

Roularta HealthCare magazine,

pour prendre soin de l'avenir

Vous tenez en mains le premier numéro de l'édition francophone de HealthCare Magazine. La sixième réforme de l'Etat et la refonte du financement des hôpitaux induisent le plus important séisme que le secteur des soins de santé ait connu durant le siècle écoulé. Un séisme qui impactera l'organisation et l'exploitation de ce type de soins spécifiques. HealthCare Magazine entend vous plonger au cœur de cette réalité passionnante.

HealthCare magazine (HCM) s'appuie, tout comme le Ziekenhuis- en Zorgkrant néerlandophone, sur une année de test. Une année durant laquelle nous avons abordé le secteur des soins de santé en Flandre pour nous rendre clairement compte que nous nous devons de franchir la frontière linguistique. Avec HCM, nous nous concentrons exclusivement sur le secteur des hôpitaux, tout en couvrant les deux parties du pays. Dans cette optique, nous avons choisi dans ce premier numéro de donner la parole aux acteurs francophones. Car

s'il est clair que de nombreux projets sont sur la table, leur déploiement exigera encore pas mal d'efforts. Pour d'autres, la sixième réforme de l'Etat ne va pas assez loin, tandis que d'autres estiment que trop d'incertitudes règnent encore avant de

pouvoir s'organiser correctement, et que d'autres encore considèrent que cette réforme de l'Etat passera surtout par une refonte du paysage des hôpitaux.

Reste que l'ensemble des interlocuteurs s'accordent sur un point: la réforme du financement des hôpitaux est inéluctable et obligera tant les hôpitaux que les soins à se réorganiser. Economies d'échelle, soins transmuriaux, nouveaux types de soins, etc. : face à cette quête périlleuse de réponses appropriées, HealthCare magazine entend jouer un rôle actif et informatif pour l'ensemble des acteurs concernés.

Pour ce faire, nous suivrons l'actualité pas à pas, au rythme bimestriel sur papier et bimensuel avec notre newsletter électronique. Inscrivez-vous dès à présent sur hcm@roularta.be. Vous pouvez également nous suivre sur www.healthcaremagazine.be. Tous les deux mois, nous vous proposerons également plusieurs pages thématiques et vous informerons de l'actualité d'autres hôpitaux.

HealthCare magazine est édité par Roularta HealthCare et est une publication soeur du 'Journal du Médecin', de 'Belgian Oncologynews' et de 'Le Pharmacien'. ●

Guido Van Hoeck,
directeur-éditeur de Roularta HealthCare

Désirée De Poot,
rédactrice en chef de HealthCare magazine



Maxime Prévot, Ministre wallon de la Santé

« Favoriser les coopérations afin d'éviter une dispersion des moyens »

La diminution du nombre de lits ne doit pas être un objectif en soi pour le ministre wallon : « Il faut parallèlement travailler sur le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique. »

Vincent Lievin

Avec la nouvelle réforme de l'Etat, Maxime Prévot, le nouveau ministre wallon de la santé est confronté à de nombreux défis dans le monde des hôpitaux. « J'ai une vision des réformes à mettre en place dans le secteur hospitalier. Il y aura une modification du paysage wallon : par conviction parce qu'on ne peut pas faire tout partout et par nécessité parce que la raréfaction des moyens publics ne permet pas le saupoudrage. »

Décidé, il martèle ses idées : « La diminution du nombre de lits ne doit pas être un objectif en soi : il faut parallèlement travailler sur le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique (hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour et de semaine...), mais aussi sur l'offre d'hébergement en aval à l'hospitalisation (augmentation du nombre de lits de revalidation, de convalescence). Etant donné qu'avec la sixième réforme de l'Etat, la possibilité est désormais offerte de conclure des protocoles d'accord de reconversion spécifique entre le Fédéral et les entités fédérées, je ne manquerai pas

d'y recourir en réévaluant les besoins wallons en termes de lits d'hôpitaux, mais aussi les besoins pour les formes de prises en charge extra-hospitalières. »

Collaboration

Les liens avec le Fédéral ne sont évidemment pas coupés selon lui : « L'objectif d'une diminution du nombre de lits aigus ne pourra être poursuivi qu'en étroite collaboration avec le Gouvernement fédéral qui garde le financement de ces lits dans ses compétences. À ce titre, la réflexion sur la révision du mode de financement des hôpitaux doit absolument se poursuivre. »

L'accessibilité des patients aux institutions sera au centre du débat : « Ma réflexion se situe à deux niveaux : l'une par bassin de vie et l'autre par réseau de soins. La volonté est évidemment de garantir une proximité de soins rapide dans un premier temps pour le patient et un traitement spécialisé et adapté dans un second temps. Cela peut se faire dans un hôpital plus éloigné... après avoir traité l'urgence. J'entends être créatif et auda-

cieux avec les moyens dont nous disposons pour développer la future politique de soins de santé. »

La qualité de l'offre hospitalière sera au centre de ses préoccupations : « Je rappelle que le précédent gouvernement a adopté en août 2013 un plan wallon visant à améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux. J'ai l'intention de présenter dans les prochains mois une note visant à

besoins futurs. Sur cette base, il convient de favoriser les coopérations afin d'éviter une dispersion des moyens et en veillant à l'accessibilité aux soins en milieu rural. »

Réforme

Selon Maxime Prévot, le gouvernement wallon précise qu'il souhaite maintenir le processus de garantie de la Wallonie au bénéfice des investissements hospitaliers. « L'étude du KCE, la dernière analyse MAHA et les dernières déclarations de la ministre fédérale de la Santé, Madame De Block, vont toutes dans le même sens : pour garantir à terme la survie de notre système de santé, une réforme en profondeur de celui-ci est devenue incontournable. En ce qui concerne les institutions dont l'analyse de la structure financière démontrerait leur incapacité à assumer la charge consécutive à un investissement, elles devront mettre en place un plan de redressement. Ce n'est qu'après constat de l'assainissement de leurs structures financières que le dossier d'investissement pourra être pris en considération le cas échéant. »

Dans ce contexte particulier, le ministre rappelle quand même l'état d'avancement d'une série de dossiers : le CHC de Liège, le Grand Hôpital de Charleroi, Vivalia au Luxembourg, Tivoli à La Louvière, l'hôpital Ambroise Paré...

La qualité de l'offre hospitalière sera au centre de ses préoccupations

proposer une opérationnalisation de ce plan qui s'articule autour de six axes. »

L'avenir de la santé des Wallons passera aussi par des investissements hospitaliers pour les décennies à venir. « Si le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux reste fédéral, le financement des bâtiments et des équipements relèvera des entités fédérées à partir du 1er janvier 2016. Considérant que ces investissements peuvent être amortis jusqu'à 33 ans, il nous apparaît nécessaire de mettre en place un cadastre des infrastructures permettant de mieux connaître l'état du parc hospitalier afin d'appréhender les

Roularta **HealthCare** magazine

Le magazine des décideurs dans le secteur des soins
hcm@roularta.be
N° 1 • 26 février 2015

Rédactrice en chef
Désirée De Poet
desiree.de.poot@roularta.be

Collaborateurs
Guy Kindermans, Vincent Lievin, Julie Luong,
Michaël Vandamme

Art directeur & chef de production
Viviane Claes
viviane.claes@roularta.be

Lay-out
Helge Orinx, Philippe Ossemann, Antonio Zamora

Impression
Drukkerij Vanderpoorten

Photographie
Belga Image, Guy Puttemans

Content manager
Philippe Ossemann

Offres d'emploi
Guido Marit ☎ 02/702.70.29
guido.marit@roularta.be

www.healthcaremagazine.be

Abonnement annuel
€52

Régie

Sales Manager
Michèle Veys – michèle.veys@roularta.be

Account Managers
Veerle Danneel – veerle.danneel@roularta.be
☎ 0475-78.90.39
Catherine Wartique – catherine.wartique@roularta.be
☎ 0474-09.08.01
Charlotte Boel – charlotte.boel@roularta.be
☎ 0496-58.51.54

