.: Nous ne nous sommes presque pas rendu compte de cette crise sanitaire, car nous n'avons été ralenti que durant une quinzaine de jours. Nous avons considéré que notre devoir de maître d'ouvrage était de continuer à faire travailler toutes les personnes présentes sur le chantier. Le COVID était une raison d'autant plus forte de construire et rénover rapidement cet hôpital dans le besoin. La crise sanitaire n'a en outre pas modifié substantiellement la conception de l'extension. Le design des façades a lui été légèrement transformé, mais pour des raisons indépendantes de la pandémie. Nous avons également pensé à créer des flux séparés, mais nous finalisons encore la réflexion car tous les travaux n'ont pas eu lieu. Nous allons commencer par faire le bloc des consultations, puis nous nous intéresserons à la réanimation et aux urgences, pour lesquelles les travaux ne débuteront pas avant quatre ans. Nous n'allons pas concevoir dès à présent des espaces qui ne seront pas construits avant plusieurs années, car cela nous obligerait à apporter de grandes modifications à nos plans initiaux. Le système de marché public ne permet généralement pas aux programmes d'évoluer facilement au cours de la construction, et nous n'en faisons pas partie, donc notre adaptabilité est une grande qualité de notre fonctionnement. De plus, les équipes ont facilement adhéré au principe et ont porté le projet. Notre programme ne pourra donc que fonctionner.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

G. F.: L'hôpital de demain devra mettre en place un suivi du parcours patient qui permettra aux accompagnants d'accéder heures par heures à ces informations via leurs téléphones. Il est essentiel que l'hôpital s'améliore quant à la transmission des informations.





Le parcours ambulatoire

«À l'aube de l'ouverture du nouveau bâtiment, l'hôpital Saint Philibert s'apprête à entrer dans (...) "le virage ambulatoire 2022".»

Entretien avec Sandra Kocur, Responsable opérationnel

Comment l'hôpital Saint Philibert a-t-il réfléchi, conçu et développé un parcours ambulatoire ?

Sandra Kocur: Notre hôpital pratique le parcours ambulatoire depuis plusieurs années. A l'aube de l'ouverture du nouveau bâtiment, l'hôpital Saint Philibert s'apprête à entrer dans ce qu'il dénomme « *le virage ambulatoire 2022* ». En effet, les choix architecturaux à savoir la continuité du bloc opératoire sur l'ambulatoire permettent d'optimiser et fluidifier le parcours ambulatoire des patients.

Comment l'établissement va-t-il aborder ce virage ambulatoire 2022 ?

S. K.: La communication sera son premier moyen d'aborder le virage

ambulatoire 2022. Il faudra permettre aux praticiens et aux spécialités de se rapprocher, afin d'analyser ensemble leurs habitudes, leurs parcours actuels et d'identifier les transformations d'hospitalisation possibles. Nous nous concentrerons aujourd'hui sur les patients qui ne restent à l'hôpital qu'une nuit ou deux. Une commission ambulatoire, qui s'était quelque peu éteinte durant le COVID, a été relancée. Elle compte un représentant de chaque spécialité, la direction, la CME, etc., afin d'engager les discussions et d'entraîner les chirurgiens.

Toutes les disciplines ne sont en effet pas d'emblée éligibles à l'ambulatoire, et nous devrons travailler finement avec les praticiens en leur expliquant que nous testerons préalablement les parcours, les cloisonnerons et les réajusterons au besoin.

Quelles sont les attentes des patients actuellement ?

S. K.: Aujourd’hui, les patients souhaitent rester le moins longtemps possible à l’hôpital, et ne surtout pas perdre de temps. Leurs attentes sont donc relatives à l’optimisation de leur séjour, alliée à la qualité des soins et à la disponibilité des professionnels de santé. De nombreux outils numériques peuvent maintenant nous aider dans la mise en place des parcours patients, tels que la préadmission en ligne. Nous travaillons à cet égard depuis environ un an et les résultats sont assez probants. Les soignants peuvent être déstabilisés par la nécessité d’apporter la même qualité de soin sur une plage de temps contrainte. Cela ne signifie pas qu’ils doivent aller plus vite mais simplement que nous devons nous réorganiser afin de personnaliser le séjour du patient.

