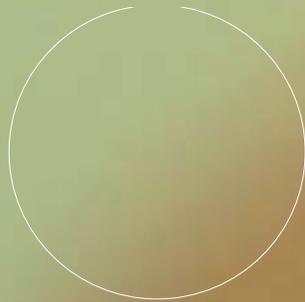




CHC

Rapport annuel 2011





www.chc.be

En 2011, le CHC fête ses 10 ans

Aujourd'hui, près de 3 750 membres du personnel et 900 médecins et prestataires de soins y travaillent.

Le groupe compte près de 1 700 lits dont 665 en maison de repos et maison de repos et de soins.

www.sterotypa.be - Photo Shutterstock © get4net

Avant-propos

Le CHC : 10 ans en 2011

En 2011, le CHC a fêté ses 10 ans. Depuis sa création, le CHC s'est illustré par une évolution constante, des résultats prometteurs, des projets considérables, une réputation croissante. Fruit de multiples fusions et rapprochements, le CHC constitue aujourd'hui un des grands groupes de la Province de Liège. L'année 2011 représente une étape de plus dans cette évolution.

Même si le financement des soins de santé est toujours remis en question, même si le contexte général est à la morosité, les résultats financiers du CHC restent dans le vert, condition sine qua non pour continuer à maintenir son haut niveau de qualité et ses projets d'investissement. A ce titre, le futur hôpital que le CHC compte construire pour regrouper les activités de ses cliniques liégeoises, a bel et bien avancé.

L'activité générale présente une légère hausse. Les hospitalisations de jour ou classiques et les consultations continuent d'évoluer favorablement. Même constat pour le Réseau senior qui augmente lui aussi tant sa capacité que son activité, avec l'intégration de la Résidence St-Charles à Landenne-sur-Meuse.

L'évolution du personnel et des prestataires indépendants représente également un indicateur positif. L'effectif sous contrat a augmenté de 17% ces 10 dernières années. Aujourd'hui, avec 4003 salariés sous contrat (2810 équivalents temps plein) et 838 médecins et prestataires indépendants, le CHC se classe parmi les plus gros employeurs (hors institutions publiques) de la Province de Liège.

Travailler dans une entreprise en développement est un privilège, il faut en avoir conscience. Nombreux sont les domaines touchés par la crise. Même avec des moyens limités, le secteur des soins de santé offrira toujours une activité. Encore faut-il que les entreprises de soins assurent leur pérennité en restant performantes. Pour ce faire, le CHC mise sur la qualité et l'efficacité dans tous les domaines. Le CHC colle parfaitement aux objectifs fixés dans son plan stratégique Azimut, et continue sa progression, avec détermination et rigueur.

Dans la course à la qualité, on a pour habitude de dire qu'il n'y a pas de vainqueurs, mais seulement des participants qui parviennent à courir devant. C'est de ceux-là que le CHC veut être. Si le CHC est dans la course et, mieux encore dans le peloton de tête, c'est grâce aux femmes et aux hommes qui travaillent au quotidien au service des patients et des résidents. Les équipements les plus onéreux et les plus performants ne suffiront jamais à faire du travail de valeur. Cette qualité et cette performance, le CHC les doit à tous ses acteurs, à leur complémentarité, leur sens du métier, leur enthousiasme, leur rigueur, leur énergie et leur détermination. Le foisonnement de projets et les réalisations nombreuses décrites dans ce rapport en sont autant d'illustrations.

Nous vous souhaitons une agréable lecture.

Dr Philippe Hubert
Président du Conseil médical A 158

Alain Javaux
Directeur général

Dr Constant Jehaes
Président du Conseil médical A 152

René Thissen
Vice-président du Conseil d'administration

Dr Philippe Olivier
Directeur médical

Baudouin Harmant
Président du Conseil d'administration

Sommaire

3..... Avant-propos

6..... Carte d'identité du CHC

Un réseau de soins

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

Les structures de décision au CHC

Le management du CHC en 2011

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

17... Acteurs du CHC

Le personnel du CHC

Les médecins et prestataires indépendants

Mais aussi...

- Les assistants
- Les stagiaires
- Les volontaires

25... Rapport d'activités

Activité hospitalière et consultations

Activité de la maison de soins psychiatriques

Activités du Réseau senior

Volet financier : résultats et comptes annuels

34... Suivi du plan stratégique

Axe 1 - Développer l'offre de soins

- Nouveaux projets « nutrition » soutenus par le Plan cancer
- Service d'endocrinologie : pompes à insuline et insulinothérapie fonctionnelle
- *Fibroscan* en gastroentérologie
- Saint-Vincent - Psychiatrie : mise en place d'une équipe mobile
- Hôpital de jour gériatrique : ouverture de 2 places à Waremme
- Sainte-Elisabeth : nouveau service de médecine nucléaire
- Et fermeture à Notre-Dame Waremme
- Emergence des groupes thérapeutiques

- Espérance : la fibromyalgie vue par le groupe
- L'éducation du patient, toujours active
- Espérance : nouvelle infirmière en éducation du patient pneumologique
- Sainte-Elisabeth : un centre relais pour les soins de plaies
- Notre-Dame Waremme : une nouvelle offre en neurologie
- Résidence d'Heusy : projet d'extension à l'horizon 2015
- Quand la météo influe sur l'activité des urgences
- Fusillade de Liège : participation au plan MASH
- Espérance : 10^e anniversaire de l'unité de revalidation
- 10 ans de transfusion
- Crèche du CHC : le taux d'occupation a doublé
- Département infirmier

Axe 2 - Améliorer l'orientation patient

- Un mot d'ordre : la sensibilisation à la santé
- Qualité et sécurité patient
- La médiation : 0,04% de plaintes
- Rendez-vous des professionnels de la douleur
- Saint-Joseph : ouverture du service de pré-hospitalisation
- Saint-Joseph : la pharmacie clinique pour une meilleure compliance au traitement
- Une terrasse pédiatrique à l'Espérance
- Espérance : une bulle d'oxygène
- Un peu de Rêve Bleu pour les enfants hospitalisés
- Espérance : une nouvelle cafétéria, un self-service rénové
- Sainte-Elisabeth : un défilé un peu particulier
- Réseau senior en croisière
- Résidence Saint-Joseph - Membach : en vacances chez les seniors
- Une fleur pour un sourire
- Résidence les Peupliers - Hermalle : une gymnastique intergénérationnelle

Axe 3 - Atteindre l'excellence clinique

- La check list : accroître la gestion des risques au bloc opératoire
- La direction des quartiers opératoires : à Notre-Dame Waremme également
- Nouveau plateau d'endoscopie à Saint-Joseph
- Investissements en matériel pour la pédiatrie
- Saint-Joseph : nouveau système de monitoring pour la neurochirurgie
- Une première européenne
- Première thrombectomie en région liégeoise
- Abords antérieurs de la colonne lombaire en double compétence
- L'humour en psychothérapie

Axe 4 - Optimiser les opérations

- Mise en route du dossier infirmier informatisé
- La cuisine certifiée pour son système d'autocontrôle
- Déclaration de naissance : du nouveau avec eBirth
- Des groupes qualité à Notre-Dame Waremme

Axe 5 - Développer des systèmes d'information performants

- Informatique : amélioration des fondations et nouveaux projets métiers
- Le CHC adhère au Réseau Santé Wallon

Axe 6 - Repenser le rôle et la contribution des sites

- Nouvelle unité CD7 et nouvel hôpital de jour à la clinique Notre-Dame Hermalle
- Une rénovation complète pour l'unité chirurgie-médecine à la clinique Notre-Dame Waremme
- Jeu de chaises musicales et suite de l'extension à Sainte-Elisabeth
- Nouvel hôpital du CHC : les étapes importantes franchises en 2011

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

- Objectif zéro faute
- Programmes qualité et résultats cliniques
- Pédiatrie : adaptations du ROI

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

- Cadres : descriptions de fonctions
- Une politique de formation dynamique
- Bien-être au travail : 5 points d'attention
- Secret professionnel et confidentialité : une campagne de sensibilisation
- Le CHC parmi les hôpitaux sans tabac
- La solidarité en 2011 ou l'histoire d'un partenariat
- Participation à la Semaine du commerce équitable
- La solidarité plus près de chez nous
- Journée médicale : clap 25°!
- Et un numéro 100 pour le Blueprint...

74... Annexes

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

Photos : CHC, Daniel Ghaye

Mise en page : stereotype

Impression sur papier FSC Print Speed Offset
Encres végétales - Juin 2012



Les maisons de repos

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

Polycliniques

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

Antennes extérieures

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

Carte d'identité du CHC

Un réseau de soins

Le CHC, omniprésent en province de Liège

Composé de 6 cliniques, 8 maisons de repos, 1 crèche et une bonne dizaine de polycliniques extérieures en province de Liège, le CHC constitue un réseau de soins où technologie de pointe et qualité du service assurent aux patients une médecine performante à visage humain. Le groupe compte 1.045 lits hospitaliers aigus, 30 lits de maison de de soins psychiatriques et 675 lits de maisons de repos. Il emploie 4.003 personnes (tous métiers confondus, soit 2.810,3 équivalents temps pleins (ETP) et occupe plus de 800 médecins et prestataires indépendants (kinésithérapeutes, psychologues,...).

En 2011, le CHC recouvre une réalité multiple. Le groupe se compose de :

→ 6 cliniques

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

→ 8 maisons de repos

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

→ des centres spécialisés

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

→ deux unités décentralisées

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

Charte du CHC



Charte du Centre Hospitalier Chrétien

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

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

*Je ne suis pas venu
pour être servi mais
pour servir*
*Non veni ministrari
sed ministrare*

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

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

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

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

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

La qualité
Tous les métiers exercés au CHC sont complémentaires.

Nous veillons à mettre l'accent :

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

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

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

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

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

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

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

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

L'accès à l'information
Pour autant qu'elle le souhaite, nous informons toute personne des soins dont elle bénéficie.

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



Philosophie et éventail des soins

Le CHC ancre sa philosophie des soins sur quatre principes :

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

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

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

- Chacun des 6 hôpitaux généraux a développé ses spécificités et des complémentarités avec l'ensemble.
- De nombreuses consultations de médecine spécialisée et de dentisterie sont accessibles au sein même des cliniques, mais également au sein de polycliniques extérieures.
- L'aval est pris en charge au sein du Réseau senior, 8 résidences pour personnes âgées avec une offre complète : 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 la crèche *L'arrêt de puces* qui propose 18 places, ouverte en 2010.

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

Le projet de nouvel hôpital

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

Ce nouvel hôpital sera construit à Liège sur le site de l'ancien charbonnage de Patience et Beaujonc, à la croisée des communes de Liège, Ans et Saint-Nicolas. Il jouira d'une situation stratégique, offrant des facilités d'accès et de parking. Conçu pour répondre aux attentes des patients, des soignants et des visiteurs, ce nouvel hôpital va allier les plus hautes exigences humaines, scientifiques, technologiques et ergonomiques. Il constituera véritablement un outil au service des soins et des patients afin de pérenniser une médecine de pointe à visage humain. Son ouverture est prévue en 2016. (Plus d'information : pp 62-65)

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 46 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 23 membres élus en cette qualité par l'Assemblée générale.

Au 31 décembre 2011, les 23 membres du **Conseil d'administration** sont : Rudolphe Bastin, Elisabetta Callegari, Paul Clockers, Michel de Lamotte, Godelieve De Smet, Jean-Philippe Despontin, Godelieve De Wulf, Xavier Drion, Patrick Gérard, Alda Gréoli, Gaston Flaba, Emali Goossens, Baudouin Harmant, Maria Jeurissen, Albert Klinkenberg, Léon Kos, Joëlle Lehaut, Georges Lonay, Gertrudis Panis, Patrick Rutten, Michel Tasiaux, René Thissen et Michel Watelet.

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



Le comité de coordination des directions de groupe, lors du teambuilding de novembre 2011

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

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

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

Comme pour le Comité permanent de concertation, il existe un **Conseil médical** par agrément. Le Conseil médical assure la représentation des médecins à la prise de décision au sein de l'hôpital. Dix-sept membres effectifs et 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** et le Comité de suivi de la direction clinique.

Composition des Conseils médicaux en 2011

Conseil médical des Cliniques Saint-Joseph (A 152)

Elections de mai 2009

Président Dr Didier Noiro, anesthésiste
Vice-président Dr Constant Jehaes, 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)

Elections de juin 2011

Président Dr Philippe Hubert, anesthésiste
Vice-président Dr Alain Vandenhove, anesthésiste
Secrétaire Dr Franklin Grooten, anesthésiste

Membres effectifs

Dr Michel Deliège, cardiologue	Dr Sylviane Lesenfants, gynécologue
Dr Abdelkrim Essahib, anesthésiste	Dr Pierre Maton, pédiatre
Dr Anne-Françoise Geets, biologiste	Dr Joseph Schnackers, chirurgien orthopédique
Dr Marc Horion, gynécologue	Dr Pierre Toussaint, anesthésiste
Dr Yves Lebrun, gynécologue	Dr Marc Van Laer, chirurgien vasculaire et thoracique

Membres suppléants

Dr Michel Coibion, gynécologue
Dr Catherine Kestens, psychiatre
Dr Stéphane Schindler, gynécologue

Invité permanent

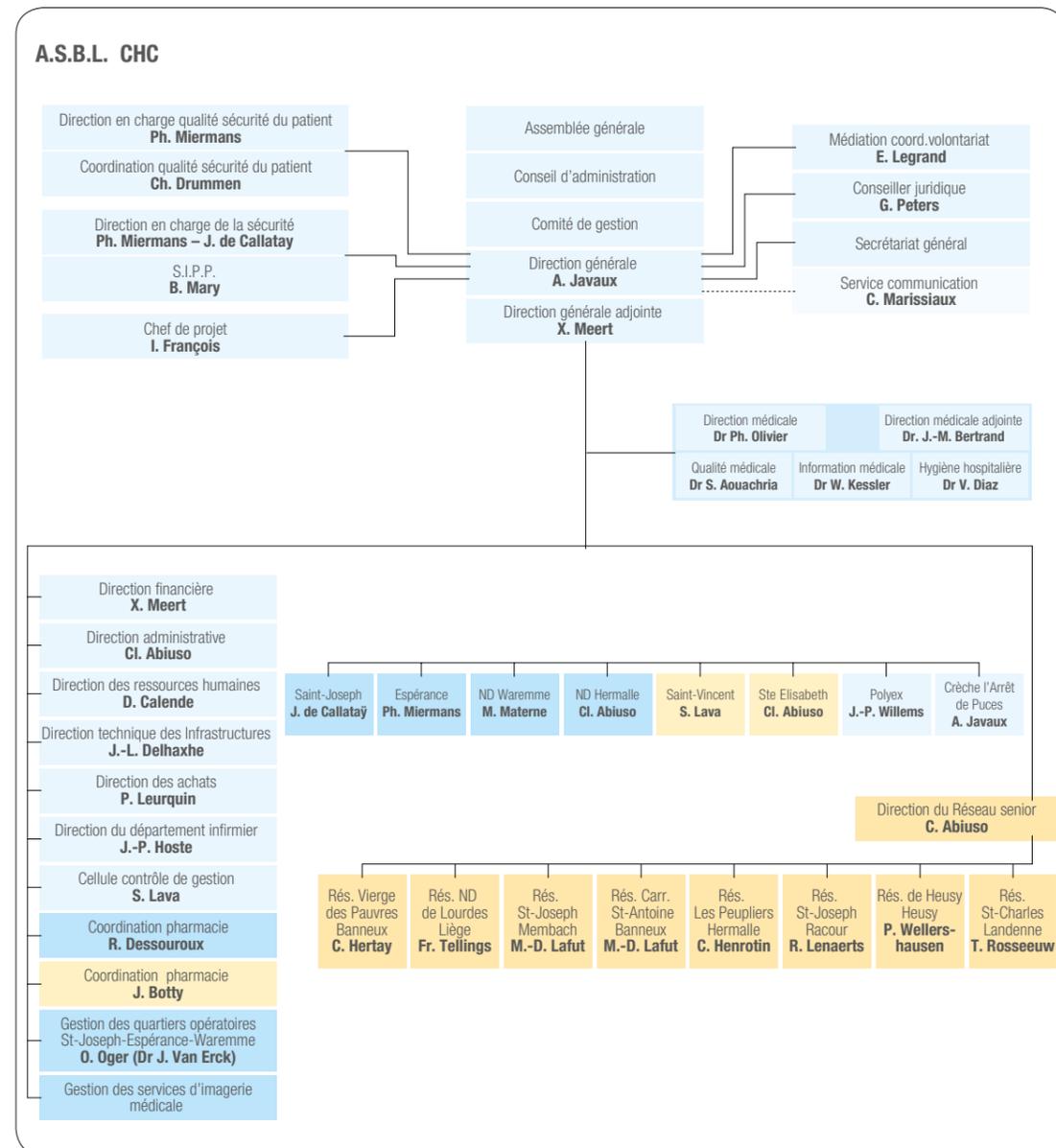
Dr Philippe Olivier, directeur médical

Le management du CHC en 2011

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.

Le comité de direction du CHC reste très stable depuis quelques années. Seul changement à signaler en 2011, le départ de Danielle Martin, relayée par Claudio Abiuso à la direction des cliniques Notre-Dame Hermalle et Sainte-Elisabeth.



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 2011.

Médecins-chefs de service pour l'agrément 152

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

Anatomopathologie	Dr Véronique Jossa
Anesthésiologie	Dr Emile Charlier
Biologie clinique	Dr Jackie Moreaux et Dr Nadine Cielniaszek
Cardiologie	Dr Philippe Marcelle
Chirurgie abdominale	Dr Constant Jehaes
Chirurgie esthétique	Dr Xavier Néllissen (f.f.)
Chirurgie orthopédique	Dr Jean-Pierre Berger
Chirurgie pédiatrique	Dr Toàn Khúc
Chirurgie vasculaire et thoracique	Dr Anne Dawance
Dermatologie	Dr Antoinette Henrijean
Endocrinologie	Dr Christine Daubresse
Gastroentérologie	Dr Boris Bastens
Gériatrie	Dr Thierry Guillaume
Gynécologie - Obstétrique	Poste à pourvoir
Imagerie médicale (département)	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 Gougard
ORL	Dr Joseph Borrass
Pédiatrie (département)	Dr Pierre Philippet
• Pédiatrie (service - Espérance)	Dr Frédéric Piérart
• Soins intensifs et urgences pédiatriques (service - Espérance)	Dr Frédéric Lebrun
Pneumologie	Dr Pierre Saint-Remy
Psychiatrie	Dr Franz Bartholomé
Radiothérapie (Serv. universitaire ULg)	Pr Philippe Coucke
Soins intensifs	Dr Didier 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 (département)	Dr Georges Houben	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Pédiatrie (département)	Dr Pierre Philippet	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Psychiatrie	Dr Benoît Troisfontaines	Saint-Vincent et Sainte-Elisabeth
Anesthésiologie	Dr Philippe Hubert	Saint-Vincent
Chirurgie	Dr Olivier Wéry	Saint-Vincent
Hôpital de jour chirurgical	Dr Etienne Longerstay	Saint-Vincent
Maternité et MIC	Dr Marc Horion	Saint-Vincent
Néonatalogie	Dr Pierre Maton	Saint-Vincent
Procréation médicalement assistée	Dr Annick Delvigne	Saint-Vincent
Anesthésiologie + Hôpital de jour	Dr Alain Vandenhove	Sainte-Elisabeth
Chirurgie	Dr Joseph Schnackers	Sainte-Elisabeth
Gastroentérologie	Dr Olivier Cajot	Sainte-Elisabeth
Gynécologie - Obstétrique	Dr Nathalie Séverin	Sainte-Elisabeth
Médecine interne	Dr Michel Delière	Sainte-Elisabeth
Médecine physique et réadaptation	Dr Bernard Godon	Sainte-Elisabeth
Pédiatrie (service)	Dr Louis Fawe	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 puisque trois nouvelles maîtrises de stage sont à souligner pour l'année 2011.

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 (renouveaulement)
Chirurgie orthopédique	Dr Serge Willems	Octobre 2009
Neurologie	Dr Philippe Desfontaines	Juillet 2010
Psychiatrie (en particulier psychiatrie de l'adulte)	Dr Benoît Troisfontaines	Janvier 2010 (renouveaulement)
Médecine physique et réadaptation	Dr Albert Debrun	Mai 2010 (renouveaulement)
Anesthésiologie - Réanimation	Dr Philippe Paris	Août 2011 (renouveaulement)
Réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés	Dr Albert Debrun	Novembre 2011 (renouveaulement)
Trois nouvelles reconnaissances en 2011		
Imagerie médicale	Dr Georges Houben	Juin 2011
Oncologie médicale	Dr Christian Focan	Février 2011
Médecine interne	Dr Luc Longrée	Février 2011



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.

