CHIREC - Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell : Un nouvel hôpital pour répondre à l'évolution des technologies médicales

Le CHIREC, Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell est né de fusions successives entre plusieurs sites hospitaliers. L'ASBL a été créée en juillet 2000. Le Centre Hospitalier composé de cinq sites hospitaliers (Edith Cavell, Parc Léopold, Basilique, Ste-Anne St-Remi, Braine-l'Alleud - Waterloo) et d'un centre médical (Europe Lambermont), assure les traitements dans l'ensemble des domaines médicochirurgicaux, excepté la chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle.

C'est en 2006, dans le cadre du plan stratégique, que le CHIREC a pris la décision de regrouper deux de ses sites bruxellois (Cavell et Parc Léopold) en un site unique. Cette décision découlait notamment de la constatation de vétusté des bâtiments, des difficultés d'extensions, du coût des rénovations et de la difficulté de faire cohabiter travaux et soins continus, sans oublier l'économie réalisée par le regroupement d'équipements lourds en un seul site géographique et l'optimalisation logistique qui découlera de la centralisation. Un hôpital moderne d'environ 500 lits dans un endroit idéalement situé permettra au groupe hospitalier de répondre aux attentes de ses patients et de suivre l'évolution des technologies médicales. Les nouvelles installations répondront aux critères et aux normes définies. La centralisation des compétences médicales favorisera également le déploiement optimum des initiatives d'excellence développées par le CHIREC, telles que l'Institut du Cancer, le Pôle Mère-Enfant, l'Orthopédie et la Revalidation, l'Ophtalmologie, etc.

Présentation avec **Dr Philippe El Haddad**, Président du Conseil d'Administration du CHIREC

Le nouvel hôpital sera implanté à proximité d'un nœud multimodal (train, tram, bus et métro). Il comportera également suffisamment de parkings, ainsi que des accès prioritaires et dédiés aux services de dialyse, des urgences et de radiothérapie. Un hôtel et une zone commerciale verront également le jour sur le site. Ces implantations fourniront des services complémentaires tant pour les patients, pour leurs familles que pour les médecins et le personnel. Ce projet, au-delà d'une construction d'un hôpital de 500 lits, s'intègre dans une réorganisation complète de l'institution afin d'optimaliser la qualité de prise en charge des patients dans des hôpitaux généraux répondant à 95% de leurs besoins, dans un environnement attractif pour tous: patients, médecins et personnel.

Le CHIREC de 2017 sera donc composé de trois sites hospitaliers (Delta à Auderghem : 500 lits, Ste-Anne St-Remi à Anderlecht : 300 lits, Braine-l'Alleud - Waterloo à Braine-l'Alleud : 300 lits) et de plusieurs polycliniques, offrant ainsi une prise en charge médicale de proximité et de qualité, dans des infrastructures modernes.

Votre rôle au sein du CHIREC...

Philippe El Haddad : Avant l'année 2000, le CHIREC était géré par trois personnes : le président, l'administrateur délégué et le directeur administratif. Les nombreuses fusions que nous avons opérées entre les années 1998 et 2000, nous ont fait passer d'une capacité de 400 lits à près de 800 lits. Le mode de gestion archaïque que nous avions alors, avec seulement trois têtes pensantes pour l'ensemble de l'hôpital, devenait grandement inadapté. Les investissements que nous avons faits à l'époque ont été mal réfléchis et réalisés sur fonds propres, sans prêts ni subsides. Tout cela a conduit le CHIREC au bord de la faillite en 2002. Des changements de statuts et une séparation des pouvoirs ont été décidés, avec la mise en place d'un conseil d'administration et d'un conseil exécutif formé par la direction générale (elle-même formée par un directeur général médical et un directeur général et administratif) et par les directeurs de sites. Le conseil d'administration exerce un pouvoir de contrôle sur la direction et décide de la stratégie de l'établissement. La particularité du CHIREC est que son conseil d'administration est essentiellement constitué de médecins. Sur 13 membres, 10 sont des médecins et trois sont des administrateurs externes indépendants. Nous avons opté pour la gouvernance d'entreprise avec un comité d'audit, un comité de rémunération, un comité de nomination ainsi qu'avec un comité juridique et un comité de suivi stratégique, ajoutés récemment. En tant que président du conseil d'administration, mon rôle est de coordonner les réunions du conseil d'administration, présider les assemblées générales, assister à toutes les réunions des comités internes du conseil d'administration ainsi qu'à celles du conseil exécutif et du conseil médical. Cela permet une meilleure transmission de toutes les décisions prises entre les différents organes de gestion de l'institution. Je dois également assurer le suivi des décisions autour de la stratégie de l'établissement, de la communication externe et du contrôle de l'exécutif. La grande richesse du conseil d'administration réside dans ses membres qui, pour la plupart, sont des praticiens de l'établissement. Ils travaillent donc chaque jour au sein du CHIREC et en connaissent parfaitement la structure, mais cela peut être une faiblesse en rendant le recul et l'impartialité difficiles lors de la prise de décisions. Les nombreuses fusions que nous avons connues ont entraîné des tensions entre les différents sites dans les années 2000 à 2006. Depuis, les membres du conseil d'administration ont acquis une maturité qui leur permet de mener des réflexions au niveau institutionnel et non plus individuel. En 2011, la clinique Ste-Anne St-Remi est venue enrichir le patrimoine du CHIREC qui représente aujourd'hui 1100 lits, 3000 membres du personnel et 1100 médecins. Le CHIREC est devenu le plus grand hôpital privé de Belgique !

