

Viabilité de l'hôpital de Woluwe-Saint-Lambert

(document du 28 Juillet 1964)

par le Dr Arthur Nokerman (1917)
Docteur en médecine UCL(1942)
Maître de conférence à l'Université (1960)
Inspecteur en chef médecin, directeur du service des
hôpitaux (1953 - 1965)
Chargé de Cours UCL (1970 - 82)
Secrétaire Général
du ministère de la Prévoyance sociale:1977 - 82

Ce n'est pas se permettre une Lapalissade, mais bien rappeler une vérité première que d'affirmer ce qui suit :

Un centre hospitalier et universitaire, pour constituer de bonnes cliniques à l'usage des étudiants en médecine, ainsi que le moyen de former adéquatement sur le plan professionnel, tant les futurs médecins que les membres des personnels hospitaliers, doit d'abord et avant tout être un excellent hôpital.

Les méthodes appliquées en sciences hospitalières, à l'étude des problèmes, notamment du planning, qui se posent lors de la conception d'un nouvel ensemble clinique, vaudront donc en l'occurrence.

Par contre, les chiffres cités comme des optima lorsqu'il s'agit d'hôpitaux généraux, doivent être affectés d'un coefficient d'adaptation exigé par la nature même de l'entreprise.

La programmation proprement dite obéira quant à elle, à des préoccupations différentes de celles qu'exprime le tableau de répartition de la capacité hospitalière dressé pour un hôpital ordinaire, même d'égale importance.

La Faculté de Médecine, et, l'Université elle-même, eu égard à la nécessité d'insérer dans le contexte hospitalier, des notions telles que les prévisions d'expansion, les conséquences de la réforme de l'enseignement, les exigences du post-graduat, auront un rôle important à jouer dans les travaux du team de recherche opérationnelle qui devra être constitué à cet effet.

Ordinairement, la détermination de la capacité hospitalière optimum est le premier souci du maître de l'ouvrage décidé à moderniser, ou à ériger du neuf.

L'existence d'établissements concurrents, leur importance, leur taux d'occupation, comme aussi, l'importance de la consommation des soins dans la région, l'attitude habituelle du corps médical vis-à-vis de l'hospitalisation, et l'influence des organismes tiers-payant sont entre autres, des éléments d'appréciation à rechercher et à interpréter.

Dans le cas présent, la nature même du projet fixe déjà, et indépendamment de toute autre considération, la capacité, calculée en lits de l'ouvrage, à une hauteur sine qua non. *Un hôpital universitaire a au moins 600 lits. La revue des institutions analogues apprend qu'habituellement, les cliniques universitaires disposent de 600 à 900 lits. 1 000 lits sont un maximum (selon Birch Lindgren, consultant Suédois) à n'atteindre que si nécessaire, pour de nombreux auteurs; cependant, l'éventail largement étalé des spécialités qui toutes doivent être présentes, et leurs ramifications, l'application de techniques intensément élaborées, l'amortissement d'un matériel d'équipement médical particulièrement onéreux, recommandent d'accueillir un nombre de malades supérieur à 300-400, chiffres à bon droit considérés comme des optima si l'on se place sur le plan humain et social (Rapport du docteur M. PLOOY "Stichting Samenwerking Amsterdamse Ziekenhuizen").*

On pourrait s'inquiéter de voir déterminer ainsi, a priori, la dimension du projet. La suite de notre étude établira, d'une façon que nous espérons convaincante, à partir de données statistiques objectives, que dans le cas présent, on peut envisager les chiffres avancés plus haut, sans risque.