FrontOffice Manager
Marie-Berthe Wijns – frontoffice.rhc@roularta.be
☎ 02/702.70.33

Directeur rédactions
Geert Verrijken

Operations Manager
Virginie Meysmans – virginie.meymans@roularta.be
☎ 02-702.70.30

Roularta HealthCare magazine est une publication de

Roularta HealthCare

Directeur des éditions
Guido Van Hoec

Éditeur responsable
Sophie Van Iseghem
Rue de la Fusée 50 bte 14 - 1130 Bruxelles

« Les pages avec un fond gris ne tombent pas sous la responsabilité de la rédaction »

Membre de l'Union des Sites de la Presse Périodique
IPB PRESS



Rudy Demotte à l'heure des choix compliqués

Hôpitaux universitaires : « On attend des actes des politiques »

Les différents intervenants francophones notamment rencontrés lors de la préparation du dossier s'étonnent de l'absentéisme du ministre-président de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le débat sur le dossier de l'avenir des hôpitaux universitaires. « On attend aussi des actes politiques en la matière » nous avoue l'un d'eux. Un autre ne cache pas que les hôpitaux universitaires devront également s'investir dans les rapprochements hospitaliers pour pérenniser une médecine de qualité dans certaines zones de l'espace francophone de soins. Il est important que les médecins puissent travailler sur une taille critique de patient, qu'ils travaillent dans un hôpital universitaire ou non. »

Au cabinet du ministre-président Rudy Demotte, s'il n'y a pas de réactions officielles à ce stade, on souligne qu'on travaille sur le dossier. « Les compétences en la matière font l'objet de toute notre attention. » L'attente du ministre-président des francophones peut s'expliquer aussi par le fait qu'il ne possède pas toutes les cartes en main. En effet, tant que les ministres régionaux, qui ont les hôpitaux en charge, ne dévoilent pas leur plan à long terme pour le secteur hospitalier non-universitaire, il ne peut s'investir efficacement. Ce travail ne lui est, par ailleurs, pas facilité par le fait qu'aucun de ces ministres n'est socialiste. Voilà longtemps en effet que la santé se trouvait dans le giron socialiste à la Région wallonne notamment. Enfin, Rudy Demotte connaît également la volonté de Maggy De Block au niveau fédéral de voir les hôpitaux universitaires mieux imbriqués à l'avenir dans le réseau hospitalier. A lui à présent de garder les spécificités des institutions tout en leur donnant les moyens nécessaires pour travailler dans les meilleures conditions sans toutefois qu'ils ne se referment sur eux-mêmes.

Un reproche de certains acteurs du secteur....

Complexe, surtout lorsqu'on n'a pas beaucoup de moyens et que le contour des compétences reste flou.

On comprend donc mieux (ou pas), le silence de Rudy Demotte sur la matière. ●



Futurs défis

Sa réflexion hospitalière intègre évidemment les futurs défis : « Le Rapport d'évaluation des soins palliatifs qui vient d'être publié par la Cellule fédérale d'Évaluation des soins palliatifs dresse un tableau très complet des dispositifs existants dans notre pays pour faire face aux besoins estimés – entre 10.000 et 20.000 patients – et émet une série de recommandations par secteur (plateformes de soins palliatifs, fédération de soins palliatifs, soins palliatifs à domicile, fonction palliative dans les hôpitaux et dans les MR/MRS...) pour améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement en fin de vie. L'amélioration de la qualité de ces soins passe inévitablement par une augmentation du budget qui leur est dévolu. Malgré le contexte budgétaire difficile, je m'attellerai à examiner les pistes nécessaires dans les domaines suivants : renforcement des équipes à

domicile pour pouvoir assurer la permanence 20H/24, création d'une fonction palliative dans les MR/MRS, amélioration continue de la formation palliative, création de lieux de séjour intermédiaire entre le domicile et l'hôpital,...). » Dans ce contexte, il attire l'attention sur l'étude qui est actuellement menée par le Professeur Desmedt. « Cette étude qui devrait s'achever prochainement vise un objectif d'amélioration de la qualité des soins de fin de vie avec une réduction du nombre d'hospitalisations en urgence et du nombre d'admissions en réanimation ainsi qu'une augmentation du nombre de décès à domicile dans des conditions optimales. »

Enfin, il reconnaît qu'au niveau des transferts de compétence, le domaine de la santé wallonne n'est pas encore prêt. « Nous le serons toutefois le moment venu. Nous relèverons le défi avec l'administration lorsque le transfert sera effectif. » ●

Yves Smeets (CEO Santhéa) et Michel Mahaux (Dir. Gen.adj.)

« Garder une politique de santé commune à tous les francophones, c'est utopique ! »

Santhea est une association qui a pour mission de défendre et de promouvoir les intérêts des établissements et des services de soins non-lucratifs, du secteur privé non-confessionnel et du secteur public, en Wallonie et à Bruxelles. Yves Smeets CEO de Santhéa et Michel Mahaux, directeur Général-Adjoint, font le point sur l'avenir du monde hospitalier.

Vincent Lievin

Estes-vous rassuré par la réforme de l'Etat ?

YS : « On attend de voir quelle organisation et quel financement les responsables politiques vont mettre en place. Actuellement les cabinets travaillent en silence. Nous pouvons les sensibiliser en leur disant qu'on ne reçoit pas actuellement les moyens de travailler convenablement. La réforme de l'Etat est une mauvaise réforme. Les experts à la manœuvre n'ont pas été jusqu'au bout. Cela a débouché sur des incohérences au quotidien. Ils n'ont pas réalisé une bonne réforme soit par incompétence ou par réflexe frileux. Pour nous, l'idée de la régionalisation est de pouvoir agir au plus près du terrain. A ce stade, l'impossibilité d'adapter un certain nombre de règles pour réorganiser les hôpitaux est préjudiciable. Les avancements seront donc très lents. »

Un contexte vraiment difficile ?

MM : « Au-delà du manque de moyens, il est difficile de faire des normes hospitalières nationales tant les spécificités existent. On se heurte au niveau wallon à des pratiques médicales différentes entre le nord et le sud. Un ministre quel qu'il soit ne peut pas réaliser une bonne réforme hospitalière sans moyens. Avec la réforme de l'Etat, on peut craindre que la bureaucratie ralentisse tout. Il conviendra d'abord de discuter avec l'OIP, organisme d'intérêt public de santé, puis avec le gouvernement wallon... puis avec la concertation intra-francophone, puis avec le fédéral (cour des

comptes et conseil d'état). C'est pour éviter cela qu'une série de propositions pour supprimer les normes inutiles a été faite par nous. Limiter les concertations pour permettre au terrain d'avoir plus de souplesse est une priorité. Une telle réforme n'ira pas vite... Elle prendra au moins 5 ans. »

Il y a des freins ?

MM : « Avoir une politique de santé commune à tous les francophones. C'est utopique. Rien que pour les maisons de repos, depuis 1989, les normes sont différentes. De vraies réformes doivent être osées à Bruxelles comme en Wallonie face à des fonctionnements propres. Notre



Yves Smeets



Michel Mahaux

volonté est d'avoir des soins de santé de qualité. En Flandre, tout va plus vite dans les réformes.

Cependant, il y a encore du travail et des structures doivent encore être mise en place. »

Et le patient dans tout cela ?

YS : « Notre crainte, c'est de voir le patient trop peu pris en charge. Un sursaut politique est urgent pour améliorer le fonctionnement des hôpitaux sans les surcharger administrativement. Cela ne coûtera pas plus cher, loin de là ! La modernisation des textes (groupement, fusion, association...) est essentielle. »

Vous attendez aussi des réponses à vos questions, dites-vous...

