



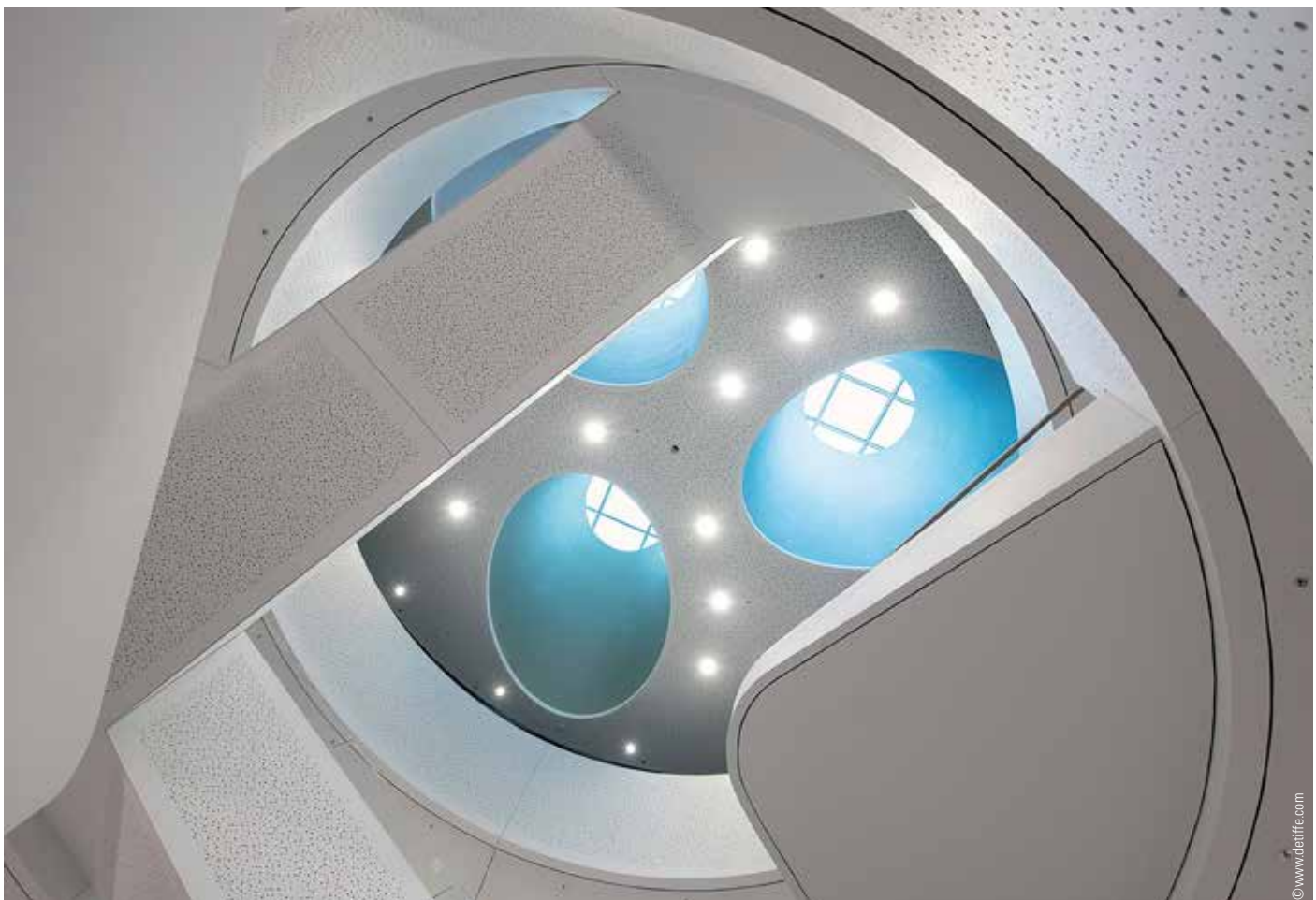
CHIREC - Nouvel hôpital Delta : une réorganisation centrée sur les patients