Les conjonctures eussent-elles été moins favorables qu'il n'eut pas fallu pour autant, mettre en doute la viabilité de l'hôpital facultaire à Woluwé. L'expérience apprend qu'en agglomération, et même en région rurale, souvent, *toute institution hospitalière réussit pour autant qu'elle satisfasse à certaines exigences bien*

connues :

- être facilement accessible et confortable;
- disposer d'un corps médical hautement spécialisé, travaillant à temps plein, exclusivement dans la maison, sauf consultations sollicitées par l'extérieur, en équipe, soucieux de complémentarité et de synthèse, discipliné, indifférent à l'argent parce que libéré des préoccupations financières par une rétribution et une organisation intelligentes, soucieux des sentiments des patients, de leurs ressources et de leur temps;
- mettre au service de tous une excellente organisation administrative, rapide et efficace ;
- s'inspirer de l'industrie hôtelière, pour l'accueil et les relations entre hospitalisés et personnels, pour les aménagements de la vie journalière ;
- assurer des liaisons étroites et déférentes avec le corps médical et lui fournir une information immédiate, ainsi que des rapports fouillés et rapides, notamment par l'organisation d'un secrétariat du type commercial ;
- soigner les relations publiques, l'information et la propagande.

J'ajouterais volontiers, en ce qui concerne plus particulièrement le projet qui nous intéresse :

- s'astreindre à jouer son rôle dans la poursuite d'une coordination des efforts hospitaliers régionaux et nationaux ;
- assurer réellement, le pilotage des centres hospitaliers de stage dans les hôpitaux du pays agréés comme capables de cette fonction après une enquête approfondie portant tant sur les moyens que sur les hommes.

La Faculté de Médecine de Louvain, d'expression française, peut mettre sur pied, en s'appuyant sur son école des sciences hospitalières, une institution modèle.

On compte d'habitude le nombre de lits, que peut ou doit mettre un hôpital à la disposition du public, en partant de l'importance de la population à desservir. En Belgique, et à l'échelon national,

c'est le taux de 4,5 pour mille habitants qui a été jusqu'ici retenu. Ce taux est lui-même ventilé comme suit :

Chirurgie	(C)	1,2 pour mille
Médecine interne	(D)	1 pour mille
Maternité	(M)	0,6 pour mille
Pédiatrie	(E)	0,6 pour mille
Contagieux	(L)	0,3 pour mille
Spécialités	(S)	0,8 pour mille.

À la différence de la France, la Belgique ne compte pas les convalescents et les tuberculeux dans le taux de base : elle s'en tient au $\frac{1}{100}$ de lits réservés aux malades aigus.

Ce pourcentage n'a qu'une valeur indicative. Sur le terrain, les valeurs vraies sont très diverses. Telle région voit tous ses besoins satisfaits avec $2,5 \frac{1}{100}$, telles autres, comme Gand et Charleroi, satisfont à peine leur population avec $10 \frac{1}{100}$.

Nous reviendrons plus loin sur la hauteur qu'il convient de donner à cet indice, l'un des plus discuté, selon le rôle médico-social de l'hôpital.

L'importance de la population à desservir, de la clientèle possible, s'obtient, de façon fort empirique et conventionnelle, en considérant un nombre important de facteurs, parmi lesquels les arguments d'accessibilité sont dominants : accessibilité facile pour les médecins desservants et traitants, pour les patients, et surtout pour les visiteurs.

On retient d'habitude, comme base de calcul, la population logée sur une aire de 5 km (3 km quelquefois, en agglomération dense) et de 10 km de rayon à partir de l'implantation de l'hôpital, en corrigeant la surface obtenue, par adjonction des zones limitrophes facilement accessibles par le recours aux moyens de transport en commun (pas plus d'une demi-heure de trajet dans un sens).

C'est ce qui a été fait dans l'hypothèse d'une implantation à Woluwé.

L'HYPOTHESE I représente l'hinterland aménagé, le plus réel
d'après les enseignements de notre pratique.

L'HYPOTHESE II, compte la population dans un cercle de 5 km de
rayon.

L'HYPOTHESE III, compte la population dans un rayon de 10 km.

Dans le cas présent, l'hypothèse III enserre la presque totalité
de l'agglomération bruxelloise.

L'hinterland retenu comme hypothèse I sera le plus attentivement
étudié. Il groupe, à l'heure actuelle 238.572 habitants. Ceux-ci
se répartissent "linguistiquement"

en francophones	168.459
expr. néerlandaise	52.203
néerlandais avec facilités :	17.910 (<i>entendez pour les francophones</i>)
soit :	168.459 francophones
	70.113 expr . néerlandaise.

