



CHC

Rapport annuel 2012





Lucien Hénon

10 ans

Le 30 avril 2012, le CHC s'est souvenu de Lucien Hénon, directeur général, décédé 10 ans plus tôt. Lucien Hénon a construit le groupe hospitalier année après année, fusion après fusion, persuadé qu'il fallait d'abord compter en nombre de lits pour faire le poids dans le paysage hospitalier régional. Il a diversifié l'activité de départ, en l'élargissant vers l'aval (les maisons de repos) et vers l'amont (les polycliniques). C'était un homme audacieux et visionnaire, profondément humaniste, qui a toujours considéré l'intérêt du patient dans toutes ses décisions. Encore aujourd'hui, le CHC lui doit beaucoup.

Avant-propos

A l'heure du bilan de 2012, le CHC reste plus que jamais attaché à son plan Azimut et aux axes stratégiques qui régissent sa mise en œuvre. Pas que l'esprit d'aventure et la créativité manquent au rendez-vous, au contraire... Mais plus que jamais, le plan stratégique du CHC se révèle pertinent et d'actualité !

Développer l'offre de soins, améliorer l'orientation patient, atteindre l'excellence clinique sont autant de facettes dans lesquelles se retrouvent les projets d'envergure qui sont les nôtres. Nous parlons de notre futur hôpital en cours d'élaboration, mais également de tous les autres projets et initiatives qui marquent le dynamisme et la modernisation constante de notre groupe. Là où les investissements sont déjà réalisés, ils montrent leur pertinence et la plus-value qu'ils apportent au quotidien, tant pour les patients ou résidents qui nous font confiance, que pour les collaborateurs de l'institution, heureux de travailler dans les meilleures conditions. Là où les nouveautés sont attendues, l'impatience des acteurs est à la hauteur des améliorations escomptées.

Cette marche en avant, ces projets grands et petits qui foisonnent dans toutes les entités du CHC ne sont possibles que grâce à la santé économique et financière de notre groupe. Notre détermination à une gestion rigoureuse et

notre recherche d'efficience permanente nous permettent de terminer l'exercice 2012 avec un résultat financier positif, correspondant à 1 % de notre chiffre d'affaires, soit 3,4M[°]€. Cette marge positive est un résultat plus qu'honorable, lorsqu'on sait les difficultés propres à la gestion hospitalière et à celle des maisons de repos et les contraintes budgétaires imposées au secteur de la santé.

Notre effort constant vers l'efficience se traduit également par une attention permanente aux autres indicateurs de qualité (culture sécurité, satisfaction patients...) et d'excellence médicale (check list bloc opératoire, RCM, ...). Cette volonté constante d'amélioration n'est pas l'apanage de quelques experts et contrôleurs de gestion, mais l'attitude de l'ensemble des équipes déployées dans chaque service, professionnelles et motivées. En se classant parmi les plus gros employeurs de la région, le CHC se doit de développer une politique de formation et de gestion de carrière adaptée aux besoins des collaborateurs et de l'entreprise. Celle-ci porte ses fruits, avec un haut taux de fidélisation des collaborateurs et un esprit de corps qui soudent les équipes et leur permettent d'aller au-delà de leur première mission pour développer un accueil toujours plus personnalisé du patient ou du résident. C'est là notre plus grande fierté.

Nous vous souhaitons une agréable lecture.

Dr Philippe Hubert
Président du Conseil médical A 158

Dr Constant Jhaes
Président du Conseil médical A 152

Dr Philippe Olivier
Directeur médical

Alain Javaux
Directeur général

René Thissen
Vice-président du Conseil d'administration

Baudouin Harmant
Président du Conseil d'administration

Sommaire

6 Carte d'identité du CHC

Un réseau de soins

- Le CHC, omniprésent en province de Liège
- Charte du CHC
- Philosophie et éventail des soins
- Des structures à taille humaine au sein d'un groupe important
- Le projet de nouvel hôpital

Les structures de décision au CHC

Le management du CHC en 2012

- Le comité de direction du groupe CHC
- Les médecins-chefs des services médicaux
- La maîtrise de stage

15 Acteurs du CHC

Le personnel du CHC

Les médecins et prestataires indépendants

Mais aussi...

- Les assistants
- Les stagiaires
- Les volontaires

23 Rapport d'activités

Activité hospitalière et consultations

Activité de la maison de soins psychiatriques

Activités du Réseau senior

Volet financier : résultats et comptes annuels

32 Suivi du plan stratégique

Axe 1 – Développer l'offre de soins

- Ouverture d'une unité neurovasculaire (stroke unit)
- Réseau senior : le CHC accroît son offre
- Saint-Joseph : 10 ans du service de gériatrie
- Résidence Saint-Joseph : 7 lits de court séjour en plus
- Psychologie médicale adulte : nouvelle offre de soins et nouvelle structuration
- Saint-Vincent : une équipe mobile en santé mentale
- Centre liégeois d'endométrie
- Sainte-Elisabeth : prise en charge de la douleur
- Suivi médical de l'équipe cycliste Lotto Belisol
- Notre-Dame Waremmes : rénovation complète de l'unité C+D

Axe 2 – Améliorer l'orientation patient

- Saint-Vincent : un buffet petit-déjeuner à la maternité
- Mécénat - Fondation Belfius
 - Soins palliatifs : nouvelle offre alimentaire
 - Trois projets qualifiés soutenus par Belfius
- Consultation de liaison en hématologie pour les patients pédiatriques
- Espérance : baptême de l'air pour les enfants du centre de néphrologie
- Espérance : un atelier dédié aux adolescents
- Espérance : projet d'aménagement d'un espace d'attente en imagerie médicale
- Espérance : activités éducatives diverses
- Saint-Joseph : coup de pouce à l'Espace +
- Education du patient : nouvelles procédures
- Régime amincissant pour la brochure d'accueil
- Médiation : 0,05 % de plaintes
- Un mot d'ordre : la sensibilisation à la santé
 - Pour les patients
 - Pour le personnel

Axe 3 – Atteindre l'excellence clinique

- Sainte-Elisabeth : nouveau scanner
- Saint-Joseph : nouveau PET-scan encore plus performant
- Ostéoporose : première chirurgicale
- Le laboratoire d'anatomie pathologique certifié ISO 9001
- Premier cas de traitement endovasculaire d'une sténose artérielle intracérébrale
- Urgences : le CHC participe au PIT du CHR
- Le CHC partie prenante d'un centre interhospitalier de radiothérapie
- Nouvelle fonction : infirmière référente en hémovigilance
- Quartiers opératoires : l'utilisation de la check list se généralise

Axe 4 – Optimiser les opérations

- Dossier infirmier informatisé : démarrage et déploiement
- Pôle hôtelier
 - Participation à un projet de recherche et de développement français
 - Des repas enrichis en acides gras essentiels
 - Meilleure gestion des cafétérias et sandwicheries
 - La cuisine centrale fournit l'ensemble des maisons de repos
- Une nouvelle approche en hygiène hospitalière
- Un agenda pédiatrique multisites
- Une équipe soignante mobile
- Hôpital de jour chirurgical : mieux planifier pour plus d'efficience

Axe 5 – Développer des systèmes d'information performants

- Développement de la mobilité informatique
- La transformation du service informatique et ses résultats
- Une nouvelle téléphonie sans fil plus performante

Axe 6 – Repenser le rôle et la contribution des sites

- Nouvel hôpital du CHC
 - Approbation du RUE
 - Autres étapes administratives
 - Chambre prototype et autres plans en 2D
 - La recherche du nom
- Sainte-Elisabeth : reprise des travaux d'extension
- Notre-Dame Hermalle : reconditionnement de la polyclinique
- Notre-Dame Hermalle : nouvelle signalétique extérieure

Axe 7 – Renforcer la direction clinique et l'organisation médicale

- Un concours pour sensibiliser à la prescription des médicaments
- Enjeux liés au monde de la santé

Axe 8 – Accentuer l'organisation et la culture de groupe

- Confidentialité et secret professionnel : campagne appréciée et relancée
- Notre-Dame Hermalle : un maillot jaune géant pour saluer le Tour de France
- Qualité et sécurité patients : charte *no fault*
- La dynamique de la formation
- Le CHC surfe sur la vague de la mobilité
- Le CHC sans tabac
- Le CHC renouvelle son engagement solidaire avec l'hôpital de Pawa
- Echange avec l'hôpital pédiatrique de Hanoi
- Sainte-Elisabeth trophy
- CHC et commerce équitable
- Des chèques repas pour les Restos du cœur
- Réseau senior : les initiatives intergénérationnelles encouragées
- Calendrier 2012 des manifestations scientifiques

Réalisation : service communication du CHC, en collaboration avec toutes les personnes qui ont aidé à la recherche et à la collecte des informations. Qu'elles en soient ici remerciées.

Photos : CHC, Daniel Ghaye, AAH – Miysis, Fotolia, Google maps

Mise en page : stereotype

Impression sur papier FSC Print Speed Offset
Encres végétales – Juin 2013

Carte d'identité du CHC



Les maisons de repos

- 1 Résidence Notre-Dame de Lourdes – Liège (125 lits)
- 2 Résidence de la Vierge des Pauvres – Banneux (85 lits)
- 3 Résidence Carrefour St-Antoine – Banneux (59 lits)
- 4 Résidence d'Heusy (58 lits)
- 5 Résidence St-Joseph – Membach (77 lits)
- 6 Résidence les Peupliers – Hermalle sous Argenteau (65 lits)
- 7 Résidence St-Joseph – Racour (98 lits)
- 8 Résidence St-Charles – Landenne-sur-Meuse (110 lits)

Dans le courant de l'année 2012, le CHC a introduit une demande afin d'augmenter le nombre de lits de la Résidence Saint-Joseph (Membach). L'agrément a été obtenu le 1^{er} janvier 2013, ce qui portera le nombre de lits pour cette maison de repos à 84 lits.

Polycliniques

- 1 Centre médical Ourthe-Amblève (Aywaille)
- 2 Centre médical de Chênée
- 3 Polymédic (Grâce-Hollogne)
- 4 Centre dentaire hutois (Huy)
- 5 Centre médical du Méry (Liège)
- 6 Centre médical Marcellis (Liège)
- 7 Centre dento-facial d'Amercœur (Liège)
- 8 Polyclinique Marie Lecoquay (Micheroux)
- 9 Centre dentaire de Seraing (Seraing)
- 10 Clinique de la mémoire – Maison Alzheimer (Montegnée)
- 11 Centre de médecine psychologique (Retinne)

Antennes extérieures

- Unités Centrales de Production – UCP (Aleur)
- Unité administrative et logistique – UAL (Droixhe)

Carte d'identité du CHC

Un réseau de soins

Le CHC, omniprésent en province de Liège

Composé de 6 cliniques, 8 maisons de repos, 1 crèche et une bonne dizaine de polycliniques extérieures en province de Liège, le CHC constitue un réseau de soins où technologie de pointe et qualité du service assurent aux patients une médecine performante à visage humain. Le groupe compte 1.045 lits hospitaliers aigus, 30 lits de maison de soins psychiatriques et 677 lits de maisons de repos. Il emploie 4.050 personnes (tous métiers confondus, soit 2.879 équivalents temps pleins (ETP) et occupe plus de 800 médecins et prestataires indépendants (kinésithérapeutes, psychologues,...).

En 2012, le CHC recouvre une réalité multiple.

Le groupe se compose de :

→ 6 cliniques

- Clinique Saint-Joseph (Liège)
- Clinique de l'Espérance (Montegnée)
- Clinique Notre-Dame (Waremme)
- Clinique Notre-Dame (Hermalle)
 - qui forment les Cliniques Saint-Joseph – agrément A 152
- Clinique Saint-Vincent (Rocourt)
- Clinique Sainte-Elisabeth (Heusy)
 - qui forment le Centre hospitalier Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth (CHVE) – agrément A 158
- ... et un nouvel hôpital en préparation, pour regrouper l'activité des trois cliniques liégeoises (Saint-Joseph, Espérance et Saint-Vincent)

→ 8 maisons de repos

- Résidence Notre-Dame de Lourdes (Liège)
- Résidence de la Vierge des Pauvres (Banneux)
- Résidence Carrefour Saint-Antoine (Banneux)
- Résidence d'Heusy
- Résidence Saint-Joseph (Membach)
- Résidence Les Peupliers (Hermalle-sous-Argenteau)
- Résidence Saint-Joseph (Racour)
- Résidence Saint-Charles (Landenne-sur-Meuse)

→ une crèche

- L'arrêt de puces (Montegnée) – 18 places

→ plusieurs polycliniques extérieures offrant des consultations de médecine spécialisée et de dentisterie

- Centre médical Ourthe-Amblève (Aywaille)
- Centre médical de Chênée
- Polymédic (Grâce-Hollogne)
- Centre dentaire hutois (Huy)
- Centre médical du Méry (Liège)
- Centre médical Marcellis (Liège)
- Centre dento-facial d'Amercœur (Liège)
- Polyclinique Marie Lecoquay (Micheroux)
- Centre dentaire de Seraing
- Centre d'imagerie médicale de Stavelot

→ des centres spécialisés

- Centre de la mémoire – Maison Alzheimer (Montegnée)
- Centre de médecine psychologique (Retinne)
- Maison de soins psychiatriques (Waremme)
- Habitation protégée (Rocourt)
- Centre européen de rééducation (CER) à Rocourt (partenariat)

→ deux unités décentralisées

- les unités centrales de production (UCP) à Alleur regroupent la cuisine centrale, l'imprimerie, la menuiserie, l'équipe plurisite (infrastructure)
- les unités administratives et logistiques (UAL) à Droixhe regroupent les services des achats, informatique, infrastructure, médiateur, salles de formation,...

Charte du CHC



Charte du Centre Hospitalier Chrétien

Le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) est un réseau de soins qui regroupe, entre autres, des cliniques, des polycliniques, des maisons de repos, des maisons de repos et de soins (MR et MRS) dont les plus anciennes ont été fondées par des congrégations religieuses. Les valeurs chrétiennes sont le fil conducteur de l'action qu'il mène depuis déjà trois siècles.

Le CHC est composé de femmes et d'hommes au service de la personne humaine et de sa santé dans ses différentes dimensions. Tous participent à la qualité de la prise en charge du patient.

*Je ne suis pas venu
pour être servi mais
pour servir*

*Non veni ministrari
sed ministrare*

Dans nos missions respectives, nous nous engageons à respecter la présente charte.

La santé dans toutes ses dimensions

Nous avons pour souci la santé physique, psychique, morale et spirituelle et, de manière générale, le bien-être de toute personne prise en charge par le CHC.

Le respect

Le respect mutuel est la base de toute relation humaine, au CHC en particulier.

Ainsi, nous respectons l'autre et toute différence qu'elle soit philosophique, religieuse, physique, raciale, intellectuelle, économique, culturelle pour autant qu'elle soit conforme aux lois et à l'ordre public.

L'accès aux soins

Au CHC, le statut social et la situation économique ne sont jamais un obstacle à la prise en charge du patient.

La qualité

Tous les métiers exercés au CHC sont complémentaires.

Nous veillons à mettre l'accent :

- sur le maintien et le développement d'une médecine de pointe caractérisée par :
 - des équipes médicales, infirmières et paramédicales performantes et ambitieuses au point de vue de la qualité. Elles doivent faire preuve de :
 - professionnalisme et compétence ;
 - disponibilité et cordialité ;
 - humilité et patience ;
 - esprit d'équipe.
 - des équipements médicaux et technologiques de pointe et un environnement architectural adéquat ;
 - sur la qualité du travail de tous les acteurs du CHC, tous métiers confondus. En effet chacun, à son niveau et dans son domaine, contribue à la qualité de l'accueil et des services offerts aux patients.

- sur une gestion économique et administrative performante qui garantit la pérennité de l'institution et permet notamment l'investissement en moyens humains, technologiques et architecturaux.

Le choix du médecin

Dans la mesure du possible, toute personne peut choisir librement son médecin.

L'éthique

L'éthique fait l'objet d'une réflexion permanente - à la lumière des valeurs chrétiennes - qui associe tous les acteurs du CHC.

Le secret professionnel

Toute personne peut compter sur notre confidentialité et le respect du secret.

Le savoir être

Nos relations, tant en interne qu'en externe, sont empreintes de franchise, de loyauté et de cordialité.

Chacun doit être à l'écoute de l'autre.

Le médecin de famille

Les médecins de famille sont les partenaires du CHC. A ce titre, ils sont invités à donner et à recevoir toutes les informations nécessaires.

La continuité des soins

Nous préparons à l'avance la fin du séjour hospitalier et nous assurons le suivi nécessaire.

L'accès à l'information

Pour autant qu'elle le souhaite, nous informons toute personne des soins dont elle bénéficie.

L'environnement social et familial

L'environnement social et familial fait l'objet des mêmes attentions et engagements.



Philosophie et éventail des soins

Le CHC ancre sa philosophie des soins sur quatre principes :

- Placer le patient et sa famille au centre de l'organisation des soins. Que ce soit dans un service aigu, une unité de soins standardisée ou une résidence, la prise en charge vise l'accompagnement humain, la proximité, l'information.
- Soigner la qualité de vie du personnel et plus particulièrement des nouveaux engagés. Au sein des équipes, l'efficacité et la formation permanente sont importantes. Les nouveaux engagés comme les stagiaires bénéficient d'un accueil et d'un encadrement particuliers.
- Encourager le professionnalisme et viser constamment l'amélioration de la qualité des soins, qui, avec la performance, constituent des objectifs quotidiens. Les projets relatifs à la qualité et la sécurité patient sont nombreux : projets de prise en charge de la douleur (adultes et enfants), itinéraires cliniques, check list sécurité au bloc opératoire,...
- Développer la multidisciplinarité et la collaboration inter-hospitalière. Afin d'offrir le meilleur traitement et la meilleure prise en charge, le patient est accueilli au sein d'une équipe rassemblant toutes les disciplines médicales et paramédicales nécessaires. L'infirmière coordinatrice y joue un rôle de plaque tournante et de facilitatrice. Le dossier médical informatisé améliore la concertation entre médecins.

Des structures à taille humaine au sein d'un groupe important

Le CHC occupe une place importante dans le paysage des soins de santé de la province de Liège. Le groupe couvre l'ensemble des pathologies existantes.

- Chacun des 6 hôpitaux généraux a développé ses spécificités et des complémentarités avec l'ensemble.
- De nombreuses consultations de médecine spécialisée et de dentisterie sont accessibles au sein même des cliniques, mais également au sein de polycliniques extérieures.
- L'aval est pris en charge au sein du Réseau senior, 8 résidences pour personnes âgées avec une offre complète : maisons de repos, maisons de repos et de soins, courts séjours, résidences services, accueil spécifique des personnes désorientées et/ou en perte d'autonomie (cantous).

La petite enfance constitue également une des priorités du groupe, avec la crèche *L'arrêt de puces* qui propose 18 places (ouverte en 2010).

L'organisation permet de concilier le caractère familial et la dimension humaine au sein d'un groupe important, investi dans un projet stratégique ambitieux et une gestion rigoureuse.

Le projet de nouvel hôpital

Le CHC travaille actuellement à l'élaboration d'un nouvel hôpital qui doit rassembler l'activité des trois cliniques liégeoises : la clinique Saint-Joseph (Liège), la clinique de l'Espérance (Montegnée) et la clinique Saint-Vincent (Rocourt).

Ce nouvel hôpital sera construit à Liège sur le site de l'ancien charbonnage de Patience et Beaujonc, à la croisée des communes de Liège, Ans et Saint-Nicolas. Il jouira d'une situation stratégique, offrant des facilités d'accès et de parking. Conçu pour répondre aux attentes des patients, des soignants et des visiteurs, ce nouvel hôpital va allier les plus hautes exigences humaines, scientifiques, technologiques et ergonomiques. Il constituera véritablement un outil au service des soins et des patients afin de pérenniser une médecine de pointe à visage humain. Son ouverture est prévue en 2017.

Les structures de décision au CHC

Les structures de décision du CHC sont organisées de manière à couvrir le champ de la gestion tant au niveau stratégique qu'au niveau tactique et opérationnel.

L'**Assemblée générale** est composée de 39 membres et présidée par Baudouin Harmant. Elle approuve les budgets et les comptes, nomme et révoque les administrateurs, peut modifier les statuts,...

Aujourd'hui, l'essentiel des prises de décisions stratégiques relève du **Conseil d'administration**. Il compte 16 membres élus en cette qualité par l'Assemblée générale.

En 2012, le Conseil d'administration du CHC s'est donné un nouvel élan en évoluant vers un organe plus jeune, plus restreint et aux compétences plus complémentaires. La réflexion a démarré en 2011, afin de garantir un fonctionnement efficace à cet organe toujours plus important en nombre au fil des fusions successives.

Une première mesure a été de décider d'une limite d'âge, celle-ci a été fixée à 75 ans. Anticipant l'expiration de leur mandat, Mère Anne-Marie, Sœur Dominique et Sœur Mia ont préféré démissionner directement en raison de leur âge, après des années de participation active, d'apports précieux et de dévouement au fonctionnement du CA. La représentativité des communautés religieuses reste assurée, puisque Sœur Myriam, Sœur Godelieve et Mère Hugo sont toujours bien actives au sein du CA. Une autre mesure a consisté à diminuer le nombre de mandats d'une bonne vingtaine à une quinzaine afin d'améliorer l'efficacité des débats.

Une troisième mesure visait à diversifier les compétences autour de la table, en accentuant les qualifications dans des domaines comme la finance et le management mais également en renforçant la sensibilité médicale. Elisabetta Callegari, directrice du secteur social chez Belfius et directrice de la fondation Belfius, apporte désormais son expertise financière dans le domaine non-marchand. Pour éviter les conflits d'intérêt, la représentation médicale est assurée par deux médecins extérieurs au CHC, les Drs Patrick Gérard et Patrick Rutten, respectivement pédiatre et chirurgien de formation.

Par ailleurs, le remaniement a permis de clarifier les relations entre le CHC et la Mutualité chrétienne, présente au sein du CA depuis la reprise des cliniques Notre-Dame à Waremmes et Hermalle. Le CA a décidé de maintenir cette participation en la limitant à un seul poste d'administrateur attribué à la personne morale de la Mutualité chrétienne et représentée par 2 personnes.

Enfin, le remaniement a permis de clarifier les rôles en supprimant le cumul de certains mandats : ainsi, le président et le vice-président du CA ne pourront plus cumuler leur fonction avec celle d'administrateur-délégué, pour garder plus de

recul dans le contrôle des décisions du comité de gestion. Xavier Drion a souhaité garder son mandat d'administrateur-délégué et son rôle au sein du comité de gestion. René Thissen lui succède en qualité de vice-président.

Au 31 décembre 2012, les 16 membres du **Conseil d'administration** sont : Elisabetta Callegari, Paul Clockers, Michel de Lamotte, Godelieve De Smet, Godelieve De Wulf, Xavier Drion, Patrick Gérard, Baudouin Harmant, Albert Klinkenberg, Georges Lonay, Gertrudis Panis, Patrick Rutten, Michel Tasiaux, René Thissen, Michel Watelet et la Mutualité chrétienne de Liège.

Avec Michel Beckers, Jean-Philippe Bolly, Eric Bruyère, Arthur Defoin, Paul Delnoy, Alphonse Dewandre, Léandre Drion, Michel Evrard, Maria Geerits, Emali Goossens, André Hauglustaine, Maria Jans, Elza Jeurissen, Maria Jeurissen, Ida Lange, Elisabeth Lowist, François-Xavier Nève de Mévergnies, Guy Pirmolin, Marie Sarlet, Lucrèce Van Parijs, Elisabeth Vangronsveld, Maria Verheyden, et Georgette Vervoir, ils forment l'**Assemblée générale**.

Le **Comité de gestion** est, par délégation statutaire du Conseil d'administration, en charge de la gestion quotidienne du CHC. Quatre administrateurs délégués et le directeur général, Alain Javaux, font partie du Comité de gestion qui invite à ses réunions, à titre permanent, le directeur général adjoint, le directeur médical et le directeur médical adjoint. Le Comité de gestion se réunit au moins deux fois par mois.

Le Conseil d'administration et le Comité de gestion ont désigné le **Comité stratégique Azimut** qui alimente leur réflexion en matière de stratégie. Ce comité se réunit au moins une fois par mois.

La loi prévoit un **Comité permanent de concertation** par numéro d'agrément hospitalier. Il en existe donc deux au CHC, l'un pour les Cliniques Saint-Joseph (agrément 152), l'autre pour le Centre hospitalier Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth (CHVE / agrément 158) qui, pour des raisons historiques, se nomme Commission de contact. Les Comités permanents de concertation cherchent à harmoniser et concilier les points de vue des Conseils d'administration et médicaux notamment sur les plans stratégique et de gestion du groupe.

Comme pour le Comité permanent de concertation, il existe un **Conseil médical** par agrément. Le Conseil médical assure la représentation des médecins à la prise de décision au sein de l'hôpital. Dix-sept membres effectifs et 5 suppléants composent le Conseil médical des Cliniques Saint-Joseph. Ils sont respectivement 13 et 3 au CHVE. Les Conseils médicaux se réunissent une fois par mois.

