

PLAN STRATEGIQUE DU CHR DE LA CITADELLE

POUR LES ANNEES 2008 – 2010

1. INTRODUCTION

Le C.H.R. de la Citadelle est un hôpital public constitué en intercommunale.

Les décrets des 19 juillet 2006 et 9 mars 2007 lui sont applicables, notamment en matière d'élaboration et de présentation du Plan Stratégique.

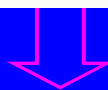
Sur le plan formel, le plan stratégique doit couvrir une période de 3 ans et comprendre :

- une note stratégique définissant la vision, les programmes d'action et les projets prioritaires.
- Un plan financier accompagné d'un budget d'investissement.
- Des indicateurs de performance.
- Une évaluation des actions mises en œuvre.

Le plan stratégique proposé au Bureau Permanent du 12 octobre et du Conseil d'Administration du 26 octobre est l'actualisation du plan adopté par l'Assemblée Générale fin 2005 qui fixait les domaines prioritaires à l'horizon 2010.

Ce plan ambitieux fixait le CAP à tenir à l'horizon 2010 en intégrant les modifications des environnements interne et externe.

PLAN D' ACTIONS « CAP 2010 »



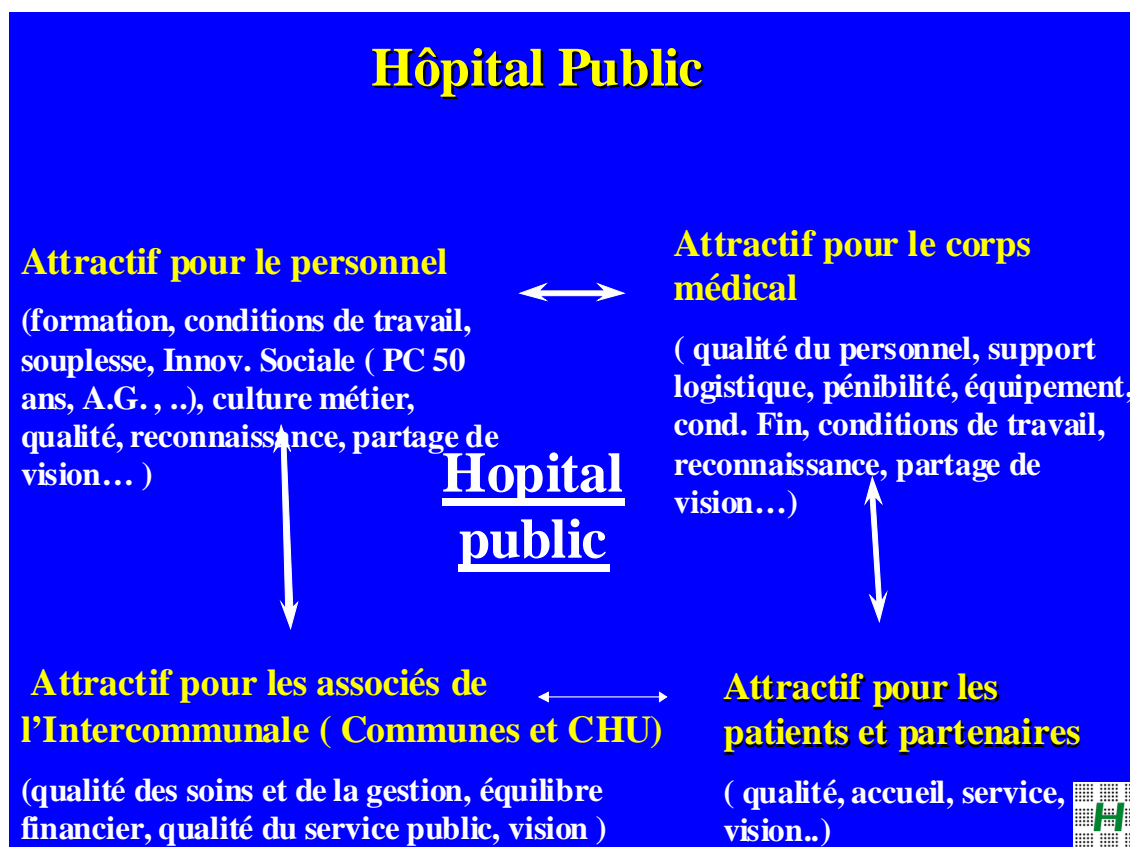
2. NOTE STRATEGIQUE

Le Plan Stratégique 2008-2010 s'inscrit dans la ligne du Plan « CAP 2010 », mais ajoute une dimension supplémentaire qui est la formalisation de la « VISION » de l'institution.

Cette vision est un objectif ultime qui doit agir comme élément mobilisateur et déclencheur de stratégies et programmes d'actions.

Le CHR de la Citadelle a pour ambition de :

- se positionner comme un acteur de premier plan dans le paysage hospitalier régional et de jouer un rôle majeur et responsable dans la construction de trajets de soins pour la patientèle et la mise en place des programmes de soins ;
- développer l'attractivité de l'hôpital pour les différents intervenants :
 - Les patients et les partenaires (hôpitaux, réseaux, médecins...)
 - Le personnel et le corps médical.
 - Les associés / actionnaires



Cette ambition est exposée sans ambages dans **la vision de l'institution**, qui a été formalisée par un Groupe de réflexion constitué de représentants des différents métiers de l'hôpital, et validée en interne par le Conseil de Direction et les cadres de l'hôpital.

2.1. VISION

Le C.H.R. de la Citadelle est un **hôpital public d'excellence** qui veut être considéré comme:

- Un hôpital **ouvert sur son environnement** et sa région
- Un hôpital qui privilégie le **partage des savoirs**
- Un hôpital qui a pour valeur **le respect mutuel**
- Un hôpital **efficace**
- Un hôpital **novateur**

L'hôpital est une « entreprise » multi-professionnelle et multiculturelle ; bien que la « Vision » soit partagée par les différents métiers, sa traduction en objectifs tactiques peut varier.

Un premier exercice d'alignement a été réalisé pour dégager ces objectifs en concertation avec le corps médical et la structure infirmière et paramédicale.

La Direction médicale et la Direction du département infirmier et paramédical du CHR de la Citadelle organisent la dispensation de soins de qualité autour d'un projet global médical et soins centré sur le patient et articulé autour des axes prioritaires suivants : prise en charge globale du patient, politique de bien-être du personnel, accompagnement des praticiens, évaluation continue de la qualité des soins, intégration des soins, politique de développement et de recherche, collaboration avec les instituts de formation et travail en réseau hospitalier.

1. Ouvert sur l'environnement / ouvert sur sa région

- Développer et renforcer les relations de collaboration constructive avec les autres institutions de soins et les médecins référant les patients (généralistes et spécialistes), les structures de soins à domicile, les praticiens de soins, les associations de soins à domicile dans un esprit de réciprocité, avec le soutien actif du réseau politique local et régional.

2. Partage des savoirs

- Formaliser et exprimer en interne comme en externe les compétences et la qualité du travail des équipes médicales et infirmières.
- Faire venir les savoirs et partager nos savoirs et savoir-faire en utilisant des moyens de communication modernes et une politique de formation continuée proactive

3. Respect mutuel

- Reconnaître l'expertise de nos services, favoriser la communication et la collaboration entre eux, en veillant à ce que chacun puisse identifier les fonctions et les responsabilités des différents acteurs hospitaliers, en y incluant le partenariat avec les représentants des patients.