Comment définiriez-vous votre établissement ?

P.E.H : Le CHIREC est un hôpital qui apporte une satisfaction et un cadre agréable au personnel, un établissement où les praticiens trouvent du plaisir dans leur travail. Nous sommes un hôpital où nous pratiquons la quasi totalité des actes médicaux, la cardiologie invasive et la chirurgie cardiaque exceptées. Notre fonctionnement est particulier dans le sens où nous pratiquons une médecine personnalisée : le patient choisit le médecin qui le suivra dès son admission jusqu'à sa sortie. Ce mode de fonctionnement est une force, car il permet au patient d'avoir en permanence voix au chapitre, mais également une faiblesse car il se heurte parfois à certaines mentalités pas toujours adaptées à la médecine d'aujourd'hui. Avec le temps, il faut que nous arrivions à conserver cette médecine personnalisée tout en continuant à travailler en groupes, car les praticiens ne peuvent pas être spécialisés dans tous les domaines et certaines complications durant l'hospitalisation d'un patient traité individuellement peuvent demander le regard de confrères d'autres spécialités. Cette relation de confiance entre les différents praticiens et l'existence d'un réseau entre eux, sont indispensables pour le bon déroulement des soins et pour que nous puissions conserver notre système de médecine personnalisée.

Dans quelle mesure remplissez-vous votre rôle de proximité ?

P.E.H : Lors de la conception de notre projet à Delta, nous avons réalisé un grand nombre d'études pour savoir d'où venaient nos patients. Nous avons pu constater que la personnalité et la renommée de certains de nos praticiens attiraient des personnes géographiquement plus éloignées. Néanmoins, la plus grande source d'activité de chacun de nos sites vient surtout des patients de proximité. Notre objectif stratégique est d'arriver à trois sites hospitaliers en 2017 : 500 lits sur Delta, 300 lits à Ste-Anne St-Remi et 300 lits à Braine-L'Alleud, ceci tout en conservant des polycliniques sur les sites d'Edith Cavell, d'Europe-Lambermont, du Parc Léopold et de la Basilique. Nous sommes en pourparlers pour bénéficier d'un réseau de polycliniques plus important au sein de Bruxelles, car ce sont ces structures qui assureront au mieux notre rôle de proximité, en orientant les patients vers nos principaux hôpitaux. Concernant notre taux de « perte de patientèle », l'étude menée en 2009 nous a révélé que 80% de notre patientèle nous suivrait sur le site Delta, ce qui n'est pas négligeable. De plus, nous ne nous déplaçons pas dans une zone désertique puisque nous serons à l'entrée de Bruxelles et le site Delta sera l'un des sites hospitaliers les plus facilement accessibles. Avec tous ces éléments, je ne pense pas que nous allons perdre des patients. Au contraire, nous prévoyons de développer sur Delta des activités encore quasi absentes de nos sites actuels, comme le service des urgences. En tant que chef de département des urgences du CHIREC, je pense que notre site de Delta nous permettra d'accueillir plus de 40 000 patients par an. Le site de la Basilique sera spécifiquement dédié à nos activités d'hôpital de jour et toute l'hospitalisation aiguë sera transférée sur le site de Ste-Anne St-Remi.

L'état de santé financière du CHIREC...

P.E.H : Notre état de santé financière est très bon puisque nous avons reçu tous les subsides et prêts bancaires nécessaires pour assurer financièrement la réalisation du site de Delta. Nous avons récemment signé un prêt de 100 millions d'euros avec la Banque Européenne d'Investissement (BEI), nous avons obtenu des subsides de la région à hauteur de près de 134 millions d'euros et un prêt de 135 millions du consortium bancaire. Pour la construction du site Delta, la question du financement est donc réglée. Nous attendons avec impatience le permis et commencerons à lancer les marchés publics. Nous espérons donc pouvoir débuter les travaux au mois de septembre de cette année. Nous avons également une bonne capacité d'autofinancement, de plus nous comptons vendre le site du Parc Léopold au terme de son exploitation en 2017. Bien entendu, nos différents partenaires financiers ont mené leurs propres études sur la faisabilité financière du projet de Delta, notamment la BEI qui a réalisé des études de faisabilité financière pendant près de 6 mois. Bien que nous ayons tout fait pour obtenir ce prêt, la période particulière de 2010 et la situation des banques laissaient planer le doute sur son obtention. Cette démarche et les exigences des organismes bancaires nous ont obligés à réaliser des projections de 2009 à 2021. Les imprévus restent inévitables dans le secteur de la santé, notamment la loi Onkelinx qui a radicalement changé la donne.