Quels sont les éléments qui sont pris en compte autour de cette «expérience patient» ?

S. K.: Il faut vérifier en amont que nos process soient bien optimisés, fiables et éprouvés. La préparation administrative est également fondamentale afin d’expliquer aux patients le déroulement de leurs séjours dès la première consultation. Nous portons ensuite une grande importance à nos prestations hôtelières, à notre accueil et à la collation apportée à la suite de l’acte chirurgical. Nos cocons sont travaillés afin d’être les plus confortables, fonctionnels possibles. Ils ont été agrémentés de fauteuils accueillants et d’oreillers connectés. Nous avons imaginé nos parcours de telle sorte que nos patients puissent conserver leurs téléphones ou tablettes le plus longtemps possible.

Comment avez-vous été intégré dans les réflexions autour de l’extension ?

S. K.: Mon expérience professionnelle concernant les blocs opératoires, les patients et l’ambulatoire m’a permis d’avoir une vision préalable des organisations, que j’ai confortée avec celle des professionnels de terrain. L’évolution de la prise en charge ambulatoire était un choix stratégique affirmé par la direction, ces objectifs sont partagés par les équipes. Nous avons ensuite travaillé presque quotidiennement et de manière toujours plus intense, jusqu’à l’ouverture de l’extension en mai. Durant cette période, nous avons également eu la chance de nous enrichir de nouvelles connaissances grâce aux architectes, aux techniciens et à toutes les personnes qui ont travaillé sur le chantier.

Avez-vous dorénavant pensé à de nouveaux outils que vous souhaiteriez développer une fois que toutes les équipes se seront approprié l’outil ?

S. K.: Un développement de l’hypnose est opéré depuis quelques années au sein du bloc opératoire, les professionnels d’anesthésie sont toujours plus nombreux à se former chaque année à cette pratique. Je



souhaiterais l’étendre pour les professionnels de l’unité ambulatoire. C’est également en cohérence avec notre volonté de raccourcir le parcours des patients et de les accueillir dans de bonnes conditions. Nous pourrions également améliorer la déambulation au sein du bloc car les patients sont actuellement toujours amenés en lit ou en chaise. Ainsi, ceux capables de marcher pourraient se déplacer seuls, mais nécessairement accompagnés par un brancardier. Ces derniers seraient également avantagés par cette mesure, qui leur permettrait d’accroître leur fonction à travers cette mission d’accompagnement pour laquelle ils seraient formés. Enfin, nous prévoyons d’utiliser la salle de restauration comme salle de relaxation afin de proposer aux soignants des séances de sophrologie. Des masques de réalité virtuelle seront également mis à disposition pour leur permettre de décompresser ou de se remettre d’une émotion. Si les soignants se sentent bien dans l’exercice de leurs fonctions, les patients le ressentiront forcément !

La cardiologie interventionnelle

« Ce nouveau plateau technique, équipé de salles hybrides et combiné à de nouvelles techniques, nous permettra (...) de développer de nouvelles activités. »

Propos recueillis auprès du **Professeur Maréchaux**, chef de service cardiologie-soins intensifs et du **Professeur Graux**, cardiologue

Pouvez-vous nous présenter votre service ?

Le service de cardiologie-soins intensifs est un département de cardiologie présent sur les deux hôpitaux du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille : Saint Vincent de Paul et Saint Philibert. Le service de cardiologie de Saint Philibert est complet, il comprend toutes les disciplines de ce domaine, que sont la cardiologie interventionnelle, via la rythmologie, la maladie coronaire, la gestion de l'insuffisance cardiaque, les maladies valvulaires cardiaques, etc. Nous avons un très large panel d'activités car nos patients peuvent être pris en charge par des urgences de proximité et nous réalisons des activités de recours dans le cadre de nos parcours de soins et de nos filières de patients, en partenariat avec différentes structures régionales. La démarche de ces partenariats est hospitalière et universitaire.

Dans quelle mesure la cardiologie interventionnelle représente-t-elle une activité phare pour l'hôpital Saint Philibert ?