4. Souci d'efficace

- Développer des chemins cliniques afin de mettre en œuvre les moyens diagnostiques et thérapeutiques les plus adéquats et mettre en place un processus d'amélioration continue de la qualité des soins.
- Maintenir les niveaux de vigilance sur les aspects bien-être, considération et sécurité de tous les praticiens de soins et de tous les patients.

5. Novateur

- Placer le patient au centre des préoccupations de chacun et de l'activité hospitalière, en priorisant les attitudes et actions orientées vers la reconnaissance de la place « client/bénéficiaire » du patient et de sa famille.
- Encourager la dimension « recherche » en y incluant l'evidence based medicine et nursing pour justifier les bonnes pratiques professionnelles (processus de soins, recherche action)

2.2. PROGRAMMES D' ACTIONS SPECIFIQUES DES DIRECTIONS (AUTRES QUE MEDICALE)

Les projets prioritaires médicaux sont explicités au point 5.2. (pp. 22, 23, 24 et 25).

A. DIRECTION DEPARTEMENT INFIRMIER

Pour 2008, le département infirmier et paramédical a retenu, conformément au projet médical et de soins intégré au plan stratégique «CAP 2010», les objectifs opérationnels suivants :

1. Implémentation du DI-RHM (RIM 2)

La note de référence «DI-RHM» reprend la méthodologie et la structure de ce projet.

2. Introduction d'un logiciel «DIE», en conformité avec les exigences du RIM 2, intégré au dossier médical et en application de l'AR relatif au dossier infirmier.

La note de référence «DIE» reprend la méthodologie et la structure de ce projet.

3. Organisation du travail infirmier et soignant en unité de soins, en application des AR relatifs aux aides soignants et à l'activité autonome et déléguée des praticiens infirmiers.

La note de référence «Organisation des soins» reprend la méthodologie et la structure de ce projet.

4. Optimisation des ressources humaines qualifiées, en application des outils validés en 2006 (charge de travail en US, tableaux de bord équipe oxygène, qualifications infirmières, ...).

L'introduction d'un logiciel «planification du temps» devra servir de base à ce projet (adaptation des horaires, adaptation du cadre, équipe mobile, ...).

5. Mise en route d'un programme d'évaluation de l'activité clinique (thèmes transversaux de soins), en s'appuyant sur le PEQSI (Programme d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers), sur les données de l'EBN (Evidence Based Nursing) et sur les référentiels du DI-RHM.

La mise en route des Programmes de Soins G et E devra servir de base à l'élaboration des normes de qualité de soins pour la pratique infirmière et soignante.

6. Poursuite de la réflexion sur la recherche infirmière, en conformité avec les résultats ARIQ.

Le groupe de travail produira une note de référence sur cet aspect important d'attractivité et de rétention infirmière.

7. Développement d'indicateurs de gestion des risques, relatifs à la pratique des soins.

Les outils d'enregistrement (tableaux de bord), les retours et les analyses seront affinés. Cela concerne les thèmes de soins suivants :

- Plaies/escarres
- Satisfaction des patients

B. DIRECTION PHARMACIE

BILAN DES PROJETS 2007

1. Projet de prescription informatisée (PAP) :

- Continuation des adaptations informatiques demandées par les différents utilisateurs.
- Développement et préparation de l'extension de l'implantation dans les U. S. chirurgicales. La situation des patients chirurgicaux étant très différentes de celle des patients médicaux en terme de prescription de médicaments, aucune salle de chirurgie n'a encore pu être équipée du programme de prescription informatisée.

2. Exploitation du logiciel de gestion des prothèses et développement en collaboration avec le service informatique et les blocs opératoires.

3. Amélioration de la gestion des stocks des spécialités pharmaceutiques par l'utilisation de stocks min-max et approfondissement de l'exploitation des données disponibles.

4. Réalisation (5^{ème} année) du projet pilote de gestion de l'antibiothérapie

5. Clarification de l'approvisionnement, des stocks et de l'utilisation des gaz dans l'institution en vue d'une optimisation.

OBJECTIFS 2008-2010

1. Poursuite du déploiement du projet de prescription informatisée (PAP) :

- Achèvement des adaptations informatiques du programme demandées.
- Développement de l'extension de l'implantation du logiciel au service des urgences et dans les U. S. chirurgicales.
- Démarrage de nouvelles salles.

2. Développement de nouvelles fonctionnalités dans le logiciel de gestion des prothèses en lien avec la facturation et la comptabilité et exploitation des données pour assurer un suivi financier.
3. Amélioration de la gestion qualitative et quantitative des stocks décentralisés de médicaments dans les Unités de Soins en collaboration avec le corps médical et le corps infirmier.
4. Mise en place d'un suivi de la forfaitarisation des médicaments par tableaux de bord en collaboration avec le contrôle de gestion et établissement de règles de bonnes pratiques par le CMP.
5. Amélioration des soins pharmaceutiques aux patients en maîtrisant les coûts par l'élaboration de projets de pharmacie clinique.
6. Amélioration de la gestion des stocks et de l'utilisation des gaz médicaux dans l'institution.
7. Participation à l'adaptation aux nouvelles normes légales de fonctionnement du Comité du Matériel Médical (CMM) et du Comité d'Hygiène Hospitalière (CHH)

C. DIRECTION HÔTELIÈRE

Services alimentaires :

L'évolution des soins hospitaliers et des attentes légitimes des patients conduit les services hôteliers à un double défi :

Plus d'hôtellerie, moins d'hôpital pour les patients en séjour de brève durée, sans pathologie complexe.

Le défi principal réside dans la qualité organoleptique des repas mais surtout dans une offre variée, si possible un choix de menus par régime.

Des résultats d'un premier test sur les déjeuners dans 4 unités de soins dépendra l'extension de ce «buffet au pied du lit » en 2008-2009.

L'évolution de l'infrastructure informatique et l'intégration plus étroite du service hôtelier dans les unités de soins devraient faciliter le renouvellement du logiciel de gestion des commandes de repas et autoriser le choix du patient.

Plus d'hôpital, moins d'hôtellerie pour le patient dénutri ou en voie de dénutrition, en soins très aigu et ou de longue durée. Le service diététique aura dorénavant pour mission, en collaboration étroite avec les médecins nutritionnistes et la cuisine, de donner des réponses pointues aux besoins nutritionnels spécifiques, d'en assurer le suivi et les adaptations.

De la sorte, les services alimentaires s'inscrivent pleinement comme partenaires d'une médecine performante.

Corollaire intrinsèque de ces projets : garantir la sécurité alimentaire à travers une infrastructure de cuisine conforme aux normes les plus récentes.

Les services logistiques du transport, de l'entretien ménager et de la lingerie participent au même souci d'efficience qui anime le CHR :

- accroître la souplesse de réaction face aux changements
- être partenaire des projets :
 - hygiène pour l'entretien
 - rationalisation des approvisionnements pour le transport
 - gérer en fonction des moyens disponibles

D. DIRECTION FINANCIERE

1. Oracle

Au cours de l'année 2007, une nouvelle version du logiciel Oracle a été installée. Nous sommes passés ainsi de la version 7.0 à la version 10.2 - soit un saut, en une fois, de 3 modifications du logiciel (la version 8, 9 et 10).

Cette mise à jour majeure a été faite par le service informatique aidé par les utilisateurs et par le support fonctionnel de la société ORACLE.

L'objectif pour les prochaines années est de capitaliser au maximum sur ce logiciel.

Deux axes sont à l'étude, soit :

- ✓ transfert progressif de l'ensemble de la comptabilité avec ses interfaces et statistiques spécifiques du système « mainframe » vers le système oracle.
- ✓ développement de l'outil comme support de gestion de nos différents marchés et renforcement de certaines fonctionnalités qui devraient améliorer notre productivité.