Les grandes lignes du projet Delta...

P.E.H : Les premières réflexions relatives au projet ont débuté en 2006/2007. Nos deux sites bruxellois, Edith Cavell et Parc Léopold, sont relativement anciens et ne correspondent plus aux exigences actuelles en matière de santé. Leur réhabilitation entraînerait d'importants travaux. Il nous est alors apparu inapproprié de continuer à disperser nos services sur ces sites de plus en plus vétustes et à l'entretien chaque fois plus coûteux. L'idée d'un nouvel établissement a germé, les résultats de nos études étaient plus que positifs, ce qui renforçait notre foi en ce nouveau projet. Ce nouveau bâtiment nous permettrait de nous moderniser, ce qui était extrêmement difficile avec nos anciens bâtiments, et nous permettrait d'améliorer le confort des praticiens et surtout des patients. L'une des particularités de ce projet est que nous avons fait circuler un questionnaire à l'attention de tous nos médecins, afin qu'ils nous décrivent la vision qu'ils ont de leur activité à court, moyen et long termes. Après avoir pris connaissance des retours de ce questionnaire, nous avons constaté que le regroupement des services était la meilleure solution. Nous avons donc regroupé différents secteurs dans des pôles d'activités, comme un plateau technique, qui accueille à la fois les urgences, les soins intensifs, le bloc opératoire, la radiologie et les isotopes. Cette logique de regroupement est assez rare dans les établissements de santé belges. Nous avons une logique horizontale et verticale car ces plateaux sont d'une superficie importante et répartis sur sept étages. D'un point de vue économique, la centralisation de nos installations technologiques sur le site de Delta nous permet une économie d'échelle de 25 à 30 %. Aucun plan de licenciement n'est prévu, mais nous prévoyons éventuellement de ne pas remplacer certains postes. En ce qui concerne le nombre de lits, nous gardons une capacité relativement identique à ce que nous connaissions jusqu'à présent.

Les atouts du site de Delta...

P.E.H : Le montant total de ce projet est de 377 millions d'euros. Son principal atout est d'être un nouvel hôpital, ce qui devrait attirer la patientèle. L'accessibilité à cet établissement est également une de ses forces, avec un parking adapté de 1000 places. La qualité de nos soins et notre médecine personnalisée font aussi partie des points forts de ce nouvel établissement. Nous réaliserons sur ce site 95% de toutes les activités médicales. Nous couvrons donc tous les domaines de médecine existants, excepté la chirurgie cardiaque qui n'est pas prévue pour le moment.

Aviez-vous anticipé vos investissements dans l'équipement de matériels technologiques lourds ?

P.E.H : Nous avons fait une étude qui nous projette jusqu'en 2021. Dans ce contexte, la question de l'équipement a déjà été largement étudiée et nous devrions donc ouvrir le site de Delta avec de nouveaux équipements. Le matériel médical a une durée de vie de cinq ans en moyenne, aussi nous équipons nos sites actuels entre 2012 et 2014, afin de pouvoir investir dans l'équipement du site de Delta lorsque celui-ci sera opérationnel.

Ce changement a-t-il rencontré des résistances ?

P.E.H : Nous avons dû faire face à un certain nombre de résistances, étant donné la situation du CHIREC. Notre établissement a une population médicale vieillissante. Certains de nos praticiens qui ont une aura très importante dans le système hospitalier belge, ont près de 60 ans ! L'équilibre entre les départs en retraite et la prise de fonction est un élément sur lequel nous devons encore travailler car, paradoxalement, nous refusons beaucoup de candidatures. Il est particulièrement difficile d'échanger avec certains grands praticiens qui ont un avis tranché sur le fonctionnement de l'hôpital, et faire venir de jeunes médecins au sein du CHIREC serait donc un moyen de faire évoluer les mentalités. La création de centres aux activités transversales, comme le centre du cancer, abonde déjà dans cette direction en ouvrant les praticiens à la collaboration et en passant outre les quelques tensions historiques qui peuvent subsister entre les personnalités des différents sites.

Comment accompagnez-vous ce changement ?