Le **Comité de direction du réseau hospitalier** (CDRH), quant à lui, définit et met en place les objectifs de gestion définis par le Conseil d'administration, le Comité de gestion et le Comité permanent de concertation (ou la Commission de contact). Ce comité assume en première ligne la viabilité économique du secteur hospitalier du CHC. Il existe un

pendant pour le Réseau senior : le **Comité de direction du Réseau senior**.

Notons aussi d'autres comités, comme le **Comité de coordination des directions du groupe** et le Comité de suivi de la direction clinique.

Composition des Conseils médicaux en 2012

Conseil médical des Cliniques Saint-Joseph (A 152)

Elections de mai 2012

- **Président** Dr Constant Jhaes, chirurgien abdominal
- **Vice-Président** Dr Philippe Biquet, urologue
- **Trésorier** Dr Bernard Bourdoux, radiologue
- **Secrétaire** Dr Anne Dawance, chirurgien vasculaire
- **Membres effectifs**
 - Dr Arnaud Colard, gastro-entérologue
 - Dr Maryse Colignon, anesthésiste
 - Dr Philippe Devos, anesthésiste
 - Dr Frédéric Fiévet, pneumologue
 - Dr David Francart, chirurgien abdominal
 - Dr Roland Gilles, stomatologue et chirurgien maxillo-facial
 - Dr Pascal Leclercq, anesthésiste
 - Dr Olivier Lhoest, anesthésiste
 - Dr Philippe Marcelle, cardiologue
 - Dr Isabelle Paquot, pédiatre
 - Dr Pierre Philippet, pédiatre
 - Dr Olivier Plomteux, gastro-entérologue
 - Dr Pierre Reginster, radiologue
- **Membres suppléants**
 - Dr Geoffrey Matus, oncologue
 - Dr André Mulder, pédiatre
 - Dr Jamil Khamis, radiologue
 - Dr Thierry Guillaume, gériatre
 - Dr Geoffrey Brands, physiothérapeute
- **Invité permanent**
 - Dr Philippe Olivier, directeur médical

Conseil médical du Centre hospitalier Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth (A 158)

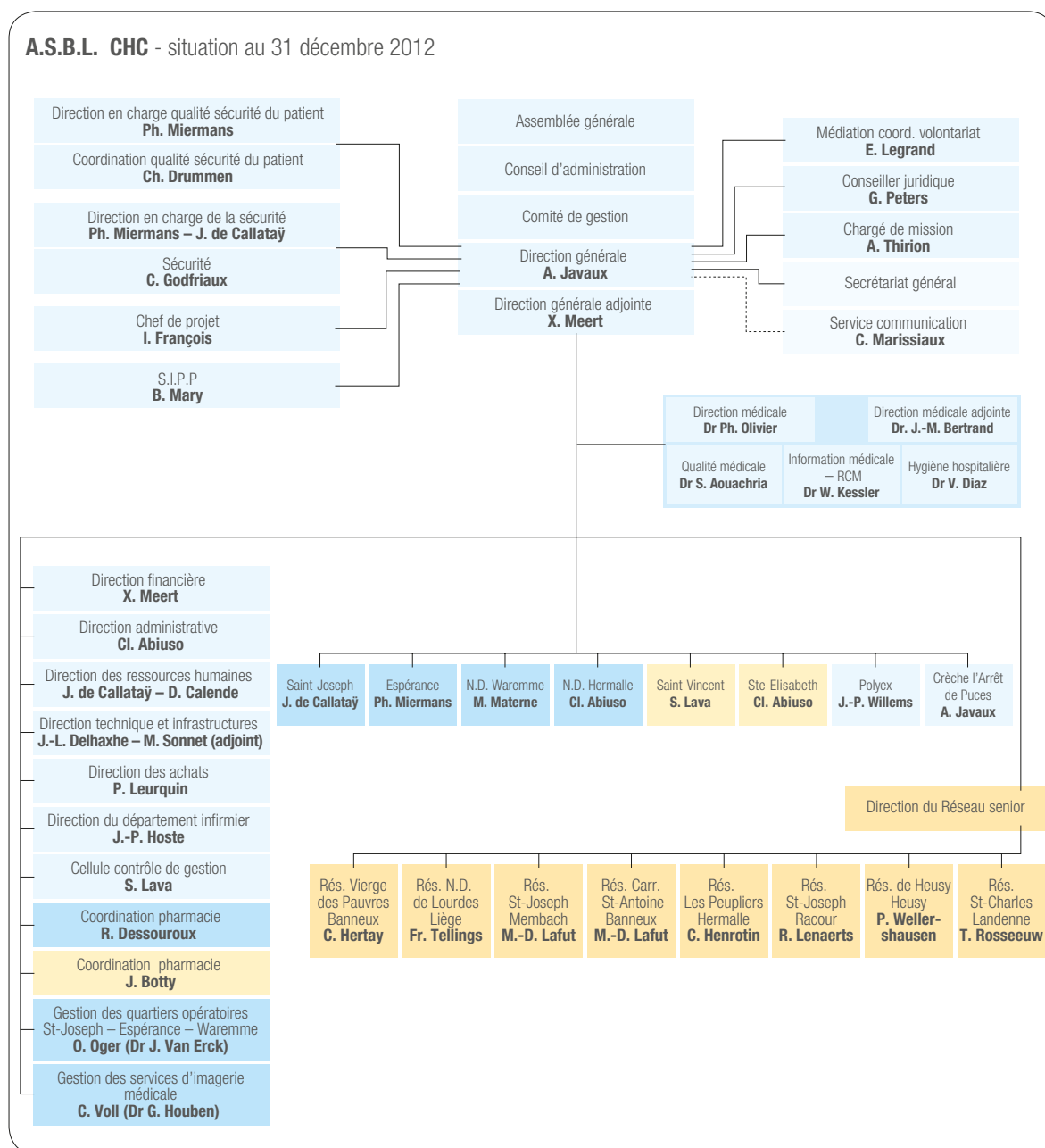
Elections de juin 2011

- **Président** Dr Philippe Hubert, anesthésiste
- **Vice-président** Dr Alain Vandenhove, anesthésiste
- **Secrétaire** Dr Franklin Grooten, anesthésiste
- **Membres effectifs**
 - Dr Michel Deliège, cardiologue
 - Dr Abdelkrim Essahib, anesthésiste
 - Dr Anne-Françoise Geets, biologiste
 - Dr Marc Horion, gynécologue
 - Dr Yves Lebrun, gynécologue
 - Dr Sylviane Lesenfans, gynécologue
 - Dr Pierre Maton, pédiatre
 - Dr Joseph Schnackers, chirurgien orthopédique
 - Dr Pierre Toussaint, anesthésiste
 - Dr Marc Van Laer, chirurgien vasculaire et thoracique
- **Membres suppléants**
 - Dr Michel Coibion, gynécologue
 - Dr Catherine Kestens, psychiatre
 - Dr Stéphane Schindler, gynécologue
- **Invité permanent**
 - Dr Philippe Olivier, directeur médical

Le management du CHC en 2012

Le Comité de direction du groupe CHC

L'organigramme général du CHC donne une vue d'ensemble du poste clef de direction pour l'ensemble du groupe.



Précisons également les directions de département infirmier pour chacune des 6 cliniques, soit :

- Clinique Saint-Joseph : Frédéric Carrier
- Clinique de l'Espérance : Evelyn Wey
- Clinique Saint-Vincent : Isabelle Thys
- Clinique Notre-Dame Waremm : Dominique Bonhivers
- Clinique Notre-Dame Hermalle : Françoise Muller
- Clinique Sainte-Elisabeth : Fabienne Maréchal

Les médecins-chefs des services médicaux

Si l'organigramme résume le cadre de management du CHC pour ce qui concerne le **pan administratif** du groupe, il convient de souligner le pan lié à **l'activité médicale** et les médecins-chefs de service en poste au CHC en 2012.

Médecins-chefs de service pour l'agrément 152

(Cliniques Saint-Joseph, Espérance, Notre-Dame Waremmes, Notre-Dame Hermalle)

Anatomopathologie	Dr Véronique Jossa
Anesthésiologie	Dr Didier Noirot (f.f.)
Biologie clinique	Dr Jackie Moreaux et Dr Nadine Cielniaszek
Cardiologie	Dr Philippe Marcelle
Chirurgie abdominale	Dr Serge Markiewicz (f.f.)
Chirurgie esthétique	Dr Xavier Nélissen (f.f.)
Chirurgie orthopédique	Dr Jean-Pierre Berger
Chirurgie pédiatrique	Dr Toàn Khúc
Chirurgie vasculaire et thoracique	Dr Anne Dawance
Dermatologie	Dr Antoinette Henrijean
Endocrinologie	Dr Christine Daubresse
Gastroentérologie	Dr Boris Bastens
Gériatrie	Dr Thierry Guillaume
Gynécologie – Obstétrique	<i>Poste à pourvoir</i>
Imagerie médicale (département)	Dr Georges Houben
Médecine de l'appareil locomoteur	Dr Geoffrey Brands (f.f.)
Médecine dentaire	Dr Guy Darimont
Médecine nucléaire	Dr Pierre Gomez
Néphrologie	Dr Philippe Bovy
Neurochirurgie	Dr Daniel Raket (f.f.)
Neurologie	Dr Philippe Desfontaines
Oncologie	Dr Marie-Pascale Graas
Ophtalmologie	Dr Béatrice Gougard
ORL	Dr Joseph Borras
Pédiatrie (département)	Dr Pierre Philippet
• Pédiatrie (service – Espérance)	Dr Frédéric Piérart
• Soins intensifs et urgences pédiatriques (service – Espérance)	Dr Frédéric Lebrun
Pneumologie	Dr Pierre Saint-Remy
Psychiatrie	Dr Franz Bartholomé
Radiothérapie (Serv. universitaire ULg)	Pr Philippe Coucke
Soins intensifs	Dr Didier Noirot
Soins palliatifs	Dr Ferdinand Herman
Stomatologie – Chirurgie maxillo-faciale	Dr Roland Gilles
Urgences	Dr Patrick Camelbeeck
Urologie	Dr Bernard Similon

Médecins-chefs de service pour l'agrément 158

Biologie clinique	Dr Pol Carlier	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Imagerie médicale (département)	Dr Georges Houben	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Pédiatrie (département)	Dr Pierre Philippet	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Psychiatrie	Dr Benoît Troisfontaines	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Anesthésiologie	Dr Philippe Hubert	Saint-Vincent
Chirurgie	Dr Olivier Wéry	Saint-Vincent
Hôpital de jour chirurgical	Dr Etienne Longerstay	Saint-Vincent
Maternité et MIC	Dr Marc Horion	Saint-Vincent
Néonatalogie	Dr Pierre Maton	Saint-Vincent
Procréation médicalement assistée	Dr Annick Delvigne	Saint-Vincent
Anesthésiologie + Hôpital de jour	Dr Alain Vandenhove	Sainte-Elisabeth
Chirurgie	Dr Joseph Schnackers	Sainte-Elisabeth
Gastroentérologie	Dr Olivier Cajot	Sainte-Elisabeth
Gériatrie	Dr Thierry Guillaume (ff)	Sainte-Elisabeth
Gynécologie – Obstétrique	Dr Nathalie Séverin	Sainte-Elisabeth
Médecine interne	Dr Michel Deliège	Sainte-Elisabeth
Médecine physique et réadaptation	Dr Bernard Godon	Sainte-Elisabeth
Soins intensifs	Dr Abdelkrim Essahib	Sainte-Elisabeth
Urgences	Dr Léon Masamuna	Sainte-Elisabeth

La maîtrise de stage

A noter que la responsabilité de la maîtrise de stage n'incombe pas toujours au chef de service.

Discipline	Maîtrise de stage	Date de reconnaissance
Chirurgie digestive, endocrine et générale	Dr Joseph Weerts	Juin 2009 (renouvellement)
Chirurgie orthopédique	Dr Serge Willems	Octobre 2009
Psychiatrie (en particulier psychiatrie de l'adulte)	Dr Benoît Troisfontaines	Janvier 2010 (renouvellement)
Médecine physique et réadaptation	Dr Albert Debrun	Mai 2010 (renouvellement)
Neurologie	Dr Philippe Desfontaines	Juillet 2010
Oncologie médicale	Dr Christian Focan	Février 2011
Médecine interne	Dr Luc Longrée	Février 2011
Anesthésiologie – Réanimation	Dr Philippe Paris	Aout 2011 (renouvellement)
Réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés	Dr Albert Debrun	Novembre 2011 (renouvellement)
Gériatrie	Dr Thierry Guillaume	Janvier 2012
Pédiatrie	Dr Pierre Philippet	Février 2012
Médecine générale	Dr Philippe Marcelle	Mars 2012
Gastro-entérologie	Dr Boris Bastens	Avril 2012
Gynécologie – Obstétrique	Dr Olivier Wéry	Juillet 2012 (renouvellement)
Imagerie médicale	Dr Georges Houben	Juillet 2012
Neurochirurgie	Dr Frédéric Schils	Novembre 2012

Acteurs du CHC

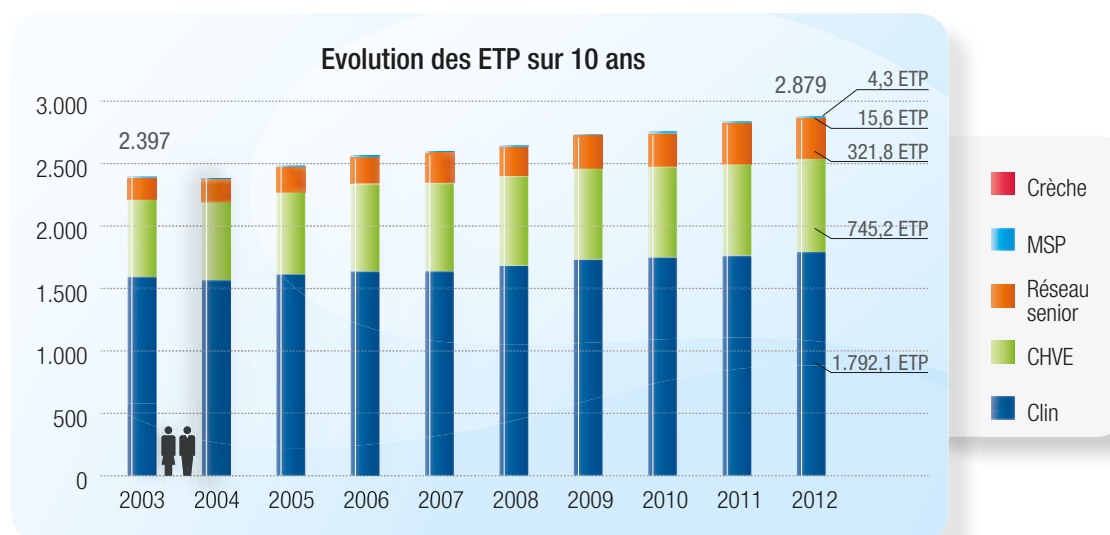
La première richesse du CHC est constituée par les femmes et les hommes qui y travaillent au quotidien. Comme toute entreprise de service, a fortiori une entreprise de soins qui nécessite sens du contact et dévouement, le CHC a pleinement conscience que le facteur humain intervient en première ligne dans les soins aux patients et résidents.

En 2012, les acteurs du CHC, tous métiers confondus, représentent :

- pour le secteur salarié : 4.050 personnes, soit 2.879 équivalents temps pleins (ETP)
- pour les indépendants : 833 personnes

Le personnel du CHC

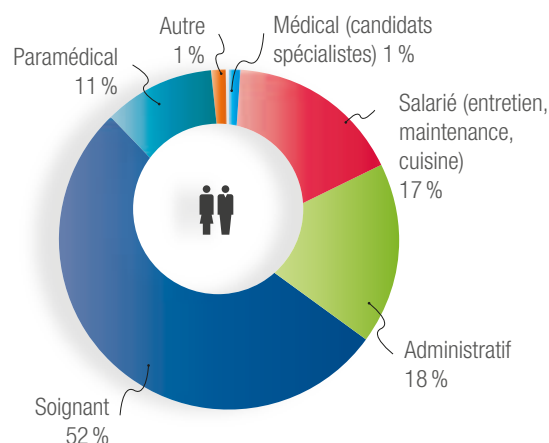
Evolution du volume de l'emploi



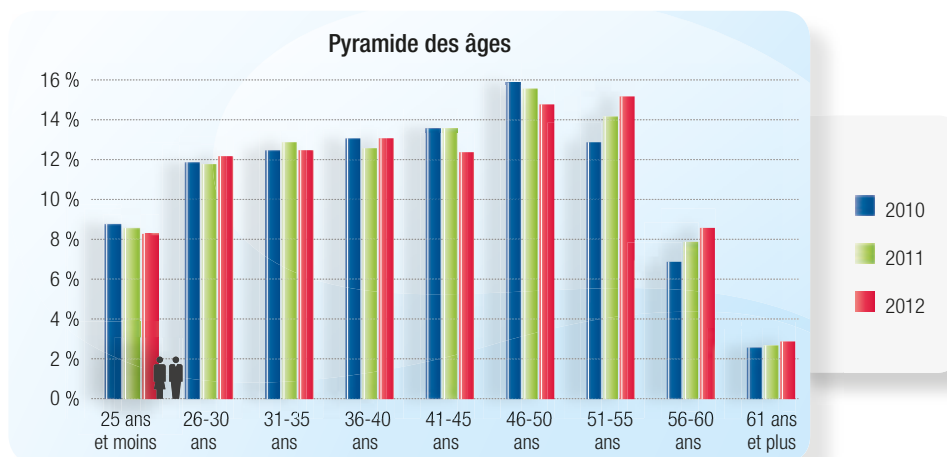
Répartition des ETP

Le personnel est à plus de 50 % composé de soignants (1.500 ETP) auxquels s'ajoutent 514 ETP administratifs, 475 ETP salariés pour l'entretien, la maintenance et les cuisines, et 307 ETP paramédicaux. Pour information, les 833 médecins et autres prestataires (dentistes, kinésithérapeutes, psychologues, ...) travaillant au CHC ne sont pas inclus dans ces statistiques car il s'agit de prestataires indépendants (à l'exception des candidats spécialistes).

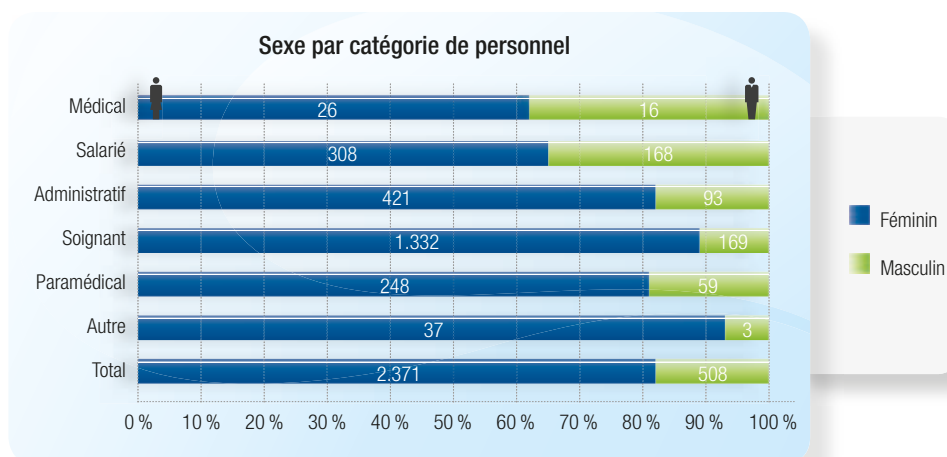
ETP 2012 par catégorie de personnel



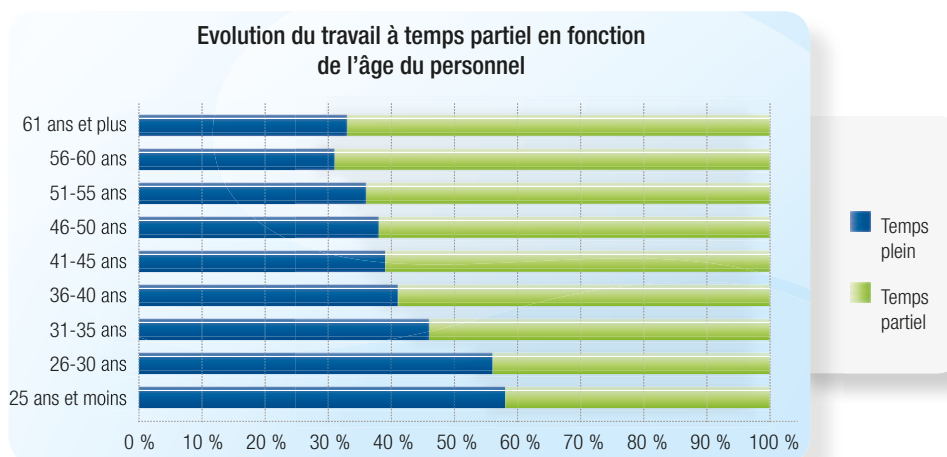
La pyramide des âges du personnel montre que 21 % du personnel a moins de 30 ans, 26 % a entre 30 et 40 ans, 27 % entre 40 et 50 ans et 27 % a plus de 50 ans.



Le personnel est en majorité féminin (82,4 % du personnel) dans tous les secteurs d'activité.



Au CHC, comme dans le secteur hospitalier en général, les temps partiels représentent près de 60 % des contrats de travail, avec un pic chez les personnes de plus de 50 ans.



Les médecins et prestataires indépendants

En 2012, on compte au CHC 833 médecins et autres prestataires indépendants, soit des dentistes, psychologues, logopèdes, kinésithérapeutes,...

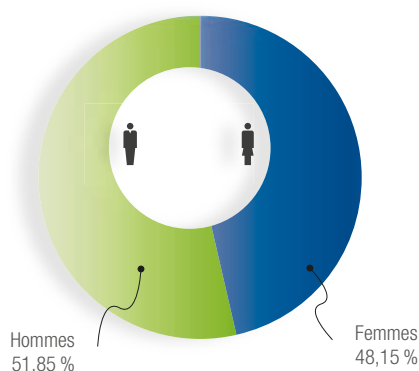
Ces médecins et prestataires se répartissent comme suit selon les sites hospitaliers :

	CHC globalisé	Saint-Joseph	Espérance	ND Waremmé	ND Hermalle	Saint-Vincent	Sainte-Elisabeth
Présents en 2012	833	352	242	122	153	158	158
Entrés en 2012	69		52			18	
Sortis en 2012	59		43			16	

A noter que, dans la mesure où la plupart des services médicaux sont organisés de manière transversale, beaucoup de praticiens du CHC travaillent en multisites. Il est donc logique que le chiffre global des prestataires ne soit pas égal à la somme des parties.

La composition des équipes de praticiens est stable, avec une bonne fidélisation des médecins. Seuls 59 prestataires dont 45 médecins, ont quitté le CHC en 2012. Par ailleurs, 69 prestataires, dont 48 médecins, sont venus renforcer les services. Les équipes médicales du CHC exercent une attractivité certaine sur la profession, encore renforcée ces dernières années. L'arrivée de nouveaux médecins est toujours encouragée dans la mesure où elle peut aller de pair avec le développement d'une activité.