Il s'agit d'une activité en croissance depuis une dizaine d'années, à tel point que nous avions atteint un niveau de saturation avant les travaux de construction. La salle de rythmologie interventionnelle était surutilisée et nous devions faire face à des difficultés d'horaires et de longs délais de prise en charge des patients. La croissance de notre activité que nous avions observée en parallèle ne nous permettait plus de travailler dans ces conditions.

Quelles sont vos attentes relatives à la restructuration de l'hôpital Saint Philibert ?

Notre objectif était de restructurer l'hôpital afin que les avantages soient multiples et bénéficiant aux patients. C'est pourquoi nous avons choisi de créer un bloc opératoire très sécuritaire au sein duquel un grand panel de professions est regroupé : anesthésistes et couverture chirurgicale (chirurgiens thoracique, vasculaire, etc.). Il a en outre été construit de manière à le rendre très facile d'accès, en créant par exemple un passage direct depuis l'entrée du SAMU. Il se situe très près du métro pour permettre aux patients d'arriver facilement et d'être pris en charge rapidement sur le plan ambulatoire. Des fauteuils coquilles dédiés permettront une rotation des patients plus importante et amélioreront donc leur expérience. Ce n'est pas le cas actuellement car la programmation classique d'intervention induit de longs temps d'attente.

Comment avez-vous été intégré dans les réflexions autour de la conception de ce nouveau bâtiment ?

Nous avons été intégrés dans les réflexions dès la conception de l'hôpital, et toutes les équipes et surspécialités ont été interrogées. Notre avis a été requis afin de construire un bâtiment proche de nos besoins et de nos problèmes rencontrés, et non pas pensé de manière descendante et verticale.

Dans quelle mesure l'extension avec le nouveau plateau technique doit-il permettre à votre service de développer de nouveaux types de prise en charge ?

De nouvelles prises en charge nécessitent d'avoir un accès à un plus grand nombre de salles, ce qui nous permettra de réduire nos délais d'intervention et d'hospitalisation. Nous faisons en effet face à un conflit entre l'« *urgent* » et le « *programmé* », car les patients en situation d'urgence sont parfois obligés d'attendre longtemps, faute de place. Ce nouveau plateau technique, équipé de salles hybrides et combiné à de nouvelles techniques, nous permettra de ne plus être sursaturés et d'ainsi développer de nouvelles activités. Ce projet nous donnera donc la possibilité de développer des techniques d'ablation par électroporation dans le cadre de la rythmologie. Nous pourrons alors réduire les durées de procédure, les temps d'hospitalisation et prendre en charge les patients de façon optimisée.

Comment avez-vous anticipé les organisations à venir dans ce nouveau plateau technique ?

Des réunions de consultation ont été organisées régulièrement afin d'avancer aisément et de concert avec notre administration. D'autres réunions d'organisation pour la répartition et le fonctionnement ont eu lieu et il y en aura encore, car la mise en œuvre reste à faire.





La chirurgie orthopédique

« *La conception de nouveaux circuits patients a pour objectif de réduire les durées d'hospitalisation et de simplifier les parcours.* »

Propos recueillis auprès du Professeur Jean-François Desrousseaux chef de service d'orthopédie et traumatologie

Comment est organisé votre service ?

Jean-François Desrousseaux : Notre équipe est composée de treize médecins qui travaillent à temps partiel sur quatre services différents. Chaque membre est surspécialisé dans un domaine spécifique et apporte sa compétence à chacun des sites.

Dans quelles mesures le renouveau de l'hôpital Saint Philibert va-t-il vous permettre de développer de nouveaux process en matière de chirurgie ?

J.-F. D. : La conception de nouveaux circuits patients a pour objectif de réduire les durées d'hospitalisation et de simplifier les parcours. La chirurgie orthopédique comprend une part non négligeable de chirurgie ambulatoire bien que notre site est particulier en ce sens : il ne propose pas beaucoup d'ambulatoire par rapport à d'autres hôpitaux. Nous espérons faire progresser cet aspect en étendant les indications de l'ambulatoire à des gestes que nous pratiquons aujourd'hui sur des hospitalisations courtes. Nous souhaiterions instaurer l'ultra-ambulatoire (absence quasi-complète d'hospitalisation) pour des interventions qui connaissent déjà l'ambulatoire classique, et ouvrir l'ambulatoire à un plus vaste champ d'interventions, qui nécessitent actuellement des hospitalisations très courtes, telles que les opérations de hernie discale. La nouvelle structure pourra ainsi sécuriser les parcours à cet égard et aura comme autres intérêts d'améliorer l'accueil

des patients et de simplifier leurs circuits. Nous espérons également pouvoir l'utiliser pour la RAAC (Récupération Rapide Après Chirurgie).