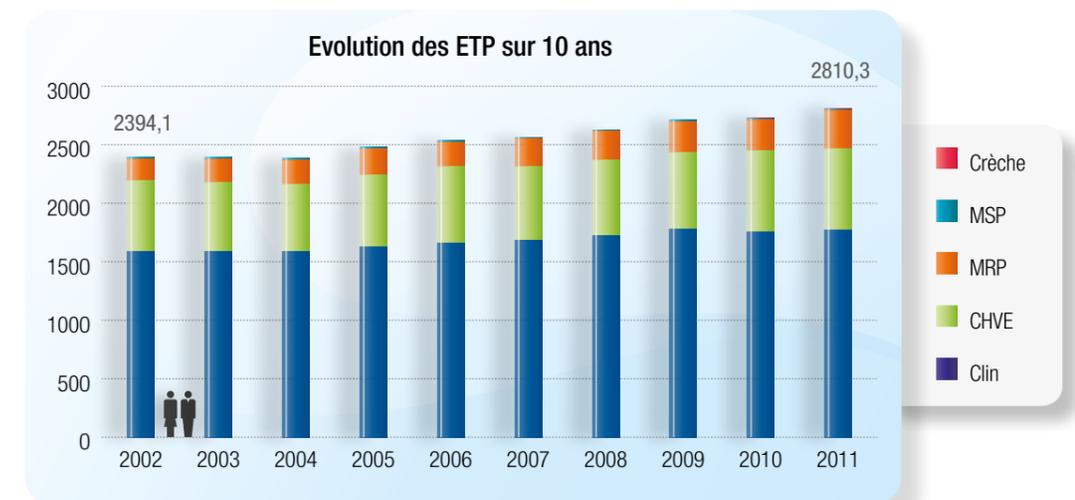
En 2011, on estime que les acteurs du CHC, tous métiers confondus, représentent ;

- pour le secteur salarié : 4.003 personnes, soit 2.810,3 équivalents temps pleins (ETP)
- pour les indépendants : 838 personnes

Le personnel du CHC

Evolution du volume de l'emploi

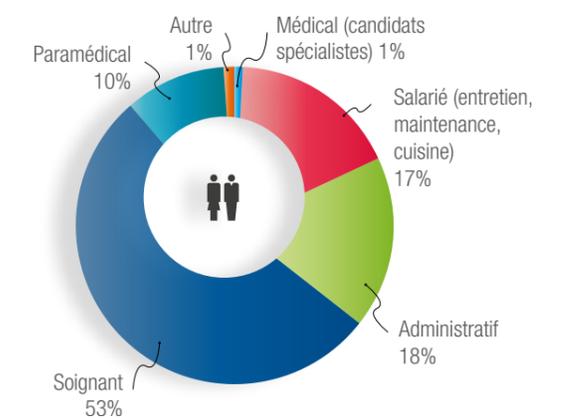
Le CHC fait partie aujourd'hui des plus grands employeurs de la région et offre un potentiel non négligeable pour les personnes à la recherche d'un travail. En 10 ans, le CHC a augmenté son effectif de plus de 415 ETP, soit près de 17%.



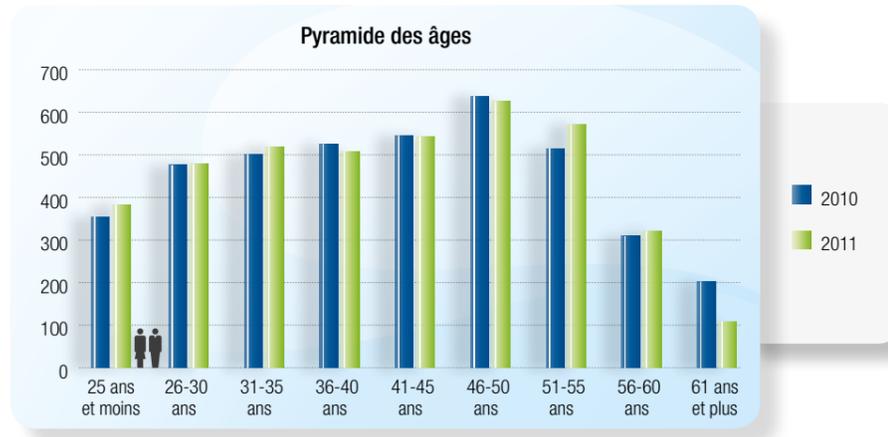
Répartition des ETP

Le personnel se répartit essentiellement en 1.493 ETP soignants, 493 ETP administratifs, 480 ETP salariés pour l'entretien, la maintenance et les cuisines, 288 ETP paramédicaux, 27,6 ETP médecins et 28,7 autres ETP. Pour information, les 838 médecins et autres prestataires (kinésithérapeutes, psychologues, ...) travaillant au CHC ne sont pas inclus dans ces statistiques car il s'agit de prestataires indépendants (à l'exception des candidats spécialistes).

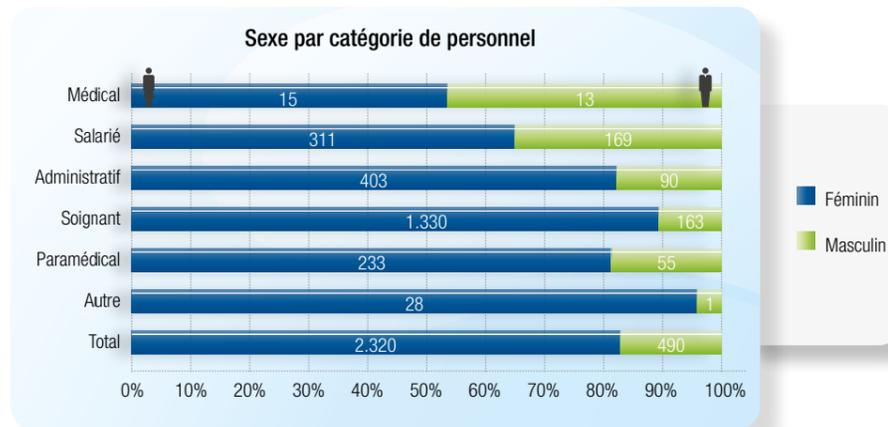
ETP 2011 par catégorie de personnel



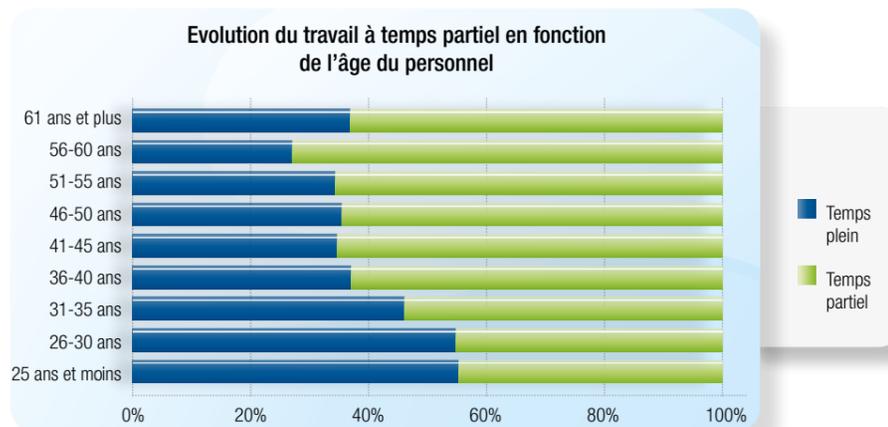
La pyramide des âges du personnel montre que 21% du personnel a moins de 30 ans, 25% a entre 30 et 40 ans, 29% entre 40 et 50 ans et 25% a plus de 50 ans.



Le personnel est en majorité féminin (82,5% du personnel) dans tous les secteurs d'activité, à l'exception des médecins candidats spécialistes.



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



Les médecins et prestataires indépendants

En 2011, on compte au CHC 838 médecins et autres prestataires indépendants, soit des psychologues, logopèdes, kinésithérapeutes,...

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

	CHC globalisé	Saint-Joseph	Espérance	ND Waremmé	ND Hermalle	Saint-Vincent	Sainte-Elisabeth
Présents en 2011	838	362	363	125	150	193	154
Entrés en 2011	78		62			16	
Sortis en 2011	65		41			24	

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.

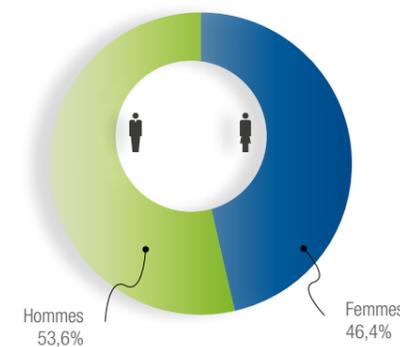
ces dernières années. L'arrivée de nouveaux médecins est toujours encouragée dans la mesure où elle peut aller de pair avec le développement d'une activité.

La même stabilité est de rigueur pour les nominations des chefs de service. En 2011, les deux seules nominations de chef de service concernent les services d'anatomopathologie, avec à sa tête le Dr Véronique Jossa et de chirurgie orthopédique, avec à sa tête le Dr Jean-Pierre Berger.

Si le personnel salarié est à 82,5% 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 46,4% de dames et 53,6% d'hommes.

La direction médicale veille à une meilleure gestion humaine des indépendants en appuyant divers projets tout au long de l'année, mais également en organisant une réunion de présentation mutuelle sous forme de speed-dating pour les nouveaux venus. Cette rencontre permet aux nouveaux médecins et prestataires de se faire connaître mais également de rencontrer les principaux acteurs de l'institution. La réunion fournit également l'occasion de présenter le fonctionnement de l'institution et les relations entre hôpital et médecins. Dans la même veine, les médecins arrivés en fin de carrière sont remerciés lors d'une soirée qui leur est spécifiquement consacrée.

Répartition hommes - femmes

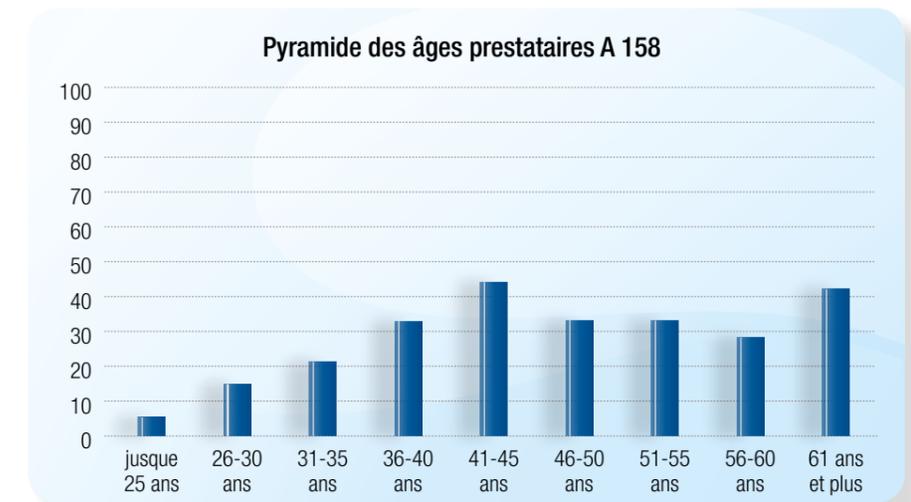
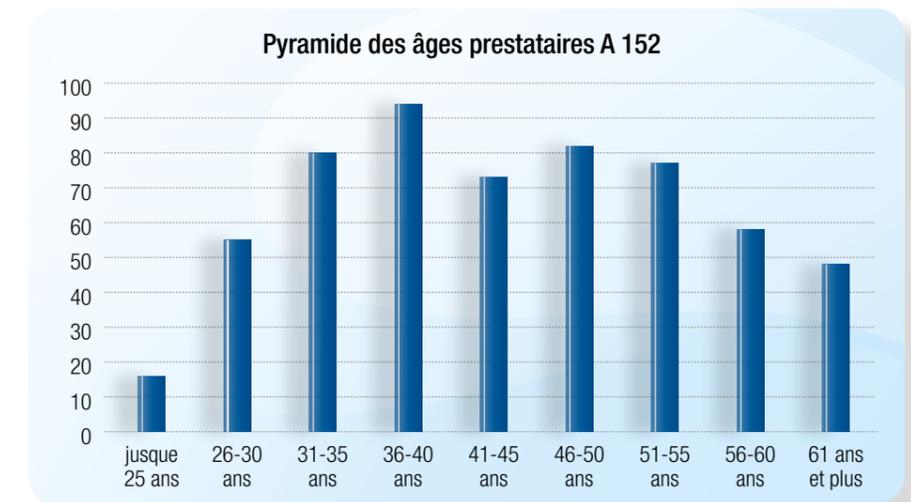


La composition des équipes de praticiens est stable, avec une bonne fidélisation des médecins. Seuls 65 prestataires dont 49 médecins, ont quitté le CHC en 2011. Par ailleurs, 78 prestataires, dont 63 médecins, sont venus renforcer les services. Les équipes médicales du CHC exercent une attractivité certaine sur la profession, encore renforcée



Pyramide des âges

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



Mais aussi ...

Les assistants

Chaque année, le CHC accueille dans ses services des médecins candidats spécialistes. En 2011, 32 médecins ont poursuivi leur formation dans une des 6 cliniques du CHC. Ces médecins sont attachés aux services d'anesthésiologie, chirurgie digestive, endocrinie et générale, chirurgie orthopédique, gastroentérologie, gynécologie-obstétrique, médecine de l'appareil locomoteur, neurologie, pédiatrie et psychiatrie. En 2011, trois nouvelles reconnaissances de maîtrise de stage ont été attribuées aux services d'imagerie médicale, d'oncologie médicale et de médecine interne.

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 :

- 158 pour les stagiaires médecins pour les 2^e, 3^e et 4^e masters (ULg - UCL)
- 3.090 pour les stagiaires en soins infirmiers et paramédicaux (baccalauréat, 4^e année de spécialisation, brevet, promotion sociale), soit environ 600 de plus qu'en 2010

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

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

Formation	Ecoles	St-Joseph	Espérance	ND Waremmme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Baccalauréat soins infirmiers + 4 ^e année spécialisation	Haute école Province de Liège - Liège	154	139	5	11	144	64
	Haute école Province de Liège - Verviers	0	0	0	0	0	102
	Haute école Province de Liège - Huy	28	0	0	0	0	0
	Haute école libre mosane (Helmo) - Liège	459	275	154	126	400	30
	Institut supérieur d'enseignement infirmier - Louvain-La-Neuve	0	9	0	0	3	0

Formation	Ecoles	St-Joseph	Espérance	ND Waremmme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Brevet soins infirmiers	Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical (Barbou) - Liège	0	0	0	141	20	0
	Institut provincial d'enseignement secondaire paramédical - Verviers	0	0	0	0	0	142
	Ecole St-Joseph - Ste-Julienne - Liège	274	78	18	39	19	0
	Enseignement de promotion sociale - Liège	82	18	47	98	0	11
Total/site		997	519	224	415	586	349
TOTAL CHC							3090

Les volontaires

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

Les volontaires sont essentiellement des dames, âgés de plus de 55 ans pour 88% d'entre eux. Ils sont présents entre 4 et 8h par semaine. L'accueil, l'écoute, l'accompagnement, les petits services sont les prestations qu'ils offrent majoritairement. Une coordination du volontariat a été mise en place en 2009 afin de développer ses activités, d'en renforcer leur attractivité, de valoriser la présence et les actions des volontaires, d'améliorer leur encadrement et d'augmenter leurs interactions avec le CHC.

L'objectif est double : améliorer l'intégration des volontaires dans une dynamique professionnelle, en veillant à leur encadrement et leur formation, mais également leur apporter une meilleure reconnaissance et une meilleure visibilité. Exemple

de cette mise en avant des volontaires, l'action réalisée à Sainte-Elisabeth à l'occasion du 780^e anniversaire de la mort d'Elisabeth de Hongrie, canonisée en 1235 pour avoir consacré sa vie aux pauvres. Autre exemple, la participation au salon du volontariat organisé à Liège chaque année. Un dépliant a été réalisé pour présenter le volontariat au CHC et attirer de nouvelles personnes.

2011, année européenne du volontariat a été l'occasion de lancer de nouveaux projets concrets comme l'actualisation des conventions entre le CHC et ses associations partenaires, ou la nouvelle collaboration avec l'asbl Volont'R à Notre-Dame Waremmme. Les volontaires ont aussi relancé la bibliothèque (à St-Joseph), mis en place un nouveau service d'objets trouvés (à Ste-Elisabeth) ou une nouvelle équipe pour l'accueil des patients (à ND Hermalle). Sur le plan de l'encadrement, un groupe de travail volontariat a vu également le jour. Enfin, une après-midi des volontaires est organisée désormais en juin, rencontre conviviale de découverte et d'échanges d'informations sur le volontariat.

Rapport d'activités

Activité hospitalière et consultations

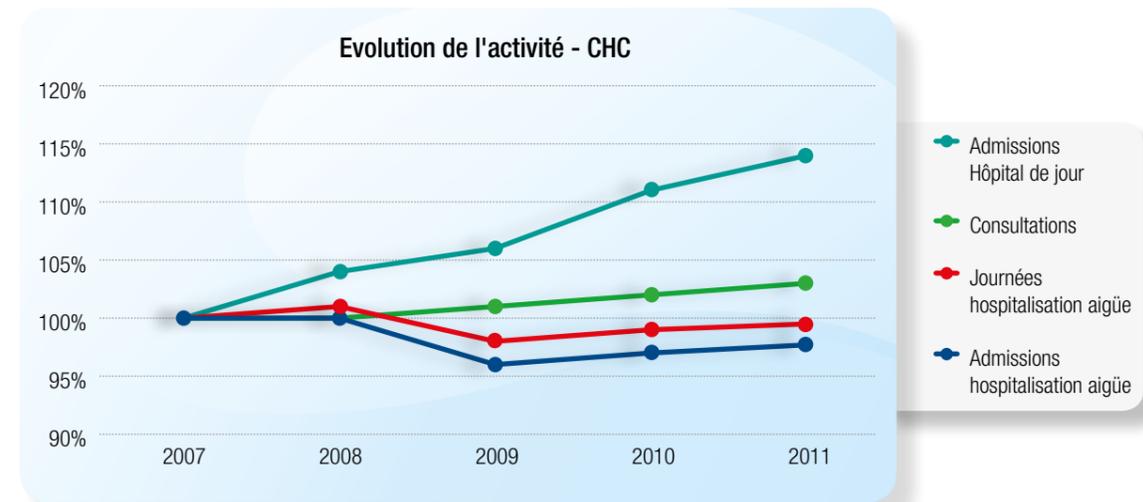
Evolution de l'activité hospitalière en quelques chiffres clés

Fin 2009 et 2010, l'offre de soins a été repensée afin d'adapter les structures du CHC à l'évolution de la population (nouveaux lits de revalidation à Notre-Dame Waremmes en 2009 et de gériatrie à Sainte-Elisabeth Heusy en 2010). 2011 a permis de stabiliser cette nouvelle allocation des lits.

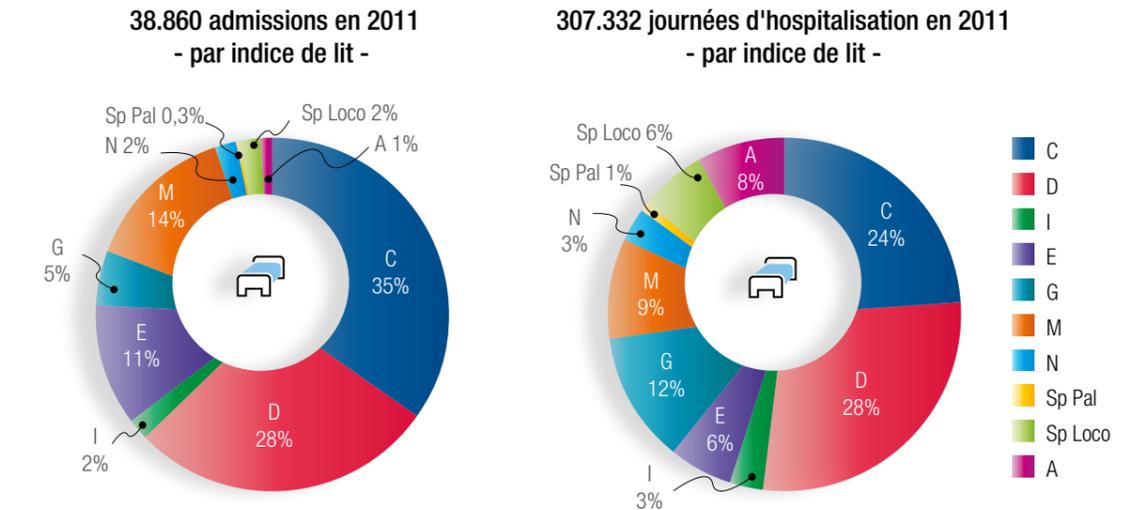


		CHC 2008	CHC 2009	CHC 2010	CHC 2011	St-Joseph	Espérance	ND Waremmes	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière - Nombre de lits hospitalisation classique au 31 décembre 2011											
C/D	Médecine et chirurgie	566	544	520	520	232	100	42	48	30	68
I	Soins intensifs	35	35	35	35	11	6	6	6		6
E	Pédiatrie	67	67	67	67		67				
G	Gériatrie	102	102	126	126	48		24	30		24
M	Maternité	125	125	125	125	44				61	20
N	Soins intensifs néonataux	35	35	35	35					35	
SP pal	Soins palliatifs	6	6	6	6				6		
SP loco	Revalidation	40	56	56	56		20	16	20		
A	Neuropsychiatrie	75	75	75	75					75	
TOTAL		1.051	1.045	1.045	1.045	335	193	88	110	201	118

Le virage vers l'**hospitalisation de jour** entamé dans les années 2000 se confirme, avec une progression plus marquée pour l'hospitalisation de jour chirurgicale, laquelle inclut l'activité du centre de la douleur.



