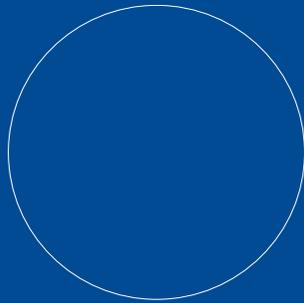




CHC

Rapport annuel 2010





Rapport annuel

CHC

Rapport annuel 2010

Ce rapport annuel se présente comme une série d'arrêts sur image d'un groupe en pleine mutation. Notre volonté n'était pas de faire un rapport exhaustif de l'activité du CHC en 2010, mission immanquablement vouée à l'échec tant les projets sont nombreux. L'idée retenue a plutôt consisté à donner un coup de projecteur sur la partie émergée de l'iceberg, tout en sachant que celle-ci se compose essentiellement du travail quotidien des centaines d'hommes et de femmes qui œuvrent pour le bien des patients et des résidents, mais également au développement des projets qui écriront les chapitres du rapport annuel de 2011 et des années à venir.

Par définition, un rapport annuel s'articule en fonction des centres d'intérêt : carte d'identité du CHC, un an en un coup d'œil, suivi du plan stratégique, acteurs du CHC ou encore rapport d'activités... Par définition, il comporte donc des raccourcis, mais aussi des redites.

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, Chambre Clair (pp. 48, 49, 53), Hélène Erpicum (p. 53), Daniel Ghaye (p. 44), Ingram et Photodisc (pp. 1, 2, 9, 15, 21, 24, 56, 62, 64, 66, 72)

Mise en page : stereotype

Impression sur papier FSC Print Speed Offset
Encres végétales - Septembre 2011

2010

Sommaire

5 Avant-propos

7 Carte d'identité du CHC

Un réseau de soins

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

Les structures de décision au CHC

Le management du CHC en 2010

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

17 Un an en un coup d'œil

21 Acteurs du CHC

- Le personnel du CHC
- Les médecins et prestataires indépendants
- Mais aussi...
 - Les assistants
 - Les stagiaires
 - Les volontaires

29 Rapport d'activités

- Activité hospitalière et consultations
- Activité de la maison de soins psychiatriques (Maison Notre-Dame - Waremme)
- Activités du Réseau senior
- Volet financier : résultats et comptes annuels

39 Suivi du plan stratégique

Axe 1 – Développer l'offre de soins

Axe 2 – Améliorer l'orientation patient

Axe 3 – Atteindre l'excellence clinique

- Le CHC parmi les premiers hôpitaux européens sans latex
- Nouveau bloc de radiologie interventionnelle
- Résonances magnétiques nucléaires
- Généralisation du custom pack
- Confirmation de la certification ISO 9001-2008 pour le service de procréation médicalement assistée
- Un record absolu de naissances pour la clinique Saint-Vincent
- Les itinéraires cliniques : un chemin à poursuivre
- Nouvelles technologies en gastroentérologie
- Nomination de responsables transversaux

Axe 4 – Optimiser les opérations

- Le screening dans les unités de soins
- La fonction alimentaire au CHC : améliorer l'articulation entre commande, production, finalisation et distribution
- La mise sur pied d'une équipe hôtelière
- L'alimentation au sein des maisons de repos
- Le renforcement de la cellule de contrôle de gestion

Axe 5 – Développer des systèmes d'information performants

- Un serveur de résultats pour les médecins généralistes

Axe 6 – Repenser le rôle et la contribution des sites

- Projet de nouvel hôpital
- Rénovation et extension de la clinique Sainte-Elisabeth
- Point de posé pour hélicoptère à la clinique de l'Espérance

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

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

- Ressources humaines
- Formalisation et transversalisation des processus
- Communication institutionnelle

70 Annexes

Liste des principaux comités et commissions

Réunions scientifiques

- Calendrier 2010 des manifestations scientifiques
- Comité scientifique - A 152
- Commission de contact médecins généralistes-médecins hospitaliers (CCMG-MH) - A 152

Avant-propos

L'avenir se construit aujourd'hui

A l'heure des bilans, le CHC peut être fier de son année 2010, tout comme des années précédentes. Nous sommes manifestement sur la bonne voie pour conforter la place qui est celle de notre groupe dans le paysage hospitalier wallon et belge. De nombreux indicateurs sont au vert.

La structuration et la reconfiguration de notre réseau de soins se renforcent toujours plus. Héritées des fusions successives, nos différentes structures sont arrivées à un niveau d'intégration important, même s'il reste des chantiers à mener. Nous en voulons pour preuve la transversalisation du management et les différents pans d'activité organisés par plateaux horizontaux. Autre preuve, l'évolution de notre projet de nouvel hôpital, qui doit regrouper à Liège l'activité des trois cliniques Saint-Joseph, Espérance et Saint-Vincent.

L'évolution de notre activité et de nos résultats financiers est plus qu'encourageante. Après un sérieux revers au début des années 2000, le CHC a su redresser la barre en enchaînant et en maintenant un résultat positif. Ce résultat positif constitue une garantie d'avenir pour les projets que le groupe veut mener et les investissements qui y correspondent.

L'activité elle aussi est à la hausse. Qu'il s'agisse des journées d'hospitalisation, de l'activité en hôpital de jour ou encore de l'activité de consultation, de plus en plus de patients choisissent de se faire soigner au CHC et sont fidèles à ce choix. Même constat pour le Réseau senior qui a lui aussi accentué son activité et son emprise.

L'évolution du personnel et des indépendants qui choisissent de travailler au CHC constitue elle aussi un indicateur qui ne trompe pas. Avec 3.880 personnes sous contrat (soit 2.727 équivalents temps pleins) et 828 médecins et prestataires

indépendants, le CHC fait partie des plus gros employeurs de la région et offre un potentiel non négligeable pour les personnes à la recherche d'un travail. En presque 10 ans, l'effectif sous contrat a augmenté de près de 20%.

Détermination et rigueur. Energie et enthousiasme. Ce sont les maîtres mots des projets d'aujourd'hui et de demain. Le CHC colle parfaitement aux objectifs fixés dans le plan stratégique Azimut, devenu le véritable fil rouge de la politique institutionnelle, mais aussi le jalon d'évaluation de ses efforts et de ses succès. Les réalisations de 2010 montrent que le CHC sait à la fois conforter ses acquis, mais également développer de nouvelles initiatives, se lancer de nouveaux défis, ouvrir la voie vers de nouvelles pratiques, ... C'est là une des caractéristiques reconnues des acteurs du CHC : la capacité à développer de nouvelles approches, à anticiper de nouveaux besoins, à encadrer différemment les patients et les résidents. La qualité des soins et la prise en charge du patient/résident constituent en effet un impératif incontournable sur lequel le CHC ne fera jamais de concession.

Nous espérons que vous partagerez notre plaisir en découvrant les différentes facettes et faits marquants du CHC en 2010.

Nous vous souhaitons une agréable lecture de ce rapport.

Dr Philippe Hubert
Président du Conseil médical A 158

Dr Didier Noiro
Président du Conseil médical A 152

Dr Philippe Olivier
Directeur médical

Alain Javaux
Directeur général

Xavier Drion
Vice-président du Conseil d'administration

Baudouin Harmant
Président du Conseil d'administration

Carte d'identité du CHC



- 1 Résidence Notre-Dame de Lourdes - Liège (125 lits)
- 2 Résidence de la Vierge des Pauvres - Banneux (85 lits)
- 3 Résidence Carrefour Saint-Antoine - Banneux (59 lits)
- 4 Résidence d'Heusy (58 lits)
- 5 Résidence Saint-Joseph - Membach (77 lits)
- 6 Résidence Les Peupliers - Hermalle-sous-Argenteau (65 lits)
- 7 Résidence Saint-Joseph - Racour (96 lits)
- 8 Résidence Saint-Charles - Landenne-sur-Meuse (110 lits)

Carte d'identité du CHC

Un réseau de soins

Le CHC, omniprésent en province de Liège

Composé de 6 cliniques, 7 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 soins psychiatriques et 565 lits de maisons de repos. Il emploie environ 3.880 personnes (tous métiers confondus, soit 2.727 équivalents temps pleins - ETP) et occupe plus de 800 médecins et prescripteurs indépendants (kinésithérapeutes, dentistes, psychologues, ...).

En 2010, 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)

→ 7 maisons de repos

- Résidence Notre-Dame de Lourdes (Liège) - 125 lits
- Résidence de la Vierge des Pauvres (Banneux) - 85 lits
- Résidence Carrefour Saint-Antoine (Banneux) - 59 lits
- Résidence d'Heusy - 58 lits
- Résidence Saint-Joseph (Membach) - 77 lits
- Résidence Les Peupliers (Hermalle-sous-Argenteau) - 65 lits
- Résidence Saint-Joseph (Racour) - 96 lits
- et une maison partenaire : Résidence Saint-Charles (Landenne-sur-Meuse) - 110 lits

→ 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 regroupe les services des achats, informatique, infrastructure, médiateur, salles de formation, ...

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, 7 résidences pour personnes âgées avec une offre complète : maison de repos, maison 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 l'entrée au CHC de la crèche *L'arrêt de puces* qui propose 18 places.

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.

Un 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 2016.

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.

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 44 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 20 membres élus en cette qualité par l'Assemblée générale.

Au 31 décembre 2010, les 20 membres du **Conseil d'administration** sont : Pierrette André, Rudolphe Bastin, Paul Clockers, Michel de Lamotte, Godelieve De Smet, Godelieve De Wulf, Xavier Drion, Gaston Flaba, Maria Geerits, Emali Goossens, Baudouin Harmant, Maria Jeurissen, Gustav Klinkenberg, Léon Kos, Joëlle Lehaut, Georges Lonay, Gertrudis Panis, Michel Tasiaux, René Thissen et Michel Wathélet.

Avec Michel Beckers, Jean-Philippe Bolly, Eric Bruyère, Arthur Defoin, Paul Delnoy, Alphonse Dewandre, Léandre Drion, Michel Evrard, Georges Flagothier, Alda Gréoli, André Hauglustaine, Maria Jans, Elza Jeurissen, Ida Lange, Elisabeth Lowist, François-Xavier Nève de Mévergnies, Guy Pirmolin, Maria Stas, Anna Vaes, Lucrèce Van Parijs, Elisabeth Vangronsveld, Maria Verheyden, Georgette Vervoir et Johana Weyen, 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, le directeur médical adjoint et le conseiller général. 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 4 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, le Comité de coordination des directions du réseau hospitalier (avec son équivalent pour le Réseau senior) et le Comité de suivi de la direction clinique.

Composition des Conseils médicaux en 2010

Conseil médical des Cliniques Saint-Joseph (A 152)

Elections de mai 2009

Président	Dr Didier Noirot, anesthésiste
Vice-président	Dr Constant Jhaes, chirurgien abdominal
Trésorier	Dr Gauthier Demolin, gastroentérologue
Secrétaire	Dr Anne Dawance, chirurgien vasculaire

Membres effectifs

Dr Pedro Azevedo-Mendes, urgentiste, pneumologue	Dr Marie-Pascale Graas, oncologue
Dr Philippe Biquet, urologue	Dr Jamil Khamis, radiologue
Dr Françoise Bury-Lefebvre, pédiatre	Dr Olivier Lhoest, anesthésiste
Dr Arnaud Colard, gastroentérologue	Dr Philippe Marcelle, cardiologue
Dr Maryse Colignon, anesthésiste	Dr Pierre Philippet, pédiatre
Dr Frédéric Fievet, pneumologue	Dr Eric Thiry, anesthésiste
Dr Lucien Finianos, cardiologue	

Membres suppléants

Dr Jean-François Goyers, radiologue	Dr Geoffrey Brands, physiothérapeute
Dr Bernard Bourdoux, radiologue	Dr Thierry Guillaume, gériatre

Invité permanent

Dr Philippe Olivier, directeur médical

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

NB: les élections médicales ont eu lieu en juin 2011. Le nouveau président est le Dr Philippe Hubert.

Elections de juin 2008

Président	Dr Alain Vandenhove, anesthésiste
Vice-président	Dr Philippe Hubert, anesthésiste
Secrétaire	Dr Stéphane Schindler, gynécologue

Membres effectifs

Dr Michel Deliège, cardiologue	Dr Olivier Richardeau, gynécologue
Dr Marc Horion, gynécologue	Dr Joseph Schnackers, chirurgien orthopédique
Dr Yves Lebrun, gynécologue	Dr Benoît Troisfontaines, psychiatre
Dr Frédéric Louis, anesthésiste	Dr Marc Van Laer, chirurgien vasculaire et thoracique
Dr Didier Remy, chirurgien abdominal et général	Dr Olivier Wéry, gynécologue

Membres suppléants

Dr Pierre-Arnaud Godin, gynécologue	Dr Christophe Michaux, gynécologue
Dr Pierre Maton, pédiatre	

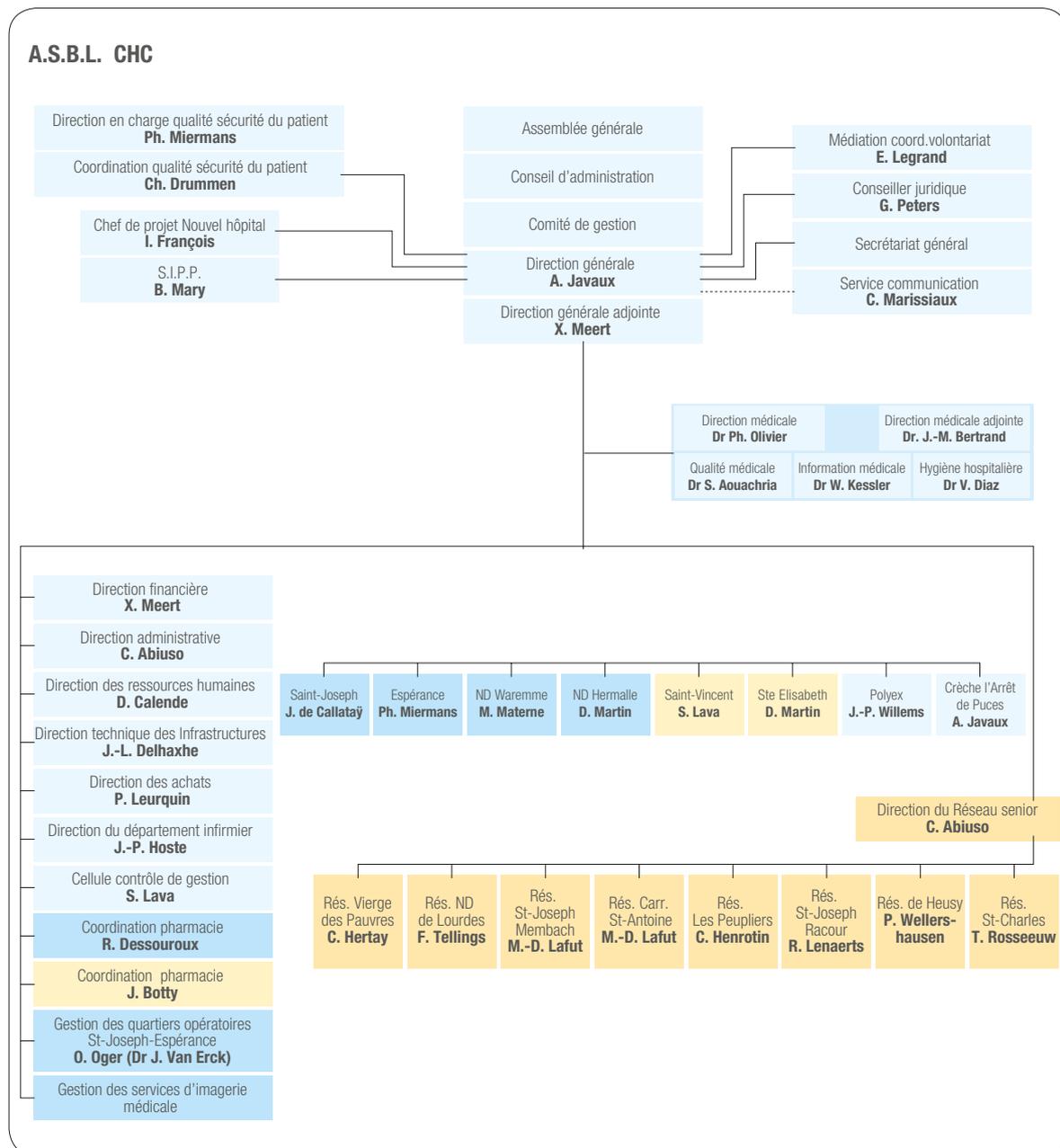
Invité permanent

Dr Philippe Olivier, directeur médical

Le management du CHC en 2010

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 : Evelyne Wey
- Clinique Saint-Vincent : Isabelle Thys
- Clinique Notre-Dame Waremme : 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 2010.

Médecins-chefs de service pour l'agrément 152

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

Anatomopathologie	Dr Françoise Abraham
Anesthésiologie	Dr Emile Charlier
Biologie clinique	Dr Jackie Moreaux
Cardiologie	Dr Philippe Marcelle
Chirurgie abdominale	Dr Constant Jehaes
Chirurgie esthétique	Dr Xavier Nélisten (f.f.)
Chirurgie orthopédique	Dr Serge Willems
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	Dr Georges Houben
Médecine de l'appareil locomoteur	Dr Albert Debrun
Médecine dentaire	Dr Guy Darimont
Médecine nucléaire	Dr Pierre Gomez
Néphrologie	Dr Philippe Bovy
Neurochirurgie	Dr Jean-Pierre Lejeune
Neurologie	Dr Philippe Desfontaines
Oncologie	Dr Marie-Pascale Graas
Ophtalmologie	Dr Béatrice Gougnard
ORL	Dr Joseph Borrás
Pédiatrie	Dr Pierre Philippet
Pneumologie	Dr Pierre Saint-Remy
Psychiatrie	Dr Franz Bartholomé
Radiothérapie (Serv. universitaire ULg)	Pr Philippe Coucke
Soins intensifs	Dr Didier Noiroit
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	Dr Georges Houben	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Pédiatrie	Dr Pierre Philippet	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Anesthésiologie	Dr Philippe Hubert	Saint-Vincent
Centre néonatal	Dr Pierre Maton	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
Procréation médicalement assistée	Dr Annick Delvigne	Saint-Vincent
Psychiatrie	Dr Benoît Troisfontaines	Saint-Vincent
Anesthésiologie + Hôpital de jour	Dr Alain Vandenhove	Sainte-Elisabeth
Chirurgie	Dr Joseph Schnackers	Sainte-Elisabeth
Gastroentérologie	Dr Olivier Cajot	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
Psychiatrie	Dr Benoît Troisfontaines	Sainte-Elisabeth
Soins intensifs	Dr Abdelkrim Essahib	Sainte-Elisabeth

La maîtrise de stage

A noter que la responsabilité de la maîtrise de stage n'incombe pas toujours au chef de service. Pour rappel, les services habilités à encadrer et former les médecins assistants

sont en nombre croissant puisqu'une nouvelle maîtrise de stage est à souligner pour l'année 2010, de même que deux renouvellements de reconnaissance.

