

**PLAN STRATEGIQUE DU
CHR CITADELLE
POUR LES ANNEES 2011-2013**

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 couvre une période de 3 ans.

Le Plan doit 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.
- Les actions mises en œuvre et leur évaluation.

Le plan stratégique proposé au Bureau Permanent et au Conseil d'Administration du 29 octobre s'inscrit dans la continuité du plan « CAP 2010 » adopté par l'Assemblée Générale de décembre 2007 qui fixait les domaines prioritaires à l'horizon 2010.

Les actions prioritaires à mettre en œuvre durant les trois prochaines années sont présentées en fin de document.

2. NOTE STRATEGIQUE

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 dans la construction de trajets de soins pour la patientèle et la mise en place des programmes de soins ;
- se positionner en acteur économique responsable, adoptant une politique de développement durable (soutenable) qui prenne en compte les aspects environnementaux et sociaux pour garantir le bien-être actuel et futur ;
- 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 dans **la vision de l'institution**, élaborée en 2007 dans le cadre du plan Cap 2010, et **complétée en 2010 en y ajoutant la volonté de s'inscrire dans le mouvement du développement durable (soutenable).**

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 qui privilégie **la qualité et l'efficacité**
- Un hôpital **novateur**
- **Un hôpital qui s'inscrit dans le mouvement du développement durable (soutenable)**

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

Parce qu'il est conscient de sa mission de service public et qu'il est fort de son expertise, notre hôpital vise la **qualité et l'excellence**. Il poursuit la réalisation de projets novateurs en matière de soins, d'organisation et d'investissements.

Durant l'année 2009, nous avons fêté le 20^{ème} anniversaire de notre intercommunale.

A cette occasion, les supports visuels ont été adaptés et le « logo » a été modifié et complété par un pictogramme et un slogan : « **Un hôpital pour tous, la santé pour chacun** ».

Cette nouvelle image, largement communiquée, s'est progressivement imposée.

Elle nous permet par sa symbolique de réaffirmer haut et fort notre attachement aux valeurs fondamentales de notre hôpital public.



C'est ce logo qui sera introduit progressivement sur les différents supports de communication de novembre 2010 à juin 2011.

Un nouveau site internet a été développé en 2010 ; il est plus complet, plus convivial et plus cohérent avec l'image que nous souhaitons diffuser.

Il sera mis en exploitation dès début Novembre .

2.2 METHODOLOGIE UTILISEE POUR L'ELABORATION DU PLAN

Le plan élaboré pour ce nouveau cycle de planification tient compte des tendances lourdes de l'environnement hospitalier et s'inscrit dans la continuité du plan Cap 2010, en ayant toujours pour objectifs ultimes les différentes composantes de la **Vision** .

Les projets de service présentés par les chefs de service médicaux ont été intégrés dans l'adaptation du projet médical et soin pour les prochaines années.

Afin d'identifier, et de prendre en compte les « stratégies émergentes », une large consultation a eu lieu auprès des responsables opérationnels et cadres des différents pôles qui ont mené une réflexion sur les défis de l'institution et les priorités.

Ce processus d'écoute permet d'assurer à cet exercice un ancrage fort dans la réalité opérationnelle de l'hôpital.

Le plan stratégique 2011-2013 est composé d'un ensemble de stratégies et projets de pôles, plus orientés sur les métiers, et de 12 projets prioritaires qui feront l'objet d'une structuration et d'un suivi particulier au niveau de la Direction.

a) ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

- L'organisation des systèmes locaux de soins (coordination des réseaux aigu-chronique- soins à domicile), l'évolution des techniques médicales et les caractéristiques socio-économiques et épidémiologiques ont un impact sur la réduction de la durée moyenne de séjour et la réduction du nombre de lits aigus. Suivant les dernières données de l'OCDE (OECD Health data 2009), il y a encore une marge significative en Belgique pour une réduction de la durée moyenne de séjour et une réduction des lits « justifiés ».
- La croissance de la population des personnes âgées aura un impact sur la prise en charge hospitalière.
A l'horizon 2030, 23% de la population Européenne aura plus de 65 ans , alors que la proportion était de 17% en 2007.
- Le nombre de lits aigus sous statut public représente en Belgique moins de 38% du total des lits agréés. (source OECD Health data 2009).
Ce pourcentage est un des plus faibles en Europe.
- Des «Révolutions» technologiques apparaissent dans tous les secteurs (médical, technique, administration) et l'informatisation des informations progresse rapidement avec une exigence de haute disponibilité.
- La pénurie de professionnels crée des modifications de pratiques (mobilité, vieillissement, pénibilité...)

- Besoin de financement structurel du secteur pour faire face à l'évolution technologique et à la pénurie et risques nombreux liés au financement :
 - Forfaitarisation croissante des financements (médicaments, médico-tech, pharmacie, montants de référence, matériel médical, frais de structure, travaux,...)
 - Peu de prise en compte des évolutions technologiques dans le financement.
 - Sous-financement des emplois subsidiés et des pensions.
 - Tensions salariales entre les spécialités médicales, et exigences sur les rémunérations et la pénibilité.
 - Pérennité du financement des projets pilote.
 - Risque sur le financement futur des soins de santé (norme de croissance et nouveaux financements)

b) DEFIS ET PRIORITES IDENTIFIEES PAR LES CADRES (STRATEGIE EMERGENTE)

- Défis institutionnels
 - Mettre le patient et la qualité de la prise en charge en priorité dans tous les secteurs.
 - Développer l'attractivité, l'image d'excellence et d'hôpital magnétique.
 - Augmenter et Adapter l'efficacité du Management par les formations, les outils et le recrutement de nouvelles compétences.
 - Augmenter l'interdisciplinarité, la communication transversale et les collaborations entre pôles.
 - Structurer et suivre les projets transversaux prioritaires.
 - Réussir les évolutions d'outils de gestion (fluidification des procédures) et d'information (informatisation DPI- Bloc op- Administration, ...)

- Priorités
 - Attirer et retenir des ressources compétentes dans tous les secteurs.
 - Maintenir et développer une offre de soins large et de qualité.
 - Développer l'image de l'hôpital en affirmant sa vision et ses valeurs (Un hôpital pour tous ...)
 - Positionner l'hôpital dans le bassin de soins en développant sa relation privilégiée avec le CHU de Liège, et en développant les collaborations avec les autres institutions, les médecins traitants et les services de première ligne.
 - Développer la transversalité et l'intelligence collective.
 - Développer l'infrastructure (bâtiment et techniques)
 - Développer les outils de gestion (financier et RH) et la démarche projet.

2.3. PROGRAMMES D'ACTIONS SPECIFIQUES DES PÔLES FONCTIONNELS ET DIRECTIONS

En septembre 2009, la structure opérationnelle par pôle fonctionnel a été modifiée pour s'adapter au travail matriciel de l'hôpital.

Cette structure a été complétée par la création d'outils d'intégration pour garantir la transversalité, le suivi et la coordination.

Le Directeur du pôle informatique a été désigné début 2010.

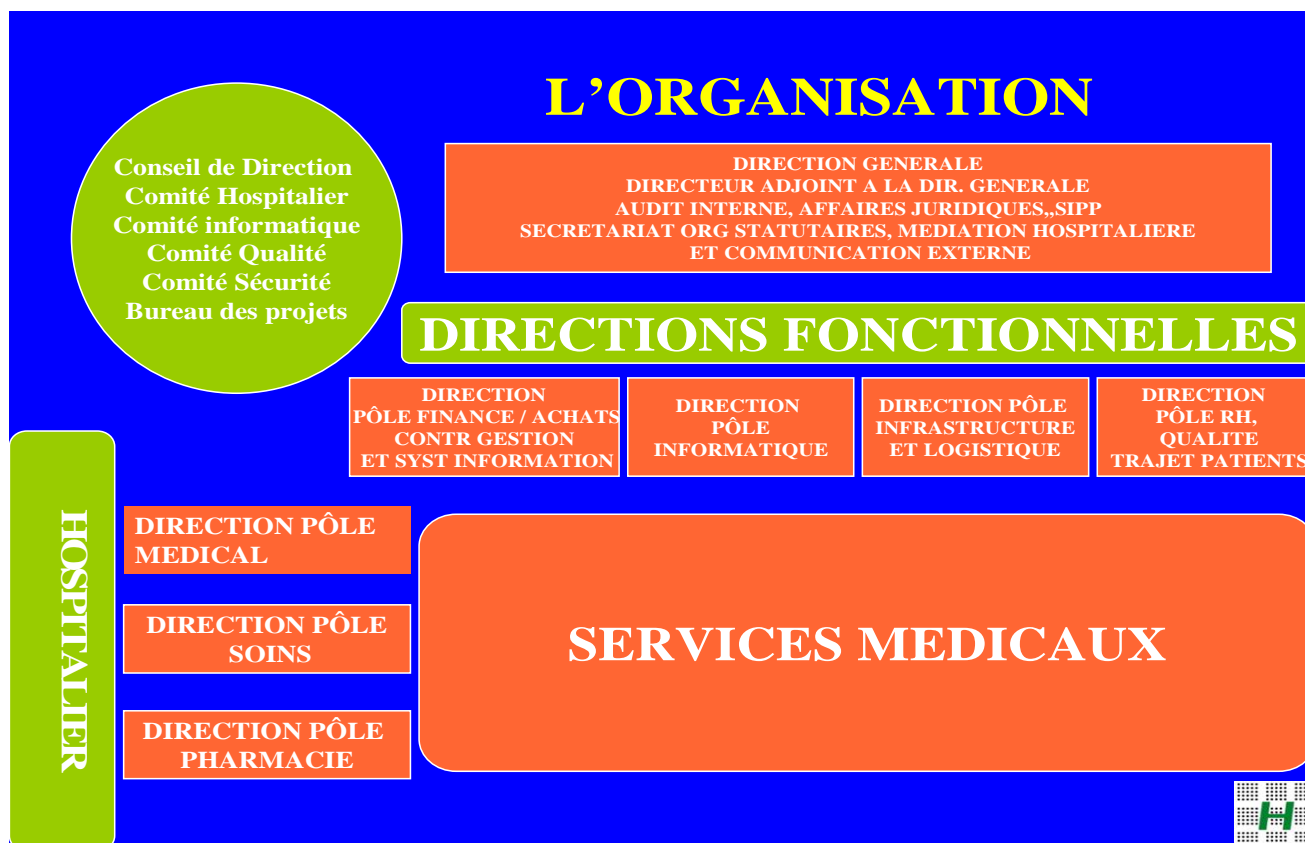
Suite au départ prochain à la pension du Directeur du pôle RH- Qualité-Trajet patient, la procédure de sélection de son successeur a été lancée.