Avez-vous commencé à anticiper les nouvelles organisations qui auront lieu sur le site ?

J.-F. D. : Nous avons beaucoup travaillé sur la RAAC. Elle fonctionne depuis peu pour les prothèses de hanches, de genoux et le rachis, elle permet grâce aux nouveaux locaux d'optimiser les circuits patients et de diminuer significativement les durées d'hospitalisation.

Comment avez-vous été impliqués dans les réflexions autour de ce futur plateau technique et de l'organisation dans les blocs opératoires ?

J.-F. D. : Nous avons rapidement organisé des réunions avec l'architecte Gilles Froment au cours desquelles nous avons exposé nos attentes respectives et, lui, l'évolution de son projet afin d'y apporter des critiques constructives.

Quelle est votre vision de la chirurgie de demain ?

J.-F. D. : L'hôpital de demain ne sera qu'un plateau technique et n'aura plus le fort rôle d'hébergement qu'il détient aujourd'hui. C'est ce vers quoi nous tendons mais cela demande des moyens et une organisation qui ne dépendent pas de l'hôpital.



Le robot chirurgical

« *L'avenir de la chirurgie est inévitablement lié à la robotique.* »

Interview du **Docteur Bonnal**, chef de service urologie, du **Docteur Nunès**, chef de service chirurgie digestive et thoracique, et du **Docteur Claret**, chirurgien thoracique

Pourquoi l'établissement a-t-il fait l'acquisition d'un tel équipement ?

Nous avons fait l'acquisition d'un robot chirurgical car l'avenir de la chirurgie est inévitablement lié à la robotique.

Dans quelles mesures le robot chirurgical représente-t-il une évolution, ou une révolution, de la pratique de la chirurgie ?

Il s'agit d'une évolution de la coelio-chirurgie par laquelle le chirurgien est libéré des contraintes concernant les mouvements opératoires au travers de la paroi abdominale et il bénéficie d'une vision 3D stable avec un grossissement des structures anatomiques jusqu'à 10 fois. La révolution technologique aura lieu lorsque nous créerons des robots capables d'implémenter l'intelligence artificielle et les imageries en temps réel sur des activités chirurgicales. Nous jouissons pour l'instant d'une chirurgie augmentée, pour des biopsies prostatiques, par exemple, mais il est certain que la chirurgie augmentée aura toute sa place dans un bloc opératoire à l'avenir.

Quels sont les atouts d'un tel outil pour vos activités respectives ?

Ce robot est un élément d'attractivité pour les jeunes médecins qui, souvent, ont acquis une expérience chirurgicale robotique lors de leur formation dans les CHU.

Pour les chirurgiens déjà bien installés dans la pratique de la coelio-chirurgie, le robot chirurgical n'est pas autant attractif. Il peut néanmoins être une nouvelle manière de réaliser leurs gestes médicaux avec une plus grande facilité, au prix d'un nouvel apprentissage sur cet outil.

Et quels sont les atouts pour le patient ?

La chirurgie cœlioscopique ou robotique, moins invasive, limite le recours à des antalgiques et favorise un retour rapide à domicile. La robotique est un moyen de développer des parcours de soins ambulatoires et les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC).

Dans quelles mesures la formation bénéficie-t-elle du robot chirurgical ?

Nous avons une console de simulation avec le robot qui facilite l'apprentissage des jeunes internes et chefs de clinique. Les exercices de simulation virtuels et sur matériel d'apprentissage réel accélèrent la progression vers un niveau d'expertise suffisant de chaque professionnel en chirurgie robotique. Le Professeur Baumert complète la formation des urologues les plus avancés sous forme de mentorat.