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



	CHC 2009	CHC 2010	CHC 2011	St-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière - Hospitalisation de jour									
Médical adulte	18.814	19.339	18.616	9.644	741	2.061	3.138	306	2.726
Médical pédiatrique	926	1.029	989		989				
Chirurgical adulte	23.062	24.191	26.125	6.387	1.636	1.500	2.557	3.896	10.149
Chirurgical pédiatrique	1.204	1.304	1.373		1.373				
Gériatrique	80	105	86	86					
TOTAL	44.086	45.968	47.189	16.117	4.739	3.561	5.695	4.202	12.875

	CHC 2009	CHC 2010	CHC 2011	St-Joseph	Espérance	ND Wareme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière - Journées et admissions en hospitalisation classique									
Journées d'hospitalisation classique									
C/D	165.042	162.249	160.095	77.358	29.421	10.419	15.672	5.851	21.374
I	9.348	9.369	9.596	3.269	1.699	1.390	1.726		1.512
E	17.035	17.091	19.056		19.056				
G	32.493	33.074	37.905	13.782		7.986	10.931		5.206
M	29.290	29.245	27.609	3.427				19.131	5.051
N	9.923	9.992	9.654					9.654	
Sp pal	1.900	1.849	1.869				1.869		
Sp loco	13.901	17.902	17.948		6.345	5.298	6.305		
A	23.012	23.912	23.600					23.600	
TOTAL	301.944	304.683	307.332	97.836	56.521	25.093	36.503	58.236	33.143
Admissions en hospitalisation classique grandes portes (entrée du patient au CHC)									
C/D	25.015	24.698	24.711	9.801	4.511	1.544	2.776	2.023	4.056
I	898	875	856	140	179	203	194		140
E	4.066	4.192	4.439		4.439				
G	1.316	1.401	1.759	513		336	590		320
M	5.479	5.597	5.363	684				3.778	901
N	499	560	590					590	
Sp pal	97	100	107				107		
Sp loco	475	600	599		240	144	215		
A	521	533	436					436	
TOTAL	38.366	38.556	38.860	11.138	9.369	2.227	3.882	6.827	5.417

De manière détaillée, les statistiques des activités hospitalières et en polycliniques évoluent de la sorte sur les 3 dernières années.

	CHC 2009	CHC 2010	CHC 2011	St-Joseph	Espérance	ND Waremme	ND Hermalle	St-Vincent	Ste-Elisabeth
Activité hospitalière - Autres statistiques									
Accouchements	4.770	4.920	4.672	601				3.324	747
Consultations médicales (hors médico-technique)	392.173	395.779	400.624	122.814	75.807	36.235	53.119	61.250	51.399
Consultations médicales polycliniques extérieures	54.313	54.508	54.686						
Imagerie médicale - examens	337.071	340.321	357.185	115.676	71.217	44.956	57.023	16.587	51.726
Imagerie médicale - examens extérieurs	6.666	7.237	5.950						
Biologie clinique - nombre d'analyses (en milliers)	5.779	5.826	5.767	1.699	941	422	642	790	1.273
Urgences adultes	72.556	73.200	76.683	18.788	22.227	8.833	14.235		12.600
Urgences enfants	22.832	22.412	24.780		24.780				
Sorties SMUR	1.707	1.711	1.768		1.299	469			
Bloc opératoire - nombre d'interventions	41.117	41.373	42.099	14.279	8.620	3.867	4.466	5.844	5.023

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

L'activité de la MSP de Waremme reste stable.

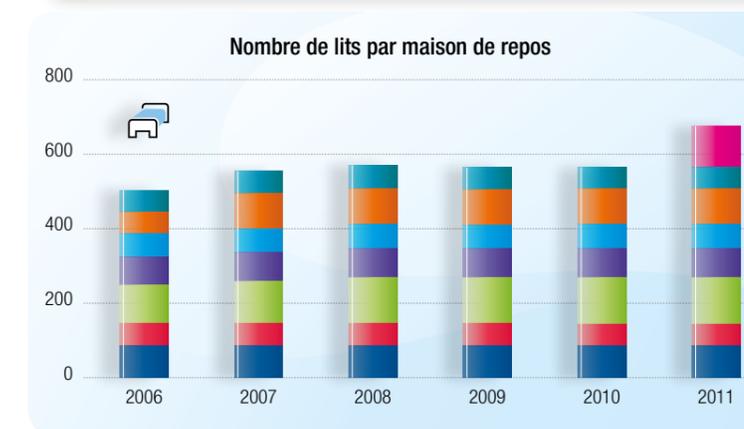
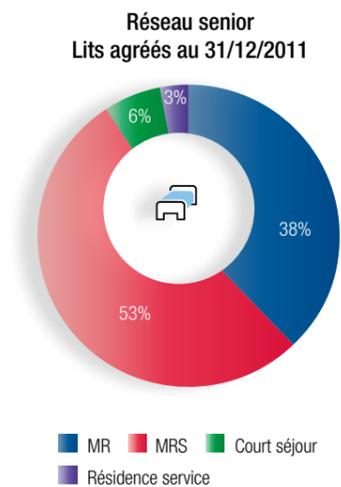
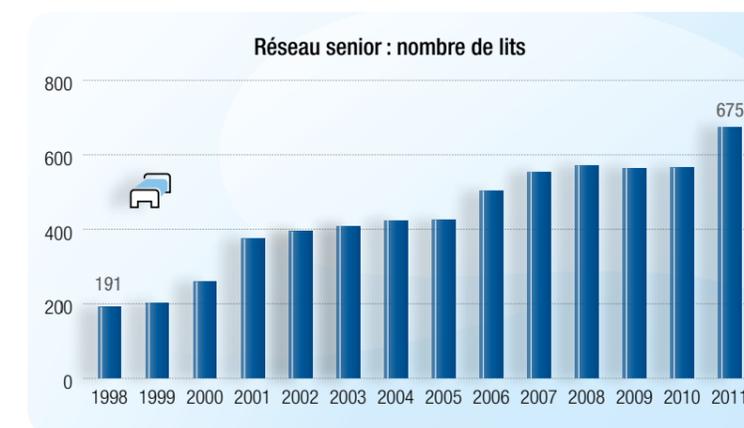
	CHC 2009	CHC 2010	CHC 2011
Activité MSP (Maison de Soins Psychiatriques)			
Nombre de lits	30	30	30
Journées MSP	11.239	11.545	11.136
Personnel en ETP	13,9	15,4	15,0

Activités du Réseau senior

Les graphiques suivants montrent une forte croissance du Réseau senior, en nombre de lits et en personnel. Cette évolution s'explique par l'intégration de la Résidence Saint-Charles de Landenne, antérieurement partenaire et désormais membre à part entière du Réseau senior du CHC (intégration au 1^{er} janvier 2011). Cette huitième maison du Réseau senior compte 110 lits. Avec désormais 675 lits, le réseau peut s'enorgueillir d'une progression de 16% de ses lits.



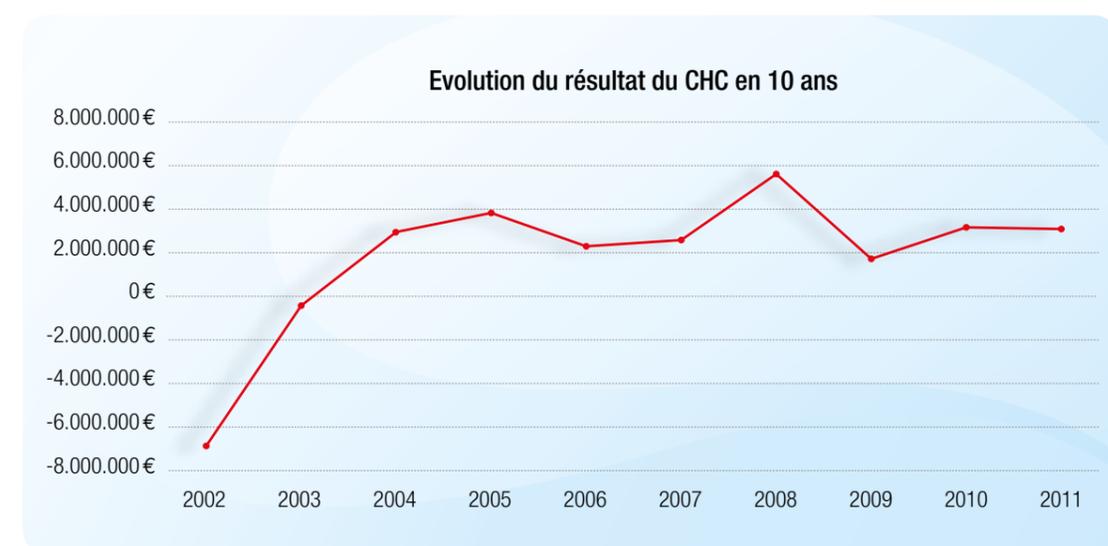
	CHC 2009	CHC 2010	CHC 2011
Activité du Réseau senior			
Nombre de lits	564	565	675
Journées	201.811	203.074	242.848
Personnel en ETP	264,0	265,2	326,6



- Landenne
- Heusy
- Racour
- Hermalle
- Membach
- Mativa
- Carrefour
- Banneaux

Volet financier : Résultats et comptes annuels

Après avoir subi un sérieux revers en 2002, le CHC n'a cessé de redresser la barre depuis lors. Malgré les difficultés inhérentes à la gestion hospitalière, 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. Le résultat 2011 se maintient au niveau de celui de 2010, malgré les mesures d'économie imposées dans le secteur de la santé.



Bilan CHC asbl

en milliers EUR	2011	2010
ACTIF		
Actifs immobilisés	190.727	190.771
I Frais d'établissement	3.040	2.824
II Immobilisations incorporelles	2.253	2.449
III Immobilisations corporelles	184.643	184.658
<i>Terrains et constructions</i>	145.477	145.650
<i>Matériel d'équipement médical</i>	14.183	14.811
<i>Matériel d'équip. non médical et mobilier</i>	12.634	14.434
<i>Location, financement</i>	3.476	4.172
<i>Immobil. en cours et acomptes versés</i>	8.874	5.590
IV Immobilisations financières	790	840
Actifs circulants	151.906	135.979
V Créances à plus d'un an	5.358	5.394
VI Stocks et commandes en cours	7.720	7.715
VII Créances à un an au plus	100.824	107.582
VIII Placements de trésorerie	9.000	11.055
IX Valeurs disponibles	27.475	2.407
X Comptes de régularisation	1.530	1.825
Total de l'actif	342.632	326.750
PASSIF		
Capitaux propres	82.911	77.718
I Apports et dons en capital	13.032	9.493
III Réserves	2.702	2.702
IV Résultat reporté	50.521	47.507
V Subsidés d'investissement	16.656	18.016
VII Provisions pour risques et charges	30.214	25.365
VIII Dettes à plus d'un an	108.895	110.658
IX Dettes à un an au plus	116.826	110.060
Dettes à plus d'un an échéant ds année	13.831	13.192
Dettes fournisseurs	27.819	27.089
Montant de rattrapage	18.807	17.727
Médecins, dentistes, pers. soign.	27.367	25.734
Acomptes reçus	42	40
Dettes fiscales, salariales et sociales	27.440	26.216
Autres dettes	1.519	62
X Comptes de régularisation	3.787	2.949
Total du passif	342.632	326.750

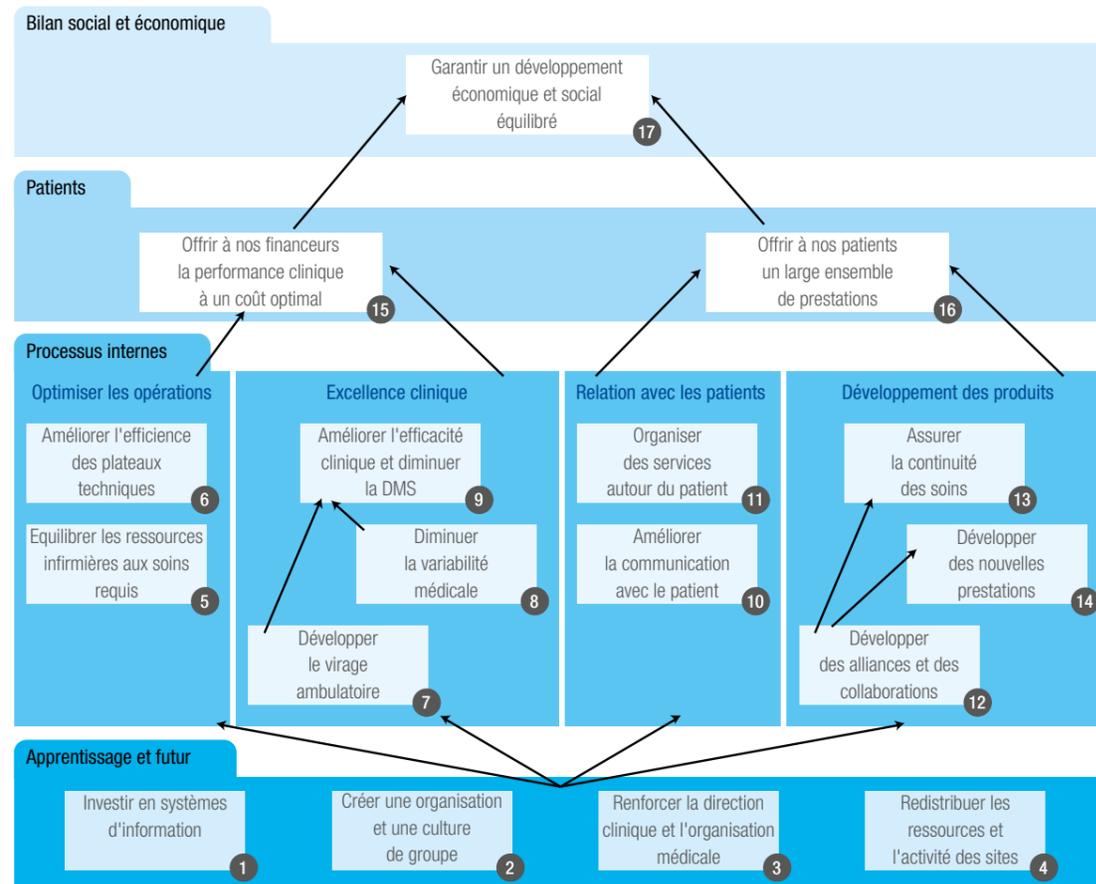
Compte de résultats CHC asbl

en milliers EUR	ex 2011	ex 2010
COMPTE DE RESULTATS		
Produits d'exploitation	386.490	364.749
Chiffre d'affaires	356.377	337.920
Budget moyens financiers	127.994	120.995
Suppléments des chambres	3.005	3.174
Forfaits conventions INAMI	18.965	16.391
Produits accessoires	1.998	1.859
Produits pharmaceutiques et assimilés	45.343	44.189
Honoraires	159.072	151.312
Production immobilisée	827	1.075
Autres produits d'exploitation	29.287	25.755
Charges d'exploitation (-)	377.685	355.540
Approvisionnements et fournitures	71.857	69.874
Services et fournitures accessoires	112.848	105.065
Rémunérations et charges sociales	166.410	157.088
Amortissements, réd. valeur et provisions	21.533	19.061
Autres charges d'exploitation	5.037	4.452
Résultat d'exploitation	8.806	9.210
Produits financiers	2.206	1.772
Charges financières (-)	5.252	5.493
Résultat courant	5.760	5.489
Produits exceptionnels	3.473	12.744
Charges exceptionnelles (-)	6.219	15.066
RESULTAT DE L'EXERCICE	3.013	3.167



Suivi du plan stratégique

La carte stratégique pour implanter la vision du CHC



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

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

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

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

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

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

- 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.

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

- 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

- Optimiser les opérations**, en :
 - équilibrant les ressources infirmières aux soins requis
 - améliorant l'efficacité des plateformes 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 :

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

- 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

- 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

- 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.

Nouveaux projets « nutrition » soutenus par le Plan cancer

Le CHC a obtenu un financement supplémentaire du Plan cancer fédéral pour la prise en charge nutritionnelle de ses patients oncologiques. Ces nouveaux moyens ont permis d'augmenter le nombre d'heures de travail des diététiciennes en oncologie et de recruter du personnel supplémentaire (à Saint-Joseph, à Notre-Dame Waremme, à Notre-Dame Hermalle, à Sainte-Elisabeth et à la cuisine centrale), de manière à suivre tous les patients et à adapter les menus à leur état de santé et à leurs goûts. Les patients qui reçoivent leur chimiothérapie en hôpital de jour sont pris en charge dès le premier traitement afin de détecter une éventuelle dénutrition. Ils se voient proposer une éducation à l'hygiène alimentaire et un soutien diététique pour faire face aux effets secondaires de leur traitement (perte d'appétit, nausées, mucites,...). Les patients oncologiques sont en outre invités à participer à des ateliers diététiques dans lesquels ils sont informés sur l'équilibre alimentaire et ont droit à des consultations personnalisées sur demande.

Par ailleurs, le CHC a lancé une expérience pilote de soutien nutritionnel et psychologique aux patients oncologiques en phase de cachexie (affaiblissement profond de l'organisme dû à une forte dénutrition). Le projet du CHC est l'un des 11 sélectionnés (sur 50) par la cellule « cancer » du SPF Santé publique suite à un appel à projets. Il vise à comparer la prise en charge actuelle des patients oncologiques cachectiques avec une approche novatrice du support diététique et psychologique, l'enjeu étant de garder le patient dans le meilleur état nutritionnel possible pour améliorer sa tolérance au traitement. Deux diététiciennes ont été recrutées à mi-temps pour assurer le dépistage, la sélection et le suivi des patients. L'étude clinique porte sur deux groupes de 50 patients constitués par tirage au sort. Le premier groupe bénéficie d'une prise en charge diététique et psychologique classique alors que le second suit en alternance quatre ateliers diététiques et quatre ateliers psychologiques. Les psychologues recourent notamment à la thérapie cognitive de la pleine conscience (ou « mindfulness »). L'étude a aussi pour objet d'évaluer l'intérêt d'un apport en glutamine pour

diminuer les effets secondaires de certaines chimiothérapies et de vérifier un éventuel lien entre l'efficacité du traitement oncologique et le rythme biologique du patient.

Service d'endocrinologie : pompes à insuline et insulinothérapie fonctionnelle

Le service d'endocrinologie propose un schéma complet de prise en charge du diabète, avec des conventions Inami (patients adultes, enfants, pied diabétique). En 2011, les deux principales nouveautés du service ont été développées à Saint-Joseph : la mise à disposition de pompes à insuline (nouvelle convention) et la mise sur pied de l'insulinothérapie fonctionnelle.

L'administration d'insuline par pompe externe est une technique réservée aux diabétiques de type I qui permet de respecter de manière relativement fine la sécrétion normale d'insuline par le pancréas, à savoir un débit basal de faible intensité, permanent, sur lequel viennent se greffer des pics d'insuline représentés par un bolus au moment des repas. Cette technique est généralement réservée aux patients difficiles à équilibrer par un schéma classique, au diabète instable ou pour diminuer les hypoglycémies chez les patients à haut risque.

L'insulinothérapie fonctionnelle quant à elle consiste à adapter les doses d'insuline en tenant compte de la quantité de glucides ingérée à chaque repas. Le patient diabétique peut ainsi adapter son dosage d'insuline à son mode de vie, et non plus l'inverse. Ce type de traitement demande bien entendu une gestion et un apprentissage rigoureux, notamment au niveau du calcul des glucides. Il s'adresse essentiellement à des patients souffrant de diabète de type I, qui démontrent une volonté d'autonomie et de responsabilisation. La formation des patients se fait en petits groupes, ce qui permet de doubler l'apprentissage d'un groupe d'échanges. Environ 60 patients ont été formés en 2011 avec des résultats très positifs. L'insulinothérapie fonctionnelle remplit 3 objectifs : améliorer la qualité de vie, améliorer l'équilibration et diminuer la fréquence et l'intensité des hypoglycémies.

Fibroscan en gastroentérologie

Le service de gastroentérologie s'est doté d'un nouvel appareil, le *Fibroscan*, qui représente le premier dispositif de mesure non invasive de la fibrose hépatique et constitue ainsi un outil supplémentaire dans la prise en charge des patients atteints de maladies du foie. Les maladies chroniques du foie (toxiques, virales, ...) sont susceptibles de générer des « cicatrices » ou fibrose dans le foie avec, à terme, le risque de développer une cirrhose.