Ces 238.572 habitants appartiennent à 21 communes :

- 13 d'entre elles sont de régime linguistique francophone;
- 6 d'entre elles sont de régime linguistique néerlandais;
- 2 d'entre elles sont de régime linguistique néerlandais avec
facilités (*francophones*).

~~ 17 de ces communes sont en expansion démographique :

10 des communes francophones, sur 13;

7 des communes néerlandaises ou néerlandaises avec
facilités, sur 8.

L'ensemble de la population a augmenté de 31.300 habitants environ
(sur 207.000 environ) en cinq ans:

6.800 dans les communes à régime néerlandais;

4.000 dans les communes à régime néerlandais avec
facilités;

20.500 dans les communes à régime francophone.

*On peut escompter un chiffre de population de 300.000 habitants
pour 1970.*

Il existe, à l'heure présente, dans la région considérée :
972 lits d'hôpital.

L'hinterland défini dans l'hypothèse II groupe 398.975 habitants.
On y dénombre 2.236 lits d'hôpital.

L'hinterland défini dans l'hypothèse III accuse 1.144.032
habitants. On y compte: 5.960 lits d'hôpital.

Il faut enfin tenir compte des fonctions que l'hôpital est
décidé à assumer. Très schématiquement, on peut reconnaître trois
degrés :

- a) L'hôpital qui satisfait les besoins médicaux et chirurgicaux
courants. La plupart des hôpitaux ruraux ou de quartier se
rangent dans cette catégorie. Sa capacité se calcule sur base
de 3,5 °/°°; 4,5 °/°° s'ils s'adjoignent maternité et
pédiatrie.
- b) Le centre hospitalier. C'est le véritable hôpital général.
Presque tous les hôpitaux d'agglomération sont à ranger dans cette
seconde catégorie.

Le règlement français lui attribue 6,4 °/°°, y compris les lits
de convalescents et de tuberculeux, et suggère la ventilation
suivante:

Médecine	2,2
Chirurgie	2
Maternité	0,6
Pédiatrie	0,6
Contagieux	1
(Tuberculeux)	

- c) Le centre hospitalier de recherche et d'enseignement. On peut
l'assimiler pour la recherche statistique au centre hospitalier
régional de la terminologie française.

Forcément, les hôpitaux de cette troisième catégorie cumulent
les fonctions de centre hospitalier, et de centre hospitalier
universitaire. C'est le cas des hôpitaux St-Pierre et St-
Raphaël à Louvain; c'est aussi le cas des hôpitaux St-Pierre,

Bordet et Brugmann à Bruxelles.

Le règlement français, qui attribue 6,4 °/°° au centre hospitalier, donne 8,8 °/°° habitants au centre hospitalier régional, avec la ventilation suivante :

Maternité	0,6
Chirurgie	2,5
Médecine	2,7
Pédiatrie	0,6
Contagieux	0,8
Tuberculeux	1
Convalescents et chroniques	0,6

Très logiquement, on peut tirer de ce qui vient d'être cité la conclusion suivante :

1°/ les populations agglomérées utilisent plus les ressources hospitalières.

Ceci se vérifie dans les faits : Charleroi et Gand comptent 10 lits pour mille habitants environ, avec des taux d'occupation moyens qui avoisinent 80 et 85 %.

2°/ le taux de lits à attribuer aux hôpitaux des grandes agglomérations doit être d'au moins 6 °/°°.

Cette conclusion rejoint celle de la Commission Querido, et du Ministère des Affaires Sociales de Hollande : dans le cas d'Amsterdam, agglomération qui avec son million d'habitants prévu pour 1970, fort comparable à celle de Bruxelles, les rapporteurs proposaient d'arrêter comme programme la mise à la disposition du public, l'un, 6.331, l'autre, 5.836 lits.