Répartition hommes - femmes



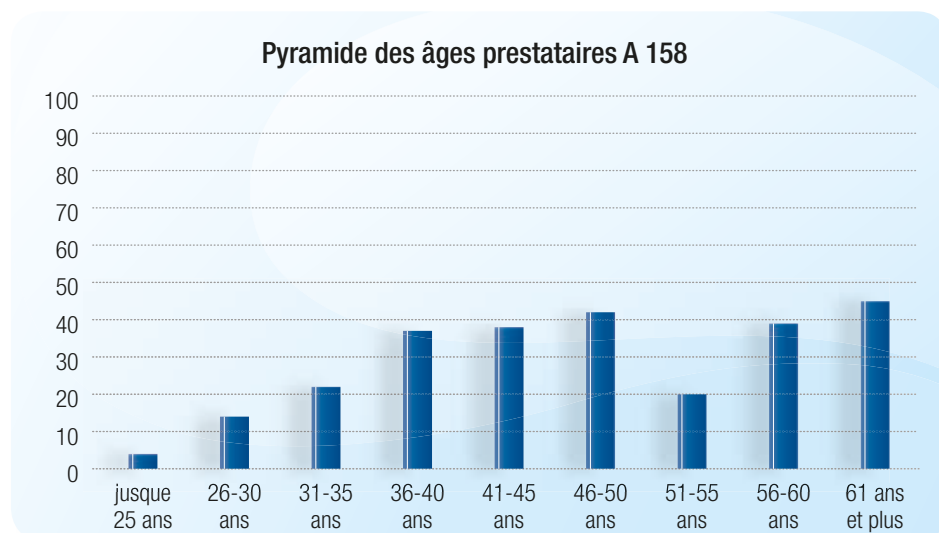
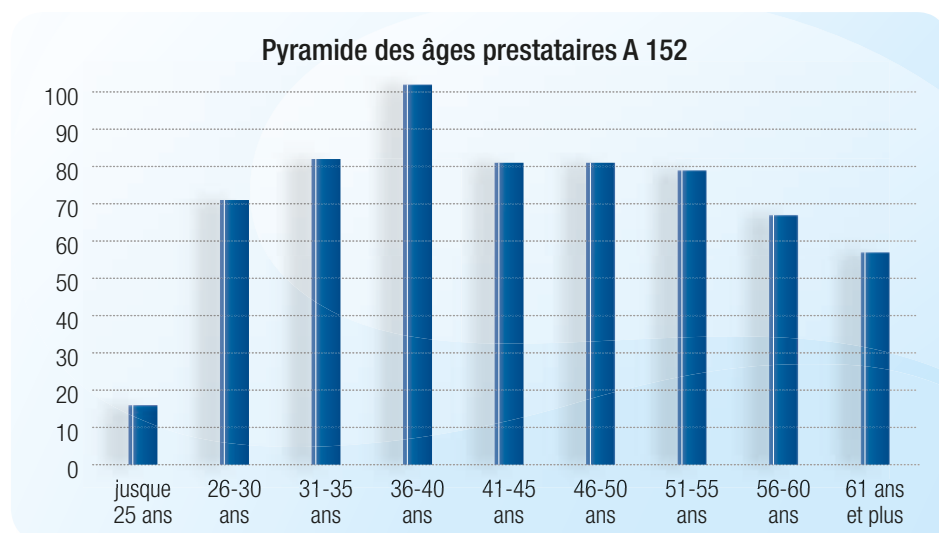
Si le personnel salarié est à 82,4 % féminin, la féminisation de la profession ne ment pas pour ce qui concerne les prestataires indépendants du CHC, assurant une quasi parité. Tous âges confondus, la répartition se fait quasi à l'équilibre, avec 48,15 % de dames et 51,85 % d'hommes.

La direction médicale veille à une meilleure gestion humaine des indépendants en appuyant divers projets tout au long de l'année, mais également en organisant une réunion de présentation mutuelle sous forme de speed-dating pour les nouveaux venus. Cette rencontre permet aux nouveaux médecins et prestataires de se faire connaître mais également de rencontrer les principaux acteurs de l'institution. La réunion fournit également l'occasion de présenter le fonctionnement de l'institution et les relations entre hôpital et médecins.



Pyramide des âges

Les prestataires de soins du CHC sont relativement jeunes, 48 ans et demi en moyenne pour l'ensemble des praticiens du CHC.



Mais aussi...

Les assistants

Chaque année, le CHC accueille dans ses services des médecins candidats spécialistes. En 2012, 41 médecins ont poursuivi leur formation dans une des 6 cliniques du CHC. Ces médecins sont attachés aux services d'anesthésiologie, chirurgie digestive, endocrine et générale, chirurgie orthopédique, gastroentérologie, gynécologie-obstétrique, imagerie médicale, médecine de l'appareil locomoteur, médecine interne, neurologie, oncologie médicale, pédiatrie et psychiatrie. En 2012, trois nouvelles reconnaissances de maîtrise de stage ont été attribuées aux services de gériatrie, de médecine générale et de neurochirurgie.

Les stagiaires

Comme tout hôpital, le CHC accueille chaque année des centaines de stagiaires infirmiers mais aussi de stagiaires médecins. Ces jeunes en formation découvrent leur futur univers professionnel et complètent les équipes de soins. Ils sont au nombre de :

- 209 pour les stagiaires médecins pour les 2^e, 3^e et 4^e masters (ULg – UCL)
- 3.007 pour les stagiaires en soins infirmiers et paramédicaux (baccalauréat, 4^e année de spécialisation, brevet, promotion sociale)

A noter que le CHC accueille également d'autres jeunes en stage de formation, dans tous les autres domaines (administratif, ressources humaines,...), mais dans de moindres proportions. Ils ne sont pas répertoriés ici.

Les stagiaires infirmiers se répartissent comme suit selon les sites hospitaliers :

Formation	Ecoles	St-Joseph	Espérance	ND Waremmé	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Baccalauréat soins infirmiers + 4 ^e année spécialisation	Haute école Province de Liège – Liège	132	147	4	15	125	61
	Haute école Province de Liège – Verviers	0	0	0	0	0	71
	Haute école Province de Liège – Huy	49	23	0	0	0	0
	Haute école libre mosane (Helmo) – Liège	429	242	142	130	288	30
	Institut supérieur d'enseignement infirmier – Louvain-la-Neuve	0	3	0	0	1	0

Formation	Ecoles	St-Joseph	Espérance	ND Waremmé	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Brevet soins infirmiers	Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical (Barbou) – Liège	0	0	0	205	34	0
	Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical – Verviers	0	0	0	0	0	157
	Ecole St-Joseph – Ste-Julienne – Liège	320	96	26	13	20	0
Enseignement de promotion sociale – Liège		73	17	48	92	0	14
Total/site		1.003	528	220	455	468	333
TOTAL CHC							3.007

Les volontaires

Plus de 200 bénévoles complètent les interventions des professionnels du CHC avec un statut de volontaire. Ils constituent une vingtaine d'équipes qui travaillent soit directement au sein des services du CHC, soit par le biais d'associations comme la Croix-Rouge, Volont'R, la Pastorale, les Globules rouges ou les Cliniclowns...

Les volontaires sont essentiellement des dames, âgés de plus de 55 ans pour 88 % d'entre eux. Ils sont présents entre 4 et 8h par semaine. L'accueil, l'écoute, l'accompagnement, les petits services sont les prestations qu'ils offrent majoritairement. Une coordination du volontariat a été mise en

place en 2009 afin de développer ses activités, d'en renforcer l'attractivité, de valoriser la présence et les actions des volontaires, d'améliorer leur encadrement et d'augmenter leurs interactions avec le CHC.

L'objectif est double : améliorer l'intégration des volontaires dans une dynamique professionnelle, en veillant à leur encadrement et leur formation, mais également leur apporter une meilleure reconnaissance et une meilleure visibilité. Exemple : la participation au salon du volontariat organisé à Liège chaque année. Un dépliant a été réalisé pour présenter le volontariat au CHC et attirer de nouvelles personnes.



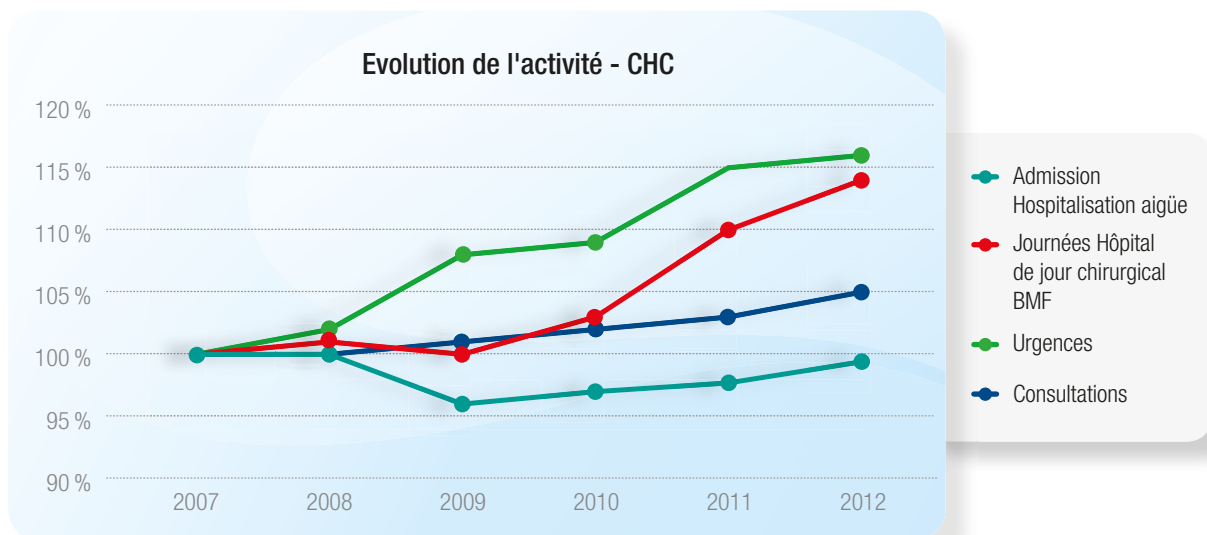
Rapport d'activités

Activité hospitalière et consultations

Evolution de l'activité hospitalière en quelques chiffres clés

Dans le courant du mois de novembre 2012, le CHC a introduit une demande de conversion de 17 lits C+D en lits de soins intensifs : 11 lits I sur Saint-Joseph et 6 lits I à caractère pédiatrique sur l'Espérance. L'agrément a été octroyé le 1^{er} janvier 2013, ce qui portera le nombre de lits de soins intensifs à 52 lits.

		CHC 2010	CHC 2011	CHC 2012	St-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière – Nombre de lits hospitalisation classique au 31 décembre										
C/D	Médecine et chirurgie	520	520	520	232	100	42	48	30	68
I	Soins intensifs	35	35	35	11	6	6	6		6
E	Pédiatrie	67	67	67		67				
G	Gériatrie	126	126	126	48		24	30		24
M	Maternité	125	125	125	44				61	20
N	Soins intensifs néonataux	35	35	35					35	
SP pal	Soins palliatifs	6	6	6				6		
SP loco	Revalidation	56	56	56		20	16	20		
A	Neuropsychiatrie	75	75	75					75	
TOTAL		1.045	1.045	1.045	335	193	88	110	201	118



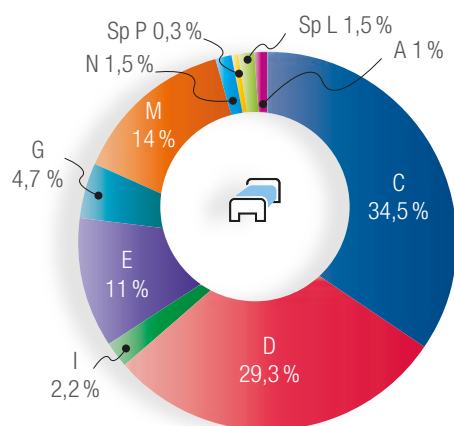
L'hospitalisation de jour continue sa bonne croissance, fortement influencée par les activités du centre de la douleur.

	CHC 2010	CHC 2011	CHC 2012	St-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière – Hospitalisation de jour									
Médical	20.473	19.691	20.748	10.139	1.956	2.136	3.408	267	2.842
Chirurgical – Journées BMF	10.109	10.741	11.124	2.583	1.719	734	1.104	2.898	2.086
Chirurgical – Autres	15.386	16.757	17.805	4.068	1.214	791	1.683	994	9.055
TOTAL	45.968	47.189	49.677	16.790	4.889	3.661	6.195	4.159	13.983

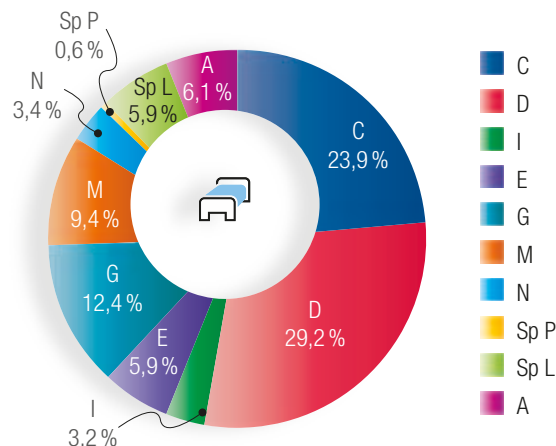
En **hospitalisation classique**, les admissions et les journées se répartissent comme suit par indice de lit et par site.

La diminution de plus de 5.000 journées et 30 admissions en lits A s'explique par le gel de 15 des 75 lits A, gel nécessaire au financement de la mise en place de l'équipe mobile en santé mentale Psy 107 (voir page 37).

39.514 admissions en 2012
- par indice de lit -



302.796 journées d'hospitalisation en 2012
- par indice de lit -



	CHC 2010	CHC 2011	CHC 2012	St-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière – Journées et admissions en hospitalisation classique									
Journées d'hospitalisation classique									
C/D	162.249	160.095	160.619	76.630	30.493	9.946	16.617	5.830	21.103
I	9.369	9.596	9.618	3.387	1.654	1.172	1.776		1.629
E	17.091	19.056	17.932		17.932				
G	33.074	37.905	37.737	13.688		8.039	10.257		5.753
M	29.245	27.609	28.412	3.754				20.371	4.287
N	9.992	9.654	10.354					10.354	
Sp pal	1.849	1.869	1.850				1.850		
Sp loco	17.902	17.948	17.755		6.403	4.998	6.354		
A	23.912	23.600	18.519					18.519	
TOTAL	304.683	307.332	302.796	97.459	56.482	24.155	36.854	55.074	32.772
Admissions en hospitalisation classique grandes portes (entrée du patient au CHC)									
C/D	24.698	24.747	25.212	10.082	4.653	1.481	3.111	2.044	3.841
I	875	847	885	174	188	222	177		124
E	4.192	4.432	4.357		4.357				
G	1.401	1.756	1.851	504		332	623		392
M	5.597	5.364	5.523	761				3.933	829
N	560	590	576					576	
Sp pal	100	109	105				105		
Sp loco	600	602	598		218	163	217		
A	533	437	407					407	
TOTAL	38.556	38.884	39.514	11.521	9.416	2.198	4.233	6.960	5.186

La plupart des indicateurs d'activité sont en progression en 2012, comme le montre le tableau ci-dessous.

	CHC 2010	CHC 2011	CHC 2012	St-Joseph	Espérance	ND Waremmme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière – Autres statistiques									
Accouchements	4.920	4.672	4.805	661				3.487	657
Consultations médicales (hors médico-technique)	395.779	401.034	406.694	123.447	78.162	34.851	53.061	64.076	53.097
Consultations médicales polycliniques extérieures	54.515	55.929	55.734						
Imagerie médicale – examens	340.321	357.185	355.833	115.315	70.038	43.141	56.855	17.331	53.153
Imagerie médicale – examens extérieurs	7.237	7.307	6.980						
Biologie clinique – nombre d'analyses (en milliers)	5.826	5.767	6.022	1.813	1.017	425	690	796	1.281
Urgences adultes	73.200	76.683	77.603	18.951	22.965	8.614	15.151		11.922
Urgences enfants	22.412	24.780	24.965		24.965				
Sorties SMUR	1.711	1.768	1.679		1.198	481			
Bloc opératoire – nombre d'interventions	41.373	42.099	41.859	14.551	8.204	3.892	4.593	5.540	5.079

Les 3.487 accouchements à la clinique Saint-Vincent, la maternité la plus fréquentée de Belgique, représentent une augmentation de 5 % par rapport à 2011.

Les urgences ont accueilli plus de 100.000 patients dont 16.600 ont été hospitalisés. Ce qui représente plus de 40 % des admissions en hospitalisation classique.

Il est important de préciser que la statistique sur les interventions au bloc opératoire ne prend pas en compte tous les actes chirurgicaux. Sur certains sites (notamment à Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth), les actes d'endoscopie ou de césariennes sont réalisés dans des salles hors du périmètre du bloc opératoire central.

Activité de la Maison de soins psychiatriques (Maison Notre-Dame – Waremmme)

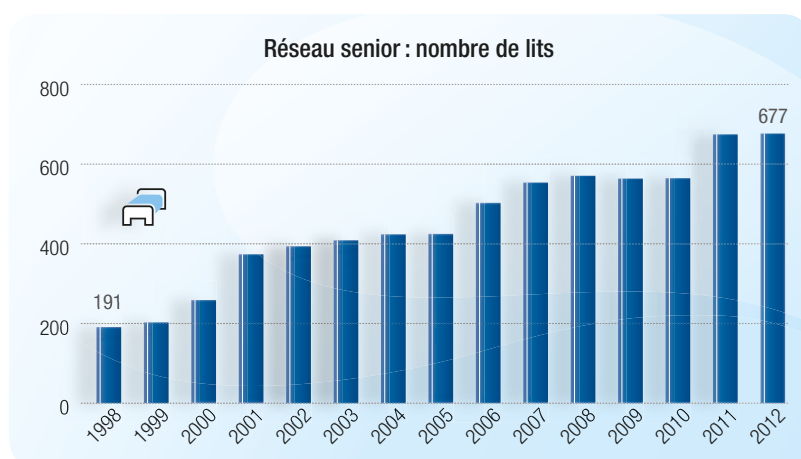
L'activité de la MSP de Waremmme reste stable.

	CHC 2010	CHC 2011	CHC 2012
Activité MSP (Maison de Soins Psychiatriques)			
Nombre de lits	30	30	30
Journées MSP	11.545	11.136	10.580
Personnel en ETP	15,4	15,0	15,6

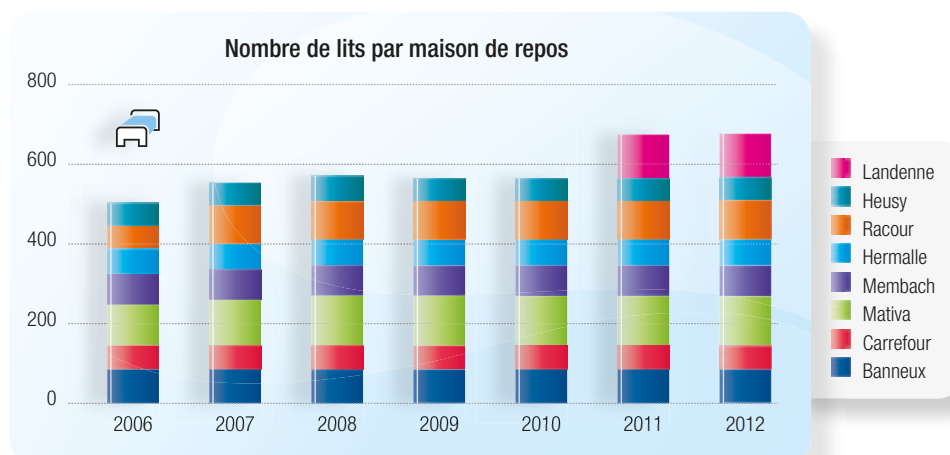
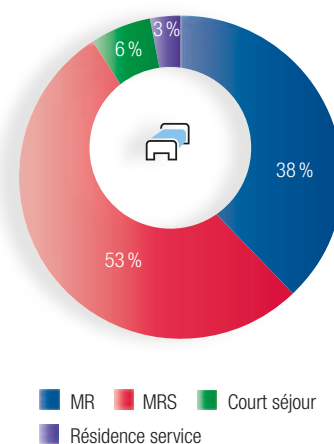
Activités du Réseau senior

Après une forte croissance en 2011, due à l'arrivée de la Résidence Saint-Charles (Landenne-sur-Meuse), l'activité du Réseau senior est stable en 2012.

	CHC 2010	CHC 2011	CHC 2012
Activité du Réseau senior			
Nombre de lits	565	675	677
Journées	203.074	242.848	242.850
Personnel en ETP	265,2	326,6	321,8

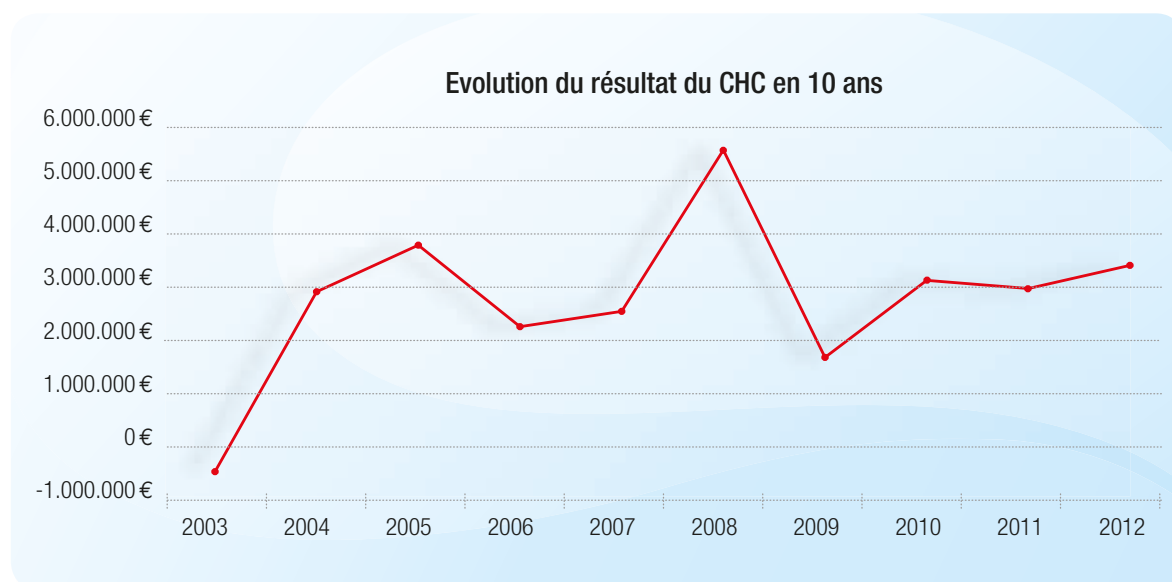


Réseau senior
Lits agréés au 31/12/2012



Volet financier : Résultats et comptes annuels

Malgré les difficultés propres à la gestion hospitalière et à la gestion des maisons de repos, le CHC a maintenu un résultat positif depuis 2004. Le résultat 2012 s'est clôturé à environ 1 % du chiffre d'affaires (soit 3,4M€). Ces résultats positifs, dans un contexte budgétaire contraignant, sont une condition indispensable pour continuer à investir et à maintenir un haut niveau de prise en charge pour nos patients et résidents.