Le *Fibroscan* est une approche physique directe et non invasive permettant une évaluation de la fibrose hépatique en mesurant l'élasticité du foie à l'aide d'une sonde d'échographie modifiée. Sa facilité d'emploi en fait un outil important permettant de mettre en évidence une fibrose significative ou un dépistage précoce de la cirrhose. Il permet également de suivre la fibrose des patients dans le temps.

Saint-Vincent - Psychiatrie : mise en place d'une équipe mobile

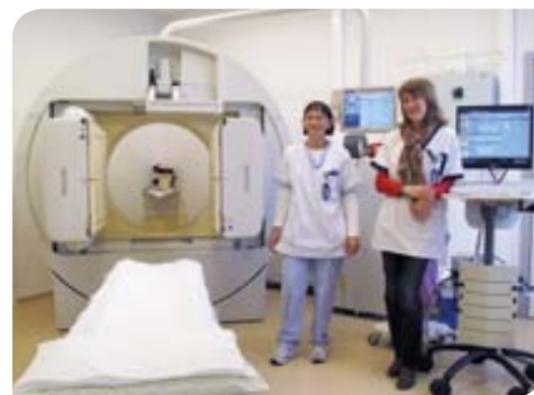
En psychiatrie, le second semestre 2011 a permis la gestation d'un nouveau service, ouvert en décembre : l'équipe mobile de psychiatrie. Baptisée Psy 107, elle prend en charge les patients en phase aiguë. Ce nouveau projet a modifié toute l'organisation de la psychiatrie à Rocourt. Une des trois unités (soit 15 des 75 lits) a fermé et tout le personnel s'est repositionné dans l'équipe mobile ou dans une des unités restantes. L'équipe Psy 107 est composée d'un médecin chef, d'une infirmière chef, de trois infirmiers, de cinq psychologues, d'une assistante sociale et d'une secrétaire (dont 3 psychologues et une assistante sociale engagés pour le projet).

L'équipe mobile intervient toujours en binôme (un infirmier et un psychologue) dans le lieu de vie du patient. Elle se doit de répondre dans les 24 à 48h après l'appel et la prise en charge du patient peut durer 4 à 6 semaines. Au-delà de ce délai, le patient qui nécessite encore des soins est orienté vers d'autres filières (hospitalisation, équipe mobile pour patients chroniques, réseau de santé mentale). L'équipe couvre la zone des arrondissements de Liège, Huy et Waremme. Ce nouveau service a démarré en décembre 2011 et répond d'ores et déjà à une forte demande.

Hôpital de jour gériatrique : ouverture de 2 places à Waremme

Notre-Dame a ouvert, début octobre 2011, 2 places en hospitalisation de jour gériatrique, ce qui permet de regrouper les explorations à réaliser sur une journée et de proposer un traitement. L'hôpital de jour gériatrique peut aussi bien prendre en charge les problèmes de système (trouble du comportement, anémie, ...) que la coordination d'explorations indépendantes chez des patients difficilement déplaçables. La collaboration entre médecins intra- et extra-hospitaliers est essentielle pour la prise en charge de ces patients. La SMWE (société de médecine de Waremme et environs) a été concertée sur l'organisation des soins.

Sainte-Elisabeth : nouveau service de médecine nucléaire



Gros changement pour la médecine nucléaire à la clinique Sainte-Elisabeth. Après un mois de fermeture pour travaux, c'est un nouveau service qui a rouvert ses portes. Initialement indépendant, le service constitue désormais une extension du service de médecine nucléaire de Saint-Joseph. Une collaboration plus étroite va aussi se développer avec l'imagerie, ce qui permettra une véritable synergie diagnostique.

L'hôpital a investi 600.000 € dans un équipement de pointe : un SPECT/CT remplace désormais l'ancienne gamma caméra et permet une exploration plus large, un diagnostic plus pointu, une moindre irradiation des patients. A côté de l'équipement, le service a été complètement rénové, pour un montant de 120.000 € : nouveau plombage de la salle d'examen, réorganisation des locaux, amélioration de l'ergonomie de travail.

... et fermeture à Notre-Dame Waremme

Cette reprise d'activité à Heusy s'accompagne malheureusement de la fin du service à Notre-Dame Waremme, après 13 ans d'activité. Deux raisons sont à l'origine de cette fermeture : d'importants investissements en matériel et en infrastructure auraient dû être consentis pour répondre aux normes alors que la pénurie de technologues et de médecins spécialisés rendait difficile la couverture des différents sites.

Dans le même temps, les consultations d'ostéodensitométrie ont été reprises par le service d'imagerie médicale, en collaboration avec le service de médecine physique.

Emergence des groupes thérapeutiques

Partager son mal de vivre, c'est le diminuer. Dans cette optique, des groupes thérapeutiques ont été mis sur pied par le service de psychiatrie et psychologie médicale. Sorte de laboratoire thérapeutique, le groupe permet de partager avec des personnes solidaires, qui vivent les mêmes difficultés, et dont le regard constitue un apport supplémentaire. Neuf groupes correspondent à différentes situations où la vie fait mal : gestion du stress, affirmation de soi, estime de soi, redécouvrir son intimité, approche corporelle, découverte de l'alimentation par les sens, groupe thérapeutique pour les patients atteints d'un cancer, groupe thérapeutique pour leurs proches et groupe deuil.

D'abord développé à Saint-Joseph, le concept de groupe thérapeutique s'est étendu aux autres sites (Notre-Dame Hermalle, Notre-Dame Waremme, Sainte-Elisabeth).

Espérance : la fibromyalgie vue par le groupe

Des groupes thérapeutiques pour patients fibromyalgiques ont été initiés au centre de la douleur chronique de la clinique de l'Espérance. L'objectif est de rendre le patient autonome et de lui fournir des outils applicables dans son quotidien et ainsi élargir les possibilités d'action sur l'état douloureux et ses répercussions.

A ce jour, environ 60 patients ont bénéficié de ce travail de groupe et les résultats sont encourageants. Les perspectives sont maintenant d'élargir et d'adapter ce type de prise en charge à d'autres pathologies chroniques (lombalgies, migraines, ...) et de renforcer l'implication de l'entourage (co-thérapeute) par des séances d'information.

L'éducation du patient, toujours active

En 2011, la coordination de l'éducation du patient s'est attelée à l'organisation de différentes formations spécifiques pour le personnel soignant. Objectif : la professionnalisation de la démarche en éducation du patient.

L'attitude reste la même que les années précédentes : plutôt que de développer des projets par service ou site, on a accentué la cohérence transversale des différentes initiatives. Actuellement, plus de 80 brochures sont publiées à l'attention des patients.

La coordination ambitionne également la reconnaissance de la profession, en représentant le CHC au sein d'associations comme l'association des infirmières en éducation du patient (AIEP), le centre d'éducation du patient (CEP) et le comité inter-institutionnel en éducation à la santé du patient (CIESP).

Espérance : nouvelle infirmière en éducation du patient pneumologique

Qu'il souffre de BPCO (bronchopathie chronique obstructive), de mucoviscidose, ou simplement de tabagisme, le patient pneumologique, chronique par définition, nécessite un accompagnement au long cours. Pour répondre à ce besoin, l'Espérance a créé un poste d'infirmière en éducation pneumologique. Cette infirmière joue désormais un rôle de plaque tournante entre les services d'hospitalisation, les urgences, les consultations, mais elle assure également le lien avec le domicile et le médecin traitant. La fonction consiste à accompagner le patient, mais également à anticiper les aspects psychosociaux et cognitifs du patient. L'objectif vise à tout mettre en œuvre pour garantir au patient un maximum d'autonomie, faire de lui un acteur de sa santé en fonction du projet de vie qu'il se choisit, mais surtout l'accompagner dans le respect de ses choix.

Sainte-Elisabeth : un centre relais pour les soins de plaies



La problématique des plaies fait partie du quotidien des professionnels de la santé. Si certaines sont à l'origine de l'hospitalisation, d'autres sont consécutives à un acte chirurgical pratiqué à l'hôpital. La clinique Sainte-Elisabeth a ouvert un centre relais soins de plaies destiné aux patients envoyés par leur médecin (généraliste ou spécialiste). Y sont pris en charge : plaies simples et complexes, post-traumatiques et post-chirurgicales, ulcères veineux, artériels, pieds diabétiques, pose et réfection des pansements, ablation de fils ou d'agrafes... Le but n'est évidemment pas de se substituer aux soins prodigués par les médecins généralistes et les infirmières à domicile, mais plutôt d'établir une réelle complémentarité entre chaque intervenant.

Notre-Dame Waremme : une nouvelle offre en neurologie

Le service de neurologie a ouvert une consultation supplémentaire plus spécifiquement axée sur les troubles du sommeil et de l'éveil, mais aussi sur les troubles épileptiques. Cette offre répond à une réelle demande quand on sait qu'une personne sur 4 souffre de troubles du sommeil. La saturation des consultations de ce type dans les autres institutions de soins est un autre indicateur de la demande.

Résidence d'Heusy : projet d'extension à l'horizon 2015



En avril 2011, le CHC a annoncé le projet d'extension de sa maison de repos d'Heusy à l'horizon 2015. A terme, la résidence de la Drève Maison Bois devrait doubler sa capacité et accueillir près de 120 personnes âgées dans un nouveau bâtiment (à construire) et dans les futurs appartements de résidence service. Cette annonce a été accueillie favorablement par le personnel et les riverains.

Les modifications d'infrastructure vont permettre d'augmenter la capacité d'accueil, passant de 58 à 100 lits, mais également de diversifier l'offre de service, avec l'apport d'un canton de 15 places, l'ouverture de 12 lits de court séjour et l'ouverture de 20 résidences services, en plus des lits MR/MRS. Ce chantier permettra également d'anticiper les nouvelles normes tout en augmentant le confort et la sécurité des patients. Cette évolution amènera un accroissement de personnel (de 50 à environ 90 personnes).

La nouvelle maison de repos comportera 3 niveaux : rez-de-chaussée, 1^{er} étage et 2nd étage sous toiture et sera agrémentée d'un parking d'une quarantaine de places. Après construction de la nouvelle maison de repos et transfert des résidents, l'actuel édifice sera transformé en 20 appartements de résidence service.

Pour concrétiser ce projet, le CHC a acquis un terrain d'une surface de 74a à l'arrière de la maison de repos. Le CHC a introduit sa demande de permis d'urbanisme dans le courant du mois d'avril 2011 et le ministère a remis son accord sur le projet en juin 2011. L'ensemble de l'investissement, soit la construction du nouveau bâtiment et la transformation de l'actuelle résidence, est évalué à près de 11 millions €. Une partie de ce montant, soit 4,7 millions €, sera subsidiée par la Région wallonne. Le reste sera financé sur fonds propres.

Quand la météo influence sur l'activité des urgences

Les services d'urgences sont tributaires des conditions climatiques, comme le montre le verglas qui a sévi les 1^{er} et 2 février. Chutes, fractures, accidents de roulage, on ne compte plus le nombre de mésaventures des patients. Les cinq services d'urgences du CHC ont vu ces jours-là leur fréquentation moyenne grimper de 45%, en comparaison avec une activité de période hivernale déjà supérieure au reste de l'année. Pas moins de 398 patients (enfants inclus) ont rejoint les services. Parmi eux, 161 ont été reçus pour un problème de traumatologie, pour la plupart dû au verglas. Avec 43 fractures, dont plusieurs fractures ouvertes, cette pathologie représentait 13,8% des urgences adultes.

Fusillade de Liège : participation du CHC au plan MASH

Le 13 décembre 2011, peu avant 13 heures, le plan MASH (mise en alerte des services hospitaliers) a été déclenché à Liège après qu'un homme eut tiré et lancé des grenades sur la foule, place Saint-Lambert, en plein centre-ville. Le bilan final fera état de 6 morts et 125 blessés. Le CHC a, en ce qui le concerne, pris en charge 46 blessés le jour du drame (dont un bébé qui décédera quelques heures après son admission) : 16 à la clinique Saint-Joseph, 19 à la clinique de l'Espérance et 11 à la clinique Notre-Dame Waremme. Comme le prévoit le plan MASH, le CHC a rappelé des médecins et gardé le personnel soignant après le changement de pause, afin de dispenser les meilleurs soins aux victimes admises dans ses différents services. Les équipes de psychologues et d'assistants sociaux du CHC ont aussi assisté les victimes et leurs proches, ce jour-là et les suivants.



Le couple princier a rendu visite aux blessés hospitalisés à Saint-Joseph, le 14 décembre au lendemain de la fusillade.

Espérance : 10^e anniversaire de l'unité de revalidation

L'unité de revalidation de l'Espérance a célébré le 10^e anniversaire de sa création en décembre 2011. C'est l'une des trois unités du genre que compte le CHC, avec celles de Notre-Dame Hermalle et Notre-Dame Waremme, ouvertes respectivement en 2005 et 2009. L'unité de l'Espérance possède une équipe multidisciplinaire composée d'un médecin physiothérapeute, d'un neuropsychologue, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de logopèdes et d'un staff infirmier. Les acteurs de soins prennent en charge trois types de patients essentiellement : ceux qui ont subi une intervention chirurgicale orthopédique (60% des cas), le plus souvent pour la pose d'une prothèse de genou ou de hanche ; ceux atteints d'une pathologie neurologique comme un accident vasculaire cérébral (AVC) ; et les polytraumatisés.

L'unité de 20 lits affiche un taux d'occupation de près de 85%. La durée moyenne de séjour est de 26 jours (10 jours pour l'orthopédie - 40 jours pour la neurologie). L'unité travaille sur l'éducation du patient afin de préparer le retour au domicile. Elle participe également à des itinéraires cliniques, comme celui de la prothèse du genou mis en place en 2004 au départ du service orthopédique de Saint-Joseph.

10 ans de transfusion

En février 2011, le comité d'hémovigilance du CHC a fêté ses 10 années d'existence. Mis sur pied en 2001 à la demande de l'INAMI, sa fonction première est d'améliorer la sécurité dans la chaîne de transfusion des dérivés sanguins. Il est composé d'infirmier(e)s, de médecins et de la direction médicale du CHC, mais accueille également des invités extérieurs.

Parmi ses réalisations, notons le *Guide de transfusion* dont la première édition a été validée en 2003. Le rôle du comité de transfusion est aussi l'édition de fiches d'information, de procédures et de recommandations de bonnes pratiques à l'usage du corps médical et infirmier. Il est aussi en relation régulière avec le comité de liaison hospitalier des témoins de Jéhovah qui vise à faciliter la prise en charge d'un adepte, notamment en cas de refus de transfusion.

Crèche du CHC : le taux d'occupation a doublé

La crèche du CHC « L'Arrêt de Puces », située à proximité de l'Espérance, à Montegnée, a accueilli 26 enfants (âgés de 3

mois à 3 ans) durant sa première année de fonctionnement. Le taux d'occupation a doublé, atteignant les 80% au 4^e trimestre. Rappelons que la crèche, dont la création a représenté un investissement de 300.000€ et qui compte 18 places, est agréée et subsidiée par l'ONE et ouverte à tous.

Département infirmier



Au-delà de l'offre de soins, il faut aussi parler du soin dans son appellation première : soins aux patients, prévention, éducation à la santé, accompagnement. Sans en constituer l'exclusive, le département infirmier intervient en première ligne en raison de son organisation et de son importance (64% du personnel salarié du CHC travaille dans les soins infirmiers, médicaux et paramédicaux - chiffre 2011). Résumer l'activité du département infirmier se révèle impossible, même si de multiples exemples de son activité égrènent ce chapitre et ce rapport annuel. Citons simplement les différentes facettes du métier d'infirmier : soins, gestion, expertise, comités multidisciplinaires, projets transversaux, plateaux par spécialités... et derrière elles, l'ensemble des soignants qui, jour après jour, assurent les soins au chevet des quelque 40.000 patients hospitalisés chaque année au CHC.

Tant le département infirmier que les projets qu'il met sur pied, s'articulent autour de l'intégration d'une culture commune toujours à construire, et demande l'implication de chacun. Certains projets visent la prise en charge des patients (ex : infirmières coordinatrices, fonction algologique, nutrition...), d'autres s'orientent vers la gestion (gestion des horaires, formation, évaluation...), l'amélioration de la qualité ou encore l'échange de pratiques professionnelles. Un des plus gros chantiers menés par le département infirmier en 2011, c'est le dossier infirmier informatisé (voir page 55).

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

Un mot d'ordre : la sensibilisation à la santé

La Société européenne de cardiologie a institué le samedi 7 mai journée de sensibilisation du grand public à l'**insuffisance cardiaque**. Les services de cardiologie, néphrologie et les infirmières du service en éducation du patient décompensé cardiaque des cliniques Saint-Joseph et Notre-Dame Hermalle se sont mobilisés pour en faire une initiative innovante : conférences axées sur la vulgarisation scientifique et ateliers ont remporté un beau premier succès.

Le CHC s'est également associé à la campagne de dépistage gratuit de la **fibrillation auriculaire** organisée du 6 au 12 juin dans le cadre de la 2^e semaine du rythme cardiaque, initiative de la Belgian heart rhythm association (BeHRA), sur l'ensemble du territoire belge. Pour le CHC, les cliniques Saint-Joseph, Notre-Dame Waremme et Sainte-Elisabeth ont pris part à ce programme de dépistage. Les spécialistes participants ont proposé gratuitement un entretien et un test simple et indolore de mesure de l'activité électrique du cœur.

La ligue des usagers des services de santé, LUSS asbl, a organisé, en partenariat avec le CHC, une journée de rencontre avec les **associations de patients** le mercredi 8 juin, à la clinique Saint-Joseph. Partant du principe qu'une meilleure collaboration entre les différents acteurs de la santé, en ce compris les usagers, permet une approche plus globale et plus réaliste de la santé, la LUSS vise à favoriser les contacts entre associations de patients et professionnels de la santé. Dans le prolongement de cette première expérience, la clinique Notre-Dame Hermalle a elle aussi accueilli les associations de patients le mercredi 28 septembre.

A l'occasion de la Journée mondiale des personnes âgées, la clinique Saint-Joseph, à l'initiative de son service de gériatrie, a organisé, le 30 septembre, une journée de sensibilisation à la **malnutrition**. Celle-ci représente chez la personne âgée un impor-

tant problème de santé publique longtemps sous-estimé. Lors de cette journée, une équipe pluridisciplinaire a proposé un dépistage gratuit, une dégustation de compléments alimentaires, mais aussi des informations et conseils pratiques.

A l'occasion de la Semaine européenne de la douleur, le centre de la douleur chronique de la clinique de l'Espérance a organisé, les 17, 18 et 19 octobre, une sensibilisation sur un syndrome de plus en plus répandu, la **fibromyalgie**. Depuis 2006, le centre organise des groupes de gestion de la douleur pour les patients atteints de ce syndrome. Le centre de la douleur a profité de son action de sensibilisation pour présenter les réalisations de quelques-uns des patients (bijoux, assiettes, objets de décoration, confiture, pâtisserie, ...) avec la volonté de montrer que les patients peuvent être actifs durant leur prise en charge.

Dans le cadre de la Journée mondiale du **diabète** qui s'est déroulée le 14 novembre, le CHC a organisé différentes activités sur la prévention de cette maladie en pleine expansion et de ses complications. Des stands de dépistage et d'information étaient accessibles à Saint-Joseph, à l'Espérance, à Hermalle, à Waremme et à Heusy. Les équipes d'éducation du patient diabétique ont notamment proposé au public un dépistage en mesurant la glycémie.

Dans le cadre de la journée mondiale de lutte contre le **sida**, le 1^{er} décembre, le service d'immunopathologie du CHC, en collaboration avec le service de biologie clinique, a proposé, du 1^{er} au 22 décembre, un test de dépistage gratuit et anonyme du sida. Ce test de dépistage était ouvert à tous, membres du CHC (tous sites) et personnes extérieures.





Qualité et sécurité patient

Le comité qualité et sécurité patient a été fortement sollicité pour de nombreux projets en 2011 (voir infra). Sur la plan du fonctionnement, il s'est mobilisé à faire de l'ensemble des directions le promoteur de la culture sécurité, c'est-à-dire une culture d'apprentissage. L'implication du management dans les actions visant à promouvoir la sécurité des patients a abouti à l'implémentation de cellule sécurité sur chaque site, composées de la direction médicale, la direction de site, la direction du département infirmier, la pharmacie et la coordination qualité. Ensemble, à raison d'une réunion par mois, ces comités proposent des pistes d'actions prioritaires.

