

Le Centre hospitalier universitaire Nouveaux besoins, nouveaux défis

Considéré sous l'angle de l'urbanisme, le C.H.U., comme tout bâtiment public très fréquenté, devrait donner satisfaction sur au moins trois points :

- une bonne accessibilité, ce qui implique un réseau efficace de transports en commun et des possibilités de parking suffisantes ;
- un environnement aussi commode et aussi beau que possible ;
- une gestion du bâtiment respectueuse de l'œuvre architecturale.

La situation actuelle et les perspectives d'avenir correspondent-elles à ces objectifs ? La réponse pour le présent est mitigée et doit être prudente pour le futur.

Cette réponse en demi-teinte a une explication globale qui tient en un mot : le changement, ou mieux, les changements. Intervenues après les décisions irréversibles sur le choix du site et sur le choix architectural¹, ils relèvent de nombreux domaines, mais peuvent être regroupés sous quatre rubriques : la réduction des moyens, l'obligation d'être compétitif par la qualité universitaire, l'évolution technique et le succès grandissant de l'hôpital.

LA RÉDUCTION DES MOYENS

La décision d'implanter le C.H.U. sur le site où il se dresse aujourd'hui a été prise il y a quarante-cinq ans, au début des *golden sixties*, époque qui nous paraît d'autant plus lointaine qu'elle est, surtout dans notre région, très différente de la nôtre, comme son nom l'indique bien. Elle se caractérisait par un optimisme inébranlable quant à la pérennité de la prospérité.²

Le projet grandiose du transfert intégral de l'Université de Liège vers le Sart Tilman est une belle illustration de la men-

talité de l'époque. Dans ce transfert, le C.H.U. occupait une place de choix et l'on n'a pas lésiné sur les moyens au moment de sa conception. L'ambition était de construire dans un site exceptionnel un hôpital exceptionnel. C'était d'ailleurs la règle : le transfert de l'Université était pour l'Etat belge, qui le finançait, une belle occasion de mettre en valeur, dans une vitrine prestigieuse, le talent et le savoir-faire de nos architectes, de nos urbanistes, de nos entrepreneurs. Et l'on avait l'éternité devant soi, comme le rappelle le Professeur Bonnet³. C'était l'époque de l'Etat-mécène.

Cette belle sérénité dura environ dix ans. Au début des années 70, on commence à déchanter. Les ressources disponibles s'amenuisent, pour diverses raisons, dont une politique hospitalière restrictive, la crise pétrolière, le ralentissement de l'économie, les déficits publics, la perte d'influence relative des universités.

C'est ainsi que le transfert du C.H.U., comme du reste le transfert de l'Université, fut considérablement ralenti, suspendu pendant de longues périodes, revu à la baisse (de 1.100 à 609 lits) et ce n'est qu'en 1985 que furent inaugurés les premiers services cliniques fonctionnant au Sart Tilman. Le 13 décembre 1985, lors de l'inauguration du C.H.U., un des orateurs résumait l'histoire de sa construction : "Le C.H.U., conçu et commencé dans un bref âge d'or, s'achève - mais s'achève tout de même - dans un âge de fer, ou de métal plus vil encore, dont nous n'apercevons pas le terme".

On observera aussi que les décideurs des années 60 n'avaient encore aucune perception aiguë des futures pénuries d'énergie qui allaient freiner l'expansion économique du monde occidental, pas plus que des problèmes de mobi-



Photo G. Focant, © MRW, Dgatlp.

lité qui allaient devenir de plus en plus complexes. En matière d'énergie, par exemple, la grande verrière du C.H.U. et les énormes surfaces vitrées de tous les bâtiments n'inquiètent personne en dépit de leurs coûts indirects potentiels. De même, on estime opportun d'assurer le chauffage de l'hôpital en le raccordant à la chaufferie centrale de l'Université par une conduite souterraine qui traverse tout le campus. Quant aux problèmes de mobilité, ils sont traités avec insouciance dans l'euphorie générale : ils seront résolus, croit-on, par la voiture, en plein boom, et des transports en commun ultra-modernes à inventer.

Ce rappel explique le premier et le plus important défi auquel sont confrontés les

gestionnaires actuels du C.H.U. ; on le résumera en disant qu'ils doivent gérer, dans un contexte économiquement difficile, présentant des problématiques inconnues des fondateurs, un hôpital dont le site a été choisi et l'architecture générale conçue dans la certitude que la prospérité ne faiblirait plus.

La difficulté est d'autant plus grande que la politique hospitalière a elle aussi connu de sérieuses évolutions. En bref, les pouvoirs publics sont aujourd'hui contraints d'adopter une politique de plus en plus restrictive en matière de santé publique. Notre hôpital n'y échappe pas. On notera, par exemple, que les hôpitaux universitaires ne reçoivent de l'Etat, au regard des autres hôpitaux, que très peu

de crédits d'investissement. La situation est suffisamment connue pour qu'on n'y insiste pas.