Pour réaliser les objectifs fixés dans ce plan stratégique, il est proposé pour le cadre de 2011 de modifier la structure des services attachés au pôle de la Direction Générale, et de créer notamment un poste de Directeur, adjoint à la Direction Générale, qui prendrait la responsabilité de l'Audit interne, de la fonction juridique et de la coordination des différents projets prioritaires.

L'Audit interne accompagnera notamment la modification et la simplification des procédures administratives.

La coordination des projets permettra d'établir un suivi et une structuration des projets prioritaires au niveau de la Direction Générale.

Le projet d'implantation d'un développement durable (soutenable) est géré dans la Direction du pôle logistique – infrastructure.



A. PÔLE MEDICAL

Le plan stratégique du pôle médical s'inscrit dans la vision du CHR ; cette vision doit permettre à l'hôpital de s'inscrire résolument dans une démarche qualité et sécurité des soins, la démarche qualité rencontrant la définition qu'en donne l'OMS (soit une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins).

La qualité des soins est donc le premier objectif de ce plan médical ; il vise à rencontrer les défis de santé publique des années à venir.

Notons que, dans ce cadre, le concept « pay for quality » (P4Q) tend à prendre une place de plus en plus importante dans la réflexion des autorités tant européennes que nationales ; il pourrait remplacer ou s'ajouter aux concepts actuellement souvent utilisés qui consistent plutôt à travailler en termes d'agrément et de normes d'activité. La rencontre des critères qualité est fondamentale pour la pérennisation de nos activités.

Vision générale :

Ce plan comprend deux grands volets. D'une part, il reprend les objectifs stratégiques des différentes composantes administratives et de support de l'activité qui dépendent directement du pôle et, d'autre part, certains des objectifs stratégiques de développement des services médicaux.

Le CHR de la Citadelle, par sa taille et par la compétence des différentes composantes « métier » qui le constituent, est un des hôpitaux de référence de la région wallonne. Il doit garder ce statut tout en garantissant une accessibilité optimale aux soins de qualité à sa patientèle quels que soient son statut social, ses revenus ou ses convictions philosophiques ou religieuses.

Cet objectif, orienté vers le patient, demande que des moyens soient dégagés en termes financiers, de locaux, de ressources humaines, de moyens de communication et de transmission cohérente de l'information. Cela passe également par la mise en œuvre de relations interinstitutionnelles harmonieuses et respectueuses de chacun pour les domaines qui le nécessitent.

Dans ce cadre, les axes de développement stratégiques de la direction médicale pour atteindre l'objectif général défini plus haut sont de 4 ordres. Le CHR de la Citadelle doit être un hôpital d'excellence, un hôpital de référence dans les bassins de soins liés aux différentes pathologies, un hôpital de stage et un hôpital de recherche clinique. L'hôpital doit également être présent dans les différentes instances telles que Santhea, le CNEH et le CWAS où, de par sa taille, il a une valeur ajoutée à apporter aux débats qui sont menés en termes de politique générale de soins de santé.

Méthodologie suivie :

Une large consultation a eu lieu tant auprès des responsables opérationnels du pôle qu'auprès des chefs de service médicaux de façon à dégager les objectifs opérationnels des trois années qui viennent.

Plans stratégiques des cellules du pôle :

1) Cellule RHM

a. Le RHM :

Les objectifs de la cellule RHM pour le RHM sont multiples et importants pour le financement de l'hôpital. L'objectif à atteindre dans les trois ans sera de faire réviser l'encodage de tous les dossiers RCM par la cellule.

Les moyens nécessaires devront être progressivement engagés : staffage suffisant de la cellule et mise en place d'un logiciel performant d'encodage mais aussi participation large du corps médical pour la rédaction de rapports de sortie exhaustifs. La participation active d'un médecin expert au sein de la cellule est un gage de réussite.

b. Le RPM :

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) est un enregistrement obligatoire même s'il n'est pas utilisé pour le financement. L'encodage actuel n'est pas satisfaisant. Nous comptons donc analyser en 2011 les alternatives de façon à éviter tout désagrément de financement le jour où le RPM sera utilisé à cette fin.

c. Le Datawarehouse RHM

Cet outil, partie intégrante d'un datawarehouse institutionnel, va être développé en collaboration étroite avec le centre d'information médico-économique du pôle finance ainsi qu'avec les utilisateurs (direction médicale et médecins chefs de service). Il doit permettre à chacun des services et/ou à chacun des médecins, par le feedback qu'il recevra de ses encodages ou des éléments qu'il transmettra pour encodage, d'améliorer les performances en matière de codage adéquat de l'information médicale sur les soins administrés aux patients. Il est fondamental pour l'hôpital que les données reprises dans les RCM soient les plus exactes et précises possibles pour assurer à l'hôpital son financement. Notons également que d'aucuns imaginent également d'utiliser les données RCM comme un des éléments pour évaluer la qualité du travail hospitalier et le financer.

2) Cellule gestion des secrétariat-archives et gestion des conventions

La cellule secrétariat-archives-gestion des conventions va connaître plusieurs remaniements dans les cinq années qui viennent.

La conseillère à la direction médicale qui gère cette cellule devra être remplacée au premier janvier 2011 et son profil de fonction sera modifié suite à l'engagement d'une secrétaire en chef pour la gestion des secrétariats.

Le responsable des archives sera également à la retraite endéans les deux années. L'évolution du dossier « paperless » aura un impact sur le profil de fonction de ce responsable.

a. Les secrétariats :

Dans l'objectif de garantir la qualité des soins aux patients, les délais de communication avec les médecins traitants restent un atout essentiel d'attractivité institutionnelle.

La performance des équipes de secrétaires médicales est, dès lors, un objectif stratégique majeur.

Si le courrier de sortie d'hospitalisation vise à donner une information pertinente aux médecins traitants pour la continuité des soins, il doit également donner un reflet très fidèle des évènements, même résolus, de l'hospitalisation, afin de permettre à la cellule RHM de rencontrer ses propres objectifs. Les secrétariats doivent pouvoir relever le défi de dactylographier des lettres plus exhaustives en respectant les délais requis pour une transmission efficace de l'information.

La problématique des secrétariats médicaux réside par ailleurs aussi dans les relations internes entre les secrétaires, les médecins et tous les autres services fournisseurs de données médicales. C'est en intégrant toutes ces dimensions que les secrétariats joueront pleinement leur rôle au sein de la démarche qualité de l'institution visant à garantir au patient, au médecin et à l'institution, une prise en charge optimale et efficace.

Une réflexion visant à une modification de l'organisation des secrétariats médicaux a débuté en 2008 et son implémentation été menée dans la foulée pour permettre la concrétisation de l'objectif global décrit ci-dessus. Elle doit être poursuivie en se concentrant sur deux types d'objectifs ; un objectif global de performance et un autre, plus opérationnel, qui est la poursuite de la mise en œuvre de la réforme entamée depuis 2008.

Les objectifs d'amélioration de la performance tels que définis nécessiteront la collaboration des autres pôles et se traduiront notamment par l'extension de la reconnaissance vocale aux autres services demandeurs (rôle du pôle informatique) à intégrer dans le planning du déploiement du DPI, l'amélioration des outils de gestion des ressources en termes de congés, prestations et compétences (rôle du pôle RH) et le développement et l'amélioration des outils de suivi d'activité : tableaux de Bord (rôle du contrôle de gestion du pôle finances)

b. Les archives

Les enjeux pour les archives sont très importants et consistent essentiellement en la numérisation optimale de l'ensemble des dossiers patients.

Un projet de numérisation des archives dites « mortes » a été étudié en 2010 ; le cahier des charges est rédigé et devrait permettre de soulager l'encombrement des rayons, tout en gagnant en qualité et en sécurité. Ce projet devrait démarrer début 2011.

La suite de ce projet consistera en la numérisation des archives vivantes dont le planning devra être positionné sur la ligne du temps relativement au déploiement du DPI sachant que si ce projet prend corps en 2011, les données devront être intégrées dans newdoc et ensuite reprises dans le DPI.

c. Les conventions INAMI

La mise en œuvre des diverses conventions INAMI est assurée par cette cellule ; un de ses enjeux pour les trois années qui viennent, sera, en collaboration étroite avec le pôle finances, contrôle de gestion et système d'information, de gérer le suivi financier de celles-ci. Une collaboration étroite avec le responsable du centre d'information médico-économique sera un élément clé essentiel pour la concrétisation de cette mission.