Discipline	Maîtrise de stage	Date de reconnaissance
Gynécologie - Obstétrique	Dr Olivier Wéry	Mai 2006
Gastroentérologie	Dr Fernand Fontaine	Mars 2007
Urgences	Dr Patrick Camelbeeck	Juin 2007
Pédiatrie	Dr Françoise Bury	Novembre 2008
Chirurgie digestive, endocrine et générale	Dr Joseph Weerts	Juin 2009
Chirurgie orthopédique	Dr Serge Willems	Octobre 2009
Une nouvelle reconnaissance en 2010		
Neurologie	Dr Philippe Desfontaines	Juillet 2010
Deux renouvellements de reconnaissance en 2010		
Psychiatrie (en particulier psychiatrie de l'adulte)	Dr Benoît Troisfontaines	Janvier 2010
Médecine de l'appareil locomoteur	Dr Albert Debrun	Mai 2010





Un an en un coup d'œil

Janvier

- A l'occasion du 2^e anniversaire de l'**Espace+**, le CHC a présenté à la presse le bilan de ses activités de soutien aux patients atteints d'un cancer et à leur famille. Installé à proximité de la clinique Saint-Joseph, l'Espace+ propose aux patients oncologiques en traitement au CHC des consultations diététiques, des soins esthétiques, des séances de tai chi, sophrologie et gymnastique postopératoire et une prise en charge psychologique des enfants et adolescents. Des activités du même type ont été développées dans d'autres cliniques du CHC, comme Notre-Dame Hermalle avec son projet de revalidation oncologique.



Soin esthétique à l'Espace+

- Depuis janvier 2010, le CHC dispose d'un nouveau **bloc de radiologie interventionnelle** au sein du service d'imagerie de la clinique Saint-Joseph. Unique en province de Liège, cet outil a représenté un investissement de 1,5 million €.

Février

- Le 5 février 2010, le CHC a inauguré officiellement la nouvelle **unité de revalidation** de la clinique Notre-Dame Waremmé, en service depuis octobre 2009. Ce projet, dont le coût s'élève à 800.000 €, s'inscrit dans le cadre du plan de redéploiement de Notre-Dame Waremmé, lequel plan représente un investissement de 2,6 millions € pour la partie déjà réalisée (urgences et revalidation) depuis son lancement en avril 2008. Cette nouvelle unité de revalidation de 16 lits s'est ajoutée à celles ouvertes à la clinique de l'Espérance en 2000 et à la clinique Notre-Dame Hermalle en 2005. Elle dispose d'une salle de kinésithérapie, d'un local d'ergothérapie, d'une salle de bains adaptée et d'une salle à manger où les patients prennent leurs repas en commun. On y accueille des patients de type neurologique ou orthopédique (en revalidation après la pose d'une prothèse de la hanche ou du genou) et des polytraumatisés. Leur traitement généralement long et lourd est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire

(infirmières, aides-soignantes, aide-logistique, spécialiste de la médecine physique et de réadaptation, kinésithérapeutes, ergothérapeute, logopède, neuropsychologue, assistante sociale).



La nouvelle unité de revalidation de la clinique Notre-Dame Waremmé

- Le 9 février 2010, le Conseil d'administration du CHC a désigné, après appel d'offres européen, les **auteurs de projet** pour la construction du **nouvel hôpital**. Le lot architecture a été attribué à l'association momentanée formée des bureaux Artau, Assar et Hoet+Minne; le lot stabilité au bureau Greisch; et le lot des techniques spéciales (sanitaire, électricité, chauffage) à Technum-Tractebel Engineering. Les auteurs de projet disposent tous d'une expérience reconnue tant dans le domaine hospitalier que dans celui des projets de grande envergure. Ils ont été choisis parmi les 22 soumissionnaires par un comité de sélection du CHC composé de 7 membres du Conseil d'administration, 6 membres du Comité de direction et les présidents des deux Conseils médicaux. La pose de la première pierre du nouvel hôpital est prévue en 2013 et son ouverture en 2016.

Mars

- Une nouvelle et seconde **résonance magnétique nucléaire** (RMN) de marque Philips est opérationnelle depuis le 8 mars 2010 à la clinique Saint-Joseph. Dotée d'un aimant de 3.0 Tesla, elle permet d'obtenir des examens anatomiques de très haute définition, ce qui représente un progrès notamment pour les examens neurologiques et ostéo-articulaires. Cette nouvelle RMN ouvre également la porte à l'imagerie fonctionnelle, qui étudie le fonctionnement des organes.
- Le 11 mars 2010, la clinique Saint-Joseph s'est associée à la **Journée mondiale du rein** en accueillant le car de dépistage de l'insuffisance rénale de la province de Liège. Le service de néphrologie de Saint-Joseph est le 3^e service de dialyse péritonéale de Belgique francophone en volume d'activité. En partenariat avec le service de néphrologie du Centre hospitalier hutois, la clinique Saint-Joseph bénéficie de 7 postes d'auto-dialyse.

Mai

- Du 3 au 8 mai 2010 s'est déroulée la **12^e semaine de l'enfant à l'hôpital** à la clinique de l'Espérance. Cet événement qui s'inscrit dans le cadre de la politique d'humanisation des soins du CHC poursuit un double objectif : fêter les enfants au sein de l'hôpital en leur proposant des spectacles et des ateliers et sensibiliser les professionnels de la santé et de l'enfance aux droits de l'enfant et à l'amélioration de sa qualité de vie au cours de son hospitalisation.
- Le 28 mai 2010, la clinique de l'Espérance a reçu la **visite de la Princesse Mathilde**. Celle-ci a participé à une séance de travail **SOS Familles**, l'une des 14 équipes qui s'occupe de la prévention et du traitement des situations de maltraitance infantile en Communauté française. Après une visite du service pédiatrique de la clinique, elle a pris part à une table ronde organisée par l'ONE (Office de la naissance et de l'enfance) sur la situation de la maltraitance des enfants en Communauté française.



La Princesse Mathilde en visite à la clinique de l'Espérance

- Le 29 mai 2010, le **service des urgences** de la clinique Saint-Joseph, dont la création remonte à 1959, a fêté les 10 ans de sa reconnaissance comme service SUS (soins d'urgences spécialisés). Une journée médicale a été organisée à destination des médecins et infirmiers sur des thématiques liées aux urgences : la prise en charge de l'AVC (accident vasculaire cérébral), l'urgence de la main, l'urgence maxillo-faciale, le management des voies aériennes. L'activité du service des urgences de Saint-Joseph est en constante augmentation : 19.000 personnes y ont été soignées en 2009, soit 10% de plus que l'année précédente.

Juin

- Le 1^{er} juin 2010, l'Amicale des pompiers de Liège a remis à la clinique de l'Espérance un **chèque de 10.000 €** tiré des recettes de la vente de son calendrier. Cette somme a été affectée à l'achat de matériel médical pour l'hôpital de jour pédiatrique : une pompe à morphine, un pousse-seringue et une pompe à réhydratation grâce à laquelle l'enfant peut suivre son traitement oncologique à domicile plutôt qu'à l'hôpital.



La remise officielle du chèque de 10.000 €

- Une **première esquisse du nouvel hôpital**, approuvée par le Conseil d'administration, a été présentée le 7 juin 2010 au personnel et aux médecins, qui l'ont accueillie très favorablement, puis, le lendemain, à la presse et aux riverains lors d'une réunion publique d'information.



Esquisse du nouvel hôpital : vue aérienne de l'avant du bâtiment

Octobre

- Le CHC a ouvert la **Maison de Julien**, un lieu d'hébergement pour les familles des enfants hospitalisés à la clinique de l'Espérance dont le domicile est très éloigné ou dont la présence auprès de l'enfant est requise 24 heures sur 24. Situé rue Malvoz, à Montegnée, à l'arrière de la clinique, le logement peut accueillir deux familles au même moment. Financée par l'asbl Les Amis de Julien, le Plan cancer et le CHC, la Maison de Julien représente un investissement de 200.000 € et constitue une première en région liégeoise.

Décembre

- Le 9 octobre 2010, la **16^e Journée médicale** des médecins des Cliniques Saint-Joseph s'est déroulée au château du Val Saint Lambert à l'attention des médecins généralistes. Au programme, des ateliers sur le laboratoire de biologie clinique, les pathologies de la colonne et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Novembre

- Le 9 novembre 2010, plusieurs institutions hospitalières de Wallonie et de Bruxelles parmi lesquelles figure le CHC ont constitué la **centrale de marchés inter-hospitaliers Mercure**. Représentant quelque 5.000 lits, Mercure permet de négocier à meilleur prix les marchés de biens et services.
- Dans le cadre de la **Journée mondiale du diabète** 2010, le CHC a organisé deux journées d'information et sensibilisation, le 14 novembre à la clinique de l'Espérance et le lendemain à la clinique Saint-Joseph. L'Espérance a proposé au public des ateliers diététiques et une sensibilisation sur les facteurs de risque et Saint-Joseph, un dépistage à partir d'un test sanguin capillaire, une information sur le diabète, la diététique et la prévention des problèmes de pied liés à cette maladie.
- Le 19 novembre 2010 s'est achevée la **première phase de travaux d'extension** à la clinique Sainte-Elisabeth à Heusy avec l'inauguration d'une nouvelle aile. Le chantier de rénovation et extension de Sainte-Elisabeth, qui représente un investissement global de 47 millions €, a démarré en 2008 et devrait durer jusqu'en 2014.



La nouvelle aile de la clinique Sainte-Elisabeth en construction

Le CHC a obtenu un agrément pour une troisième RMN. Suite aux travaux d'extension et de rénovation, celle-ci est enfin installée dans les locaux de la clinique Sainte-Elisabeth. Elle permet d'accueillir une vingtaine de patients par jour.

- Le 1^{er} décembre 2010, les enfants hospitalisés à la clinique de l'Espérance ont reçu la visite de **Saint-Nicolas**. Des jouets et un spectacle du magicien Carl Valentin ont été offerts à quelque 80 enfants avec le soutien de la société serésienne Speed Ambulance.
- Le 4 décembre 2010, la **13^e Journée de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale** s'est tenue à l'hôtel Ramada Plaza de Liège. Thèmes abordés : le noma (gangrène foudroyante qui se développe dans la bouche et ronge les tissus de la face), la chirurgie piezographique, l'orthodontie, la responsabilité sans faute et l'explosion des sinistres en orthodontie.
- Le CHC a ouvert une **crèche**, rue Malvoz, à Montegnée, à proximité de la clinique de l'Espérance. Cette structure de 18 places s'inscrit dans le cadre du Plan Cigogne de la Région wallonne et de la Communauté française visant la création de places d'accueil pour les enfants jusque 3 ans. La crèche est financée par l'ONE et le CHC, qui intervient pour 50.000 € dans les frais de fonctionnement outre l'investissement de départ de 150.000 €.



Le premier étage de la crèche « L'arrêt de puces »

Pour plus d'information sur les réalisations et projets menés en 2010, voir le chapitre Suivi du plan stratégique (pp. 39-69).



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 2010, on estime que les acteurs du CHC, tous métiers confondus, représentent ;

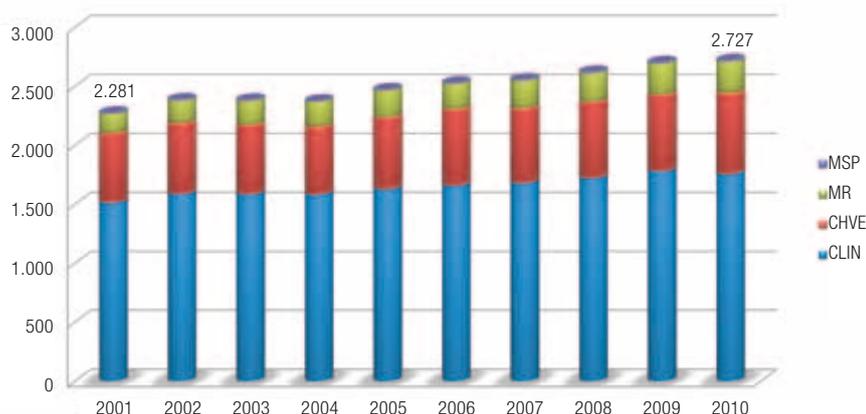
- pour le secteur employé : environ 3.880 personnes, soit 2.727 équivalents temps pleins (ETP)
- pour les indépendants : 828 personnes

Le personnel du CHC

Evolution du volume de l'emploi

Le CHC fait partie aujourd'hui des plus grands employeurs de la région et offre un potentiel non négligeable pour les personnes à la recherche d'un travail. En 10 ans, le CHC a augmenté son effectif de plus de 400 ETP, soit presque 20%.

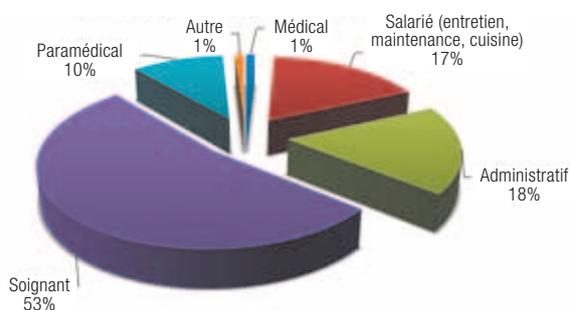
Evolution des ETP sur 10 ans



Répartition des ETP

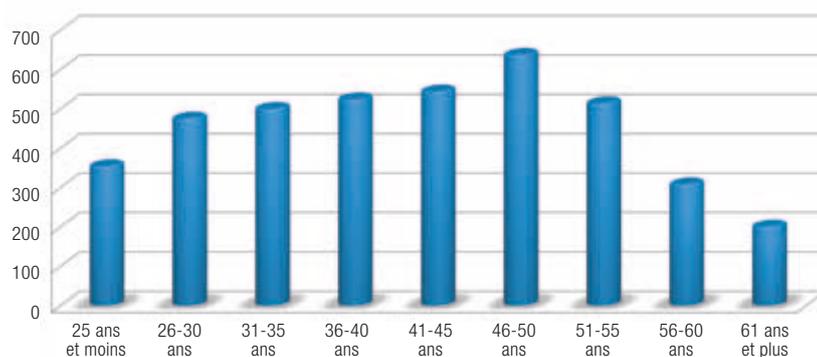
Le personnel se répartit essentiellement en 1.443 ETP soignants, 485 ETP administratifs, 468 ETP salariés pour l'entretien, la maintenance et les cuisines et 279 ETP paramédicaux. Pour information, les 828 médecins et autres prestataires (dentistes, kinésithérapeutes, psychologues) travaillant au CHC ne sont pas inclus dans ces statistiques car il s'agit de prestataires indépendants (voir infra).

ETP 2010 par catégorie de personnel



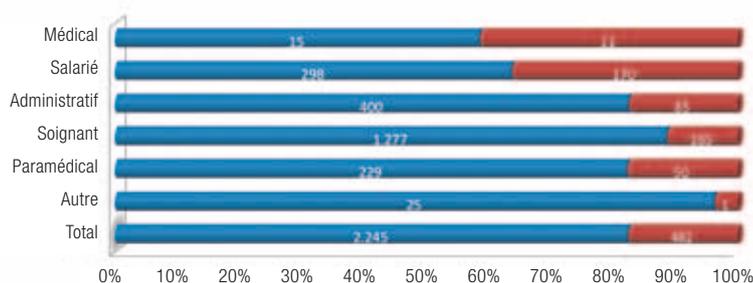
La pyramide des âges du personnel montre que 21% du personnel a moins de 30 ans, 25% a entre 30 et 40 ans, 29% entre 40 et 50 ans et 25% a plus de 50 ans.

Pyramide des âges



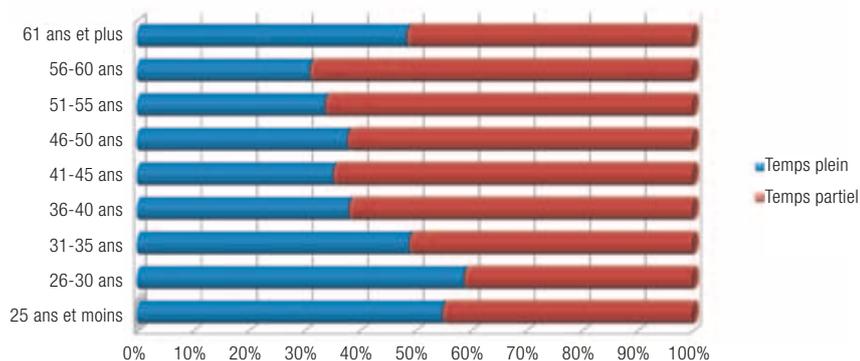
Le personnel est en majorité féminin (82% du personnel) dans tous les secteurs d'activité, à l'exception des médecins candidats spécialistes. Cette parité plus équilibrée se retrouve chez les indépendants (voir infra).

Répartition hommes - femmes



Au CHC, comme dans le secteur hospitalier en général, les temps partiels représentent près de 58% des contrats de travail, avec un pic chez les personnes entre 40 et 60 ans.

Evolution du travail à temps partiel en fonction de l'âge du personnel



Les médecins et prestataires indépendants

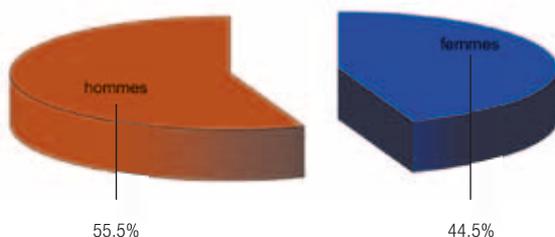
En 2010, on compte au CHC 828 médecins et autres prestataires indépendants, soit des psychologues, dentistes, logopèdes, ...

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

	CHC globalisé	Saint-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	Saint-Vincent	Sainte-Elisabeth
Présents en 2010	828	393	271	141	186	212	169
Entrés en 2010	56		39			17	
Sortis en 2010	42		34			8	
dont pensions en 2010	8						

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.

Répartition hommes - femmes



La composition des équipes de praticiens est stable, avec une bonne fidélisation des médecins. Seuls 42 prestataires ont quitté le CHC en 2010, dont 8 personnes pour cause de mise à la retraite. Par ailleurs, 56 prestataires sont venus renforcer les équipes. Le CHC exerce une attractivité certaine sur la profession, encore renforcée ces dernières années, et l'arrivée de nouveaux médecins est toujours encouragée dans la mesure où elle peut aller de pair avec le développement d'une activité.