L'OBLIGATION D'ÊTRE COMPÉTITIF PAR LA QUALITÉ UNIVERSITAIRE

Le C.H.U. est aujourd'hui une institution qui, comme les autres hôpitaux, doit se montrer compétitive sur un marché très concurrentiel. Son attractivité doit être préservée et même être renforcée. C'est dire que d'importants moyens doivent être dégagés pour que la patientèle, aujourd'hui de plus en plus exigeante tant sur le plan des soins que sur celui du confort, continue à faire confiance à

l'hôpital. Le niveau universitaire de l'institution est à cet égard un atout majeur. Encore faut-il le maintenir et donc s'en donner les moyens humains et matériels.

L'ÉVOLUTION TECHNIQUE

La technologie médicale ne cesse d'évoluer. Un hôpital universitaire se doit d'être à la pointe dans ce domaine. Il doit donc plus qu'un autre y investir massivement. Quand l'hôpital a été conçu, bien des techniques, aujourd'hui répandues, n'existaient pas et n'étaient même pas prévisibles. L'adaptation doit donc être rapide et permanente.

LE SUCCÈS GRANDISSANT

Tous ces défis n'ont pas empêché le C.H.U. de connaître un succès grandissant, entraînant un afflux croissant de personnes sur le site (patients, familles, personnel), sans compter le transfert aujourd'hui réalisé de l'enseignement et de la recherche de la Faculté de Médecine. A titre d'exemple, de 1992 à 2003, le C.H.U., qui comprend aujourd'hui plusieurs sites, a vu son personnel augmenter de 80%. Sur le seul site du Sart Tilman, le personnel est passé de 2.900 à 3.600 personnes. Les journées d'hospitalisation ont augmenté, durant la même période, de 45% et le nombre d'admissions en policlinique de 74%.

Revenons aux trois objectifs urbanistiques mentionnés au début de l'article.

Accessibilité - Parkings et transports en commun

On aura compris que le principal problème est aujourd'hui celui des parkings. Il touche à la fois au confort et à l'esthétique. Le succès du C.H.U. ne fait que l'aggraver. Les terrains environnants ont dû être déboisés. Sous la contrainte, le C.H.U. et l'Université ont porté le nombre de places de parking de 1.400 en 1985 à 2.765 en 2005. C'est encore insuffisant. La solution radicale serait de construire (mais à quel prix !) un parking à étages en modifiant profondément le terrain pour encastrer le bâtiment dans la colline. On y a renoncé jusqu'ici pour des raisons budgétaires.

Quant aux transports en commun, s'ils se sont considérablement développés - le C.H.U. a d'ailleurs été le déclencheur d'un renforcement général des lignes d'autobus vers le campus - ils restent à améliorer, tout spécialement entre l'hôpital et la région Ourthe-Ambève, à la fois très proche et très mal desservie. C'est une des priorités actuelles des autorités du C.H.U.

Qualité de l'environnement immédiat

Avec les besoins en parking, qui ont forcé au déboisement et mobilisent d'énormes surfaces, l'évolution des technologies, le succès de l'hôpital et la nécessité d'une gestion rigoureuse ont conduit à des constructions nouvelles, proches des tours de base, ce qui altère inévitablement le décor.

- Dès 1991, la construction d'un nouveau bâtiment s'est révélée nécessaire pour accueillir deux équipements de résonance magnétique nucléaire.
- En 2000, un nouveau bâtiment de 3.600 m² a dû être construit pour la psychiatrie, la pharmacologie clinique et le laboratoire de thérapie cellulaire et génique.
- Un bunker extérieur supplémentaire doit être réalisé rapidement pour accueillir un appareil de radiothérapie complémentaire.
- A terme, des installations de cogénération pourraient être envisagées pour les hôpitaux afin de réduire le coût énergétique d'exploitation.
- A plus long terme, dans l'hypothèse où le coût des combustibles (fuel lourd, gaz, gazoil) continuerait à grimper, la rentabilité d'une chaufferie centrale, comme celle qui assure le chauffage de tout le campus universitaire, pourrait être remise en question au profit d'unités de puissance réduite, mais installées à proximité des bâtiments concernés. Dans ce cas de figure, le C.H.U. du Sart Tilman devrait pouvoir disposer de sa propre chaufferie.

Respect des bâtiments principaux

Les diverses évolutions rapportées ci-dessus ont nécessité et nécessiteront encore des adaptations des bâtiments

On aura compris que le principal problème est aujourd'hui celui des parkings. Il touche à la fois au confort et à l'esthétique. Le succès du C.H.U. ne fait que l'aggraver.

principaux eux-mêmes. Voici, à titre d'exemples, quelques problèmes qui devront tôt ou tard être mis à l'étude :

- augmentation du nombre d'ascenseurs ;
- adaptations incontournables des lieux pour respecter la dernière norme en matière de protection contre le danger des rayonnements ionisants ;
- aménagements architecturaux pour permettre l'extension du bloc opératoire situé dans le voisinage de protection de la grande verrière classée par arrêté ministériel du 25 mai 1994 ;
- étude des possibilités de meilleure isolation thermique des chambres ;
- remplacement de certains équipements à caractère immobilier, qui sont en fait des prototypes, mais qui, à court terme, ne répondront plus techniquement aux contraintes de fiabilité et de sécurité en vigueur.