Comment le robot a-t-il été choisi ?

Nous avons choisi le leader actuel pour sa technologie qui nous paraissait plus aboutie, sachant que le marché s'ouvre néanmoins à la concurrence. Dans la gamme de cet industriel, nous avons opté pour le matériel le plus adapté au marché européen en termes d'investissements au vu des contraintes budgétaires.

Qu'est-ce que le nouveau plateau technique vous permettra de développer avec le robot ?

L'intégration de ce robot au sein du nouveau plateau technique est un élément indispensable à la mise en place de nouvelles pratiques, alors que nos locaux étaient jusqu'à présent désuets et ne nous permettaient pas d'aborder correctement le xxi^e siècle. Il a été également décidé de regrouper des disciplines non-chirurgicales sur le plateau technique, habituellement dédié exclusivement à la chirurgie. Nous pourrons donc côtoyer des radiologues, par exemple, et créer des échanges constructifs. Nous serons de plus en plus transversaux.

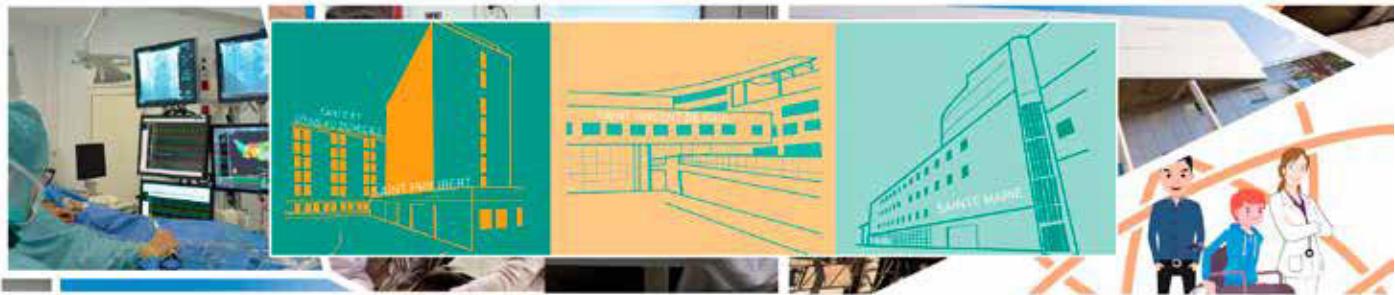
Dans quelle mesure le robot chirurgical représente-t-il une évolution de votre activité ?

Les champs d'application du robot ont été historiquement plus restreints et donc moins diffusés dans ma spécialité que dans d'autres. L'urologie, via notamment la chirurgie prostatique, a été un moteur important dans l'éclosion et la diffusion de la chirurgie robotique. Pour la chirurgie digestive, c'est surtout la chirurgie du rectum qui a focalisé initialement l'attrait pour cette technique. D'autres champs d'application sont maintenant plus étayés dans la littérature, rendant possible une plus large diffusion de cette technique. La chirurgie robotique

permet maintenant d'aller au-delà des possibilités raisonnables de la coelioscopie, notamment concernant la chirurgie des organes pleins (parenchymateux), tels que le foie et le pancréas. L'utilisation du robot permet d'obtenir une bonne vision 3D et une grande stabilité, facilitant la dissection et la suture de ces structures fragiles.

L'établissement a fait l'acquisition d'un robot pour l'installer dans la nouvelle extension. Quelles sont votre vision et vos attentes vis-à-vis de cette extension ?

Exercer dans un environnement moderne est déjà très positif. Nous travaillons jusqu'à présent dans un bloc datant de 1977, et il était devenu impératif de disposer d'un outil de travail à la hauteur de nos attentes et intégrant les technologies du xxi^e siècle. Nos attentes sont donc élevées, car nous souhaitons également développer des activités d'avenir, telles que des salles hybrides pour des gestes d'embolisation spécifiques en peropératoire pour des procédures de chirurgie hépatique. Nous aurons à présent tous les outils nécessaires pour suivre l'évolution de la chirurgie des 30 ou 40 prochaines années.