• Enquête satisfaction patients - retour sur le benchmark 2011

Le benchmark des enquêtes de satisfaction permet de mettre en évidence les points de satisfaction des patients, mais également les pistes d'amélioration. En 2011, un nouveau questionnaire de satisfaction a été édité pour toute l'**hospitalisation classique**. Les indices de satisfaction concernent 4 grands domaines : les soins, l'humanité, la communication et l'hôtellerie. Les résultats 2011 montrent que les soins et l'humanité sont appréciés mais désignent quelques points à améliorer en hôtellerie (comme le confort et l'entretien de la chambre, la planification et les consignes de visite). Autre piste d'amélioration, les informations données aux patients (sur la nature des soins et des examens, le déroulement de la journée). Une affiche reprenant l'essentiel des informations pratiques a été éditée afin de répondre à ces questions. Elle devrait être généralisée après évaluation, même si elle ne remplace en aucun cas le dialogue patient-soignant.

L'**hôpital de jour chirurgical** a fait l'objet d'une 5^e enquête spécifique. Patient et accompagnant montrent des attentes différentes, mais les scores (satisfaction, recommandation, fidélisation) restent très élevés et positifs. Autre enquête spécifique, celle réalisée auprès des visiteurs des **soins intensifs**. Le contexte des soins intensifs est particulier puisque l'accès au service est très réglementé et restreint dans le temps. Autre élément à ne pas négliger, l'état du patient génère habituellement un stress important auprès des visiteurs. Les pistes d'amélioration prioritaires concernent à la fois l'information sur les modalités d'accueil et de visite du service, et l'accompagnement de l'entourage (information directe dès que l'état général du patient est modifié). Les relations avec le médecin (disponibilité, clarté des informations) jouent également beaucoup dans le taux de satisfaction.

• Transferts intramuros

Initiée en 2010, finalisée en 2011, l'étude sur le transfert intramuros a permis d'analyser et de tirer les enseignements de deux situations de service. L'analyse réalisée à Saint-Vincent concernait les transferts aller-retour de patients entre hôpital de jour et bloc opératoire. Elle a abouti sur un plan d'actions commun. La collaboration entre les services a été améliorée : le volet brancardage a été réévalué, l'identification du patient et la procédure de réservation des plannings du bloc ont été soulignées. L'étude a aussi mis en évidence la nécessité d'une gestion informatisée du bloc opératoire, à mettre en œuvre. L'autre situation analysée concernait les transferts des patients du CD5 vers le CD7 à la clinique Notre-Dame Hermalle. Cette analyse a abouti à une checklist des étapes à réaliser et des services impactés. Le récent déménagement de l'unité CD7, désormais à un étage différent de l'unité CD5, a rappelé l'importance du processus, même si sa mise en œuvre est encore à confirmer.

Cette double expérience aura surtout permis de tirer enseignement de deux situations différentes et de mettre sur pied une méthodologie transposable à tous les transferts entre 2 unités d'un même site hospitalier.

• 1300 déclarations d'événements indésirables

Mise en œuvre en 2009, la fiche de déclaration des événements indésirables (EI) a considérablement évolué pour aboutir à une nouvelle version en 2011, plus facilement utilisable par tous. Pour rappel, un événement indésirable renvoie à une blessure ou une complication causée par le processus de soin plutôt que par sa maladie.

La nouvelle fiche permet une déclaration plus libre, mais aussi plus complète des circonstances et des conséquences de l'événement. L'édition de cette nouvelle fiche a été l'occasion de rappeler l'intérêt d'obtenir un maximum de déclarations, afin que l'échantillon soit représentatif. La déclaration d'un EI constitue pour chacun l'opportunité de contribuer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient, mais aussi à l'optimisation de l'organisation générale. Rappelons que cette fiche ne se substitue pas aux déclarations obligatoires pour certains accidents (AES, escarres, réactions transfusionnelles, isolement, MRSA).

En 2011, 1300 événements indésirables ont été déclarés au CHC (soit 3‰ hospitalisation). Ils concernent majoritairement un accident arrivé au patient (37%), un souci comportemental (dans le chef du personnel, du patient ou de sa famille - 18%), un processus ou une procédure de soins

(9%) ou encore un souci lié aux ressources (8%) ou à la médication (7%). La taxonomie (ou science du classement) des événements indésirables répond à plusieurs objectifs, comme le partage d'une méthode et d'une classification commune, mais surtout la nécessité d'un enregistrement et la priorisation des moyens à apporter pour renforcer la sécurité des patients. A ce niveau, la nouvelle fiche de déclaration a répondu pleinement aux attentes.

Précisons encore que les déclarations d'événements indésirables comportent pour une part des informations relatives à la sécurité des biens et des personnes. Fort de ce constat partagé par l'ensemble des sites hospitaliers, des groupes de travail locaux se sont constitués avec les acteurs concernés par ces matières (direction, cellule qualité, SIPP, coordination des stewards,...), à leur charge d'analyser les événements rapportés et d'en dégager un plan d'actions concret et structuré.

• Analyse systémique des fiches d'événements indésirables au bloc opératoire (Saint-Joseph - Espérance - Notre-Dame Waremmé)

Dans la foulée de la nouvelle fiche, la direction des quartiers opératoires a profité de sa collaboration avec la coordination qualité pour systématiser l'analyse des événements déclarés et améliorer le fonctionnement. Pratiquement, les données sont recueillies, rendues anonymes et analysées par le groupe de travail. Chaque déclaration a fait l'objet d'une prise en charge, avec une réponse immédiate quand il s'agissait d'événements critiques. Dans tous les cas, les enseignements tirés des incidents déclarés ont amené soit à réévaluer la procédure concernée, soit à modifier la prise en charge.

La direction des quartiers opératoires se réunit mensuellement pour l'analyse de toutes les déclarations d'événements indésirables. Régulièrement, elle revient vers les utilisateurs du bloc opératoire pour exposer ensemble les incidents-accidents et leur trouver une solution commune, réfléchie de manière multidisciplinaire. Cette méthodologie, semblable à l'étude de cas cliniques, constitue la première étape dans le changement de la culture de la sécurité. Elle s'attache à la responsabilisation collective pour améliorer l'organisation systémique.

• Saint-Vincent : le patient, acteur de soins et acteur de sa sécurité

Faire intervenir le patient dans les processus liés à sa propre sécurité, c'est le parti pris de la démarche qualité à Saint-Vincent. En matière de décision de traitement, l'hôpital est passé du paternalisme de bon aloi au consentement éclairé.

L'évolution est la même pour la sécurité. Le dépliant édité à Saint-Vincent encourage le patient à poser ses questions et

participer ainsi à la sécurité de tous. L'accent est mis sur différents items (bracelet d'identité, anamnèse, compréhension des consignes, rôle et apparence des médicaments prescrits,...) toujours avec humour. Le clin d'œil permet



à la fois de garder la distance nécessaire et de dédramatiser la situation. Mais surtout de rester vigilant quelle que soit la situation, a fortiori si elle apparaît « bizarre ». Ce dépliant élaboré en 2011 sera testé en 2012 et étendu à d'autres services.

La médiation : 0,04% de plaintes

En 2011, le CHC a enregistré 254 plaintes, soit un indice de 0,04% pour l'ensemble du CHC (indice inchangé par rapport à 2010). En comparaison avec le reste du secteur hospitalier belge, cet indice est assez faible puisque la moyenne des hôpitaux affiche un indice de 0,13% plaintes en Belgique (source : VVOVAZ-AMIS benchmark sur 23 hôpitaux belges). Cet indice est calculé en divisant le nombre de plaintes par le nombre d'admissions (hospitalisations classiques, hospitalisations de jour, urgences, MSP, consultations).

Les plaintes portent essentiellement sur les soins médicaux, la facturation et les soins infirmiers, ces derniers étant moins sujets à la critique qu'en 2010. Une légère hausse est enregistrée pour les plaintes concernant les services des urgences (indice 0,06% contre un indice de 0,04% en 2010). Cette hausse est liée traditionnellement à l'activité du service où les conditions de stress sont supérieures tant pour les patients que les soignants. Comme antérieurement, le plaignant est avant tout motivé par une demande d'information ou le souhait d'informer l'institution sur un dysfonctionnement. Demande de dédommagement, rectification de facture ou refus de paiement constituent les 3 autres principaux objectifs des plaignants.

La plupart des plaintes sont adressées à la direction médicale, la médiation et la direction de clinique. Très logiquement, leur traitement est assuré prioritairement par la direction médicale et la médiation. Le délai moyen de traitement de la plainte a bien évolué, passant de 62 jours (en 2010) à 38 jours (en 2011).

	Nombre de plaintes			Indice de plainte		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Saint-Joseph	64	78	84	0,04%	0,05%	0,05%
Espérance	57	53	63	0,05%	0,04%	0,05%
Saint-Vincent	29	18	26	0,04%	0,03%	0,04%
ND Waremme	13	13	17	0,03%	0,03%	0,03%
ND Hermalle	21	16	26	0,03%	0,02%	0,04%
Sainte-Elisabeth	44	27	37	0,06%	0,03%	0,04%
CHC globalisé	228	206	254	0,04%	0,04%	0,04%

Traditionnellement, le plaignant est le plus souvent le patient lui-même (44,5%), puis sa famille (33,5%). Trois plaignants sur cinq sont des dames. Les plaignants se situent principalement dans les tranches d'âge de 21 à 40 ans (25,6%) et de 41 à 60 ans (24,8%).

Rendez-vous des professionnels de la douleur

Depuis de nombreuses années, le CHC développe un savoir-faire reconnu dans le domaine de la prise en charge de la douleur de l'enfant. Fort de cette expérience, le département de pédiatrie a mis sur pied un important congrès sur le thème *La douleur de l'enfant : un défi quotidien ! Approche pharmacologique et non pharmacologique de la douleur de l'enfant et de l'adolescent*.

Ce congrès s'est tenu le 7 octobre au Palais des congrès de Liège. Il a rassemblé 430 professionnels de la santé - pédiatres, médecins, infirmier(e)s, psychologues, ... - mais aussi des enseignants, des puéricultrices et des éducateurs.

Réserver aux professionnels, ce congrès s'articulait en quatre sessions qui se voulaient le lieu d'échanges importants entre les médecins et les soignants, visant à améliorer les soins prodigués aux enfants et adolescents. Les nombreux échos positifs laissent supposer que les participants ont pu trouver, dans les expériences belges, françaises et canadiennes présentées au long de la journée, des idées et pistes de réflexion pour leur travail sur le terrain.

Cette initiative rentre dans le cadre plus large d'un projet national douleur aigüe chez l'enfant, convention signée entre la Société belge de pédiatrie et l'INAMI, dont le but est d'améliorer l'approche et la prise en charge de la douleur aigüe chez l'enfant : dépistage, prévention, mesure, thérapies, ...

Du côté adulte également, la mise en place d'une fonction algologique-douleur chronique témoigne de la volonté, au sein du CHC, de sensibiliser les dispensateurs de soins à installer une prise en charge générale et systématique de la douleur chronique.

St-Joseph : ouverture du service de pré-hospitalisation



L'équipe de pré-hospitalisation

Depuis avril 2011, la clinique St-Joseph dispose d'un service de pré-hospitalisation. Ce service s'inscrit dans un parcours d'hospitalisation programmée, soit essentiellement la chirurgie.

Dès que son hospitalisation est confirmée par le chirurgien, le patient est dirigé vers la consultation d'anesthésie et de là, vers la pré-hospitalisation et éventuellement vers d'autres examens préopératoires (cardiaques ou autres). Le patient peut ainsi régler en un temps toutes les questions et démarches préopératoires, en dehors du stress d'une hospitalisation imminente. L'échange avec l'infirmière de pré-hospitalisation permet une mise en confiance. Le travail ainsi réalisé en amont de l'hospitalisation permet d'accélérer la prise en charge le jour J.

La pré-hospitalisation est assurée par une équipe de 3 infirmières. Leur travail compte un volet administratif et un volet infirmier. Sur le plan administratif, elles visent à confirmer le choix de la chambre et à prévenir certaines questions ayant trait à la couverture sociale (mutuelle et assurance). Elles peuvent aussi donner une information la plus complète possible sur les coûts d'hospitalisation et anticiper les problèmes sociaux, notamment la sortie de l'hôpital et la convalescence. Le volet infirmier de la pré-hospitalisation consiste à remplir le document d'anamnèse infirmière, ce qui allège le travail de l'unité de soins, et à détecter la dénutrition. La rencontre permet aussi d'aborder les questions d'hygiène corporelle et celles relatives à l'hygiène hospitalière.

St-Joseph : la pharmacie clinique pour une meilleure compliance au traitement

La pharmacie clinique vise à promouvoir des soins pharmaceutiques au sein desquels le patient est le sujet central et où la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficacité de la pharmacothérapie sont pleinement assurées via une approche multidisciplinaire et dans le cadre d'une politique de soins globale.

Une pharmacienne exerce cette activité à mi-temps dans le service d'hémo-oncologie. Le projet consiste à prendre en charge la sortie du patient et à lui communiquer tous les renseignements nécessaires afin d'atteindre une observance thérapeutique maximale à long terme. Concrètement, à la sortie des patients, la pharmacienne leur remet un tableau reprenant toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension de leurs médicaments et envoie une copie de ce document au médecin traitant de chaque patient dans les plus brefs délais. Le médecin traitant est également invité à lui téléphoner en cas de questions.

Une terrasse pédiatrique à l'Espérance



Depuis septembre 2011, les enfants hospitalisés à la clinique de l'Espérance ont accès à une terrasse spécialement aménagée pour eux. Le projet, initié par le service pédiatrique de la clinique, a été entièrement financé par le Rotary Club de Herstal pour un montant de 25.000 €. Il s'inscrit dans la politique d'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants. Cet espace extérieur, aménagé sur un toit et sécurisé par des panneaux, comble un manque au sein de la clinique implantée dans un quartier particulièrement urbanisé. Les jeunes patients l'ont décoré eux-mêmes en réalisant des peintures sur le thème du « street art » dans le cadre d'un projet mené par l'équipe éducative du service pédiatrique, en collaboration avec l'ASBL liégeoise C-Paje. La terrasse sert de lieu de détente et d'activité pour

les enfants, toujours sous la surveillance du personnel. Elle est utilisée par l'équipe éducative et les services médicaux de l'Espérance, sous la coordination de la cellule d'humanisation des soins.

Espérance : une bulle d'oxygène

Le 13 janvier, le service de chirurgie et oncologie pédiatriques de la clinique de l'Espérance a inauguré un local destiné aux parents dont l'enfant est hospitalisé pour une longue durée, et tout particulièrement à ceux dont l'enfant est confiné en chambre stérile. Le port du masque étant obligatoire pour les visiteurs en chambres d'isolement protecteur, les parents sont obligés de quitter la chambre de leur enfant pour manger.

La bulle d'oxygène se veut cependant plus qu'un réfectoire ou une salle à manger. Tout y a été aménagé pour favoriser la détente. Les parents peuvent y partager un repas, ou tout simplement s'y retrouver en famille. Télévision, box de rangement personnalisés, frigo, micro-ondes, machine à café et vaisselle sont à leur disposition. Accessible de 8h à 20h, ce petit coin détente permet aux parents de décompresser tout en restant à quelques mètres à peine de la chambre de leur enfant.



Cette initiative s'intègre dans une dynamique constante d'humanisation des soins et s'inscrit dans 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.

Pour la cellule humanisation des soins, mai 2011 marque aussi l'organisation de la **13^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 du personnel (pâtisserie, bijoux,...), le tout dans un contexte d'échanges.

Un peu de Rêve Bleu pour les enfants hospitalisés

Créé en 1997 à l'initiative de 4 infirmières pédiatriques, d'une institutrice et d'éducateurs, *Le Rêve Bleu Belgique* poursuit sans relâche son objectif : réaliser quelques rêves d'enfants hospitalisés à la clinique de l'Espérance, porteurs de lourdes pathologies chroniques ou atteints de cancers.

C'est ainsi que, chaque année, enfants et adolescents se voient offrir un voyage. En 2011, les ados ont visité Rome durant trois jours pendant les vacances de Pâques, tandis que les petits (4-12 ans) sont partis un week-end en mai en Baie de Somme.

Début novembre, ce sont les mamans qui ont été gâtées par le Rêve Bleu : elles ont profité d'une journée de thalassothérapie à Spa.

Enfin, le 18 septembre, le Rêve Bleu a organisé son barbecue annuel, lequel permet d'engranger des bénéfices pour organiser ces voyages, en plus des nombreux dons faits à l'association.

Espérance : une nouvelle cafétéria, un self-service rénové



La Cro'cantine a investi l'ancien fumoir de la clinique de l'Espérance, dans le hall d'entrée. Du lundi au vendredi, visiteurs et personnel peuvent s'y procurer des snacks chauds et froids, ainsi que des boissons. Dans le même temps, le self-service de la clinique de l'Espérance a été rénové.

Ste-Elisabeth : un défilé un peu particulier

Le 19 mai 2011, les couloirs de l'hôpital de jour de la clinique Sainte-Elisabeth ont accueilli un défilé un peu particulier, présentant de la lingerie et des maillots de bain adaptés aux prothèses mammaires, ainsi que des prothèses capillaires et autres turbans. Le tout assorti des conseils essentiels des professionnels présents.

Les mannequins de ce défilé ont, à un moment de leur vie, été confrontées au cancer du sein et souhaitaient montrer qu'il est possible et important de rester belle et coquette en traversant les épreuves de la maladie.

Réseau senior en croisière sur la Meuse



Depuis 2005, le Réseau senior propose chaque année une croisière sur la Meuse aux résidents de toutes les maisons de repos. Cette journée remporte toujours un franc succès, et attire environ 180 participants. L'animation musicale bien choisie et le repas concocté par la cuisine centrale, et livré à bon port à l'écluse de Lanaye, font partie de la recette du succès.

Résidence St-Joseph - Membach : en vacances chez les seniors



Du 16 au 26 août, une plaine de vacances a été organisée au sein de la résidence Saint-Joseph Membach. Elle était ouverte aux enfants du village de Membach ainsi qu'aux enfants du personnel de la résidence. L'initiative, fruit d'une collaboration entre la commune de Baelen et la résidence, a rencontré un franc succès. Les inscriptions ont rapidement affiché complet. Au total, 47 enfants âgés de 3 à 12 ans ont pu bénéficier des infrastructures et des nombreux jeux mis à leur disposition par la maison de repos. Leur encadrement était assuré par une équipe de jeunes animateurs de la commune.

Une fleur pour un sourire

L'opération *Une fleur pour un sourire* a été lancée à l'initiative de la Province de Liège à l'occasion de la journée internationale des personnes âgées. Objectif : encourager une rencontre intergénérationnelle et rompre l'isolement et la solitude qui caractérisent trop souvent le quotidien des aînés. Cette action de la Province de Liège s'inscrivait en prélude à l'année 2012, année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations.

25 résidences ont été retenues par la Province. Au CHC, nous avons été heureux de pouvoir accueillir les enfants de 3^e maternelle de l'école de Membach à la résidence Saint-Joseph. Le vendredi 30 septembre, ceux-ci sont venus remettre une fleur aux 77 pensionnaires de la résidence. Les institutrices avaient également prévu un petit spectacle de danse avec les enfants.

Résidence les Peupliers - Hermalle : une gymnastique intergénérationnelle



A l'initiative de l'ergothérapeute de la résidence des Peupliers (Hermalle), suivie par le professeur d'éducation physique à l'école primaire jouxtant la résidence, un cours de gymnastique entre enfants et résidents se donne une fois par semaine à la résidence même. La salle à manger y est transformée en gymnase tous les mardis. Cette démarche originale de gymnastique intergénérationnelle a donné lieu à un reportage télévisé dans l'émission *Au quotidien*, en prélude au JT sur la Une, le jeudi 23 décembre.



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

Le check-list : accroître la gestion des risques au bloc opératoire

Appliquer à la sécurisation des quartiers opératoires la même méthodologie que celle développée en aéronautique, c'est le pari des check-lists au bloc opératoire. De nombreuses études ont démontré qu'en renforçant le contrôle systématique des procédures de sécurité, la check-list apporte une diminution très significative des complications opératoires (30%, aussi bien pour la morbidité que la mortalité).

La check-list répertorie la liste des éléments intangibles de chaque grande étape du processus opératoire. Elle est remplie conjointement par le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière de salle d'opération. Ils font ainsi le point lors de 4 étapes : dans la salle d'attente du bloc, avant l'induction anesthésique, avant l'incision chirurgicale et avant la sortie de la salle d'opération. La check-list constitue ainsi un

aide-mémoire. Elle permet de sécuriser la prise en charge du patient tout en accroissant le confort de travail. La structuration permet in fine un gain de temps. Elle augmente la communication entre les protagonistes et de ce fait, clarifie les responsabilités partagées. Enfin, en systématisant ce qui se fait en routine, elle va à l'encontre de l'habitude et oblige à de nombreuses vérifications.

L'application de la check-list a démarré en 2011 dans les blocs opératoires de Saint-Joseph et de l'Espérance (Saint-Vincent a suivi début 2012). Les anesthésistes ainsi que les infirmières de salle ont été eux aussi formés. Plutôt que d'imposer la technique, on a préféré travailler par contagion positive. En effet, l'expérience montre que la conviction des intervenants compte pour beaucoup dans l'adoption de ces nouveaux réflexes. Le processus se poursuit et doit s'étendre en 2012.