Bilan CHC asbl

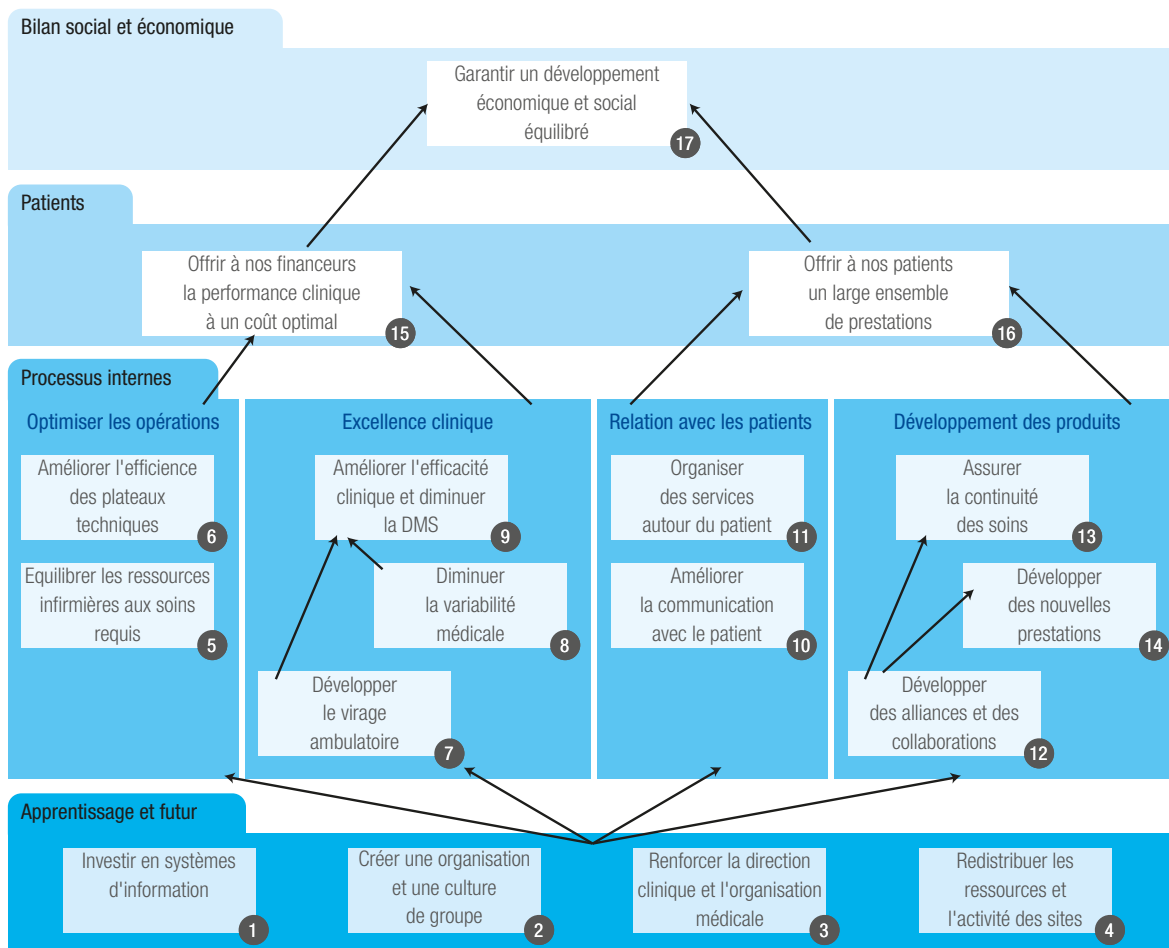
en milliers EUR	2012	2011
ACTIF		
Actifs immobilisés	192.583	190.727
I Frais d'établissement	1.068	3.040
II Immobilisations incorporelles	2.301	2.253
III Immobilisations corporelles	188.382	184.643
<i>Terrains et constructions</i>	140.832	145.477
<i>Matériel d'équipement médical</i>	13.809	14.183
<i>Matériel d'équip. non médical et mobilier</i>	12.630	12.634
<i>Location, financement</i>	4.637	3.476
<i>Immobil. en cours et acomptes versés</i>	16.476	8.874
IV Immobilisations financières	831	790
Actifs circulants	154.113	151.906
V Créances à plus d'un an	5.355	5.358
VI Stocks et commandes en cours	7.861	7.720
VII Créances à un an au plus	103.998	100.824
VIII Placements de trésorerie	16.725	9.000
IX Valeurs disponibles	17.925	27.475
X Comptes de régularisation	2.250	1.530
Total de l'actif	346.695	342.632
PASSIF		
Capitaux propres	85.758	82.911
I Apports et dons en capital	13.032	13.032
III Réserves	2.702	2.702
IV Résultat reporté	53.970	50.521
V Subsidés d'investissement	16.055	16.656
VII Provisions pour risques et charges	35.366	30.214
VIII Dettes à plus d'un an	105.010	108.895
IX Dettes à un an au plus	117.772	116.826
A. Dettes à + d'un an échéant ds année	13.826	13.831
B. Dettes financières	0	0
C. Dettes courantes	75.109	73.993
D. Acomptes reçus	35	42
E. Dettes fiscales, salariales et sociales	28.754	27.440
F. Autres dettes	48	1.519
X Comptes de régularisation	2.789	3.787
Total du passif	346.695	342.632

Compte de résultats CHC asbl

en milliers EUR	ex 2012	ex 2011
COMPTE DE RESULTATS		
Produits d'exploitation	398.141	386.490
70 Chiffre d'affaires	367.661	356.377
Budget moyens financiers	131.171	127.994
Suppléments des chambres	3.222	3.005
Forfaits conventions INAMI	20.045	18.965
Produits accessoires	2.128	1.998
Produits pharmaceutiques et assimilés	46.504	45.343
Honoraires	164.592	159.072
72 Production immobilisée	838	827
74 Autres produits d'exploitation	29.642	29.287
Charges d'exploitation (-)	389.891	377.685
60 Approvisionnements et fournitures	74.004	71.857
61 Services et fournitures accessoires	116.376	112.848
62 Rémunérations et charges sociales	173.498	166.410
63 Amortissements, réd. valeur et provisions	21.079	21.533
64 Autres charges d'exploitation	4.934	5.037
Résultat d'exploitation	8.250	8.806
75 Produits financiers	1.947	2.206
65 Charges financières (-)	5.134	5.252
Résultat courant	5.064	5.760
76 Produits exceptionnels	2.557	3.473
66 Charges exceptionnelles (-)	4.172	6.219
RESULTAT DE L'EXERCICE	3.449	3.013



La carte stratégique pour implanter la vision du CHC



Suivi du plan stratégique

Soucieux d'assurer sa pérennité, le CHC a entamé, dès 2002, une large réflexion stratégique baptisée Azimut. L'objectif vise notamment à redéfinir la configuration du réseau et l'offre de soins proposée aux patients, en s'appuyant sur la spécificité et la complémentarité de ses établissements de soins.

Le présent chapitre s'articule autour des 8 axes qui forment le plan stratégique du CHC.

En 2002, la réflexion a été principalement guidée par une nécessité de gestion des acquis. Le CHC est le fruit de différentes fusions successives entamées en 1987 et couronnées en 2001 par le partenariat entre les Cliniques Saint-Joseph et le CHVE (Centre hospitalier Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth) qui se regroupent sous un même pouvoir organisateur.

Aujourd'hui, le CHC réunit en province de Liège pas moins de 6 cliniques, 8 maisons de repos, plusieurs polycliniques ainsi qu'une crèche. Le groupe travaille aujourd'hui à son intégration et à son développement, notamment en assurant les complémentarités entre ses pôles d'activité (cliniques et autres structures de prise de charge), afin de renforcer encore son véritable réseau de soins intégré.

Le plan Azimut s'articule en **8 axes**.

Afin de tenir son engagement, le CHC se doit d'agir dans plusieurs directions :

- 1 **Développer l'offre de soins**, en :
 - proposant de nouvelles prestations
 - garantissant la continuité des soins
 - développant des collaborations efficaces avec les généralistes, les structures de soins à domicile, etc.

- 2 **Améliorer l'orientation patient** dans la prise en charge, en :
 - organisant les services autour du patient
 - renforçant la communication avec le patient

- 3 **Atteindre l'excellence clinique** dans le développement de la pratique médicale, en :
 - développant le virage ambulatoire
 - diminuant la variabilité médicale
 - améliorant l'efficacité clinique et en diminuant la durée moyenne de séjour

- 4 **Optimiser les opérations**, en :
 - équilibrant les ressources infirmières aux soins requis
 - améliorant l'efficacité des plateaux techniques, comme les urgences, les blocs opératoires, les laboratoires, etc.

Afin de mettre en œuvre ces stratégies, le CHC s'investit dans les domaines suivants :

- 5 **Développer des systèmes d'information performants** pour une gestion quotidienne plus globalisée et plus aisée

- 6 **Repenser le rôle et la contribution de chaque clinique** au sein du réseau de soins du CHC, en :
 - développant des pôles d'activité spécifiques
 - rationalisant l'offre de soins, notamment pour les trois cliniques liégeoises (Saint-Joseph, Espérance, Saint-Vincent), distantes de quelques kilomètres

- 7 **Renforcer la direction et l'organisation médicale** afin de définir un modèle d'organisation de l'activité médicale et de s'assurer à la fois de sa complémentarité et de sa performance

- 8 **Accentuer l'organisation et la culture de groupe**



Axe 1 – Développer l'offre de soins

Développer l'offre de soins, en :

- proposant de nouvelles prestations
- garantissant la continuité des soins
- développant des collaborations efficaces avec les généralistes, les structures de soins à domicile, etc.

Clinique Saint-Joseph

Ouverture d'une unité neurovasculaire (stroke unit)

Début septembre, une unité neurovasculaire de 6 lits monitorisés a ouvert ses portes à la clinique Saint-Joseph. En 1998, le service de neurologie avait déjà ouvert une unité neurovasculaire à la clinique de l'Espérance, en collaboration avec le middle care et les soins intensifs dont elle partageait 4 lits. Il s'agissait d'une unité de soins continus pour les AVC qui bénéficiaient d'une surveillance monitorisée non invasive (électrocardiogramme, tension artérielle, ...) et d'une prise en charge par l'équipe infirmière du middle care/soins intensifs. Le suivi médical était assuré par la neurologie en collaboration avec la cardiologie-réanimation.

Le développement de la thrombolyse intraveineuse et des traitements endovasculaires de l'AVC à la phase aiguë, ainsi que le recours de plus en plus fréquent aux techniques d'IRM dans la mise au point des AVC, ont amené la nécessité de centraliser la prise en charge des AVC et développer une unité neurovasculaire autonome sur le site de Saint-Joseph, au sein de l'unité de neurologie-neurochirurgie.

Parmi les objectifs et les bénéfices d'une unité neurovasculaire, citons :

- l'application de traitements plus efficaces et plus « invasifs » à la phase aiguë de l'AVC
- la réduction de la mortalité et de la morbidité à la phase aiguë de l'AVC grâce à une meilleure prévention et à un traitement plus rapide de certaines complications
- l'amélioration de l'état neurologique et fonctionnel grâce à une mobilisation et à l'instauration d'une révalidation dès la phase aiguë
- un impact sur le coût de l'AVC, par la diminution du coût hospitalier (réduction des complications aiguës et du coût de leur traitement) ou encore la réduction du séjour hospitalier



L'équipe de l'unité neurovasculaire

Le concept d'unité neurovasculaire ne se limite pas à l'unité de soins continus, mais recouvre un itinéraire clinique où la prise en charge de l'AVC est coordonnée depuis le service des urgences, en passant par la prise en charge précoce en révalidation, dès l'admission dans l'unité neurovasculaire, et par l'organisation du transfert ultérieur dans le service de révalidation.

L'efficacité thérapeutique (thrombolyse) dans l'AVC est directement dépendante de la précocité d'admission aux urgences par rapport au début des symptômes et à ce niveau, le médecin généraliste, très souvent appelé en première ligne par le patient, remplit un rôle éminemment important.

Réseau senior Le CHC accroît son offre

C'est l'une des conséquences du vieillissement de la population : l'offre actuelle de places en maisons de repos ne satisfait plus la demande croissante. Aussi, la Wallonie a décidé en 2012 d'augmenter la capacité d'accueil en finançant 612 lits supplémentaires. Et c'est le réseau de maisons de repos du CHC, le Réseau senior, qui a obtenu la part la plus importante avec 144 lits. Le Réseau senior (huit maisons de repos) poursuit ainsi sa forte croissance : le nombre de lits est passé de 400 à près de 700 en dix ans et le personnel représente aujourd'hui plus de 300 équivalents temps plein.

Sur ces 144 lits supplémentaires, 59 grossiront la capacité actuelle du Réseau senior. Les 85 autres seront déployés dans un nouveau centre d'accueil que le CHC va créer à Ans. Il s'agira d'une structure mixte destinée aux personnes âgées et aux personnes adultes handicapées. Le CHC la développera en partenariat avec l'asbl Tabuchet, spécialisée dans l'accueil de la personne handicapée, et la congrégation des Filles de la Charité, qui mettra le terrain à disposition.



La congrégation des Filles de la Charité mettra un terrain à disposition sur le territoire de la commune d'Ans pour accueillir la maison de repos

Cette structure mixte est une réponse à la demande croissante des parents vieillissants et en perte d'autonomie ayant des enfants polyhandicapés devenus adultes. Les besoins respectifs de chacun y seront pris en charge tout en préservant l'unité familiale.

Le centre accueillera :

- les personnes âgées, dépendantes ou non, dans une résidence de 85 lits et 20 appartements résidences services, gérés par le CHC
- les personnes polyhandicapées adultes, dans un service résidentiel (30 lits) et des studios de logement adaptés, gérés par l'asbl Tabuchet

Le dossier suit actuellement son cours sur le plan administratif.

Clinique Saint-Joseph Le service de gériatrie a fêté ses 10 ans

Pour son 10^e anniversaire, le service de gériatrie de la clinique Saint-Joseph a organisé en mai 2012 une soirée à laquelle étaient conviées les personnes travaillant ou ayant travaillé en gériatrie au CHC. Le service a présenté à cette occasion des exposés sur le delirium, la médication en gériatrie et l'interdisciplinarité autour du patient hospitalisé en gériatrie.

Résidence Saint-Joseph – Membach 7 lits de court séjour en plus

Le gros œuvre était terminé depuis longtemps, aussi la résidence a facilement finalisé les travaux relatifs à l'ouverture de 7 nouveaux lits de court séjour, portant ainsi sa capacité d'accueil à 84 places. Situées au rez-de-chaussée, ces chambres offrent une superbe vue sur le jardin intérieur et bénéficient d'un grand confort (écran plat, frigo, nouveau mobilier).

Comme leur nom l'indique, ces chambres sont destinées à accueillir des résidents durant une période limitée (max. 3 mois par année civile), comme une convalescence ou pour permettre de souffler aux familles qui interviennent au quotidien auprès de la personne âgée. Si les travaux ont eu lieu en 2012, les chambres ont été ouvertes officiellement en mars 2013.



Psychologie médicale adulte

Nouvelle offre de soins...

En 2012, le service de psychologie adulte a lancé deux nouvelles initiatives en termes d'offre de soins, en proposant des groupes de paroles à l'attention des patients atteints d'un cancer et de leurs proches, ainsi qu'en étoffant leur éventail des groupes thérapeutiques, avec 3 nouveaux groupes. Ces deux nouvelles approches sont proposées à l'Espace +, où se rassemble la patientèle des 3 cliniques liégeoises du CHC, ainsi que sur les trois sites de Waremme, Hermalle et Heusy.

Les groupes de parole s'inscrivent dans le cadre du Plan cancer, la participation y est totalement gratuite. Ces groupes de parole sont encadrés par des psychologues formées à l'animation de tels groupes et à l'approche psycho-oncologique. Outre un échange de leur vécu, des thématiques spécifiques peuvent également être abordées (fatigue, alimentation, image de soi, ...).

Tous les groupes thérapeutiques suivent un principe simple : partager son expérience et ses difficultés, encadrés par des psychologues qui proposent des outils à utiliser dans la vie quotidienne. Lors du lancement, l'équipe des psychologues avait démarré avec 6 thématiques. Le succès a encouragé à étendre la palette, avec trois nouveaux groupes : soutien à la parentalité, harcèlement moral et maltraitance psychologique, et enfin prévention et prise en charge du burn out.

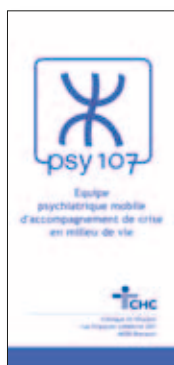
... et nouvelle structuration autour d'une réalité multiple

Le nombre de psychologues a augmenté de façon importante ces dernières années au CHC : ils sont aujourd'hui 34. Pourtant s'ils partagent la même appellation, les psychologues renvoient à des réalités très différentes : formation, travail de terrain, approches proposées et services au sein desquels ils interviennent, varient considérablement.

Au vu du nombre de personnes concernées et des missions et projets menés, restructurer le fonctionnement s'avérerait nécessaire. Le coordinateur garde ses responsabilités et missions : gestion de l'équipe et supervision, formation et recrutement... Il est désormais secondé par des responsables de secteurs ou référents, qui assurent la gestion quotidienne et assurent le lien entre les personnes de terrain et le coordinateur. Dernière précision, cette nouvelle structuration tient également compte des liens de collaboration avec les services ou unités dans lesquels les psychologues interviennent.

Clinique Saint-Vincent

Une équipe mobile en santé mentale



Lancée en décembre 2011, l'équipe mobile Psy 107 a trouvé sa place dans le secteur liégeois de la santé mentale. Plus de 350 patients ont été traités par ses membres (psychologues, infirmiers psychiatriques, infirmière spécialisée en santé communautaire, assistante sociale, secrétaire et médecin psychiatre) durant la première année de fonctionnement.

Pour rappel, c'est le SPF Santé publique qui a encouragé la mise en place d'équipes mobiles, afin d'améliorer et renforcer la prise en charge des personnes en crise. Ces équipes s'occupent soit de cas aigus – c'est le cas de Saint-Vincent –, soit de cas chroniques. Leur financement par le Fédéral est conditionné au gel de lits hospitaliers (15 des 75 lits agréés à Saint-Vincent).

L'équipe mobile Psy 107 propose une prise en charge rapide et multidisciplinaire en phase aiguë. Le service est gratuit pour toute personne adulte en crise, souffrant d'un trouble psychologique ou psychiatrique, traité antérieurement ou non. L'équipe intervient à la demande de la personne elle-même, de sa famille, du médecin traitant, des services d'urgence ou encore des centres de santé mentale. Conditions : être âgé d'au moins 16 ans et domicilié dans l'arrondissement de Liège ou de Huy-Waremme.

Pluridisciplinarité Centre liégeois de l'endométriose

Rassembler des acteurs de soins intéressés par la problématique de l'endométriose en un seul endroit, tel est l'objectif du CLE pour centre liégeois de l'endométriose.

L'endométriose est une vieille maladie due à un reflux de sang menstruel, normalement évacué par voie vaginale lors des règles, qui arrive dans la cavité abdominale, s'accroche, reste vivant et interfère sur le cycle menstruel. Les conséquences majeures sont des douleurs, plus intenses en période de règles, et une infertilité.

Cette pathologie est de plus en plus fréquente et pourtant, elle reste assez méconnue, même chez les gynécologues, et de ce fait mal prise en charge. L'endométriose recouvre différentes formes. Dans les cas d'endométriose profonde, le sang peut s'enfouir sous le péritoine, qui recouvre l'ensemble de la cavité abdominale, et infiltrer la cloison recto-vaginale. Pour ces formes infiltrantes du tube digestif, l'intervention d'un chirurgien digestif est indispensable. L'endométriose peut également se développer par l'avant et infiltrer la base de la vessie, ce qui peut nécessiter une exérèse partielle de la vessie ou de l'uretère par un urologue.

Le CLE est né de la volonté de rassembler en un même endroit les spécialistes concernés par l'endométriose. Côté médical, il regroupe un gynécologue, un chirurgien digestif et un urologue. Côté paramédical, le staff est complété par une infirmière référente, une psychologue et une sexologue. L'endométriose est une maladie chronique, il faut apprendre à vivre avec elle et à retrouver un sens normal à la sexualité, celle-ci étant devenue synonyme de douleurs.

Pratiquement, le diagnostic est posé en consultation de gynécologie. Des examens complémentaires sont alors demandés. Les patientes qui nécessitent une chirurgie lourde sont vues en consultation pluridisciplinaire. Les interventions sont alors planifiées pour le gynécologue et le chirurgien digestif ou l'urologue. Toutes les six semaines, une concertation multidisciplinaire discute de ces cas lourds. Le médecin généraliste de chaque patiente y est invité.

Le centre liégeois de l'endométriose reçoit environ 200 patientes par an et pratique 2 chirurgies lourdes en moyenne par mois.

Clinique Sainte-Elisabeth Développement d'une structure de prise en charge de la douleur

Depuis 2002, la clinique Sainte-Elisabeth propose une consultation douleur. La demande fut telle que, dès 2010, les plages horaires consacrées à la prise en charge de la douleur ont été considérablement augmentées.

Cette augmentation d'activité s'est opérée plus ou moins en même temps que l'ouverture du nouvel hôpital de jour, avec un aménagement spécifique pour une clinique de la douleur. Une infirmière spécialisée en algologie a également été engagée.

L'activité augmente de manière croissante, environ 30 % chaque année. L'essentiel de la consultation concerne la fibromyalgie et les douleurs généralisées chroniques inexpliquées. Parmi la prise en charge globale des patients, les infiltrations représentent 75 % de l'activité. L'évaluation nutritionnelle, spécificité de cette clinique de la douleur, commence par une prise de sang et une recherche de l'intolérance au lactose.

Suivi médical de l'équipe cycliste Lotto Belisol

L'équipe cycliste professionnelle belge Lotto Belisol collabore depuis 2012 avec les services de cardiologie et d'imagerie médicale du CHC pour le suivi de ses coureurs. Ceux-ci sont venus à Liège passer les examens cardiovasculaires d'avant-saison imposés par l'UCI (Union cycliste internationale). Une collaboration existe également pour les examens spécialisés d'imagerie ostéo-articulaire.

L'équipe Lotto Belisol a choisi de collaborer avec le CHC pour la prise en charge rapide, centralisée et de qualité qu'il lui propose. En outre, Liège est proche de nombreuses épreuves cyclistes professionnelles, dont les célèbres classiques ardennaises.



Jurgen Roelandts,
l'une des vedettes de
l'équipe, lors de son
test à l'effort



Une partie de l'équipe pendant les travaux

Clinique Notre-Dame Waremme Rénovation complète de l'unité C+D

2012 marque l'aboutissement des travaux de rénovation de l'unité C+D à Waremme. Le chantier couvrait la réaffectation de certains locaux (réserve, buanderie, cuisine, bureau supplémentaire pour les rencontres individuelles), le changement des châssis de fenêtre, le reconditionnement de l'unité complète, en ce compris le mobilier intégré. Au-delà du rafraîchissement des couleurs, c'est surtout l'ergonomie des locaux professionnels qui a été sérieusement améliorée. Les chambres quant à elles ont toutes subi un important lifting (mobilier, peinture, ...) mais surtout, on a profité de l'occasion pour améliorer la sécurité des patients [en modifiant les bandeaux de lits et en généralisant les fluides médicaux (vide, oxygène)] et leur confort en y déployant des lits électriques.

Le chantier a souvent été difficile autant pour les utilisateurs de l'unité (intervenants, personnel et patients) que pour les entreprises qui ont dû respecter de nombreuses contraintes de calme, d'hygiène et d'organisation. Cependant, cet investissement de près de 700.000 € représente un atout pour la patientèle de la région de Waremme et Hannut.



© AAH CHC Mysis

Axe 2 – Améliorer l'orientation patient

Améliorer l'orientation patient dans la prise en charge, en :

- organisant les services autour du patient
- renforçant la communication avec le patient

Clinique Saint-Vincent Un buffet petit-déjeuner à la maternité

Le pôle hôtelier a testé une nouvelle formule de petit-déjeuner à la maternité de la clinique Saint-Vincent : les patientes se servent elles-mêmes à un buffet. Comme à l'hôtel. Le but de ce projet qualité est d'adapter la prestation hôtelière aux besoins de la maman, qui peut ainsi prendre son petit-déjeuner quand elle le désire.

Le buffet propose un assortiment quasiment identique à la composition habituelle du petit-déjeuner. Il a cependant été agrémenté d'un panier de fruits, de jus de fruit et d'une petite douceur changée chaque jour telle que du crémique, un croissant ou un sandwich. La maman – ou, si elle ne peut pas se déplacer, son conjoint, une infirmière ou une aide-hôtelière – prépare elle-même son plateau, qu'elle dépose ensuite, son petit-déjeuner terminé, dans la desserte.

L'expérience a été évaluée sur le plan financier et de la satisfaction. Les mamans étaient invitées à remplir un questionnaire et le personnel concerné, à la maternité et à la cuisine centrale, a lui aussi donné son avis. Le concept très apprécié pourrait être développé sur d'autres sites et dans le nouvel hôpital du CHC.



La maman peut prendre son petit-déjeuner au moment qui lui convient

Mécénat – Fondation Belfius

- **Clinique Notre-Dame Hermalle**
Soins palliatifs : nouvelle offre alimentaire avec chariot adapté

En juin 2012, le service de soins palliatifs a inauguré un nouveau projet d'alimentation, grâce au soutien de 12.000 € reçus de la Fondation Belfius.

En soins palliatifs, l'appétence du patient est faible ou inexistante, voire motivée par le seul fait de faire plaisir, à soi ou à ses proches. Qui n'a pas dit *tu dois manger* à une personne malade ? Qui n'a pas demandé *qu'est-ce qui te ferait plaisir* ? Plaisir, le mot est lâché. A l'heure où l'alimentation ne nourrit plus, autant qu'elle fasse plaisir. La réflexion est simple et sensée, sa mise en œuvre plus complexe.

Fort du constat, le service a voulu développer une autre approche de l'alimentation, non seulement en proposant des menus plaisir, mais en les offrant à toute heure. Cette démarche exige une approche différente de celle d'une cuisine de collectivité, telle que proposée en hôpital. Les menus légers et les produits frais, notamment les fruits, constituent l'essentiel de cette nouvelle offre aux patients du service. Sucré, salé, quantité limitée, tout est prévu. Outre une intendance différente, l'approche demandait un matériel différent, adapté aux exigences de ce type de service. Le projet a trouvé son aboutissement avec l'arrivée du matériel adapté, matériel acheté grâce au mécénat de la Fondation Belfius.



Le chariot présenté par la diététicienne, Bernadette Braham, lors de l'inauguration

- **Cliniques Saint-Vincent/Espérance/Notre-Dame Waremme**
Trois projets qualité soutenus par Belfius

En novembre 2012, la fondation de la banque Belfius a désigné les lauréats de son appel à projets « Colour Your Hospital », destiné à améliorer le bien-être des patients hospitalisés. Pas loin de 162 équipes hospitalières étaient candidates. Trois projets du CHC figuraient parmi les 24 lauréats.

Soins kangourou en néonatalogie. Le service de néonatalogie de Saint-Vincent a obtenu une somme de 7.000 € pour son projet visant à améliorer le confort des mamans lors des soins kangourou. Recommandé par l'OMS (organisation mondiale de la santé), cette méthode consiste à porter son bébé sur sa poitrine, peau contre peau. Simple et bon marché, elle est reconnue pour ses bienfaits pour le nourrisson. Associé au lait maternel, le portage favorise un meilleur développement du prématuré. Le service a réalisé une brochure de présentation pour sensibiliser les parents et consacrera le don de Belfius à l'achat de fauteuils confortables et appropriés (inclinables, sur roulettes et faciles à nettoyer).