On aura compris pourquoi la réponse aux légitimes préoccupations urbanistiques qui concernent le C.H.U. ne peut être que mitigée, quelle que soit la bonne volonté des responsables de l'hôpital.

CONCLUSIONS

Sur le plan pratique, il y a quelques objectifs à ne pas abandonner : l'amélioration des transports en commun et la

Depuis sa conception et sa mise en place, le C.H.U. a considérablement évolué sur le plan institutionnel, à la fois dans les idées et dans les faits.

Conçu au départ comme partie intégrante et solidaire de l'Université, il est finalement devenu en 1987 une entité distincte de l'Université. Il est ce que l'on appelle un "organisme d'intérêt public". Actuellement, son pouvoir de tutelle est la Communauté française.

En résumé, de nombreuses connexions, inévitables et souhaitables, ont été maintenues entre les deux ensembles sur les plans de la recherche, de l'enseignement et de la référence universitaire. En revanche, le Conseil d'Administration, est majoritairement composé de personnes désignées pour quatre ans par l'Exécutif de la Communauté française. Il comporte vingt et un membres répartis comme suit :

1. Douze personnalités désignées par l'Exécutif ;
2. Quatre représentants des médecins du C.H.U. ;
3. Deux représentants du personnel non médical du C.H.U. ;
4. Le Recteur, le Doyen de la Faculté de Médecine et l'Administrateur de l'Université de Liège.

Sur le plan urbanistique, dont il est question ici, cette évolution n'a pas jusqu'à présent entraîné des conséquences ou des révisions majeures. Il a simplement fallu délimiter les surfaces construites dont la gestion relève du C.H.U. et veiller à une bonne concertation entre les deux institutions quand les circonstances l'exigent.

création de parkings suffisants et aussi respectueux que possible de l'environnement.

Sur le plan esthétique, le souci de protéger l'œuvre architecturale et de bien l'entretenir doit être permanent. Il faut toutefois savoir qu'il est et qu'il restera parfois difficile à concilier avec les priorités scientifiques, le souci de l'équilibre financier et surtout celui de la santé publique. Certes, le classement de la grande verrière donne des garanties sur la protection d'un élément architectural majeur du C.H.U. Mais l'entretien de ce patrimoine est très coûteux et l'aide de la Région wallonne en la matière nettement insuffisante par rapport aux nécessités de maintenance. Cet entretien relève-t-il vraiment d'un hôpital, dont la vocation est à l'évidence d'un tout autre ordre ? L'Etat-mécène est en sommeil, mais ce n'est pas à une institution hospitalière de le remplacer. D'habitude, c'est elle qui bénéficie du mécénat.

Sur un plan plus général, si nous avons insisté sur l'histoire du C.H.U., c'est pour inviter le lecteur à constater que la rapidité des changements de tous ordres qu'a connus et que connaîtra encore notre époque s'harmonise parfois malaisément avec le désir profond des hommes d'ériger des monuments immortels. ■

Notes

¹ On ne reviendra pas ici sur la question encore débattue, mais purement théorique, de savoir s'il convenait de construire un hôpital aussi distant de la ville, en pleine forêt. On ne reviendra pas davantage sur les débats infinis concernant l'esthétique du C.H.U. D'autres s'en chargent. Il ne fait en tout cas pas de doute que les bâtiments du C.H.U., à l'intérieur comme à l'extérieur, ont ce que l'on pourrait appeler une forte personnalité qui permet de les identifier immédiatement, par exemple lors d'un reportage télévisé. Quoi qu'il en soit, l'hôpital est à gérer là où il est et tel qu'il est.

² On se reportera au beau livre du Professeur F.P. BONNET, *De l'Hospice de la Miséricorde au C.H.U. du Sart Tilman*, édité par le C.H.U.

³ Cf. F.P. BONNET, *Ibid.*, p.73 : "Propriétaire d'un vaste domaine dans un site magnifique, l'Université était confrontée à l'alternative suivante : soit, profitant des crédits importants dont elle disposait, construire à la hâte les instituts dont le transfert était décidé, soit ne décider des constructions que selon un plan d'ensemble établi en fonction d'une connaissance approfondie du site qui en respecte au maximum les qualités naturelles, dont la flore et la faune. C'est heureusement la seconde solution qui fut retenue par le Conseil et le Recteur, quitte à retarder l'achèvement des projets".