SALLE D'ATTENTE PATIENT	AVANT INDUCTION ANESTHESIQUE	AVANT INCISION CHIRURGICALE	AVANT LA SORTIE DE LA SALLE D'OPERATION
Infirmière qui accueille le patient	Inf. circulante / Instrumentiste / Anesthésiste	Chirurgien / Inf. circulante / Instrumentiste / Anesthésiste	Chirurgien / Inf. circulante / Instrumentiste / Anesthésiste
Le patient déclare : <input type="checkbox"/> son nom <input type="checkbox"/> son prénom <input type="checkbox"/> sa date de naissance Vérifier la correspondance avec le dossier et : <input type="checkbox"/> Le bracelet d'identité du patient <input type="checkbox"/> Le bracelet du lit. <input type="checkbox"/> Le patient déclare le nom de son chirurgien <input type="checkbox"/> non applicable <input type="checkbox"/> Le patient déclare le type d'intervention <input type="checkbox"/> non applicable Le patient déclare le côté à opérer <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> non applicable <input type="checkbox"/> Le patient confirme le type d'anesthésie <input type="checkbox"/> non applicable A vérifier : <input type="checkbox"/> Patient(e) à jeun <input type="checkbox"/> Faux ongles ôtés <input type="checkbox"/> A uriné <input type="checkbox"/> Prothèses dentaires / auditives / lentilles ôtées <input type="checkbox"/> Bipoux/ piercing ôtés Le patient déclare les allergies <input type="checkbox"/> Médicamenteuses <input type="checkbox"/> Alimentaires <input type="checkbox"/> Hygiène du patient correcte <input type="checkbox"/> Propreté et intégrité du site op. correctes <input type="checkbox"/> Rasé <input type="checkbox"/> Dossier infirmier présent <input type="checkbox"/> Dossier médical présent <input type="checkbox"/> Maladies transmissibles connues	Vérification croisée au sein de l'équipe : <input type="checkbox"/> Identité du patient <input type="checkbox"/> Rappel de l'intitulé de l'intervention Site opératoire <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> non applicable <input type="checkbox"/> Documents nécessaires disponibles (Rx., imagerie, CD) Matériel disponible et en ordre de marche : <input type="checkbox"/> Anesthésiste <input type="checkbox"/> Infirmière circulante <input type="checkbox"/> Chirurgien ou instrumentiste Vérification croisée par l'équipe des points critiques et des mesures à prendre : <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Difficultés airways et / ou risque d'inhalation <input type="checkbox"/> Porteur de maladie transmissible <input type="checkbox"/> Bas TED <input type="checkbox"/> Risque de saignement	<input type="checkbox"/> Vérif. de l'administration de l'antibio prophylaxie <input type="checkbox"/> n.a <input type="checkbox"/> Rappel de l'intitulé de l'intervention Site opératoire..... <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> n.a <input type="checkbox"/> Vérification de l'installation correcte <input type="checkbox"/> Vérification du positionnement correct plaque de bistouri <input type="checkbox"/> Présentation des personnes inhabituelles en salle à l'équipe Anticipation des événements à risque/points critiques de l'intervention Anesthésiste : <input type="checkbox"/> Morbidité <input type="checkbox"/> Maladies transmissibles Chirurgien : <input type="checkbox"/> Durée, particularité de l'intervention <input type="checkbox"/> Risque de saignement	Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : <input type="checkbox"/> Vérif. du décompte final des compresses <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Vérification du décompte final des aiguilles <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Vérification du décompte final des lames <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Vérification de la facturation des implants <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Etiquetage correct des différents documents + signature <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Envoi des prélèvements opératoires <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Signalement d'éventuels dysfonctionnements matériels (conf. : voir fiche spécifique) <input type="checkbox"/> n.a. Les prescriptions pour les suites opératoires sont vérifiées de manière conjointe (post op). <input type="checkbox"/> Drains <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Tamponnement, méchage <input type="checkbox"/> n.a. <input type="checkbox"/> Traitements
ETIQUETTE PATIENT			
		Salle : _____ Date : _____ Chirurgien : _____	Anesthésiste : _____ Inf. instrumentiste : _____ Inf. circulante : _____

Remarques (écrire au verso)

Version 1.2 (04/04/2011)



La direction des quartiers opératoires : à Notre-Dame Waremme également

D'abord mise sur pied pour Saint-Joseph, puis l'Espérance en 2006, la direction du quartier opératoire a ensuite repris la responsabilité du quartier de Notre-Dame Waremme en 2011. Cette nouvelle tutelle s'est surtout concrétisée par l'implémentation à Waremme du programme de gestion du bloc opératoire (Opera) et l'application d'un nouveau règlement d'ordre intérieur. Pratiquement, la réorganisation du bloc opératoire s'est focalisée sur la gestion quotidienne, et notamment sur la procédure d'inscription des cas au planning et l'organisation de plages horaires dédiées par chirurgien. Cela a permis d'augmenter l'activité de certains chirurgiens.

Nouveau plateau d'endoscopie à Saint-Joseph

Auparavant, les endoscopies digestives étaient réalisées tantôt au bloc opératoire (salle 12), tantôt en imagerie, avec les soucis d'ergonomie que l'on devine. En 2011, après réflexion, une réorganisation de l'activité a mené à d'importants travaux afin de créer un plateau d'endoscopie digestive regroupant les salles 11 et 12 du bloc opératoire. Ces travaux d'agrandissement et de sécurisation (plombage des murs) se sont doublés de nouveaux investissements : nouvelle table, nouvel équipement d'imagerie et d'anesthésiologie. L'activité du plateau d'endoscopie a démarré fin d'année. L'équipe spécifiquement dédiée au plateau d'endoscopie a été étoffée, ce qui a permis de renforcer la prise en charge et de répondre à la hausse d'activité, due notamment à l'accroissement du dépistage. Le plateau offre 9 journées complètes d'endoscopie par semaine, avec une qualité et une sécurité accrues.

Investissements en matériel pour la pédiatrie

Le département de pédiatrie a réalisé plusieurs gros investissements en matériel pour un montant total de l'ordre de 125.000 € :

- achat d'un appareil d'échocardiographie pour Saint-Vincent
- achat d'un appareil d'échographie pour la pose des cathéters veineux centraux aux soins intensifs pédiatriques de l'Espérance
- renouvellement d'une partie du matériel de test à l'effort et d'étude du sommeil pédiatrique (polysomnographie avec vidéo) pour l'Espérance

Saint-Joseph : nouveau système de monitoring pour la neurochirurgie

Le service de neurochirurgie de Saint-Joseph a acquis un système de monitoring permettant d'effectuer des électromyogrammes (détection de la présence de structures nerveuses pour les protéger en les évitant) en cours d'opération. Cet appareil, qui représente un investissement de 36.000 €, est particulièrement utile pour réaliser les abords antérieurs de la colonne vertébrale.

Une première européenne

Le Dr Frédéric Schils (Clinique Saint-Joseph) est le premier neurochirurgien européen à avoir opéré à l'aide de l'implant rachidien *Clydesdale* - mis au point par la société Medtronic, en combinaison avec un système de monitoring neurologique.

Le *Clydesdale* est un dispositif d'arthrodèse vertébrale utilisé pour traiter les patients qui souffrent d'une maladie discale dégénérative affectant la colonne lombaire. Chaque année en Europe, environ 80.000 procédures d'arthrodèse vertébrale lombaire sont effectuées pour soulager des douleurs lombaires. Durant ces procédures, des implants sont utilisés pour fusionner les vertèbres entre elles.

Jusque très récemment, seule une approche antérieure ou postérieure de la colonne était utilisée pour réaliser ce type de chirurgie complexe. Depuis peu, il existe une possibilité de réaliser ces procédures par une approche latérale, ce qui constitue une petite révolution dans le domaine de la neurochirurgie. Cela nécessite cependant une formation spécifique du neurochirurgien ainsi qu'un matériel à la pointe en salle d'opération. Le CHC s'étant récemment doté d'un O-Arm (nouvel équipement radiologique en salle d'opération de neurochirurgie permettant d'obtenir des coupes en 3D) et d'un système de neuromonitoring peropératoire (dispositif permettant de détecter de petites fibres nerveuses à protéger durant une opération), les conditions étaient réunies pour rendre possible cette évolution au CHC.

Après plusieurs formations aux Etats-Unis, le Dr Frédéric Schils a importé cette technique opératoire à Saint-Joseph et près de 50 patients ont déjà pu bénéficier de cette évolution.

Première thrombectomie en région liégeoise

Les services de neurologie et de radiologie interventionnelle de Saint-Joseph ont réalisé, pour la première fois en région liégeoise, une thrombectomie dans le traitement de l'AVC (accident vasculaire cérébral) ischémique à la phase aigüe. Cette intervention utilisant un cathéter muni d'un stent permet l'administration de thrombolytique intra-artériel et surtout l'extraction du caillot occluant l'artère cérébrale, avec un taux de succès avoisinant les 70%. L'application de ce type de traitement dépend de l'admission du patient aux urgences dès les premiers symptômes de l'AVC et de la bonne coordination de la prise en charge multidisciplinaire.

Abords antérieurs de la colonne lombaire en double compétence

Les services de neurochirurgie de Saint-Joseph et d'orthopédie de l'Espérance ont développé une collaboration avec le service de chirurgie vasculaire et thoracique de Saint-Joseph pour réaliser les abords antérieurs de la colonne lombaire en double compétence.

L'humour en psychothérapie

Dans le cadre d'un doctorat de recherche, le Dr Christophe Panichelli, du service de psychiatrie-psychologie, a lancé en 2011 une étude clinique visant à étudier l'intérêt et le rôle de l'humour dans le décours de la psychothérapie. Cinquante patients ont déjà été inclus dans cette étude, dont les résultats sont en cours d'analyse et feront l'objet de publications scientifiques.

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.

Mise en route du dossier infirmier informatisé



Le CHC a démarré la mise en œuvre de son dossier infirmier informatisé (DII). Cet important projet concerne 72 unités de soins et 1.950 infirmiers. Un comité opérationnel composé d'un directeur de soins infirmiers, d'une infirmière experte en démarche de soins et d'un infirmier-analyste projet ICT a été mis en place. Il travaille en phase avec un comité élargi en charge de l'élaboration du plan stratégique et de son suivi. Le dossier infirmier informatisé apportera une meilleure visibilité du travail effectué, une meilleure sécurité (traçabilité des actes), une meilleure disponibilité de l'information ou encore un gain de temps (planification automatique des soins) qui accroîtront la présence auprès du patient. 2011 correspond à la gestation de ce projet important qui sera d'abord déployé pour fin 2014 dans les unités de soins qui seront transférées dans le nouvel hôpital du CHC (ouverture fin 2016). Le DII sera ensuite développé dans les unités de soins des 3 autres cliniques.

La cuisine certifiée pour son système d'autocontrôle



Avec la certification de son système d'autocontrôle en mars 2011, la cuisine centrale du CHC a été la première cuisine hospitalière certifiée pour toute la Wallonie et Bruxelles. Par autocontrôle, on désigne l'ensemble des mesures prises par les opérateurs de la chaîne alimentaire, pour faire en sorte que, à toutes les étapes (réception, production, transformation, produit fini), les aliments répondent aux prescriptions de l'agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) en matière de sécurité alimentaire, qualité et traçabilité.

Le processus a démarré fin 2010 avec la mise en place du processus a démarré fin 2010 avec la mise en place

organisme de contrôle indépendant. Après validation du plan d'actions, il a fallu mettre en œuvre des mesures correctives et faire la démonstration qu'elles avaient été menées avec succès. Ce dernier examen a eu lieu à la mi-février. La certification a été confirmée en mars, elle est valable jusqu'en 2014.

On le devine, la certification est l'aboutissement d'un long parcours. Première étape, se documenter sur les attentes à remplir. Deuxième étape, l'établissement de check-lists de tout ce qui se fait à la cuisine centrale, de la réception de la marchandise à la sortie des repas vers les cliniques ou maisons de repos : réception des fournitures, stockage, déballage, transformation, cuisson, portionnement, emballage, ... avec des cheminements différents selon les produits. Troisième étape : tous ces processus de production ont été passés au crible, afin d'en déterminer les points critiques et les dangers potentiels.

Chaque étape de production est analysée en recherchant les dangers physiques, microbiologiques, chimiques, en fonction du matériel utilisé, du milieu, de la main-d'œuvre, de la méthode de fabrication, de la matière... Pour chacune, on évalue un taux critique, un arbre décisionnel, une procédure de contrôle... Tout le fonctionnement et tous les dysfonctionnements possibles sont envisagés dans l'outil, afin qu'il n'y ait jamais de question sur la conduite à tenir.

Dans la foulée, les acteurs de ce projet ont pris la décision d'informatiser la traçabilité, afin d'enregistrer toutes les interventions sur le produit selon la législation en la matière. Objectif : augmenter l'identification du produit et diminuer le risque lié au facteur humain.

Avant la certification de la cuisine centrale, seules 5 institutions de soins (5 maisons de repos) disposaient de cette reconnaissance. Le succès de la cuisine centrale a fait des émules puisque la résidence des Peupliers à Hermalle s'est elle aussi inscrite dans le processus et a reçu sa certification de l'AFSCA.

Axe 5 - Développer des systèmes d'information performants

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

Déclaration de naissance : du nouveau avec eBirth



Depuis le 1^{er} avril 2011, les naissances ayant lieu à Saint-Vincent et Saint-Joseph sont notifiées électroniquement au service de l'Etat civil de la Ville de Liège via l'application informatique eBirth, développée par le SPF Technologie de l'Information et de la Communication (Fedict). Le CHC était impliqué dans le projet depuis quelques années puisqu'en mai 2007, la clinique Saint-Vincent avait déjà participé à une phase de test.

Lors de la naissance d'un enfant, le prestataire de soins de santé qui a pratiqué l'accouchement est tenu de le notifier auprès du service de l'Etat civil de la commune où la naissance s'est déroulée. Il doit également transmettre une série de données statistiques médicales. Ces informations sont ensuite contrôlées par l'Etat civil de la commune afin d'établir l'acte de naissance lorsque le(s) parent(s) s'y présente(nt) pour déclarer la naissance de l'enfant.

Avant eBirth, les mêmes données étaient souvent retranscrites plusieurs fois et devaient être systématiquement réencodées par chacun des acteurs impliqués dans le traitement des données de naissance (prestataires de soins de santé, communes, Communautés et SPF Economie).

Tant à Saint-Vincent qu'à Saint-Joseph, on salue les avantages qu'offre le système. La suppression des formulaires papier permet en effet de simplifier la procédure et de gagner du temps. Des aides à l'encodage et des contrôles intégrés réduisent également les risques d'erreurs.

Des groupes qualité à Notre-Dame Waremme

A la clinique Notre-Dame Waremme, un groupe qualité réunissant les soins infirmiers et la pharmacie a été mis en place pour rendre plus efficaces la prescription des médicaments, l'approvisionnement des unités de soins et la gestion des stocks.

Par ailleurs, un autre groupe de travail étudie les possibilités d'améliorer la signalisation interne et externe sur le site, notamment en matière de stationnement (meilleure visibilité des places réservées aux personnes à mobilité réduite et réservation de places proches de l'entrée pour les personnes en cure de chimiothérapie).

Informatique : amélioration des fondations et nouveaux projets métiers



Le service informatique du CHC a poursuivi les importants chantiers entamés en 2010 pour améliorer ses fondations humaines, organisationnelles et techniques. Durant cette année de transition, il a néanmoins préparé et lancé de nouveaux projets métiers.

Au niveau des ressources humaines :

- un travail de documentation et de formation a été entamé
- de nouveaux internes au CHC (neuf personnes supplémentaires depuis 2009) et des consultants externes (six de plus depuis 2009) ont été recrutés
- une nouvelle gestion de service est en gestation (préparation d'un autre flux de gestion des demandes pour les utilisateurs)

Au niveau de l'organisation :

- certaines activités de support comme le helpdesk et les contrats de maintenance avec les fournisseurs ont été externalisées
- un gros travail d'inventaire et de gestion a été réalisé
- un groupe d'architecture informatique a permis de supporter un certain nombre de nouveaux projets et de prendre les bonnes décisions à leur démarrage

Au niveau de l'infrastructure technique :

- le renouvellement des réseaux s'est poursuivi (Notre-

Dame Waremme dispose désormais également d'un lien 1GB) et la bande passante du lien internet a été accrue

- l'installation du Wi-Fi, en priorité dans les unités de soins, a été préparée (le déploiement est en cours)
- une partie importante de l'infrastructure matérielle centrale a été remplacée ou mise à jour, ce qui permet de continuer la maintenance dans de bonnes conditions et de doter le CHC d'un site de back-up (localisé à Saint-Joseph) en cas de catastrophe
- l'infrastructure matérielle et réseau des maisons de repos, de certaines polycliniques et d'une partie des blocs opératoires a fait un bond en avant
- la sécurité a été renforcée (inventaire des accès à distance sécurisés VPN et tests d'une nouvelle infrastructure correctement dimensionnée pour des performances améliorées)

Le service informatique a par ailleurs lancé de nouveaux projets métiers et accru les services rendus. Entre autres :

- préparation et tests de solutions de mobilité (chariots et armoires murales informatisés, PC portables/tablettes, iPad pour les médecins,...) au niveau médical et infirmier. Le déploiement de ces outils a commencé en mai 2012 et l'application Omnipro pour iPad développée avec Mims a été couronnée par l'Agoria E-health awards 2012.
- mise à jour et réorganisation du PACS (système d'archivage des images médicales) et introduction d'une table structurée des actes
- premières analyses sur une série de nouveaux projets comme la refonte des applications administratives ou l'externalisation de certaines impressions
- analyse de la structure du dossier patient, avec mise au point d'un événement d'urgence et d'hospitalisation (mis en production en 2012), intégration des données du Réseau Santé Wallon, intégration de données des EMG, analyse des profils utilisateurs et de leurs droits en vue d'une simplification,...
- renouvellement des passerelles entre les applications
- poursuite du déploiement de la dictée numérique et de la reconnaissance vocale
- préparation du projet de dossier infirmier informatisé (voir p. 55)

A signaler encore que le parc informatique du CHC est passé de 1.700 à 2.000 ordinateurs (400 PC nouveaux ou de remplacement sont installés chaque année). Sept cents nouveaux comptes utilisateurs ont été créés, le nombre total atteignant les 3.000. Le nombre d'appels quotidiens au helpdesk est passé de 130 en 2010 à 70 en 2011.

En conclusion, la transformation en profondeur des systèmes informatiques du CHC et le développement des nouveaux projets se poursuivent à grande vitesse. Malgré les perturbations et l'accroissement du volume et de la complexité des services informatiques que cela engendre, le CHC relève ce défi avec tous ses acteurs de terrain pour s'appuyer demain sur une informatique de première qualité.

Le CHC adhère au Réseau Santé Wallon

Les échanges électroniques de résultats, images et autres protocoles informatisés sont monnaie courante au sein de l'hôpital. Grâce au Réseau Santé Wallon, ces échanges par



réseaux informatiques peuvent désormais s'opérer entre hôpitaux et entre médecins (intrahospitaliers, extrahospitaliers, généralistes) en toute sécurité, moyennant certaines conditions, dont l'engagement du patient.

Le Réseau Santé Wallon (RSW) constitue une plateforme de consultation électronique hautement sécurisée. Il permet de relier tous les serveurs de résultats existants (dans les hôpitaux, dans les cabinets médicaux). L'intérêt est évident : en disposant des derniers éléments du dossier du patient, on dispose de ses antécédents, on évite les examens inutiles et on gagne du temps.

Le RSW est né de l'initiative de professionnels de la santé réunis au sein de l'asbl Fratém, fédération régionale des associations de télématique médicale. La Fratém est elle-même constituée d'associations réparties géographiquement sur toute la Wallonie et composées paritairement de représentants de la médecine hospitalière et de la médecine générale. L'ensemble des acteurs de ce projet sont donc des prestataires de terrain. Le RSW est financé par le SPF Santé publique et le SPW Santé, ce qui permet de le mettre gratuitement à la disposition de ses différents utilisateurs.

Les **avantages** sont importants, tant du côté du patient que du côté des médecins. A l'hôpital, les médecins peuvent disposer des antécédents et du suivi thérapeutique du patient (chez le généraliste) ou encore de certaines informations

complémentaires, concernant le diagnostic, le traitement et la prévention (autre hôpital,...). Cela permet un gain de temps important, le tout en garantissant le respect du secret médical.

Pour les médecins généralistes ou extrahospitaliers, les avantages sont également importants : l'accès aux documents hospitaliers peut se faire au départ de leur application propre, ce qui améliore la transparence et la rapidité. Cette communication facilitée entre prestataires de soins permet aussi de renforcer la collaboration lors de l'hospitalisation du patient.

Côté patients, le système permet d'éviter les examens et donc les coûts inutiles, notamment en cas d'urgence. Ceci est surtout valable pour les patients qui consultent différents médecins ou structures de soins.