La méthode kangourou a un effet bénéfique sur le développement et le bien-être du bébé

Une consultation de liaison en hématologie pour les patients pédiatriques

Un coussin pour le confort des bébés. Les kinésithérapeutes de l'Espérance ont conçu un coussin original qui optimise le confort et le développement moteur des bébés hospitalisés. Le coussin aide le bébé à trouver un positionnement plus confortable dans son lit et ainsi à développer ses compétences motrices. Les kinés, qui bénéficient d'une aide de 6.500 € de Belfius, ont défini un protocole d'utilisation à l'attention des infirmières et des parents. La réflexion a été étendue au positionnement lors du transport en ambulance.



Le coussin conçu par les kinés améliore le confort et le développement moteur du bébé affaibli par la maladie

Cancer et alimentation. Le troisième projet récompensé émane du pôle hôtelier du CHC. Depuis 2011, celui-ci reçoit des moyens du Plan cancer pour la prise en charge nutritionnelle des patients atteints de cancer. Des ateliers culinaires leur sont notamment proposés à Saint-Joseph, Notre-Dame Hermalle et Notre-Dame Waremmes, afin de les sensibiliser à une alimentation adaptée à leur traitement. Le don de Belfius d'un montant de 6.000 € servira, à Notre-Dame Waremmes, à l'aménagement d'un local pour les ateliers culinaires, à la création d'un espace convivial où les patients pourront se rencontrer en attendant leur traitement et à l'achat de matériel pour les patients ayant des troubles de la déglutition.

Depuis fin septembre, au rythme d'une fois par mois, une nouvelle consultation propose, aux patients suivis en onco-hématologie pédiatrique ayant atteint l'âge de 20 ans, la transition vers la consultation adulte. Elle concerne les patients qui, d'une part, souffrent d'une hémoglobinopathie et, d'autre part, ceux qui nécessitent un suivi à long terme en hématologie maligne et oncologie.

Concrètement, cette consultation vise à passer le flambeau à l'hématologue adulte, mais elle est laissée au libre choix du patient. Certains restent très attachés à la pédiatrie. L'objectif est d'éviter que les patients cessent leur follow up parce qu'ils s'estiment trop âgés pour être suivis en pédiatrie. Ne connaissant personne en consultation adulte, ils risquent d'interrompre le suivi médical régulier indispensable. Un dossier complet reprenant leur histoire médicale et les événements qui l'ont jalonnée leur est remis au moment de cette consultation de liaison.

Celle-ci se justifie par le besoin de follow up à vie de ces patients. 75 % des patients atteints de cancer avant l'âge de 16 ans vont rester en rémission. Les effets de la chimiothérapie et de la radiothérapie sont à présent connus à moyen terme, mais encore incomplètement à très long terme. Un suivi, dont l'objectif est la prévention des effets délétères, est donc de plus en plus indispensable. Ceci est surtout vrai en cardiologie, mais aussi en pneumologie, endocrinologie, neurologie, ... Pour ces spécialités connexes, les patients vont également passer en consultation adulte. La consultation de liaison vise donc aussi à proposer aux jeunes patients une prise en charge personnalisée par les spécialistes des différentes disciplines sur le très long cours.

Pédiatres et hématologue vont aussi se pencher sur les problèmes psychologiques et socioéconomiques. Des questions par rapport à la possibilité de descendance, à l'hérédité de leur maladie, mais aussi par rapport à leur métier, au refus d'une prise en charge par les assurances, ... se posent avec plus d'acuité à l'âge adulte.

A terme, idéalement, chaque patient devrait être vu par la suite tous les deux à cinq ans selon les cas.

Clinique de l'Espérance

Baptême de l'air pour les enfants du centre de néphrologie



Les membres du Lions Club Ourthe & Amblève et du centre de néphrologie en compagnie d'une partie des enfants qui ont participé au baptême de l'air

Une cinquantaine d'enfants atteints de maladie rénale chronique ont connu les joies du baptême de l'air, en mai 2012, à l'aérodrome de Spa. C'était la 10^e fois que le Lions Club Ourthe & Amblève organisait une telle journée pour les jeunes patients soignés au centre de référence en néphrologie pédiatrique Sud, situé à la clinique de l'Espérance.

Les enfants ont survolé, durant une vingtaine de minutes, à bord d'un petit avion Cessna, la ville de Spa, Jalhay, le lac de Coë et le circuit de Spa-Francorchamps. L'espace d'une agréable après-midi passée en famille dans un cadre magnifique, ils ont oublié leur quotidien rendu pénible par leur traitement lourd (dialyse, transplantation de rein pour certains).

Né de la collaboration entre les services de pédiatrie du CHC et du CHR de la Citadelle, le centre de référence en néphrologie pédiatrique Sud est l'un des cinq centres reconnus par l'Inami et le seul pour la Belgique francophone. Plus d'une centaine d'enfants y sont pris en charge chaque année par une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmière, diététicien, psychologue, assistante sociale).

Clinique de l'Espérance

Un atelier dédié aux adolescents

Fin octobre, pour la première fois, l'équipe de néphrologie pédiatrique de la clinique de l'Espérance a organisé une journée d'information à l'attention de ses patients adolescents.

L'idée est partie du constat d'un manque d'implication des adolescents dans leur pathologie rénale. En consultation, ils se montrent souvent peu concernés et ce sont les parents qui « gèrent » (ou non !) leur maladie. Or, à 18 ans, les adolescents vont quitter le giron pédiatrique pour la consultation adulte, avec une prise en charge différente et surtout, la fin du cocooning. D'où l'idée de cette formation suivie par 11 adolescents de plus de 12 ans faisant partie de la convention néphrologie.

Au programme, des ateliers interactifs consacrés à la physiologie du rein, aux examens liés à la surveillance de la pathologie et au volet social de la maladie. Un atelier diététique a épinglé des conseils alimentaires pour améliorer la fonction rénale, avec un atelier pratique à midi. Les ados ont aussi pu s'exprimer sur leur ressenti par rapport à la maladie au cours d'un atelier de paroles.

Clinique de l'Espérance

Quand les enfants parlent aux enfants...

Projet d'aménagement d'un espace d'attente en imagerie médicale

Le service d'imagerie médicale de la clinique de l'Espérance a subi d'importants travaux (nouvelles salles, nouveaux espaces d'attente) et les patients n'ont pas été oubliés. Au contraire, le personnel et les médecins ont insisté sur le fait de rendre les espaces d'attente plus agréables, pour les adultes comme pour les enfants : couleurs, télévision, plantes vertes, ... L'équipe a également manifesté le souhait de souligner l'aspect pédiatrique de l'imagerie médicale, spécialité de la clinique de l'Espérance.

L'espace d'accueil et d'attente est un lieu sur lequel il est possible d'agir pour qu'il puisse s'y dégager une atmosphère plus sereine, tout au moins pour ne pas que l'angoisse liée à l'examen ou au diagnostic soit majorée par les quelques minutes passées dans un endroit plutôt inconnu, impersonnel.

C'est dans ce contexte que la cellule humanisation des soins est intervenue sur l'espace d'attente et que l'idée que des enfants dessinent pour les enfants hospitalisés ou de passage est née. Les ateliers créatifs de la Ville de Liège (asbl Animation et Créativité) ont alors remis un projet à l'équipe de l'imagerie médicale. Celle-ci a accompagné la réalisation jusqu'à inviter le groupe d'une quinzaine d'enfants, auteur des dessins, pour une visite dans le service au moment de l'inauguration de l'exposition permanente.



Le groupe d'enfants devant trois de leurs œuvres

Clinique de l'Espérance

Des activités éducatives diverses

Petit florilège des activités menées par le service éducatif de l'Espérance avec les enfants hospitalisés :

- **Tambours pour la paix.** Depuis une dizaine d'années, les enfants hospitalisés à l'Espérance participent à l'action citoyenne des Tambours pour la paix, organisée en début de printemps lors de la Journée mondiale poésie-enfance. En 2012, une quinzaine de jeunes de 2 à 17 ans, encadrés par l'équipe éducative du service pédiatrique, ont écrit et lu des textes et des poèmes sur la fraternité et déployé une banderole avec un message de paix. La journée s'est clôturée par un lâcher de pigeons.
- **Atelier cuisine.** En mai 2012, six enfants soignés au sein du service d'oncologie pédiatrique de l'Espérance ont participé à un atelier cuisine proposé par l'asbl anversoise Simon & Odil (qui organise, dans tout le pays, des activités pour les enfants atteints de maladies chroniques ou de longue durée). C'était une première en région liégeoise. Les enfants ont préparé des snacks avec l'aide d'un ancien chef étoilé, parrain de l'asbl. L'objectif était double : leur proposer une activité récréative tout en les sensibilisant à une alimentation saine.
- **Saint-Nicolas.** Comme chaque année, Saint-Nicolas a rendu visite aux enfants hospitalisés ou malades chroniques à l'Espérance. Les enfants avaient pour l'occasion réalisé un décor sur le thème de la mer lors des ateliers bricolage organisés chaque semaine à la salle de jeux de la clinique.
- **Noël magique.** Pour sa 4^e édition, l'opération Noël magique a rapporté 100.000 € en Belgique francophone, dont 2.500 € pour l'Espérance. Le principe : les internautes votent pour une clinique sur le site de Noël magique et postent des messages de soutien destinés aux enfants hospitalisés et au personnel pédiatrique. Chaque vote est converti en 1 € de jouet.



Lors de la journée des Tambours pour la paix, les enfants ont lu des poèmes et déployé une banderole avec un message de paix sur le parvis de l'Espérance



L'Espérance a accueilli le premier atelier cuisine organisé par l'asbl Simon & Odil en région liégeoise pour les enfants malades

Clinique Saint-Joseph Coup de pouce à l'Espace +



L'équipe de l'Espace + en compagnie des représentants de la société Any d'Avray

L'Espace +, qui organise des activités pour les patients oncologiques, a reçu un prix de la société Any d'Avray, spécialisée dans les per-ruques et extensions de cheveux. Cette maison parisienne travaille surtout pour le monde du spectacle mais s'implique aussi depuis de nombreuses années dans le domaine de la santé, notamment en récompensant des projets infirmiers. Des représentants d'Any d'Avray ont fait le déplacement à Liège pour remettre un chèque de 400€ à l'équipe d'Espace +. Ce service créé en décembre 2008 propose des ateliers gratuits (grâce aux sponsors et aux dons) aux personnes prises en charge en oncologie au CHC : massage, tai chi, gym, esthétique, groupe de parole, sophrologie ou encore œnologie.

CHC

Education du patient : nouvelles procédures

Fin 2012, le fonctionnement de la coordination en éducation du patient a été modifié afin de gagner en cohérence et en efficacité. En effet, la taille du CHC ne permettait plus de mener toutes les initiatives imaginées sur le terrain, un arbitrage était nécessaire. En décidant en amont des projets à mener et des priorités à donner, le nouveau fonctionnement doit permettre d'améliorer la démarche en éducation du patient et de garder la motivation des équipes de terrain, tout en tenant compte de la pertinence des projets, de leurs répercussions sur d'autres services (et autres supports d'information) et des ressources disponibles. Désormais, les projets sont analysés par le comité de direction clinique, regroupant des représentants de la direction médicale, de la direction du département infirmier, de la pharmacie ainsi que la coordinatrice en éducation du patient et la responsable du service communication. Si la demande est recevable, la réalisation des projets est priorisée et planifiée avec l'équipe demandeuse, en fonction des autres projets en cours.

Patients hospitalisés Régime amincissant pour la brochure d'accueil



Chaque année, le CHC réimprime sa brochure d'accueil éditée à l'intention des patients hospitalisés à 24.600 exemplaires. Fin 2011, le service communication a élaboré une enquête avec la collaboration de la cellule qualité et sécurité patient, et interrogé un large échantillon de patients (355 patients sur 6 cliniques). Connaître les attentes des patients, sérier leurs intérêts mais aussi croiser leurs autres sources d'information a permis de recentrer la brochure d'accueil vers des informations très pratiques et d'obtenir un document aminci et donc plus facile à consulter. L'enquête a aussi permis de mettre au jour des disparités dans la distribution, divergences à corriger en collaboration avec les unités de soins, les services d'accueil et la cellule qualité et sécurité patient.

CHC

La médiation : 0,05 % de plaintes

En 2012, le CHC a enregistré 277 plaintes, soit un indice de 0,05 % pour l'ensemble du CHC (contre un indice de 0,04 % en 2011). Cet indice est calculé en divisant le nombre de plaintes par le nombre d'admissions (hospitalisations classiques, hospitalisations de jour, urgences, maison de soins psychiatriques, consultations).

Les plaintes portent essentiellement sur les soins médicaux, les soins infirmiers et la facturation. Comme déjà observé les autres années, le plaignant est avant tout motivé par le souhait d'informer l'institution sur un dysfonctionnement (forte hausse par rapport à 2011, avec 81 plaintes contre 53) ou par une demande d'information. Les trois autres principaux objectifs des plaignants sont le refus de paiement (en légère baisse par rapport à 2011), la rectification de facture et la demande de dédommagement.

La plupart des plaintes sont adressées à la médiation, à la direction médicale et à la direction de clinique. Notons que le nombre de plaintes directement adressées à la médiation a pratiquement doublé, passant de 64 en 2011 à 114 en 2012. Les plaintes sont très logiquement traitées prioritairement par la direction médicale et la médiation. Le délai moyen de traitement de la plainte est passé de 38 jours en 2011 à 44 jours en 2012.

Un mot d'ordre : la sensibilisation à la santé

Pour les patients...

Depuis 2011, le CHC organise, en collaboration avec la LUSS (Ligue des usagers des services de santé), des journées de rencontre avec **les associations de patients** dans les différentes cliniques du groupe. D'une part, il s'agit d'apporter aux patients le bénéfice de l'expérience et du soutien d'autres patients atteints de la même pathologie, et d'autre part, de permettre aux praticiens professionnels de mieux connaître le vécu de leurs patients, de pouvoir leur donner des informations complémentaires utiles à leur retour à domicile et, enfin, d'initier de nouvelles collaborations avec ces associations.

Dans le cadre de la 3^e édition des Journées européennes de sensibilisation à l'**insuffisance cardiaque**, au mois de mai, le service de cardiologie du CHC a organisé, à la clinique Notre-Dame Hermalle, une demi-journée d'information sur l'insuffisance cardiaque. Cette initiative, qui s'adressait au grand public, visait à sensibiliser un maximum de personnes au dépistage et à la reconnaissance précoce de cette pathologie lourde. Exposés orientés vers les signes d'alerte de la maladie et son traitement, échographies cardiaques avec explications concernant le déroulement de cette exploration, stands d'information et de prévention axés sur la tabacologie, la diabétologie ou encore la diététique étaient au programme.



A l'occasion de la Journée internationale des personnes âgées (1^{er} octobre), la clinique Saint-Joseph, à l'initiative de son service de gériatrie, a organisé une journée de sensibilisation et de prévention sur la thématique de **la chute**. A destination des seniors et de toute personne en contact avec la personne âgée (soignant, accompagnant, famille, ...), la journée était intitulée « Les muscles, meilleure protection contre la chute », la chute étant due, dans un cas sur quatre, à une dénutrition et à son corollaire la sarcopénie (fonte musculaire). Au programme, dépistage des facteurs de risque de sarcopénie, conseils diététiques, dégustation de compléments alimentaires, aides techniques pour éviter les chutes, conseils d'ergothérapeute.

... mais aussi pour le personnel



Comme les années précédentes et parce qu'un tiers des cancers du sein touche des femmes de moins de 50 ans, le service de sénologie du CHC a proposé, durant le mois d'octobre, **un bilan sénologique gratuit** à toutes les femmes de 40 ans et plus, membres du CHC. Mieux qu'un simple dépistage, le service propose une mammographie, un examen clinique et une échographie mammaire. Un dépistage précoce reste le principal moyen de lutter contre la maladie. Il permet d'améliorer les chances de survie ainsi que l'issue du cancer du sein.

Comme à chaque rentrée, il était encore possible en 2012 pour les membres du CHC de se faire vacciner gratuitement contre **la grippe**. Au CHC, le comité de pilotage grippe reste convaincu de l'intérêt de la vaccination, pour soi, pour sa famille, pour les patients, ... et réitère donc l'opération chaque année. Les personnes âgées, les femmes enceintes sont de plus en plus nombreuses à se faire vacciner. Paradoxalement, les soignants, désignés comme groupe cible de la vaccination dans tous les pays européens, ne voient que peu d'intérêt à se faire vacciner. Ce désintérêt se confirme avec une couverture vaccinale toujours plus mince, au CHC comme dans les autres hôpitaux. Au CHC, on considère pourtant la vaccination contre la grippe comme une réelle opportunité. Gratuite, facile, rapide, fiable, elle s'organise depuis de nombreuses années selon le même modus operandi.



Axe 3 – Atteindre l'excellence clinique

Atteindre l'excellence clinique dans le développement de la pratique médicale, en :

- développant le virage ambulatoire
- diminuant la variabilité médicale
- améliorant l'efficacité clinique et en diminuant la durée moyenne de séjour

Clinique Sainte-Elisabeth Nouveau scanner

Poursuivant sa politique d'investissement dans la qualité des soins et la sécurité des patients, le service d'imagerie médicale s'est doté d'un nouveau scanner 16 barrettes à faible dose (investissement de 750.000 € pour l'équipement et les travaux de rénovation et de plomberie de la salle qui l'héberge). Ce scanner fournit des images de la plus haute qualité diagnostique et réduit la dose de rayonnement X. L'examen est facturé au patient au même prix que le scanner standard.

Clinique Saint-Joseph – Médecine nucléaire Nouveau PET-scan encore plus performant

Le PET-scan est une technique d'imagerie entièrement tomographique, qui permet d'obtenir des informations sur le métabolisme des tissus. Les pathologies oncologiques représentent le motif le plus fréquent de recours à cet examen. Il permet en effet une stadification précise de nombreux types de cancer. Durant le traitement du patient, il permet de distinguer les lésions cicatricielles de résidus tumoraux viables. Enfin, lors du suivi, il permet une détection précoce des récurrences.

Le service de médecine nucléaire s'est doté d'un PET/CT Gemini ToF16 (Philips), un appareil de toute dernière génération. En place depuis septembre 2012, cet équipement représente un investissement de 2M€ pour l'appareil et l'aménagement des locaux.

Grâce à ce nouvel outil, la durée d'acquisition est réduite, ce qui augmente le confort du patient. Par ailleurs, des lésions peuvent être mises en évidence à un stade plus précoce, en particulier chez les patients obèses pour qui les appareils plus anciens se montraient moins sensibles.

Ostéoporose : première chirurgicale

En février 2012, le CHC a utilisé, pour la première fois en Belgique, une nouvelle technique minimalement invasive pour le traitement des fractures vertébrales appelée Kivaplastie. La fracture vertébrale est la plus fréquente des fractures dues à l'ostéoporose, maladie du squelette marquée par une perte osseuse progressive. En Belgique, des centaines de milliers de personnes (4 femmes sur 10 et 1 homme sur 8 âgés de plus de 50 ans) en souffrent. Et ce nombre va croissant avec le vieillissement de la population.

Fréquente cause de douleur chronique ou aiguë, la fracture vertébrale est aussi un facteur de comorbidité : une altération de la forme ou de la structure de la colonne vertébrale affecte les organes et les fonctions du corps, et par conséquent la santé et la qualité de vie du patient (perte d'autonomie).

Depuis de nombreuses années déjà, le CHC emploie les techniques minimalement invasives de consolidation vertébrale telles que la Kyphoplastie (qui permet de res-

taurer partiellement la hauteur de la vertèbre au moyen de ballonnets, avant de consolider la fracture).

Mise au point par la société californienne Benvenue Medical, la Kivaplastie est une nouvelle variante de technique percutanée utilisée pour diminuer la douleur et stabiliser la fracture. La fracture vertébrale est consolidée au moyen d'un implant souple et de ciment. Le chirurgien pénètre la vertèbre non plus par deux côtés – comme dans la Kyphoplastie – mais un seul. De plus, il utilise une quantité moindre de ciment car la vertèbre est déjà protégée par l'implant. Le risque d'une fuite de ciment, complication la plus fréquente, est donc doublement réduit. Autre avantage : la Kivaplastie ne nécessite qu'une seule journée d'hospitalisation.

La Kivaplastie s'ajoute à la gamme de plus en plus large de techniques minimalement invasives grâce auxquelles on peut proposer au patient un traitement davantage personnalisé.

Le laboratoire d'anatomie pathologique certifié ISO 9001



Le laboratoire d'anatomie pathologique, qui étudie les prélèvements réalisés sur des individus malades, joue un rôle important dans le diagnostic et le traitement des pathologies

Depuis début 2013, la certification ISO 9001 2008 (portant sur le management de la qualité) est obligatoire pour les laboratoires d'anatomie pathologique. Celui du CHC, en activité depuis 1982 et situé à Saint-Joseph, n'a pas attendu le changement de législation pour entreprendre cette démarche qualité et rejoindre, dès début 2012, le cercle alors restreint des laboratoires accrédités.

Spécialité médicale étudiant les tissus prélevés sur des individus malades, l'anatomie pathologique joue un rôle prépondérant dans le diagnostic, le dépistage et le traitement des pathologies. Le laboratoire du CHC s'est lancé dans une procédure de certification dès 2009 dans le but d'améliorer la qualité de ses prestations. Son équipe (5 médecins pathologistes, 12 techniciens et 6 secrétaires), encadrée par la société Synapse Consulting, a développé un plan d'actions sur trois ans ayant abouti à la réalisation d'un manuel de qualité et à l'utilisation d'un logiciel informatique assurant une traçabilité complète des prélèvements, des produits (lames de verre, colorants...) et des données.

Après avoir été audité par le bureau Véritas, le laboratoire s'est vu accorder la certification ISO 9001 2008 par le BELAC, organisme belge d'accréditation. Cette reconnaissance constitue une garantie supplémentaire de la qualité de la prise en charge des patients au CHC.

Premier cas de traitement endovasculaire d'une sténose artérielle intracérébrale

Le CHC est à l'origine d'un premier cas de traitement endovasculaire d'une sténose artérielle intracérébrale chez un patient de 56 ans.

Arrivé aux urgences pour un premier épisode de paresthésie de l'hémiface et du membre supérieur gauche, le déficit neurologique s'est résolu spontanément en moins de 24 heures. Le patient présentait plusieurs facteurs de risque cérébrovasculaire : tabagisme, diabète de type II et dyslipémie. Il était déjà sous traitement anti-agrégant au moment de l'AVC. Malgré un traitement complété, deux mois plus tard, il a représenté un épisode de paresthésie brachio-faciale gauche transitoire, récupérant spontanément en moins de 24 heures. Une artériographie cérébrale a été réalisée, confirmant une sténose de l'artère sylvienne droite. Un stent Solitaire a été mis en place, restaurant un calibre normal de l'artère. Un contrôle par artériographie, réalisé 3 mois plus tard, montrait une sténose résiduelle de 30 %, non significative. Cliniquement, le patient a entièrement récupéré son déficit neurologique et n'a plus représenté de symptomatologie d'AVC à 4 mois d'évolution.

Actuellement, il n'y a pas d'études cliniques validant le recours, en première intention, au traitement endovasculaire des sténoses intracrâniennes symptomatiques en terme d'efficacité vis-à-vis des complications potentielles de la technique et par rapport à un traitement médical. Toutefois, en cas d'échec du traitement médical, le traitement endovasculaire par stenting pourrait être proposé.

Urgences

Le CHC participe au PIT du CHR

Le PIT (*paramedical intervention team* ou en français équipe d'intervention paramédicale) est un concept à mi-chemin entre l'ambulance et le SMUR : une équipe composée de deux ambulanciers et un infirmier SIAMU à bord d'une ambulance. La pénurie d'ambulances et les critères précis d'envoi d'un SMUR expliquent l'émergence d'un concept intermédiaire.

Le CHR a développé son PIT en collaboration avec le CHC. Pratiquement, le PIT tourne 7 jours/semaine en 3 pauses. La participation du CHC se fait sous la forme du personnel infirmier SIAMU mis à disposition pour le PIT à raison de 0,8 ETP (équivalent temps plein). Ce personnel fait partie de l'équipe SMUR du CHC et travaille tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre véhicule d'intervention.

La collaboration a été mûrement réfléchie pour permettre des procédures et un mode de fonctionnement communs. Depuis le démarrage en avril 2012, le PIT semble répondre réellement à un besoin et les sorties sont nombreuses (10 sorties par 24h).

Le CHC partie prenante d'un centre interhospitalier de radiothérapie

En mai 2012, les principales institutions hospitalières des provinces de Liège et du Luxembourg (CHC, CHU, CHR et Vivalia) ont signé une convention d'association pour constituer l'un des plus importants centres de radiothérapie de Belgique. S'inscrivant dans la logique des bassins de soins, cette démarche vise à doter les deux territoires d'un pôle d'expertise en radiothérapie tout en rationalisant les dépenses.

Avec la nouvelle association, on passe de la collaboration bilatérale entre le CHU et les trois autres institutions, qui existait depuis de nombreuses années déjà, à une exploitation conjointe de leur activité radiothérapeutique. Cela permettra de répondre à la demande croissante – le cancer touche aujourd'hui une personne sur quatre –, d'éviter la dispersion des moyens et d'offrir un traitement de la plus haute qualité sur chaque site.