YS : « On ne sait pas où on va. Quelle est la bonne taille d'un hôpital ? Le nombre de

services ? Comment adapter au mieux les

normes ? Il faut aussi répondre à des demandes wallonnes et bruxelloises spécifiques. A l'INAMI, on nous dit qu'il y a des choses qui marchent en Flandre. Mais comment les transposer ? Est-ce possible ? Les volumes de population diffèrent dans les trois régions. On doit en tenir compte. Enfin, il est impossible d'appliquer les normes imposées sans moyens nouveaux. Comment s'en sortir ? Soit en diminuant les normes... soit en réduisant le salaire des spécialistes mais cela n'aidera pas à améliorer le financement des hôpitaux. Par contre, il est important qu'il y ait un rééquilibrage de la nomenclature et une maîtrise des écarts de salaire. »

Quel financement pour demain ?

MM : « Le gestionnaire doit avoir une meilleure visibilité sur son budget et

pouvoir lutter contre l'incohérence du financement qui ne permet ni de mener une gestion cohérente ni d'estimer l'impact des choix de gestion. Si rien n'avait changé dans les normes comptables, nous ne serions pas inquiets. Mais devant les changements de normes (SEC), on voit arriver une Wallonie qui n'a pas les moyens d'investir. Passer par la BEI, banque européenne d'investissement, pourrait être une solution. »

Des finances qui auront un impact sur l'emploi ?

MM: « L'emploi est un enjeu majeur du secteur hospitalier avec 100.000 emplois directs. Avec surtout des qualifications variées et une croissance continue et des emplois nouveaux. On internalise des fonctions plus qu'avant pour des raisons pratiques dans les hôpitaux notamment dans le domaine de la maintenance technique. »

Y a-t-il d'autres manières de développer l'hôpital ?

YS: « Les responsables politiques devraient tenir compte de notre capacité d'attraction pour les pays frontaliers. Il est temps d'avoir une vraie réflexion en la matière. Le patient français coûte à la collectivité belge. On pourrait toutefois utiliser les lits excédentaires pour les patients français. Il y a des éléments positifs pour l'avenir : les acteurs dans toutes les régions se sont rendus compte que si les changements n'arrivaient pas, les problèmes grandiraient. A ce stade, toutefois, le manque d'ambition et de vision en santé prennent le dessus. »

Confiants aussi dans l'avenir des nouvelles technologies hospitalières ?

MM: « Non. On constate aussi un manque d'anticipation sur la question de l'e-santé ou encore sur la question de la médecine sur mesure ou de l'hôpital en dehors de ses murs. Les forfaits devraient être adaptés lorsque les patients sont soignés par l'hôpital alors qu'ils restent à leur domicile. Actuellement, les hôpitaux perdent trop d'argent. Enfin, il n'est pas normal que pour le citoyen qui s'adresse à un hôpital, on se trouve devant en moyenne un mois d'attente pour une consultation de médecin interne ou de pneumologue et presque deux mois pour être reçu par un rhumatologue ou un algologue. » ●



En tant que responsable financier de votre hôpital, vous voulez que tout le monde s'y sente bien...

ing.be



Réalisez votre mission avec l'aide de votre Relationship Manager ING.

Pour assurer le bien-être des patients dans votre hôpital, l'efficacité est pour vous une priorité absolue. Chez ING, nous le comprenons bien. Voilà pourquoi vous pouvez compter sur un Relationship Manager ING qui comprend vos exigences. Nous proposons également une série de solutions financières qui vous soutiendront parfaitement dans vos tâches.

Par exemple, des services qui optimisent vos flux financiers et permettent une gestion plus fluide de vos liquidités et paiements. Sans oublier nos outils électroniques, conçus spécialement pour vos situation et organisation. Bref, notre motivation est toujours la même: vous rendre la vie plus facile. Prenez rendez-vous avec votre Relationship Manager ING.

ing.be/business

Offre de services bancaires sous réserve d'acceptation d'ING Belgique et d'accord mutuel. Conditions et modalités (règlements, tarifs et autres informations complémentaires) disponibles auprès de votre Relationship Manager ING ou sur www.ing.be/business. ING Belgique SA - Banque/Prêteur - avenue Marnix 24, B-1000 Bruxelles - RPM Bruxelles - TVA: BE 0403.200.393 - BIC: BBRU3333 - IBAN: BE45 3109 1560 2789. Éditeur responsable: Inge Ampe - Zoups Saint-Michel 60, B-1040 Bruxelles.



Namur : des appels plus discrets

Le CHR Namur a mis en place un nouveau système d'appel en salle d'attente. L'appel des patients se fait par numéro afin de garantir l'anonymat des patients, auparavant appelés à haute voix par leur nom. En pratique, le patient reçoit un ticket dont le numéro s'affiche sur écran et l'oriente vers l'espace de consultation où il est attendu et accueilli par l'infirmière.

« Petit Pierre va en salle d'opération »

Petit Pierre a 5 ans. Il adore son doudou Nounours, passer des heures à jouer aux petites autos avec son papa, lire des histoires avec sa maman... Et, aujourd'hui, il va être opéré ! Ce livret fait découvrir toutes les étapes du parcours de Petit Pierre, depuis la préparation de sa valise jusqu'à son retour à la maison, en passant par sa nuit à l'hôpital, et surtout, son opération ! La brochure, distribuée aux parents dont l'enfant va être hospitalisé aux Cliniques Saint-Luc de Bruxelles, reprend également une série de jeux, quelques conseils ainsi qu'un lexique.

Nouveautés au CHwapi de Tournai

Le CHwapi -centre hospitalier de Wallonie picarde- a réalisé de gros investissements sur le site Notre-Dame de Tournai. Le nouveau service de coronarographie (1 million d'euros) permet le diagnostic et le traitement des atteintes aux artères coronaires. Cet équipement évite de nombreux transferts vers les centres universitaires. La chaîne automatisée du labo de biologie clinique (1,2 million) permet d'automatiser l'analyse des tubes de prélèvement. Enfin, les appareils d'imagerie médicale (1,5 million) diminuent de 30 à 50 % les doses de radiation.

Un distributeur auto- matique de journaux au CHU de Liège

Un distributeur automatique de journaux fonctionne depuis quelques semaines au centre hospitalier universitaire (CHU) de Liège. Selon ses concepteurs, il s'agit d'une première mondiale. L'objectif est d'amener la presse au plus près de ses lecteurs. L'appareil est le premier dans le monde à proposer plusieurs titres. Le CHU a été choisi en collaboration avec Press Shop, qui exploite une librairie à l'entrée de l'hôpital via un indépendant. Celui-ci sera chargé d'approvisionner quotidiennement la machine et les bénéfices des ventes lui reviendront.

Dirk Thielens et Etienne Wéry

Les gestionnaires attendent de vraies simplifications administratives

La réalité actuelle du monde hospitalier : beaucoup de recours aux urgences et un grand retard de paiement des factures.

Vincent Lievin

Parmi les différents acteurs rencontrés sur l'avenir des hôpitaux francophones, Dirk Thielens, secrétaire général de l'asbl association belge des hôpitaux et l'administrateur délégué d'Iris (hôpitaux publics bruxellois), Etienne Wéry, ont donné leur vision de la situation alors que l'avenir des soins de santé après la réforme de l'état n'a pas encore été bien défini par les ministres régionaux compétents. Pour rappel, l'Association belge des Hôpitaux a pour objet de contribuer au progrès de la science hospitalière et, spécialement, à l'étude des problèmes de gestion et d'organisation interne et externe des établissements de soins.

Comment vit-on la réforme de l'Etat sur le terrain ?