Pour que le système fonctionne et que la **sécurité** soit garantie, il est nécessaire pour chaque partenaire de s'inscrire, tant les médecins que les patients. Cette inscription est gratuite.

Une fois inscrit, le patient reste maître du jeu des échanges de documents médicaux le concernant dans la mesure où il peut limiter l'accès au(x) médecin(s) de son choix. Il peut aussi filtrer l'accès à la liste des documents qui le concernent, de la même manière qu'il peut prendre connaissance de qui a consulté son dossier. Enfin, il peut se désinscrire à tout moment. Il n'a cependant pas un accès direct au contenu des documents, conformément aux recommandations du Conseil de l'Ordre des médecins. Les médecins doivent eux aussi s'inscrire pour accéder à cette passerelle d'échange, et doivent toujours justifier un lien thérapeutique pour consulter un document.

Enfin, il appartient à tous les producteurs de documents médicaux (hôpitaux, polycliniques, laboratoires) de définir ce qui sera accessible sur leurs serveurs, en s'assurant d'abord que ces derniers soient compatibles avec la plateforme du RSW.

De **nombreux garde-fous** ont été mis au point pour assurer le respect de la vie privée des patients :

- Les accès aux documents médicaux sont interdits en dehors d'un contexte de lien thérapeutique, ce qui exclut les médecins des assurances, les mutuelles, les employeurs.
- Le système mémorise les échanges et les accès aux différents documents médicaux. On peut donc tracer la consultation des documents concernant chaque patient.

- Les documents médicaux consultables restent stockés dans les serveurs des hôpitaux, polycliniques ou laboratoires qui les ont produits. Il n'y a pas de centralisation sur une banque de données unique.
- Le RSW respecte la loi sur les droits des patients et la loi relative à la protection de la vie privée. Il a obtenu l'autorisation du Conseil national de l'Ordre des médecins et de la Commission de la vie privée. Dans un souci de transparence, il est audité par un comité de surveillance indépendant. Enfin, il dispose d'un médiateur indépendant en cas de problème ou litige.

2011 a constitué véritablement l'année de lancement pour le RSW après une phase test principalement réalisée entre le CHU de Charleroi et l'hôpital Ambroise Paré (HAP) de Mons. Au même titre que ces deux hôpitaux, le CHC fait partie des hôpitaux pilotes du RSW avec le CHR de Namur, le CHU de Liège et le CHPLT de Verviers. Dans le courant de l'année 2011, le CHC a procédé à différentes adaptations techniques afin de garantir la compatibilité des bases de données et des documents. La gériatrie est le premier service à avoir publié des documents sur le RSW. Les inscriptions des patients via le CHC sont possibles depuis début 2012.

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

Nouvelle unité CD7 et nouvel hôpital de jour à la clinique Notre-Dame Hermalle



Dans le programme de rénovation complète des anciens services, un nouveau jeu de chaises musicales s'est joué à Hermalle dans le courant de l'année 2011. L'unité d'hospitalisation de semaine CD7 a quitté l'étage 1 de l'aile Meuse pour aller dans ses nouveaux locaux au 2^e étage de l'aile Marchand. La place laissée libre a été aménagée et récupérée par l'hôpital de jour.

L'unité CD7 a gardé la même capacité, soit 33 lits C/D, mais avec des chambres plus confortables. Le déménagement a aussi permis de disposer de 6 chambres avec sas d'isolement. En s'installant dans la place laissée libre par le CD7, l'hôpital de jour a augmenté sa capacité de 21 à 32 places. Tout le service a été rénové, avec la création d'un salon pour les patients entrants et sortants, ainsi qu'une salle pour les fauteuils. La pré-hospitalisation, ainsi que la consultation d'anesthésie et la gestion des lits, anciennement au +3, ont elles aussi suivi le mouvement, en s'installant au +1 à l'angle du futur hôpital de jour et de l'unité CD5.

Question budget, les travaux relatifs au nouveau CD7, à l'hôpital de jour (étage rénové en 2006) et à la zone de pré-hospitalisation et gestion des lits sont évalués à un peu plus d'1,3 million €.

Une rénovation complète pour l'unité chirurgie-médecine à la clinique Notre-Dame Waremme

Les travaux de rénovation ont démarré dans l'unité en juin 2011 et doivent se poursuivre jusque fin 2012. Les seuls travaux de reconditionnement (en ce compris le mobilier intégré) et le renouvellement des châssis représentent un montant de 715.000 €. Un investissement important, autant pour l'hôpital que pour la patientèle de la région de Waremme et Hannut. Certains locaux ont changé d'affectation, permettant une nouvelle réserve-buanderie, une cuisine ou un nouveau bureau légèrement décentralisé, plus confortable pour les rencontres individuelles. La transformation des anciens locaux professionnels (bureaux médecins, office, salle de préparation, cuisine du personnel, utility propre) a permis d'en améliorer l'ergonomie tout en gardant le même espace.

La transformation du service prévoit également de rénover complètement les chambres : amélioration des bandeaux de lits, généralisation des fluides médicaux, changement des menuiseries (placards, portes et sas d'entrée), rafraîchissement des peintures. Dans la foulée des travaux, on va généraliser les lits électriques, ce qui devrait aider à un meilleur confort, et modifier le mobilier des chambres (fauteuils, tables...), et ce afin d'avoir fin 2012, une unité C/D flamboyante neuve.

Notons encore au chapitre des travaux réalisés au sein de la clinique waremienne, la finalisation des travaux au bloc opératoire, dont tout le système de ventilation a été modifié. La MSP (maison de soins psychiatriques) a également fait l'objet de travaux d'infrastructure avec la pose d'un nouveau revêtement de sol, et la création d'un fumoir propre à ce service qui est surtout le lieu de vie des patients.

Jeu de chaises musicales et suite de l'extension à Sainte-Elisabeth



En 2011, la clinique Sainte-Elisabeth a connu de nombreux travaux d'aménagement et de rénovation rendus nécessaires par l'accroissement et la diversification de l'activité hospitalière. Le nombre croissant d'hospitalisations de jour imposait une adaptation des indices de lits. Les lits de chirurgie (indice C) et de médecine (indice D) ont été modifiés pour une part en lits médico-chirurgicaux (indice C/D) et pour une autre en lits gériatriques (indice G). La nouvelle activité de gériatrie (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.

Ce regroupement C/D n'aurait pas été possible sans le déménagement en 2010 de l'hôpital de jour dans la nouvelle aile de la clinique (niveau 0). Actuellement, les deux unités mixtes C/D occupent le 1^{er} étage de l'ancien bâtiment, mais déménageront dans la nouvelle aile courant 2014.

Du nouveau également côté consultations. Deux nouveaux cabinets de consultation pédiatrique occupent les anciens bureaux de pré-admission, juste à côté de l'entrée principale de la clinique. Les cabinets d'ORL et du CESI ont quant à eux déménagé vers le rez-de-chaussée de l'aile C, précédemment occupé par l'hôpital de jour. Trois cabinets entièrement rénovés se partagent les consultations ORL, CESI, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique de la face, chirurgie générale et abdominale et chirurgie orthopédique. Quant au secrétariat médical, il a migré vers les locaux désertés par l'ORL et la pédiatrie. Tous ces reconditionnements, rénovations et déménagements permettent une ergonomie et un confort accrus, tant pour le patient que pour le personnel.

D'autre part, le CHC a poursuivi la rénovation et l'extension de Sainte-Elisabeth. Ce chantier, dont la fin est prévue en

2014, représente un investissement de 47 millions €. Après l'inauguration d'une nouvelle aile en octobre 2010, où l'hôpital de jour a pris place, le département technique et des infrastructures du CHC a préparé l'exhaussement de celle-ci sur trois niveaux supplémentaires. Ces nouveaux étages accueilleront la maternité (20 lits), le bloc obstétrique, la salle de césarienne, la néonatalogie ainsi que deux unités mixtes de médecine et chirurgie de 34 lits. Les travaux suivants consisteront, notamment, à parachever les niveaux en sous-sol (où seront transférés les urgences et les soins intensifs), à réaliser une nouvelle unité de médecine nucléaire et à rénover l'ensemble des services installés dans l'ancien bâtiment.

Nouvel hôpital du CHC : les étapes importantes franchies en 2011

L'année 2011 a marqué un bond dans le développement du projet de nouvel hôpital. On connaît désormais la configuration générale du bâtiment, la distribution des voiries, à quoi ressemblent les abords et les façades du futur hôpital. L'agencement des fonctions a lui aussi bien avancé, et l'unité de soins se dessine, au même titre que la chambre type. Enfin, les procédures administratives ont, elles aussi, progressé.

• Agencement des fonctions

Le schéma d'ancrage des fonctions et des services a été dévoilé au printemps 2011. Le futur bâtiment est compact : il articule deux ailes d'hospitalisation (mère-enfant et adultes) en angle droit autour d'un bâtiment réservé aux services médico-techniques. L'aile mère-enfant se prolonge par un module séparé réservé à la psychiatrie (2 niveaux). Après



Deux ailes d'hospitalisation encadrent le bâtiment médico-technique

Niveau	Aile hospitalisation adulte	Bâtiment médico-technique	Aile mère-enfant
5	2 unités C/D - restaurant		
4	3 unités de gériatrie + 1 unité C/D		3 unités de pédiatrie
3	4 unités C/D		3 unités de post-partum
2	3 unités C/D + revalidation	Centre de revalidation fonctionnelle, locaux techniques du quartier opératoire	biberonnerie, polysomnographie, néonatalogie, administration de l'hôpital
1	PMA, hôpitaux de jour médical et chirurgical, 1 unité C/D	quartier opératoire, soins intensifs/middle care et anatomopathologie	quartier accouchement, MIC, hôpital de jour enfants + psychiatrie
0	consultations	imagerie, urgences, médecine nucléaire, laboratoire et dialyse	consultations et soins intensifs pédiatriques + psychiatrie
-1	parking patients	pharmacie, stérilisation, logistique	parking patients

une concertation des acteurs de soins réalisée en deux phases, l'agencement des fonctions répond au maximum des attentes en termes de complémentarité et de proximité des services.

• Unités de soins en croix

Chacune des ailes d'hospitalisation est formée de 4 éléments en croix mis bout à bout. Chaque croix constitue une unité de soins. Cette disposition répond à plusieurs préoccupations :

- la salle de garde occupe la position centrale, entourée des divers locaux techniques. Le bout de l'aile vers l'extérieur du bâtiment est muni d'une baie vitrée et réservé à une zone de détente d'où patients et visiteurs profitent de la vue dégagée
- avec la salle de garde au centre, les distances sont considérablement diminuées (max. 20 m jusqu'à la chambre la plus éloignée)
- la vue des chambres est privilégiée, même pour les chambres situées du côté du bâtiment médico-technique, lesquelles donnent sur les patios
- l'enfilade des éléments en croix permet de moduler si besoin la capacité des unités en glissant sur l'unité d'acôté (utile lorsqu'on ajuste la capacité des unités durant les périodes de vacances, par exemple)
- enfin la disposition en croix permet de facilement identifier des sous-unités plus petites, ce qui facilite l'organisation des soins

• Chambres en 3D

Avec 717 lits d'hospitalisation classique et 124 places d'hospitalisation de jour, le nouvel hôpital du CHC soigne également l'ergonomie de ses chambres. Les auteurs de projets

et le département infrastructure ont élaboré la chambre idéale, d'abord sur plan, puis en 3D. Deux prototypes ont été construits en 2011 pour la chambre à 1 lit en unité C/D. Elaborer ces prototypes visait à évaluer le dimensionnement de la chambre (répartition de l'espace entre chambre et salle de bain, taille du mobilier) et à analyser l'ergonomie et la fluidité des déplacements (espace de travail autour du lit, mobilité dans la chambre et la salle de bain). Cela permettait aussi d'apprécier les choix et leur impact sur le plan pratique, financier, technique et esthétique.

Comme tout prototype, le projet va encore évoluer, mais quelques éléments sont d'ores et déjà acquis :

- le seuil des fenêtres est très bas, afin de profiter de la vue, même allité
- la banquette installée à la place de l'appui de fenêtre sert d'assise le jour et de lit d'accompagnant la nuit
- comme l'hôpital sera un bâtiment basse énergie, les chambres ne sont pas équipées de radiateurs, mais bien d'un système de chauffage et de refroidissement par rayonnement depuis le plafond
- la chambre est séparée de la salle de bain par une large porte coulissante, qui permet de faire la toilette du patient allité directement au lavabo (et non plus avec un bassin)

Ce prototype doit être adapté aux autres indices, avec notamment un coin bébé en maternité, ou une salle de bain plus large en revalidation. Les chambres stériles nécessitent elles aussi des adaptations pour le sas d'entrée. Ce prototype sera déployé en conditions réelles dans une ou deux unités, afin d'en vérifier tous les avantages et d'en évaluer les dernières adaptations nécessaires.

• Façades et abords



Autre point d'avancée pour le bâtiment, l'habillage des façades a été défini. Les ailes d'hébergement seront recouvertes de panneaux métalliques à dominance blanche, avec une alternance d'anthracite en moindre proportion. Cette dualité de couleurs permet de donner du relief au bâtiment, tout en évoquant à la fois le monde hospitalier (blanc) et l'histoire du site (charbonnage). Le bâtiment médico-technique pour sa part sera plus foncé, en contraste avec les ailes d'hospitalisation. La réflexion sur les abords paysagers et les parkings a elle aussi bien avancé afin d'assurer un cadre de verdure autour de l'hôpital.

• Accès et mobilité

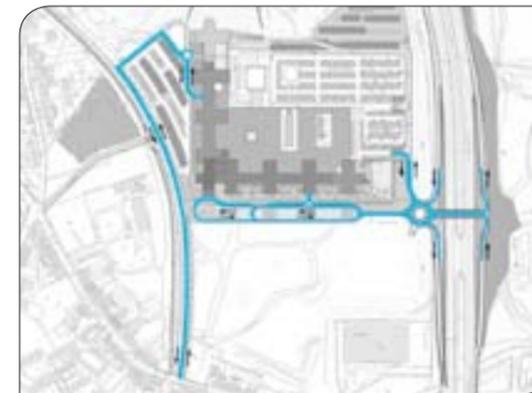
Afin de distinguer les flux de circulation, chaque fonction de l'hôpital correspond à une zone géographique propre. La déclivité du sol permet d'organiser différents accès à différents niveaux tout en préservant les spécificités de chacun. Objectif : répartir les accès et les publics en préservant la facilité pour chacun et la fluidité pour tous. Le parking au sous-sol est réservé aux patients et un fléchage permet de se garer à proximité du service dans lequel ils se rendent (circulation verticale). D'autres parkings extérieurs sont réservés pour les patients à proximité de services comme la dialyse, la revalidation fonctionnelle et les urgences.

L'accès principal vers l'hôpital et la zone d'activités économiques se fait au départ de l'autoroute, grâce à la sortie qui sera spécialement aménagée et au pont qui enjambera l'autoroute. A l'entrée du terrain, un rond-point distribue la circulation, avec un accès :

- vers l'entrée principale de l'hôpital (dépose minute) et vers le parking en sous-sol réservé aux patients
- vers les urgences (niveau 0) et l'entrée fournisseurs (niveau -1)

- vers les parkings du personnel ou les parkings extérieurs dédiés à certains services
- vers la zone d'activités économiques

Une entrée secondaire est organisée au départ du quartier Saint-Nicolas, pour les patients qui en sont issus. Le point de pose de l'hélicoptère médicalisé est prévu à proximité de l'entrée des urgences.



Flux de circulation visiteurs - état du projet en novembre 2011



Parkings au rez-de-chaussée et au -1

Le TEC (transport en commun) prévoit une boucle à proximité de l'entrée principale, au départ de la place des Marronniers. Le second axe du transport en commun structurant prévu pour les années à venir devrait traverser également le terrain. Deux itinéraires sont actuellement envisagés. Le projet d'aménagement du terrain réserve la place nécessaire à ces deux itinéraires.

• Procédures administratives

Déposé en avril 2011, le RUE (rapport urbanistique et environnemental) a été approuvé par le Conseil communal de la Ville de Liège le 28 novembre 2011. Il a ensuite été

transmis au fonctionnaire délégué de la Région wallonne afin d'obtenir l'approbation du gouvernement wallon (approbation reçue en avril 2012).

L'avant-projet a été déposé le 9 novembre 2011 à la Direction des infrastructures du Ministère wallon de la santé publique. Il reprend le dimensionnement général, les plans généraux, le budget intégral, la surface du bâtiment. L'avant-projet déposé permet au ministère de vérifier que le projet de nouvel hôpital correspond bien à ce qui a été initialement prévu dans le plan de subsides. Son approbation conditionne la base subsidiable à la fois de la Région wallonne et du fédéral.

Dans le cadre de l'EIE (étude d'incidences sur l'environnement), le bureau d'études Pissart a été mandaté pour l'évaluation des incidences en s'attachant au nouvel hôpital tel que figé dans l'avant-projet. Les incidences concernent la faune et la flore, mais également la mobilité, l'acoustique, le sol... Cette étude est indispensable pour déposer la demande de permis unique.

• Reconversion des sites

Dès l'annonce de la construction de son nouvel hôpital, le CHC s'est engagé à trouver une reconversion pour les 3 sites liégeois actuellement occupés. Ne pas laisser de chancres urbains, tel est son engagement depuis le premier jour, engagement qu'il compte tenir avec la même détermination que celle déployée dans l'élaboration de son nouvel hôpital. En 2011, une première mission a été confiée à la SPI, l'agence de développement économique de la Province de Liège, afin d'étudier les meilleures potentialités pour les 3 cliniques de Liège, Saint-Nicolas et Rocourt, en fonction des dispositions de chaque bâtiment et de leur quartier d'ancrage.

Cette étude de la SPI constitue une première étape mais ne suffit pas à dégager un projet concret. L'hypothèse initialement imaginée pour la reconversion de la clinique de l'Espérance, à savoir une occupation mixte entre maison de repos et hébergement des services de groupe du CHC, a montré ses limites et a été abandonnée. Si aucun projet tangible ne se dégage encore en cette fin 2011 - début 2012, une chose reste certaine : les anciens sites seront vendus. Afin de doter ces bâtiments des meilleures potentialités de reconversion, le CHC s'est engagé à fournir un certificat d'urbanisme 2 aux repreneurs. L'étude de reconversion suit son cours en 2012, une réflexion est notamment initiée avec les communes concernées. Le cas de Saint-Joseph se trouve d'ores et déjà englobé dans une réflexion plus vaste sur l'ensemble du carrefour Fontainebleau, réflexion initiée par la Ville de Liège.

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.

La direction clinique s'inscrit pleinement dans le changement de culture induit par la démarche qualité et sécurité patient. Apprendre de ses erreurs, anticiper et gérer les risques, améliorer la pratique quotidienne à la lumière des expériences sont autant de pistes pour améliorer l'organisation médicale.

Objectif zéro faute

La nouvelle loi "No fault" relative aux accidents médicaux :

enjeux réels ?
et pour qui ?



Jeudi 9 juin 2011, 19h30

Cercle de Wallonie
Château du Val Saint Lambert
Esplanade du Val | 4100 Seraing



Le 9 juin 2011, la Direction médicale, en collaboration avec les deux Conseils médicaux, a organisé une soirée consacrée à la nouvelle loi « No fault » relative aux accidents médicaux. Le panel des orateurs ainsi que les thèmes abordés en ont fait un beau succès de participation.

Le point de vue juridique, avec la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé, a été présenté par Maître Paul Muylaert, avocat à Bruxelles. Le point de vue médical a ensuite été abordé par le directeur médical du CHU Tivoli, le Dr Marius Laurent.

Selon lui, un accident médical implique deux points de vue. L'un est altruiste (vu de la société) : l'accident entraîne des complications médicales, prolonge les séjours et mobilise des ressources rares. L'autre est égoïste, c'est celui vu par le médecin : l'accident médical expose à des plaintes, à des poursuites et augmente les coûts des assurances. Une politique concertée de réduction des accidents et d'amélioration de la qualité doit dès lors constituer une priorité pour tout hôpital.

Le Dr Oscar Grosjean, chirurgien et expert judiciaire, soulignait quant à lui que les intervenants à tous les niveaux souffrent des accidents inhérents à l'exercice de leur profession. Selon lui, les victimiser mettra en péril la pratique de la médecine et ses progrès, par manque de personnes et de moyens. Une médecine sans risque, prudente et défensive, est vouée à la stagnation. La médecine de pointe serait alors réservée à un public informé et privilégié.

Programmes qualité et résultats cliniques



L'impact des programmes qualité sur les résultats cliniques : facteurs de succès

Jeudi 24 novembre 2011 à 19h30

Cercle de Wallonie
Château du Val Saint Lambert
Esplanade du Val | 4100 Seraing



Le 24 novembre 2011, la Direction médicale du CHC, en collaboration avec les deux Conseils médicaux, a également organisé une soirée sur le thème *L'impact des programmes qualité sur les résultats cliniques : facteurs de succès*.