Pour ces deux axes comptable et achats, l'inventaire des besoins spécifiques est en cours de réalisation. Une priorisation sera ensuite établie ainsi qu'un échéancier d'implantation.

2. Kanban

Le « Kanban » est un système de gestion de stock basé sur un réapprovisionnement sélectif qui est déclenché par les consommations réelles de produits.

Il est implanté progressivement dans les organisations hospitalières et a pour avantage de réduire les stocks et les surfaces qui y sont affectées.

La mise en place est faite en 3 étapes.

Etape 1 : validation du « Kanban » comme système de gestion de stocks dans une unité de soins ;

Etape 2 : validation du circuit logistique de l'approvisionnement entre le magasin central et les unités de soins ;

Etape 3 : évaluation et développement du principe dans toutes les unités de soins.

La première étape s'est terminée et a mis en évidence les avantages de ce type de gestion de stocks par rapport aux anciens systèmes. La décision a été prise de poursuivre l'expérience et de passer à la deuxième étape.

La validation de la prise en charge logistique du système Kanban est en cours. Elle est localisée sur le site de Sainte-Rosalie. Un bilan définitif doit avoir lieu.

Le déploiement de ce système dans les U.S. se fera progressivement. Il devrait s'étaler sur 2 ans.

3. Inscriptions policliniques

En 2007, la priorité a été l'établissement de la polyvalence des agents des admissions hospitalières et des inscriptions policliniques et l'organisation des présences au guichet en renforçant l'ouverture le matin où l'affluence est statistiquement plus importante.

A l'horizon du plan, il est souhaitable d'entrer dans une deuxième phase orientée vers un réaménagement de l'espace d'accueil. La convivialité de l'espace doit être renforcée ainsi qu'une gestion des files d'attente améliorée et automatisée.

4. Facturation - tarification

Une analyse spécifique sera lancée sur ce secteur stratégique dans le cadre de la réorganisation de la direction informatique.

5. Datawarehouse

Rappelons que l'objectif de ce projet est de mettre à la disposition de l'hôpital un outil qui permet une analyse conviviale des différentes bases de données dont dispose l'hôpital.

L'outil a été sélectionné : il s'agira d'OBI de chez Oracle. Une société de consultance a également été sélectionnée ; elle nous accompagnera dans le processus d'installation de l'outil sélectionné.

Les domaines couverts dans un premier temps par cet outil d'analyse sont les bases de données RCM, les données de facturation ainsi que les admissions. Des tests sont en cours pour un premier déploiement en 2008.

E. DIRECTION JURIDIQUE

1. Secrétariat des organes de l'institution

En 2007, le Bureau s'est réuni en règle générale tous les 15 jours ; le Conseil d'administration s'est réuni les 9 février, 20 avril, 29 juin, 26 octobre et 21 décembre 2007.

Les deux Assemblées générales statutaires ont eu lieu les 29 juin et 21 décembre 2007.

En 2007, le secrétariat a collaboré étroitement à l'installation des nouveaux organes issus des élections communales et provinciales et à la mise en œuvre des règles édictées par le nouveau

décret. Ce travail se poursuivra en 2008 en vue de respecter les règles de publicité, d'accessibilité et de transparence des décisions des organes.

2. Département juridique

Le service juridique doit pouvoir fournir des conseils et services juridiques de haute qualité à toutes les directions et tous les services du CHR.

Dans tous les cas, ce travail doit viser à :

- promouvoir le respect des lois et règlements, assurer les mises à jour et proposer les adaptations des règles internes
- développer des programmes de communication et de vulgarisation juridiques structurés en collaboration avec les services concernés et à leur demande
- analyser la nature des différents services juridiques offerts afin de mieux aborder les contentieux et de gérer les risques juridiques par anticipation
- accroître l'efficacité du service, notamment en développant la collaboration avec des organismes extérieurs disponibles et renforcer les contacts utiles
- améliorer la capacité de prévoir les nouvelles tendances et y répondre
- éviter les conflits et favoriser les solutions non contentieuses en améliorant l'habileté à évaluer les risques et la négociation avec les différentes parties.

Réalisé en 2007

Outre le traitement de dossiers ponctuels, on peut relever :

- Le support à la rédaction des règlements d'ordre intérieurs des organes
- Le service a également participé à la prise en charge juridico-administrative de projets médicaux en collaboration avec les médecins concernés, avec la direction médicale et le Conseil médical ainsi qu'au suivi du contentieux devant les juridictions ordinaires et le Conseil d'Etat.

Pour 2008

Le secrétariat des organes et le département juridique, outre la poursuite des actions engagées, s'attacheront plus particulièrement à

- Assister les organes dans la mise en place des nouvelles structures liées au nouveau décret
- En étroite collaboration avec la direction médicale et le conseil médical, préparer une adaptation du règlement général, du règlement de la garde et des urgences ; de la situation juridique des médecins généralistes collaborant avec l'institution.
- Participer étroitement aux travaux de réflexion imposés par la logique des bassins de soins et programmes de soins
- Préparer les décisions des organes
- Assurer la disponibilité de l'information et la transparence

3. Secrétariat des Comités de négociation et concertation

En 2007, 11 réunions de Négociation et 12 réunions de Concertation dont une spéciale le 14.06.07 ont été organisées. 4 protocoles ont été signés jusqu'à fin août 2007.

Les organisations syndicales ont reçu les informations économiques et financières qu'elles sont en droit d'attendre, selon la périodicité requise.

4. Gestion des assurances

La gestion des assurances s'est s'inscrite résolument, dans l'ère de la déclaration électronique de manière à accélérer le traitement des dossiers, en faciliter le suivi et diminuer les coûts de gestion.

A réaliser en 2008

- Etude des différentes polices en collaboration avec le service juridique dans le cadre des marchés publics de service ;
- En collaboration avec la direction médicale et la médiatrice, organiser la concertation dans le cadre des droits du patient ;
- Suivant l'évolution législative, participer à la mise en œuvre et adapter les procédures en lien avec les nouvelles règles de responsabilité sans faute.

5. Gestion de la documentation

Cette fonction doit offrir au sein de l'hôpital l'information utile et pertinente sur tous les domaines essentiels, en lien avec toutes les ressources disponibles pour éviter la redondance.

A cet effet, il s'agit de manière permanente de :

- développer l'accessibilité à l'information et veiller à sa pertinence
- veiller à la mise à jour de la documentation et à sa diffusion
- commenter les textes en langage simple et clair
- apporter une assistance en vue de maintenir la cohérence et l'harmonisation des textes internes

A développer en 2008 :

- Prise d'initiatives en vue d'un meilleur partage de l'information en recourant aux nouvelles technologies disponibles.

6. Galerie Commerciale

La galerie commerciale offre des services précieux aux patients, à leurs visiteurs ainsi qu'au personnel et aux médecins. Il y a lieu de maintenir cette offre de service et de veiller en permanence à l'améliorer.

De plus, les redevances obtenues contribuent positivement au chiffre d'affaire de l'intercommunale. Il s'agit de s'assurer de leur versement régulier.

A faire en 2008

Poursuite des négociations en cours en vue des renouvellements de convention

Démarches en vue de l'amélioration de la qualité des services offerts.

7. MCAE

La relocalisation de la maison communale d'accueil de l'enfance a été décidée et réfléchi en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des tout petits. Ainsi, le nombre de places d'accueil est porté à 24 au lieu de 18.