L'activité s'exercera à terme sur trois sites : celui du CHU au Sart-Tilman, celui du Centre hospitalier de l'Ardenne (CHA) à Libramont et, dès 2017, selon les prévisions, celui de Sainte-Rosalie, dans le quartier du Laveu, à Liège, où seront regroupés les équipements (accélérateurs de particules) et les équipes du CHR de la Citadelle et de la clinique Saint-Joseph. Le transfert à Sainte-Rosalie représente un investissement estimé à 8 M° €.

Le centre est la garantie pour les patients liégeois et luxembourgeois de bénéficier de la meilleure prise en charge en radiothérapie, utilisée chez plus de la moitié des patients cancéreux.

Nouvelle fonction Infirmière référente en hémovigilance

Sécuriser la transfusion sanguine constitue la mission du comité d'hémovigilance. Depuis janvier 2012, celui-ci est soutenu dans son action sur le terrain par une infirmière référente en hémovigilance. Cette nouvelle fonction, créée suite à un appel à projet du SPF Santé publique, touche à l'audit, à la formation et à l'information.

Le rôle de l'infirmière référente consiste à assurer l'interface entre le terrain et le comité et à concrétiser les recommandations ou décisions du comité. Les missions sont diverses :

- analyser des situations, proposer des mesures correctrices, mesurer l'évolution, le tout en lien avec le comité
- former et informer, notamment les nouveaux engagés
- augmenter la standardisation, en gardant les particularités propres aux sites, générées par une organisation ou une architecture différente
- assurer le lien avec les infirmier(e)s référent(e)s dans les unités et les membres du comité

L'informatisation a permis de sécuriser largement la gestion du sang et des produits dérivés en amont de la transfusion (gestion des poches, identification, compatibilité, etc.). La dernière étape, la transfusion pratiquée par l'infirmier(e), reste la plus délicate et la plus à risques. Il importe d'augmenter l'information et la formation, en insistant sur la rigueur et la vigilance qui doivent encadrer l'acte, afin d'assimiler geste technique et procédure parfois lourde. Ceci est d'autant plus important que la transfusion s'identifie à une greffe de tissu. Légalement, c'est l'infirmier(e) qui réalise la transfusion qui en assure la responsabilité. L'infirmière référente et le comité d'hémovigilance ont la responsabilité de lui donner l'environnement professionnel sécurisé pour cet acte qui est tout sauf banal.

Quartiers opératoires

L'utilisation de la check list se généralise

Appliquer les principes de sécurité de l'aéronautique à d'autres métiers à risques, c'est le principe de la check list du bloc opératoire, d'abord élaborée par l'OMS (organisation mondiale de la santé) puis adaptée aux quartiers opératoires du CHC. Le projet a démarré en 2011 dans les blocs opératoires de Saint-Joseph et de l'Espérance. En 2012, il s'est généralisé à de plus nombreux médecins, et s'est étendu aux blocs opératoires de Saint-Vincent, puis de Sainte-Elisabeth. Les cliniques Notre-Dame à Warremme et Hermalle doivent adopter l'outil dans le courant 2013.

La check list répertorie la liste des vérifications indispensables de chaque grande étape du processus opératoire. Elle est remplie conjointement par le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière de salle d'opération. Dans un milieu où les actes sont toujours plus complexes et plus rapides,

la check list représente un aide-mémoire précieux, mais également un outil d'échange indispensable. Les médecins les plus convaincus soulignent l'avantage de la check list qui matérialise ce que les intervenants font d'instinct ou par automatisme. Ils reconnaissent que si le processus prend un peu de temps, il s'agit là d'un temps investi pour en gagner par la suite.

Après une sensibilisation et une formation à l'utilisation de ce nouvel outil, le déploiement du projet s'appuie sur un film réalisé avec les acteurs de terrain, pionniers de la première heure. Les collègues peuvent identifier les bonnes et mauvaises pratiques, et se reconnaître dans des situations souvent banales, mais évitables dès lors qu'on utilise la check list. L'année 2012 a également permis de renouveler la mise en page de la check list, afin de la rendre encore plus attractive.

CHECK LIST - BLOC OPERATOIRE

- Cocher = vérification effectuée
 - Cocher ≠ correct / non correct ou présent / non présent
 - La check-list doit se faire à haute voix de façon à partager l'information avec toute l'équipe
 - La personne dont le nom est souligné en haut de chaque colonne est celle qui se porte garante du bon remplissage de la colonne

SERVICE Unité de soins	ACCUEIL PATIENT <u>Inf.(ère) bloc op. qui accueille le patient</u>	AVANT INDUCTION ANESTHESIQUE <u>Inf. circ. / Instrumentiste / Anesthésiste</u>	AVANT INCISION CHIRURGICALE <u>Chirurgien / Inf. circ. / Instrumentiste / Anesthésiste</u>	AVANT LA SORTIE DE LA SALLE D'OPERATION <u>Chirurgien / Inf. circ. / Instrumentiste / Anesthésiste</u>				
	Le patient déclare : ☐ Son nom ☐ N.A. ☐ Son prénom ☐ N.A. ☐ Sa date de naissance ☐ N.A. Vérifier la correspondance entre le dossier et : ☐ Le bracelet d'identité du patient ☐ Identification du lit ☐ Le patient déclare le nom de son chirurgien ☐ N.A. ☐ Le patient déclare le type d'intervention ☐ N.A. Le patient déclare le côté à opérer ☐ Gauche ☐ Droit ☐ N.A. ☐ Le patient confirme le type d'anesthésie ☐ N.A. A vérifier : ☐ Patient(e) à jeun ☐ Vernis à ongles ôté ☐ A uriné ☐ Proth. dentaire / auditive / lentilles ôtées ☐ Bijoux / piercing ôtées ☐ Bas TED Le patient déclare les allergies : ☐ Médicamenteuses ☐ N.A. ☐ Alimentaires ☐ N.A.	Vérification croisée au sein de l'équipe : ☐ Vérif. de l'administration de l'antibioprophylaxie ☐ N.A. ☐ Identité du patient ☐ Rappel de l'intitulé de l'intervention Site opératoire ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Non applicable ☐ Documents nécessaires disponibles (RX, imagerie, CD) Matériel disponible et en ordre de marche : ☐ Matériel implantable (vis, prothèse, greffe, ...) ☐ N.A. ☐ Pour l'anesthésiste ☐ Pour l'infirmier(ère) circulant(e) ☐ Pour le chirurgien ou l'instrumentiste Vérification croisée par l'équipe des points critiques et des mesures à prendre : ☐ Allergies ☐ Difficultés airways et/ou d'intubation ☐ Maladies transmissibles connues ☐ Bas TED ☐ Risque de saignement	☐ Vérif. de l'administration de l'antibioprophylaxie ☐ N.A. ☐ Rappel de l'intitulé de l'intervention Site Opératoire ☐ Gauche ☐ Droite ☐ N.A. ☐ Vérification de l'installation correcte ☐ Vérification du positionnement correct plaque de bistouri ☐ Présentation des personnes inhabituelles en salle à l'équipe ☐ Consentement des parents (< 18 ans) Anticipation des événements à risque points critiques de l'intervention Anesthésiste : ☐ Morbidité ☐ Maladies transmissibles connues Chirurgien : ☐ Durée, particularité de l'intervention ☐ Risque de saignement	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : ☐ Vérif. décompte final des compresses ☐ N.A. ☐ Vérif. décompte final des aiguilles ☐ N.A. ☐ Vérif. décompte final des lames ☐ N.A. ☐ Vérif. facturation des implants ☐ N.A. ☐ Etiquetage correct des différents documents ☐ N.A. + signature ☐ Envoi des prélèvements opératoires ☐ N.A. ☐ Signalement d'éventuels dysfonctionnements ☐ N.A. Matériels (cfr : fiche spécifique) Les prescriptions pour les suites opératoires sont vérifiées de manière conjointe (post op). ☐ Drains, sonde urinaire, tamponnement, méchage, traitements, ... N.A. = Non applicable				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> CHIRURGIEN Date : Nom : Signature : </td> <td style="width: 50%;"> ANESTHESISTE Salle : Nom : Signature : </td> </tr> <tr> <td> INF. INSTRUMENTISTE Nom : Signature : </td> <td> INF. CIRCULANTE Nom : Signature : </td> </tr> </table>				CHIRURGIEN Date : Nom : Signature :	ANESTHESISTE Salle : Nom : Signature :	INF. INSTRUMENTISTE Nom : Signature :	INF. CIRCULANTE Nom : Signature :
CHIRURGIEN Date : Nom : Signature :	ANESTHESISTE Salle : Nom : Signature :							
INF. INSTRUMENTISTE Nom : Signature :	INF. CIRCULANTE Nom : Signature :							

Etiquette patient

Axe 4 – Optimiser les opérations

Optimiser les opérations en :

- équilibrant les ressources infirmières aux soins requis
- améliorant l'efficacité des plateaux techniques, comme les urgences, les blocs opératoires, les laboratoires, etc.

Dossier infirmier informatisé Démarriage et déploiement



L'équipe des coaches, qui accompagne le déploiement dans les unités : Julien Lhoest, Delphine Flamion, Stéphanie Szymanowski, Farida Kluge et Raphaël Onclin

Le département infirmier a démarré un important chantier en 2012 : la concrétisation sur le terrain du dossier infirmier informatisé en gestation depuis plus d'un an. Ce projet ambitieux concerne 72 unités de soins et va modifier le mode opérationnel et la culture de travail de tout le personnel infirmier, soit près de 2.000 personnes. Cette informatisation doit permettre de structurer la démarche en soins, standar-

diser les outils par indices et partager un langage commun à l'ensemble des intervenants. Les avantages attendus sont une amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge et un meilleur partage de l'information. Infirmiers mais également médecins, patients et institution, tout le monde y gagne.

Ce dossier s'accompagne d'un large volet de formation (formation à la connaissance de l'outil informatique, formation à la démarche en soins), mais aussi d'un important volet technique (mise en place de la portabilité informatique, pour une utilisation de la tablette au chevet du patient).

Sur le terrain, le déploiement a d'abord démarré dans deux unités pilotes (à Saint-Joseph et à Notre-Dame Waremmes). Depuis, l'implémentation des différentes unités de soins se fait progressivement par indice de lits, accompagnée par une équipe de coaches. La priorité est réservée aux unités des trois sites liégeois, qui doivent parfaitement maîtriser l'outil avant le regroupement des activités sur le nouvel hôpital. Fin décembre, le dossier infirmier informatisé tournait dans 6 unités. Courant 2012, le comité a également entamé les premières rencontres de préparation du plateau pédiatrique, prochain indice où sera implanté le DII (après les indices C, D, H*, G). Le déploiement complet doit se finaliser pour mi-2015.

Pôle hôtelier

- **Participation à un projet de recherche et développement français**

Le CHC a fait de l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée, tant à l'hôpital qu'en maison de repos, un objectif majeur. Ces dernières années, il a développé un savoir-faire dans ce domaine grâce aux projets menés par son pôle hôtelier et son équipe de liaison gériatrique. Un savoir-faire reconnu en Belgique et à l'étranger. Pour preuve, le pôle hôtelier a été invité en 2012 à participer à un programme français de recherche et développement sur l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées en institution et à domicile. Ce programme a été lancé par le groupe EC6 constitué d'experts, universitaires notamment, en restauration et nutrition hospitalières et gériatriques. Le pôle hôtelier a suggéré plusieurs thèmes de recherche sur lesquels il a déjà travaillé. Par exemple, la réintroduction d'anciennes recettes, comme les œufs sur le plat (préparés avec des œufs coquille pasteurisés) proposés à la maison de repos de La Vierge des Pauvres, à Banneux. La cuisine centrale a par ailleurs collaboré avec un ingénieur agronome français spécialiste de la cuisine moléculaire, dont elle s'inspire pour travailler la texture des aliments afin d'éviter les problèmes de déglutition chez la personne âgée.

- **Des repas enrichis en acides gras essentiels**

Le pôle hôtelier, encouragé par le comité nutritionnel du CHC, a décidé de proposer aux patients et aux pensionnaires des maisons de repos des repas enrichis en acides gras essentiels, bénéfiques pour la santé. La cuisine centrale a pour cela intégré deux nouveaux produits. D'une part, les œufs Columbus, qui ont un meilleur profil lipidique et apportent une quantité égale d'oméga 3 et 6. Et d'autre part, une nouvelle matière grasse (appelée Rapsodi) à base d'huile de colza, l'une des huiles les plus riches en oméga 3. Produit par une firme suédoise, le Rapsodi est équilibré en acides gras monoinsaturés et polyinsaturés, ce qui permet de se rapprocher des apports nutritionnels conseillés. Cette matière grasse est utilisée pour les préparations froides – car la cuisson détruit les acides gras essentiels – à la place du beurre dont elle a l'arôme. Le CHC a été le premier hôpital belge à l'utiliser.

- **Meilleure gestion des cafétérias et sandwicheries**

Le pôle hôtelier gère six cafétérias self-services, deux sandwicheries et de nombreux distributeurs automatiques sur les différents sites du CHC. Son objectif est d'offrir un service de restauration à un prix compétitif, accessible au personnel, aux patients et aux visiteurs, tout en assurant l'équilibre financier. Pour en améliorer la gestion, le pôle utilise de nouveaux outils développés avec l'aide de la cellule de contrôle de gestion : des comptes d'exploitation distincts par activité et par site, ainsi que des ratios comme le rapport achats/chiffre d'affaires. Ces outils permettent de comparer les sites, d'identifier les marges de progression en termes de nouveaux produits et d'organisation du travail, et de réduire les différentes sources de déficit (meilleure gestion des stocks, volume des achats,...). Le pôle a également créé avec le service informatique un module statistique indiquant la progression du chiffre d'affaires des différentes activités par journée ou par tranche horaire, très utile pour fixer les heures d'ouverture et le volume de personnel nécessaire.

- **Réseau senior/pôle hôtelier**
La cuisine centrale fournit l'ensemble des maisons de repos

La cuisine centrale du pôle hôtelier fournit désormais la totalité des repas des huit maisons de repos du CHC (Réseau senior). Seules les résidences d'Heusy (Verviers) et Saint-Charles (Landenne) n'avaient pas encore intégré la liaison froide, ce qu'elles ont fait à l'automne 2012. A raison de deux repas quotidiens pour près de 700 résidents, cela porte la production de la cuisine centrale pour les maisons de repos à près d'un demi-million de repas par an.

Des investissements en matériel étaient nécessaires pour répondre aux normes sévères de la liaison froide : Heusy a été équipé d'un nouveau lave-vaisselle et Saint-Charles d'une nouvelle laverie. Le travail du personnel a été redéfini. Le temps dégagé lui permet de se consacrer à la finalisation des produits (préparés à 80 % par la cuisine centrale), à l'organisation d'un choix plus large de repas et à la préparation de desserts et pâtisseries faits maison.

Une nouvelle approche en hygiène hospitalière

L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) du CHC a revu son organisation et son mode de fonctionnement en 2012, afin de rendre son action plus efficace. Le cumul de la fonction d'hygiéniste avec une fonction managériale a été supprimé, de sorte que l'hygiéniste puisse se concentrer exclusivement à sa mission. L'EOHH, financée par le Fédéral à concurrence de 2,55 équivalents temps plein, a en outre obtenu un quart temps supplémentaire pris en charge par et pour les maisons de repos du Réseau senior.

La réorganisation a permis d'accroître la mobilité et la présence sur le terrain des hygiénistes, qui peuvent ainsi collaborer plus étroitement avec les infirmier(e)s chefs et les personnes relais en hygiène des unités de soins. L'EOHH a par ailleurs rédigé un manuel diffusé auprès des services, lancé une lettre d'information disponible sur intranet et intégré l'autocontrôle dans les pratiques d'hygiène.



Un agenda pédiatrique multisites

Le département de pédiatrie dispose depuis novembre 2012 d'un agenda multisites. A l'origine, une demande de l'ensemble des pédiatres de pouvoir disposer, sur Omnipro, d'un agenda uniformisé que tous les pédiatres, tous sites confondus, pourraient partager.

D'une collaboration entre le service informatique, la polyclinique pédiatrique de l'Espérance et le call center de la clinique Saint-Vincent, il ressort un agenda très complet, avec quatre grands axes. Le premier agenda concerne la pédiatrie générale : y sont repris tous les pédiatres par site ainsi que leurs disponibilités horaires. Le deuxième reprend les pédiatres en fonction des spécialités. Le troisième est un agenda technique pour les actes réalisés par un soignant, comme électroencéphalogramme, test au lactose, ... Enfin, le quatrième concerne les actes techniques qui requièrent la présence d'un médecin, comme une manométrie anale. Cet agenda permet également de gérer les plannings des médecins (surveillances, gardes, congrès, congés, ...).

Un tel projet était d'envergure, mais au final, tout le monde y gagne. Le médecin voit sur Omnipro son agenda de la journée et de quel type de consultation il s'agit : pédiatrie générale, spécialisée, acte technique, ... Chaque prise de rendez-vous génère, dans le dossier du patient, la création d'un événement étiqueté pédiatrie générale, spécialisée ou acte technique, ce qui améliore la traçabilité de l'historique médical pour chaque patient. Pour les call centers, le risque d'erreurs est moindre : tout le monde travaille sur la même version et chaque utilisateur peut mettre un rendez-vous pour tous les pédiatres et sur tous les sites.

Une équipe soignante mobile

Le CHC possède depuis juillet 2012 une équipe mobile pour le remplacement immédiat (EMRI). Cette équipe, formée d'infirmiers et d'aides-soignantes, a pour vocation de pallier les absences de courte durée. Sa création s'inscrit dans le cadre de l'application de l'accord social 2005-2010 du CHC.

L'EMRI est composée de temps pleins et de temps partiels correspondant à 33,4 équivalents temps plein (ETP) répartis dans les six cliniques. Elle remplit trois missions :

- pourvoir au remplacement immédiat des absences imprévisibles pour cause de maladie ou raison impérieuse

- aider ponctuellement les unités de soins soumises à une surcharge de travail exceptionnelle et temporaire
- augmenter la qualité des prestations de remplacement en fidélisant les personnes aidantes

Considérée comme une unité à part entière, l'EMRI permet à la fois de réduire l'intérim externe et d'améliorer la qualité des prestations – les absents sont remplacés par des soignants qui connaissent bien les habitudes de l'hôpital. L'équipe mobile n'intervient toutefois pas dans les services spécifiques que sont les urgences, les soins intensifs ou le bloc opératoire, pour lesquels le CHC continue de faire appel à du personnel spécialisé externe en cas de besoin.



Clinique Saint-Joseph Hôpital de jour chirurgical Mieux planifier pour plus d'efficacité

Si la hausse de l'activité ambulatoire a généré quelques difficultés de planification en hôpital de jour, la solution du problème se trouvait en amont du service : médecins, infirmiers et gestionnaires se sont attelés à mieux répartir les interventions sur la semaine et mieux organiser l'occupation des chambres tout en gardant assez de souplesse pour ne pas s'enfermer dans un carcan rigide.

Une analyse de l'historique a permis de calculer un taux d'occupation par discipline et d'attribuer des quotas de chambres à chaque service. Si les quotas sont atteints, la gestion garde de la souplesse, avec un arbitrage hebdomadaire des cas inscrits en listes d'attente, réintégrés au programme en tenant compte de l'ensemble de l'activité. Les médecins se sont engagés dans cette nouvelle organisation, en revoyant certaines habitudes de travail afin de gérer ensemble ces quotas (planification des cas opérés en hôpital de jour, tour de salle autorisant la sortie du patient). Le patient a lui aussi été impliqué dans ce nouveau mode de fonctionnement afin de garder la fluidité du service. Une réorganisation appréciée de tous.

Axe 5 – Développer des systèmes d'information performants

Développer des systèmes d'information performants pour une gestion quotidienne plus globalisée et plus aisée.

Développement de la mobilité informatique



Le CHC a obtenu un Agoria e-Health Award pour son projet iPad

Le projet mobilité du service informatique du CHC est entré dans sa phase concrète en 2012. Les unités de soins ont été progressivement équipées de nouveaux outils offrant un gain de temps et d'efficacité : chariot avec ordinateur, PC portable, tablette PC, armoire murale ou borne informatisée selon le type de matériel choisi par le service. Parallèlement, le réseau wifi, indispensable au fonctionnement de ces outils, a été généralisé sur les six sites.

Par ailleurs, le service informatique a développé un projet iPad pour les médecins du CHC. Une application (OP'Mobile) a été spécialement conçue en collaboration avec la société liégeoise MIMS, spécialisée dans l'édition de logiciels pour les soins de santé. Téléchargeable sur l'App Store d'Apple, OP'Mobile permet au médecin, partout et à tout moment, de manière efficace et sécurisée, de suivre ses patients et gérer son agenda à distance, d'établir ses pro-

tocoles de soins et les dicter à son secrétariat en temps réel, et de synchroniser ses données avec Omnipro, le logiciel de gestion du dossier patient informatisé utilisé par le CHC. Le projet iPad a obtenu un e-Health Award au concours organisé par Agoria pour les meilleurs projets TIC dans le secteur des soins de santé.

La mobilité, c'est aussi étendre le périmètre géographique. Ainsi, un nouvel accès sécurisé permettant d'accéder à l'informatique du CHC de l'extérieur (VPN) a été déployé. Il compte aujourd'hui à peu près 1000 utilisateurs internes et 150 fournisseurs externes.

Le périmètre initial du WIFI a également été étendu : une couverture plus large mais également la possibilité de connecter des équipements non gérés par le service informatique du CHC ou des équipements privés, smartphones et tablettes comprises.

La transformation du service informatique et ses résultats

Des projets

Les changements se poursuivent au sein du service informatique et, après un travail moins visible sur les fondations techniques, travail à renouveler inlassablement (infrastructure, passerelles, bases de données...), l'année 2012 en a vu les résultats visibles.

Quelques exemples de projets informatisés sont déjà présentés dans les pages de ce rapport annuel : le laboratoire d'anatomie pathologique, le dossier infirmier, la gestion des cafétérias et sandwicheries, l'agenda pédiatrique multisites, projet mobilité.

D'autres peuvent être ajoutés comme :

- des projets médicaux pour faciliter l'accès aux informations médicales : intégration de nouvelles données dans le dossier informatique, rationalisation du dossier médical par le biais du déploiement d'une hospitalisation standard dans Omnipro, productivité et numérisation (dictée numérique, reconnaissance vocale, solutions de scanning papier), matériel mobile pour rapprocher physiquement l'information de ses utilisateurs, ...
- des projets administratifs visant à augmenter l'efficacité du CHC : optimisation de l'impression et de l'envoi de documents administratifs, solution de gestion électronique de documents, accès au registre national, ...

En tout, le service informatique gère un portefeuille de plus ou moins 250 demandes de projets, dont beaucoup sont déjà lancés.

Des services

En termes de services quotidiens, les progrès mesurés sont importants. Des mesures de performances ont été mises en place pour mesurer ces améliorations et s'attaquer aux problèmes de fond identifiés. La résolution plus rapide des incidents quotidiens et une présence sur site sont des progrès salués par les utilisateurs. Des requêtes pour du nouveau matériel informatique standard sont traitées en moins de 15 jours en moyenne pour les demandes non-urgentes. Ceci est notamment dû à l'implémentation des meilleures pratiques de gestion de l'industrie. Par exemple, une gestion des fournisseurs plus stricte ou la mise en place de processus de gestion standardisés.

Ces progrès nous permettent de faire face à la croissance continue des services rendus : toujours des centaines d'installations de PC, portables, chariots, tablettes, imprimantes, par an... et le mouvement s'accélère : 5.200 « machines » de tout type sont à ce jour identifiées sur le réseau. Le nombre d'utilisateurs augmente lui aussi : 800 créations d'accès en 2012.

Les investissements conséquents consentis par la direction du CHC ont permis ce bond en avant même s'il reste encore pas mal de chemin à faire pour doter le CHC d'une des meilleures informatiques de son secteur. Il faut saluer les collaborateurs du service informatique qui portent ces changements, sans qui ces résultats ne seraient pas possibles, ainsi que les utilisateurs qui collaborent activement avec eux.

Cliniques Saint-Joseph/Espérance/Notre-Dame Hermalle Une nouvelle téléphonie sans fil plus performante

Les cliniques Saint-Joseph, de l'Espérance et Notre-Dame Hermalle ont été équipées d'un nouveau système téléphonique sans fil, le système DECT de Siemens. Les progrès offerts sont multiples : meilleure qualité de communication, appel à l'aide ou encore système de localisation.

Les trois sites utilisaient auparavant l'ancien système CTS d'Ascom. Devenu obsolète, celui-ci a d'abord été remplacé provisoirement par des GSM et des Bip Data, qui n'ont pas donné entière satisfaction. Décision a alors été prise d'implanter un nouveau système.