Lors de cette soirée de conférence, le Pr Anthony Staines a présenté une recherche approfondie portant sur trois systèmes de santé leaders en matière d'amélioration de la qualité : Intermountain Healthcare (Etats-Unis), Jönköping (Suède) et Reinier de Graaf (Pays-Bas).

La recherche a combiné des méthodes qualitatives et quantitatives pour cerner tant le contenu que la mise en œuvre et les résultats cliniques des programmes. Au cours des entretiens avec les intervenants de tous niveaux et de tous services au sein des établissements étudiés, il leur a été demandé s'ils avaient observé des impacts cliniques du programme d'amélioration. Pour chaque réponse positive, la question était de savoir si la perception pouvait être étayée par des données collectées. L'étude s'est ensuite employée à analyser et croiser les perceptions et les données quantitatives.

L'étude montre que les programmes qualité peuvent aboutir à un impact sur les résultats cliniques, pour autant qu'un jeu de conditions soit satisfait. Le programme de recherche met en évidence la structure et les compétences à développer pour soutenir l'amélioration durable de la qualité clinique à l'hôpital : par exemple, une culture de l'amélioration, de l'apprentissage organisationnel et de la décision fondée sur des données probantes ; un développement du leadership clinique, un maintien de la priorité à l'amélioration en période de crise, un système d'information clinique couplé à des indicateurs alignés avec la stratégie d'amélioration.

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

ration. L'étude propose le concept de seuil d'investissement en matière de qualité. Ce n'est qu'arrivé au-delà de ce seuil que les améliorations sont objectivables et durables. Selon le Pr Staines, une bonne dizaine d'années d'efforts continus sont nécessaires pour l'atteindre.

Pédiatrie : adaptations du ROI

Le département de pédiatrie a procédé à des adaptations de son règlement d'ordre intérieur en désignant les différents postes de responsabilité du département. Après avoir reçu les candidatures et entendu les motivations des candidats, les nominations ont été décidées fin 2011.

Outre le chef de département, l'organigramme compte 5 chefs de service : médecine néonatale, pédiatrie, soins intensifs et urgences pédiatriques, polyclinique pédiatrique et pédiatrie sur le site de Sainte-Elisabeth. Tous sauf ce dernier sont épaulés par des chefs d'unité.

Des responsables de secteurs spécialisés ont également été désignés : allergologie, cardiologie, dermatologie, diabétologie, endocrinologie, follow up du prématuré, gastroentérologie-hépatologie, hémato-oncologie, immunologie, infectiologie, néphrologie, neurologie, nutrition, pédiatrie sociale, pédopsychiatrie, pneumologie et rhumatologie ont dorénavant leur responsable.

Restent les fonctions de gestionnaire financier du pool, de coordinateur des gardes de pédiatrie générale et de coordinateur des plannings de pédiatrie générale. Enfin, 4 pédiatres ont été nommés représentants au bureau.

Les mandats à ces différents postes vont de 2 à 5 ans.

Cadres : descriptions de fonctions

En 2011, le CHC a finalisé le premier chapitre de la démarche de description des fonctions de cadres. Cette étape permet de donner une photo de la situation, mais aussi de mettre en place une cartographie qui va servir d'outil de référence pour la gestion et l'évolution d'une politique motivante des ressources humaines.

Le processus de définition des profils de fonction a démarré en 2010. L'analyse des fonctions (et non des personnes) visait l'étendue des responsabilités liées à chacune d'entre elles. Après analyse, ce sont un peu plus de 80 profils de fonction de cadres qui ont été élaborés, finalisés et publiés sur intranet. Une large concertation a été menée afin que les profils définis par quelques personnes de référence couvrent bien la fonction dans toutes ses variantes et que chacun puisse s'approprier et adhérer au projet global. Ceci est d'autant plus important que l'outil servira de référence pour la gestion et l'évolution des fonctions concernées, par exemple l'élaboration de plans de formation, la gestion de carrière, le recrutement...

Cette cartographie des fonctions doit se doubler d'une cartographie des compétences (savoir-faire, savoir être, savoir devenir), par définition multiples et variées. Il peut s'agir de compétences transversales ou générales, liées aux valeurs de l'entreprise, de compétences techniques (théorique, métier, méthode et outils...) ou encore de compétences organisationnelles et relationnelles. Il s'agit là d'un nouveau projet qui devrait se mener en 2012.

Une politique de formation dynamique

Le CHC poursuit sa politique de formation qui se veut volontariste, structurante et dynamique. Elle 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. Le CHC, qui dispose de ressources de qualité, privilégie les formations organisées en interne, dont il assure la promotion auprès de son personnel.

L'effort de formation concerne l'ensemble des travailleurs, avec une attention particulière à la population des cadres, sur laquelle reposent les enjeux futurs comme le projet de nouvel hôpital. Un plan de formation sur cinq ans (2009-

2013) a été mis en place. Il consiste en un trajet de « people management » destiné à tous les cadres et découpé en plusieurs axes thématiques. En 2011, 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 étaient au programme.

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, *Vous avez choisi l'urgence, pas la violence!* était destinée à l'ensemble des infirmier(e)s et médecins des 5 services SUS. Une formation interne a également été proposée aux 150 sages-femmes du CHC. Deux journées de formation SIAMU ont été, pour la première fois en 2011, ouvertes aux autres hôpitaux francophones disposant d'un service d'urgences et/ou de soins intensifs.

En 2011, les heures de formation répertoriées au niveau de la direction des ressources humaines, cadres et non cadres confondus, s'élèvent à plus de 21.000 heures, soit l'équivalent de 13 ETP sur l'année.

Bien-être au travail : 5 points d'attention

L'attention au bien-être au travail constitue une préoccupation permanente au CHC. Dès 2005, l'institution s'est lancée dans un monitoring de l'état de bien-être collectif de ses travailleurs, en collaboration avec l'ULg (Service de psychologie du travail et des organisations) et en appliquant l'outil d'évaluation des facteurs de stress au travail (WOCCQ® pour *work occupational control and condition questionnaire*). L'analyse et les plans d'actions sont ancrés dans une collaboration entre les directions, le département des ressources humaines, le SIPP et le CPPT et les groupes de travail locaux. Si l'analyse fait l'objet d'un découpage local (niveau site), les actions subséquentes tendent bien souvent à devenir des actions transversales.

Cinq axes, qui sont aussi des facteurs de stress au travail, orientent les actions. En 2011, l'attention s'est portée plus particulièrement sur :

- **la relation au patient** : enrichissant, le métier de la relation d'aide implique aussi un contact professionnel et humain avec la souffrance, et une diversité des situations et personnes rencontrées. L'inconfort dans la relation au patient et à son entourage se manifeste parfois par un vécu d'agression de plus en plus exprimé par le personnel en contact avec le public. Depuis plusieurs années, un programme de formation à la gestion des interactions difficiles aide le personnel à retrouver un confort dans la relation professionnelle. En 2011, a démarré un projet-pilote au sein du Réseau senior : le module visait la réflexion et l'acquisition d'outils pour un meilleur accompagnement du résident et de sa famille. La formation des services d'urgence a continué encore en 2011. Une réflexion en cours sur les besoins spécifiques des services de gériatrie a démarré également en 2011.

- **la relation avec l'équipe de travail** : travailler et collaborer entraînent parfois des zones de friction et de désaccord à la source de souffrances émotionnelles et de stress. Une médiation interpersonnelle et des interventions de type team building ont été réalisées en 2011 au sein d'équipes en souffrance. En 2011, la clinique Saint-Joseph s'est plus particulièrement attelée à l'intégration d'une ou plusieurs actions bien-être du personnel dans les objectifs annuels des équipes de soins.

- **la relation avec l'institution** : en 2011, suite à l'analyse des facteurs de stress au travail en cuisine centrale, le personnel a souhaité se sentir entendu et participer à l'amélioration des processus de travail. Concrètement, cela s'est traduit par l'intégration de la cuisine centrale dans la démarche qualité et le signalement des événements indésirables, tout en veillant à instaurer une culture « No fault ». De son côté, sur base de l'analyse réalisée en 2011, Saint-Joseph a choisi d'entamer une réflexion sur l'esprit d'appartenance à l'institution.

- **la question de « soi »** : si la réflexion sur le bien-être au travail prend le plus souvent une forme collective, repenser les besoins individuels au travers de la notion de parcours et carrière professionnelle a aussi été un point d'action et de réflexion en 2011. Le CHC offre des possibilités d'évolution et de mobilité dans la carrière, qu'il s'agisse d'une évolution verticale ou horizontale par l'élargissement des compétences. Le CHC veut offrir à chacun les moyens d'être acteur de sa propre évolution professionnelle au sein de l'institution.

- **travailler en sécurité** : le bien-être au travail passe aussi par le sentiment de travailler en sécurité. L'analyse des facteurs de stress au travail a révélé des domaines où la perception d'un risque au travail était importante. 2011 a vu le programme de formation du SIPP renforcé et s'attacher à former le personnel à la compréhension et la gestion des risques au travail dans les domaines identifiés (risques liés aux radiations ionisantes, risques chimiques, risques d'agression,...).

Secret professionnel et confidentialité : une campagne de sensibilisation

On sait que la question du respect de la confidentialité et du secret professionnel se pose dans tous les hôpitaux.



Un groupe de travail, réunissant direction médicale, ressources humaines, corps médical, département infirmier, communication, informatique et juridique, s'est mis en place en 2010 pour réfléchir aux différents aspects de la problématique.

Les quelques grands principes d'application ont été rappelés, comme le fait que la règle du secret professionnel et de la confidentialité s'applique à toutes les personnes qui ont une activité au CHC : le personnel (soignant, logistique, administratif,...), les prestataires indépendants (médecins, dentistes, kinés, psychologues, logopèdes,...), mais également les sous-traitants et les volontaires... Elle couvre les données médicales, mais également toutes les données à caractère personnel (situation familiale, problème d'ordre social, retenue sur salaire,...) pour ce qui concerne les patients, mais également les collègues, que ceux-ci soient ou non patients du CHC. Un rappel a également été réalisé sur les conséquences potentielles en cas de plainte fondée, le non-respect du secret professionnel et de la confidentialité étant considéré comme une faute grave.

Pour ne pas en arriver là, le CHC a d'abord sensibilisé les cadres et les conseils médicaux, avant de lancer une campagne interne. Les affiches évoquent les scènes quotidiennes qui sont autant d'occasions d'enfreindre le secret professionnel et la confidentialité : appel téléphonique, information sur un collègue, échange professionnel devant autrui, etc. La campagne joue volontairement la provocation. L'objectif est de rappeler à travers un clin d'œil que le piège est toujours là, et qu'il appartient à chacun de ne pas se laisser abuser par la force de l'habitude, l'insouciance ou la désinvolture.

Le CHC parmi les hôpitaux sans tabac



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

Dans un premier temps, il s'agit de définir la politique du CHC en tant qu'hôpital sans tabac et de décider des moyens mis en œuvre pour soutenir la politique vis-à-vis des membres du CHC. Viennent ensuite l'information et l'accompagnement, le tout dans un environnement avec une signalisation stricte, reflétant la politique d'hôpital sans tabac. Le projet dans son ensemble a été présenté par le bureau lors de la matinée des cadres, fin mai. En juin, une autre présentation a eu lieu, à l'attention des médecins généralistes cette fois.

Chaque clinique, chaque maison de repos a fait le point de sa situation en matière de tabac à l'aide d'une grille d'analyse qui balaye 9 axes de travail au travers de 34 items. Ce premier auto-audit visait à instaurer des indicateurs qui permettront de chiffrer l'évolution de la situation d'année en année.

Les projets sont nombreux. Un guide d'accompagnement au sevrage tabagique, destiné tant aux patients qu'aux travailleurs, est en chantier. Il est prévu pour 2012. Parmi les concrétisations, le CHC a proposé, le 31 mai 2011, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, une journée dans chacune de ses cliniques, avec des variations sur le même thème : stand d'information et de sensibilisation, information dans les services, passage de la tabacologue dans les unités,... Cette journée mondiale sans tabac s'est doublée d'une participation victorieuse du CHC au jogging organisé traditionnellement pour l'occasion par le CHR de la Citadelle.



En 2011, le CHC a participé et remporté le jogging organisé par le CHR à l'occasion de la journée mondiale sans tabac

Du côté des professionnels de la santé, l'équipe s'est étoffée avec l'arrivée d'une nouvelle tabacologue qui consulte à Notre-Dame Waremme.

La solidarité en 2011 ou l'histoire d'un partenariat



Mission en juillet 2011 à Pawa

La « culture CHC » s'exprime aussi au travers du partenariat qu'il entretient avec l'hôpital de Pawa, en République démocratique du Congo, depuis avril 2007. En 2011, le CHC a récolté, pour son « filleul » d'Afrique, la somme de 11.500 € qui a notamment été utilisée pour l'achat de matériel médical. Un projet de récupération d'eau de pluie mobilise également l'énergie à Pawa.

Différentes actions ont été mises sur pied pour récolter cette somme : 3^e édition du jogging parrainé de Visé en mai, 2^e édition de la randonnée cycliste Tilff-Bastogne-Tilff parrainée en juin, vente de confiture au potiron concoctée par la cuisine de Waremme en fin d'année, vente de bijoux, etc.



Depuis 2007, le CHC participe au jogging de Visé, le Maasmaraathon, au profit de l'hôpital de Pawa

Mais juillet 2011, c'est aussi une 2^e mission d'observation du CHC à Pawa, la première ayant eu lieu en juillet 2009. Comment sont utilisés les fonds sur place, que reste-t-il à faire... ? Le Dr Bert Leyn (chirurgien orthopédique) et Alain Van Laere (infirmier chef imagerie médicale) ont été choisis au terme de quelques entretiens pour représenter le CHC. Depuis leur retour de mission, ils multiplient les séances d'information et de sensibilisation à une réalité bien différente de la nôtre.

Participation à la Semaine du commerce équitable

Du 5 au 14 octobre 2011, le CHC a participé pour la deuxième fois à la Semaine du commerce équitable proposée par la Coopération belge au développement. Grâce au soutien financier du CTB, l'agence belge de développement, le pôle hôtelier du CHC a sensibilisé le personnel et les visiteurs au commerce équitable, d'une part en proposant un menu « équitable » dans les cafétérias, et d'autre part en organisant une vente de produits équitables dans les six cliniques du groupe. Les bénéfices de l'opération (environ 1.000 €) ont été reversés à l'hôpital congolais de Pawa.

La solidarité plus près de chez nous

Du 1^{er} novembre 2010 au 31 janvier 2011, le CHC a relayé une initiative de la société Edenred, editrice du Ticket Restaurant®, en encourageant son personnel à offrir un ou plusieurs tickets restaurant au profit des Restos du Cœur. Pour cinq tickets collectés, Edenred s'engageait à offrir un ticket supplémentaire aux Restos du Cœur, soit 20% des

dons. 1.134,05 € ont été récoltés à l'échelle du CHC, ce qui représente environ 378 repas chauds. Le total collecté par Edenred s'est élevé à 46.191,83 € (auxquels s'ajoutent leurs 20%), soit un chèque de 55.430,20 € qui a été remis aux Restos du Cœur.

Journée médicale : clap 25^e !

Le 8 octobre 2011 était une date anniversaire pour la traditionnelle journée médicale des Cliniques Saint-Joseph : 25 ans se sont écoulés depuis la première édition le 4 octobre 1986... Vingt-cinq ans plus tard, les objectifs restent les mêmes : partager les nouvelles approches avec les confrères généralistes, dans une formule qui encourage les échanges et la convivialité.

Après le programme scientifique, consacré à l'oncologie, au sommeil et à la radiologie interventionnelle, la soirée de clôture avait, pour l'occasion, un côté plus festif. Les Indésirables, comédiens d'improvisation, avaient été engagés pour retracer l'histoire de la médecine. Des origines de la saignée à la pose du diagnostic par le patient lui-même grâce à internet, en passant par la découverte des antibiotiques, l'histoire de la médecine a ainsi été revisitée avec humour.

Et un numéro 100 pour le Blueprint...



Le Blueprint d'octobre 2011 a été consacré aux 25 ans de la Journée médicale. Double anniversaire, car il s'agissait aussi du 100^e numéro du Blueprint, 100^e d'une série qui ne s'annonçait pas si longue au départ. Le concept des débuts, mi-audacieux mi-potache, a grandi, mûri, pour devenir un outil de liaison entre médecins hospitaliers, mais surtout entre l'hôpital et ses partenaires, les médecins généralistes. Il a fait des émules et inspiré d'autres hôpitaux, il a parfois eu du mal à tenir la rampe, ses responsables ont souvent sué sang et eau pour tenir la cadence, mais le Blueprint est toujours là, 26 ans et 100 numéros plus tard. Belle performance !



Annexes

Réunions scientifiques

• Calendrier 2011 des manifestations scientifiques

26 février	Mieux communiquer, mieux sécuriser, mieux soigner La communication au bloc opératoire Organisation : Direction des quartiers opératoires Saint-Joseph - Espérance - Notre-Dame Waremme	18 juin	XXVII^e Rencontre de néonatalogie de Rocourt Matinée de réflexion sur l'environnement en néonatalogie Organisation : Clinique Saint-Vincent - NICU (soins intensifs néonataux)
3 mars	Inauguration des nouveaux équipements d'imagerie médicale et de médecine nucléaire Clinique Saint-Joseph	22 - 23 septembre	Cours de colonoscopie virtuelle Organisation : Drs Danielle Hock et Roxanne Ouhadi
17 mars	Stratégie transfusionnelle au CHC - Une approche sécuritaire Organisation : Comité de transfusion du CHC (dans le cadre des 10 ans du Comité de transfusion du CHC)	7 octobre	La douleur de l'enfant : un défi quotidien ! Approche pharmacologique et non pharmacologique de la douleur de l'enfant et de l'adolescent Organisation : Département de pédiatrie du CHC
23 mars	Vivre sa douleur autrement Conférence tout public par le Dr Frédéric Louis	8 octobre	Journée médicale Organisation : Commission de contact des Cliniques Saint-Joseph
24 - 25 mars	Cours de colonoscopie virtuelle Organisation : Drs Danielle Hock et Roxanne Ouhadi	17 & 24 novembre	Formations SIAMU Organisation : Direction du département infirmier du CHC
31 mars - 2 avril	32^e congrès du Groupe Francophone d'Hépatologie, Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques Organisation : Groupe Francophone d'Hépatologie, Gastroentérologie et Nutrition Pédiatriques (GFHGNP)	24 novembre	L'impact des programmes qualité sur les résultats cliniques : facteurs de succès Organisation : Direction médicale du CHC
19 mai	Problèmes liés à la fin de vie du nouveau-né et de l'enfant Organisation : Centre hospitalier Saint-Vincent - Sainte-Elisabeth, Comité local d'éthique hospitalière (CLEH)		
31 mai	Cancer du sein - Une histoire des femmes, de la médecine, de la société Conférence par le Dr Dominique Gros, séniologue (Hôpitaux Universitaires - Strasbourg) et écrivain		
9 juin	La nouvelle loi « No fault » relative aux accidents médicaux : enjeux réels ? et pour qui ? Organisation : Direction médicale du CHC		

• Comité scientifique - A 152

21 février	Nouvelles perspectives du traitement de l'HTA réfractaire : la dénervation rénale Pr Persu, UCL
23 mai	Les troubles de la déglutition : présentation du projet et cas cliniques Dr Anne-Sophie Evrard et Aline Hardouin
26 septembre	Nouveautés diagnostiques et thérapeutiques : • En 2011, doit-on encore prendre l'EBUS ? Dr Frédéric Fiévet • Radiothérapie intra-artérielle des tumeurs hépatiques primitives et secondaires Dr Henri Lilet
28 novembre	• Optimisation dosimétrique en médecine nucléaire Dr Gauthier Namur • Dose délivrée au patient en imagerie médicale Dr Julien Djekic

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

25 janvier	2011 : Le Réseau santé wallon (RSW) inscrit ses premiers patients Dr Philippe Olivier et Serge Bourgeois
22 février	Le suivi des cardiopathies congénitales de l'adulte au CHC Dr Christine Coremans, Dr Danaï Karsera et Stéphanie Olivier
29 mars	Un service de révalidation oncologique, le projet du CHC Dr Sophie Moureau, Liliane Pleyers et Vincent Baro
26 avril	Biologie moléculaire et cancer du sein : comment mieux choisir les traitements adjuvants ? Dr Pino G. Cusumano
31 mai	Le fibroscan : nouvel outil dans l'évaluation de la fibrose hépatique Dr Sébastien de Goeij
21 juin	Hôpital sans tabac : pourquoi ? pour qui ? et après ? Drs Thierry Michiels et Alfred Wuyard
20 septembre	Prise en charge du tassement vertébral ostéoporotique aigu Drs Dominique Crémer, Anne Onkelinx et Frédéric Schils
25 octobre	Docteur, j'ai froid aux mains ou la mise au point diagnostique des acrosyndromes Dr Laure Gilis
29 novembre	Douleur de l'enfant après amygdaléctomie – Eléments clés d'une prise en charge de qualité – Réflexions sur nos pratiques communes Marie-Claire Schommer



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