Le projet de transformation d'une maison en vue de mieux accueillir ces enfants, malgré le total respect des normes imposées par l'ONE ainsi que par les services d'hygiène et contrôle alimentaire, a été contesté par les voisins immédiats. Le CHR a dû faire face à deux recours au Conseil d'Etat. Les procédures administratives sont toujours en cours et les travaux retardés d'autant.

A faire en 2008

Poursuivre le projet et, sauf nouvel incident, assurer le déménagement dans des conditions optimales.

F. DIRECTION TECHNIQUE

- Poursuivre en 2008 la construction des plateaux 46 et 56, de la MCAE, des aménagements du site de Sainte Rosalie, de la Pédiatrie, de l'accueil des polycliniques ORL et de la mise en place de 6 lits n*.
- Etablissement d'un plan directeur des travaux et d'un calendrier permettant d'identifier :
 - Les projets en cours de réalisation (avant travaux)
Urgences pédiatriques
Néonatalogie
Pédopsychiatrie
 - Les projets à figer prioritairement
Hôpital de jour gériatrique
Laboratoire de marche
Rénovation polycliniques
Bloc opératoire et salle de réveil
Chambres de garde
Aménagement salle polyvalente et locaux logistiques du hall
Aménagement de la psychiatrie.
Sainte Rosalie
 - Les projets à préciser
Réorganisation du plateau du 5^{ième} (pédiatrie)
Identification des autres projets.

G. DIRECTION INFORMATIQUE

- Rédiger un plan stratégique des systèmes d'information aligné sur le plan stratégique du CHR.
- Continuer et renforcer les projets en cours avec la mise en place d'un suivi et une gestion des projets
- Mettre en place un système de gestion et une organisation cohérents où chacun a son rôle et selon les bonnes pratiques en la matière (maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre et comité d'accompagnement)

- Mettre en place un système de qualité
- Préparer le terrain pour la recherche d'un Directeur en 2008

H. DIRECTION DES PROJETS

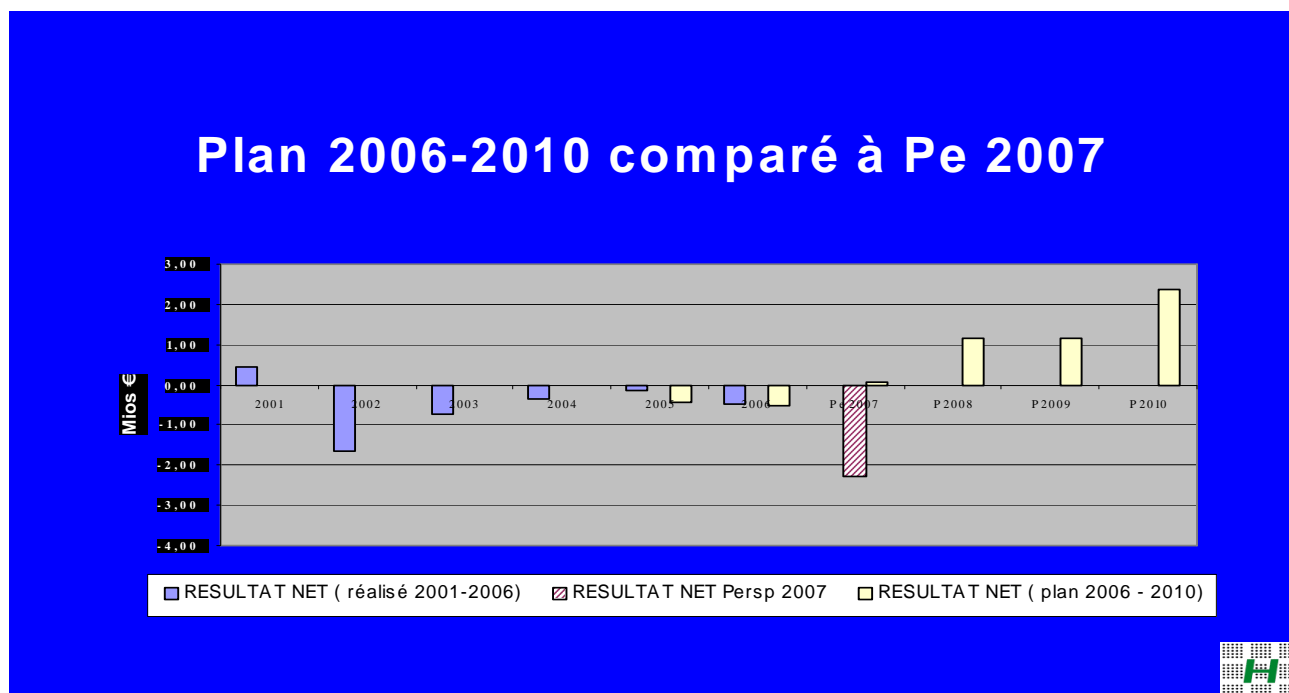
- Amélioration du tableau de bord
- Optimisation de la gestion des rendez-vous
- Mise en œuvre du déploiement du logiciel de gestion de la dialyse.

I. DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

- Mise en œuvre d'un nouvel outil de gestion de la paie et de gestion des données du personnel.

3. PLAN FINANCIER

3.1. COMPARAISON COMPTE D'EXPLOITATION PLAN 2006-2010 / PERSPECTIVE 2007



Le résultat net « Perspective 2007 » a été estimé suite à la clôture comptable de juin 2007. Il est conforme au budget présenté au Bureau permanent du 26 janvier 2007, mais en recul de 2,35 Mios € par rapport au plan pluriannuel 2006-2010.

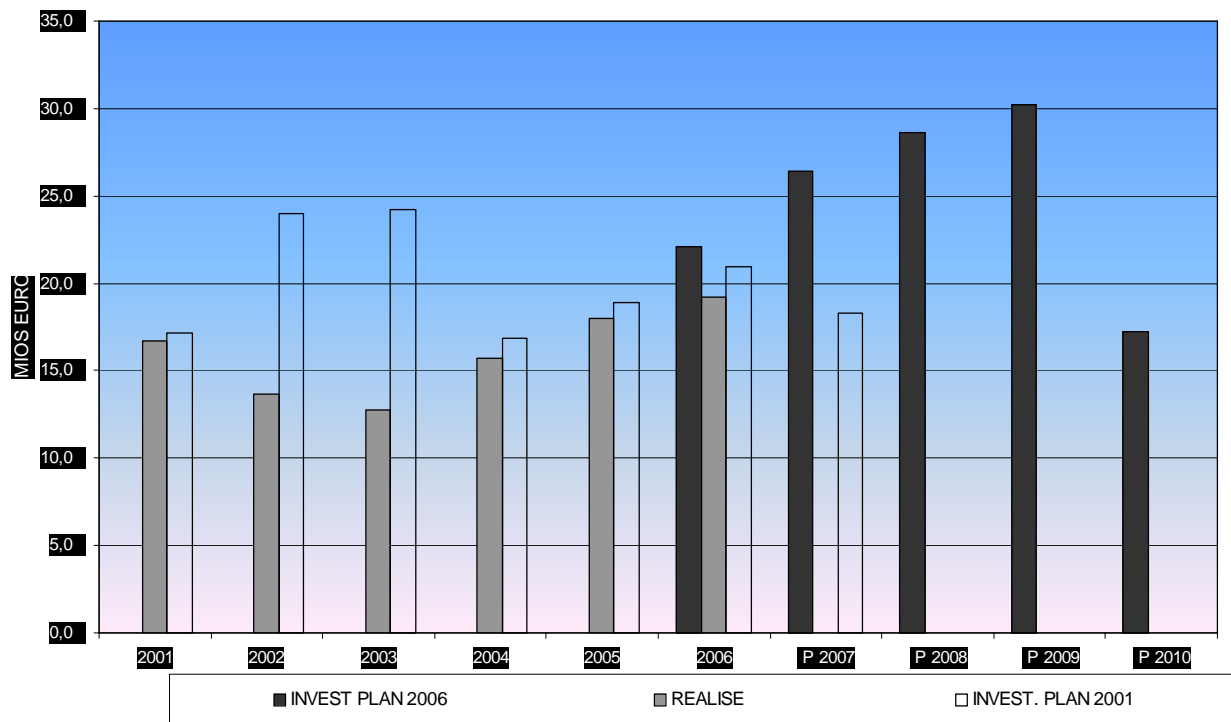
Une partie importante de cet écart est due à une provision pour risque (1 Mios €) dont la valeur sera réestimée pour la clôture de décembre 2007.