Début décembre 2017, le CHIREC (Centre hospitalier interrégional Edith Cavell) a ouvert son nouvel hôpital Delta à Auderghem. Placé au cœur d'un des plus importants carrefours de communication à Bruxelles, ce nouvel établissement regroupe les activités hospitalières des cliniques Edith Cavell et Parc Léopold. La décision de ce regroupement fut prise en 2006. Elle résultait de plusieurs constatations: vétusté des bâtiments historiques, difficultés d'extensions, coût des rénovations et impossibilité de faire cohabiter des travaux structurels avec le maintien de l'activité de soins. Rassembler les équipements lourds dans un seul site et optimiser la logistique incitaient également à cette centralisation. Au-delà de la construction de l'hôpital de plus de 500 lits, le projet intègre une réorganisation complète de l'activité clinique. Il rencontre la quasi-totalité des demandes des patients dans un environnement attractif pour tous. Idéalement situé, le site Delta offre également par sa taille l'opportunité de développer les technologies les plus sophistiquées. La réunion des forces vives médicales et paramédicales des deux cliniques permet le déploiement optimal des initiatives d'excellence et des centres multidisciplinaires tels que le CHIREC Cancer Institute, la Clinique du sein, le pôle Mère Enfant, l'Ophtalmologie, le Centre d'Obésité, l'Orthopédie et la Revalidation,.... Le CHIREC, institution indépendante, met le patient au centre de ses objectifs et est fier d'offrir des soins personnalisés dans un environnement moderne, avec des outils à la pointe de la technologie.

Entretien avec **Bruno Lefébure**, directeur général, administratif et financier**Le CHIREC...**

Bruno Lefébure : Le CHIREC est issu de plusieurs fusions, débutées à la fin des années 1990, rassemblant des structures différentes partageant des missions communes. La Clinique du Parc Léopold était historiquement gérée par les assurances fédérales et disposait d'une culture spécifique caractérisée par la gestion d'un assureur et de médecins indépendants. L'Institut Médical Edith Cavell, quant à lui, est une structure hospitalière dont la tradition est fortement marquée par une activité de nursing prédominante et de très grande qualité. Elle disposait d'une école en soins infirmiers et entretient depuis une culture de proximité très forte entre le personnel infirmier et les médecins. La clinique de la Basilique a été l'une des premières structures de santé en Europe et dans le monde à promouvoir la chirurgie ambulatoire. De ce fait, l'histoire de l'Institution est grandement marquée par l'évolution de l'activité de jour chirurgicale et par l'appui des sites hospitaliers dans son développement. L'hôpital de Braine-l'Alleud - Waterloo, autre site composant le CHIREC, est une structure créée par les médecins. Il a toujours accordé une grande importance à la qualité de son service d'urgences qui est clairement valorisé et reconnu par la population du territoire. Enfin, la clinique Sainte-Anne Saint-Remi est elle-même née de la fusion des deux cliniques Sainte-Anne et Saint-Remi regroupées sur un site unique dans les années 1990. Cet établissement se

caractérisait historiquement par l'implication, dans son fonctionnement, de l'organisme religieux propriétaire. Il se démarquait donc par l'aspect confessionnel de sa gestion, contrairement aux autres structures du CHIREC respectant des principes laïques. En 2006, la décision fut prise de recentrer les activités de l'institution sur des hôpitaux de plus grande taille, orientés patients et implantés sur des sites respectant les principes forts de mobilité (accessibilité par transports en commun, voitures, etc.) et de liaison avec leur environnement. De ce fait, le CHIREC, actuellement composé de six structures modestes aux cultures différentes, va passer, en trois à quatre ans, à trois sites restructurés et centrés sur les besoins de l'ensemble de la population et l'optimisation de son parcours de soins. En restructurant l'offre de soins, nous espérons également tordre le cou à un vieux mythe faisant du CHIREC une structure dédiée à la prise en charge des personnes les plus aisées. Cette réputation n'est clairement pas méritée. Aujourd'hui, l'institution compte 30 % de prise en charge avec dépassement d'honoraires (suppléments et chambres privées) alors qu'elle assure les soins de 20 % de la population bruxelloise. Face à ce nouveau projet d'envergure, nous nous efforçons de demeurer transparents et de communiquer largement auprès de nos collaborateurs et des citoyens afin d'accompagner nos équipes et de rassurer à la fois les professionnels et le public. Depuis 2006, nous travaillons sur la synchronisation de la durée de vie de nos équipements pour 2017 par le biais de nos différents plans d'investissement. Nous voulons ainsi anticiper les exigences et besoins des équipes et des patients pour optimiser les opérations de déménagement à venir.