EW : « Actuellement, nous attendons de voir ce que le monde politique va faire de l'OIP, organisme d'intérêt public à Bruxelles et en Wallonie. A ce stade, on ne connaît pas le rôle des établissements des soins dans l'OIP. Pour nous, ni l'organisation, ni le financement ne sont clairs. Comment vont évoluer les besoins d'investissements ? Comment va évoluer l'enveloppe y compris pour les MR et les MRS ? Pour l'avenir des MRS à Bruxelles, on attend aussi les résultats d'une étude importante. En terme de complémentarité avec les hôpitaux, les résultats qui en découleront seront vraiment importants à analyser. »

DT : « Je suis inquiet ! Cette réforme a été faite à la va-vite et dans le cadre d'un agenda politique serré. De plus, l'accord politique n'a pas tenu compte des aspects

techniques très particuliers du monde hospitalier. Quel hôpital va faire quoi ? On doit s'accorder sur des compétences indiscutables pour avoir dans chaque domaine des hôpitaux d'excellence. Les collaborations vont se développer, c'est une obligation. Certaines existent déjà d'ailleurs. »

EW : « Actuellement, les hôpitaux Iris et le secteur privé de Bruxelles sont devant le même questionnement par rapport à l'enveloppe A1 et A3. La réforme de l'Etat n'a pas tenu compte non plus financièrement et structurellement du pouvoir d'attraction de la Région bruxelloise pour les personnes plus âgées à long terme. C'était pourtant prévisible ce retour à la capitale d'une partie des personnes après leur vie professionnelle. »

Concrètement, quelle est votre réalité aujourd'hui ?

EW : « A Bruxelles, nous devons tenir compte de l'explosion de la natalité. Cela nécessite des investissements particuliers de la pédiatrie et de la gynécologie. Dans la Capitale, il y a déjà eu des convergences et des réorganisations entre les hôpitaux. On sait où on veut aller, mais il faut être certain de la durabilité des choix politiques. Depuis 1996, on a fermé 1/3 de notre capacité notamment en chirurgie en permettant un

redéploiement dans d'autres secteurs comme la maternité. C'est là que se trouve actuellement le besoin de la population. Nous poursuivons nos réformes mais nous avons besoin de lignes politiques claires. »

DT : « Dans ces futures réformes, le monde politique doit aussi tenir compte de la réalité actuelle du monde hospitalier : beaucoup de recours aux urgences et un grand retard de paiement des factures. »

EW : « Sur Bruxelles, il y a actuellement un tourisme médical de détresse qu'on ne peut pas refuser de prendre en charge. C'est économiquement difficile à financer. Le politique doit en avoir conscience. Si on maintient le système actuel, on va se retrouver avec une médecine à deux vitesses dans les hôpitaux. Certains ne garderont que les malades et les maladies rentables. Les patients n'y gagneront pas. »



Etienne Wéry



Dirk Thielens

© Guy Perrmann

L'avenir est financièrement sombre ?

EW : « La forfaitisation et la diminution de la durée d'hospitalisation ont changé l'image de l'hôpital. Aujourd'hui, pour se développer durablement, l'hôpital a devoir s'intégrer dans une filière avec d'autres institutions : s'ouvrir sur les soins à domicile et à des structures de convalescence notamment. »

DT : « L'hôpital est plus que jamais dans le viseur des responsables politiques en terme de dépense de soins de santé. On a provoqué un déséquilibre financier en forfaitisant tout et en ne donnant presque rien à l'ambulatoire. Le prix à l'acte hors de l'hôpital s'envole. L'abandon d'une volonté de soins de qualité à l'hôpital dans ce contexte peut être dangereux pour le patient à terme. Il faut donc une régulation du forfait à l'acte. Actuellement, on met en danger le système de la sécu. »

EW : « En tant que gestionnaire, on attend aussi de vrais simplifications administratives. Economiquement, on ne peut pas toujours tenir compte des retours du financement pour un projet deux ans plus tard. Il n'est pas non plus normal d'avoir actuellement des règles qui favorisent les hôpitaux à rester seuls alors qu'ils devraient augmenter leur convergence. Je pense notamment aux agréments de service ou à la facturation... Le politique

doit avoir conscience de cela et prendre très rapidement des mesures. Vers quel modèle normatif allons-nous ? On attend des réponses concrètes et surtout durables pour que l'on puisse organiser au mieux les services. »

DT : « Ce qui est inquiétant aujourd'hui, c'est de voir que les Régions souffrent d'un manque de moyens alors que il y a de plus en plus de consultations et d'urgence. Nous devons répondre à ces enjeux de terrain. Mais avec quel budget ? »

L'enjeu des urgences pour Bruxelles est particulier ?

EW : « Le débat sur les urgences est simple. Certains hôpitaux en veulent le moins possible. Pour d'autres, 30 à 40 % des hospitalisations viennent de là. A l'avenir, les médecins généralistes peuvent vraiment jouer un rôle pour soulager les urgences. C'est déjà le cas aujourd'hui en certains endroits. »

Un espoir pour le secteur ?

EW : « L'emploi dans le secteur hospitalier est important pour la Région bruxelloise. Nous avons pour l'instant moins de problème de recrutement de personnel infirmier. Par contre, pour certaines spécialités (Ophtalmo, dermato...), c'est plus difficile. On va aussi devoir anticiper une perte de personnel entre 10 et 15 % pour des départs à la pension. Cette force de travail devra être remplacée. »

DT : « C'est un secteur d'avenir pour l'emploi et pour l'économie mais on doit en améliorer la gestion administrative...et surtout ne pas oublier les patients dans toutes ces réformes. » ●

Hépatite C après coloscopie

Un peu plus d'un an après l'infection, les autorités canadiennes de la santé ont constaté avec certitude que cinq patients qui avaient été diagnostiqués en 2014 comme victimes de l'hépatite C avaient tous les cinq été contaminés par le VCH au cours d'une coloscopie le 24 décembre 2013. Selon les premières constatations, l'équipement d'endoscopie ne serait pas la cause de la contamination, mais bien le liquide de rinçage utilisé lors de la procédure de diagnostic. Les huit autres personnes qui avaient également subi le même jour une coloscopie dans cette clinique privée de Hamilton ne semblent pas avoir été infectées.

Gaz hilarant pour sage-femme

Une sage-femme britannique se voit refuser le droit d'exercer désormais son métier. La raison principale est que cette soignante se droguait au gaz hilarant pour se donner du punch, ce dont elle ne parvenait plus à se passer. Lors d'un deuxième incident, cette sage-femme avait dérobé et ingéré des tablettes d'antihistaminique pour 'planer'. Lorsque ces deux incidents ont été examinés de plus près par les autorités, toute une série de fautes professionnelles graves et des vols ont été mis à jour. Le décompte de l'ensemble de ces fautes et les deux incidents sérieux ont été pour l'ordre disciplinaire la goutte d'eau qui a fait déborder le vase, ce qui l'a conduit à imposer un refus définitif d'exercer.

Un scanner au zoo

Les médecins et cliniques de la capitale de la Tchéquie sont sous pression. En cause: les médecins chargés de soigner des patients atteints d'obésité morbide envoient ceux-ci systématiquement au zoo de Prague pour des examens radiologiques et des scanners. Ce jardin zoologique dispose de scanners et d'équipements radiographiques de grande taille destinés à examiner les grands animaux. Nombreux sont ceux qui estiment qu'envoyer des patients

tchèques victimes d'obésité morbide pour des examens dans un zoo constitue un manque de respect. Pour leur part, les médecins rétorquent que les équipements de scanners de leurs hôpitaux ne sont pas prévus pour des personnes aussi corpulentes.

Une clinique pour les mutilations génitales

Depuis l'ouverture l'année dernière de ce département spécialisé dans une clinique de Dublin en Irlande, pas moins de douze femmes victimes de mutilations génitales ont déjà été opérées avec succès. Ces douze femmes étaient toutes originaires de Somalie ou du Soudan. Le Dr. Cairnion Henchion, directeur du centre, a confirmé à l'*Irish Times* que ces femmes qui avaient subi une ou plusieurs interventions reconstructrices «étaient très gravement mutilées. « Même si la mutilation génitale est punissable en Irlande, des déclarations non-officielles indiquent que cette pratique existe également sur le sol irlandais, mais aucune plainte n'a encore été déposée aux services de police.