Fort légitimement, nous apprécierons la fonction "centre hospitalier" de l'établissement de Woluwé au taux de 6 lits °/°° habitants de la population retenue comme base de calcul. Quant au taux qu'il conviendra de lui appliquer au titre de centre de recherche et d'enseignement, c'est à l'indice français que nous aurons recours.

Il est exceptionnel qu'un nouvel hôpital s'installe dans

une région totalement dépourvue de lits cliniques.

Lorsqu'on a établi l'effectif idéal pour l'hinterland intéressé, il faut décompter le nombre de lits existants, globalement et par catégorie.

C'est ce qui a été fait pour Woluwé.

Les tableaux joints à ce document établissent le relevé des établissements existant dans les hinterlands définis plus haut.

Le décompte auquel on a procédé dans chacune des hypothèses est établi sur base de la fonction "centre hospitalier" de l'hôpital de Woluwé, fonction à laquelle nous sommes convenus d'attribuer le taux de 6 lits °/°°.

Cette étude révèle que :

a) dans l'hypothèse I :

Hinterland "vrai" de Woluwé; 459 lits d'hôpital général peuvent être ajoutés à l'équipement actuel.

b) dans l'hypothèse II :

Hinterland de 5 km. de rayon: 158 lits peuvent encore être ajoutés

c) dans l'hypothèse III :

Hinterland de 10 km. de rayon : 904 lits peuvent encore être ajoutés.

Cette dernière hypothèse, on le sent, est fallacieuse et abusive dans le cas présent. Il serait absurde en effet d'attribuer au centre hospitalier de Woluwé, la totalité des lits qui théoriquement manquent dans toute l'agglomération bruxelloise.

Une autre voie d'approche du problème de la viabilité d'une initiative complètement nouvelle est de s'informer de l'état du marché.

Pour ce faire, nous avons recensé l'appareil hospitalier de l'agglomération, et nous avons calculé le coefficient d'occupation moyenne, pour chacun des trois grands groupes suivants : maternité - adultes - enfants, lorsque cela était possible; globalement, par institution, à défaut d'information plus précise.

Pour interpréter les résultats ainsi obtenus (annexes à ce document), il faut se souvenir que l'activité hospitalière est marquée de temps morts; qu'en conséquence, le taux moyen d'occupation doit être relativement faible pour refléter une activité à 100 % pendant 7 à 8 mois de l'année.

L'expérience apprend qu'un chiffre de 70 % d'occupation moyenne caractérise un hôpital, qui pendant plusieurs mois de l'année, est saturé. Les experts hospitaliers estiment qu'au moment où son taux moyen d'occupation atteint 75 %, un hôpital doit s'agrandir ou refuser du monde, s'il veut maintenir chez lui, les conditions d'hygiène, de confort et de sécurité requises.

La plus grande prudence doit inspirer l'exégète des tableaux annexés. A la première lecture, on conclurait qu'il n'y a pas "surchauffe" sur le marché hospitalier bruxellois, sauf en ce qui concerne la pédiatrie. Par contre, l'interview auquel nous avons procédé chez un nombre non négligeable de praticiens "généralistes" fait constater une difficulté quasi permanente, et presque invincible durant les mois d'hiver, d'hospitaliser les cas aigus ou subaigus.

Une étude plus attentive apprend que l'appareil bruxellois est fortement surchargé dans le secteur de la pédiatrie, et proche de la saturation dans plus de la moitié des services d'adultes, autres que la maternité; il est surtout, et généralement, vieilli et inconfortable.

Il est donc légitime de soutenir les évaluations fondées sur des calculs qui s'affranchissent de la notion d'occupation moyenne.

L'attribution à la fonction "centre hospitalier" de l'hôpital universitaire envisagé, de l'index 5,4 %, ou même 6 %, néglige les besoins de deux secteurs hospitaliers récents, et à ce titre, inexistants dans les nomenclatures de répartition citées plus haut. Il s'agit de la psychiatrie "ouverte" ou "psychiatric short-term beds", et "long term care facilities ", y inclus la gériatrie active et la réhabilitation.