La radiologie interventionnelle au GHICL

« La pluridisciplinarité est un élément central de notre travail car il existe une grande collaboration entre les professionnels de l'hôpital. »

Interview du Professeur Jean-François Budzik, chef de service d'imagerie médicale

Pouvez-vous nous présenter votre service ?

Jean-François Budzik: Notre service d'imagerie médicale est constitué d'une équipe médicale commune aux deux hôpitaux Saint Philibert et Saint Vincent de Paul. Nous sommes un service de radiologie moderne, car les 17 radiologues de l'équipe ont chacun leur domaine d'expertise: en système nerveux central, en uro-digestif, en musculosquelettique... Nous avons trois chefs de clinique et encadrons également sept internes de différents degrés d'expérience.

Dans quelles mesures la radiologie interventionnelle représente-t-elle une activité phare pour l'hôpital Saint Philibert ?

J.-F. B.: L'activité de radiologie interventionnelle a évolué au fil du temps, avec l'arrivée de différents praticiens et l'instauration

d'interactions avec d'autres spécialités. Certaines interventions sont complexes et demandent du temps, mais l'acquisition d'un nouveau scanner par l'hôpital Saint Philibert a permis d'obtenir bien plus de créneaux horaires. En 2021, nous nous étions également procuré du matériel de radiofréquence pour des traitements de la douleur, essentiellement des lombalgies chroniques, procédures que nous réalisons depuis très fréquemment: l'acquisition de ces matériels a permis d'élargir l'offre de soins et de proposer immédiatement un nouveau traitement aux malades. Ces acquisitions, l'élargissement des possibilités d'accueil des patients, ainsi que le plus grand nombre de praticiens formés aux techniques spéciales ont permis à la discipline de beaucoup se développer.

Que vous apporte la restructuration de l'hôpital Saint Philibert ?

J.-F. B.: Nous souhaitions obtenir une unité géographique dédiée aux traitements de radiologie interventionnelle. L'acquisition d'une salle hybride associant un scanner et un arceau (un appareil de radiographie numérique, qui permet de produire des images en direct dans n'importe quel plan de l'espace) est un réel atout. Nous étions jusqu'à présent obligés de faire co-exister les examens diagnostiques et les examens interventionnels, programmés et non-programmés, les urgences, sur nos scanners, ce qui était compliqué en termes d'organisation du travail. Grâce aux possibilités offertes par le couple scanner-arceau, mais aussi l'échographie, nous avons désormais un guidage de haute précision utilisable quelle que soit la structure anatomique concernée et quels que soient les malades (âge, corpulence, comorbidités). En étant un espace sanctuarisé pour la pratique de la radiologie interventionnelle, l'environnement du bloc opératoire permet de travailler plus sereinement, que ce soit pour la gestion du matériel comme pour l'accueil des malades, ce qui est bénéfique pour eux comme pour les soignant.e.s.

Comment avez-vous été intégrés dans les réflexions autour de la conception de ce nouveau bâtiment ?

J.-F. B.: Nous avons tout de suite été impliqués, en collaboration avec l'équipe de direction et avec les différents intervenants, par exemple sur le positionnement des salles et les choix des matériels. L'équipe de direction a été très attentive à nos besoins en tant que médecins, et pour ce projet comme pour les autres, nous travaillons dans une relation de confiance, ce qui est très appréciable et très précieux.

Comment commencez-vous à anticiper les nouvelles organisations ?

J.-F. B.: Nous les anticipons de deux manières : sur l'organisation et sur la formation. Ainsi, un nouveau praticien ayant une importante expérience en destruction tumorale de lésions cancéreuses nous a rejoint, ce qui permet un partage de connaissances très enrichissant avec les équipes en place. La spécialité de radiologie a beaucoup évolué ces dernières années. Une spécialité de radiologie interventionnelle avancée a été créée dans le cursus de formation des internes. Grâce au développement du plateau technique et de l'équipe, nous accueillons un plus grand nombre d'internes, sept actuellement, alors que nous n'en avions que trois il y a dix ans. Nous accueillons également des « *docteurs juniors* », médecins en fin de formation de radiologie, venant apprendre une spécialité d'organe particulière.