Le contexte actuel de financement des hôpitaux est impacté par l'éclatement des compétences entre structures fédérales, régionales et communautaires. Comment avez-vous alors validé le financement du nouvel hôpital Delta ?

B. L. : Nous avons défini un premier volet financier en 2006 lors de nos premières réflexions autour de la restructuration de notre institution et de la réduction du nombre de sites. La deuxième phase de notre projet s'est achevée cinq ans après la crise bancaire internationale de 2008, alors que la situation financière globale retrouvait une certaine stabilité. Dans ce contexte, nous avons choisi de solliciter directement la banque européenne d'investissement pour récolter un tiers du financement nécessaire à la réalisation du projet, soit près de 110 M€.

Quelles sont les grandes lignes du projet Delta ?

B. L. : Nous comptons offrir à la population les techniques modernes les plus efficaces en concevant l'hôpital du futur. Cet établissement devra faire preuve d'une meilleure évolutivité que nos anciennes structures pour être et demeurer un hôpital de pointe. Nous devons alors choisir et développer l'ensemble de nos spécialités afin de garantir l'excellence de nos prestations.

Dans quelle mesure ce projet impacte-t-il les orientations stratégiques du CHIREC ?

B. L. : Le projet de nouvel hôpital lui-même est la concrétisation de la politique stratégique mise en place dès 2006 qui visait le regroupement de l'ensemble de nos activités sur un nombre de sites réduit, et dans des

installations répondant à 95 % des besoins de nos patients. Le CHIREC ne réalise aucune greffe de foie ni aucune activité de médecine universitaire. En revanche, il est particulièrement efficace dans le domaine de la médecine aiguë.

Le nombre de lits du CHIREC a-t-il diminué depuis la première version du projet de 2006 ?

B. L. : Nous avons effectivement moins de lits aujourd'hui qu'en 2006 mais nous avons anticipé cette baisse puisqu'il s'agit d'une tendance générale. Nous traitons, désormais, plus de patients en ambulatoire qu'en hospitalisation traditionnelle. Nous avons augmenté le nombre de lits dans les services de gériatrie, de rééducation et en psychiatrie pour répondre à l'évolution des besoins en santé de la population. Nous réduisons les Durées Moyennes de Séjour (DMS) pour de nombreuses spécialités chirurgicales avec un nombre croissant d'actes ambulatoires pour certains actes, comme la pose de prothèse de hanche. Cela étant, nous identifions une marge de progression de notre volume d'activités chirurgicales en ambulatoire.

Quels ont été les acteurs impliqués dans vos réflexions liées au développement stratégique du CHIREC ?

B. L. : Nous avons impliqué l'ensemble des acteurs de l'hôpital sans distinction aucune. Nous avons recueilli l'avis du plus grand nombre de nos collaborateurs quant à l'évolution de l'hôpital et de la médecine au cours des quinze prochaines années. Sur base de leurs retours, nous avons assuré des échanges efficaces et développé un projet de consensus.

Comment le personnel concerné par le déménagement dans le nouvel hôpital a-t-il été accompagné ?

B. L. : Nous communiquons le plus largement possible et nous nous efforçons de faire comprendre les enjeux de nos actions au plus grand nombre. Pour nos collaborateurs, notamment les plus expérimentés, la fermeture de certains de nos sites et le déménagement sur de nouvelles installations peuvent être des événements difficiles à vivre. Nos effectifs restent inchangés et tous nos collaborateurs conservent leur emploi. Mais un professionnel habitué à un environnement depuis plusieurs dizaines d'années, et qui est aujourd'hui à l'aise dans la structure assez familiale qu'il connaît, peut être inquiet en intégrant un établissement plus important avec des pratiques et des procédures modernisées impliquant notamment l'intégration des outils numériques.

Avez-vous été aidés dans vos démarches d'accompagnement au changement ?

B. L. : Nous avons intégré plusieurs professionnels expérimentés dans la conduite de ce type de projets. Nos précédentes fusions nous ont également servis dans la gestion des opérations. Le déménagement dans de nouvelles installations a cependant pour caractéristique d'interdire une transition douce vers de nouvelles pratiques et de nouvelles organisations. Nous devons donc préparer les équipes au mieux en renforçant nos actions de communication interne et notre management. Dans ce contexte de changement profond, les dirigeants de l'institution doivent également se montrer particulièrement disponibles pour leurs collaborateurs.

Quelle est votre vision de l'évolution du management des relations humaines ?