P.E.H : Actuellement, nous sommes sur un chantier colossal, soutenu par le conseil d'administration et dont la direction médicale est chargée de la préparation : il s'agit du changement de l'organisation de l'activité médicale. Nous définissons les profils de fonction modifiés des chefs de départements que nous allons nommer très prochainement. Nous les impliquerons davantage dans la gestion en leur demandant d'avoir un regard sur le matériel et la productivité de leur service entre autres. Pour le CHIREC, et le système médical en général, ce changement d'approche et cette responsabilisation des chefs de départements sont révolutionnaires. En les responsabilisant et en formant des groupes de praticiens réunis pour leurs compétences, nous aurons une meilleure collaboration au sein du CHIREC et nous serons à même de mener à bien des projets de pôles.

Comment êtes-vous parvenus à vous projeter jusqu'en 2021 ?

P.E.H : Nous nous sommes posés les bonnes questions et nous avons regroupé toutes les réponses. Nous avons pu ainsi évaluer l'activité médicale ainsi que les finances qui lui sont liées. Nous avons tenté de travailler ensemble et en bonne intelligence.
Depuis 2008, je fais le maximum pour que toutes les décisions importantes qui influencent l'aspect médical de l'organisation soient collégiales, c'est-à-dire approuvées à la fois par le conseil d'administration, le conseil médical et le conseil exécutif. Grâce à notre fonctionnement qui permet aux décisionnaires d'être également des agents de terrain, nous nous connaissons tous et nous avons des contacts facilités et parfois informels. Cette proximité entre les dirigeants des différentes instances est un atout considérable pour un établissement comme le CHIREC, qui a un passé où les relations internes ont parfois été houleuses.

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

P.E.H : Nous avons des objectifs bien définis. Bien évidemment, nous devrons garder une activité médicale importante, mais, sur le plan financier, nous devons garder un flux de trésorerie supérieur à 35 millions d'euros tous les ans, ce qui fait partie des exigences de nos collaborateurs financiers pour poursuivre le projet. Pour résumer, l'activité médicale et le flux de trésorerie sont étroitement liés. Dans cette optique, nous devons être attractifs pour de jeunes médecins motivés et qui s'impliquent dans les projets et nous devons également renouveler notre matériel médical pour rester à la pointe. De plus, nous avons récemment déménagé nos locaux administratifs du Parc Léopold et d'Edith Cavell, afin de pouvoir développer l'activité médicale sur ces sites.

Dans quelle mesure souhaitez-vous développer l'image du groupe hospitalier ?

P.E.H : Notre réglementation générale plafonne les suppléments d'honoraires à 300%, comme pour toutes les institutions de Belgique. Malheureusement, notre image est très assombrie par le monde extérieur, notamment la presse et les organismes assureurs, à propos des honoraires élevés qui seraient pratiqués au sein de l'institution et d'un supplément de 400% (qui ne couvrait que quelques prestations peu onéreuses et que nous avons fini par supprimer de notre réglementation au vu des remous que cela causait). La direction générale du CHIREC, tout comme le conseil d'administration et le conseil médical, désapprouvent totalement tout comportement incorrect et réfutent toutes allégations véhiculées par la presse selon lesquelles nous couvririons certaines pratiques. Notre plafonnement d'honoraires est de 300%, comme tout établissement public ou universitaire. Nous sommes très stricts sur ce point : la moindre plainte d'un patient concernant un dépassement d'honoraires de la part d'un de nos praticiens donne lieu à une convocation de ce dernier devant le conseil exécutif et à une sanction.
Dans les années 80, les sites Edith Cavell et Parc Léopold étaient vus comme les établissements privés des médecins universitaires pratiquant des honoraires parfois indécents. L'image est restée et continue de hanter le CHIREC, malgré les nombreuses fusions que nous avons vécues et les changements que nous avons apportés. Par exemple, sur les 60 000 admissions annuelles, 27% se font par les services d'urgences. Pour celles-là, la loi, que nous respectons, nous interdit de demander le moindre supplément d'honoraire. La fusion de nos nombreuses structures élargit notre patientèle aux différentes classes sociales et la qualité de la prise en charge du patient est identique pour tous, quels que soient les honoraires demandés.

Que faut-il à votre établissement, en matière d'attractivité, pour attirer un directeur général médical ?

P.E.H : Je ne crois pas que notre attractivité soit le nœud du problème. Il me semble que, pour trouver la perle rare, il faut la chercher soi-même. Vous imaginez bien qu'une personne qui postulerait auprès du CHIREC occupe déjà un poste important ailleurs. Or, dans le milieu médical, l'information se propage très vite, tout se sait... Un échec lors d'une candidature pour notre institution aurait dès lors une répercussion professionnelle trop importante pour ces personnes qui, donc, ne risquent pas leur carrière en postulant chez nous. C'est pour cela que nous devons changer de stratégie et aller chercher nous-mêmes la « perle rare ».