Clinique Facebook

Le fondateur de Facebook, Mark Zuckerberg, a beau être l'un des hommes les plus riches des Etats-Unis, il n'en est pas moins également l'un des plus généreux donateurs pour la bonne cause. C'est ainsi qu'il vient d'offrir pas moins de 75 millions de dollars au San Francisco General Hospital afin de construire une nouvelle clinique. Ce nouvel hôpital portera le nom de *The Priscilla and Mark Zuckerberg San Francisco General Hospital and Trauma Center*. La femme de Mark Zuckerberg, Priscilla, qui poursuit sa spécialisation en pédiatrie, a pour sa part fait une donation supplémentaire de 25 millions de dollars pour la lutte contre Ebola.

Stéphan Mercier et Pierre Smiets (FIH)

« L'hôpital « liquide » ne se définit plus par ses murs »

Pierre Smiets, directeur de FIH : « les hôpitaux sont prêts à se lancer dans des projets pilotes mais il faut les aider en ne provoquant pas une insécurité financière »

Vincent Lievin

La FIH, fédération des institutions hospitalières, fédère trois secteurs : le secteur hospitalier, le secteur de la santé mentale et le secteur de la personne âgée. Il concerne 35.000 travailleurs dans 250 structures. A sa tête, Stéphan Mercier, président du conseil d'administration et Pierre Smiets, directeur de l'institution.

Etes-vous confiant dans l'avenir hospitalier ?

PS : « Il convient de lutter contre les freins à la collaboration entre les hôpitaux notamment aux niveaux juridiques et financiers tout en respectant la liberté d'initiative. Sans oublier aussi d'encourager la politique d'accréditation des hôpitaux notamment via un financement adéquat tout en laissant aux hôpitaux le choix de leur référentiel en matière d'accréditation. »

Inquiet de la réforme de l'Etat ?

SM : Les responsables politiques doivent garantir aux institutions de soins transférées dans le cadre de la réforme de l'Etat une intégrité budgétaire complète à savoir au minimum le maintien de ce à quoi elles auraient eu droit à politique inchangée si elles relevaient toujours de l'Etat fédéral. Mais aussi faire évoluer le paysage hospitalier en passant aux bassins de vie au lieu des bassins de soins en garantissant une proximité de soins rapides et puis un traitement spécialisé adapté. Enfin, il est urgent de mettre en place un nouveau calendrier de construction 2016-2025 pour poursuivre le renouvellement du parc hospitalier. Les modalités de répartition des subventions devront se faire sur la

base de règles les plus objectives possibles. »

Ce sera facile à réaliser ?

PS : « Sur le terrain, il y a déjà de nombreux regroupements par la volonté des acteurs mais on peut faire plus en supprimant les contraintes. Par ailleurs, des réseaux de services en logistique (achat, magasin, cuisine,...) et au niveau des cliniques avec des unités centrales de stérilisation, des pharmacies hospitalières communes, des centres de biologie clinique ou encore de radiologie...doivent être développés. »

Comment faire évoluer l'hôpital ?

SM : « En pensant aux développements d'alternatives à l'hospitalisation classique avec des partenariats avec d'autres acteurs

Le maintien à domicile n'est pas une économie magique pour les soins de santé.

du secteur : hospitalisation à la semaine, au jour, à domicile. Mais aussi des offres d'hébergement en aval avec des lits de revalidation, des lits de convalescence et des lits de courts séjours. La pose de débat de la rénovation des hôpitaux de proximité qui seront à l'avenir essentiels dans le diagnostic est une priorité. »

Facile ?

PS : « Dans le projet du KCE, on parle beaucoup des petits hôpitaux mais on ne les définit jamais. A ce niveau, les réseaux



Stéphan Mercier

Pierre Smiets

sont importants. Il faut organiser la pluralité des réseaux et la liberté d'associations.

On ne peut pas dire aux responsables hospitaliers « voilà une enveloppe pour faire certains soins » et après leur demander de faire d'autres soins avec cette enveloppe. C'est impossible. »

Le patient connaît-il parfois mal le milieu hospitalier ?

SM : « Au travers des séries TV qui parlent de l'hôpital, ils peuvent avoir l'impression qu'on y traite tout le temps des maladies rares et compliquées... alors qu'il y a beaucoup plus d'actes au quotidien qui sont courants et simples. Par ailleurs, les patients en Belgique ne se déplacent pas beaucoup. »

Quel rôle joue l'INAMI pour l'instant ?

SM : « Actuellement les relations avec l'INAMI sont bonnes, sans tensions particulières. »

Et la création de l'OIP, organisme d'intérêt public santé wallon et

bruxellois ?

PS : « Une opportunité... mais cela dépendra de ce que les politiques et les acteurs de santé en feront. »

Vous avez une définition de l'hôpital de demain ?

SM : « J'aime l'expression de l'hôpital « liquide » qui ne se définit plus par ses murs (ambulatoire, domicile...). Le travail est vaste. Entre l'hôpital et la maison de repos il y a actuellement un trou dans l'offre de soins. La revalidation n'existe pas assez et l'amélioration du suivi de la prise en charge à domicile est urgente. Les maisons de repos ont aussi un rôle à jouer dans l'avenir des hôpitaux. L'hospitalo-centrisme est donc loin. »

Tous les patients hors de l'hôpital, une réalité économique ?

SM : « Le maintien à domicile n'est pas une économie magique pour les soins de

santé. Le portefeuille des soins de santé fera toujours plus d'économie en permettant au patient de venir chez le médecin plutôt que le médecin chez le patient. On remarque d'ailleurs cela dans le projet 107. »

Est-il possible d'améliorer l'image du secteur hospitalier ?

PS : « C'est vrai que les hôpitaux n'ont pas toujours bonne presse. Pourtant, ils sont un très grand pourvoyeur d'emplois directs ou indirects. On dit aussi que les hôpitaux ne sont pas novateurs. Ce n'est pas vrai. Ils sont prêts à se lancer dans des projets pilotes mais il convient de les aider en ne provoquant pas une insécurité financière. »

Y a-t-il assez d'argent pour le monde hospitalier ?

PS : « Actuellement, on nous demande d'avoir la capacité d'évoluer à l'intérieur du budget. Avec 1,5 % de croissance réellement octroyé, on peut s'en sortir mais cela doit être une norme de croissance réelle. Le budget doit être protégé. Un exemple ? L'accouchement. L'hôpital devrait entrer en possession d'une somme qui serait la même qu'une femme reste 4 jours ou 2 jours à l'hôpital. Cela pourrait permettre d'améliorer le suivi à domicile de la part de l'hôpital. Pour le financement hospitalier, les trois piliers doivent évoluer en même temps pour donner un avenir positif aux hôpitaux : honoraires des médecins, financement des hôpitaux, et infrastructures. »

Comment améliorer certains problèmes des hôpitaux ?

SM : « Si on rencontre de plus en plus de personnes dans les services d'urgence, c'est aussi parce que les médecins généralistes souhaitent de plus en plus travailler dans les heures ouvrables. Autre débat, actuellement 40 % des soins de santé sont standardisables... notre volonté est donc de prendre mieux en charge les 60% restants. »

Et la place des nouvelles technologies ?

PS : « L'e-santé a un avenir intéressant si tous les acteurs vont dans le même sens. Cela ne doit pas être une opportunité pour le pouvoir politique de chercher à appauvrir l'hôpital en réduisant ses moyens. » ●

Julien Compère (CHU Liège)

« Passer par une rationalisation pour ne pas devoir rationner »

Quelles réformes opérer ? « Je ne dis pas qu'il faut faire soigner le cœur dans un hôpital et la jambe dans un autre mais il faut une hiérarchisation pour optimiser les soins du patient et maîtriser les coûts. »

Vincent Lievin



Administrateur délégué du CHU de Liège, Julien Compère et les équipes du CHU de Liège ont lancé en 2014 «Cap 2020», un ensemble de 34 projets visant à améliorer la prise en charge du patient, le bien-être du personnel et la performance de l'hôpital.