La même stabilité est de rigueur pour les nominations des chefs de service. En 2010, la seule nouvelle nomination de chef de service concerne le département d'imagerie, avec à sa tête le Dr Georges Houben.

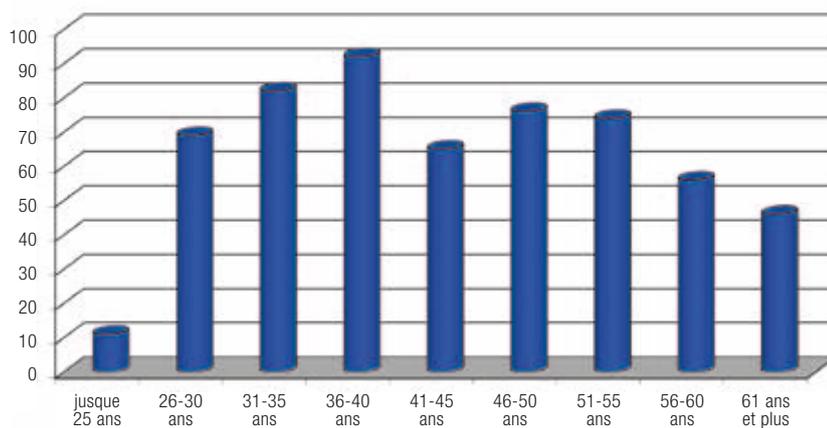
Si le personnel salarié est à 82% féminin, la féminisation de la profession ne ment pas pour ce qui concerne les prestataires indépendants du CHC, assurant une quasi parité. Tous âges confondus, la répartition se fait quasi à l'équilibre, avec 44,5% de dames et 55,5% d'hommes.



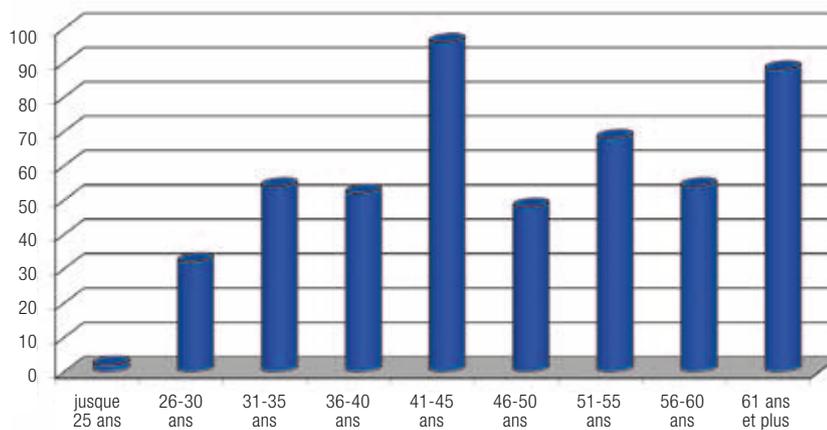
Pyramide des âges

Les prestataires de soins du CHC sont relativement jeunes, 45 ans en moyenne pour l'ensemble des praticiens du CHC.

Pyramide des âges prestataires A 152



Pyramide des âges prestataires A 158



Mais aussi ...

Les assistants

Chaque année, le CHC accueille dans ses services des médecins candidats spécialistes. En 2010, 26 médecins ont poursuivi leur formation dans une des six cliniques du CHC. Ces médecins sont attachés aux services de chirurgie digestive, endocrine et générale, chirurgie orthopédique, gastroentérologie, gynécologie-obstétrique et pédiatrie. En 2010, une nouvelle reconnaissance de maîtrise de stage a été attribuée au service de neurologie, de même qu'un renouvellement de cette maîtrise aux services de médecine de l'appareil locomoteur et de psychiatrie (en particulier psychiatrie de l'adulte).

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 :

- 147 pour les stagiaires médecins pour les 2^e, 3^e et 4^e masters
- 2.466 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 médecins et infirmiers se répartissent comme suit selon les sites hospitaliers :

Formation	Universités	St-Joseph	Espérance	ND Waremmé	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Doctorat en médecine 2 ^e , 3 ^e et 4 ^e masters	ULg - UCL			147			

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	102	128	100	0	12	31
	Haute école Province de Liège - Verviers	0	0	0	0	0	74
	Haute école Province de Liège - Huy	7	0	0	0	0	0
	Haute école libre mosane (Helmo) - Liège	382	259	337	115	99	29
	Institut supérieur d'enseignement infirmier - Louvain-La-Neuve	0	7	3	0	0	0
Brevet soins infirmiers	Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical (Barbou) - Liège	0	0	18	0	111	0
	Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical - Verviers	0	0	0	0	0	121
	Ecole St-Joseph - Ste-Julienne - Liège	233	78	12	3	8	0
Enseignement de promotion sociale - Liège		54	16	0	37	90	0
Total/site		778	488	470	155	320	255
TOTAL CHC							2466

Les volontaires

Plus de 200 personnes interviennent au CHC avec un statut de volontaire. Cela représente une vingtaine d'équipes qui travaillent soit directement au sein des services du CHC, soit par le biais d'associations comme la Croix-Rouge, la Pastorale ou les Globules rouges ...

Les volontaires sont majoritairement des dames, âgés de plus de 55 ans pour 88% d'entre eux. Ils sont présents entre 4 et 8h par semaine, ce qui représente environ 40.000

heures prestées gracieusement par an. L'accueil, l'accompagnement, les petits services sont les prestations qu'ils fournissent majoritairement. Une coordination du volontariat a été mise en place en 2009 afin de mieux valoriser la présence et les actions des volontaires, augmenter l'interaction avec le CHC et renforcer l'attractivité et la motivation de la fonction.



Rapport d'activités

Activité hospitalière et consultations

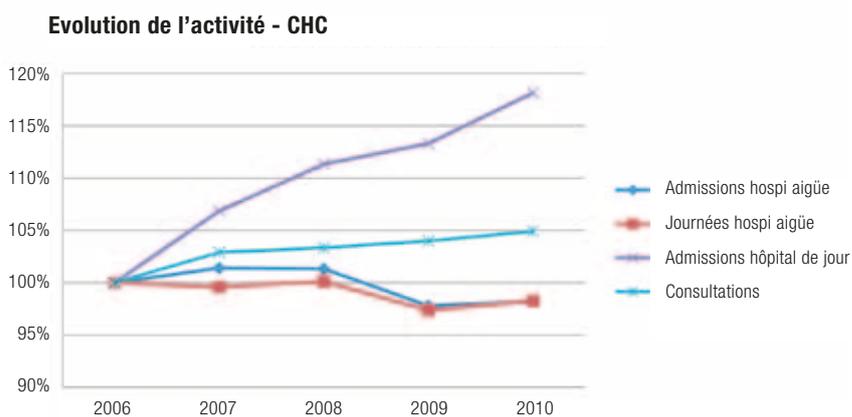
Evolution de l'activité hospitalière en quelques chiffres clefs

L'offre de soins a été repensée afin d'adapter les structures du CHC à l'évolution de la population ainsi qu'à l'évolution des techniques opératoires :

- des **lits de gériatrie** (novembre 2010) et de **revalidation** (octobre 2009) ont été ouverts pour répondre au vieillissement de la population. Ils ont été obtenus par reconversion de lits de médecine et de chirurgie.

		CHC 2008	CHC 2009	CHC 2010	St-Joseph	Espérance	ND Waremmé	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière - Nombre de lits hospitalisation classique au 31 décembre 2010										
C+D	Médecine et chirurgie	566	544	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	102	102	126	48		24	30		24
M	Maternité	125	125	125	44				61	20
N	Soins intensifs néonataux	35	35	35					35	
SP palliatifs	Soins palliatifs	6	6	6				6		
SP locomoteur	Revalidation	40	56	56		20	16	20		
A	Neuropsychiatrie	75	75	75					75	
TOTAL		1.051	1.045	1.045	335	193	88	110	201	118

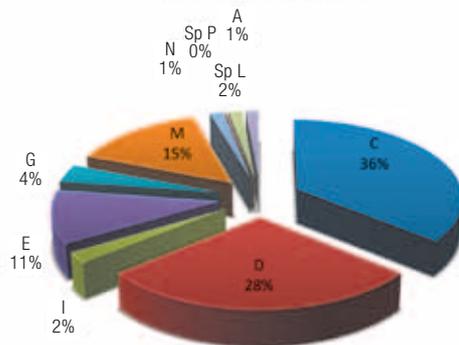
- le virage vers l'**hospitalisation de jour** entamé dans les années 2000 se confirme toujours, comme le montre le graphique ci-dessous.



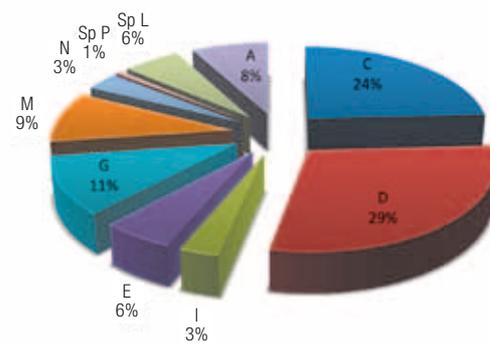
	CHC 2008	CHC 2009	CHC 2010	St-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière - Hospitalisation de jour									
Médical	19.174	19.740	20.368	9.703	1.669	2.122	3.652	276	2.946
Chirurgical	24.088	24.266	25.495	6.066	3.078	1.387	2.551	4.131	8.282
Gériatrique	47	80	105	105					
TOTAL	43.309	44.086	45.968	15.874	4.747	3.509	6.203	4.407	11.228

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

**38.483 admissions en 2010
- par indice de lit -**



**304.683 journées d'hospi en 2010
- par indice de lit -**



	CHC 2008	CHC 2009	CHC 2010	St-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière - Journées et admissions en hospitalisation classique									
Journées hospi classique									
C+D	171.010	165.042	162.249	78.893	26.959	10.253	15.982	5.908	24.254
I	9.675	9.348	9.369	3.388	1.620	1.223	1.726		1.412
E	18.304	17.035	17.091		17.091				
G	33.021	32.493	33.074	13.655		8.024	10.702		693
M	29.903	29.290	29.245	3.914				19.932	5.399
N	9.930	9.923	9.992					9.992	
SP palliatifs	1.880	1.900	1.849				1.849		
SP locomoteur	12.771	13.901	17.902		6.225	5.225	6.452		
A	23.983	23.012	23.912					23.912	
TOTAL	310.477	301.944	304.683	99.850	51.895	24.725	36.711	59.744	31.758
Admissions hospi classique grandes portes (entrée du patient au CHC)									
C+D	25.720	25.015	24.699	9.857	4.498	1.411	2.788	2.035	4.110
I	925	898	868	171	165	193	209		130
E	4.442	4.066	4.181		4.181				
G	1.378	1.316	1.400	514		277	566		43
M	5.631	5.479	5.598	766				3.894	938
N	509	499	560					558	2
SP palliatifs	63	58	54				54		
SP locomoteur	437	475	591		204	164	223		
A	613	521	532					532	
TOTAL	39.718	38.327	38.483	11.308	9.048	2.045	3.840	7.019	5.223

De manière détaillée, les statistiques des activités hospitalières et en polycliniques évoluent de la sorte sur les trois dernières années :

	CHC 2008	CHC 2009	CHC 2010	St-Joseph	Espérance	ND Waremme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière - Autres statistiques									
Autres statistiques d'activité									
Accouchements	4.864	4.770	4.920	664				3.457	799
Consultations médicales (hors médico-technique)	389.727	392.173	395.779	122.956	76.600	35.031	54.428	59.270	47.494
Consultations médicales polycliniques extérieures	54.034	54.313	54.508						
Imagerie médicale - examens	324.179	337.071	340.321	112.395	69.456	41.099	54.034	16.322	47.015
Imagerie médicale - examens extérieurs	5.265	6.666	7.237						
Biologie clinique - nombre d'analyses (en milliers)	5.678	5.779	5.826	1.758	936	389	653	783	1.307
Urgences adultes	68.862	72.556	73.200	18.636	21.110	8.096	12.957		12.401
Urgences enfants	20.880	22.832	22.412		22.412				
Sorties SMUR	1.497	1.707	1.711		1.247	464			
Bloc opératoire - nombre d'interventions	47.485	48.544	49.148	14.071	8.559	3.957	4.327	7.063	11.171

Activité de la Maison de soins psychiatriques (Maison Notre-Dame - Waremme)

L'activité de la MSP de Waremme reste stable.

	CHC 2008	CHC 2009	CHC 2010
Activité MSP			
Nombre de lits	30	30	30
Journées MSP	10.872	11.239	11.545
Personnel en ETP	14,4	13,9	15,4

Activités du Réseau senior

Dès la création du Réseau senior en 1998, le CHC a mis en œuvre une politique volontariste afin :

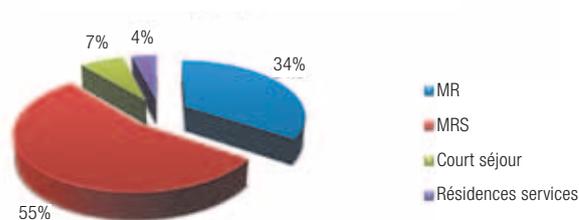
- de s'adjoindre de nouvelles maisons de repos
- d'augmenter la capacité des maisons et
- de diversifier l'offre de services (MRS, lits de court séjour, résidences services) au sein des résidences déjà présentes dans le Réseau senior

Cette politique a nécessité d'importants investissements. Force est de constater qu'elle porte manifestement ses fruits et qu'elle répond à la demande des personnes âgées toujours plus nombreuses dans notre société, même si la demande dépasse l'offre dans le secteur.

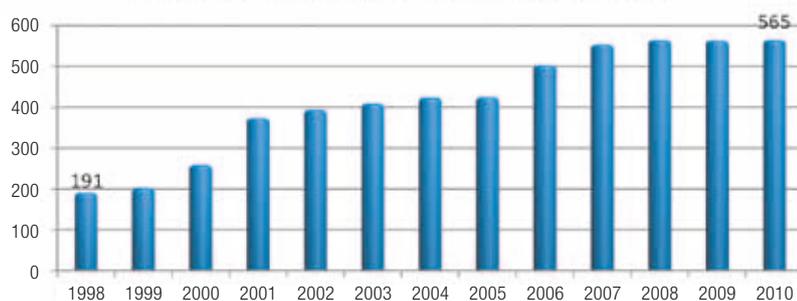
Les graphiques suivants montrent la forte croissance du Réseau senior, en nombre de lits, répartis sur les 7 maisons de repos et par type de lits. Depuis le 1^{er} janvier 2011, une 8^e maison de repos de 110 lits fait partie du réseau. Il s'agit de la Résidence Saint-Charles à Landenne-sur-Meuse. Cette maison, anciennement partenaire du CHC, a décidé de rejoindre le Réseau senior du CHC, qui totalise dès lors 675 lits depuis janvier 2011.

	CHC 2008	CHC 2009	CHC 2010
Activité Réseau senior			
Nombre de lits	561	564	565
Journées	201.807	201.811	203.074
Personnel en ETP	243,4	264,0	265,2

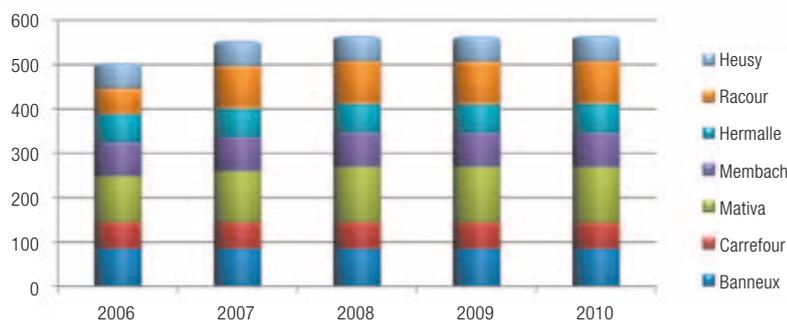
Réseau senior : lits agréés au 31/12/2010



Réseau senior : nombre de lits

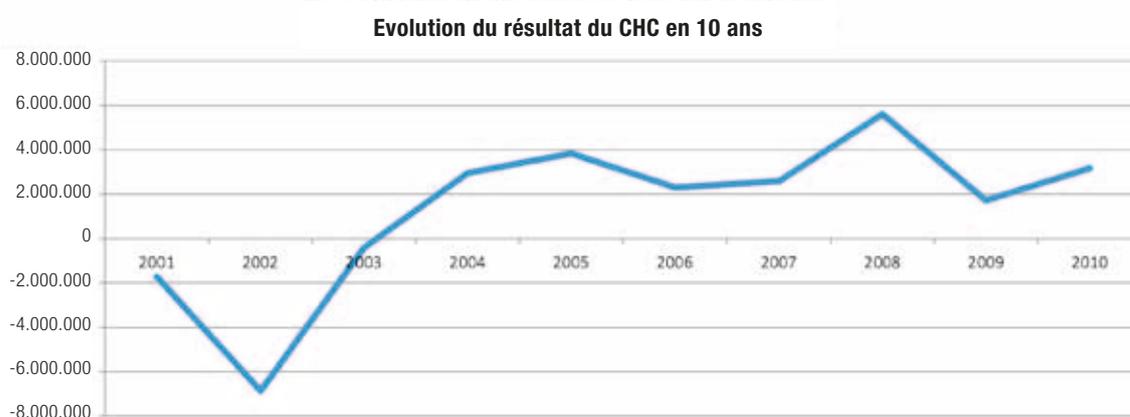


Nombre de lits par maison de repos



Volet financier : Résultats et comptes annuels

Après avoir subi un sérieux revers en 2001 et en 2002, le CHC n'a cessé de redresser la barre. Malgré les difficultés inhérentes à la gestion hospitalière, et en particulier au caractère multisites, le CHC a enchaîné ces dernières années des exercices positifs, condition sine qua non pour continuer à investir et maintenir un haut niveau de qualité de prise en charge pour nos patients et résidents.