3) Cellule informatique médicale

Le plan stratégique de la direction médicale et de son conseiller en informatique médicale s'inscrit dans le cadre du plan pluri-annuel du SPF Santé Publique intitulé « Vers des hôpitaux digitaux communicants : 2009 :2016 », qui, même s'il est encore en discussion, vise à aider les hôpitaux à mettre en place une informatisation des données médicales. Il est estimé aujourd'hui, au niveau européen, que les hôpitaux devraient consacrer au minimum 3% de leur budget à la modernisation de leur informatisation et cela pendant les 10 prochaines années. Il est aujourd'hui largement reconnu qu'un département IT directement associé à un plan directeur est un élément fondamental pour permettre de rencontrer des impératifs liés à la qualité des soins via, notamment, la continuité des soins et l'organisation de soins multidisciplinaires. Le plan directeur de l'informatique doit être porté par le conseil de direction de l'hôpital ; la composante médicale et soins, doit être une partie prenante extrêmement impliquée dans ce dernier car la manière dont sera informatisée l'administration des soins aura un impact sur la qualité de ces derniers autant que sur leur continuité (en intra- et en extrahospitalier).

La volonté du pouvoir subsidiant est d'intégrer le Système d'Information Hospitalier (SIH) autour du Dossier Médical dans ses différentes composantes avec une priorité aux applications cliniques et une approche globale centrée autour du patient avec réduction des risques.

Les priorités du pôle médical que sont le DPI, l'hôpital paperless, l'informatisation du bloc opératoire, rencontrent ces objectifs. Il est à noter que l'ensemble des pôles de l'hôpital sont impliqués dans cette informatisation car elle va demander l'implication d'un grand nombre d'acteurs pour son déploiement.

Les grandes lignes du versant médical et soins du plan directeur informatique pour les trois années qui viennent, réalisé en étroite collaboration entre les différents pôles concernés, seront déclinés plus avant dans le chapitre « pôle informatique ».

4) Cellule qualité des soins

Le Dr Liebens co-préside le Comité pour la Qualité Globale Hospitalière.

Les enjeux qualité pour l'institution sont très importants comme déjà souligné plus haut.

Le plan stratégique de la cellule qualité des soins fait l'objet d'un paragraphe séparé dans le document. Il s'agit par essence d'un domaine pluridisciplinaire ; il sera donc présenté comme tel.

5) Coordination des psychologues

Le nombre de psychologues au CHR est de 50 ETP répartis sur 62 personnes. Certains psychologues sont maîtres de stage pour l'université de Liège (ULG) ou pour l'université de Louvain-la-Neuve (UCL).

Il y a juste 3 ans, la coordination des psychologues a été rattachée au pôle médical.

En 2008, un état des lieux de l'activité des psychologues au sein du CHR a été réalisé pour évaluer la meilleure façon de rencontrer les besoins de l'institution. Une réflexion a également été menée sur la psychiatrie de liaison en étroite collaboration avec le service de psychiatrie et une mise en œuvre de celle-ci s'est mise en place en 2009.

2010 a été consacré à une réflexion afin de proposer une réorganisation de la structure du service des psychologues, la volonté des intéressés étant de s'organiser en pôles d'activités permettant d'échanger les compétences, dans l'idée de faire bénéficier tous les services de l'hôpital de leurs compétences.

L'enjeu du service de psychologie clinique est de privilégier et défendre les compétences propres des psychologues pour leur permettre d'exercer au mieux leurs activités tout en respectant les territoires relatifs des uns et des autres dans l'intervention auprès du patient.

La réflexion de 2010 a abouti à une proposition de réorganisation en pôles. Celle-ci sera présentée aux chefs de service médicaux et discutées avec eux de façon à garantir un travail pluridisciplinaire au service du patient et où chaque professionnel disposera de sa légitimité et de ses compétences, reconnues par les collègues des autres disciplines.

6) Cellule gestion des plaintes

L'action de la cellule « gestion des plaintes » s'inscrit dans le cadre de la loi relative aux droits du patient, à savoir notamment le droit à des prestations de qualité dans le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient, le droit au libre choix du praticien professionnel, le droit d'obtenir des informations, le droit de consulter le dossier et d'en recevoir une copie, le droit à la protection de la vie privée et de l'intimité, le droit de bénéficier de soins destinés à soulager la douleur et le droit de médiation en matière de plaintes. Dans ce cadre, le conseiller à la direction médicale travaille en collaboration étroite avec la médiation et participe au « comité des plaintes » du CHR qui comprend un ou des représentants des Direction Médicale, Infirmière, Financière et Juridique ainsi qu'un représentant de la cellule Qualité et la médiatrice hospitalière. En 2010, la priorité a été mise sur la réactivité afin de donner rapidement une première réponse au plaignant.

Le nombre de dossiers de plaintes n'a pas significativement évolué entre 2008 et 2010 malgré la publication au 1^{er} avril 2010 de la loi sur la responsabilité sans faute. De même, il n'y a pas d'augmentation significative du nombre de dossiers transmis à l'assurance sur cette même période.

La procédure de copie des dossiers médicaux a été complètement revue permettant une fluidité du transfert de l'information entre les différents intervenants de sorte que l'Institution répond et fournit les pièces au solliciteur dans les délais légaux.

L'année 2010 a été également consacrée à la recherche d'un logiciel de gestion performant qui pourrait permettre un archivage des plaintes mais également leur analyse et leur traitement statistique en vue d'établir des recommandations particulières de prévention des plaintes. Les fonctionnalités du nouveau système devraient permettre aussi d'être non seulement réactif mais également pro actif en identifiant les problèmes récurrents et en ciblant les activités à risque. Nous espérons qu'il pourra être déployé dans le cadre du plan directeur informatique.

Un des objectifs futurs de la cellule gestion des plaintes est également d'arriver à informer des suites de la plainte non seulement les plaignants mais aussi les personnes qui sont l'objet des plaintes.

La cellule va s'inscrire dans le cadre des recommandations formulées par un groupe de travail de la Fondation Roi Baudouin pour un meilleur système de gestion des plaintes et de médiation en soins de santé.

Plans stratégiques des services médicaux :

Les grandes lignes stratégiques reprise ci-dessous résultent de l'analyse des plans stratégiques écrits par chacun des chefs de service tant non-universitaires qu'universitaires du CHR de la Citadelle. Chaque plan individuel a été discuté entre la direction médicale et chacun des chefs de service pendant les mois d'août, septembre et octobre 2010. Ils devraient trouver leur concrétisation dans les trois, voire les cinq années qui viennent.

La qualité des projets proposés témoigne du fait que le CHR de la Citadelle a les moyens de rencontrer ses ambitions et de remplir sa mission d'hôpital d'excellence et de référence.

Les projets présentés par les différents chefs de service prennent en compte les défis de santé publique qui sont largement identifiés par les nombreuses études publiées et pour lesquels les médecins, conscients de leur rôle important en tant qu'acteurs d'un hôpital public, sont attentifs.

Ces projets sont souvent des projets multidisciplinaires (centre de référence, trajets de soins,...) ; ils sont parfois des projets de développement technologique propre à certains secteurs et visent à maintenir le statut de service de référence qui existe déjà au CHR de la Citadelle.

Le lien à établir ou à consolider avec les autres institutions de la région wallonne, dans le cadre d'un bassin de soin, est également présent dans de nombreux projets, de même que la volonté d'emboîter le pas aux initiatives fédérales de réforme des soins.

Chacun sait que l'évolution de l'activité hospitalière va vers moins d'hospitalisations classiques et vers plus d'activités ambulatoires que celles-ci se déroulent dans le cadre d'hospitalisations de jour ou d'activités ambulatoires.

Tous les services sont conscients que les enjeux liés aux durées de séjour sont importants. Tous mettent en avant les critères de qualité des soins.

A titre d'information, et de manière non exhaustive, les défis de santé publique adressés par les projets sont les suivants :

- a. la prise en charge des patients dans les services d'urgences pour laquelle on assiste à une augmentation progressive dans tout le pays et cela malgré des tentatives de réorientation vers la médecine de première ligne.
- b. le vieillissement de la population avec son cortège de pathologies associées :
 - i. l'arthrose et les fractures dans une population qui arrivera en meilleure santé à un âge avancé.
 - ii. Les pathologies oncologiques qui augmentent avec l'âge
 - iii. L'incontinence et les prolapsus recto-vaginaux
 - iv. La prise en charge des endocrinopathies chez le sujet âgé.
 - v. Les pathologies vasculaires ischémiques et hémorragiques
 - vi. Les cas de conflits vasculo-nerveux (névralgies du V et du IX, hémispasme facial).
 - vii. Les démences
 - viii. Les pathologies cardiaques : les valvulopathies et la décompensation cardiaque
 - ix. Les problèmes vasculaires périphériques (artériels, veineux ou lymphatiques)
 - x. Les problèmes rythmiques dont la fibrillation auriculaire
- c. les pathologies digestives liées à l'alcoolisme et aux autres toxicomanies
- d. l'obésité et les maladies du sommeil associées
- e. le diabète
- f. l'insuffisance rénale chronique
- g. les céphalées chroniques par les coûts que cette pathologie entraîne pour la société

Sont repris ici quelques projets du plan stratégique médical qui devront être concrétisés dans les trois à cinq années à venir :

- Installation du centre urbain de radiothérapie en collaboration avec le CHC et le CHU ; suppression de l'hospitalisation de semaine sur STR et développement des centres pluridisciplinaires de prise en charge sur STR.
- La reconstruction d'un nouveau bloc opératoire sur le site de la Citadelle.
- La mise en œuvre de plusieurs trajets de soins tant pour coordonner la prise en charge des pathologies en intra-hospitalier qu'avec les autres acteurs hospitaliers du bassin de soins comme le projet décliné en 2010 avec les cliniques spécialisées Ipal-Péri d'IsoSI pour, notamment la prise en charge des démences et des AVC.
- L'adhésion à la politique de réforme des soins en santé mentale ou le CHR de la Citadelle en fournissant les fonctions 1 et 4 au projet pilote pour les adultes tandis que les fonctions 2 et 4 peuvent être assurées pour la pédopsychiatrie.
- La création d'une unité de prise en charge rapide des patients âgés aux urgences.