Après étude de marché, le choix s'est porté sur le DECT de Siemens. Plus de 200 antennes ont été installées pour couvrir les trois cliniques. Deux modèles

de téléphone ont été déployés : une version incassable, étanche et dotée d'un bouton d'appel à l'aide, destinée aux unités de soins, et une version bureau.

Le nouveau système, dont l'implantation a représenté un investissement de 275.000 €, a nettement amélioré la qualité des communications sans fil. Celles-ci transitent par le réseau informatique du CHC – technique du « voice over IP » (VOIP).

Le DECT sert aussi, en complément des Bip Data, à la transmission des alarmes médicales (monitoring) et techniques (détection incendie, alerte fluides,...), dont il assure une traçabilité. Il est en plus équipé d'un système de localisation en cas d'appel à l'aide.

Axe 6 – Repenser le rôle et la contribution des sites

Repenser le rôle et la contribution de chaque clinique au sein du réseau de soins du CHC, en :

- développant des pôles d'activité spécifiques
- rationalisant l'offre de soins, notamment pour les trois cliniques liégeoises (Saint-Joseph, Espérance, Saint-Vincent), distantes de quelques kilomètres

Nouvel hôpital du CHC

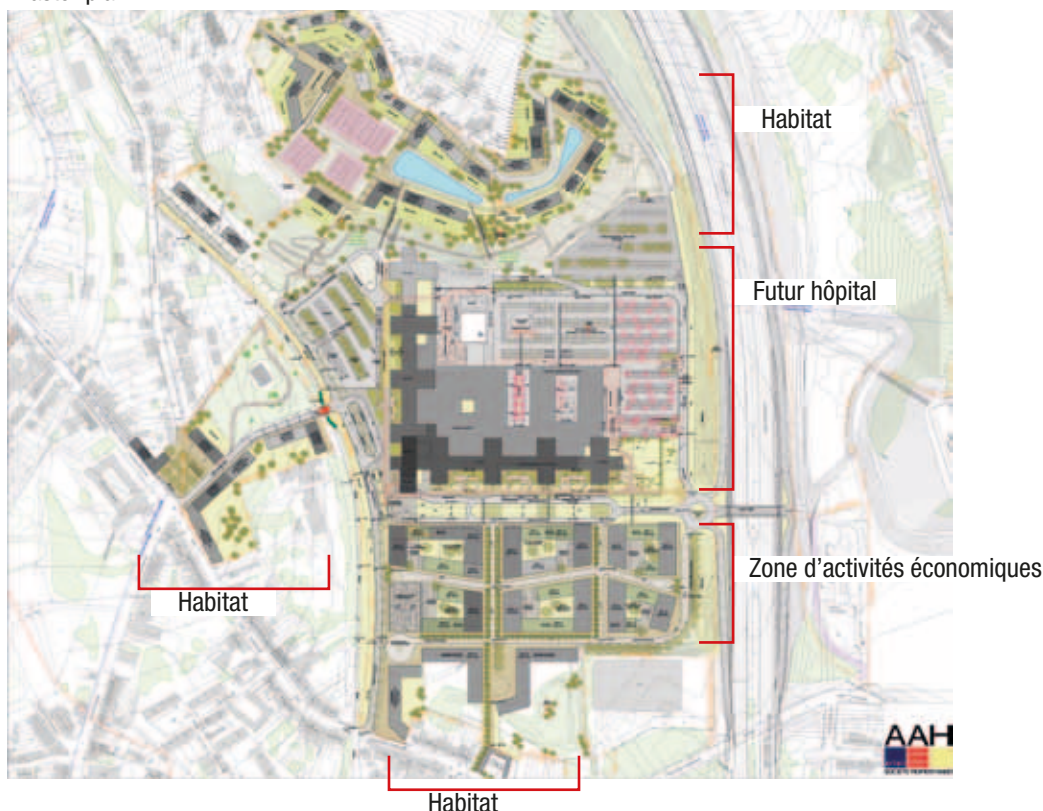
Une année riche en réalisations

Le projet de nouvel hôpital a vécu en 2012 deux grandes avancées : l'approbation du rapport urbanistique et environnemental, mais également la concrétisation de la chambre prototype au sein de deux unités de soins. Et ce n'est pas tout : d'autres étapes ont été franchies, comme le dépôt de la demande de permis unique et le lancement de la démarche de recherche du nom du futur hôpital.

• L'approbation du RUE

Le 19 mars 2012, Philippe Henry, ministre régional wallon en charge de l'environnement, de l'aménagement du territoire et de la mobilité, a approuvé le **rapport urbanistique et environnemental** (RUE) concernant la ZACC (zone d'aménagement communal concerté) Patience et Beaujonc et le nouvel hôpital du CHC. Ce dossier, réalisé par le bureau liégeois Pluris, avait été initié au second semestre 2010 par la Ville de Liège et précédemment approuvé par le Collège communal le 28 novembre 2011.

Master plan





© AAH CHC Mysis

L'ensemble du dossier (RUE et nouvel hôpital) a fait l'objet d'assemblées générales au sein du CHC mais également d'une conférence de presse, d'une réunion d'information publique et d'une exposition destinée aux riverains.

Le master plan adopté pour l'ensemble du terrain prévoit deux affectations au terrain :

- des activités communautaires et économiques, avec d'une part le futur hôpital du CHC (13 ha) et d'autre part, une zone d'activités économiques (5,5 ha)
- de l'habitat dans les zones proches de la rue Vandervelde, de la place des Maronniers et du fonds Hubert Goffin

Le projet vise à conserver le côté verdoyant du quartier en réservant environ 9,5 ha pour les espaces verts et publics.

La mobilité constitue un volet substantiel de cet important dossier, avec une stratégie globale, conçue pour l'ensemble de la zone et axée sur la complémentarité des modes de transport :

- les voiries sont à construire sur l'ensemble du terrain, ainsi qu'une nouvelle sortie au départ de l'autoroute qui jouxte le terrain.
- les transports publics desserviront le futur hôpital (boucle des TEC au départ de la rue Vandervelde). Le deuxième axe (Liège-Ans) du tram ou transport structurant devrait également traverser le terrain.
- enfin le Ravel qui longe le terrain sera valorisé pour encourager les modes de déplacement doux.

Le plan de mobilité tient compte des diversités des attentes. Tout a été étudié afin que l'hôpital et le quartier ne se gênent pas mutuellement :

- en empêchant le transit de l'autoroute vers le quartier via l'hôpital

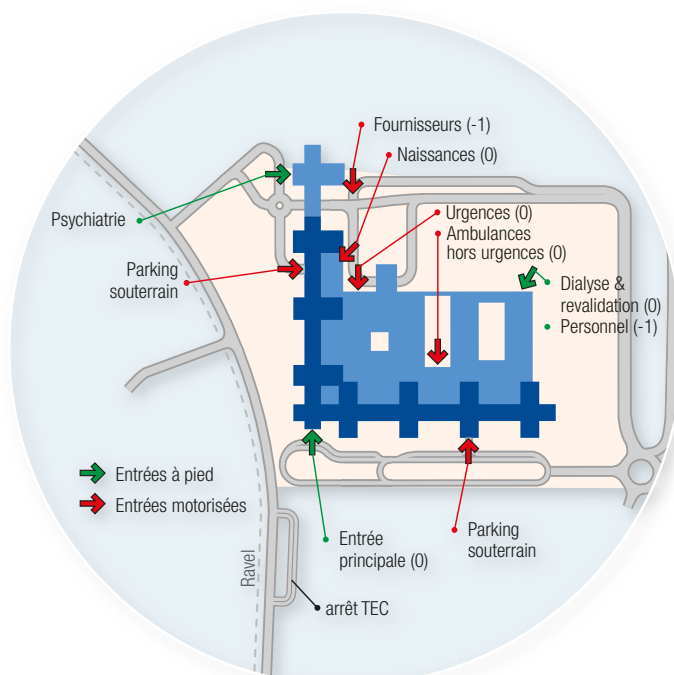
- en multipliant les accès à l'hôpital selon les fonctions et les niveaux (parkings dédiés autour de l'hôpital, accès diversifiés pour les fournisseurs, les urgences, les différents services, les visiteurs...)
- en dotant l'hôpital de suffisamment de places de parking

La présentation du RUE a aussi constitué l'occasion de présenter le dimensionnement du nouvel hôpital. Les grands principes du bâtiment, qui se veut facile à vivre tant pour les patients que pour les acteurs de soins, sont les suivants :

- un bâtiment central pour les services médico-techniques (imagerie, laboratoire, bloc opératoire, urgences, soins intensifs...)
- deux ailes d'hospitalisations et de consultations
 - une aile adulte
 - une aile mère-enfant et psychiatrie

Au chapitre des chiffres, le nouvel hôpital annonce :

- une capacité de 720 lits d'hospitalisation classique et 120 postes d'hôpital de jour
- 2.800 salariés, médecins et prestataires indépendants
- des dimensions d'environ 200 sur 200m, avec un maximum de 6 niveaux (rez-de-chaussée + 5)
- une superficie de 100.000 m²
- environ 2.000 places de parking



- **Les autres étapes administratives**

L'étude des incidences sur l'environnement (EIE) a été finalisée dans la foulée de l'approbation du RUE, au premier trimestre. Cette étape était indispensable pour pouvoir introduire la demande de permis unique. Une grande partie des recommandations faites par le bureau Pissart, en charge de l'EIE, ont été intégrées dans le projet déposé. D'autres avaient été intégrées au cours de l'évolution du projet, d'autres enfin n'ont pu être retenues, et le CHC a dû justifier pourquoi.

La **demande de permis unique** (PU) a été déposée le 27 avril 2012. Dès réception du feu vert de la Région wallonne, attendu au début de l'été 2013, les cahiers des charges des 14 lots de chantiers pourront être publiés.

Courant septembre 2012, l'équipe en charge du nouvel hôpital s'est adjoint les services d'un **project manager**. Ce consultant est en charge du planning et de la gestion des budgets.

En novembre 2012, le Conseil communal de Liège a validé l'ouverture des **nouvelles voiries communales**, soit celles qui desserviront l'hôpital et le terrain. Le pont, qui doit enjamber l'autoroute, et ses bretelles d'accès dépendent quant à eux de la Région wallonne.

Le dossier d'**assainissement du terrain** a fait l'objet d'une enquête publique entre le 27 octobre et le 13 novembre 2012. La pollution présente sur le terrain, et liée essentiellement à la fabrique de boulets (poussière de charbon et hydrocarbure), était connue dès avant l'achat du terrain. Les règles d'application du décret sol se sont précisées entre-temps et ont contraint le CHC à adapter son projet d'assainissement et à le finaliser avant la phase de construction. Ceci reporte le début des travaux d'édification de 6 mois environ.

Après une mission confiée à la SPI, le CHC a continué à évaluer la **reconversion** possible de ses **actuels sites liégeois**, avec les communes concernées et un bureau immobilier. La revente de ces sites est acquise. Le CHC compte d'ailleurs leur donner les meilleures chances de reconversion, en obtenant un certificat d'urbanisme 2, ce qui garantit à chaque site une transformation cohérente en lien avec la volonté des autorités et la vie du quartier.

- **Chambre prototype et autres plans en 2D**



La vue et le confort des chambres de ce nouvel hôpital en constitueront une importante carte de visite. Après une longue réflexion, les concepteurs ont voulu confronter la chambre en projet à la réalité hospitalière. Deux exemplaires prototypes ont été construits au sein de la Clinique Notre-Dame – Hermalle en fin d'année 2012. Le choix s'est porté sur Hermalle pour répondre à plusieurs conditions pratiques : trouver des chambres de taille compatible, limiter les pertes d'espace, garantir une belle vue au patient et une pérennité aux investissements. Les deux prototypes ont été réalisés dans les unités de gériatrie et de chirurgie-médecine afin d'être testées dans les conditions les plus exigeantes (patients à faible mobilité, séjours longs et courts, ...). Le retour des utilisateurs (intervenants du CHC, patients mais aussi accompagnants) permettra d'encore améliorer la future réalisation.

Parallèlement, les groupes de travail ont ré-épluché les plans de tous les services après deux aller-retour entre architectes et utilisateurs de terrain. Les plans détaillés sont en cours de finition.

- **La recherche du nom**

Courant 2012, le CHC a lancé le processus de recherche du nom du futur hôpital, un nom dans lequel on doit pouvoir transférer la notoriété actuelle des trois sites liégeois. Pour cette démarche, la réflexion a d'abord porté sur le positionnement du futur hôpital, au regard de l'ensemble du groupe, mais également des offres de soins de la province. Ce positionnement a permis de hiérarchiser les références souhaitées dans la création du nom.

Par la suite, ces référents ont été transmis à l'ensemble des membres du CHC, et un appel à suggestions interne a permis de recueillir pas moins de 213 propositions différentes. L'étape suivante a consisté à confronter ces suggestions et celles du consultant qui accompagne le CHC dans cette démarche, en tenant également compte de divers critères créatifs (valeurs, référents, ...) mais également techniques (linguistique, domaine web, ...). Cette démarche doit se finaliser dans le courant du premier semestre 2013.

Clinique Sainte-Elisabeth **Reprise des travaux d'extension**



Le nouveau bâtiment fin décembre 2012

Les travaux d'extension de la clinique Sainte-Elisabeth ont repris au printemps 2012: l'exhaussement de la nouvelle aile s'étire sur 3 niveaux (+1 à +3) et accueillera un nouveau service de maternité de 20 lits (avec bloc obstétrique, salle de césarienne et service de néonatalogie), ainsi que deux unités médico-chirurgicales de 34 lits. Fin décembre 2012, le 3^e niveau était partiellement édifié (piliers et dalles). La fin du gros œuvre fermé est prévue pour le 3^e trimestre 2013.

Pour rappel, le niveau 0 de cette nouvelle aile a été mis en exploitation fin 2010. Il accueille l'hôpital de jour, la salle de prélèvement du laboratoire, la consultation d'oncologie, la pré-hospitalisation et les locaux d'algologie. Le phasage général du chantier prévoit la mise en exploitation des niveaux +1 à +3, puis ensuite les niveaux -1 et -2, et enfin le bâtiment de jonction entre cette nouvelle aile et le bâtiment général. Tous ces travaux doivent se finaliser en 2016.

Parallèlement à ces travaux d'extension, la rénovation de l'hôpital a suivi son cours, avec notamment le rafraîchissement de la maternité actuelle, et la création d'un foyer pour cadres et médecins.

L'accompagnement de ce projet stratégique est assuré par un comité de pilotage et différents groupes de travail qui ont été reconduits et confirmés dans leur mission: accompagnement du changement, communication, dysfonctionnements, logistique, sécurité, signalisation. Une réflexion sur un système de signalisation modulable, qui pourrait grandir avec le bâtiment et s'adapter au fur et à mesure de sa mise en exploitation, est à l'étude. L'information sur le projet s'est également renforcée dans le courant 2012, tant vers les intervenants internes (mémo bimestriel) que vers les patients (posters d'information) ou les riverains (réunion de concertation relancées à l'initiative du comité de quartier Heusy-Village).

Clinique Notre-Dame Hermalle **Reconditionnement de la polyclinique**

Notre-Dame Hermalle a poursuivi en 2012 le reconditionnement de sa polyclinique. Deux locaux ont été aménagés pour les consultations de cardiologie, ainsi que deux salles d'attente pour la cardiologie et la neurologie. Le bureau du personnel soignant occupe désormais une position centrale. Le reconditionnement a été pensé pour améliorer, par une meilleure distribution des consultations, le bien-être des patients et la qualité du travail des intervenants. Le but est d'accueillir les patients dans un cadre chaleureux et avec plus de discrétion (les patients externes et internes ne se côtoieront plus dans les salles d'attente). Les transformations s'étaleront jusqu'en 2014 de manière à perturber le moins possible l'activité de la polyclinique.

Clinique Notre-Dame Hermalle **Nouvelle signalétique extérieure**

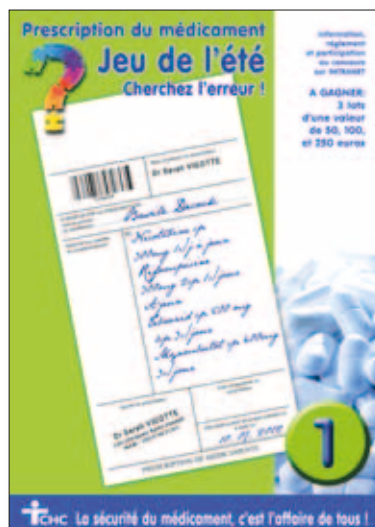


Depuis juin 2012, de nouvelles enseignes couronnent les murs de l'hôpital. Objectif: être vu et identifié comme hôpital, même au loin. Pari réussi. Si les riverains connaissent la clinique de Hermalle, il n'en va pas de même dès qu'on s'éloigne un peu. Après un renouvellement complet de l'infrastructure, l'étape suivante consistait à identifier la clinique. Les enseignes appliquées sur les murs les plus hauts sont visibles de l'autoroute Liège-Maastricht et du futur Tri-logiport. Une belle carte de visite pour la clinique et le CHC à la porte de la province. Dans la foulée, on a complété la signalétique avec des totems

Axe 7 – Renforcer la direction clinique et organisation médicale

Renforcer la direction clinique et l'organisation médicale afin de définir un modèle d'organisation de l'activité médicale et de s'assurer à la fois de sa complémentarité et de sa performance.

Un concours pour sensibiliser à la prescription des médicaments



La prescription des médicaments fait partie des sujets sur lesquels le CHC sensibilise régulièrement ses médecins et son personnel. Un concours a ainsi été organisé en juillet et août 2012 pour en rappeler les règles et obligations (identification du patient, signature et cachet du médecin, description complète du médicament, posologie...). Il s'agissait de trouver les erreurs sur une série d'affiches apposées dans les services. Sur les 167 participants (via intranet), 37 ont réalisé un sans-faute. Six gagnants ont été départagés par une question subsidiaire.

Le concours s'inscrivait dans une action plus large menée par la direction médicale, le département infirmier et la pharmacie. Ceux-ci ont informé par courrier tous les médecins et infirmiers du CHC que le nursing et la pharmacie ne délivreraient plus de médicaments sans prescription écrite. Ils ont également rencontré les conseils médicaux des agréments 152 et 158.

Une telle sensibilisation est d'autant plus nécessaire que dans le futur, la procédure sera informatisée : le système bloquera les prescriptions qui n'auront pas été faites dans les règles.

Enjeux liés au monde de la santé

Depuis 2011, le CHC, à l'initiative de sa direction médicale, organise un cycle de conférences à destination de ses 800 médecins spécialistes. Des conférences portant sur les grandes questions et enjeux, actuels et futurs, liés au monde de la santé.

C'est ainsi qu'au mois de mars, une centaine de médecins et membres du personnel soignant ont assisté à une matinée consacrée à **La thrombose en pratique**. Trois orateurs extérieurs étaient au programme des conférences aux côtés de deux orateurs internes. A cette occasion, la campagne d'affichage *Hôpital sans phlébite*, destinée aux unités de soins du CHC a été présentée.

Cette matinée était organisée en collaboration avec le comité thrombose et hémostase, créé en 2009, dont l'objectif principal est de réduire le risque thrombo-embolique chez les patients hospitalisés et d'instaurer des recommandations. Il souhaite également se positionner, d'une part, en tant que support pour les médecins et, d'autre part, comme conseil pour les autres comités qui interviennent dans ce domaine. Ses actions visent la sécurité du patient et la qualité. Ce comité multidisciplinaire, l'un des premiers en Belgique francophone, regroupe médecins, infirmiers, pharmaciens, biologistes, éducation du patient et direction médicale des six sites.

En novembre, c'est le thème de **La révolution numérique et le patient 2.0, impact sur la relation médecin-patient** qui a été abordé. Pour en parler, la direction médicale avait invité un spécialiste des nouvelles technologies ainsi qu'un médecin responsable des systèmes d'information en milieu hospitalier.

Le développement de l'internet mobile et des réseaux sociaux tels Facebook a été au centre de la soirée. On y a parlé de l'évolution des outils informatiques mobiles, toujours plus répandus et puissants, du changement complet auquel on assiste dans le rapport entre le malade et le monde médical, avec notamment l'apparition des applications santé servant par exemple à dépister certaines pathologies.

Les nouvelles technologies ont été présentées comme un moteur d'évolution des pratiques médicales. Elles influencent l'offre de prestations et obligent les médecins à travailler autrement. Ce n'est pas la technologie en soi qui est intéressante, mais les horizons qu'elle ouvre. Le web mobile permet de créer un lien permanent entre le patient, qui croit aux bienfaits des nouvelles technologies pour sa santé, et le médecin. Le CHC suit cette évolution de près, comme en témoigne son projet iPad (avec lequel le médecin peut consulter le dossier de ses patients), lauréat d'un Agoria e-Health Award en juin 2012 (voir page 57).



Axe 8 – Accentuer l'organisation et la culture de groupe

Confidentialité et secret professionnel Campagne appréciée et relancée



Lancée fin 2011, la campagne de sensibilisation au respect du secret professionnel et de la confidentialité s'est poursuivie sur une bonne partie de l'année 2012. Six affiches illustrant des scènes de la vie quotidienne ont fleuri sur les murs des services, adoptant un humour volontairement provocateur. En effet, quoi de mieux que l'humour pour mettre le doigt sur des situations sensibles ? La campagne devait toucher tout le monde, et trouver le ton juste sans culpabiliser.

L'évaluation de la campagne, réalisée fin 2012, s'est révélée très encourageante : 96 % des répondants ont qualifié le contenu de la campagne comme bon à excellent, 94 % en ont souligné l'intérêt. Mais la campagne a-t-elle atteint son but ? On peut répondre par l'affirmative : trois personnes sur quatre disent avoir été sensibilisées, une personne sur deux estime que la campagne a eu un impact sur ses collègues ou responsable de service. Le succès de la campagne montre aussi le chemin qu'il reste à parcourir. La sensibilisation sera prolongée en 2013-2014.

Clinique Notre-Dame Hermalle Un maillot jaune géant pour saluer le Tour de France



La clinique Notre-Dame Hermalle a déployé un maillot jaune géant sur sa façade pour fêter le départ du Tour de France 2012 de la province de Liège. Après le prologue dans les rues de Liège et une étape avec arrivée à Seraing, la deuxième étape est partie le 2 juillet de Visé, à proximité de Notre-Dame. Confectionné par le service de lingerie, le maillot impressionnait par sa taille : 6 mètres sur 4,20. Le personnel de la clinique a revêtu un t-shirt jaune pour le clin d'œil et la photo souvenir. Un menu spécial Tour de France a également été proposé à la cafétéria.

Un maillot jaune géant pour saluer le Tour de France

Qualité et sécurité patients

Charte *no fault*

Dès le plus jeune âge, nous apprenons par essais et erreurs. Ce qui est valable pour chaque individu l'est forcément pour une organisation comme le CHC.

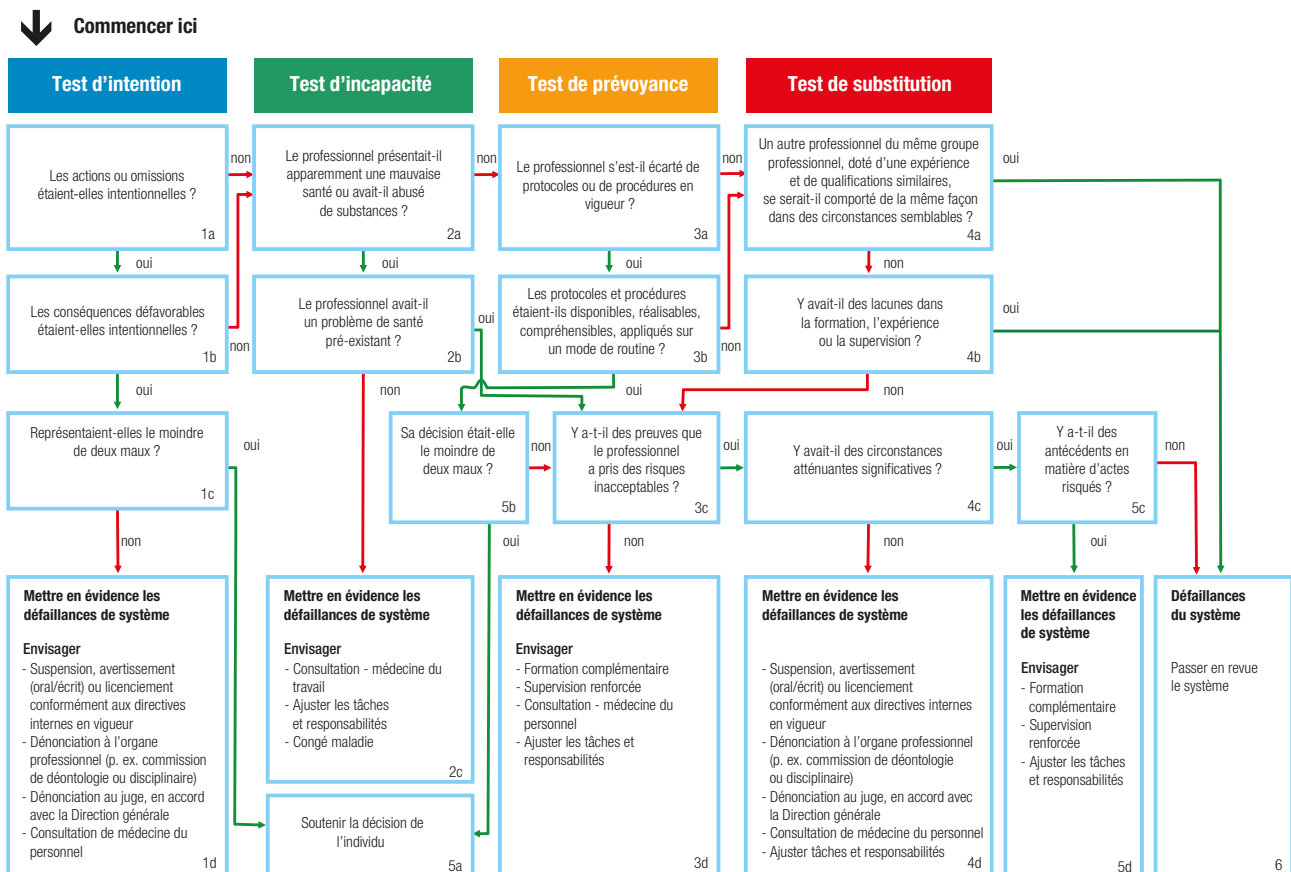
En encourageant chaque intervenant à déclarer systématiquement les événements indésirables, le CHC vise l'amélioration de ses processus. Cependant, la démarche demande une confiance réciproque : vais-je oser déclarer cet événement indésirable survenu dans mon service ? Quelle est ma responsabilité ? Ces questions sont légitimes. Les études montrent que la confiance n'est pas toujours au rendez-vous : une personne sur deux considère qu'en cas de déclaration d'incident, on recherche le coupable et non la cause. Ce manque de confiance est corroboré par le type de déclarations reçues, qui concernent en majorité des situations où le personnel n'est pas impliqué personnellement.