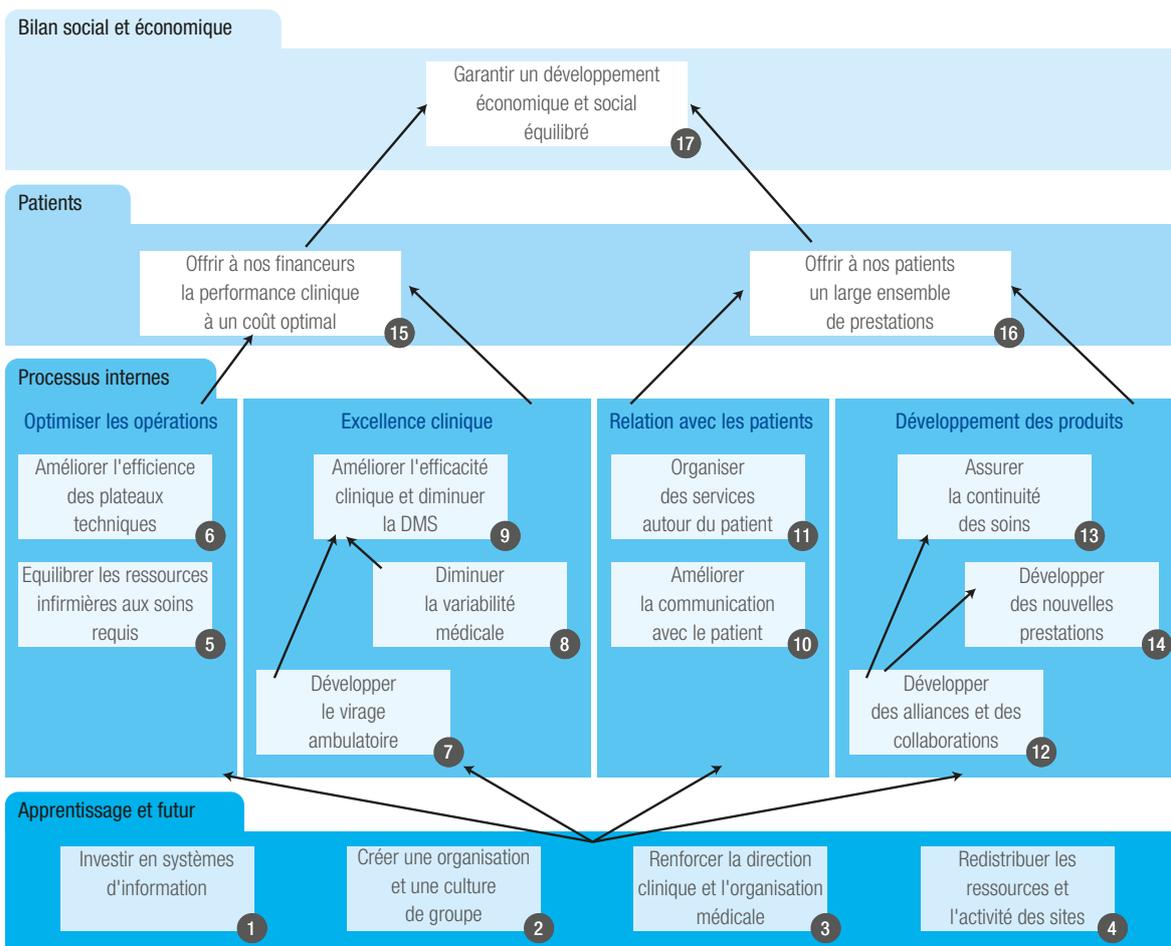
Bilan CHC asbl

en milliers EUR	2010	2009
ACTIF		
Actifs immobilisés	190.771	183.539
I Frais d'établissement	2.824	2.712
II Immobilisations incorporelles	2.449	2.974
III Immobilisations corporelles	184.658	176.963
<i>Terrains et constructions</i>	145.650	131.453
<i>Matériel d'équipement médical</i>	14.811	13.889
<i>Matériel d'équip. non médical et mobilier</i>	14.434	15.465
<i>Location, financement</i>	4.172	173
<i>Immobil. en cours et acomptes versés</i>	5.590	15.982
IV Immobilisations financières	840	890
Actifs circulants	135.979	132.892
V Créances à plus d'un an	5.394	5.082
VI Stocks et commandes en cours	7.715	7.121
VII Créances à un an au plus	107.582	100.614
VIII Placements de trésorerie	11.055	14.329
IX Valeurs disponibles	2.407	3.476
X Comptes de régularisation	1.825	2.270
Total de l'actif	326.750	316.431
PASSIF		
Capitaux propres	77.718	74.810
I Apports et dons en capital	9.493	9.493
III Réserves	2.702	2.702
IV Résultat reporté	47.507	44.341
V Subsidés d'investissement	18.016	18.274
VII Provisions pour risques et charges	25.365	10.942
VIII Dettes à plus d'un an	110.658	106.713
IX Dettes à un an au plus	110.060	111.916
Dettes à + d'un an échéant ds année	13.192	12.414
Dettes fournisseurs	27.089	30.872
Montant de rattrapage	17.727	17.300
Médecins, dentistes, pers. soign.	25.734	25.837
Acomptes reçus	40	32
Dettes fiscales, salariales et sociales	26.216	25.424
Autres dettes	62	36
X Comptes de régularisation	2.949	12.050
Total du passif	326.750	316.431

Compte de résultats CHC asbl

en milliers EUR	2010	2009
COMPTE DE RESULTATS		
Produits d'exploitation	364.749	352.966
Chiffre d'affaires	337.920	328.200
Budget moyens financiers	120.995	114.995
Suppléments des chambres	3.174	3.615
Forfaits conventions INAMI	16.391	15.914
Produits accessoires	1.859	1.850
Produits pharmaceutiques et assimilés	44.189	42.315
Honoraires	151.312	149.511
Production immobilisée	1.075	1.106
Autres produits d'exploitation	25.755	23.660
Charges d'exploitation (-)	355.540	345.373
Approvisionnements et fournitures	69.874	68.576
Services et fournitures accessoires	105.065	102.665
Rémunérations et charges sociales	157.088	151.574
Amortissements, réd. valeur et provisions	19.061	18.465
Autres charges d'exploitation	4.452	4.093
Résultat d'exploitation	9.210	7.594
Produits financiers	1.772	1.534
Charges financières (-)	5.493	5.512
Résultat courant	5.489	3.616
Produits exceptionnels	12.744	1.844
Charges exceptionnelles (-)	15.066	3.740
RESULTAT DE L'EXERCICE	3.167	1.720

La carte stratégique pour implanter la vision 2008 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 huit 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 **huit axes**.

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

Le présent chapitre reprend les faits marquants du groupe suivant ces axes. De par son découpage, ce chapitre contient nécessairement certains raccourcis, mais également certaines redites. Le lecteur voudra bien nous en excuser.

- 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.

2010 a été particulièrement riche, tant pour les nouvelles prestations que pour la continuité des soins et la collaboration avec les médecins généralistes ou les autres acteurs de la santé.

A Heusy, **la clinique Sainte-Elisabeth** a finalisé la première phase de ses **travaux d'extension**. La hausse d'activité de la clinique, et notamment l'hospitalisation de jour (qui a triplé les sept dernières années), a conduit la direction du CHC à construire une nouvelle aile. Il s'agit de la quatrième extension de la clinique verviétoise depuis son inauguration en 1903.

En octobre 2010, le niveau 0 de la nouvelle aile a accueilli l'hôpital de jour (dont la capacité a été doublée), la salle de prélèvement du laboratoire, les consultations d'oncologie, la clinique de la douleur (algologie) et le service de préhospitalisation.

La première phase de ces travaux s'est échelonnée entre 2008 et 2010. Elle consistait en la construction des niveaux -2 à 0, au parachèvement du niveau 0, en l'extension de l'imagerie médicale et l'ouverture d'une unité de résonance magnétique nucléaire (RMN).

Les phases 2 et 3 s'échelonneront entre 2011 et 2014. Elles consisteront en :

- l'exhaussement des niveaux +1 à +3 de la nouvelle aile
- le parachèvement des niveaux -1, -2, et +1 à +3
- la rénovation du bâtiment existant, la démolition de l'actuel bâtiment de médecine nucléaire et la réalisation d'une liaison directe entre le bâtiment principal et la nouvelle aile.



Sainte-Elisabeth : travaux d'extension

Toujours à Heusy, une nouvelle unité de **gériatrie** a vu le jour en novembre, répondant ainsi aux besoins liés au vieillissement de la population. Cette unité de 24 lits occupe le 3^e étage de l'aile nord, précédemment occupé par les lits de médecine, désormais descendus au 1^{er} étage et regroupés avec la chirurgie (C+D). Une équipe volante de gériatrie de liaison a vu le jour fin 2009, en collaboration avec le service de gériatrie de la clinique Saint-Joseph. Une équipe pluridisciplinaire prend en charge les personnes âgées de plus de 75 ans présentant un profil gériatrique confirmé par des échelles d'évaluation. Cette discipline poursuit également son développement sur les sites de Notre-Dame Hermalle et Notre-Dame Waremme où deux nouvelles places ont été ouvertes en hôpital de jour.

A **Waremme**, quinze jours de travaux ont été nécessaires au changement du système de reconditionnement d'air d'une salle du bloc opératoire, ce dernier restant en activité. Ce chantier, qui anticipe ainsi une prochaine réglementation en matière de chirurgie orthopédique prothétique, a été suivi d'une révision globale de tout le système de ventilation du quartier opératoire.

Waremme toujours, où la nouvelle unité de **revalidation** a été officiellement inaugurée en février 2010 bien qu'ouverte en octobre de l'année précédente. Composée de 16 lits, cette unité participe au plan de redéploiement de la clinique lancé en 2008 et à l'extension du **service de médecine de l'appareil locomoteur** du CHC. Extension confirmée à la **clinique Notre-Dame Hermalle** qui s'est fortement investie dans la revalidation oncologique, ainsi que dans un programme de rééducation des affections de la colonne vertébrale (« clinique du dos ») qui s'y développe après les sites de Waremme et de l'Espérance.

L'Espérance dispose également d'une salle de rééducation vouée exclusivement aux enfants. Cette salle a fait l'objet de travaux de rénovation en 2010 afin de favoriser la collaboration entre les différents intervenants (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, ...) qui pratiquent un type de rééducation motrice très spécifique s'adressant essentiellement aux enfants présentant des troubles du développement moteur (infirmité motrice d'origine cérébrale).



Espérance : salle de rééducation pédiatrique rénovée

Toujours à l'Espérance, une **chambre bien-être** a été inaugurée en avril au sein de l'hôpital de jour adultes. Cette chambre est essentiellement destinée aux patients d'oncologie qui viennent recevoir un traitement de chimiothérapie. Le confort qu'elle offre est entièrement voué à la détente : aromathérapie, musique relaxante, télévision à écran plat, lumière douce, couleurs et décoration invitant à la décontraction, ... Le patient peut également bénéficier des soins prodigués par une esthéticienne sociale tels que manucure et/ou massage. Même si cette chambre reste une chambre d'hôpital, donc adaptée aux soins, le cadre correspond également aux critères du « prendre soin ».

Le 1^{er} juin 2010, l'Amicale des **pompiers de Liège** a remis un chèque de 10.000 € à la clinique de l'Espérance. Cette somme, provenant des bénéfices de la vente de son célèbre calendrier, a permis à l'hôpital de jour pédiatrique d'acquérir du matériel médical : une pompe à morphine, un pousse-seringue et une pompe à réhydratation, permettant à des enfants de poursuivre leur traitement oncologique à domicile plutôt qu'en milieu hospitalier. En effet, afin de préserver le lien social et familial du petit patient, le département pédiatrique de la clinique met tout en œuvre pour limiter les hospitalisations.

Le **centre multidisciplinaire de la douleur chronique** est actif à l'Espérance depuis 1997. Sa reconnaissance fin 2009 par le SPF Santé publique a permis un meilleur financement de l'encadrement psychologique, qui est passé de deux à cinq demi-journées par semaine. Ce centre s'adresse à des patients souffrant de douleurs persistantes depuis plus de trois mois et qui résistent aux traitements prescrits. La prise en charge est pluridisciplinaire : psychologie, kinésithérapie, infiltration(s), prise en charge de groupe, ... Avec près de 500 nouveaux patients chaque année, le nombre de patients suivis est en constante augmentation.

C'est dans les environs de la clinique de l'Espérance que le CHC a inauguré fin décembre une nouvelle offre de services, une **crèche**. D'une capacité d'accueil de 18 places, elle occupe deux maisons mitoyennes qui ont nécessité d'importants travaux pendant six mois, pour la plupart réalisés en interne. Les espaces ont été spécialement aménagés afin de pouvoir accueillir les tout-petits qui sont répartis en deux groupes. Les plus jeunes se partagent le 1^{er} étage, alors que le rez-de-chaussée est réservé aux plus grands.

L'achat des bâtiments représente un investissement de 169.000 €, auquel s'ajoutent les travaux, matériels et frais (170.000 €). L'ouverture de cette crèche s'inscrit dans le cadre du Plan Cigogne visant la création de places d'accueil pour les enfants de 0 à 3 ans. Elle est partiellement subventionnée par l'ONE, mais le CHC intervient dans les frais de fonctionnement à raison d'environ 50.000 € par an. La crèche n'est pas réservée au personnel du CHC, même si celui-ci est prioritaire en cas de liste d'attente.



Crèche : l'espace de jeux au rez-de-chaussée

A la **clinique Saint-Vincent**, 2010 aura été une année des plus fastueuses pour le **service de procréation médicalement assistée (PMA)**. Créé en 1985, le service de médecine de la reproduction de Rocourt a quadruplé son activité depuis 2002. Ce succès est le fruit d'une politique volontariste, marquée par de gros investissements et une réorganisation rigoureuse. Depuis le 1^{er} avril 2010, toutes les activités de la PMA sont réunies sur un même plateau, au 2^e étage de la clinique. En juin 2010, un audit de suivi a confirmé la certification ISO 9001-2008 acquise un an plus tôt pour l'ensemble des activités du service, qui reste à ce jour le seul centre de médecine de la reproduction à bénéficier d'une telle reconnaissance en Wallonie. En juin toujours, l'inspection de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) s'est soldée par un bilan positif, permettant au service de décrocher un agrément de quatre ans (soit la durée maximale) l'autorisant à exercer ses activités.

Si la clinique Saint-Vincent est réputée pour sa maternité¹, son service de psychiatrie-psychologie est le pôle de référence du CHC pour la psychologie aigüe. La **nouvelle aile de psychiatrie** a été officiellement inaugurée le 12 mars. Construite sur un étage, cette toute nouvelle unité de soins accueille 30 lits (18 chambres seules, un isolement sécurisé et 6 chambres à 2 lits). Chaque chambre est équipée de sanitaires. Les zones communes (salle à manger, salon, ...) et bureaux infirmier et de consultation complètent l'infrastructure de ce nouveau bâtiment.

La **clinique Saint-Joseph** s'est dotée d'une nouvelle **RMN** (résonance magnétique nucléaire), opérationnelle depuis le mois de mars. Ce nouvel appareil, équipé d'un aimant de 3.0 Tesla, offre une qualité d'image supérieure et ouvre la porte au domaine de l'imagerie fonctionnelle, permettant d'étudier le fonctionnement des organes.

En juin, le service des **urgences** a fêté le 10^e anniversaire de sa reconnaissance comme service SUS (soins d'urgence spécialisés) et son agrément 100. L'année 2010 marque également la fin des travaux de rénovation, qui ont permis un réaménagement des locaux en veillant à une ergonomie plus adaptée, offrant un confort plus adéquat tant pour les patients que pour le personnel soignant.

¹ En 2010, 3.457 accouchements y ont eu lieu, confirmant sa place de première maternité de Belgique.

Toujours à Saint-Joseph, un **nouveau bloc d'imagerie interventionnelle** est opérationnel depuis le mois d'octobre. Tout à fait unique en région liégeoise, ce bloc constitue un concept novateur qui allie les avantages de différentes techniques d'imagerie (échographie, scanner, angiographie) et un environnement stérile du même type qu'un bloc opératoire. Outre de meilleures conditions d'hygiène et une sécurité accrue pour le patient, toute l'imagerie de ce bloc est digitale, offrant une qualité et une définition d'image remarquables permettant un guidage renforcé de l'acte médical. Au carrefour de différentes techniques et compétences médicales, cette « chirurgie à l'échelle d'un trou d'aiguille » s'inscrit pleinement dans un esprit de complémentarité et de multidisciplinarité. Seule la clinique Saint-Joseph dispose d'un outil aussi performant et aussi pointu en province de Liège. Ce nouveau bloc qui compte deux salles au 5^e étage de la clinique représente un investissement de 1,5 million € (dont deux tiers pour l'équipement).



Saint-Joseph : les deux salles du bloc d'imagerie interventionnelle

Ce n'est pas tout, puisque le CHC s'est également doté de **4 nouveaux scanners équipés de réducteurs de dose** qui permettent de limiter l'irradiation des patients. Deux de ces appareils ont été installés en septembre, le premier à Notre-Dame Waremme, le second à Saint-Joseph. Deux autres suivront à Notre-Dame Hermalle et Sainte-Elisabeth

courant 2011. Enfin, un scanner existant à l'Espérance sera équipé d'un module de réduction de dose, portant l'investissement à 3,5 millions €. D'autres hôpitaux ont également initié une démarche en vue d'installer des scanners à réduction de dose, mais le CHC est certainement le groupe hospitalier qui a poussé la démarche le plus loin.

Au niveau du **Réseau senior**, le CHC a conclu en juin un accord avec la **Résidence Saint-Charles de Landenne-sur-Meuse**. Maison partenaire du CHC depuis de nombreuses années, cette maison de repos de 110 lits (répartis en 60 lits MR et 50 lits MRS) rejoindra officiellement le Réseau senior le 1^{er} janvier 2011. Ce rapprochement constitue l'aboutissement de nombreuses années d'échange et de collaboration entre le CHC et l'asbl gérant la résidence. Ce transfert d'activité permettra de renforcer considérablement le positionnement du Réseau senior dans le secteur de la prise en charge de la personne âgée ; la capacité d'accueil passant de 565 à 675 lits, répartis sur 8 résidences.



La Résidence Saint-Charles de Landenne-sur-Meuse

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

La **Maison de Julien**, inaugurée en octobre, s'inscrit pleinement dans cet axe. Initiative unique en région liégeoise, il s'agit d'une maison accueillant les parents d'enfants hospitalisés pour une longue durée et résidant loin de la **clinique de l'Espérance**. Cette initiative s'intègre dans une dynamique constante d'humanisation des soins, répondant à la logique selon laquelle c'est à l'hôpital de s'adapter aux besoins spécifiques de l'enfant (et non l'inverse), la place des parents étant au plus près de leur enfant malade. Une présence permanente n'est cependant pas toujours facile, la famille devant faire face à de nombreuses difficultés pratiques (éloignement géographique, contraintes professionnelles, charge des autres enfants, soucis financiers, ...).

La Maison de Julien peut accueillir deux familles avec deux enfants. Elle se présente comme une maison familiale entièrement équipée, composée de trois chambres, de deux salles d'eau, d'un grand living, d'une cuisine, d'une terrasse et d'un petit jardin. Le tout dans la rue Malvoz jouxtant la clinique de l'Espérance, à quelques dizaines de mètres à peine de la chambre de leur enfant hospitalisé. Cette initiative représente un investissement de départ proche de 200.000 €, financé par le CHC, en partenariat avec le Plan cancer (SPF Santé publique) et l'asbl Les amis de Julien.