La dégradation de 1,35 Mios € (montant hors provision) s'explique essentiellement par des éléments inconnus lors de l'élaboration du plan 2006-2010 et indépendants de l'activité physique (admissions et passages) qui reste stable :

- * croissance des dépenses énergétiques ;
- * financement par le gestionnaire de la spécialisation de l'effectif médical des urgences et de l'implantation d'une garde de tri avec contrepartie partielle en produits depuis juillet 2007 ;
- * augmentation de frais d'informatique médicale ;
- * suppression des forfaits d'urgence en biologie clinique ;
- * suppression du financement du Centre de Diagnostic moléculaire ;
- * croissance de la masse salariale liée à la modification de l'alimentation du fonds de pension et du règlement d'assurance groupe.

Le résultat final de l'exercice 2007 dépendra de l'activité du dernier trimestre 2007, généralement importante dans le secteur hospitalier.

EVOLUTION DES INVESTISSEMENTS



Remarque

Le montant global des investissements architecturaux reste stable mais l'échéancier sera revu à l'issue de la programmation en cours.

L'investissement à consentir pour l'installation d'un Dossier patient informatisé est estimé, à l'horizon du plan, à ± 3 Mios € (achat logiciel + investissement humain).

3.2. COMPTE D'EXPLOITATION PLAN 2008-2010

Le budget sera réalisé en novembre 2007 ; c'est à ce moment qu'une meilleure estimation du résultat des années 2008-2010 pourra être effectué.

On peut dès à présent prévoir que l'année 2009 sera difficile suite à la fermeture en 2006 d'une salle de médecine et d'une salle de gériatrie.

L'objectif est de construire le budget 2008 et les estimations de 2009 et 2010 en prenant les actions nécessaires sur la structure des coûts et les produits pour le maintien de l'équilibre financier à l'horizon du plan.

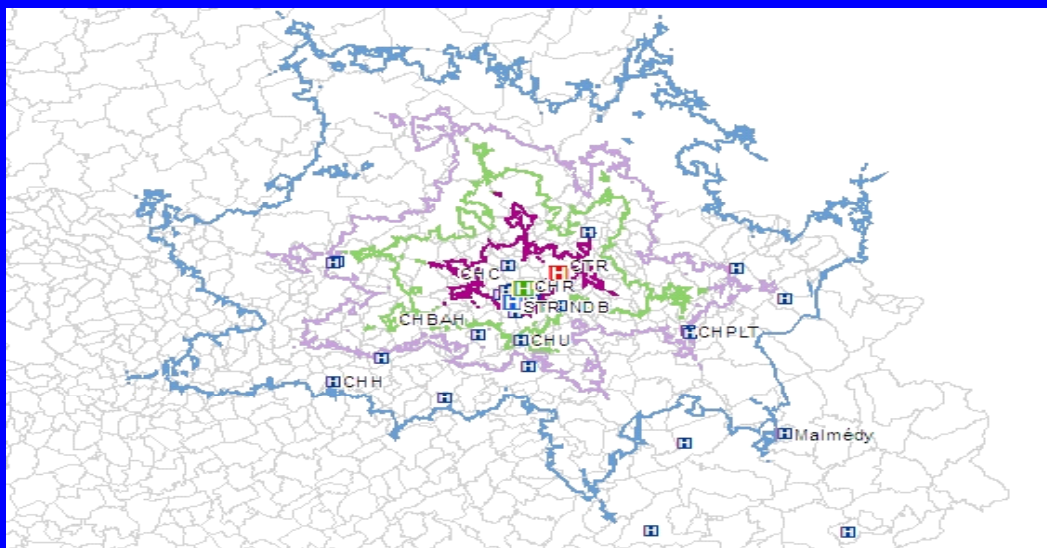
Une condition nécessaire est le maintien de l'actuel « product mix » de l'hôpital.

4. INDICATEURS DE PERFORMANCE

4.1. ATTRACTIVITE

4.1.1 Complémentarité – concurrence








Hôpitaux et Isochrones 10, 15, 20 et 30 minutes en région Liègeoise



4.1.2. Origine des patients en hospitalisation

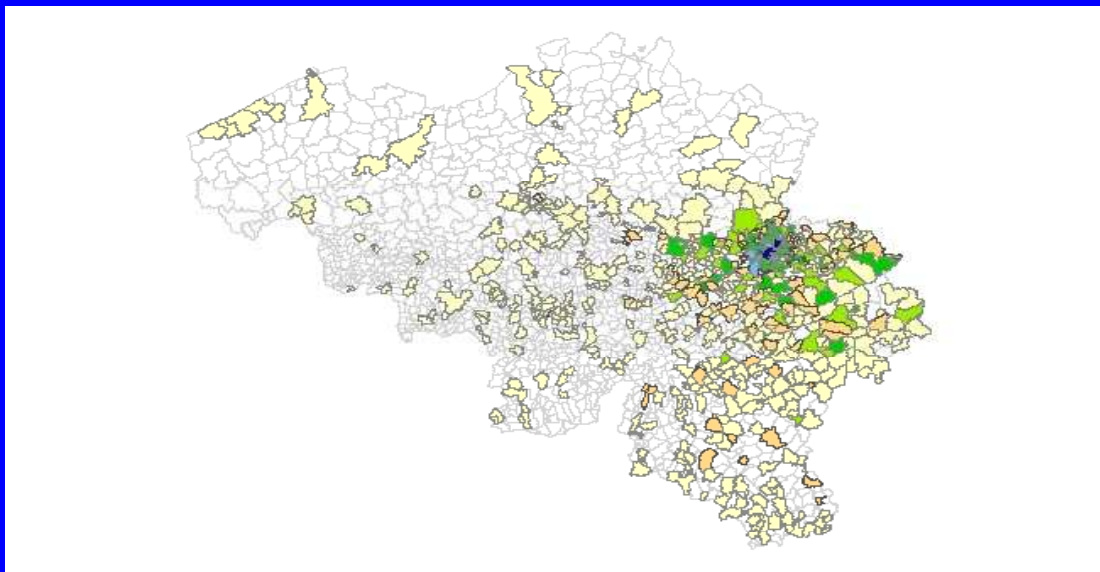
CHIFFRES DE REFERENCE

ECHELLE APPLIQUEE A TOUS LES ITEMS

-  1 à 9 patients
-  10 à 49 patients
-  50 à 99 patients
-  100 à 499 patients
-  500 à 999 patients
-  1.000 à 1.999 patients
-  2.000 à 12.000 patients