- L'agrandissement de la capacité sur le site de la Citadelle pour la prise en charge des accouchements à haut risque.
- Le soutien aux projets de développement de pointe des secteurs universitaires en chirurgie cardiaque, en neurologie et en gynécologie, pédiatrie et néonatalogie.

L'ensemble des projets présentés demande également de mettre sur pied avec le corps médical un ou des groupes d'analyse détaillée de ceux-ci en termes de force, de faiblesse, d'opportunité et de menace dans une démarche pluridisciplinaire.

Il sera également mis en place :

- en collaboration avec le pôle soins et le pôle finance-contrôle de gestion et système d'information, un groupe dédié à la gestion des lits de façon à répondre aux projets ci-dessus ainsi qu'aux projets d'évolution des différents services (pneumologie et centre du sommeil, pédiatrie et réanimation pédiatrique, gastro-entérologie et chirurgie digestive, onco-hématologie et mise aux normes JACIE, ...)
- un groupe de travail afin de définir en concertation avec le pôle finances, contrôle de gestion et système d'information, les données nécessaires à collecter dans l'objectif de fournir tous les indicateurs nécessaires (qu'ils soient financiers, de qualité ou d'activité) à l'accompagnement des projets via le datawarehouse institutionnel.
- un groupe d'étude de la structure de responsabilité en matière de gestion afin d'évaluer comment faire évoluer la structure actuelle de nos unités de gestion, compte tenu du fait de la volonté de responsabilisation plus grande des chefs de service.

B. PÔLE SOINS

Vision

Dans trois ans, le pôle soins restera positionné comme un acteur majeur, attractif, respecté et incontournable en interne ainsi que dans le bassin de soins liégeois. Il s'appuiera sur les compétences de l'ensemble de ses collaborateurs afin de s'articuler, de façon optimale, avec les différents pôles, dans le respect de chacun, en vue d'optimiser la qualité des soins prodigués aux patients.

Le pôle soins aura développé les aspects relatifs à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dispensés au patient, dans le respect des principes repris dans la note stratégique relative à « la politique sécurité globale du CHR de la Citadelle », et en accord avec la philosophie des soins et les droits du patient et de son entourage.

Le pôle soins aura préservé et maintenu les compétences de chacun de ses membres.

Politique d'investissement

Au cours des trois prochaines années, la politique du pôle soins sera basée sur une logique de consolidation en centrant nos actions sur nos missions et le contrôle. Nous nous appuieront sur les points forts du pôle (management et coordination).

Les axes de travail

Pour atteindre ses objectifs stratégiques, le pôle soins sera attentif à renforcer les quatre axes suivants :

- Axe 1 : les compétences des collaborateurs.
- Axe 2 : la qualité et la sécurité des soins.
- Axe 3 : l'adéquation entre le terrain, les besoins identifiés du patient et les concepts organisationnels
- Axe 4 : l'intelligence collective.

Objectif stratégique n°1

Assurer une répartition optimale des ressources humaines dans une volonté de décloisonnement, d'adéquation aux besoins du terrain et dans le respect des compétences individuelles.

Objectifs opérationnels :

- Susciter une gestion collective des métiers qui ne sont pas en pénurie (AL, AS, etc.).
- Mettre en place des outils permettant une vision globale des ressources du pôle.
- Promouvoir la gestion par tableaux de bord.
- Elaborer et mettre en œuvre un arbre décisionnel dans le cadre des mutations internes.
- Assurer la multi compétence des membres du pôle soins.
- Augmenter les compétences des membres de l'équipe mobile.
- Assurer un enregistrement du DI-RHM optimal et justifié.
- Mettre en place le mentorat/coaching pour les infirmiers et les paramédicaux en chef.

Objectif stratégique n° 2

Développer un processus d'amélioration de l'état nutritionnel des patients hospitalisés.

Objectifs opérationnels :

- Adapter les régimes des patients en fonction de leur pathologie.
- Sensibiliser les infirmiers relais DI-RHM à l'enregistrement des items spécifiques du DI-RHM relatifs à la prise en charge nutritionnelle des patients.
- Définir le rôle des différents intervenants dans la prise en charge nutritionnelle des patients au niveau du pôle soins.
- Réorganiser les processus de soins.
- Identifier les personnes ressources dans la démarche.
- Implémenter la démarche liée à la prise en charge nutritionnelle.
- Mesurer l'état nutritionnel des patients.
- Evaluer la satisfaction des patients par rapport à leur prise en charge nutritionnelle.

Objectif stratégique n° 3

Développer des analyses de processus dans le cadre des trajets patients en intra-muros.

Objectifs opérationnels :

- Utiliser l'expérience et les compétences développées dans le cadre du projet TIM pour améliorer d'autres processus de soins en fonction des besoins du terrain et des groupes de patient.
- Maintenir, transmettre et développer les compétences acquises en matière d'analyse de processus.
- Créer des outils de référence pour l'analyse de processus de soins.

Objectif stratégique n° 4

Initier et déployer le Dossier Patient Informatisé (DPI) dans une vision transversale.

Objectifs opérationnels :

- Définir les rôles et missions de chaque intervenant du pôle soins.
- Déterminer les modalités pratiques d'implémentation du dossier infirmier informatisé.
- Développer le DPI de manière à dégager des indicateurs utiles au pôle soins (charge de travail, activité infirmière, qualité des soins, DI-RHM, etc.).
- Évaluer les besoins individuels en matière de formation, et former le personnel à l'utilisation du dossier informatisé.

Objectif stratégique n° 5

Étendre le programme d'évaluation de la qualité des soins.

Objectifs opérationnels :

- Étendre la démarche PEQSI aux secteurs non couverts, et adapter les outils.
- Diversifier les outils de mesure de la qualité des soins infirmiers et paramédicaux.
- S'appuyer sur les données probantes (Evidence Based Nursing) pour identifier un objectif qualité soins infirmiers chaque année et le développer dans tous les secteurs.

Objectif stratégique n° 6

Soutenir la culture de la sécurité des soins.

Objectifs opérationnels :

- Soutenir les initiatives en matière de sécurité des soins.
- Généraliser le processus de déclaration des évènements indésirables dans le pôle soins et adapter les outils en fonction du secteur concerné.
- Développer l'analyse prospective des risques.
- Favoriser l'identification des risques au travers de formation.

Objectif stratégique n° 7

Étendre la démarche d'évaluation et d'analyse de la satisfaction des patients.

Objectifs opérationnels :

- Favoriser la participation des associations de patient à la démarche.
- Développer et accompagner les outils de diffusion des résultats.
- Étendre la démarche dans tous les secteurs médico-techniques ou policliniques.
- Rédiger une charte «satisfaction patient» à l'usage des professionnels.

C. PÔLE PHARMACIE

Le pôle pharmacie a comme objectif pour les trois prochaines années d'augmenter le niveau de qualité des soins pharmaceutiques apportés aux patients et des services fournis aux différents secteurs de l'hôpital.

Il s'appuiera pour cela sur une adaptation de l'organisation de la pharmacie à l'évolution des missions et des exigences pharmaceutiques et sur une répartition claire des responsabilités par secteur au sein du service.

L'accroissement du niveau de qualité des soins pharmaceutiques aux patients et des services se fera en prenant des actions à différents niveaux :

- l'organisation du circuit du médicament de la prescription à la facturation,
- l'infrastructure
- la pharmacie clinique et
- la maîtrise des coûts.

Objectif n°1

Initier la recherche d'un logiciel commercialisé de prescription informatisée nominative et de gestion opérationnelle de la pharmacie en phase avec l'implémentation du DPI

- Améliorer la qualité du circuit du médicament et diminuer le risque d'erreur
- Standardiser la prescription, le plan de soin et le processus de délivrance des médicaments
- Uniformiser les différentes applications relatives à la gestion du flux de médicaments
- Automatiser la gestion de la banque de données des médicaments, la tarification et la facturation
- Décrire le processus, définir les exigences et rédiger le cahier des charges en collaboration avec tous les acteurs de terrain

Objectif n°2

Aménagement d'une unité de production pour les préparations stériles et à risque

- Répondre à certaines remarques de l'Inspection de la Pharmacie
- Respecter les normes de bonnes pratiques de préparations pharmaceutiques stériles hospitalières (PIC/S, 2008)
- Améliorer les pratiques pharmaceutiques et la qualité des préparations
- Rationaliser le flux des produits et le stockage
- Amorcer la réorganisation complète de la pharmacie

Objectif n° 3

Mise en place d'un programme de gestion des préparations magistrales et de stock (stériles et non stériles)

- Sécuriser le processus de fabrication (assurance de qualité)
- Assurer la traçabilité des lots
- Assurer le suivi individuel des patients
- Réaliser des statistiques de production et le suivi des coûts

Objectif n° 4

Développer la pharmacie clinique

- Implication active dans les projets de pharmacie clinique
- Mettre en place des programmes de stage dans le domaine de la pharmacie clinique

Objectif n°5

Maîtrise des coûts

- Suivre et adapter les stocks décentralisés aux besoins des unités de soins
- Mettre en place des tableaux de bord sur les consommations de médicaments et leur évolution
- Analyser le forfait par admission et proposer des pistes d'amélioration

D. PÔLE INFRASTRUCTURE ET LOGISTIQUE

INFRASTRUCTURE

Services technique et architecture

- Poursuite des travaux :
 - des US 20, 21 et 23 (psychiatrie -> hospitalisation et polycliniques) ;
 - de l'aménagement de certains services infrastructure et logistique du niveau -2 ;
 - de l'installation d'une unité de cogénération;
- Démarrage des travaux :
 - de l'hôpital de jour gériatrique ;
 - de deux (2) salles d'opération du rez-de-chaussée ;
 - de l'US 40 (néonatalogie) ;
 - de la salle polyvalente ;
- Lancement des demandes de prix et établissement des rapports d'analyse d'offres pour les aménagements :
 - du plateau 50 (à la place de la MCAE)
 - de l'US 55 (pédopsychiatrie)

Actualiser le plan directeur des 4 sites, y compris les abords et parkings, et le calendrier permettant d'identifier les projets à figer prioritairement et à préciser.