B. L. : Le management des relations humaines évolue continuellement depuis ces 30 dernières années. Nous constatons que des hôpitaux modestes gérés de façon assez familiale deviennent des institutions de plus grande capacité et largement professionnalisées. Les réformes successivement mises en place obligent les responsables hospitaliers à gérer leurs établissements comme des entreprises. L'aspect humain et le management de nos équipes ont suivi cette tendance avec quelques spécificités, nos collaborateurs restant soumis à des charges émotionnelles très fortes dans le cadre de leurs missions sur le terrain. Outre la performance dans la gestion des équipes, ce caractère très particulier et cette intensité sur le plan émotionnel de l'activité hospitalière doivent être pris en compte lorsque sont abordées les données de gestion purement statistiques. Les événements souvent dramatiques et les situations de stress extrêmes auxquels peuvent être confrontées nos équipes très régulièrement auraient peut-être besoin d'être rappelés aux acteurs extérieurs ignorant la réalité du terrain et critiquant régulièrement la qualité de gestion des ressources humaines de l'hôpital. De plus, le développement de l'ambulatoire impacte très profondément nos organisations. L'hôpital traite un nombre croissant de patients avec des effectifs constants et des rotations toujours plus rapides.





Avec quels établissements entretenez-vous le plus de collaborations ?

B. L. : Nous collaborons avec le plus grand nombre d'acteurs de santé du territoire. La collaboration est essentielle, notamment pour rentabiliser l'achat de nouveaux équipements en partageant nos investissements et nos outils. Nos collaborations concernent plus particulièrement les hôpitaux Sainte-Élisabeth, Saint-Jean, Etterbeek-Ixelles et l'UZ Brussel dans les domaines des urgences, de la cardiologie et d'autres pour lesquels la relation entre institutions participe à l'amélioration de la prise en charge de la population. Les besoins du patient doivent être la principale motivation des acteurs de terrain dans le développement de partenariats entre établissements, dans un souci d'efficacité et un esprit d'ouverture.

Le CHIREC est membre du GIBBIS issu de la fusion, en début d'année 2017, entre la fédération des hôpitaux privés de Belgique et la Coordination Bruxelloise d'Institutions Sociales et de Santé. Quel est l'intérêt pour l'établissement d'appartenir à une telle fédération ?

B. L. : Cet organisme regroupant des hôpitaux privés bruxellois est une nécessité, au même titre que la mise en place du réseau IRIS était nécessaire pour regrouper les hôpitaux publics de Bruxelles. Nos deux fédérations doivent maintenant collaborer pour défendre les intérêts des établissements de santé et de la population bruxelloise, notamment face aux instances régionales flamandes et wallonnes actuellement très actives sur le plan médical.

Au travers de ce nouveau projet du CHIREC, comment comptez-vous développer l'image du groupe hospitalier ?

B. L. : Notre dernier audit d'image a clairement révélé le besoin, pour le CHIREC, de communiquer davantage et d'une façon différente. Nous avons donc diversifié nos actions en fonction du public visé (patients, médecins, généralistes, collaborateurs, etc.) et le service de communication a mis en place de nouveaux outils, y compris numériques (réseaux sociaux et plateformes vidéos). Nous privilégions une communication honnête et transparente en donnant la parole aux acteurs de terrain en priorité.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

B. L. : L'hôpital est appelé à s'ouvrir sur son environnement et à se développer au-delà de ses murs. Il devra évoluer parallèlement aux innovations technologiques. Les nouveautés en matière de recueil de données de santé permettront un suivi à distance du patient hautement efficace et en temps réel. Aussi, la prise en charge de la population dépassera très largement l'hospitalisation. Le développement de la vidéoconférence, entre autres, va impacter durablement le contact entre l'hôpital et le patient. Le développement des polycliniques va se poursuivre pour accompagner la diminution des sites hospitaliers. Parallèlement, les sites de proximité vont également se développer pour répondre aux exigences de la population. Cependant, les habitants recherchent des installations proposant des diagnostics globaux et donc suffisamment importantes pour assurer plusieurs examens. Il conviendra alors de mettre en place des structures pluridisciplinaires de proximité accompagnées d'un renvoi des outils technologiques au domicile du patient. Les consultations à distance par vidéoconférence, par exemple, seront techniquement envisageables mais ne pourront être développées qu'une fois le cadre légal défini.