Espérance : une des chambres de la Maison de Julien

A l'Espérance encore, le **centre Pinocchio** - spécialisé dans le traitement des maladies métaboliques rares - a déménagé

en juillet 2010 vers de nouveaux locaux situés dans l'extension de l'aile de pédiatrie. Trois mois avant son déménagement, le centre Pinocchio avait organisé en Suisse son camp médico-pédagogique annuel, dont l'objectif est d'apprendre à des jeunes patients (âgés de 6 à 18 ans) à s'alimenter en tenant compte des restrictions imposées par leur maladie. Ces jeunes souffrent principalement de phénylcétonurie, une maladie métabolique rare qui leur impose un régime alimentaire draconien : protéines animales, pain, biscuits et pâtes leur sont interdits, seuls les fruits et légumes sont autorisés en quantités contrôlées, ainsi que des substituts alimentaires essentiels à leur développement. Des activités pédagogiques les aident à mieux comprendre et gérer les spécificités de leur maladie. Initiative unique en Belgique, ce camp permet à des jeunes atteints d'une même maladie métabolique rare de se rencontrer, de nouer des amitiés, de partager leurs difficultés, mais aussi leurs astuces pour finalement mieux vivre avec la maladie.

En 2010, le **service de médecine nucléaire** de la clinique Saint-Joseph a collaboré avec la cellule humanisation des soins et la pédiatrie afin d'améliorer la prise en charge et d'adapter les protocoles aux enfants. Les jeunes patients sont souvent agités car impressionnés par les appareils d'imagerie médicale, ce qui complique considérablement les examens. Des outils permettant d'apprivoiser l'examen ont été développés (feuilles d'information, coin enfants dans la salle d'attente de médecine nucléaire, ...) et le personnel a été formé à la spécificité de la prise en charge pédiatrique. Les technologues ont par ailleurs été formés à l'utilisation du MEOPA, un gaz qui a un effet analgésique et amnésique sur le patient, le but étant de réduire l'anxiété.

Pour la cellule humanisation des soins, mai 2010 marque aussi l'organisation de la **12^e semaine de l'enfant à l'hôpital** à la clinique de l'Espérance. Soit tout un programme d'activités s'inscrivant dans une démarche institutionnelle d'humanisation des soins : spectacles avec magiciens et conteurs, ateliers créatifs assurés par des membres de la clinique (pâtisserie, menuiserie, bijoux créatifs, ...), le tout dans un contexte d'échanges, parfois intergénérationnels.

SOS Familles constitue la seule des 14 équipes SOS Enfants qui soit intégrée dans un milieu hospitalier, en l'occurrence la clinique de l'Espérance. Ces services s'occupent de la prévention et du traitement des situations de maltraitance infantile en Communauté française. La **visite de la Princesse Mathilde** le 28 mai a permis de mettre à l'honneur ce service et ses initiatives innovantes, notamment le projet *ETAPE* (ensemble, travaillons autour de la petite enfance) qui vise à prévenir les négligences parentales, en collaboration avec les maisons médicales liégeoises, et le projet *Seconde peau*, qui vise à élargir et structurer l'offre de service en soutien à la parentalité en région liégeoise.



Espérance : la Princesse Mathilde à la salle de jeux

A Rocourt, les travaux menés au **quartier d'accouchement** ont permis de répondre positivement au nombre croissant de patientes en leur offrant un accueil de qualité. Les travaux se sont étalés sur cinq phases. La première prévoyait la construction de quatre nouvelles salles d'accouchement, dont deux salles de césarienne. Les phases suivantes consistaient à rénover les actuelles salles d'accouchement, à en transformer certaines en salles de naissance et à y ajouter des zones de confort comme par exemple un bain de dilatation. Des travaux menés dans l'unité de médecine materno-fœtale (aussi appelée MIC pour maternal intensive care) permettront à terme d'y aménager six chambres supplémentaires.

Montons d'un étage à Saint-Vincent pour rejoindre le **service de procréation médicalement assistée (PMA)**. Si les nombreux aménagements du service ont été couronnés par la certification ISO 9001-2008 et l'obtention d'un agré-

ment de quatre ans (voir axes 1 et 3), ils ont également été salués par les patients au travers d'une enquête de satisfaction. Menée entre avril et octobre 2010 auprès de 130 couples de patients, cette enquête avait pour objectif de mesurer le taux de satisfaction par rapport aux nouvelles installations. Les résultats étaient plutôt élogieux, puisque 95% des couples ayant connu les anciennes installations ont souligné l'amélioration des nouveaux cabinets médicaux. Les démarches de paiement, l'accueil du secrétariat et la gestion de la confidentialité ont été améliorés pour respectivement 52, 80 et 84% des patients. Enfin, 93% de ces couples n'hésiteraient pas à recommander le service PMA de Rocourt !

Depuis le printemps, la **clinique Saint-Joseph** propose une **consultation de support nutritionnel** destinée à l'évaluation et au suivi des patients présentant une dénutrition (avérée ou risquée, principalement chez la personne âgée). La prise en charge nutritionnelle des patients est un domaine qui s'est considérablement développé ces derniers temps. Le CHC dispose d'ailleurs depuis plusieurs années d'un comité nutritionnel composé d'une trentaine d'intervenants (médecins, infirmiers, diététiciens, hygiénistes, ...), tous concernés par l'alimentation du patient.

La dénutrition est le plus souvent la conséquence d'une maladie aiguë ou chronique et témoigne de la gravité de celle-ci. Outre l'impact sur la qualité de vie et sur l'état général du patient, la dénutrition augmente le risque de complications survenant durant l'hospitalisation, avec comme conséquence un allongement de la durée moyenne de séjour. D'où l'importance d'un dépistage précoce. En organisant cette consultation nutrition, le CHC renforce son implication en matière de dépistage et de prise en charge de la dénutrition, laquelle constitue un enjeu majeur de santé publique.

En 2010, **plusieurs initiatives liées à l'orientation patient** ont attiré les **médias**, notamment les télévisions françaises. En février d'abord, l'émission *Les Maternelles* (France 5) faisait écho de pratiques novatrices et présentait quelques reportages sur l'accueil de l'enfant en milieu hospitalier, faisant intervenir sur le plateau parents et experts pour témoigner de la nécessité d'informer l'enfant de ce qui va lui arriver. A cette occasion, quelques extraits du film *Informer par le jeu* réalisé en 2005 par l'association Spardrap et Bénédicte Minguet (Espérance) ont été diffusés. Ce film montre comment le personnel infirmier de l'Espérance

informe les enfants gravement malades au moyen de la poupée oncologique. Jouer le soin est un moyen privilégié pour entrer en contact avec l'enfant et lui permettre d'intégrer plus efficacement une information. L'introduction du jeu dans la pratique soignante ne s'improvise pas et exige réflexion, méthode et formation. La spécificité de l'Espérance est bien là. Depuis une quinzaine d'années, l'information par le jeu est délibérément inscrite dans un projet de soin partagé par tout le département de pédiatrie, qui a su se remettre en question, bousculer des habitudes et intégrer des pratiques résolument novatrices dans un cadre institutionnel.



Espérance : la poupée oncologique comme outil d'information par le jeu

En mai, l'émission *C'est quoi l'amour* (TF1) a présenté un reportage tourné dans le service de néonatalogie de la clinique Saint-Vincent. Trois jours de tournage sur place pour un reportage axé essentiellement sur la relation parents-enfant, qui démarre avec difficulté lorsque l'enfant paraît trop tôt et pas encore suffisamment équipé pour la vie. Les parents doivent partager leur tout-petit avec l'équipe soignante, ce qui engendre parfois un sentiment de perte ou d'incompétence. Ce reportage émouvant témoigne du soutien bienveillant que l'équipe apporte aux parents afin que, malgré des circonstances particulières, le lien parents-enfant puisse être tissé le plus serré possible.

Toujours à Saint-Vincent, mais via une télévision belge cette fois, la gynécologie a également été mise à l'honneur en avril avec l'interview du Dr Francis Génicot sur RTL-TVI dans le cadre de l'émission de grande écoute *Indices*. Cette émission juridico-sociale revenait sur un cas de déni de grossesse doublé d'un infanticide. Le témoignage du Dr Génicot a permis d'exposer le rôle difficile du médecin et de l'équipe face à de telles situations.

Citons encore, comme dernière illustration des projets à orientation patient, toutes les actions menées dans le cadre de **l'information et l'éducation du patient**.

Intégrée à la démarche des soins, l'éducation du patient est structurée autour d'activités et d'apprentissages visant à permettre au patient d'acquérir de nouvelles compétences en matière de santé et, le cas échéant, de disposer des ressources nécessaires pour adapter son comportement en fonction de sa pathologie. Il pourra ainsi en connaissance de cause faire des choix de santé judicieux, devenir partenaire des soins, prendre en charge de manière active son état de santé et acquérir une autonomie pour gérer sa maladie.

L'éducation du patient commence toujours par une bonne information. Orale ou écrite, cette information permet au patient de découvrir, d'explorer et de clarifier sa situation médicale au moment où le diagnostic est posé. Elle repose sur un accompagnement du patient qui se veut le plus pragmatique possible :

- au chevet du patient ou en consultation, l'accompagnement est axé prioritairement sur des informations et des gestes applicables au quotidien
- il s'appuie sur toute une série de brochures liées à des consultations spécifiques (clinique du sein, convention diabète, stomathérapie, tumeurs digestives, insuffisance cardiaque, centre d'action contre le surpoids pour enfants et adolescents, ...).



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

Pour atteindre l'excellence clinique, il faut à la fois des hommes et des femmes de talent, une volonté commune d'avancer et un management qui assure que les moyens (humains, financiers, ...) seront mis en œuvre. La qualité des prestataires du CHC n'est plus à démontrer : une enquête réalisée en 2009 auprès des médecins généralistes qui réfèrent régulièrement leurs patients au CHC a montré que le niveau de médecine déployé au CHC est similaire à celui d'un hôpital universitaire. La volonté et les moyens, le CHC les a mis en œuvre en 2010 comme les années précédentes... Parmi les grandes concrétisations, citons le passage au matériel sans latex ou le bloc d'imagerie interventionnelle. Mais d'autres initiatives moins visibles participent elles aussi à l'amélioration de la prise en charge, comme les itinéraires cliniques.

Le CHC parmi les premiers hôpitaux européens sans latex



L'allergie au latex, extrait de l'hévéa (arbre à caoutchouc), est en progression constante dans le monde depuis les années 80. Cela s'explique par l'évolution du mode de culture de l'hévéa (stimulé à l'éthylène pour être plus productif), par la présence de nombreux additifs chimiques (conservateurs, antioxydants, ...) dans sa composition et, facteur principal, par l'exposition croissante au latex, omniprésent dans notre quotidien.

L'allergie au latex touche 6% de la population et 17% des professionnels de la santé (elle est reconnue comme maladie professionnelle). Dans le cas d'une réaction sévère, les symptômes observés peuvent aller jusqu'à une forte hypotension, une détresse respiratoire voire un choc anaphylactique qui nécessite une réanimation immédiate du patient dont la vie se joue alors. A l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement efficace et sans danger. De plus, aucune étude ne permet de déterminer le taux minimal de protéines qui exclut toute réaction allergique généralisée. On estime cependant que les facteurs de risque sont le jeune âge du patient et les opérations chirurgicales multiples.

Le CHC, qui réalise environ 50.000 interventions par an, estime qu'un patient allergique au latex (un sur deux l'ignore) est opéré chaque jour dans l'un de ses six blocs opératoires. Des mesures de prévention avaient par conséquent été prises. Des mesures de prévention primaires visent à réduire l'exposition : utilisation de matériel sans latex par le personnel et avec le patient qui se sait allergique ; priorité depuis plusieurs années aux fournitures sans latex. Des mesures de prévention secondaires sont également en place : dépistage des patients allergiques (mais les tests cutanés ne sont pas fiables à 100%) ; utilisation de gants sans poudre ou déprotéinisés (mais ces gants ne sont pas totalement dépourvus de latex et ne peuvent donc être utilisés avec les patients allergiques).

Etant donné que ces mesures de prévention n'ont réduit qu'en partie l'exposition et qu'il n'existe toujours pas de traitement de l'allergie, le CHC s'est engagé comme d'autres hôpitaux européens à aller plus loin en n'utilisant plus de matériel contenant du latex depuis janvier 2011. Ce choix responsable opéré au nom de la santé et de la sécurité a un coût important. Le CHC utilise 180.000 paires de gants par an, or un gant sans latex coûte jusqu'à cinq fois le prix d'un gant standard. 11.000 sondes vésicales sont consommées chaque année, dont la version sans latex coûte plus du double. Ce changement de matériel représente un investissement annuel de 200.000 €, réalisé sur fonds propres et en aucun cas répercuté sur la facture du patient.

Nouveau bloc de radiologie interventionnelle



Saint-Joseph : le nouveau bloc de radiologie interventionnelle, composé de deux salles

Le CHC dispose depuis janvier 2010 d'un nouveau bloc de radiologie interventionnelle au sein du service d'imagerie médicale de la clinique Saint-Joseph. Unique en province de Liège, cet outil très pointu et performant a représenté un investissement de 1,5 million €.

De plus en plus précise sur le plan balistique et de plus en plus invasive, la radiologie interventionnelle est un moyen de traitement complémentaire à la palette classique des prises en charge médicale et chirurgicale. Elle peut intervenir dans les actes qui exigent un ciblage précis (comme les infiltrations rachidiennes), dans les actes réalisés en urgence (boucher une artère qui saigne, par exemple) ou bien dans une optique de traitement, tant pour les interventions pointues (l'embolisation d'un anévrisme cérébral en neurologie, la chimio-embolisation en oncologie) que pour le traitement de maladies plus bénignes comme les fibromes utérins (la radiologie interventionnelle est une technique moins connue, mais très efficace comme alternative à l'hystérectomie).

Le bloc de radiologie interventionnelle de la clinique Saint-Joseph, composé de deux salles, constitue un concept novateur en ceci qu'il allie les avantages des différentes techniques d'imagerie (échographie, scanner, angiographie) et un environnement aussi stérile qu'un bloc opératoire. Principaux atouts : de meilleures conditions d'hygiène, une sécurité accrue pour le patient, une ergonomie supérieure pour les médecins interventionnels, la proximité avec le bloc opératoire (pour les anesthésistes notamment) et les soins intensifs (pour le suivi des patients). De plus, l'imagerie digitale 3D offre une image de qualité parfaite et renforce le guidage de l'acte médical, notamment pour les embolisations en neurologie et d'autres applications en oncologie.

Carrefour multidisciplinaire, le bloc de radiologie interventionnelle intensifie les collaborations avec la neurochirurgie, l'oncologie, mais aussi la chirurgie digestive, la gastroentérologie, la gynécologie et l'urologie, comme cela existe depuis plusieurs années avec la cardiologie et la chirurgie vasculaire. A noter encore que le développement de la radiologie interventionnelle en neurologie s'inscrit dans le cadre d'un partenariat avec l'Hôpital Erasme et le Centre hospitalier régional de la Citadelle.

Résonances magnétiques nucléaires

Le CHC dispose de deux nouvelles résonances magnétiques nucléaires (RMN) depuis 2010. La première est opérationnelle depuis le 8 mars à la clinique Saint-Joseph : un appareil de marque Philips, équipé d'un aimant de 3.0 Tesla. Les images anatomiques obtenues sont d'une définition supérieure grâce au champ magnétique plus puissant, ce qui représente un progrès notamment pour les examens neurologiques et ostéo-articulaires. Son utilisation est cependant contre-indiquée chez les patients porteurs d'une prothèse cardiaque métallique ou de certains tatouages ou maquillages permanents, raison pour laquelle Saint-Joseph a maintenu en service son autre RMN Siemens 1.5 Tesla.

La seconde nouvelle RMN a été mise en service fin octobre 2010 à la clinique Sainte-Elisabeth dans le cadre des travaux de rénovation et d'extension. Le service d'imagerie médicale, dont l'activité tourne autour de 47.000 examens par an, a été agrandi. Le service RMN peut aujourd'hui accueillir une vingtaine de patients par jour. Les examens de prédilection concernent : le cerveau et la colonne (la RMN permet d'explorer sans irradier et de manière plus précise que le scanner les pathologies neurologiques comme l'atteinte de la moelle cervicale, la sclérose en plaques, l'épilepsie et les pathologies tumorales et vasculaires), les articulations (exploration sans ponction ni injection intramusculaire), la pathologie mammaire, les pathologies pelviennes de la femme comme les

kystes complexes, le bilan des tumeurs gynécologiques, le diagnostic de l'endométriose et les suites de l'infarctus du myocarde.

Généralisation du custom pack

Le CHC a décidé de généraliser l'emploi du custom pack dans ses cliniques, comme c'est la tendance dans le monde hospitalier. Le custom pack est une trousse d'intervention spécialisée qui contient tous les accessoires nécessaires à une opération, ce qui fait gagner du temps et par conséquent de l'argent.

Les premiers custom packs ont fait leur apparition au CHC en 2006 : ils servaient pour les accouchements, les césariennes et la préparation des sets bébé à la clinique Saint-Vincent. La commission médicale du CHC a alors lancé une étude sur la qualité des champs opératoires et la composition des packs en collaboration avec les médecins et le personnel infirmier. Une phase test a démarré en octobre 2009 avec un premier pack en orthopédie et une première évaluation a eu lieu à la fin de la même année. Les nouveaux packs sont arrivés dès avril 2010.

Le CHC a porté son choix sur des custom packs contenant le matériel standard adapté à chaque discipline, le matériel spécifique au médecin ou à une pathologie étant toujours remis en fourniture individuelle. Actuellement, les packs sont utilisés dans les six cliniques du CHC, notamment en chirurgie pédiatrique (pour la coéloscopie et certaines interventions) et abdominale, en gynécologie et en orthopédie. Ils couvrent actuellement environ les trois quarts des interventions.

Le custom pack offre une économie de temps, et donc de coût, sur toute la ligne, de la réception du matériel à la préparation de l'intervention chirurgicale. La diminution du nombre de stocks, de commandes ou de factures, facilite le travail du personnel logistique et administratif. Quant au personnel soignant, il n'a plus à débarrasser chaque accessoire séparément (compresses, seringues, aiguilles, lames, canules d'aspiration, ...) comme il le faisait auparavant quand il utilisait des sets standards qui ne contenaient qu'un ou plusieurs champs opératoires. Avantage supplémentaire sur le plan médical : moins il y a de gestes de déballage, moins la poussière circule dans l'air et moindre est le risque d'infection.

Confirmation de la certification ISO 9001-2008 pour le service de procréation médicalement assistée

Le service de procréation médicalement assistée (PMA) de la clinique Saint-Vincent a obtenu la confirmation de

sa certification ISO 9001-2008 en 2010. C'est le premier service de médecine de la reproduction à bénéficier de cette reconnaissance en Wallonie et le troisième en Belgique francophone avec le CHU Saint-Pierre et le CHIREC de Bruxelles. Cette certification représente un label de qualité et un gage de rigueur pour les couples patients, de plus en plus nombreux à recourir à la PMA.