JC : « L'avenir du monde hospitalier doit tenir compte d'éléments très concrets, comme une augmentation de la demande : une croissance démographique positive et un vieillissement de la population avec les maladies qui y sont liées. Nous agissons en conséquence. Chez nous, le service des urgences, qui accueille 90.000 personnes par an, sera repensé, et la collaboration avec les maisons de repos et de soins, renforcée. »

Comment tenir financièrement ?

« Notre plan stratégique nécessitera un investissement global de près de 50 millions par an d'ici les 5 prochaines années. Un montant qui sera investi sur fonds propres essentiellement, bien que des financements externes puissent être cherchés pour certains projets, comme les parkings (1.500 places de parking supplémentaires). En 2013, le CHU a réalisé un chiffre d'affaires de 446,57 millions d'euros et un bénéfice de 8,34 millions. Il emploie plus de 5.000 personnes. Dans un contexte où le budget public général est de plus en plus sous pression, on a conscience que le budget public des soins de santé ne va pas augmenter. Je peux le comprendre lorsque l'on voit son poids dans le PIB de l'Etat. Dans ce contexte, comment faire pour ➡

La CNDG fait peau neuve

Peau Neuve est l'ambitieux projet de transformation de la CNDG (Cosselies) et la promesse de continuer à offrir un service médical de pointe, dans un environnement plus confortable. Le nouvel hôpital de jour se veut plus confortable, plus accueillant : un vaste hall d'entrée, un parking souterrain, des abords plus verts mais aussi une nouvelle «Peau», résultat de l'isolation thermique de la façade et de la pose de nouveaux châssis. Le projet intègre de nouvelles salles d'opération et de réveil. La CNDG repense également les zones réservées au personnel : pharmacie, vestiaires, chambres de garde... Pour faire peau neuve en profondeur, l'établissement va également repenser son organisation.

La nouvelle clinique du MontLégia, à découvrir à Liège Expo 1418

Le CHC Liège a dévoilé une superbe maquette de son futur hôpital. Réalisée par A. Baré Design, elle est exposée au hall de Liège Expo 1418, à la gare des Guillemins. Elle rejoindra ensuite les cliniques St-Joseph, de l'Espérance et St-Vincent. L'ouvrage permet d'appréhender l'aménagement général et l'intégration de la clinique dans son environnement. Le chantier lui-même est visible depuis l'A602 entre les sorties Ans et Burenville. Les travaux d'assainissement et de terrassement se poursuivent jusqu'en février 2015. La construction du pont et des bretelles d'accès est également en cours.

Nouveaux déménagements sur le site de Baudour

EpiCURA, le centre hospitalier d'Ath, Baudour et Hornu, conçu en 2008 et concrétisé en 2012, s'attèle constamment à améliorer le confort des patients, notamment sur le site de Baudour. En janvier prochain, plusieurs consultations de l'ancien bâtiment ont

quitté leurs locaux pour rejoindre le 1^{er} étage du bâtiment principal, récemment rénové. Il s'agit des consultations d'urologie, de dermatologie, de gynécologie et d'ophtalmologie. Il suffit de suivre les flèches vert clair pour trouver les départements qui ont démenagé.

Un hôpital de jour gériatrique flambant neuf!

L'hôpital de jour gériatrique du CHRN vient d'emménager dans ses nouveaux locaux situés au rez-de-chaussée, route 101. Ce nouvel espace de travail offre, en outre, un plus grand confort de travail puisqu'il englobe des bureaux individuels réservés aux différents collaborateurs médicaux, paramédicaux et infirmiers. La capacité d'accueil des lits se voit également augmentée, au bénéfice des patients.

Les services de pédiatrie du CHU Dinant Godinne fusionnent

Lancée en juin 2012, le rapprochement des sites de Dinant et Godinne vient d'opérer une nouvelle avancée : avec la fusion des services de pédiatrie, Dinant accueille un pôle d'excellence universitaire mère-enfant, couvrant toutes les spécialités pédiatriques et les urgences mais les services ambulatoires (consultations, activités chirurgicales de jour) restent accessibles sur les deux sites. Les 19 lits de pédiatrie, la maternité, le bloc obstétrique et les consultations de Dinant sont au au rez-de-chaussée, les urgences au niveau -1. Ce n'est qu'un premier pas puisque le service va bénéficier de nouvelles installations en 2016.

Fusion des CH Tubize-Nivelles et Jolimont-Lobbes

L'ensemble propose donc quatre sites hospitaliers (Jolimont, Lobbes, Tubize, Nivelles), six maisons de repos et de soins (Saint-Vaast, La Louvière, Mons, Ecaussinnes, Chièvres et Lobbes), un pôle santé mentale, assuétudes et petite enfance.

➔ garder des soins de qualité dans un environnement où les moyens n'augmentent pas et où les technologies ont, elles, un prix en hausse ? »

Doit-on craindre une concurrence entre les hôpitaux wallons ?

« Le débat ne se situe pas que là. Nous sommes également, plus que jamais dans un marché européen des soins de santé. Il y aura une concurrence de plus en plus forte en la matière entre les pays. Le défi est donc réellement de mettre en place des soins de qualité et des traitements adaptés au mieux aux patients (cancer...) »

Les collaborations entre hôpitaux sont-elles faciles à mettre en place ?

« User du dialogue et de l'écoute. A titre d'exemple, à Liège, on travaille sur la mise en place d'un réseau AVC avec d'autres partenaires hospitaliers. La réflexion aide les trois centres à optimiser leurs services. On se dirige inéluctablement vers la spécialisation des hôpitaux. Je ne dis pas qu'il faut faire le cœur à un endroit et la jambe à un autre mais il faut une hiérarchisation pour optimiser les soins du patient et maîtriser les coûts. »

Doit-on rationaliser ?

« L'hôpital a heureusement évolué. Certains responsables politiques toutefois oublient que l'interdisciplinarité et la qualité des soins ont un coût. Même s'ils sont bénéfiques aux patients, les soins où plusieurs médecins mettent leur savoir en commun pour le traitement d'une pathologie amènent des coûts importants. On va passer par une rationalisation pour de ne pas devoir rationner. »

N'est-il pas dangereux dans certains cas de se cantonner pour la rationalisation aux limites provinciales ?

« Dans ce contexte, les frontières des provinces ne doivent pas non plus être un frein. A ce niveau-là, des partenariats avec les établissements de la province de Luxembourg sont noués pour que le CHU augmente sa présence sur place. L'hôpital universitaire compte par ailleurs prendre part à un projet-pilote d'hospitalisation à domicile pour les patients en oncologie, en participant au programme mis en place par l'asbl Irina. Je note aussi la démarche positive de la communauté germanophone qui cherche à s'associer avec un hôpital référent dans le cadre du développement de ses soins de santé. De notre côté, on collabore évidemment avec d'autres hôpitaux liégeois et on

construit notamment un centre de cancérologie de grande qualité tout en tenant compte que le patient doit pouvoir être soigné au plus près de son domicile. »

Les actes des ministres vous rassurent-ils ?

« Au niveau politique, il conviendra de se poser les bonnes questions. Si les responsables politiques veulent un hôpital qui sort de ses murs et qui va plus vers le patient, la révision des modes de financement est indispensable. Actuellement, le système de financement ne permet pas qu'une telle démarche assure l'avenir de l'hôpital. Même chose pour la Télé médecine, E-Health, ou l'hospitalisation à domicile. Nous sommes favorables à tous ces développements mais nous devons pouvoir fournir des soins de qualité et accompagner au mieux le patient face à ces nouveaux défis. Pour la collectivité, un séjour en hôpital coûte cher. Garder le patient chez lui, si sa santé le lui permet, est donc une bonne chose financièrement. »

Comment gérez-vous le poids de l'emploi dans l'activité ?

« L'hôpital est un acteur majeur de l'emploi dans la région. Le secteur hospitalier liégeois représente 20.000 personnes. S'il devait y avoir des restrictions budgétaires au niveau fédéral ou régional, cela aurait donc inévitablement un impact négatif. »

Important le lien entre l'université et l'hôpital ?