Finalisation de la mise en place du logiciel 3P permettant le suivi des marchés publics "Travaux".

LOGISTIQUE

1. Services alimentaires

Les objectifs du service pour 2011, seront :

- L'analyse des offres du logiciel de programmation des repas en collaboration avec les Pôles 1, 2 et 7 (Médical, Soins et, Informatique) ainsi que le début de sa mise en place ;
- La mise en place du nouvel organigramme ;
- La continuation des travaux d'adaptations architecturales du service afin de respecter les nouvelles normes et le démarrage de travaux de remise à niveau du restaurant du personnel ;
- Le démarrage de l'étude du remplacement des charriots de distribution des repas « hospitalisés ».

2. Service Hôtelier

La mise en place sur une partie du site de la Citadelle de nouvelles procédures d'entretien ménager pourra démarrer vu la fin des travaux d'adaptations architecturales.

L'adaptation du logiciel "Propre", permettant de mesurer la charge de travail des différents services à nettoyer par l'entretien ménager, sera réalisé.

3. Services généraux

Une réorganisation des vestiaires du site de la Citadelle sera étudiée.

IMPLANTER LE DEVELOPPEMENT SOUTENABLE AU CHR DE LA CITADELLE

Retenir le Développement Durable comme élément stratégique implique à la fois un engagement de chaque pôle et l'émergence des compétences aussi diverses que multiples d'un personnel déjà largement sensibilisé :

- **Les pôles**

Le pôle 5, Infrastructure et Logistique, par nécessité économique d'abord, par sensibilisation environnementale ensuite, a, depuis des années, investi dans l'utilisation rationnelle de l'énergie.

L'impact des mesures prises sur le gaz et l'électricité est mesurable et prochainement une comptabilité énergétique permettra de réagir au jour le jour aux écarts constatés.

Ses champs d'action pour les trois prochaines années :

1. Energie :

- mise en application des recommandations de l'audit énergétique et plus particulièrement des études de préfaisabilité pour les trois sites.
- évaluation de l'apport de la cogénération sur le site de la Citadelle et étude d'opportunité sur les deux autres sites.
- eau : identification des gros consommateurs, analyse des procédures et appareils, proposition d'alternatives.

2. Construction et aménagements :

- imposition d'un référentiel de qualité environnementale aux maîtres d'œuvre.
- Approche multidisciplinaire des éléments de confort à prendre en compte dans les espaces de travail.

3. Entretien ménager :

- nouvelles procédures d'entretien étendues à la Citadelle : réduction des consommations eau et produits
- recherche des produits les moins agressifs vis-à-vis de l'environnement.

4. Services alimentaires :

- La préférence donnée de longue date aux produits frais sera complétée par le critère des produits locaux.
- Les critères de qualité des produits seront ainsi complétés par ceux d'origine, des conditions de transformation, conservation et transport.
- Une réflexion sur les besoins protidiques à base de viande et leur substitution sera menée en commission alimentaire.

Le pôle 4 - Ressources humaines, Qualité et Accueil du patient.

Son intitulé suffit à dresser les lignes de force de son programme.

Le concept de Développement Soutenable devra s'insérer progressivement dans les indicateurs de qualité au fur et à mesure de l'élaboration des projets.

Le pôle 3 – Finance et Achats

Davantage que dans les pôles précédents, les achats devront être gérés sous l'optique du développement soutenable en tenant compte du coût global d'acquisition. Outre le prix d'achat, il intègre les conditions de production, et donc la notion de produit équitable, le transport, les coûts d'utilisation et de maintenance, les déchets générés tout au long de son cycle de vie.

L'engagement des achats dans le développement soutenable répond à quatre motivations :

- citoyenne, par son adhésion au concept de tendre à satisfaire nos besoins actuels sans compromettre ceux des générations futures,
- économique, par la prise en compte du coût global,
- valorisante, par l'image positive donnée à l'institution,
- légale, par la réponse adéquate donnée au-delà des lois et décrets, aux directives qui les précèdent.

Le pôle 6 – Pharmacie

Etroitement liée au pôle médical à travers les comités médico-pharmaceutiques et du matériel médical, la pharmacie s'engage dans un développement soutenable qui répond aux mêmes motivations que le pôle achat.

Vu l'extrême spécificité des produits gérés par la pharmacie, son degré d'adhésion sera fonction de la motivation et de la persuasion de ses acteurs.

Le pôle 7 – Informatique

Depuis plusieurs années, l'application des principes du développement durable concerne le hardware : généralisation des écrans plats « energysaver » et le recyclage du matériel.

Les PC mis à disposition des utilisateurs sont généralement surdimensionnés pour leur utilisation courante, et la gestion de leur alimentation est loin d'être généralisée par les utilisateurs.

Pour les achats futurs, le critère performance, et son corolaire, accroissement de la consommation électrique pourrait être remplacé par le ratio performance/consommateur.

D'autre part, la gestion des périphériques, plus particulièrement des imprimantes, par le report des impressions sur les photocopieuses permettra des réductions simultanées de coût, de consommation énergétique, deposables et de papier.

Le pôle 2 : Soins

Consommateur ou client des pôles précédents, le personnel du pôle Soins est ainsi l'observateur privilégié des conséquences des décisions prises en amont.

Impliqué dans les groupes de travail, relai de communication, il sera un acteur de premier plan dans la diffusion du concept de développement durable et de ses multiples applications quotidiennes.

▪ Les groupes de travail

Inscrire le développement soutenable dans un plan stratégique n'aura d'effet à long terme que par l'adhésion du personnel et des médecins.

Entre la volonté exprimée par les Directions dans le plan stratégique et les premières actions concrètes se situeront les groupes de travail, pluridisciplinaires et spécifiques.

Constitués, encadrés et guidés selon la méthode du « projet », leurs membres seront essentiellement des volontaires déjà sensibilisés au concept du développement durable.

Groupes de travail spécifiques : informatique

Groupes de travail multidisciplinaires : déchets, énergie et eau, personnel, achat.

Les comités et commissions existants intégreront le concept dans leurs travaux :

- commission médico-pharmaceutique et matériel médical,
- commission alimentaire.

▪ **Indicateurs et référentiels.**

Pour inscrire le développement soutenable dans la durée et soutenir la motivation de ses acteurs, les groupes de travail devront pouvoir mesurer la progression de leurs objectifs.

Simultanément à la fixation de ceux-ci, ils détermineront les indicateurs les plus pertinents.

La prise en compte du développement soutenable par le SPF Santé Publique (cf. enquête 11/2009) conduira probablement à l'imposition d'indicateurs identiques pour les hôpitaux, voire d'un référentiel.

A défaut d'imposition d'un référentiel et au terme de ces trois années, l'évaluation de la démarche conclura à l'intérêt, à la nécessité ou au contraire à l'inefficacité d'un référentiel attaché à un système d'accréditation.

▪ **Communication**

L'assimilation du concept de développement soutenable par tous les acteurs du CHR dépendra de la qualité de la communication, à la fois « top→down » pour insuffler le concept et « bottom→top » pour la constitution et le retour des groupes de travail.

Un rapport semestriel communiqué aux différentes instances Assemblée Générale, Bureau, Conseil de Direction, Comité de coordination, Comité de Concertation, fera l'objet d'une diffusion à l'ensemble du personnel et des médecins.

E. PÔLE RESSOURCES HUMAINES, QUALITE ET TRAJET PATIENT

1- Contexte et philosophie du pôle RH et Qualité

La philosophie en RH est la traduction d'un support de valeurs partagées par tous les professionnels. La philosophie RH doit être en adéquation avec les valeurs de l'entreprise (modèle valoriel) et les pratiques professionnelles RH relatives aux métiers (modèle professionnel). Les valeurs RH sont spécifiques au contexte hospitalier et aux missions de service public.

Les trois axes identifiant les valeurs du pôle RH (rigueur, communication et empathie) s'inspirent des éléments incontournables des fondamentaux de la gestion en ressources humaines (trouver des talents, évaluer les talents, gérer les compétences et piloter la formation, rémunérer avec équité et manager les relations sociales).

2- Méthodologie de construction du Plan RH et Qualité

Le Plan CAP 2010 du pôle RH et Qualité reprenait 20 projets prioritaires qui ont amené le pôle à assurer sa cohérence en 2008, à asseoir sa crédibilité en 2009 et à se construire en 2010. Sur base des projets retenus d'emblée comme les projets de départ de la démarche, nous avons déterminé ensemble, selon la méthode du Balanced Scorecard, un tableau intégré reprenant nos 12 facteurs clés de succès (KIP'S).