Quel est l'intérêt d'un CDI pour un directeur général médical dans un établissement comme le CHIREC ?

P.E.H : En 2002, nous avions nommé les directeurs pour une période de cinq ans. Ensuite, nous avons constaté que cela n'allait pas forcément dans l'intérêt de l'hôpital, car un directeur arrivant à la fin de son mandat, a tendance à éviter la prise de décision difficile et à abonder dans le sens de la majorité pour satisfaire le plus grand nombre. C'est pour cela que nous avons opté pour un système de CDI.

Quelle vision avez-vous de l'hôpital de demain ?

P.E.H : Les acteurs de l'hôpital de demain devront agir d'une manière moins individualiste, et travailler plus en collaboration les uns avec les autres. Aujourd'hui, la médecine devient hyper spécialisée dans un grand nombre de domaines et si nous n'arrivons pas à mettre en commun et coordonner toutes ces spécialisations, le système médical de demain, comme il se dessine aujourd'hui au sein de nos structures, ne pourra fonctionner. L'important est donc de penser une médecine qui nous permettra de travailler en groupe tout en continuant à offrir des soins personnalisés. Le médecin attitré du patient devra être épaulé par un réseau de spécialistes capables d'apporter les réponses à tous les questionnements qu'il pourra se poser et toutes les situations qu'il rencontrera durant l'hospitalisation. Les pathologies sont diverses, complexes et les patients sont de plus en plus âgés. Si nous ne parvenons pas à disposer d'un réseau complet autour du patient, nous ne pourrons pas lui assurer une qualité optimale de soins et nous n'aurons pas atteint notre principal objectif.

Chirec
Clinique - Ziekenhuis
CAVELL
EDITH CAVELL

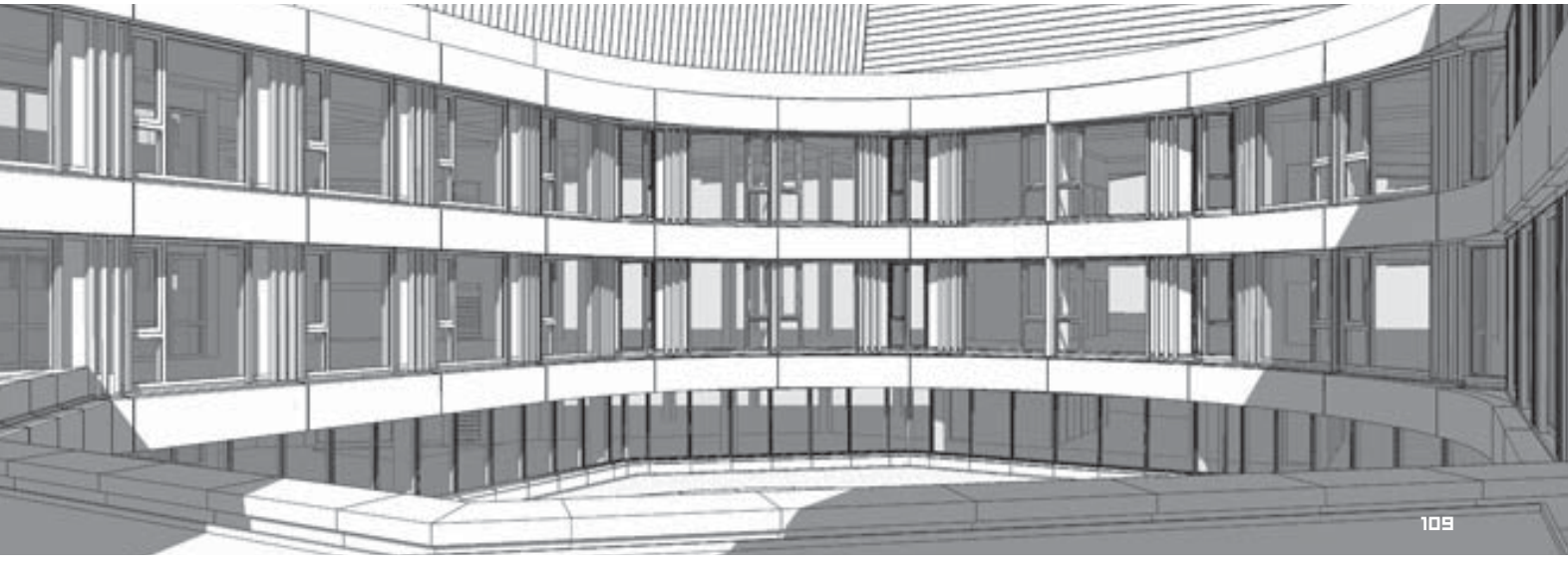
Sint - Anna

La politique médicale

Entretien avec le **Dr Jacques de Toeuf**, Directeur Général Médical

Le CHIREC est une institution hospitalière attachée à une médecine privée personnalisée de haute qualité respectant le libre choix du patient et transparente sur ses tarifs. Son organisation pluridisciplinaire centrée sur le patient vise à répondre à la majorité de ses besoins et facilite l'accès aux médecins spécialistes.