Afin d'encourager les déclarations et de garantir la confiance, le CHC a adopté en décembre 2012 une **charte *no fault***. Cette charte garantit à chaque travailleur un traitement équitable s'il devait être à l'origine

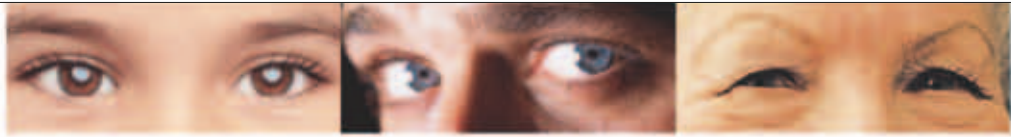
d'un événement indésirable. Ceci ne signifie pas que toutes les bévues passeront au bleu. Le professionnalisme reste de mise, la notion de faute professionnelle existe toujours, l'intention de nuire ou la répétition des mêmes erreurs est inadmissible. Par contre, en cas d'implication personnelle dans un événement indésirable, le travailleur verra son rôle analysé selon l'**arbre décisionnel de Reason**. La question du *comment* et du *pourquoi* sera posée, en visant l'intention du travailleur, sa faculté, sa prévoyance et son respect du protocole. L'arbre décisionnel de Reason permet une analyse factuelle, et non basée sur l'émotion. Il permet aussi d'analyser des événements aux conséquences majeures, sans nécessairement aboutir au blâme ou au licenciement du travailleur.

En adoptant sa *charte no fault*, le CHC passe d'une culture de la désapprobation à une culture d'apprentissage, en garantissant la confiance mutuelle et un traitement équitable à tout travailleur impliqué dans un événement indésirable. Un changement de culture qui doit s'inscrire dans le management des équipes !

Suivre l'arbre de décision pour chaque individu impliqué



Traduit et adapté de : Incident Decision Tree - The NHS Confederation - National Patient Safety Agency 2005 (source principale)
Reason, J., A decision tree for determining the culpability of unsafe acts, 1997, p209
Marx D., Outcome Engineering. The Just Culture Algorithm Version 2.0 Plano, TX 2005



Qualité et Sécurité Patient au CHC

Charte *no fault*



Dans une prise en charge toujours plus inter-disciplinaire, le CHC ambitionne la recherche constante de la qualité et de la sécurité du patient.

Soigner est une activité humaine complexe qui nécessite la bonne collaboration de plusieurs métiers ainsi que des procédures claires. Même si, lorsque nous travaillons, nous mettons tout en œuvre pour que cela se passe bien, il se peut toujours que quelque chose ne fonctionne pas, qu'un incident survienne car l'erreur est humaine.

Face à une erreur, nous pouvons décider de rechercher un coupable afin de le sanctionner ou d'analyser l'incident afin de tirer les leçons et d'apprendre de celui-ci.

Toute l'équipe de direction du CHC a choisi de promouvoir une culture de l'apprentissage qui permet de tirer les leçons de ces incidents par une approche et une analyse systémiques des erreurs.

En déclarant un événement indésirable, nous réduisons le risque d'erreurs car nous nous donnons l'opportunité de comprendre ce qui s'est passé, d'améliorer nos pratiques et d'éviter qu'il ne se reproduise. Plus les événements indésirables seront déclarés, plus nous pourrions améliorer de façon constante la qualité et la sécurité des soins donnés.

Cela nécessite d'une part que tous les acteurs de l'hôpital osent déclarer ce qui n'a pas fonctionné comme prévu et, d'autre part que chaque directeur accorde une attention à chacune des déclarations, les analyse et mette en œuvre les actions correctrices nécessaires.



Qualité
Sécurité
Patient

« Ensemble, évitons l'évitable »

Pour passer d'une culture de la désapprobation à une culture d'apprentissage, pour passer d'une vision centrée sur « l'erreur de l'individu » à une « lecture organisationnelle des incidents », nous, directeurs du CHC, nous nous engageons à :

1. Soutenir l'implémentation d'un système standardisé et sécurisé de notification des événements indésirables, au sein duquel tous les acteurs de l'hôpital sont encouragés à faire part des incidents de façon systématique et aisée en mettant l'accent sur le pourquoi et le comment de l'événement.
2. Solliciter la mise en place d'une culture équitable (philosophie organisationnelle efficace dans la réduction des risques et juste envers les collaborateurs qui sont à l'origine de l'événement indésirable) garante de l'instauration d'un véritable climat de confiance.
3. Ne jamais utiliser les déclarations d'événements indésirables comme outil de répression sauf si l'analyse d'un incident sur base de « l'arbre de décision de Reason » ou de tout autre outil ayant la même finalité devait mettre en évidence une faute « inacceptable » du collaborateur.
4. Valoriser un processus de transmission efficace et transparent des notifications d'événements indésirables et transmettre un feedback régulier des actions correctrices entamées ou accomplies par le « management » de l'hôpital.
5. Garantir la confidentialité par l'anonymisation a posteriori de chaque déclaration, et ne fournir aucune information provenant des documents de notifications à des parties extérieures à l'hôpital sauf à y être contraint dans le cadre de procédures judiciaires.
6. Former, conscients du rôle important joué par la hiérarchie directe dans le développement de cette culture équitable, chaque responsable de service aux principes de cette démarche constructive, qui devra engager l'ensemble du management de l'institution dans cette même philosophie.

Ph. MERMANS,
directeur en charge de la qualité
et de la sécurité patient

J.P. HOSTE,
directeur du
département infirmier

J. DE CALLAWAY,
directeur des
ressources humaines

Dr Ph. OLIVER,
directeur médical

A. JAWAUX,
directeur général

La dynamique de la formation

Depuis 2009, le CHC a lancé un important programme de formations dédié au personnel cadre. Après avoir développé les connaissances pratiques (financement des hôpitaux, législation sociale), relationnelles (communication et gestion de conflits), managériales (construire et développer son leadership) ou d'expert (le leadership du manager transversal), le temps était venu, en 2012, de développer l'efficacité individuelle avant de terminer, en 2013, par la gestion du changement.

Début 2012, le département des ressources humaines a publié un catalogue de ses formations destinées aux cadres de l'institution consacrées au volet du développement de l'efficacité individuelle. Sept formations allant de la présentation dynamique à la gestion du temps, en passant par la conduite de réunion en hôpital, soit autant d'occasions d'acquérir des outils pour élargir son champ de compétences et évoluer dans sa fonction.

A côté de ce plan dédié aux cadres, la direction des ressources humaines assure aussi les formations permanentes. Épinglons quelques exemples de l'année 2012.

- **Prévenir et gérer les relations difficiles avec la personne âgée et son entourage**

Destinée à l'ensemble du personnel infirmier et paramédical du plateau gériatrique du CHC, soit quelque 130 personnes, cette formation visait l'apprentissage d'habiletés nouvelles dans la communication en situation difficile : élargir son répertoire de réponses, analyser son mode de communication, prendre du recul par rapport aux situations vécues.

- **Urgences : formations aux risques NBC (nucléaire, bactériologique, chimique)**

Obligatoires pour tout le personnel des urgences et des SMURs, soit une cinquantaine de personnes, ces formations de base et recyclages ont pour objectif de préparer le personnel des urgences à faire face à des situations à risques et aux situations de catastrophe.

- **Exercice incendie**

Huit petites minutes ont suffi à la cinquantaine de travailleurs présents pour évacuer le site de l'UCP à Alleur. Les premiers équipiers d'intervention étaient, eux, prêts à agir deux minutes seulement après le déclenchement de l'alerte. Un excellent résultat.

- **Programme « Prends soin de toi » : pour mieux vivre son travail**

Conscient de la charge émotionnelle qui accompagne chacun au quotidien, le CHC propose 4 modules de formation pour prendre soin de soi tout en prenant soin des autres : soutien au patient, communiquer autrement, gestion du stress et prévention du burn out. Ce programme a été mis sur pied en 2012 par le département des ressources humaines, en collaboration avec les psychologues, pour répondre à la demande du terrain. Les formations, vite complètes, se donneront en 2013.



Le CHC surfe sur la vague de la mobilité

L'initiative revient à des représentants du personnel qui ont mené une enquête sur le sentiment du personnel de la clinique Saint-Joseph en matière de mobilité, le but étant de susciter un attrait pour autre chose que la voiture, informations à l'appui, notamment relatives aux avantages fiscaux. Le CHC, acteur économique et employeur important de la province de Liège, a décidé de participer activement à la démarche initiée par ses partenaires sociaux. Sa proposition : envisager des alternatives à la voiture pour se rendre au travail et organiser leur mise en œuvre concrète. Si la décision finale de participer ou non reste de la responsabilité de chacun, le CHC souhaite jouer son rôle d'entreprise citoyenne en facilitant ce changement de comportement.

Un comité de pilotage a été créé et a dégagé quatre axes à déployer. Les projets concernent la clinique Saint-Joseph (encourager l'utilisation des transports en commun, bus et train), la clinique Sainte-Elisabeth (favoriser le covoiturage) et la clinique Notre-Dame Hermalle (stimuler les déplacements à vélo). Ces diverses expériences et idées devront être étendues à l'élaboration du plan de mobilité pour le futur hôpital.



Le CHC sans tabac

Après le développement des CAF (centre d'aide aux fumeurs), le CHC a logiquement adhéré à la charte des Hôpitaux sans tabac (HST). Soutenue par le SPF Santé publique et coordonnée par le FARES (Fonds des affections respiratoires), l'initiative « Hôpitaux sans tabac » vise à sensibiliser de la manière la plus large, en ciblant le personnel, les patients et les visiteurs. Au CHC, un bureau se charge de la mise en œuvre du projet, tandis que le comité local de prévention du tabagisme (CLPT) constitue le groupe de référence pour le cadre du projet.

Un des objectifs du CHC est de pouvoir offrir aux personnes qui fréquentent ses cliniques une entrée et une ambiance sans tabac. À l'intérieur, les cliniques sont entièrement non fumeur. Devant les escaliers de l'entrée de la clinique Saint-Joseph, une ligne rouge a été tracée afin d'éviter le regroupement des fumeurs sur le seuil. À la clinique Saint-Vincent, deux fumoirs extérieurs distincts accueillent les visiteurs et le personnel. Sur les autres sites, la notion d'un fumoir extérieur tend à se généraliser. Dans le cadre du nouvel hôpital, la réflexion sur la notion de fumoir se poursuit sur la base de toutes les expériences actuellement menées au niveau national.

La politique d'engagement du CHC vis-à-vis du tabagisme est aujourd'hui affichée dans les cliniques et résidences du CHC. Le nouveau logo du groupe Hôpital sans tabac y a trouvé sa place. Un guide d'accompagnement au sevrage tabagique, destiné tant aux patients qu'aux travailleurs, est disponible depuis septembre.

Notons encore qu'à l'occasion de la journée mondiale sans tabac (31 mai), le personnel du CHC a été invité à porter le badge créé pour l'occasion. Les cliniques et résidences ont proposé différentes activités sur le thème du tabac. Pour la 2^e année consécutive, cette journée mondiale sans tabac s'est doublée d'une participation victorieuse du CHC, avec une délégation de 10 personnes, au jogging organisé traditionnellement pour l'occasion par le CHR de la Citadelle.



La politique d'engagement du CHC vis-à-vis du tabagisme mise en exergue lors de la journée mondiale sans tabac



Le CHC renouvelle son engagement solidaire avec l'hôpital de Pawa

C'est dans le cadre du projet « Hôpital pour hôpital » de l'ONG de coopération médicale Memisa que le CHC est jumelé à la zone de santé de Pawa en République démocratique du Congo (RDC). En avril 2007, le CHC s'était engagé à aider Memisa à soutenir la zone de Pawa pendant cinq ans. Début décembre, le CHC a officiellement prolongé son engagement de trois ans. La convention de prolongation de partenariat a été signée par Alain Javaux, directeur général du CHC et le Dr Frank de Paepe, directeur général de Memisa Belgique.

Memisa soutient 38 zones de santé en RDC, dont la zone de santé de Pawa, dans la province orientale du Congo. Memisa y réalise différents projets pour améliorer les soins de santé primaires. Ces projets sont subsidiés à 80 % par la Coopération belge. Chaque année, le CHC récolte des fonds pour aider Memisa à trouver les 20 % du budget restants pour la zone de Pawa.

Cette mission est portée par un groupe de travail qui a mobilisé de très nombreuses personnes au travers d'activités diverses : courses à pied, randonnées cyclistes, vente de calendriers illustrés de photos de Pawa, organisation de repas et spectacles, ... Toutes ces initiatives ont permis que ce partenariat soit porté par une somme d'engagements individuels et par toute l'institution.

Mais le projet « Hôpital pour hôpital » est bien plus que la récolte de fonds, c'est aussi un projet d'échanges. Lors de missions d'observation, les liens se renforcent et les connaissances s'échangent. Les professionnels belges ont l'opportunité d'apprendre à connaître les besoins locaux et la population. La première mission à Pawa des témoins du CHC a été organisée en 2009. Une deuxième a eu lieu en 2011 et la troisième est en préparation pour 2013.

Département de pédiatrie Echange avec l'hôpital pédiatrique de Hanoï

Fin mars, le département de pédiatrie a accueilli une délégation de l'hôpital pédiatrique de Hanoï. Le souhait des 4 visiteurs vietnamiens, 3 pédiatres et un adjoint à la direction des soins infirmiers, consistait à voir quelle qualité médicale est développée au CHC et comment l'implémenter chez eux. Ils ont passé une semaine en pédiatrie à l'Espérance et en néonatalogie à Saint-Vincent.

L'échange de bonnes pratiques a porté sur les trois aspects de la prise en charge : médical, infirmier, administratif. Un focus a été mis sur certains projets plus précis, comme la prise en charge de la douleur, les infections nosocomiales, les itinéraires cliniques, le portage kangourou des prématurés ou certaines pathologies, comme le cancer et la mucoviscidose. La semaine a été partagée entre exposés scientifiques et vie des services (notamment bloc opératoire, soins intensifs, unité de néonatalogie, ...).

Le souhait de part et d'autre consiste à pérenniser cette collaboration entre les deux hôpitaux, qui existe déjà depuis de nombreuses années. En 2011, ce sont les médecins du CHC qui s'étaient rendus à Hanoï.





Un flash mob version Sainte-Elisabeth

Sainte-Elisabeth trophy

Fin mai, une journée sportive organisée par la clinique Sainte-Elisabeth, sur le site de La Fraineuse à Spa, a réuni 64 membres du personnel, répartis en 16 équipes, dont 80 % étaient déguisés. Ils ont pris part à une course sous forme de trophy composé de 10 épreuves. Au menu : kayak, pédalo, VTT, mur d'escalade, ... La plupart des équipes étant mélangées, services et fonctions, les participants ont eu l'occasion de faire connaissance. La dernière épreuve de la matinée consistait en un blind test géant qui s'est terminé en un flash mob où tous les participants se sont mis à danser. C'est dire si l'ambiance était au rendez-vous. Après un barbecue à mi-parcours, place aux sports collectifs l'après-midi : beach volley, uni-hoc et tennis. La journée s'est terminée par un apéro, suivi d'un buffet fromage, d'une remise des prix et enfin d'une soirée festive. En conclusion : journée bénéfique pour tout le monde, à reprogrammer !

CHC et commerce équitable

Le commerce équitable est un partenariat commercial fondé sur le dialogue, la transparence et le respect, valeurs chères au CHC. Il contribue au développement durable en offrant de meilleures conditions à tous les partenaires, mais surtout en garantissant les droits des producteurs et des travailleurs. Le système de commerce équitable diminue le nombre d'intermédiaires, permettant une meilleure rémunération en direct des producteurs.

Le CHC a posé deux gestes en faveur du commerce équitable. D'une part, il a pris la décision d'utiliser du café frais en grains issu du commerce équitable (label *Max Havelaar Bio*) dans tous ses distributeurs automatiques. Le café est une des marchandises les plus importantes sur le marché mondial. Il fait vivre quelque 25 millions d'agriculteurs provenant essentiellement des pays en voie de développement.

D'autre part, en octobre, le CHC a participé pour la deuxième fois à la Semaine du commerce équitable, organisée par la Coopération belge au développement. Des menus équitables ont été proposés dans les cafétérias et une vente de produits (café, chips de pomme de terre, chocolat noir, nectars,...) organisée à l'entrée des six cliniques.

Des chèques repas pour les Restos du cœur

Pour la deuxième année consécutive, entre novembre 2011 et janvier 2012, le CHC a relayé une initiative de la société Edenred, editrice du Ticket Restaurant®, en invitant son personnel à laisser un ou plusieurs chèques-repas au profit des Restos du cœur. Pour 5 tickets collectés, Edenred offrait un ticket supplémentaire aux Restos du cœur, soit 20 % du montant total collecté.

Grâce aux dons des utilisateurs du Ticket Restaurant® et aux 20 % ajoutés par la société, la barre des 50.000€ a été dépassée! C'est un peu moins que l'année précédente, mais cela représente tout de même l'équivalent de 17.000 repas chauds pour les Restos du cœur. Côté CHC, la contribution à cette collecte a été de 693,60€.

Réseau senior

Les initiatives intergénérationnelles encouragées

Rajouter de la vie aux années et non des années à la vie. Cette maxime bien connue en maisons des repos s'illustre par l'encouragement qui est fait à toute initiative permettant de mélanger les publics et ouvrir les maisons de repos vers l'extérieur. Citons deux exemples développés en 2012. A Racour, la résidence Saint-Joseph a accueilli des jeunes de la commune durant les mois d'été dans le cadre du projet Eté solidaire. Parmi les différents ateliers organisés, cuisine, promenade, atelier Wii-sport (boxe, bowling, tennis) mais également une fête avec un spectacle de danse, de quoi apporter un peu de la folle jeunesse dans la résidence.

Autre exemple, à Membach, après les plaines de vacances organisées à la maison de repos : l'édification d'une plaine de jeux publique, composée de cabanes en bois, sur le terrain attenant de la maison de repos. Le montage des cabanes, réalisé par les riverains, a transformé la résidence en grand camp familial pendant deux week-ends. Depuis, l'exploitation de la plaine de jeux apporte aux résidents la fraîcheur de l'enfance et un peu de chaleur familiale.



Calendrier 2012 des manifestations scientifiques

16 février	Le point sur la densitométrie osseuse <i>Organisation :</i> Services de médecine de l'appareil locomoteur et d'imagerie médicale de la clinique Notre-Dame Waremme	16 juin	XXVIII^e Rencontre de néonatalogie de Rocourt – Perinatal imaging <i>Organisation :</i> Clinique Saint-Vincent, NICU (soins intensifs néonataux)
3 mars	La thrombose en pratique <i>Organisation :</i> Direction médicale et Comité thrombose et hémostase du CHC	13 octobre	Journée médicale <i>Organisation :</i> Commission de contact des Cliniques Saint-Joseph
7 mars	Annoncer pour éclairer... Annoncer un diagnostic ou de mauvaises nouvelles sans faire violence. Mythe ou réalité ? par le Dr Jean Becchio, médecin attaché aux Hôpitaux de Paris (Paul Brousse, Villejuif, Pitié Salpêtrière), directeur du diplôme d'hypnose médicale, Université de Paris XI <i>Organisation :</i> Unité de soins continus et de soins palliatifs de la clinique Notre-Dame Hermalle	23 octobre	La prise en charge aigüe de l'accident vasculaire cérébral ischémique : time is brain Soirée scientifique à l'occasion de l'ouverture de la nouvelle unité neurovasculaire (stroke unit) de la clinique Saint-Joseph <i>Organisation :</i> Service de neurologie
9 mars	Les frontières de la chirurgie laparoscopique – Opérations en duplex <i>Organisation :</i> BGES (Belgian group for endoscopic surgery) – Comité d'organisation local : Dr Benoit Monami, chirurgien CHC	8 novembre	La révolution numérique et le patient 2.0, impact sur la relation médecin-patient <i>Organisation :</i> Direction médicale et Conseils médicaux du CHC
21 mars	Autohypnose pour un confort au quotidien Comment utiliser l'hypnose pour améliorer sa qualité de vie ? par le Dr Jean Becchio <i>Organisation :</i> Unité de soins continus et de soins palliatifs de la clinique Notre-Dame Hermalle	14 novembre	Comment optimiser l'usage des antibiotiques à l'hôpital ? <i>Organisation :</i> Groupe gestion des antibiotiques (GGA) CHC-CHVE
4 mai	Inauguration du nouveau service de médecine nucléaire et du nouveau scanner low dose Clinique Sainte-Elisabeth		
25 mai	Enfants d'aujourd'hui, adultes de demain La maltraitance et les négligences d'enfant font l'objet d'un colloque <i>Organisation :</i> Equipe SOS Familles, Clinique de l'Espérance		
7 – 8 juin	Cours de colonoscopie virtuelle <i>Organisation :</i> Drs Danielle Hock et Roxanne Ouhadi, imagerie médicale		

• Comité scientifique – A152

- 30 janvier** **Imagerie fonctionnelle de la maladie aortique : le PET-SCAN peut-il prédire la croissance et la rupture de l'anévrisme aortique ?**
Dr Natzi Sakalihasan
- 25 avril** **Derniers progrès dans la prise en charge de l'AVC à la phase aigüe**
Dr Philippe Desfontaines
- 30 novembre** **Laboratoire de microbiologie : mode d'emploi**
Dr Anca Boeras
- 21 décembre** **Thrombose et cancer : un mariage connu, mais avec des perspectives d'avenir**
Dr Laure Gillis

• Commission de contact médecins généralistes-médecins hospitaliers (CCMG-MH) – A 152

- 31 janvier** **Le Plan MASH : comment ça MARSH ?**
Dr Philippe Olivier
- 28 février** **Quand faut-il rechercher une maladie coeliaque ?**
Dr Pierre Dupont
- 27 mars** **10 ans de prothèses de disque lombaire au CHC**
Dr Yves Lecomte
- 24 avril** **Actualités dans les techniques d'endoscopie digestive**
Dr Philippe Leclercq
- 29 mai** **Enfin des nouveautés dans le traitement de l'hépatite C**
Dr Boris Bastens
- 26 juin** **Radioprotection : actualisation des principes et applications pédiatriques**
Dr Michel Lewin
- 25 septembre** **Quand la fourchette tue plus que l'épée... Approche des troubles de la déglutition**
Dr Sabrina Delhalle
- 23 octobre** **Eduquer, c'est respirer. La fonction d'infirmière en éducation thérapeutique du patient respiratoire chronique**
Dr Frédéric Fiévet et France Marquet
- 27 novembre** **Les mycoses en pathologie humaine**
Dr Jacques Gigi, Cliniques universitaires Saint-Luc



La vision du CHC

Offrir à la communauté de la province de Liège une prise en charge intégrale à travers une gamme de services spécialisés, élargie et de haute qualité, en accord avec les autres acteurs du système de santé.



CHC

Centre hospitalier chrétien ASBL
Siège social
Rue de Hesbaye 75 - 4000 Liège
N° d'entreprise : 416805238

Editeur responsable :
Alain Javaux, directeur général