En Belgique, un couple sur six consulte pour infertilité - on parle d'infertilité si aucune conception n'est survenue après un an de rapports sexuels réguliers. Grâce à la PMA, 60% des couples confrontés à ce problème parviendront à réaliser leur désir d'avoir un enfant. A l'heure actuelle, 3% des enfants sont conçus par procréation médicalement assistée. Et le recours à celle-ci risque d'augmenter encore à l'avenir pour trois raisons principalement : l'âge auquel est conçu le premier enfant ne fait qu'augmenter (de 24 ans dans les années septante à 28 ans en 2000) ; la stérilité masculine tend elle aussi à augmenter (la qualité du sperme est en constante diminution en raison des facteurs environnementaux) ; le remboursement partiel de la PMA a étendu l'accès à celle-ci à des couples qui n'en avaient pas les moyens antérieurement.

Dans ce contexte, le service de PMA de la clinique Saint-Vincent a vu son activité quadrupler depuis 2002. Créé en 1985, il regroupe aujourd'hui 24 personnes : 6 médecins, 6 biologistes, 2 psychologues, 5 infirmières et 5 secrétaires. De 2008 à 2010, le CHC a investi 800.000 € dans le service, le dotant d'une nouvelle salle d'opération dédiée à la PMA et d'un nouveau laboratoire d'embryologie. Tout le service a été regroupé dans une même entité géographique, ce qui a créé une unité d'espace et de temps favorable à l'accueil des patients, à l'efficacité et à l'ergonomie du travail. Cette évolution s'est faite en cohérence avec l'activité de la clinique Saint-Vincent qui compte également une unité de médecine materno-fœtale (grossesses à hauts risques) et une unité de néonatalogie (prise en charge des bébés prématurés).

Reconnue dans le monde entier, la certification ISO 9001-2008 permet au service de PMA d'améliorer son fonctionnement, donne au couple patient la garantie d'un service de qualité et représente pour la clinique un label de qualité et un gage de rigueur dans le travail et la prise en charge. La certification n'est pas acquise définitivement et fait l'objet d'audits de suivi. Elle couvre toute l'activité du service, de la prise de rendez-vous au suivi médical en passant par le travail en laboratoire, l'activité médicale et infirmière, les consultations, la prise en charge psychologique et l'activité administrative.

Un record absolu de naissances pour la clinique Saint-Vincent

2010 : nouvelle année record en matière d'accouchements à la clinique Saint-Vincent, avec 3.457 accouchements, soit 101 de plus qu'en 2009. Saint-Vincent a confirmé sa place de première maternité de Belgique et a dépassé son propre record, atteint en 2008 avec 3.417 accouchements.

En 2010, 48,5% de filles pour 51,5% de garçons sont nés à Rocourt. Cette hausse d'activité obstétricale de 3% entre 2009 et 2010 confirme la progression constante réalisée à Rocourt depuis 2000, puisque la maternité est passée de 2.500 accouchements en 2000 à 3.078 en 2005 et 3.457 en 2010.

Les itinéraires cliniques : un chemin à poursuivre

Dès le départ, le CHC a occupé une place de pionnier en Wallonie en matière d'itinéraires cliniques (IC). L'élaboration d'itinéraires cliniques, ainsi que le suivi de ceux déjà mis en place, participent également à l'excellence clinique. En 2010, de nouveaux itinéraires cliniques ont été mis en chantier à l'échelle du CHC, comme l'IC MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin), l'IC AVC (accident vasculaire cérébral) et l'IC prothèse totale de hanche.

Parallèlement, le suivi des IC existants permet d'améliorer et d'adapter encore le trajet de soins du patient. Ceci est valable pour les IC sur lesquels les soignants ont un recul de 2 à 5 ans (IC arc-en-ciel, IC prothèse totale de genou, IC varicectomie), mais également pour ceux qui disposent d'un historique plus court (IC colectomie, IC cancer des voies digestives).

Nouvelles technologies en gastroentérologie

Soucieux de mettre les nouvelles technologies au service de ses patients, le service de gastroentérologie a acquis en 2010 un Manoscan permettant de réaliser des manométries de l'œsophage en trois dimensions. L'impédancemétrie est maintenant la technique de référence pour le bilan des patients présentant un reflux gastro-œsophagien.

Le nouveau Fibroscan permet d'évaluer de façon non invasive la fibrose du foie chez les patients porteurs d'une maladie hépatique chronique, notamment en cas d'hépatite B, C ou de NASH (hépatite stéatosique non alcoolique).

La technique de dissection sous muqueuse est également en plein développement au sein du service de gastroentérologie : cette nouvelle technique endoscopique permet de réséquer des lésions tumorales débutantes, non accessibles à la résection classique. La dissection sous muqueuse nécessite l'utilisation de dissecteurs et de bistouris endoscopiques spécifiques. Les médecins utilisent cette technique pour la résection de larges polypes du côlon ou du rectum, ainsi que de lésions œsophagiennes et gastriques.

Nomination de responsables transversaux

Tout comme pour la nomination du directeur du département infirmier au niveau du CHC, la direction des quartiers opératoires se veut transversale également. Initialement conçue comme un binôme entre un médecin responsable et un gestionnaire responsable, la direction des quartiers opératoires s'est étendue en 2010 :

- à un 3^e métier, avec la nomination d'une infirmière responsable
- à un 3^e site : l'expérience démarrée à Saint-Joseph et à l'Espérance s'étend désormais au quartier opératoire de Notre-Dame Waremme.

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.

Le « screening » dans les unités de soins



Trois projets démarrés en 2010 concernent différents aspects de l'organisation de l'hôpital et se retrouvent sur le terrain des unités de soins.

- Un premier projet concerne le « screening » administratif et logistique des unités de soins afin d'attribuer les bonnes tâches aux bons profils. Cela doit permettre sur le long terme d'utiliser les ressources humaines de façon optimale et de continuer à maximiser la satisfaction du personnel. La qualité des soins découle naturellement de cette répartition. Ce projet est en lien étroit avec le nouvel hôpital : il aidera à préparer l'harmonisation des pratiques entre sites et le dimensionnement des ressources.
- Le deuxième volet concerne l'analyse organisationnelle des accueils et admissions. L'objectif est d'identifier les pratiques les plus efficaces d'organisation des fonctions d'accueil et d'admission, avec comme objectif sous-jacent de définir l'organisation pratique dans le nouvel hôpital. Certaines tâches administratives liées au processus d'accueil et d'admission sont réalisées en unités de soins, ce qui lie ce projet au précédent.
- Enfin, le processus restauration vise la répartition optimale des tâches liées à l'alimentation des patients entre les métiers. Ici aussi, certaines tâches sont réalisées en unités de soins.

Si tous ces projets visent des objectifs distincts, ils nécessitent une analyse complète de l'activité en unités de soins. Pratiquement, ce « screening » aura permis de lister de façon la plus exhaustive possible l'ensemble des tâches réalisées et de mesurer le temps consacré aux différentes tâches, pour chaque profil de personnel et pour chaque pause.

La fonction alimentaire au CHC : améliorer l'articulation entre commande, production, finalisation et distribution



Un audit de la fonction alimentaire au CHC, réalisé en 2009, a mis en évidence des actions prioritaires, dont l'analyse de l'articulation entre commande, production, finalisation et distribution et son amélioration.

Décortiquer l'articulation de la fonction alimentaire demande d'analyser chaque maillon de la chaîne séparément et de voir ensuite comment ces maillons fonctionnent entre eux.

Une observation de chaque étape du processus a débouché sur des constats : ce qui fonctionne bien, ce qui fonctionne moins bien, ce qui coince. Sur cette base, on a d'abord priorisé ce qui est important et grave, puis parmi ces actions prioritaires, on a sélectionné celles qui permettaient une

amélioration rapide pour commencer. Les actions immédiates touchent le personnel des cuisines relais, de l'UCP (Unités centrales de production) et des unités de soins. Il peut s'agir de simples rappels (vérification de la transmission informatique des commandes), de formation (formation à la prise de commande de repas), mais aussi de choses plus complexes (réflexion sur les textures des produits alimentaires, sur l'utilisation de raviers de couleur différente en fonction du type de préparation sans sucre ou sans sel, ...).

Les actions de fond sont quant à elles au nombre de trois : améliorer la liaison entre informatique et restauration, augmenter la qualité de la prise en charge diététique et nutritionnelle, mais avant tout mettre sur pied une véritable équipe hôtelière.

La création de l'équipe hôtelière vise à améliorer la qualité du service en le personnalisant. Pour ce faire, la première étape consiste à établir un état des lieux des tâches hôtelières réalisées au sein des unités de soins : qui prend les commandes, qui distribue les repas, ce qui doit être confié au personnel de soins, ... (cf. supra)

A côté de cet état des lieux, l'amélioration de l'articulation commande-production-finalisation-distribution nécessite qu'on liste les bonnes pratiques hôtelières, afin de généraliser les procédures dans les unités de soins et créer un véritable classeur restauration.

La troisième étape consiste, sur base des résultats de l'état des lieux et des bonnes pratiques, à déterminer les modes opératoires pour garantir la plus grande efficacité. Attribuer les bonnes ressources à chaque secteur, c'est l'objectif.

La mise sur pied d'une équipe hôtelière

a. La désignation d'un manager pour l'ensemble du pôle hôtelier du CHC (avril 2010)

L'audit réalisé en 2009 sur la fonction alimentation du CHC avait souligné quelques petits grains de sable dans les connexions entre ce qui constitue une même chaîne, soit la production des repas, la prise de commande et la distribution, jusqu'alors sous différentes tutelles. Toutes ces fonctions ont été réunies et sont gérées de manière transversale par le manager hôtelière.

b. L'engagement d'un coordinateur des cuisines pour les maisons de repos (avril 2010)

Ce poste est né du constat des difficultés de coordonner à distance l'hôtellerie des maisons de repos. Le coordinateur est au service de sept maisons de repos du CHC (la résidence d'Heusy dispose de sa propre infrastructure). Sa tâche principale consiste à organiser les diverses prestations du personnel de cuisine dans chaque maison de repos. Il assure également la qualité organoleptique et nutritionnelle des repas et la coordination avec l'UCP (Alleur). L'offre aux résidents a été adaptée, avec un menu qui varie d'une saison à l'autre, le choix d'une seconde viande ou encore un repas du soir chaud. Sa mission en quelques mots : accroître le plaisir de manger pour les résidents.

c. L'engagement d'une coordinatrice nutritionnelle du pôle hôtelier (septembre 2010)

Sa mission est orientée à la fois vers la production (UCP) et vers la consommation (Réseau senior et réseau hospitalier). La coordinatrice nutritionnelle entretient un lien fonctionnel avec les diététiciennes de la cuisine centrale, des maisons de repos et des cliniques.

L'alimentation au sein des maisons de repos



La salle à manger de la résidence Saint-Joseph, à Membach

Depuis 2010, les maisons de repos du CHC sont elles aussi progressivement desservies par la cuisine centrale (sauf la résidence d'Heusy). C'était déjà le cas pour la résidence Saint-Joseph (Racour) depuis fin novembre 2009. Les Peupliers (Hermalle) ont suivi en février 2010, Saint-Joseph Membach en mars, La Vierge des Pauvres et Carrefour Saint-Antoine (Banneux) en avril et, enfin, Notre-Dame de Lourdes (Liège) en juin.

Pourquoi ce changement ? L'audit réalisé en 2009 sur toute la fonction alimentaire du CHC avait montré que l'outil déployé à Alleur pouvait facilement assurer la production pour les maisons de repos. Par ailleurs, la cuisine centrale du Réseau senior, située au sein de la résidence Notre-Dame à Liège, demandait des investissements complémentaires, et toutes les cuisines des maisons de repos nécessitaient des modifications d'infrastructure.

La livraison se fait en vrac, à raison de trois livraisons par semaine. Elle est actuellement incluse dans les tournées des cliniques. Ce changement a nécessité des adaptations dans toutes les maisons de repos (essentiellement pour l'accès et l'équipement des cuisines) et a coûté près de 450.000 €.

Mais le plus gros changement était ailleurs et s'est préparé de manière rigoureuse : il s'agissait de mettre les acteurs au diapason. Grâce à de nombreux échanges et des visites mutuelles, le personnel de la cuisine centrale a pu se rendre compte des habitudes des résidents et des finitions nécessaires pour les aliments. Le personnel de la cuisine de maison de repos a quant à lui pu comprendre les modes de production de la cuisine centrale et le nouveau rôle qui lui

était imparti en aval. Comprendre les attentes des deux parties, dédramatiser et concrétiser le projet, cette phase s'est révélée très utile des deux côtés.

Le changement de fournisseur interne doit permettre aux maisons de repos d'améliorer l'offre de repas aux résidents (choix, saveurs), mais également la prise en charge nutritionnelle (apport en calories, en protéines et en calcium). Un état des lieux de la satisfaction des résidents est systématiquement effectué avant le changement, un autre suivra un an après le changement, afin d'évaluer le chemin parcouru après la période de rodage nécessaire à toute modification.

Afin d'améliorer l'offre alimentaire, le personnel de cuisine de maison de repos finalise sur site une partie des recettes préparées à Alleur. L'étude préliminaire a montré que cette modification des habitudes était possible avec un personnel identique, moyennant un remaniement de certaines tâches et l'adaptation de certains horaires. Enfin, on va étendre la fonction diététique aux maisons de repos. A terme, chaque maison disposera d'une diététicienne à temps partiel.

Le renforcement de la cellule de contrôle de gestion

Fournir des indicateurs fiables et faire parler ces chiffres, c'est l'objectif du contrôle de gestion. Si la cellule élabore les budgets, les plans financiers et toute simulation utile à la gestion de l'institution, elle intervient également dans le suivi et l'analyse de l'exercice en cours. Un maître mot : analyser pour mieux gérer, optimiser l'utilisation des ressources et par là améliorer la rentabilité.

Le contrôle de gestion intervient dans tout le déroulé des dossiers :

- avant : élaborer les budgets et prévisions financières, en tenant compte de tous les paramètres internes ou externes, ...
- pendant : accompagner le projet, suivre les écarts entre budgets et dépenses réelles, anticiper les dérapages, ...
- après : tirer des leçons des projets antérieurs, trouver une explication en cas de dérive, proposer une solution, ...

En juin et en octobre, la cellule de contrôle de gestion a vu l'arrivée de deux nouvelles gestionnaires.



Axe 5 – Développer des systèmes d'information performants

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

Un serveur de résultats pour les médecins généralistes

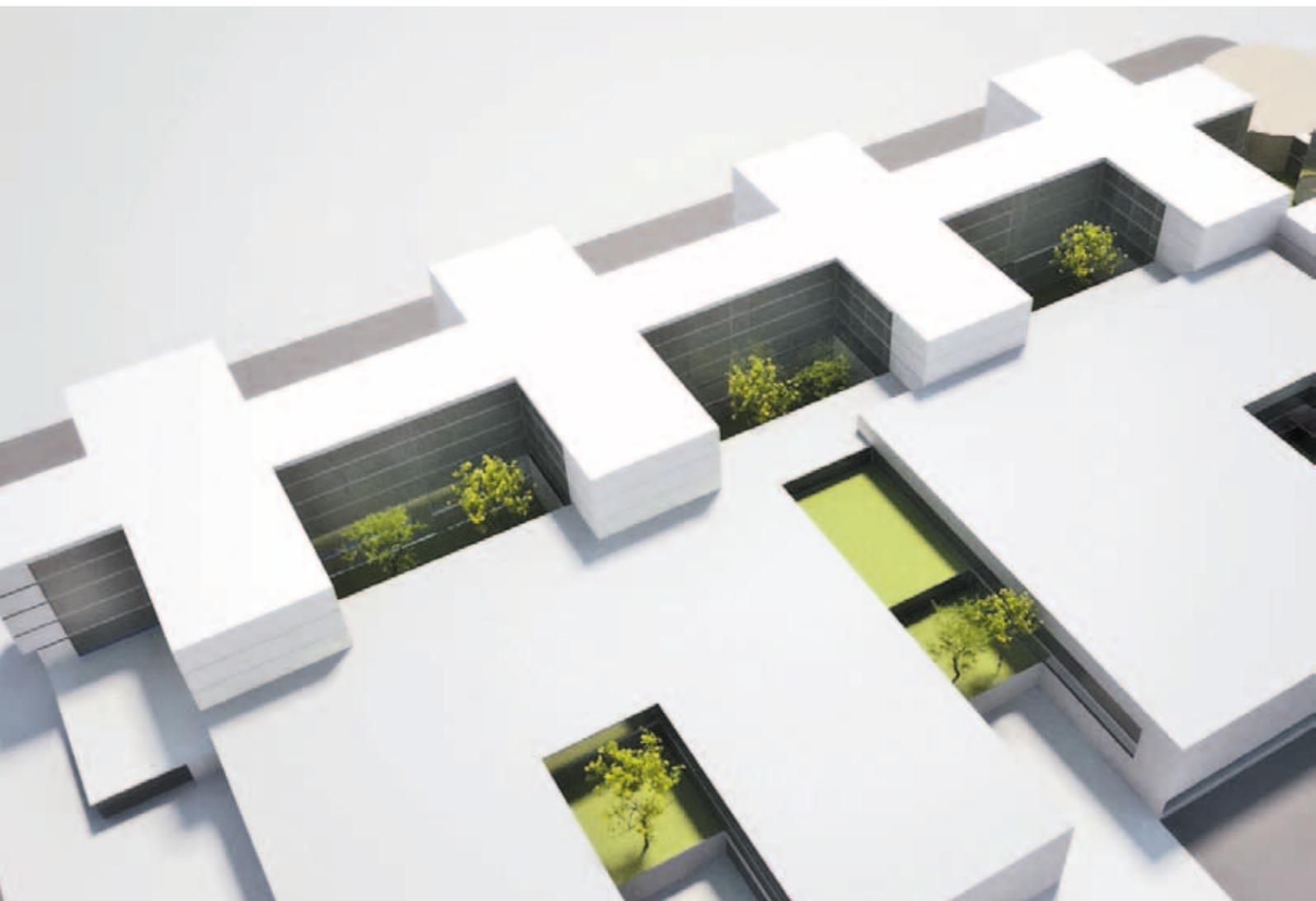
Depuis le mois de mars, le laboratoire de biologie clinique du CHVE (Centre hospitalier Saint-Vincent - Sainte-Elisabeth) propose aux médecins externes un accès aux résultats d'analyses de leurs patients, soit via serveur informatique, soit via SMS.