Le CHIREC possède une image de centre de référence avec un caractère scientifique marqué développant de nombreux partenariats avec les centres universitaires, et reconnu par tous. Son personnel compétent et motivé est capable de mener à bien de nombreux projets novateurs. Enfin, le CHIREC est attaché à une infrastructure médicale moderne disposant de moyens techniques de pointe tant au niveau diagnostic que thérapeutique, mais également à une infrastructure hôtelière confortable, flexible, offrant de nombreux services personnalisés et facilement accessibles.



Quels sont les domaines d'excellence du CHIREC ?

Jacques de Toeuf : Le CHIREC est un hôpital général qui remplit une mission de service public sans but lucratif comme la loi belge l'y oblige. Nous proposons ainsi toutes les activités, mais nous avons effectivement des « niches de qualité ». Nous avons ciblé des domaines dans lesquels nous travaillons beaucoup et pour lesquels notre renommée n'est plus à faire, grâce notamment à des praticiens renommés. Le premier domaine d'excellence est l'orthopédie non traumatologique, qui comprend tout ce qui concerne la colonne, les prothèses ou la chirurgie de la main et du pied. Il inclut aussi la neurochirurgie qui est un pôle associé. L'orthopédie en tant que geste technique n'est pas une fin en soi et c'est la raison pour laquelle nous y avons associé la revalidation aussi bien institutionnelle qu'ambulatoire. C'est à ce prix là que nos services ont des résultats excellents. Le deuxième axe d'excellence, développé seulement depuis cinq ans, est un pôle cancer. Nous l'avons développé avant que le plan cancer ne soit présenté dans notre pays. Toutefois, nous nous y inscrivons. Notre centre de cancérologie, le troisième en Belgique en terme d'activité, est reconnu pour son accueil et la qualité de son travail. Cette pathologie ne peut être bien traitée que par une structure multidisciplinaire et horizontale comme la nôtre. Les chirurgiens, les radiothérapeutes, les oncologues, les infirmiers et les psychothérapeutes travaillent ensemble en parfaite collaboration.

Le nouvel hôpital va-t-il vous permettre de réorganiser l'activité en pôle d'un point de vue architectural ?

J.deT : L'architecture est un moteur. En répartissant l'utilisation des espaces, vous forcez les utilisateurs à s'inscrire dans des démarches de collaboration. Même les chirurgiens ont accepté de s'inscrire dans cette évolution. Désormais, ils tiendront des consultations dans deux zones différentes. La première est une zone de consultation chirurgicale habituelle, mais les chirurgiens consulteront également des patients cancéreux au sein même du centre du cancer. Les échanges avec les autres praticiens sont ainsi favorisés. Les patients ont désormais une unité de lieu très forte où ils trouveront toutes les réponses nécessaires à leurs questions.

La gestion des flux a-t-elle été une des priorités de ce projet ?

J.deT : La gestion des flux a effectivement été l'une de nos priorités et c'est la raison pour laquelle nous avons aujourd'hui un hôpital visuellement particulier, en forme d'étoile ou de double croix. Tout a été calculé pour minimiser les déplacements. Nous avons mesuré la distance entre la place de parking la plus lointaine et le service hospitalier le plus écarté. Personne ne parcourra une distance supérieure à 150 mètres. Tout a été calculé : des distances au sein des unités de soins, aux distances pour un patient pour se rendre en radiologie, etc. Cet hôpital est organisé autour des flux. Il se veut très rationnel avec des circulations horizontales et verticales.

Quelle est la situation de la démographie médicale sur votre bassin de santé ?

J.deT : La démographie médicale générale en Belgique fait état d'un nombre important de médecins qui ne travaillent pas à 100% de leur temps auprès des patients. Sans parler des médecins occasionnels, sur les 45 000 médecins belges, deux tiers sont des praticiens au moins à mi-temps. Sur Bruxelles, les données correspondent à la moyenne nationale avec peut-être même une tendance à l'aggravation. Nous avons sans doute une proportion de lits aigus un peu trop importante. Cela correspond à la multitude d'obédiences politico-philosophiques et historiques qui est un problème récurrent de notre pays. Par chance, cet excès de lits constaté depuis une dizaine d'années tend à se résorber, grâce à une forte hausse de la population bruxelloise, une augmentation qui devrait se poursuivre dans les années à venir.

Rencontrez-vous des difficultés de recrutement ?