Un objectif général du pôle fut retenu pour servir de cible aux objectifs tactiques et aux projets des services :

Mettre en œuvre de manière transversale dès 2010 et à horizon 2012,
un projet de gestion personnalisée de l'évolution des compétences
inscrit dans une démarche méthodologique structurée de qualité globale.

Pour suivre et mesurer les 20 projets répertoriés dans le logiciel de classification, le team RH a proposé un choix de 14 indicateurs validés, suivis régulièrement en Conseil de Direction.

3- Axes prioritaires du Plan stratégique RH et Qualité

Le plan stratégique RH « vision 2013 » s'appuie sur les éléments de la vision et des missions du CHR de la Citadelle. Il privilégie le développement et la poursuite des projets en cours. Il conserve aussi comme ligne de force essentielle la maîtrise des savoirs. Le maître mot de ce Plan « vision RH 2013 » est donc continuité, tant dans la stratégie que dans la conduite du pôle.

Une priorité a été soulignée par la Direction générale pour la stratégie RH 2013 du CHR : la gestion des compétences, l'efficacité, la rétention et l'attractivité des compétences nécessaires à la réussite des projets stratégiques de l'hôpital.

Nous proposons, pour atteindre cette finalité, de nous reposer sur trois piliers :

- La démarche compétences pour l'efficacité et la motivation,
- La qualité globale et le support projet pour la notoriété et l'innovation,
- Le trajet patient pour les valeurs et le patient au centre.

A. Démarche Compétences

La démarche compétences est transversale au pôle RH+Q. Chaque service y contribue même si les agents du service du personnel et de la gestion des compétences y jouent un rôle plus central. La démarche se base sur 2 axes alliant approches collectives et individuelles, logiques d'acquisition et de développement.

Au travers de ces axes, nous identifions quatre domaines devant garantir le succès de la stratégie 2013. Pour chacun de ces domaines, un ou plusieurs projets, déjà entamés en 2010 ou en cours de réflexion pour 2011, sont définis en cohérence avec les visées stratégiques. L'agencement des projets et des domaines doit nous permettre de réaliser la politique d'acquisition, de développement et de rétention des compétences qui nous est demandée.

Il est entendu que l'ensemble des domaines d'action envisagés doit être affiné et mis en cohérence avec la stratégie globale de l'institution et en soutien à son projet médical et de soins lorsque ceux-ci seront finalisés.

Les actions en matière de gestion des compétences couvriront des domaines RH étendus : la gestion prévisionnelle du recrutement, l'architecture des métiers et la logique de formation, la gestion anticipative des successions et des savoirs critiques et des projets de compétences émergentes et stratégiques. Une note reprend l'analyse institutionnelle et les pistes de travail pour un projet de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

B. Qualité globale et support projets

Ce second pilier de la stratégie du pôle RH+Q vise à asseoir la notoriété du CHR et son positionnement comme hôpital de référence et d'excellence et ainsi nous préparer à des démarches d'accréditation. En outre, le développement de l'expertise pointue en matière tant de qualité que de gestion de projet pourra aussi jouer un rôle sur l'attractivité mais aussi sur la rétention, en misant sur la formation et le développement des compétences.

Le projet « qualité globale et sécurité des patients » sera donc poursuivi selon la méthode et les exigences liées au projet SPF. La démarche « qualité globale hospitalière » sera institutionnalisée. Les indicateurs retenus sont suivis par le Comité de la Qualité Hospitalière (CoQH) et les projets prioritaires sont régulièrement présentés à la cellule pour garantir les aspects méthodologiques. Les actions de sensibilisation et de communication autour des livrables du projet (cadastre des démarches « qualité », projets d'amélioration et rapport global annuel) seront notamment réfléchies en vue d'agir sur l'attractivité et la notoriété du CHR.

En outre, le développement et le support de la méthode « projet » du CHR vise à renforcer positivement le domaine particulier « projets et compétences stratégiques » du pilier « démarche compétences » par la transmission et le développement d'un savoir-faire de gestionnaire de projet, en général chez les cadres du CHR et en particulier chez des porteurs de projets spécifiques.

C. Trajet administratif Patients (y compris le service social et de médiation interculturelle)

Le troisième pilier de la stratégie du pôle fonde ses facteurs d'attractivité et de rétention sur les valeurs fondamentales du CHR et sur la logique de satisfaction des patients. En lien étroit avec la production (de soins) du CHR, cette dimension est peut être moins directement RH mais tire néanmoins sa nouvelle cohérence et sa mobilisation sur les valeurs. Ce troisième pilier met aussi le patient au centre de nos préoccupations.

Les actions déjà entamées dans « Citadelle au Pluriel » ou dans les projets de gestion des files d'attente sont très profondément ancrées dans nos valeurs – valeurs de respect, de dynamisme et d'ouverture, esprit orienté satisfaction du patient, professionnalisme, ... Souvent, ils sont aussi en lien avec notre souci d'efficacité et d'optimisation du trajet patient.

Ces valeurs, remarquables et souvent remarquées, différencient notre établissement et le positionnent dans le bassin de soins. Ces valeurs sont attractives pour les patients, mais aussi pour le personnel. Enfin, ces valeurs ont montré qu'elles pouvaient mobiliser et impliquer les membres du personnel des secteurs administratifs dans des projets d'amélioration. Cette dynamique et la diffusion du socle de valeurs dans les autres secteurs d'activité seront poursuivis pour favoriser la réussite de la stratégie RH 2013.

5- Bilan des projets RH « CAP 2010 »

Les 20 projets du pôle RH+Q 2010 avaient été conçus pour supporter la stratégie RH en 2010.

Les services administratifs patients ont présenté le rapport d'analyse de la fonction « rendez-vous » et proposent des pistes d'actions pour garantir l'efficacité de cette fonction centralisée.

Une étude des tâches a été réalisée au service des admissions dans une perspective de rédaction de critères de criticité des actes administratifs. Les éléments de ce travail seront versés au projet relatif aux plans de succession.

Le service social a poursuivi ses actions en étroite collaboration avec les médecins, les soignants et le service des admissions. La médiation interculturelle a lancé en 2010 une enquête de satisfaction interne pour optimiser encore ses services.

Le projet « Citadelle au pluriel » s'est poursuivi au cours de l'année 2010 avec des manifestations diverses (expositions, cuisine du monde, films, formations, ...) ayant pour objectif la sensibilisation des personnels, des patients et des visiteurs au respect des différences et de la diversité (qui reste l'une de nos valeurs fondamentales). Le CHR de la Citadelle fut récompensé pour ses actions en matière de diversité en recevant en 2010 le prix Région Wallonne « diversité et ressources humaines ».

Le service de gestion des compétences a implémenté le pack « formation » du SIRH. Les plans de formation des managers et des leaders sur les thèmes de gestion de projets, de la législation sociale et du financement hospitalier furent poursuivis avec succès en 2010. Une communication dans chacun des pôles fut organisée pour présenter les règles et les définitions des formations. Enfin, les projets d'ancrage des acquis des formations aux postes de travail et les référentiels des métiers d'encadrement ont été poursuivis et validés par les pôles concernés.

Un projet de Comité Institutionnel en Education du Patient sera continué conjointement par les directions des pôles « médical » et « soins ».

La cellule « qualité et support projets » a consolidé la démarche « qualité et sécurité des patients » en suivant plus particulièrement les projets de gestion de la douleur chronique chez l'enfant, de prise en charge de patients bariatriques, du transfert intra-muros en chirurgie pédiatrique et du test en unités de soins pilotes de l'enregistrement des événements indésirables. Le coordinateur qualité a participé étroitement aux formations à la méthode-projet.

Le conseiller en RH a rédigé le cahier des charges pour le pack « recrutement » du SIRH et a clôturé l'analyse de la filière administrative, en pleine collaboration avec les organisations syndicales. Le service de communication interne a été repensé dans son mode de fonctionnement pour répondre aux attentes des clients internes. La démarche d'évaluation, y compris les aspects de communication et de formation, fut relancée sous la coordination de la cellule « embauche » du service du personnel.

Le service du personnel a poursuivi l'implémentation du logiciel de paie en consolidant les applications liées à la comptabilité et aux suivis des emplois subsidiés et financés sur des projets. La réorganisation des fonctions « accueil » et « suivi de la carrière » fut présentée à l'équipe et progressivement mise en œuvre.

Le CPPT s'est réuni régulièrement à un rythme mensuel pour assumer ses missions.

La Maison Communale d'Accueil de l'Enfance (MCAE) est transférée en extra muros sur un site rénové et adapté au projet pédagogique agréé par l'ONE.

6- Cadastre des projets RH « VISION 2013 »

Pour les années 2011-2013, autour de l'objectif global de la gestion des compétences, le team RH a validé 14 projets prioritaires pour le pôle :

Les services administratifs des patients ont choisi de développer les projets suivants :

- Service des admissions : perfectionnement, simplification des procédures.
- Citadelle au Pluriel : campagne de sensibilisation « diversité » orientée handicap.
- Dossier social (médiation) informatisé : préparation du cahier des charges.

Le Service de Gestion des Compétences a retenu les projets suivants :

- Gestion des successions et des savoirs (Knowledge Management).
- E-learning : développement de l'apprentissage par e-learning et notamment via le projet pilote « langues » et la mise en ligne d'une plateforme interactive.
- Situations tensionnelles : augmenter les compétences des cadres et la veille stratégique face à des conflits potentiels.

La Cellule Qualité Globale Hospitalière suivra les projets suivants :

- Gestion des événements indésirables, projet qui sera étendu à tous les services selon la méthode validée.
- Indicateurs qualité et sécurité des patients : les indicateurs retenus par le Comité qualité seront structurés et suivis dans les plans d'actions.
- Cadastre des projets institutionnels permettant un monitoring dynamique.