Avec une activité pour 60% ambulatoire, le laboratoire du CHVE se devait de se doter d'un outil moderne permettant aux médecins traitants un accès en temps réel aux résultats d'analyses. Cette évolution se révélait indispensable, dans un milieu verviétois où l'informatique médicale est de mise depuis les années 90. Aujourd'hui, la plupart des médecins généralistes sont complètement informatisés. Les hôpitaux et laboratoires devaient suivre.

Au CHVE, la réflexion a démarré en 2007. Il aura fallu au total deux ans d'analyse et de travail. Pratiquement, le laboratoire demande aux médecins de rédiger une demande écrite pour avoir accès au serveur de résultats sécurisé. Après s'être authentifié avec sa carte d'identité, un identifiant et un mot de passe, le médecin a accès aux résultats de ses patients et des patients pour lesquels il est renseigné en copie.

Le serveur est alimenté en temps réel et dispose des résultats des douze mois antérieurs. L'utilisateur peut ainsi faire des tableaux ou graphiques de comparaison entre les différentes analyses de chaque patient et comparer leur évolution.

Un autre service offert est l'envoi de certains résultats par SMS : les tests de grossesse et les tests de coagulation pour les personnes sous traitement anticoagulant. Dans les deux cas, le système envoie par SMS au médecin le nom du patient, sa date de naissance, ainsi que les taux obtenus pour telle ou telle analyse. Un message que seul un professionnel peut décoder. Ce système par messagerie se fait de manière complètement automatisée, avec une traçabilité de l'envoi, mais également de la réception du message (pas de réception en cas de GSM éteint).



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

Projet de nouvel hôpital



Vue du bâtiment côté est (esquisse)



Vue de l'entrée principale (esquisse)



Vue aérienne du site de Patience et Beaujonc, qui accueillera le nouvel hôpital

Convivial, ergonomique et à visage humain, telles sont les principales caractéristiques du projet de nouvel hôpital du CHC. Selon une approche fédératrice, les activités des cliniques Saint-Joseph, de l'Espérance et Saint-Vincent y seront regroupées.

Ce nouvel outil permettra à la population d'avoir accès aux soins d'un hôpital général, et au CHC de continuer d'exercer une médecine de pointe et de rationaliser ses moyens. L'investissement global est estimé à 270 millions€ (hors mobilier et matériel médical). Le CHC bénéficiera d'un subside de la Région wallonne de 15 millions€ et d'un apport du Fédéral de 193 millions€ ; le solde sera financé sur fonds propres (honoraires médicaux et résultats d'exploitation). Le CHC a confié à l'agence de développement économique SPI+ une étude sur la reconversion des bâtiments des trois cliniques.

a. Le phasage

Le 9 février 2010, le Conseil d'administration du CHC a désigné les auteurs de projet au terme d'un appel d'offres européen. L'association momentanée constituée des bureaux Artau, Assar et Hoet+Minne a obtenu le lot architecture ; le bureau d'études liégeois Greisch, le lot stabilité ; et Technum Tractebel Engineering, le lot des techniques spéciales (sanitaire, électricité, chauffage). Les auteurs de projet, qui ont tous une expérience reconnue dans le domaine hospitalier et des projets de grande envergure à leur actif, ont été choisis parmi les 22 soumissionnaires par le Comité de sélection du CHC (composé de 7 membres du Conseil d'administration, 6 membres du Comité de direction et des présidents des deux Conseils médicaux).

Une première esquisse, approuvée par le Conseil d'administration le 27 mai 2010, a été présentée au mois de

juin au personnel et aux médecins, qui l'ont accueillie très favorablement, puis à la presse et à la population. Dans la foulée, l'étude d'incidences sur l'environnement a été initiée par le bureau Pissart lors du second semestre 2010. Le rapport urbanistique et environnemental (RUE) a ensuite été mis en œuvre par le bureau Pluris (agréé par la Région wallonne). Le RUE, qui définit l'affectation des différentes zones de terrain, était soumis à enquête publique au moment de boucler ce rapport d'activité.

Le planning du CHC prévoit de clôturer l'avant-projet à l'automne 2011, puis d'introduire la demande de permis unique sur base de celui-ci et des résultats de l'étude d'incidences sur l'environnement. Les travaux devraient commencer à la fin de 2012 et le nouvel hôpital, ouvrir fin 2016.

b. Le site

Le CHC a opté en 2008 pour le site de l'ancien charbonnage de Patience et Beaujonc, situé à Glain, à la périphérie de Liège. Voisin des communes d'Ans, Juprelle et Saint-Nicolas, le terrain s'étend sur une trentaine d'hectares dont 12 devraient être affectés au nouvel hôpital et à ses abords (1.750 places de parking sont prévues).

Puisqu'il s'agit d'un ancien site industriel, le CHC a fait réaliser une étude de pollution du sol par SBS Environnement (agréé par la Région wallonne), dont il ressort que la pollution est limitée à certains endroits. La partie stabilisée du projet a été confiée après appel d'offres au bureau Greisch, internationalement reconnu, notamment pour la réalisation du viaduc de Millau.

c. L'esquisse

Le CHC a fait le choix d'un bâtiment compact (175 x 225m environ, 6 niveaux maximum), à caractère humain, avec la création de multiples lieux de vie. Il s'agira d'une construction basse énergie et la plus silencieuse possible (le triple vitrage est à l'étude et il est envisagé de réaliser un merlon pour réduire les nuisances sonores de l'autoroute). Les services du groupe CHC occuperont un bâtiment séparé.

La priorité est accordée à l'ergonomie de travail. Ainsi, la salle de garde occupera une position centrale dans les unités de soins. Le pôle hébergement et le plateau médico-technique se feront face et les flux de patients externes et hospitalisés seront bien séparés. Le bâtiment médico-technique s'élèvera sur 3 niveaux (magasin, pharmacie, vestiaires au -1 ; urgences, imagerie, laboratoire au rez-de-chaussée ; bloc opératoire, soins intensifs,

procréation médicalement assistée au +1). L'accent sera mis sur les liaisons fonctionnelles. Par exemple, le quartier d'accouchement sera intégré à la zone maternité-pédiatrie en lien avec le bloc opératoire ; l'imagerie médicale voisinera avec les consultations et les urgences.

d. La mobilité

Le nouvel hôpital occupera une position centrale dans l'agglomération liégeoise. Le CHC a fait réaliser une étude de mobilité par le bureau Egis en février 2010. Il en ressort que 4.300 personnes (personnel, médecins, public, livraisons, ...) en moyenne fréquenteront l'hôpital chaque jour. La moitié du trafic proviendra du centre de Liège, 30% de la zone ouest, 10% de Grâce-Hollogne et 10% du voisinage immédiat de Saint-Nicolas. L'approche de la mobilité est multimodale : protéger le quartier en canalisant l'essentiel de la circulation vers l'autoroute (construction d'un nouveau pont), encourager l'usage des transports en commun (bus et transport structuré) et la circulation douce (RAVeL).

Rénovation et extension de la clinique Sainte-Elisabeth



Le poste infirmier de l'hôpital de jour, qui occupe le niveau 0 de la nouvelle aile

Le 19 novembre 2010, le CHC a inauguré la nouvelle aile de la clinique Sainte-Elisabeth. L'événement marquait la fin de la première phase d'un vaste projet de rénovation et d'extension de la clinique découlant de l'accroissement et de la diversification de l'activité. Représentant un investissement total de 47 millions €, le chantier a démarré en 2008 et devrait durer jusqu'en 2014. Depuis 2009, des groupes de travail anticipent et gèrent les changements vécus par les acteurs de terrain et l'impact des travaux sur le confort des patients.

La nouvelle aile de 6 niveaux accueillera des services de haute technicité (laboratoire, soins intensifs, urgences, hôpital de jour, bloc accouchement) et de l'hospitalisation (maternité, chirurgie, médecine).

L'hôpital de jour y a emménagé suite à la forte croissance de son activité (dont le volume a triplé en six ans). Ouvert le 15 octobre 2010, le nouvel hôpital de jour, dont la capacité est passée de 25 à 51 places, a gagné en espace, confort et qualité d'insonorisation. Les chambres sont plus spacieuses, agréables et lumineuses, et l'équipe a été adaptée aux nouveaux besoins, composée de 14 infirmières, 4 secrétaires et 1 aide-logistique.

Se trouvent également dans la nouvelle aile le service d'imagerie médicale (47.000 examens par an) qui a été agrandi et doté d'une résonance magnétique nucléaire, la salle de prélèvement du laboratoire, la consultation d'oncologie, la clinique de la douleur (algologie) et le service de préhospitalisation. Une nouvelle activité a été créée avec l'ouverture d'une unité de gériatrie de 24 lits.

La deuxième phase de travaux consistera, d'une part, en l'exhaussement de la nouvelle aile de 3 niveaux, où s'installeront la maternité (niveau +1) et deux unités d'hospitalisation de 34 lits médico-chirurgicaux (niveaux +2 et +3) et, d'autre part, le parachèvement des niveaux -1 (urgences et soins intensifs) et -2 (laboratoire, pharmacie et magasin).

Enfin, l'ensemble des bâtiments existants sera entièrement rénové lors de la troisième et dernière phase. Objectif : doter Sainte-Elisabeth de chambres d'hospitalisation répondant aux nouvelles normes de confort et d'une infrastructure adaptée à une patientèle gériatrique ; améliorer l'ergonomie de travail de certains services comme le bloc opératoire ; accueillir une salle de réveil et la médecine nucléaire.

Point de posé pour hélicoptère à la clinique de l'Espérance

Le CHC a aménagé en 2010 un point de posé pour l'hélicoptère de transport médicalisé de Bra-sur-Lienne à l'arrière de la clinique de l'Espérance, à Montegnée. Auparavant, celui-ci se posait sur le site du Bonnet, à Saint-Nicolas. Le patient était alors transféré en ambulance à l'Espérance, ce qui représentait une perte de temps.

Ce point de posé correspondait à une réelle demande. En effet, de plus en plus d'hôpitaux, notamment de la province de Luxembourg, collaborent avec le service des soins intensifs pédiatriques de l'Espérance et y transfèrent leurs patients (on comptabilise environ 80 transferts par an, essentiellement par la route). Ce choix s'explique par la réputation du service, par son offre complète en soins intensifs pédiatriques et par son organisation (un pédiatre intensiviste, expérimenté en réanimation, est disponible 24 heures sur 24 pour assurer personnellement le transfert médicalisé).

Preuve de la compétence du service des soins intensifs pédiatriques de l'Espérance, ses médecins et infirmiers donnent une partie des formations RANP (réanimation avancée néonatale et pédiatrique). C'est la seule délocalisation de cette formation, reconnue par l'ERC (European resuscitation council), dispensée à Bruxelles (toute l'équipe des soins intensifs pédiatriques et une partie de celle des urgences pédiatriques de l'Espérance l'ont suivie). Quatre médecins, dont deux possèdent le titre de directeur de cours, et trois infirmières de l'Espérance ont la qualité d'instructeur. Ceux-ci ont formé plus d'une centaine de personnes depuis 2006.



Axe 7 – Renforcer la direction clinique et l'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.

Avec la nomination et l'arrivée du directeur du département infirmier du CHC, la mise en place du Comité de suivi de la direction clinique a pu réellement s'ancrer dans le concret.

Le Comité de suivi de la direction clinique est une structure chargée d'accompagner la mise en œuvre du plan triennal d'action découlant de la note de politique générale médicale élaborée au sein du Comité Azimut et ratifiée par les Conseils médicaux, le Comité de gestion et le Conseil d'administration.

Le comité intervient aussi bien au niveau tactique qu'au niveau opérationnel. Il est responsable du développement et du suivi de la réalisation des différents plans d'action. Outre une révision régulière de l'état d'avancement des différents projets mis en œuvre, le comité est chargé annuellement de veiller à la cohérence entre les travaux réalisés et le plan triennal d'action.

Le comité fait rapport périodiquement au Comité Azimut ainsi qu'au Comité de direction du réseau hospitalier.

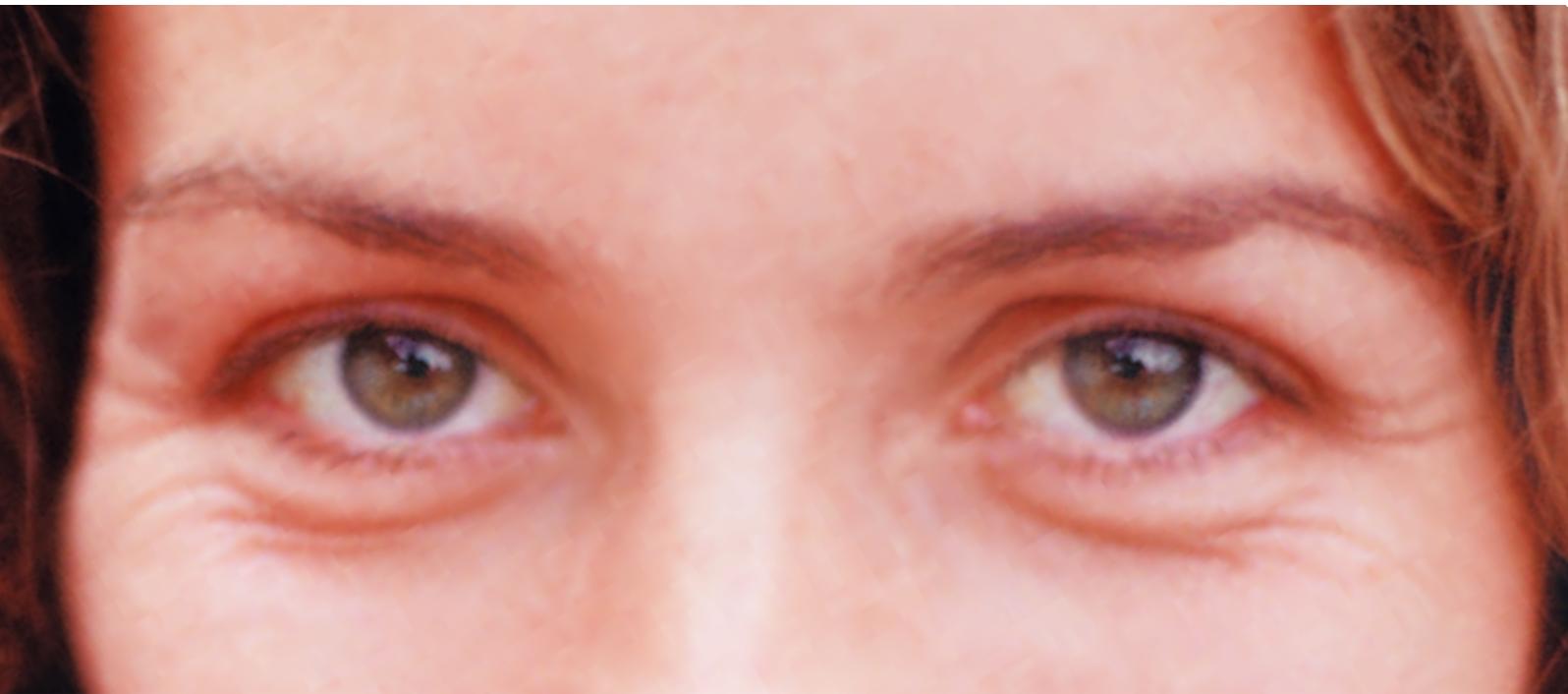
Il est composé des Drs Philippe Olivier et Jean-Marie Bertrand pour la direction médicale, de Véronique Limbort et Josiane Botty pour les pharmacies des deux agréments 152 et 158 et de Jean-Pierre Hoste et Isabelle Thys pour le département infirmier.

La politique médicale et son déploiement doivent permettre, à moyen terme, d'assurer la pérennité, mais aussi le développement de l'activité médicale, elle-même facteur essentiel du développement de l'ensemble de la structure du CHC.

Pour maximiser son efficacité dans le contexte particulier du CHC, cette politique doit a minima couvrir huit grands champs :

1. développement stratégique du projet médical
2. gestion et management opérationnels
3. gestion des ressources humaines médicales
4. projet du nouvel hôpital liégeois
5. gestion de la qualité globale dans ses dimensions médicales
6. gestion de l'information médicale
7. gestion du RCM (résumé clinique minimum)
8. gestion de la matière administrative liée à l'activité médicale

L'ensemble de ces grandes thématiques déclinées en projets puis en plans d'action concrets constituent, dans le suivi de ceux-ci, le champ d'action du Comité de suivi de la direction clinique.



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

Dernier axe stratégique du CHC, le développement d'une organisation et d'une culture de groupe, afin que l'héritage des diverses fusions gagne en cohérence et en uniformité. C'est tout le processus de transversalisation amené à remplacer progressivement, au sein du groupe, l'ancienne organisation pyramidale issue de l'époque des cliniques indépendantes.

Cette intégration passe notamment au travers des activités de ressources humaines, mais elle passe aussi par différentes formalisations de processus ou encore une communication qui se veulent résolument organisées à l'échelle globale, avec une vision hélicoptère et non une vision verticale.

Ressources humaines

En ressources humaines, l'accent est mis sur la mixité dans les différentes formations (mélange des sites et métiers pour nourrir une identité commune) et le recours à des outils de management, tels que le team building ou le coaching, servant à renforcer la motivation du personnel.

En outre, le CHC va se doter de descriptions de fonction des postes d'encadrement. Cet outil permettra de clarifier les rôles et tâches des collaborateurs et facilitera les processus de recrutement et d'évaluation.

a. Formation

Le CHC mène une politique de formation volontariste, structurante et dynamique, laquelle est définie dans un règlement d'ordre intérieur. Chaque travailleur peut suivre des formations à sa demande, pour lesquelles il a droit à un crédit de deux jours par an, ou à la demande de son employeur. Disposant de ressources de qualité, le CHC privilégie les formations organisées en interne dont il assure la promotion auprès de son personnel.

Si l'effort de formation concerne l'ensemble des travailleurs, la direction générale du CHC a décidé de porter une attention particulière à la population des cadres, sur laquelle reposent les enjeux futurs comme le projet de nouvel hôpital. C'est ainsi qu'un plan de formation sur cinq ans (de 2009 à 2013) a été mis en place avec le concours de sociétés externes de consultance. Il consiste en un tra-

jet de « people management » destiné à tous les cadres et découpé en plusieurs axes thématiques. En 2009, les thèmes abordés ont été la connaissance de soi et le financement des hôpitaux ; en 2010, la communication, la gestion du conflit et la législation sociale. En 2011, le plan prévoit une formation en leadership et coaching d'équipe pour les cadres ayant des compétences d'encadrement et une formation en management transversal (apprendre à mobiliser et manager des collaborateurs sans lien hiérarchique) pour ceux ayant une fonction d'expert. Plus de 200 cadres ont suivi ce trajet avec un taux de satisfaction qui frôle les 90%.