J.deT : Nous ne rencontrons pas de difficultés de recrutement car nous sommes très attractifs. C'est d'ailleurs un reproche qui peut nous être fait, dans la mesure où nous avons la chance de choisir nos médecins. De plus, nous leur laissons la possibilité d'avoir des honoraires plus élevés qu'ailleurs. Cette situation contribue forcément à améliorer notre attractivité.

Quelles sont les activités que vous souhaitez développer ?

J.deT : Nous restons focalisés sur nos centres de valeur comme l'orthopédie, la cancérologie et le pôle mère-enfant qui est également très important, avec près de 4 500 accouchements sur Bruxelles. Le secteur mère-enfant inclut également la pédiatrie, la néonatalogie intensive, les consultations ou encore les grossesses à haut risque. Le concept mère-enfant n'est pas nouveau, mais nous avons le volume et la qualité des gens pour maintenir un niveau d'excellence. Nous proposons également de la chirurgie esthétique, plastique et reconstructive. Cette activité est en lien direct avec le cancer et nous allons continuer à développer ces activités. Par ailleurs, d'autres activités comme l'obésité méritent d'être maintenues. Enfin, nous laissons volontairement certaines activités de côté, comme la cardiologie, car l'offre sur Bruxelles est déjà pléthorique. Sur ce domaine de la cardiologie, nous préférons nous concentrer sur l'aval avec la revalidation.

Quels sont les enjeux du développement de la chirurgie ambulatoire ?

J.deT : Nous pratiquons de plus en plus de chirurgie ambulatoire. Nous avons d'ailleurs incité les personnes à basculer vers ce type d'interventions et nous sommes devenus l'un des établissements belges avec la plus forte activité ambulatoire.
Aujourd'hui, nous recensons 42 000 admissions chirurgicales classiques et 40 000 admissions en hôpital de jour, chirurgical et médical. Je pense de surcroît que sur certaines activités, nous n'en sommes qu'au tout début. L'objectif est de satisfaire la demande et actuellement les patients réclament l'ambulatoire. Architecturalement, nous sommes prêts à assumer le tout ambulatoire. Nous prévoyons à ce jour, 479 lits classiques et 90 lits de jour, en sachant qu'un lit de jour peut accueillir plusieurs patients.

L'hospitalisation à domicile fait-elle partie de vos alternatives à l'hospitalisation ?

J.deT : Aujourd'hui, l'HAD ne fait pas partie de nos alternatives prioritaires. Nous avons signé une convention avec le groupe Arémis sur Bruxelles, qui propose des soins palliatifs et de l'hospitalisation à domicile, notamment en cancérologie. Certains de nos patients en cancérologie sont suivis par Arémis et nos équipes. L'idée est effectivement de développer cette alternative et nous avons, à nos côtés, un partenaire qui est demandeur. S'il existe une véritable plus-value pour le malade il ne faut pas hésiter. Toutefois ce n'est pas encore une pratique très ancrée en Belgique et la demande n'existe pas réellement. Il faut comprendre que l'hospitalisation à domicile est aussi liée au niveau d'aide que peut apporter la famille.

Disposez-vous d'une filière gériatrique complète ?

J.deT : Nous disposons effectivement d'une filière gériatrique complète et efficiente. Nous aurons 48 lits de gériatrie à Delta, 48 autres lits à Ste-Anne St-Remi et 24 à Braine-l'Alleud. Sur les 1 000 lits du CHIREC, 120 sont consacrés à la gériatrie. Au-delà des lits, nous avons des accords transmuraux entre la gériatrie et des lieux de longs séjours. Ces accords comprennent également la formation au sein du CHIREC de son personnel aux techniques de soins spécifiques de la personne âgée. Nous disposons, en outre, d'un pharmacien clinicien qui revoit tous les traitements prescrits avant la sortie du malade, qui lui explique et lui prépare son échéancier et qui prend contact avec le médecin traitant ou l'institution pour assurer le suivi du traitement. En interne, le suivi gériatrique est également assuré entre les divers services, notamment grâce à un(e) infirmier(e) à compétence gériatrique présent(e) à chaque étage. Il n'est pas utile de développer davantage ce suivi, car nous avons une durée moyenne de séjour en hospitalisation aiguë plutôt faible (5,2 jours).

Quelles sont les forces du CHIREC ?

J.deT : Nous avons décidé de faire beaucoup de « bottom up » et d'être sans cesse à l'écoute des gens qui travaillent. Nous n'avons pas une politique arbitraire de décisions qui viendraient du haut de la hiérarchie. Nous privilégions le dialogue. Le plan stratégique 2007-2012 a été constitué par les utilisateurs. Il a été la traduction de la volonté du plus grand nombre, aussi bien les infirmier(e)s, que les médecins ou que les groupes médicaux. Bien évidemment, nous avons dû recadrer certains débats, mais nous n'avons rien imposé. Tout le monde est toujours informé et tous ceux qui souhaitent prendre la parole le peuvent.