Admissions en hospitalisation classique

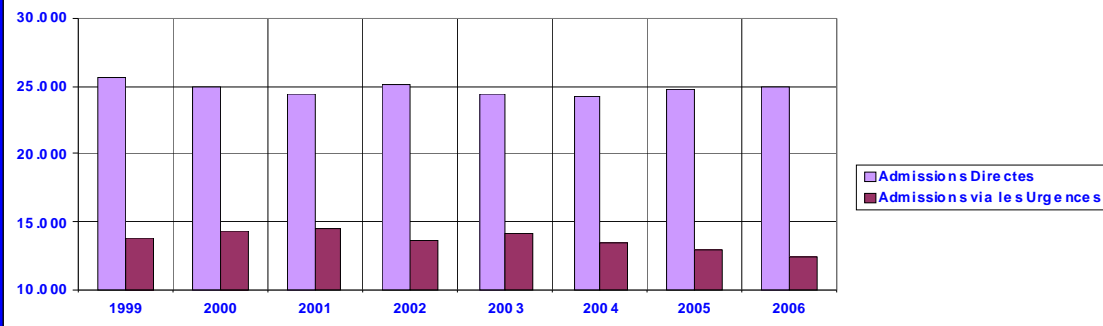


4.2. ADMISSIONS

VENTILATION DES ADMISSIONS CLASSIQUES

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Evol 99/2006
Admissions Directes	25.663	24.876	24.380	25.072	24.339	24.141	24.697	24.954	-2,76 %
Admissions via les Urgences	13.854	14.320	14.481	13.490	14.071	13.409	12.845	12.330	-11,00%
TOTAL	39.517	39.196	38.861	38.562	38.410	37.550	37.542	37.284	-5,65 %

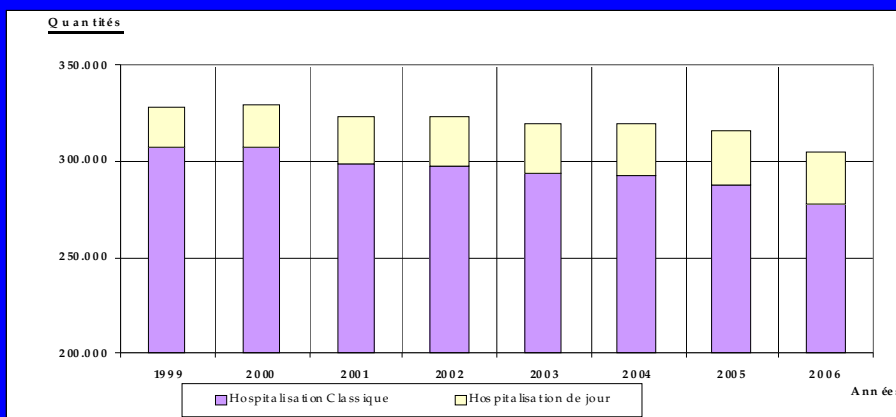
EVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS



4.3. JOURNEES D'HOSPITALISATION

EVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION

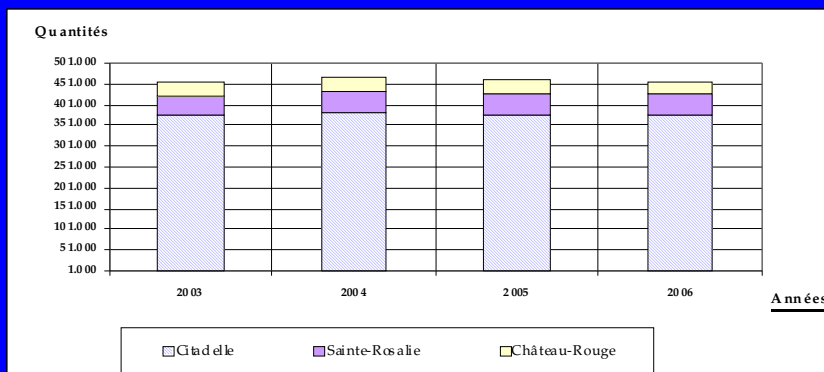
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Evol 99/2006
Hospitalisation Classique	307.468	307.496	298.916	297.143	294.278	292.173	287.285	277.749	-9,67 %
Hospitalisation de jour	21.449	21.970	24.297	25.780	25.888	28.237	29.206	27.513	28,27 %



Passages Polycliniques

EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS EN POLYCLINIQUE

	2003	2004	2005	2006	Evol 2003/2006
Citadelle	376.072	380.541	377.419	378.304	0,59%
Sainte-Rosalie	47.117	51.142	51.475	48.649	3,25%
Château-Rouge	31.777	34.102	33.373	30.085	-5,32%
TOTAL	454.966	465.785	462.267	457.038	
Evolution du total (en %)		2,38%	-0,76%	-1,13%	

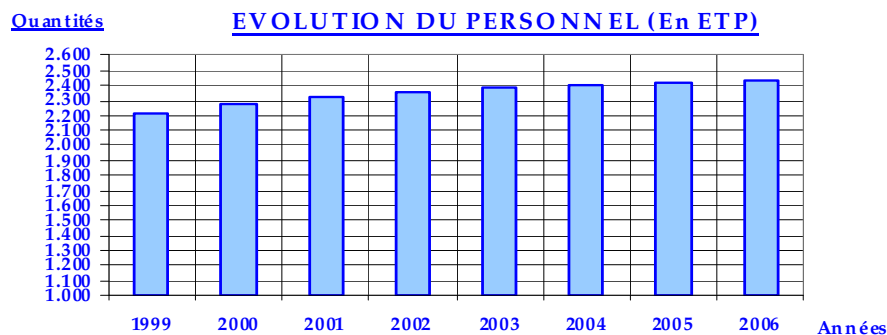


4.4. PERSONNEL

EVOLUTION DU PERSONNEL EN ETP (Source : Tableaux de bord)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ETP (Effectif moyen)	2.209,95	2.263,41	2.317,74	2.352,03	2.388,33	2.392,69	2.413,08	2.433,13
Aménagements fin de carrière (*)				13,42	27,52	34,99	34,50	43,21
TOTAL	2.209,95	2.263,41	2.317,74	2.365,45	2.415,85	2.427,68	2.447,58	2.476,34
Evolution du total (en %)		2,42%	2,40%	2,06%	2,13%	0,49%	0,82%	1,18%

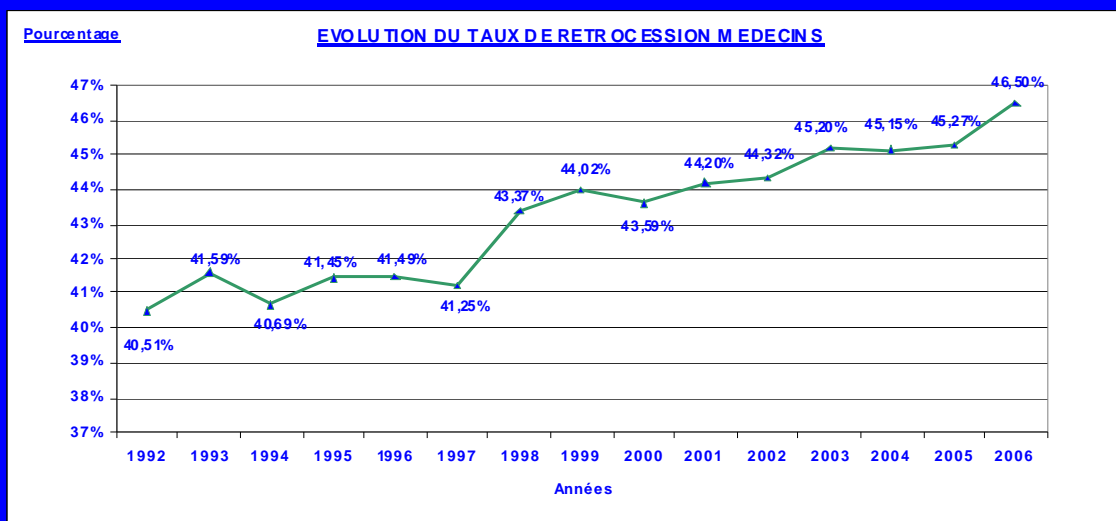
(*) Démarrage en 2002 + Octobre 2005 : Extension du système aux paramédicaux



4.5. TAUX DE RETROCESSION MEDECINS

EVOLUTION DU TAUX DE RETROCESSION MEDECINS

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Taux de rétrocession	40,51%	41,59%	40,69%	41,45%	41,49%	41,25%	43,37%	44,02%	43,59%	44,20%	44,32%	45,20%	45,15%	45,27%	46,50%



Le taux de rétrocession médecin est obtenu par le ratio entre les montants versés aux médecins indépendants et les honoraires générés.

