Quartier opératoire Hôpital de Mons site Constantinople - ©Olivier Pirard

La politique médicale

« Mutualiser nos forces permet de créer un projet médical commun et d'offrir une gamme de soins plus complète à la population »

Propos recueillis auprès de **Luc Bissen**, Directeur médical du site Kennedy et **Sébastien Bartholomée**, directeur médical des sites Constantinople et Warquignies

Comment la fusion entre le groupe Jolimont et le CHU Ambroise Paré a-t-elle influencé votre travail en tant que directeur médical ?

Luc Bissen : Ce projet de groupement a été motivé par deux éléments principaux : la promulgation de la loi sur les réseaux hospitaliers et les plans quinquennaux de reconstruction des infrastructures. Avec ces éléments en main, nous avons pensé qu'il serait bien d'arrêter les concurrences stériles entre hôpitaux. Finalement, tous les établissements ont la même mission médicale dans différentes spécialités, et mutualiser nos forces permet de créer un projet médical commun et d'offrir une gamme de soins plus complète à la population. Avant la fusion, Kennedy (ex-CHU Ambroise Paré) fonctionnait déjà quelque peu de manière multisite, en collaboration avec l'hôpital psychiatrique du Chêne aux Haies. Ce qui a changé, c'est mon intégration au collège de direction, réalisée en parfaite harmonie. À part quelques divergences mineures, les contraintes médicales restent identiques, et nos réponses sont souvent alignées. Intégrer un collège de direction m'a permis d'échanger avec des collègues, ce qui est très enrichissant.

Comment avez-vous surmonté cette phase d'harmonisation des pratiques dans les différents sites impliqués par cette fusion ?

Sébastien Bartholomé : Pour l'instant, les équipes travaillent principalement sur leur site respectif, car les reconstructions ne sont pas encore finalisées. Les rassemblements d'équipes concernent donc un nombre restreint pour le moment. Cependant, nous avons lancé une réflexion par discipline avec les acteurs médicaux de chaque site pour identifier les synergies, les actions prioritaires et leur vision du futur. Nous avons mené cette réflexion pour les 35 à 40 disciplines médicales de nos sites, ce qui a représenté un travail considérable. Cela a permis de mettre en place des trajectoires de soins communes et des protocoles. Par exemple, sur le bassin montois, nous avons rassemblé les deux maternités et la pédiatrie sur un seul site, ce qui a permis une organisation différente pour le pôle mère-enfant.

L. B. : Nous pouvons aussi citer l'exemple du service de neurologie, où des équipes travaillent entre les sites Kennedy, Constantinople et Warquignies. C'est également le cas pour la biologie clinique. Ces collaborations se développent progressivement autour des bassins de Mons et de La Louvière. Les services commencent à travailler entre eux de manière transversale.

Où en êtes-vous et quelles sont les grandes lignes que vous avez identifiées pour le projet médical hospitalier ?

L. B. : Nous avons organisé de nombreuses réunions avec les disciplines pour discuter de l'état actuel et du futur des services. Le respect de l'historique et des spécificités de chaque institution était un prérequis. Chaque hôpital a évolué selon son histoire, et nous tenons à conserver cet héritage. Nous avons ensuite identifié des synergies, comme l'optimisation des niveaux d'expertise pour certaines pathologies. Un de nos objectifs est de regrouper les agréments et de respecter les seuils d'activité requis par la loi pour certaines spécialités. Par exemple, nous avons décidé de spécialiser Mons dans la gestion des AVC aigus par voie endovasculaire, car il fallait centraliser cette activité pour atteindre le seuil d'activité requis.

S. B. : Nos hôpitaux doivent d'abord répondre aux besoins de proximité de leurs bassins de vie, qui couvrent 80 à 90 % des demandes. Ensuite, nous organisons des spécialisations pour des pathologies particulières sur certains sites. Mais il y a une contrainte législative : chaque site hospitalier doit offrir un certain nombre de services pour obtenir les agréments nécessaires, et nous ne pouvons pas faire tout et n'importe quoi en matière de spécialisation. Par exemple, nous ne pouvons pas créer un hôpital exclusivement chirurgical ou oncologique, car la loi impose une offre de services complète sur chaque site.

L'organisation qui découle de cette fusion est-elle une réponse aux défis de la médecine et de la prise en charge hospitalière de demain ?

L. B. : Clairement. Notre projet architectural est orienté vers la médecine de demain, où l'hôpital deviendra de plus en plus un plateau technique. Les séjours hospitaliers tendent à être plus courts en raison des avancées médicales, mais ils nécessitent davantage de ressources concentrées sur une courte durée. Nous pensons que ce phénomène va s'amplifier, avec un recours accru aux soins ambulatoires et de jour. Les nouveaux hôpitaux sont conçus en prenant en compte ces évolutions, notamment avec des systèmes d'information avancés et des options de télémédecine.