« L'université a un rôle à jouer en lien à l'hôpital. Nous avons des retombées économiques européennes grâce à la qualité de notre recherche. En outre, s'il y a une stratégie hospitalière au niveau régional, il faut évidemment y intégrer l'hôpital académique. Cela n'irait d'ailleurs pas dans le sens du travail mené par la ministre fédérale de la santé que d'agir autrement. »

Confiant pour l'avenir du monde hospitalier et des soins de santé ?

« J'ai une crainte. On a une médecine de qualité et il faut permettre une évolution pour que cela ne devienne pas une médecine à deux vitesses. Pour cela, la prise de mesures claires avec un schéma de soins de santé rigoureux est vital. Ce seront des mesures difficiles à prendre mais indispensables pour le secteur pour permettre une santé de qualité durable... sans quoi à terme, l'immobilisme ou la décision de mauvaises mesures auront un impact global négatif pour un très grand nombre de patients. » ●

« envies, de ses préférences en termes de repas. La diététicienne assure déjà ce rôle mais sur un plan qui reste médical. Notre métier est avant tout de soigner mais l'aspect de service, d'accompagnement, va s'amplifier. Certaines fonctions vont peut-être se rapprocher davantage de l'hôtellerie. **Intégrer cette dimension « hôtelière » à l'hôpital représente un changement de culture radical.**

Oui, je ne peux pas encore vous dire quelle forme exacte cela prendra mais il est sûr que ce sera très différent. Notre objectif est d'être beaucoup plus réactif, beaucoup plus proche des réalités du patient – a-t-il été opéré ? Est-il là pour longtemps ? – mais aussi d'intégrer dans le processus de soins une part de plaisir. À structure équivalente, pourquoi ne pourrais-je pas répondre à certaines « envies » s'il n'y a pas de contre-indications médicales ? En maternité, nous sommes déjà en train d'expérimenter le chariot petit-déjeuner qui offre tout un choix de produits à l'opposé du plateau standardisé. Les patientes sont déjà très enthousiastes.

Cette offre de services est-elle compatible avec une rationalisation stricte du fonctionnement hospitalier ?

Nous sommes d'accord : l'hôpital doit rester un lieu où l'on séjourne le moins longtemps possible. On ne va jamais à l'hôpital pour le plaisir. J'y viens sous contrainte, avec de l'angoisse, de la peur. C'est la réalité et nous ne la changerons pas. Mais notre volonté est de pouvoir agir au maximum sur ces éléments inquiétants, à travers l'architecture, la lumière, le son. Un environnement favorable permettra de faire redescendre au plus bas le niveau de tension, ce qui est aussi important au niveau des équipes soignantes.

Quelles sont vos sources d'inspiration ?

Nous avons circulé en France, en Allemagne, en Suède, aux États-Unis, au Canada, au Brésil, mais je dois dire que c'est sans doute le modèle hollandais qui nous a le plus influencés. Avant, on avait soit l'hôpital pavillonnaire avec une discipline par pavillon – comme l'ancien hôpital Brugmann – soit l'hôpital monobloc où tout est en lien – comme à Saint-Luc et en partie comme chez nous. Les Hollandais

ont en revanche adopté une structure en layers ou en « couches » qui consiste à découper les bâtiments par fonction : pas besoin en effet d'être dans des mètres carrés hospitaliers très coûteux quand il s'agit de stocker des cartons... On peut ainsi distinguer quatre fonctions : l'usine avec la gestion des stocks, la cuisine, etc. ; le hotfloor avec les blocs opératoires, les soins intensifs, des fonctions très techniques qui ne correspondraient plus qu'à 25 % du bâtiment ; l'hôtel, c'est-à-dire les chambres, avec une distinction entre le motel pour les séjours courts et l'hôtel proprement dit pour les séjours longs qui nécessitent plus de confort ; et puis l'office, avec les bureaux et les cabinets de consultation.

C'est un projet architectural ambitieux : avec qui allez-vous travailler ?

Nous avons fait un marché public et c'est l'association momentanée VK-Réservoir A qui a le mieux compris et traduit notre envie d'une structure en layers – qui utilise des trames, des matériaux différents selon les blocs – et d'une architecture qui apaise. Car nous voulons que l'hôpital ne se réduise pas à une seule « ambiance ». L'oncologie et la maternité ne peuvent pas avoir le même environnement. Ma sensibilité aux lumières, aux couleurs, aux sons est différente selon les raisons qui m'amènent à l'hôpital. Notre but est d'avoir des lieux différents, mieux adaptés aux gens qui les fréquentent. VK, qui est un spécialiste de l'architecture hospitalière, s'est associé à Réservoir A, un plus petit bureau dont l'un des atouts est d'être implanté à Charleroi et de bien connaître la région.

Que deviendront les cinq anciens sites ?

Aujourd'hui, rien n'est fixé. Nous travaillons avec les autorités communales mais aussi avec des entreprises privées pour penser cette réhabilitation, qui est un volet du projet à part entière. Certains sites devront sans doute être détruits en tout ou en partie. Le plus facile à réhabiliter sera Notre Dame, qui conservera d'ailleurs une polyclinique : c'est aussi un site qui, en raison de son implantation plein centre, pourrait aussi accueillir un développement commercial, des lieux d'enseignement, une maison de repos... Je m'attends à un projet mixte. Le site Saint-Joseph, sera pro-

bablement plus difficile à réhabiliter car il est à la fois grand, éclaté et au cœur d'un quartier urbanistique assez désert. Mais c'est aussi le terrain le plus proche des Viviers et il pourrait bénéficier à terme de la proximité du nouveau GHdC.

Certains riverains craignent pour la biodiversité qui s'est développée sur cet ancien terroir des Viviers – et notamment, comme à Liège, pour les crapauds calamites... Un recours a encore été récemment introduit contre le permis d'urbanisme.

Nous avons convaincu la majorité des associations et la plupart des riverains qui étaient au départ dans la contestation. Mais la biodiversité nous intéresse depuis le départ : nous n'avons pas attendu la contestation ! La faculté de Gembloux nous a d'ailleurs accompagnés et guidés par rapport à cet aspect. Nous pensons précisément que la biodiversité est un élément qui peut par-

social et du Patrimoine.

Qu'est-ce qui pourrait encore vous arrêter ?

D'abord, il nous faut le permis d'urbanisme, sans quoi on ne fait rien. Mais je suis confiant car nous avons été attentifs à bien faire les choses. L'avant-projet, c'est la première grande étape formelle aux yeux de la Région wallonne. Désormais, nous avons deux ans pour rendre un projet qui exige un niveau de détails quasi opérationnel. Nous allons organiser des groupes de travail par fonction, avec des gens de terrain. À l'issue, nous devons encore obtenir l'accord du Ministre pour démarrer, accord qui implique aussi la subvention du projet ! Il y a donc une décision propre à une politique de santé, en même temps qu'une décision de mobilisation de fonds. L'état budgétaire actuel reste donc la plus grande difficulté. Car sur les aspects de santé publique, je pense que nous avons convaincu.

Vous arrivez aussi de plain-pied dans la dernière réforme de l'État...

Oui, nous sommes passés d'un financement mixte – fédéral et régional – à un financement 100 % régional. Or ce dossier est le premier relatif à un hôpital entier qui entre dans cette nouvelle réglementation. Nous avons en face de nous des interlocuteurs compétents et plein de bonne volonté mais qui, en même temps, ont en charge de mettre en place un nouveau mode de fonctionnement. Tout le monde se cherche mais j'ai l'impression que la démarche est positive.

Votre implantation à Charleroi joue-t-elle en votre faveur dans ce contexte budgétairement délicat ?