La croissance du taux en 2006 s'explique par :

- * le maintien des quotes-parts ristournées aux médecins par prestation ;
- * le financement par le gestionnaire et le corps médical de :
 - professionnalisation des urgences et mise en place de la garde de tri ;
 - détachement d'un médecin spécialiste pour l'élaboration du cahier des charges du dossier patient informatisé ;
 - détachement d'un médecin spécialiste pour l'hygiène hospitalière.
- * la croissance des activités à quotes-parts gestionnaire faibles (hospitalisation et policlinique) par rapport aux activités médico-techniques.

5. EVALUATION DES ACTIONS PRIORITAIRES MISES EN ŒUVRE

Le plan stratégique adopté par l'Assemblée générale en 2006 identifiait 5 actions prioritaires auxquelles s'ajoutaient les thèmes prioritaires médicaux de CAP 2010.

5.1. ACTIONS PRIORITAIRES

- **Action 1** : *La pénurie en médecins spécialistes, la concurrence entre hôpitaux et la pénibilité de l'activité hospitalière représentent un risque très important pouvant avoir un effet négatif sur l'activité hospitalière du CHR de la Citadelle.
L'hôpital doit maintenir et augmenter son attractivité.
Un Groupe de travail sera mis en place fin 2006 pour analyser la situation et proposer des solutions.*

Réponse :

Le projet a été mené en 2007 avec la collaboration de la société de conseil Lesire et une implication importante du corps médical et du Conseil de direction.

Une analyse de « benchmarking » interhospitalière a été réalisée sur 5 dimensions : organisation médicale, informatique, rémunération, charge administrative, processus décisionnels.

Les facteurs nécessitant une action spécifique ont été identifiés et les mesures correctives ont été prises ou sont en cours :

- **Rémunération médicale** : Le Conseil médical a accepté de faire bénéficier la spécialité onco-hémato de la caisse de compensation couverte par toutes les spécialités médicales. Le revenu du pool de médecine interne a pu enregistrer une légère revalorisation.
- **Organisation médicale** : Une refonte de la structure de la Direction médicale est en cours avec l'arrivée d'une nouvelle Directrice médicale le 1^{er} décembre 2007. Le Comité de coordination joue le rôle de comité de concertation permanente depuis le mois de juin 2007.
- **Informatique** : Le développement de l'informatique médicale s'est accéléré par la mise en place d'une cellule spécifique et d'un comité utilisateurs médical. Les investissements PACS et système de stockage ont été choisis. Le cahier de charge pour le futur dossier patient informatisé (DMI, DSI, RHM) est finalisé, et le produit sera choisi début 2008. Le recrutement d'un successeur au Directeur informatique a été suspendu, et une mission de «transition management» a été confiée à un ingénieur conseil (voir programmes actions 2008).
- **Charge administrative** : Un projet «OPALUS» (Optimisation des Processus Administratifs et Logistiques en Unités de Soins) a été lancé pour analyser la charge administrative et y remédier; un test est en cours de réalisation dans 4 unités de soins.
- **Processus décisionnels** : L'analyse a mis en évidence la nécessité de modifier la structure organisationnelle et les modes de fonctionnement pour permettre une meilleure gestion des projets transversaux et une meilleure prise en compte des problématiques stratégiques et opérationnelles. Cette modification sera mise en œuvre en 2007.
- **Vision** : Nécessité d'avoir une vision partagée et de la communiquer.

La réflexion a été menée en concertation et est intégrée dans le Plan Stratégique.
Le besoin de clarification dans les relations CHR et CHU a été mentionné ; les contacts actuels doivent s'intensifier.

- **Action 2** : *Les années 2006 – 2010 se profilent avec une croissance réduite de l'activité ; elles seront mises à profit pour consolider les positions acquises, positionner les services en centres d'excellence et effectuer les modifications architecturales nécessaires à la prise en charge efficace des patients.
Le fonctionnement en "bassin de soins" devra s'intensifier.
C'est dans cette perspective que le rôle des sites extérieurs de Ste Rosalie et Château Rouge doit être précisé au cours du dernier trimestre 2006.*

Réponse :

La destination des sites extérieurs a été clarifiée :

- Le site du Château Rouge est destiné à la revalidation fonctionnelle (hospitalisation et convention INAMI) et aux activités de polyclinique ; une deuxième unité de soins tenue par le service de physiothérapie y est installée en octobre 2007.
 - Le site de Sainte Rosalie est destiné à la Chirurgie de jour, de semaine, aux centres pluridisciplinaires et aux activités de polyclinique.
La programmation de la suite des travaux doit être planifiée début 2008.
 - La gériatrie est concentrée sur le site de la Citadelle pour faciliter la mise en œuvre du programme de soins gériatriques.
- **Action 3** : *Un Bilan doit être réalisé avec les Directions sur le déploiement de la fonction Ressources Humaines au CHR de la Citadelle et l'état d'avancement du projet R.H. initialement élaboré en concertation avec les Directions sous la coordination du Lentic.*

Réponse :

- Malgré les mesures d'accompagnement qui avaient été mises en place lors de l'embauche du Directeur des Ressources humaines début 2007 celui-ci a souhaité quitter l'institution en Octobre 2007.
Ce malaise confirme la nécessité de modification de l'organisation de l'hôpital pour mieux accueillir les fonctions transversales.
- **Action 4** *La réflexion actuelle sur les bassins de soins s'accompagne d'une formalisation des accords existant entre le CHR et le CHU dans les domaines de la Gynécologie, de la Pédiatrie, de la Chirurgie Cardiaque, de la Neurologie, de la Radiothérapie et de l'Anatomopathologie ; cette réflexion doit s'intensifier.*

Réponse :

- Cette réflexion est en cours et un mandat spécifique pour engager les analyses a été donné par le bureau en juin.
Un état d'avancement a été présenté au bureau de début Octobre.
Les Groupes de travail n'ont pas encore démarré.
- **Action 5** *Un plan ambitieux de développement de l'informatique médicale est en cours d'élaboration ; il est important que la validation de ce plan soit réalisée dans le courant du premier semestre 2007.*

Réponse :

- Le cahier de charge du dossier patient informatisé est finalisé.
L'investissement prévu est de l'ordre de 3 Mios € en ce compris l'investissement humain.
Une structure de projet est discutée actuellement ; elle sera certainement une des clés du succès de l'implantation du DPI.
Des correspondants informatiques (utilisateurs) seront mis en place en novembre 2007.