L'organisation est néanmoins très complexe car notre équipe travaille dans les deux hôpitaux, couvre l'ensemble de l'imagerie du corps humain, chacun dans son domaine d'expertise (donc les praticiens ne sont pas remplaçables les uns des autres), et assume intégralement l'ensemble de la permanence des soins diagnostique et interventionnelle, très sollicitée. Comme pour l'arrivée de chaque matériel, l'ouverture de la salle hybride au bloc opératoire a donc engendré une nouvelle réorganisation pour les médecins, les manipulateurs/trices avec individualisation d'une équipe dédiée au bloc opératoire, et les circuits patients, afin, d'utiliser chaque ressource matérielle à bon escient, c'est-à-dire d'utiliser la technique de guidage adaptée à la situation de chaque malade.

Dans quelles mesures le déménagement vous a-t-il permis de renouveler vos équipements ?

J.-F. B.: Les différentes modalités d'imagerie sont adaptées à chaque intervention, donc pour chaque malade et pour chaque pathologie, là

encore dans une réelle pratique de médecine personnalisée. Nous avons accès à toutes les modalités pour le guidage interventionnel au bloc opératoire : radioscopie numérique, échographie, scanner... Seule l'IRM nous manque, mais très peu de procédures le nécessite.

Dans quelles mesures cette dynamique va-t-elle faciliter les échanges entre les professionnels et favoriser la formation d'équipes pluridisciplinaires ?

J.-F. B.: La pluridisciplinarité est un élément central de notre travail car il existe une grande collaboration entre les professionnels de l'hôpital. Une fois la formation initiale réalisée, nous sommes convaincus que ce sont les échanges avec nos confrères et consœurs d'autres spécialités qui enrichissent nos connaissances et nous font évoluer. Nous entretenons donc des échanges actifs entre soignants, que ce soit au quotidien, pour discuter des prises en charge entre médecins de différentes spécialités médicales et chirurgicales, ou lors des réunions de concertation pluridisciplinaire qui nous permettent de proposer aux malades les meilleurs soins possibles, notamment en pathologie cancéreuse. Une décision conjointe prise à l'issue d'un échange de visu entre deux médecins et tracée dans un courrier est un gage de qualité pour les malades, bien plus qu'un échange de courriers de consultations.

La présence permanente au bloc opératoire nous permet d'interagir plus aisément avec nos collègues anesthésistes, qui font beaucoup d'effort depuis longtemps pour que les procédures interventionnelles puissent être réalisées dans les meilleures conditions de confort pour les malades.

Avez-vous déjà réfléchi au développement de nouveaux types de prise en charge par le biais de ce nouvel outil ?

J.-F. B.: Nous y réfléchissons sérieusement car nous souhaitons encore élargir nos possibilités de prises en charge actuelles, par exemple, la destruction tumorale en radiologie interventionnelle. Elle consiste à proposer à certaines personnes atteintes de cancers ou de métastases une procédure traitant une lésion spécifique (foie, rein, squelette...). Il s'agit soit d'avoir une action rapide sur les douleurs générées par ces lésions et donc d'améliorer la qualité de vie, soit de les détruire pour éviter leur extension, par exemple en alternative à la radiothérapie qui implique de nombreux déplacements, à un certain délai d'action, et peut induire des dégâts adjacents, ou en alternative à la chirurgie. Ces procédures sont relativement courtes, se font sous anesthésie générale, et ont un effet très rapide. Les cicatrices sont petites, et les malades récupèrent rapidement de l'intervention, ce qui est particulièrement intéressant chez des malades dont la durée de vie est malheureusement parfois courte. Nous réalisons déjà de tels traitements par radiofréquence sur le foie et le rein, mais nous souhaitons étendre ces possibilités à d'autres organes, tel le poumon ou le squelette, et utiliser d'autres outils comme la cryothérapie ou les micro-ondes. Nous pourrions également réaliser plus de procédures en collaboration avec d'autres spécialistes. Nous avons par exemple déjà réalisé des traitements préventifs de lésions cancéreuses du bassin à risque de fractures en collaboration avec nos confrères chirurgiens orthopédistes. Ce type de procédure conjointe permet de mettre en commun les savoir-faire de différents spécialistes, ce qui est à notre avis une grande chance pour les malades.