A côté de ce plan dédié aux cadres, la direction des ressources humaines assure les formations permanentes. Elle rencontre régulièrement les référents en formation des différents sites en vue d'harmoniser les conditions d'octroi, de faire circuler et partager les informations et de tenir une veille sur la législation en la matière. C'est au cours de ces réunions de travail que sont définies les formations prioritaires. Parmi les exemples récents, citons la formation à la gestion de l'agressivité et de la violence donnée à tous les médecins et infirmiers urgentistes, celle organisée pour tous les services d'accueil du CHC ou encore celle concernant le DI-RHM (données infirmières du résumé hospitalier minimal), système d'enregistrement des données infirmières utilisé dans le cadre du financement des hôpitaux, soit plus de 12.000 heures pour la formation permanente.



Séance de travail lors d'une formation pour les services d'accueil du CHC

b. Recrutement

En matière de recrutement, le CHC poursuit également un travail d'harmonisation afin d'instaurer une procédure identique pour les six cliniques, le Réseau senior, la crèche et les polycliniques.

Suivant la procédure, les offres d'emploi sont d'abord diffusées en interne ainsi que sur le site web, puis au besoin sur les supports externes. Après analyse de son CV, le candidat passe un double entretien, le premier pour évaluer ses compétences, son expertise et ses motivations et le second orienté sur la psychologie (capacité d'intégration et d'adaptation, personnalité) pour vérifier la bonne adéquation entre son profil et le poste à pourvoir. Pour les fonctions de management, un assessment (évaluation des compétences par mise en situation professionnelle) peut aussi être demandé.

En 2010, le profil le plus recruté a été celui d'infirmière chef d'unité de soins (ICU). Le CHC a procédé aussi à la désignation d'un nouveau directeur pour son département infirmier.

Devant les difficultés à engager les profils infirmiers et techniques (ingénieurs, architectes, financiers, ...), le CHC mène depuis 2008 une stratégie axée sur le partenariat avec les écoles et les sociétés de recrutement et la participation aux forums de l'emploi. Un effort de communication a été fait vers les profils techniques et administratifs, qui ne pensent pas spontanément aux opportunités de faire carrière dans un centre hospitalier.

c. Evaluation

Le CHC a pour objectif d'étendre à tous ses sites le processus d'évaluation interne qui a été mis en place à la clinique Sainte-Elisabeth en 2005 puis à la clinique Notre-Dame Hermalle en 2007. Celui-ci permet au chef de service d'évaluer le travail de ses collaborateurs et de leur fixer des objectifs pour l'année, et au travailleur, de faire un bilan professionnel, de réfléchir à sa carrière voire de se réorienter.

d. Prévention des assuétudes

Comme l'impose une convention collective depuis le 1^{er} avril 2010, le CHC travaille à la mise en place d'une politique d'intention en matière de prévention des assuétudes. Celle-ci formalisera les actions menées depuis plusieurs années déjà par les services interne et externe pour la protection et la prévention au travail (SIPP et SEPP) afin de venir en aide aux membres du personnel confrontés à la dépendance à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues.



Un groupe de travail composé de conseillers en prévention, de représentants du personnel et des directions générale et des ressources humaines du CHC a défini l'ensemble des procédures à suivre et la structure d'aide interne. Il reste un dernier travail de formalisation et de validation au sein du Conseil d'entreprise, avant son intégration dans le règlement de travail.

Les procédures indiqueront la marche à suivre quand un abus est détecté (qui prévenir, comment réagir, quelle structure d'aide mettre en place, ...). Le critère retenu pour juger de l'abus est le dysfonctionnement au travail, qui peut avoir un impact sur la sécurité des patients, sur la santé, la sécurité et la productivité des travailleurs et, de ce fait, sur l'image du CHC qui, en tant qu'institution de soins, se veut bien évidemment exemplaire en matière de prévention de la santé.

Comme l'a confirmé une enquête menée auprès de chefs de service choisis au hasard, les personnes dépendantes - à l'alcool ou aux médicaments pour la très grande majorité - restent généralement dans le déni et n'osent pas demander de l'aide. La politique d'intention vise à « détabouiser » le problème de l'assuétude pour que le travailleur en parle à son supérieur, au médecin du travail ou au conseil en prévention et que les services d'aide puissent prendre le relais. Parmi les actions retenues, citons : la prévention par divers canaux (journal interne, affichage, mailing, ...), la mise en place d'un accueil de la personne dépendante, la limitation de la présence d'alcool sur le lieu de travail ou encore le rappel de l'interdiction de consommer les médicaments destinés aux patients.

Il restera à faire « vivre » cette convention collective de travail au sein de l'entreprise par la mobilisation des acteurs que sont les directions, la ligne hiérarchique, les SIPP et SEPP, les assistantes sociales dédiées au personnel, les représentants des travailleurs et, bien sûr, les travailleurs eux-mêmes.

Formalisation et transversalisation des processus

La formalisation et la transversalisation de différents processus permettent elles aussi d'ancrer l'organisation et la culture de groupe. Deux illustrations avec la **qualité** et la **médiation**.

En ce qui concerne la qualité, épinglons que le CHC a remporté, fin 2009, pour sa première participation au prix wallon de la qualité, le prix *éveil à l'excellence* dans la catégorie réservée au monde associatif. Un prix qui s'inscrit comme une reconnaissance des démarches entreprises et un encouragement.

a. Qualité et sécurité du patient au CHC



La mise en œuvre et l'ancrage d'un système de gestion de la qualité et de la sécurité au sein de l'institution hospitalière n'ont été possibles que moyennant le soutien total de la direction, du Conseil d'administration et des deux Conseils médicaux, lesquels appuient le Comité qualité et sécurité patient afin que la démarche constitue une priorité dans la politique générale et médicale de l'institution et que tous les collaborateurs soient responsables de la qualité et de la sécurité de leur pratique. L'encadrement veille à « l'intégration » et à l'appropriation par l'ensemble des acteurs de la démarche institutionnelle qui vise à promouvoir une culture « sécurité patient » (« patient safety ») au CHC.

Véritable catalyseur, le Comité qualité et sécurité patient constitue un groupe de travail multidisciplinaire responsable de la mise en œuvre, de la coordination et du suivi de la politique en matière de qualité et de sécurité du patient. Composé des coordinateurs qualité et sécurité patient de site, d'une coordinatrice intersites, d'un directeur en charge de la qualité ainsi que de représentants du département infirmier et de la direction médicale, le comité a vu sa composition étendue à de nouveaux membres en 2010, soit des représentants des deux Conseils médicaux et du département administratif « Méthodes et organisation ».

Sous l'impulsion du contrat proposé en 2007 par le Service Public Fédéral (SPF) pour la coordination de la qualité et de la sécurité du patient, le Comité qualité et sécurité

patient du CHC s'est restructuré en déployant son action selon trois axes :

- la gestion de la sécurité du patient
- le suivi des indicateurs
- l'accompagnement de projets ou d'analyses de processus

• La gestion de la sécurité du patient

Le Comité qualité et sécurité patient coordonne la mise en place d'un système de gestion de la sécurité validé par le CDRH (Comité de direction du réseau hospitalier).

- 2010 a permis de l'évaluer et de proposer une fiche de notification des événements indésirables sur l'ensemble de nos six sites plus opérationnelle, plus facile d'utilisation pour l'ensemble du personnel tout en répondant aux contraintes du ministère.
- Une cellule sécurité a été opérationnalisée sur chaque site avec pour mission l'analyse mensuelle des fiches de notification des événements indésirables. La procédure de gestion des événements indésirables a été finalisée et validée par l'ensemble des organes et comités du CHC, avec une matrice de gravité (pour une classification plus objective et un suivi adéquat) et une cartographie semestrielle (pour mieux cibler les actions à mettre en place).
- L'encodage systématique de toutes les fiches de notification constitue une base de données codifiée grâce à la taxonomie imposée par le SPF et permet, après des analyses approfondies des risques dans notre hôpital, de déterminer nos actions prioritaires. Ainsi en 2010, les premières analyses ont révélé l'importance du risque de chute des patients et un groupe de travail transversal a été mis en place.

• Le suivi des indicateurs

- Depuis 2009, le CHC est inscrit dans une démarche de comparaison d'indicateurs relatifs à la performance clinique et organisationnelle. Navigator® est un système d'indicateurs développé par le Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschappen (KUL). Il accompagne les établissements de santé dans la surveillance des soins et l'amélioration de la qualité des soins.
- Véritable pilier du Comité qualité, les enquêtes de satisfaction des patients ont été déployées en 2010, en collaboration avec le MEDSOC, non seulement en hospitalisation « classique », mais aussi en hôpital de jour chirurgical, gériatrie, maternité, pédiatrie, médecine nucléaire et urgences. Ces différentes enquêtes permettent de définir les besoins et attentes des patients et de mettre en place les actions d'amélioration correspondantes.

• L'accompagnement de projets ou d'analyses de processus

Garant méthodologique, le Comité qualité et sécurité patient coordonne des projets et analyses de processus qualité :

- En 2010, le SPF Santé publique a imposé dans son contrat l'accompagnement du projet d'amélioration de la sécurité du transfert « intramuros » des patients. Au CHC, le projet a été mis en place sur le site de Saint-Vincent (transfert entre l'hôpital de jour et le bloc opératoire) et le site de Notre-Dame Hermalle (transfert entre l'unité CD5 et CD7).
- D'autres projets ont également fait l'objet d'un accompagnement par le comité, comme (liste non exhaustive) :
 - aux quartiers opératoires : la gestion des événements indésirables et la mise en place de la check-list
 - aux laboratoires : la réalisation d'audits internes et la mise en place d'une enquête de satisfaction des patients
 - dans différents sites et services : l'amélioration de la signalisation générale, l'enquête bien-être du personnel (le questionnaire Wocccq - pour working conditions and control questionnaire) et ses actions d'amélioration
 - dans différents groupes de travail axés sur le circuit du médicament, sécurité - prévention des vols et des agressions, call center et prise en charge des rendez-vous
 - divers projets en lien avec l'alimentation ou la dénutrition
 - divers projets en lien avec l'accompagnement du changement lié à l'extension de la clinique Sainte-Elisabeth

b. La médiation

Depuis 2004, la médiation est organisée de manière transversale au CHC. En 2010, le CHC a enregistré 206 plaintes, soit un indice de 0,04% de plaintes pour l'ensemble du CHC. Les plaintes portent essentiellement sur les soins médicaux, la facturation et l'hôtellerie, même si, par rapport à 2009, tous ces indicateurs sont en baisse. On notera que, comme les années antérieures, l'objectif premier du plaignant consiste à informer l'institution d'un dysfonctionnement ou d'un événement malheureux. La médiation a mis en place une rencontre avec le plaignant dans 36% des cas et la plainte a fait l'objet d'un suivi interne dans 30% des cas. La révision ou l'annulation de facture n'est de mise que dans 5,8% des cas.

La plus grosse partie des plaintes sont adressées aux directions de clinique, à la direction médicale et au médiateur (respectivement 30%, 27% et 26%), les autres plaintes étant adressées à l'administration du patient, à la direction générale ou encore à la direction du département infirmier.

Notons encore que le plaignant est, dans la plupart des cas, le patient lui-même (45%) voire son conjoint ou un membre de sa famille (40%). Une majorité des plaintes sont introduites par des dames (65%). Le plus gros des plaignants se situent dans la tranche d'âge de 41 à 60 ans (27%), puis dans celle de 21 à 40 ans (21%). La plupart des plaintes sont introduites par courrier (57%).

	N ^{bre} de plaintes		Indice de plainte	
	2009	2010	2009	2010
CHC globalisé	228	206	0,04%	0,04%
Saint-Joseph	64	78	0,04%	0,05%
Espérance	57	53	0,05%	0,04%
Saint-Vincent	29	18	0,04%	0,03%
ND Waremmes	13	13	0,03%	0,03%
ND Hermalle	21	16	0,03%	0,02%
Sainte-Elisabeth	44	27	0,06%	0,03%

Communication institutionnelle

Enfin, la culture de groupe passe aussi par la communication du CHC. Depuis de nombreuses années, la **communication institutionnelle** interne du CHC est **articulée de manière transversale** en fonction des axes du plan stratégique et non plus en fonction des sites géographiques. En dehors des journaux internes, elle trouve sa concrétisation dans des campagnes de sensibilisation générale, comme la campagne réalisée en 2010 sur les différentes facettes du respect au travail.

Réalisation principale du service communication en 2010, le relifiting général du site internet www.chc.be. Si l'ergonomie reste la même, l'entièreté du site (plus de 14.000 pages) a été revu et habillé de manière plus sobre et plus graphique.



Les organisations d'**événements scientifiques** forgent aussi la culture du CHC, elles sont reprises en annexe.

Enfin, une dernière pièce qu'on pourrait citer dans la culture CHC, c'est le parrainage qu'il entretient avec l'**hôpital de Pawa**, en République démocratique du Congo. Situé au nord-est du pays, cet hôpital de campagne dessert une large région rurale très pauvre. L'accord de parrainage de l'hôpital de Pawa par le CHC a été inauguré en avril 2007 et s'est formalisé sous l'égide de Memisa. En 2010, le CHC a fourni à son filleul d'Afrique la somme de 11.500 € qui a notamment été utilisée pour l'achat de matériel pour la salle d'opération (table d'opération, lampe scialytique à énergie solaire, ...), la maternité (pèse-bébé, table d'accouchement, ...) et le laboratoire (microscope).



La communication institutionnelle au CHC

Le CHC édite plusieurs supports de communication à destination de ses membres :

- le *Journal de paye* est un organe de liaison mensuel joint, comme son nom l'indique, à la fiche de salaire
- *L'InfoSites* est un trimestriel de 24 pages couleurs, envoyé au domicile de toutes les personnes qui travaillent au CHC, soit les salariés, les appointés et les indépendants. Il est également distribué aux volontaires.
- *Azimet info* traite une information plus stratégique et est diffusé exclusivement aux cadres et aux médecins. Il paraît 5 fois par an.

Enfin, les médecins des Cliniques Saint-Joseph éditent également *Blueprint*, un trimestriel à destination de leurs confrères et des médecins traitants.

La communication institutionnelle passe également par la communication numérique, notamment l'intranet et le site internet du CHC : www.chc.be.

Annexes

Liste des principaux comités et commissions

Activité hospitalière

- Comité transfusion
- Comité d'hygiène hospitalière - groupe de gestion de l'antibiothérapie
- Comité du matériel médical
- Commission informatique
- Comité médico-pharmaceutique
- Comité nutritionnel
- Comité thrombose-hémostase

Agrément 152 - Les Cliniques Saint-Joseph

- Comité d'éthique médicale
- Comité scientifique
- Commission d'agrération
- Commission de contact médecins généralistes - médecins hospitaliers
- Forum médical

Agrément 158 - Centre hospitalier Saint-Vincent - Sainte-Elisabeth

- Comité local d'éthique médicale

Réunions scientifiques

• Calendrier 2010 des manifestations scientifiques

- 23 mars** **Vivre sa douleur autrement**
Conférence tout public par le Dr Frédéric Louis
- 24 avril** **Sport et pubalgie : du diagnostic au traitement**
Organisateur : le CHC, en collaboration avec le CER (Centre européen de rééducation)
- 29 avril** **Quand l'art de soigner rencontre les nouvelles technologies : quels enjeux juridiques ?**
Conférence-débat tout public par Jean-Marc Van Gyseghem, juriste-chercheur au centre de recherche informatique et droit (CRID) des Facultés universitaires de Namur
Organisateur : Comité d'éthique médicale - Les Cliniques Saint-Joseph
- 29 mai** **Urgences - Matinée médicale**
Organisateur : le service des urgences de la clinique Saint-Joseph dans le cadre du 10^e anniversaire de sa reconnaissance SUS
- 19 juin** **XXVIth Rocourt Neonatology Meeting : The neonatal lung**
Organisateur : clinique Saint-Vincent - NICU (soins intensifs néonataux)
- 30 septembre** **Quelle hospitalité à la pauvreté ?**
Soirée de réflexion
Organisateur : les équipes d'aumônerie, en collaboration avec l'association «Vivre ensemble éducation»
- 9 octobre** **Journée médicale**
Organisateur : la Commission de contact des Cliniques Saint-Joseph
- 25 novembre** **Comment aborder la maladie grave d'un parent avec l'enfant ? Des livres comme outils de communication au sein de la famille**
Conférence par Martine Hennuy et Sophie Buyse, psychothérapeutes et écrivaines, membres de l'asbl «Cancer et psychologie»
Organisateur : l'Espace+
- 4 décembre** **13^e rencontre de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale**
Organisateur : le service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

- Comité scientifique - A 152

- 29 mars** Les itinéraires cliniques - Principes généraux et intérêts en pratique clinique
Marie Stevens, Drs Anne Dawance et Benoît Monami
- 31 mai** L'alimentation dans tous ses états
- Allergies et intolérances alimentaires
- Alimentation parentérale à domicile
- Immunonutrition
- Comité nutritionnel : ce qui se fait aux Cliniques Saint-Joseph
Drs Françoise Bury, Patrick Schlessler, Arnaud Colard, Philippe Paris
- 27 septembre** Cas cliniques : nouveautés diagnostiques EBUS, apport de l'IRM 3T, Spect-CT
Drs Frédéric Fievet, Pierre Reginster, Gauthier Namur
- 29 novembre** La génétique pour les nuls : considérations pratiques, éthiques et économiques
Dr François-Guillaume Debray

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

- 26 janvier** La prothèse de disque lombaire. Où en sommes-nous en 2010 ?
Dr Yves Lecomte, chirurgie orthopédique
- 23 février** Nouvel hôpital liégeois : le point sur la question
Isabelle François, chef de projet
- 30 mars** Image du Centre hospitalier chrétien auprès des médecins généralistes de la province de Liège en 2009
Dr Samy Aouachria, direction médicale
- 27 avril** 10^e anniversaire du service des urgences de la clinique Saint-Joseph : évolution et perspectives
Dr Bekir Tekatli, anesthésiste-réanimateur, responsable médical des urgences de la clinique Saint-Joseph
- 25 mai** Projet-pilote d'oncogériatrie au CHC dans le cadre du plan cancer
Dr Christian Focan, oncologie
- 22 juin** Prise en charge de la douleur chez l'enfant
Dr Frédéric Lebrun, pédiatrie
- 28 septembre** Le Centre Pinocchio pour la prise en charge des maladies métaboliques rares
Dr François-Guillaume Debray, responsable du Centre Pinocchio et Geneviève Bihet, diététicienne au Centre Pinocchio
- 26 octobre** Présentation de l'activité du Centre d'étude du sommeil du CHC
Dr Alain Lacroix, neurologie
- 30 novembre** Une nouvelle salle d'angiographie-radiologie interventionnelle à la clinique Saint-Joseph
Drs Bénédicte Daenen et Olivier Cornet, imagerie médicale



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