Les experts s'accordent à donner 0,25 lit pour mille

habitants à la première de ces deux spécialités, lorsqu'on envisage une région relativement circonscrite, et 1,5 lit pour mille habitants, à la seconde.

Pour l'hinterland de Woluwé, compté à 300.000 habitants (1970), la psychiatrie ouverte voudrait donc 75 lits tandis que la section des soins prolongés (traumatologie-gériatrie et réhabilitation) en réclame 450.

Sans doute, serait-il absurde de prévoir la construction immédiate d'un chiffre aussi élevé de lits. On se contente d'habitude d'une première tranche, comptée sur base de 0,6 lit pour mille habitants.

Dans le cas présent, 180 lits suffiraient donc pour la réhabilitation et la gériatrie.

Arrivés à ce stade de notre étude, nous pouvons dégager le tableau des ressources disponibles pour le maître de l'ouvrage qui souhaiterait construire un "hôpital général" pour la région envisagée:

a) dans l'hypothèse la plus défavorable :

(5,4 lits pour 1.000 hab. - Hinterland II - 400.000 hab.) :
en trop : 441 lits généraux;
nécessaires : 100 lits psychiatriques;
240 lits réhabilitation-gériatrie.

b) dans l'hypothèse "raisonnablement" défavorable :

(6 lits pour 1.000 hab. - Hinterland II - 400.000 hab.) :
nécessaires : 158 lits généraux;
100 lits psychiatriques;
240 lits réhabilitation-gériatrie.

c) dans l'hypothèse résolument optimiste :

(6 lits pour 1.000 hab.) - Hinterland I - 300.000 hab.) :
nécessaires : 459 lits d'hôpital général
: 75 lits psychiatriques
: 180 lits de réhabilitation-gériatrie.

L'écart entre les hypothèses b) et c), significatif pour les chiffres des lits "généraux", laisse penser que *les chances d'un hôpital général de 250 à 300 lits, construit à l'endroit choisi,*

sont raisonnables.

Les compléments spécialisés reconnus comme généralement nécessaires déséquilibreraient dans ce cas le centre hospitalier d'agglomération que constituerait une réalisation aussi moyenne.

Mais ce n'est pas de cela dont il s'agit.

*

*

*

Nous avons dit précédemment que nous apprécierons la capacité de Woluwé - centre hospitalier et universitaire - en nous inspirant du plan général d'organisation hospitalière français - 1951. Ce dernier fixe à 8,8 lits $^{\circ}/^{\circ}$, selon une répartition donnée plus haut, l'indice de base. On peut décomposer celui-ci en deux parties : la première, de 6,4 $^{\circ}/^{\circ}$ exprime l'effectif nécessaire au titre d'hôpital régional; la seconde, de 2,47 $^{\circ}/^{\circ}$, représente le nombre de lits que réclament l'exercice des spécialités fines et la médecine des cas "rares", ainsi que l'application et la recherche cliniques (Index français - Plan général d'organisation hospitalière : circulaires du 23 avril 1948 et du 12 juillet 1951).

La prise en compte de cette partie du taux requiert la prise en considération d'un ensemble de population plus vaste que l'hinterland normal d'un centre hospitalier. En l'occurrence, la population de toute l'agglomération bruxelloise est intéressée.

L'hospitalité universitaire mériterait donc, à Bruxelles,
 $1.100 \times 2,47$, soit 2.717 lits.

Déjà les cliniques universitaires existantes mettent 1177 lits de cette qualité médicale à la disposition du public: 1540 lits sont encore disponibles, à partager entre les facultés francophones de Bruxelles et de Louvain, les facultés d'expression néerlandaise de Gand, Bruxelles et Louvain. Pour pouvoir procéder à une répartition proportionnelle, il faudrait d'abord et surtout connaître la géographie démographique et linguistique de la région: en l'absence d'un recensement récent, cette information n'est pas accessible; il faudrait ensuite délimiter des zones d'accessibilité aisée, nécessairement précaires étant donné le nombre de facteurs à retenir.