Ce dossier apporte un appui au renouveau économique de Charleroi, pour lequel il existe une volonté politique forte. Nous sommes dans une région qui a besoin de grands projets très structurants tant sur le plan urbanistique que sur le plan économique. Un investissement d'une telle ampleur participe complètement de cette dynamisation, ce qui est pour nous un atout. Je suis donc optimiste mais prudent. Tant que nous n'avons pas l'autorisation, et les accords de financement, nous n'avons rien. Il faut donc travailler chaque jour – et sérieusement – dans ce but. ●

Tant que nous n'avons pas l'autorisation, et les accords de financement, nous n'avons rien.

iciper à la guérison. On ne cherche donc pas du tout la détruire. Bien sûr, il n'y a pas de miracles. Construire un hôpital a un impact mais nous voulons créer des compensations, comme des mares pour les crapauds, afin de préserver cette biodiversité. Mais si on n'accepte pas cette étape du processus, alors on construit un hôpital le long d'un boulevard urbain avec des particules fines qui entrent par la fenêtre... Par ailleurs, ce parc ne sera pas un parc fermé. Les riverains y auront aussi accès.

Le début des travaux est théoriquement prévu pour 2017. Vous venez de franchir une étape importante en obtenant l'accord sur l'avant-projet de Maxime Prévot, Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action

Francis de Drée (dir. gén. du CHU Brugmann)

« Attendez de moi davantage de transparence »

Francis de Drée ne ferait pas mentir Corneille et son «La valeur n'attend pas le nombre des années.» Durant plusieurs années en effet, de Drée s'est construit une solide expertise du monde hospitalier, un savoir-faire qu'il applique désormais à la tête du CHU Brugmann. «Des réformes sont nécessaires, souligne-t-il. Et d'abord sur le terrain.» Et d'expliquer avec conviction les engagements qu'il prend. **Michaël Vandamme**



En tant qu'étudiant, il s'est assis un jour à la place de Didier Bellens, le futur numéro un de Belgacom. C'était une manière ludique, pour ne pas dire estudiantine, de comprendre ce que le CEO d'une grande entreprise se doit de maîtriser. Cette journée Belgacom ne l'a nullement refroidi puisque moins d'une décennie plus tard, Francis de Drée portait ce même titre de CEO. Certes pas dans les télécoms, mais bien à la tête de la plus grande institution hospitalière de la capitale, soit plus de 850 lits. Il s'agit là d'une fonction qui, confie-t-il, ne lui a pas été proposée, mais qu'il a sollicitée. Pourquoi exactement ?

«Pendant huit ans, j'ai analysé le secteur hospitalier belge et étranger pour le compte du Boston Consulting Group, explique-t-il. C'était une fonction qui m'a mis en contact avec de très nombreux dirigeants du secteur. Cela m'a donné une ouverture très large, même si les activités d'un consultant impliquent certaines limites. Je conseillais, mais dans le fond, je n'étais pas un décideur et les choix étaient

posés par d'autres. Et cela commençait à me tarauder.»

C'est du belge !

Quel regard porte-t-il sur le secteur hospitalier belge après toutes ces années d'analyses et de comparaisons ? «Sur le plan financier, notre secteur hospitalier est relativement complexe. Nous avons un mélange entre d'une part un montant global réservé à un traitement, une sorte de package, et d'autre part une indemnisation des prestations des médecins. Dans d'autres pays, un choix plus clair a été posé dans l'une ou l'autre direction. De même, nous retrouvons en Belgique différents niveaux de pouvoir qui disposent chacun de certaines compétences en matière de soins. Cela ne simplifie pas les choses. Mais cela dit, force est de constater que la population se déclare très satisfaite du secteur hospitalier, et des soins de santé en général. Il s'agit là aussi d'une spécificité du secteur dans un pays où se plaindre devient pourtant vite un sport national (*rires*).»

Malgré ce niveau élevé de satisfaction, des réformes s'imposent... «et sont déjà en cours», souligne de Drée. «Les indicateurs de qualité pour les hôpitaux prennent une importance croissante. De même, la nécessité d'une plus grande transparence ne fait que grandir. L'évolution est progressive, mais la direction à prendre est claire. Regardez le Royaume-Uni où des sites web comparent de manière très rigoureuse la qualité des hôpitaux. A terme, cela arrivera également chez nous et nous devons nous y préparer en tant qu'hôpital.»

Economies d'échelle

Brugmann est un acteur majeur réparti sur différents sites dans la capitale. «Les économies d'échelle des plus grandes institutions sont indubitables», affirme-t-il. «Surtout si l'on s'intéresse à tout ce qui concerne les achats, la logistique, etc. Ces économies d'échelle jouent également sur le plan médical. Car on ne devient spécialiste qu'en pratiquant souvent les mêmes actes. Savez-vous que nous disposons ici de la plus grande maternité du pays ? Au fil des années, un savoir-faire s'est dès lors construit dont nous sommes particulièrement fiers. Qu'il s'agisse de la détection de risques potentiels ou d'un meilleur suivi. Nous entretenons également des liens privilégiés avec l'hôpital des enfants qui est d'ailleurs implanté sur le même site. Il s'agit là également d'un élément non-négligeable dans l'optimisation de notre offre de services.»

Pourtant, toujours pour Francis de Drée, l'avenir ne se situe pas uniquement dans les grands acteurs. «L'importance des cliniques plus petites ou périphériques est sans doute moins perçue dans notre réalité

bruxelloise, mais

je ne voudrais pas la sous-estimer», précise-t-il encore. «Je pense qu'elles constituent un chaînon crucial dans la garantie de continuité des soins. S'il faut disposer certes de grandes structures, il est tout aussi important de compter sur des antennes locales. Je songe notamment à leur rôle dans les hospitalisations de jour ou dans le traitement de maladies chroniques. Des soins de santé accessibles impliquent une certaine proximité. Ne perdons pas de vue cet élément.»

Améliorer la transparence

Francis de Drée vit encore en pleine lune de miel à la tête de Brugmann. Mais quels sont ses objectifs avoués à plus long terme, à une échéance de cinq ans par exemple ? «A l'avenir, les hôpitaux devront travailler dans une plus grande transparence», confie-t-il encore. «La communication avec le monde extérieur devra être améliorée. Plus spécifiquement à notre niveau, nous devons mettre en place notre politique de croissance. Grandir et se moderniser sont nos mots d'ordre. Dans cette optique, la continuité des services doit être assurée. La croissance constitue également un élément pour attirer et conserver des collaborateurs motivés. Un dernier point d'attention qui me tient à cœur est l'intégration de notre hôpital dans des réseaux plus vastes. Cette priorité va bien au-delà de la recherche de synergies avec d'autres hôpitaux. Nous devons également nous ouvrir à des spécialistes indépendants et des maisons de repos et de soins. Le luxe de réfléchir en fonctions de cases n'est plus d'actualité.» ●

Francis de Drée illustre parfaitement qu'il est possible de combiner expérience et jeune âge. Cet ingénieur commercial diplômé de Solvay se voit en effet nommé CEO de Brugmann à l'âge de 31 ans tout en pouvant faire valoir une solide connaissance du secteur hospitalier. En Belgique et à l'étranger, d'ailleurs. «Au sein du Boston Consulting Group, j'ai suivi un parcours relativement 'classique', explique-t-il. Dans un premier temps, j'ai été confronté à différents secteurs comme l'industrie, le retail, etc. Ensuite, je me suis spécialisé, en l'occurrence dans le secteur hospitalier. Ce fut en somme le fruit du hasard, ce qui ne m'empêche pas pour autant d'être passionné par le secteur (*rires*). Pourquoi ? Pour deux raisons majeures, en fait. Sans faire l'impasse sur l'aspect financier, il faut reconnaître qu'un hôpital privilégie certaines valeurs. C'est précisément l'équilibre entre ces deux aspects qui m'a particulièrement attiré. La deuxième raison qui m'a incité à franchir le pas, c'est la complexité de la structure de l'hôpital. De plus, il n'est pas question ici de hiérarchie classique, pyramidale. Une personne extérieure ou un visiteur ne s'en rendra guère compte, mais une étude a démontré que la complexité du fonctionnement d'un hôpital peut se comparer à celle d'un aéroport ou même d'un porte-avions.»