Quelles sont les attentes de la communauté médicale vis-à-vis du projet Delta ?

J.deT : La communauté médicale attend que les patients soient bien reçus et qu'ils soient satisfaits. Il y a une véritable motivation de gestion optimale avec ce nouvel outil et ils attendent donc que tous les flux se déroulent normalement et que tout fonctionne correctement, pour gagner en qualité et en rentabilité. Les médecins sont demandeurs d'un outil performant, à la pointe de la technologie, mais aussi d'un personnel qualifié et suffisant. Enfin, ils souhaitent que l'établissement soit à leur écoute. La communauté médicale a besoin de cadres attractifs pour bien vivre.

Quelles sont les nouvelles organisations que vous allez mettre en place ?

J.deT : La structure architecturale de l'hôpital implique une révolution dans les organisations. Jusqu'en 2017, nous essayons de basculer complètement les organisations médicales. Nous travaillons actuellement encore par services, des services qui communiquent peu ou prou entres eux et qui sont parfois eux-mêmes subdivisés. Il s'agit d'une organisation complètement cloisonnée. Dès 2014, nous allons entamer le basculement avec une clinique des pathologies digestives et une clinique des pathologies thoraciques, qui comprendront le chirurgien, le médecin, le physiothérapeute, le kiné, l'infirmier(e) ou encore l'infirmier(e) palliatif(ve), dans le but de simplifier le parcours du patient. Au lieu d'être un hôpital calqué sur les spécialités et les demandes des médecins, nous allons devenir un hôpital calqué sur les attentes des patients. Les circuits seront faciles et mieux identifiés et, surtout, le malade ne se déplacera plus à travers tout le bâtiment pour se faire soigner. Les gens vont devoir apprendre à travailler ensemble autour d'une même pathologie.

Quelles coopérations privilégiez-vous et avec quels établissements entretenez-vous le plus de liens ?

J.deT : Il y a plusieurs aspects dans les coopérations. Tout d'abord il y a la position de l'hôpital dans la ville ou dans le bassin, au niveau de l'amont et de l'aval. Avec les pathologies qui deviennent chroniques, nous ne sommes plus dans un temps linéaire mais dans des parcours faits d'épisodes hospitaliers récurrents. Il est nécessaire dans ce cadre de fidéliser des circuits et, pour cela, il faut se rendre attractif. Nous entretenons bien sûr des collaborations pour des activités que nous ne proposons pas, mais aussi pour des activités que nous faisons dans le cadre d'échanges avec des institutions. Nous participons à des échanges de patients et de médecins avec les hôpitaux universitaires comme Erasme ou St-Luc et l'université flamande de Bruxelles. C'est très intéressant pour nous d'accueillir des étudiants et de les former chez nous, car certains souhaitent nous rejoindre à la fin de leur formation, ce qui permet de renouveler le staff. Les coopérations nous donnent l'accès à des techniques que nous n'avons pas et nous pouvons assurer le suivi de notre patient. Cela n'est pas un problème pour nous de partager un patient. Même du point de vue de la rentabilité, il peut être plus intéressant de ne faire que le suivi et pas l'intervention aiguë.

Pratiquez-vous la recherche clinique au CHIREC ?

J.deT : Nous faisons très peu de recherche. Nous ne sommes pas un hôpital universitaire, nous ne profitons donc pas des dotations que ces établissements peuvent recevoir. Cependant, il existe une véritable demande. Nous avons deux types de recherches cliniques encadrées par tous les dispositifs légaux. La première recherche est centrée sur la cancérologie au niveau des médicaments et des thérapies, avec une série d'études dont certaines dans un cadre multicentrique, par exemple en relation avec l'EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Nos recherches cliniques concernent aussi d'autres domaines et essentiellement l'orthopédie ou la neurologie. La recherche, quel que soit son domaine, se fait fréquemment en connexion avec une université. Nous encourageons la recherche.

Comment définissez-vous la médecine du XXIe siècle ?

J.deT : La médecine du XXIe siècle sera très technologique. Nous entrons dans une génération de « geeks » qui est davantage dans la virtualisation. Nous serons de plus en plus virtuels, avec des échanges de données et d'images, de la construction 3D et de la reconstruction. Nos métiers vont s'orienter avec des tablettes intelligentes qui vont assister nos diagnostics. D'un autre côté, nous ne devrons pas perdre le côté « humain » de la médecine. Nous ne pouvons pas nous passer de la technologie, mais j'espère que dans les formations des facultés de médecine, l'accent sera mis sur les aspects transactionnels de la consultation du malade. L'empathie devra être enseignée.