S. B. : Les modèles d'organisation hospitalière évoluent vers un fonctionnement en réseau, avec des pôles d'expertise bien définis en fonction des besoins locaux et des spécialités. Cela permet d'offrir un bon accès aux soins tout en concentrant les ressources spécifiques sur certains sites pour garantir une prise en charge de qualité.

Comment le corps médical est-il impliqué dans ces réflexions sur le futur des CHU Helora ?

L. B. : Jusqu'ici, la participation a été exemplaire. Dès le début, le choix des consortiums d'architectes et d'entreprises s'est fait de manière inclusive avec des séances d'information. Les utilisateurs ont pu voter pour le projet qui correspondait le mieux à leur vision de l'hôpital du futur. Ensuite, des groupes de travail ont été constitués par service — urgences, pôle mère-enfant, services médico-techniques, etc. Ces groupes réunissent des représentants de tous les sites, y compris des soignants, logisticiens, administratifs, informaticiens, pour avoir une perspective complète sur l'organisation de l'hôpital du futur.

Les architectes ont présenté le projet lors des Journées de l'Architecture en Santé comme étant une « communauté hospitalière » et non un simple modèle d'hôpital. Cette notion était-elle importante, surtout après une fusion comme la vôtre ?

L. B. : C'est une priorité. Cette implication forte de toutes les catégories de personnel dans la conception des bâtiments assure un sentiment d'appartenance et d'engagement envers leur futur environnement de travail. L'expertise terrain est précieuse pour des aspects comme les flux aux urgences, car ce sont les équipes qui connaissent le mieux ce qui est fonctionnel. Mais il faut aussi trouver un équilibre, car nos équipes viennent d'hôpitaux très différents et doivent abandonner certaines habitudes pour réfléchir collectivement aux meilleures solutions.

S. B. : C'est un enjeu crucial pour nous de recruter et de retenir les meilleurs professionnels de santé. En impliquant le personnel dans ces décisions, nous répondons à leurs attentes et nous assurons leur engagement dans l'hôpital de demain.

Comment accompagnez-vous le personnel médical dans cette transition ?

S. B. : Nous encourageons les équipes à se rencontrer pour échanger sur leurs pratiques et leurs solutions, ce qui leur permet de construire une expérience commune et de définir ensemble les processus et besoins futurs.

La maternité de Mons est l'une des premières synergies concrètes des CHU Helora. Pourquoi était-il important de construire cette « écomaternité » ?

L. B. : Nous n'avons pas construit une nouvelle maternité, mais nous avons rassemblé les deux maternités sur un seul site pour une question d'attractivité et de seuils d'activité. En regroupant les équipes, nous avons augmenté le nombre d'accouchements, atteignant désormais 1 500 à 1 600 accouchements par an, ce qui permet d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. L'expérience montre que plus nous pratiquons, mieux nous faisons. Ce volume critique d'activité permet aux équipes d'améliorer leurs compétences.

S. B. : Trois éléments ont motivé ce choix. D'abord, le besoin des équipes de travailler ensemble. Ensuite, le regroupement a facilité le recrutement de personnel, notamment des sages-femmes. Enfin, la maternité a peu d'interactions avec d'autres services, ce qui rendait le regroupement plus simple à gérer. Et il y a une belle symbolique à commencer notre projet de fusion par la maternité, symbole de naissance et de confiance.

Dans quelle mesure cela vous permet-il d'anticiper les défis à venir avec cette fusion ?

S. B. : Nous savons que les deux hôpitaux montois seront réunis dans le futur hôpital. Tout ce que nous faisons d'ici l'inauguration pour rapprocher les équipes est du temps gagné. Cela permettra une meilleure transition dans le nouvel hôpital, car les équipes auront déjà appris à travailler ensemble.

Quelle est votre vision de la médecine du XXIe siècle et dans quelle mesure les CHU Helora répondront-ils aux besoins futurs ?

L. B. : La médecine de demain sera de plus en plus orientée vers l'ambulatoire et le suivi à domicile. L'hôpital deviendra un plateau technique où les patients viendront pour des interventions spécialisées. Nous allons probablement vers une prise en charge continue plutôt qu'en silo hospitalier, avec une forte collaboration avec la première ligne. L'hospitalisation en tant que telle va probablement se réduire avec l'essor de l'hospitalisation à domicile.

S. B. : L'hôpital de demain se spécialisera dans la prise en charge des cas complexes nécessitant des expertises spécifiques. En réseau, nous pourrons orienter les patients vers les spécialistes pointus, ce qui n'est possible qu'avec un réseau hospitalier solide. Cela permet de rassembler les hyper-spécialistes dans des sites spécifiques, répondant ainsi aux besoins des patients de tout le territoire.