Le Service du Personnel en plus d'assurer les bases de la GRH suivra les projets suivants :

- Gestion intégrée des temps (informatisation des horaires).
- Simplification et accessibilité des processus RH (relations avec les agents).

La Direction des RH poursuivra les projets suivants :

- Communication des indicateurs RH et suivi régulier de ces indicateurs.
- Architecture des métiers : construire la matrice complète des métiers du CHR.
- Portail interne de communication pour encore mieux communiquer vers le personnel.

F. PÔLE INFORMATIQUE

Le plan stratégique du pôle informatique repose sur **cinq axes directeurs** qui régissent l'organisation et le fonctionnement du pôle.

La mise en œuvre des actions reprises sur ces axes permettront la réalisation des projets prioritaires définis avec les différents pôles métiers.

1. AXES DIRECTEURS

Alignement sur l'axe de nos valeurs institutionnelles : qualité & efficience

- Renforcer les compétences en connaissance des processus métiers
- Améliorer significativement la disponibilité et la fiabilité des applications existantes
- Poursuivre la démarche ITIL dans la gouvernance et la mise en place des processus au sein du département

Mise en pratique d'une méthodologie « projet »

- Mettre en place et communiquer les structures projets nécessaires et une méthodologie de base éprouvée et la partager avec les instances métiers
- Assurer la mise à disposition de compétences métiers et informatiques de qualité autour des projets
- Appliquer la méthodologie à l'ensemble des projets : applications et infrastructure
- Renforcer la collaboration avec les services achats et juridique dans le cadre de la construction des marchés

Maîtrise de la demande informatique

- Structurer l'expression initiale des projets avec les métiers
- Prioriser la demande dans le cadre du plan directeur informatique et au travers d'une cellule de gestion partagée avec les métiers
- Stabiliser les logiciels existants a fortiori ceux impactés ou remplacés par les projets institutionnels tels que le DPI

Alignement & Intégration dans les projets RSW, e-Health

- Intégrer la démarche Plan Directeur dans les initiatives des organismes inter hospitaliers tels que le Réseau Santé Wallon, e Health
- Placer le système du « Dossier Patient » en tant qu'élément central de notre architecture informatique
- Provoquer le partage des expériences et renforcer la fiabilité des solutions liées aux projets institutionnels majeurs

Centralisation et maîtrise des coûts

- Renforcer la maîtrise du parc applicatif et des coûts informatiques associés
- Améliorer les cycles de planification détaillée des coûts (fonctionnement en « business unit »)
- Renforcer le suivi des coûts d'exploitation et des projets, notamment avec l'exploitation de l'outil « Datawarehouse » institutionnel
- Améliorer la définition budgétaire des projets
- Créer un cadre de mise en œuvre de projets locaux

2. PROJETS PRIORITAIRES

Les projets informatiques prioritaires sont définis avec l'ensemble des métiers. Sept projets résolument institutionnels et transversaux sont identifiés et approuvés par tous les acteurs. Ils visent à constituer une ossature applicative intégrée et porteuse d'efficacité. Ils mobilisent prioritairement et les ressources informatiques, et les acteurs métiers.

D'autres projets sont identifiés et font l'objet d'une approche concertée et pragmatique qui permet de fixer les objectifs 2011 et d'octroyer des ressources adéquates.

2.1. BLOCOP

Mise en place d'un système de gestion du bloc opératoire qui procure aux cliniciens et administrateurs toutes les informations pour chaque intervention chirurgicale planifiée, en cours ou réalisée.

La gestion du bloc opératoire permettra d'améliorer le contrôle exercé sur le déroulement des activités du bloc, d'anticiper et de gérer les perturbations potentielles et d'optimiser l'utilisation à partir de statistiques pertinentes.

2.2. DPI Dossier Patient Informatisé

Informatisation généralisée du dossier médical, de la prescription médicamenteuse et du dossier infirmier.

2.3. PAPERLESS

Dématérialisation des pièces documentaires existantes, entrantes, produites. Le cadre bien que prioritairement mis en œuvre pour le secteur médical s'étend également à d'autres secteurs concernés par la dématérialisation tels le département financier, les services achats et administratifs.

2.4. PHARMACIE

Ce projet inclut la prescription médicamenteuse avec son intégration dans le Dossier Patient Informatisé et la gestion opérationnelle comprenant la gestion des flux des médicaments et des stocks physiques de la pharmacie.

2.5. DATAWAREHOUSE – AIDE A LA DECISION

Ce projet institutionnel est tourné vers tous les acteurs – décideurs. Il met en œuvre des outils d'aide au pilotage et à la décision non seulement dans le traditionnel domaine financier mais aussi la qualité des services et des soins par exemple.

2.6. HORTA

Le projet HORTA concerne l'infrastructure informatique qui supporte l'ensemble des applications. Il vise la haute disponibilité des applications critiques, la rationalisation des parcs serveurs et l'accroissement de la productivité des opérations « infrastructure » (maintenance évolutive et curative, services de support).

Le projet comprend aussi la consolidation et la disponibilité des composants réseau.

2.7. COMPTABILITES GENERALE ET ANALYTIQUE

Le projet vise :

- l'uniformisation des outils financiers et l'amélioration de l'efficacité des processus financiers
- la mise en place d'une politique de gestion axée sur une comptabilité « par unité de gestion »
- la mise à disposition directe d'outils pour chaque unité de gestion
- la réduction significative des délais de mise à disposition des informations

G. PÔLE FINANCE, CONTROLE DE GESTION, SYSTEME D'INFORMATION

Le pôle finance, système d'information et contrôle de gestion a comme mission prioritaire de mettre tout en œuvre pour contribuer à l'équilibre financier de l'institution. Les moyens utilisés pour aller dans ce sens peuvent être très diversifiés. Ainsi, chaque division du pôle aura des objectifs qui lui seront propres.

Le nouveau site administratif des Hauts-Sarts constituera une réelle opportunité de mieux intégrer les services du pôle finance. Pour rappel, pas moins de 70 agents seront regroupés dans ce nouveau bâtiment d'une superficie de quelques 1200 m². Au-delà du gain de superficie réel sur le site de la Citadelle que ce projet engendre, l'enjeu est de revoir l'organisation interne et d'offrir une structure intégrée, réactive et visant l'amélioration de la qualité des services rendus tant en interne que vis-à-vis de l'extérieur. La réorganisation prévoit qu'une division financière soit créée regroupant la comptabilité et la trésorerie, que la facturation intègre désormais le service relations organismes assureurs et que le contrôle de gestion fasse partie d'une nouvelle cellule d'informations médico-économiques (CIME) dont le périmètre d'action sera élargi.

Les objectifs par secteur se décrivent comme suit :

La division « achats »

Un outil informatique a été installé dans la perspective de renforcer la cellule « marchés publics » récemment créée. La volonté est de réaliser un maximum d'achats groupés et de marchés pluriannuels. Cette orientation vise à la fois à réduire les coûts tout en soulageant administrativement les tâches de la division qui est en pleine mutation. Il conviendra d'asseoir une organisation performante visant à améliorer encore notre fonctionnement. Par ailleurs, au vu des masses financières concernées, des gains sur les achats peuvent encore être dégagés. Enfin, une commission d'investissement doit être mise en place. Dès 2011, une réflexion sera menée et des propositions concrètes verront le jour dans cet objectif.

La division « achats généraux » s'est vu confiée le projet « KANBAN ». Ce projet vise à modifier le mode de stockage et de distribution des matières au sein des services hospitaliers (salles d'hospitalisation, polycliniques, urgences et bloc opératoire). Le projet est déjà bien lancé et 2011 sera l'année de la finalisation de l'implémentation du système. Au-delà du mode de stockage et de la distribution, le CHR espère pouvoir réaliser des gains de superficies, constater des économies sur les stocks des services et améliorer le processus de livraison des fournitures. D'autres économies peuvent également découler directement de ce système.

La division financière (comptabilité - trésorerie)

La comptabilité dispose d'un système informatique à moderniser. Dans cette optique, un cahier des charges est en cours de préparation. Un marché sera lancé dès 2011. L'implémentation du nouvel outil devrait prendre douze mois. Les nouveautés attendues porteront notamment sur :

- La convivialité de l'outil et l'accès aisé à l'information
- La dématérialisation (scanning factures fournisseurs, e-invoicing, VCS, ...)
- Les relations avec les banques (papyrus, isabel, SEPA, Dom80...)
- La gestion des contrats (mensualisation, lien avec notion de projet, ...)
- La standardisation des interfaces (facturation, achats, personnel, ...)
- La gestion « sur mesure » de certaines fonctionnalités (recouvrement des créances, honoraires médicaux, ...)

La facturation

L'équilibre financier ne s'arrête pas au contrôle des coûts. L'optimisation des recettes se poursuivra notamment par la collaboration dans le cadre de la mise en place du module prescription du dossier du patient informatisé. La facturation peut être améliorée par différentes voies :

- Exhaustivité et accélération du processus de facturation
- Chasse aux prestations facturables non facturées
- Adaptation de la facturation à la nomenclature et identification des surconsommations (qui risque de pénaliser l'institution)
- Monitoring de l'activité en temps réel avec instauration de « feux clignotants »
- Fixation optimale des quotes-parts médecins dans le cadre de la négociation

La cellule d'informations médico-économiques (CIME)

La mise en place d'un « datawarehouse » institutionnel est une priorité. Elle nécessite la mobilisation de bon nombre d'acteurs au sein de l'hôpital. Il fournira des outils d'aide à la décision qui ne se limiteront pas aux traditionnels volets financiers mais qui aborderont des éléments tels que la qualité des services, le taux de satisfaction des patients, la qualité des soins, ...