Aussi, avons-nous pensé qu'une approximation, fort grossière, mais suffisante pour notre propos, pourrait s'établir sur base d'une répartition de la clientèle de l'agglomération en trois tiers :

- le premier, attribué à la faculté francophone de Bruxelles;
- le deuxième, attribué à la faculté francophone de Louvain;
- le troisième, attribué, en ordre principal, à la faculté flamande de Bruxelles, mais aussi aux facultés d'expression flamande de Louvain et de Gand.

Cette distribution rend disponibles 512 lits "universitaires" au profit de la faculté francophone de Louvain, installée à Woluwé. Ce serait s'abuser que de faire abstraction du travail de haute qualité fourni par des praticiens de grande valeur dans des cliniques de la même obédience, de l'agglomération bruxelloise. Le niveau atteint dans certains services existants oblige à porter les lits qu'ils mettent à la disposition du public dans la catégorie universitaire. Dussions-nous cependant attribuer la moitié des lits réputés disponibles au titre universitaires à ces cliniques spécialisées que la marge de sécurité dans l'estimation de la capacité globale du centre de Woluwé resterait néanmoins considérable. Elle le serait d'autant plus qu'il n'a pas été tenu compte de la clientèle en provenance des provinces wallonnes, pour qui, justement, devrait travailler la faculté francophone de l'hôpital universitaire de Woluwé. Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir jusqu'ici le recensement de l'origine des patients accueillis à l'hôpital universitaire St-Pierre à Louvain. Cette donnée éclairerait mieux encore le champ des possibilités d'un hôpital universitaire et catholique installé dans l'agglomération bruxelloise.

Le sort qui sera réservé à la clinique de Hérent, et, dans une moindre mesure, à la clinique des Sœurs Franciscaines de la Rue de Namur, à Louvain, aura sur les chances de réussite de l'initiative bruxelloise, une influence sans proportion avec l'importance "numérique" de ces deux établissements. A l'heure présente, et par

la force des choses, les techniques médicales les plus évoluées ne sont pas toujours réservées à l'hôpital St-Pierre de Louvain; la clientèle la plus exigeante, non plus.

La faculté francophone aura à s'interroger sur les obligations qu'elle a contractées vis-à-vis de ces deux institutions, ainsi que sur le maintien d'une dispersion des efforts que les experts hospitaliers doivent eux, considérer comme néfaste et capable de compromettre l'avenir du nouvel hôpital universitaire.

En conclusion, vue d'une façon étroitement statistique, la situation pourrait se récapituler comme suit :

Peuvent être considérés comme assurés de succès :

150 à 200 lits d'hospitalisation générale;

300 à 400 lits d'hospitalisation universitaire;

40 à 75 lits de psychiatrie ouverte

90 à 160 lits de réhabilitation appliquée, de
gériatrie active en bref, de soins de longue durée.

soit, de 580 à 835 lits approximativement.

Si l'on apporte à ces chiffres établis en conséquence des diverses considérations émises ou de règle en l'occurrence, un tempérament commandé par la prudence, *on aboutit à la certitude qu'un hôpital universitaire de 600 à 700 lits est aisément viable, installé à l'endroit envisagé.*

Cette certitude devient inébranlable si, d'une part, les conditions de réussite énumérées plus haut, sont satisfaites, si, d'autre part, l'activité médicale qui s'y développe est résolument du niveau universitaire. Cette dernière exigence est impérieuse; nous l'avons montré dans les pages précédentes: autant le marché hospitalier sur le plan de la médecine « universitaire » est large, autant proportionnellement, le marché hospitalier sur le plan de la médecine courante est étroit. Ceci ne pourra pas être perdu de vue, ni par la Faculté de Médecine, ni par la commission de programmation, si elles veulent faire œuvre utile.

*

* *

Le caractère conjectural de pareille étude étonnera sans doute; il est inéluctable. L'expérience a montré que les conclusions auxquelles on aboutit conduisent à des attitudes pratiques valables.

(s) Dr A. NOKERMAN,
Maître de Conférence à l'Université