5.2. THEMES PRIORITAIRES MEDICAUX

THEMES STRATEGIQUES

- ◆ **Gériatrie**
- ◆ **Médico-technique**
- ◆ **Radiothérapie**
- ◆ **Urgences**
- ◆ **Oncologie**
- ◆ **Cardiologie et chirurgie cardiovasculaire**
- ◆ **Pédiatrie et néonatalogie**
- ◆ **Gynécologie/obstétrique**



5.2.1 Direction médicale

Les missions **de la Direction médicale** sont multiples et interactives.

La première vise à favoriser la mise en œuvre des projets prioritaires.

Elle est aussi une interface naturelle avec le département informatique dans l'élaboration du Dossier Patient Informatisé, en partenariat avec les médecins Chefs de service et le Conseil médical. L'extension de la Pharmacie A Priori (PAP) est un autre projet interdisciplinaire important.

La gestion des plaintes prend une ampleur croissante. Mettre en place une «cellule des plaintes», impliquant principalement la Direction juridique et la Direction du Département Infirmier, introduisant à la demande un éclairage psychologique, voire un support, à la fois pour les patients et leurs proches mais aussi pour les médecins parfois «malmenés» est important.

La gestion des données médicales en relation avec RCM (devenu RHM) occupe une place à part, elle aussi prioritaire compte tenu des enjeux connus, notamment au niveau du budget des moyens financiers.

Le numerus clausus a profondément influencé le fonctionnement des hôpitaux, avec une augmentation indiscutable de la charge de travail des médecins spécialistes, surtout seniors et plus particulièrement au niveau des chefs de service dont on ne soulignera jamais assez l'importance dans le développement de l'activité hospitalière.

5.2.2. Etat d'avancement des projets prioritaires

a) Gériatrie

Au vu des influences bien connues du vieillissement sur la « consommation croissante » des soins de santé en gériatrie, tous les hôpitaux, en Wallonie, dans la Région bruxelloise comme en Flandre ont investi de manière importante dans ce domaine via une augmentation du nombre de lits G par conversion, l'engagement « ultra-compétitif » du petit nombre de gériatres spécialistes reconnus, le développement d'un hôpital de jour (même dans des « petites » structures, dans le cadre d'un projet pilote fédéral) et de manière plus générale en adaptant structure et fonctionnement au programme de soins gériatriques.

Au CHR de la Citadelle, le service de gériatrie poursuit les objectifs suivants :

- Regrouper sur un seul site, celui de la Citadelle, les 4 unités d'hospitalisation classique. C'est effectif depuis le 1^{er} octobre 2007, grâce à l'ouverture de la salle 55 ;
- Dans le même esprit, y adjoindre l'hospitalisation de jour transitoirement encore située sur le site du Château Rouge ;
- Répondre en tous points aux normes du programme de soins, avec un accent particulier sur les avis de liaison ;
- Donner d'abord en interne une force et une cohésion maximales au service en adhérant totalement aux 5 grands axes directeurs : partage des savoirs, respect mutuel, efficience, innovation avant de s'ouvrir sur l'environnement régional, en y jouant un rôle moteur rassembleur. La recherche de synergies est essentielle, notamment tenu compte du nombre limité de gériatres.

b) Médico-technique

Le laboratoire de biologie clinique comme le service de radiologie disposent d'une expertise remarquable, d'équipes bien charpentées tant médicales qu'infirmières et techniques ainsi que d'un équipement ultramoderne mais « sous-utilisé », en particulier pour ce qui concerne le laboratoire. Comme évoqué dans le plan stratégique des années précédentes, il importe de s'ouvrir vers des structures extérieures : hôpitaux, polycliniques, cabinets de médecins généralistes et spécialistes pour mieux rentabiliser les investissements consentis.

En radiologie, les sites périphériques, surtout Sainte Rosalie et le Valdor méritent une impulsion supplémentaire, dans un effort concerté entre toutes les parties prenantes.

En Médecine Nucléaire, l'enjeu principal est bien sûr de mieux se positionner en matière de PET scan, dans l'immédiat grâce à des partenariats renforcés.

c) Radiothérapie

L'importance de la radiothérapie en oncologie n'échappe à personne. Dans tous les domaines, il est fondamental de disposer d'une équipe stable qui s'inscrit dans la logique des consultations multidisciplinaires d'oncologie conformément au programme de soins spécifique à l'oncologie.

En neurochirurgie, ne pas disposer de la radiochirurgie depuis plusieurs années représente un handicap majeur dont les conséquences fonctionnelles et sociales sont lourdes.

Les enjeux sont donc clairs : bénéficier comme il se doit dans un hôpital de la taille du CHR de la Citadelle des développements technologiques récents mais aussi d'équipes stables et performantes permettant de maintenir ou de développer une radiothérapie de pointe.

d) Urgences

Ce service dont l'importance est évidente (de l'ordre de 40% des admissions en hospitalisation classique entrent via les urgences) bénéficie d'un staff complet de médecins urgentistes seniors assurant la permanence 24h/24 y compris les WE et jours fériés, en collaboration étroite avec les structures habituelles, et en s'appuyant sur les résidents généralistes de tri, l'un pour la chirurgie et l'autre pour la médecine interne. En outre, une nouvelle version d'URQUAL est implantée assurant une gestion informatisée, « paperless », avec un accent particulier sur une aide à la décision grâce à des guidelines validés par les chefs de service, sur le RCM et la transmission rapide et systématique des rapports aux médecins généralistes.

e) Oncologie

Ici aussi les enjeux sont bien connus, dans le cadre du programme de soins oncologique. L'importance de l'approche multidisciplinaire est bien comprise, se traduit dans la tenue régulière des CMO (Consultations Multidisciplinaires d'Oncologie) et bénéficie d'un dossier informatisé, développé en interne de manière à répondre parfaitement aux desiderata des cliniciens. Le cancer du sein reste un des cancers dont la prévalence est élevée. Le projet de la Clinique du Sein se développe bien. Il bénéficiera de nouveaux espaces, sur le site de Ste Rosalie. Toutefois la chimiothérapie et la radiothérapie seront maintenues sur le site de la Citadelle.

f) Cardiologie et chirurgie cardiovasculaire

Le programme de soins en cardiologie ne se met pas en place facilement dans le cadre du bassin de soins. Le CHU et le CHR de la Citadelle disposent seuls de l'agrément complet B1, B2 et B3. L'enjeu est ici de trouver les meilleurs accords possibles, d'abord avec le CHU, puis avec tous les hôpitaux régionaux impliqués, sans exception.

g) Pédiatrie et néonatalogie

Ces secteurs sont en mutation, notamment dans le cadre du programme de soins pédiatriques et de gros travaux de rénovation prévus dans les 2 services. La difficulté est ici de mettre au point une garde intégrée, efficace et décloisonnée. Il faut aussi trouver les meilleurs axes de collaboration avec les autres hôpitaux, en particulier la Clinique Notre Dame des Bruyères, puisque, rappelons le, la pédiatrie et la néonatalogie sont des services universitaires.

h) Gynécologie/obstétrique

Cet autre service universitaire va bénéficier d'un nouveau plateau (salle 46) qui accueillera principalement la CPMA, dans le respect des normes européennes d'agrément et l'oncologie du petit bassin. La discussion porte ici sur la mise à disposition de conditions de fonctionnement et de travail comparables à celles rencontrées dans le milieu hospitalier universitaire du CHU.

A nouveau, le CHR de la Citadelle est au cœur de changements stratégiques fondamentaux qui impliqueront concertation et ouverture maximales de tous les décideurs professionnels de la Santé.