Pour compléter les outils existant, une architecture complète sera installée. Nous veillerons à ce que ce projet de longue haleine offre, dès les premiers pas, des avancées significatives en matière de mise à disposition de l'information et de définition d'indicateurs ciblés.

A terme, un portail d'accès à l'information de technologie WEB destiné aux décideurs sera développé. La sécurité de l'information sera garantie.

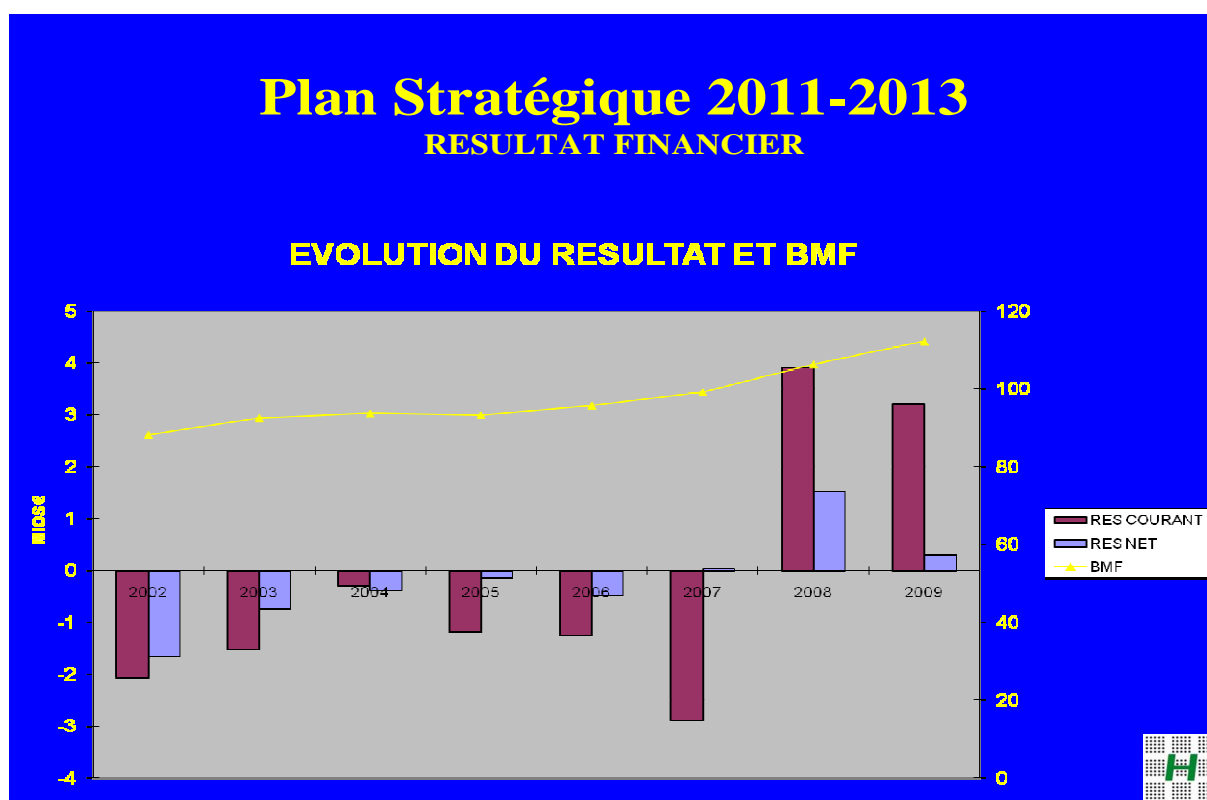
Dans un contexte hospitalier de plus en plus complexe et en constante évolution, il est souvent nécessaire de pouvoir prendre position rapidement. Cela ne peut se faire qu'en disposant d'un maximum d'informations récentes, objectivées, validées et dont la fiabilité est assurée. Ce type d'outil offre ces garanties.

Organisation et fonctionnement :

Aux missions confiées aux services s'ajoutent un objectif transversal de simplification administrative et de révision des procédures en place. Ce point est essentiel en vue d'améliorer notre mode de fonctionnement.

L'analyse portera notamment sur nos procédures d'achats et d'investissements, sur le mode d'approbation des dépenses et sur la réalisation des paiements. Dans ce cadre, les délégations de pouvoir et les signataires seront revus. L'optique vise à simplifier le circuit actuel en garantissant toutefois le contrôle des dépenses.

3. PLAN FINANCIER



3.1. COMPARAISON COMPTE D'EXPLOITATION PLAN 2008-2010 / PERSPECTIVE 2010

Les perspectives financières qui avaient été inscrites lors de l'élaboration du plan CAP 2010 ont été réalisées.

Le contrôle des coûts d'achat, la maîtrise de la masse salariale, la croissance des honoraires et l'amélioration de l'encodage des sévérités et des données du RIM sont les 4 facteurs qui ont permis l'atteinte de cet objectif financier.

La qualité des soins a été garantie , et les projets architecturaux mentionnés en 2007 ont été réalisés ou sont en cours.

Le résultat net « Perspective 2010» devrait être à l'équilibre ; ce résultat est estimé suite à la clôture comptable de juin 2010.

Il est conforme au budget présenté au Bureau permanent et au Conseil d'Administration.

Sur le second semestre de 2010, les honoraires médicaux subissent la réduction des forfaits d'imagerie médicale et de biologie clinique ; cette réduction avait été anticipée partiellement dans le budget.

Un saut d'index a également provoqué une croissance des rémunérations en octobre 2010 ; cette augmentation n'avait pas été budgétée.

Le résultat final de l'exercice 2010 dépendra de l'activité du dernier trimestre 2010 ; cette activité est généralement importante dans le secteur hospitalier.

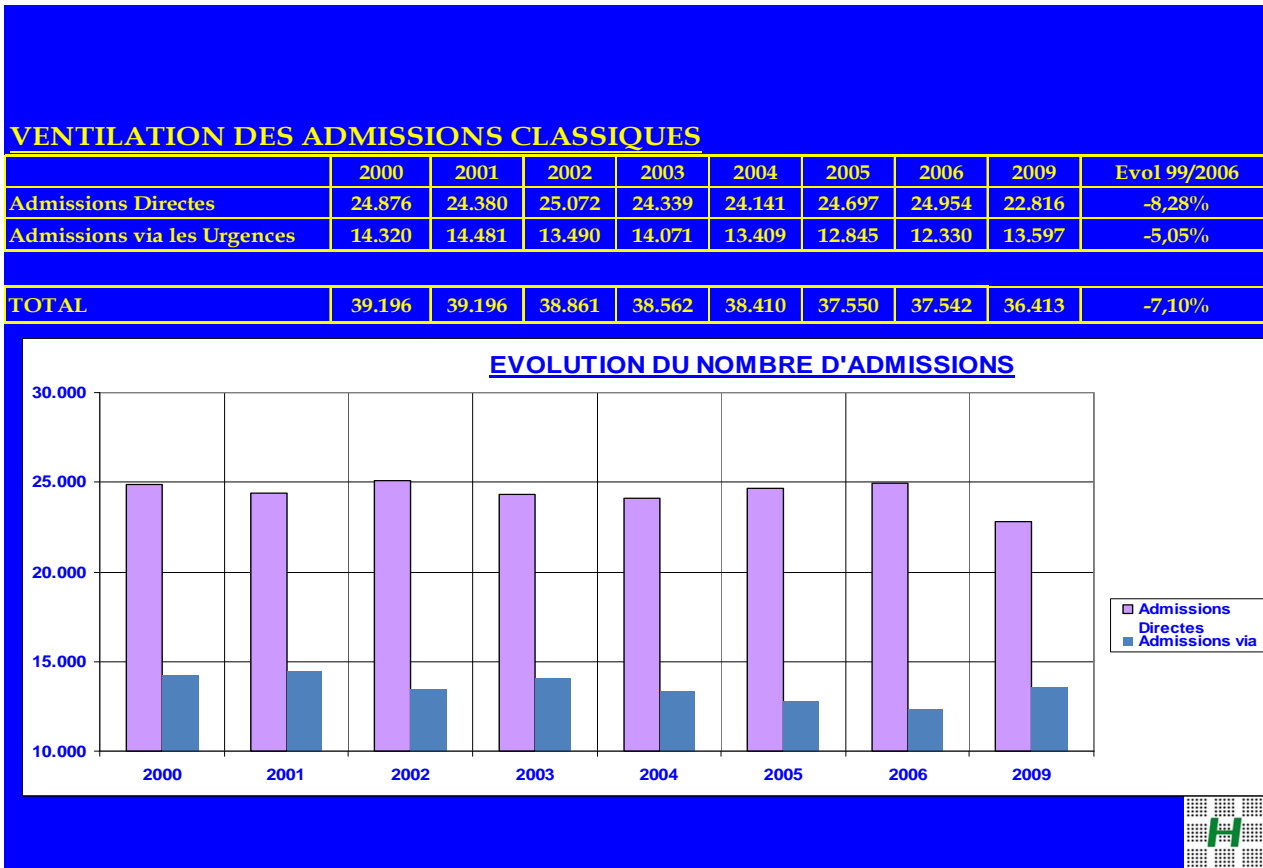
3.2. COMPTE D'EXPLOITATION PLAN 2011-2013

Le budget 2011 sera réalisé en novembre- décembre 2010; c'est à ce moment que le résultat des années 2011-2013 pourra être estimé.

L'objectif est de construire le budget 2011 et les estimations de 2012 et 2013 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.

4. INDICATEURS DE PERFORMANCE (ACTIVITE)

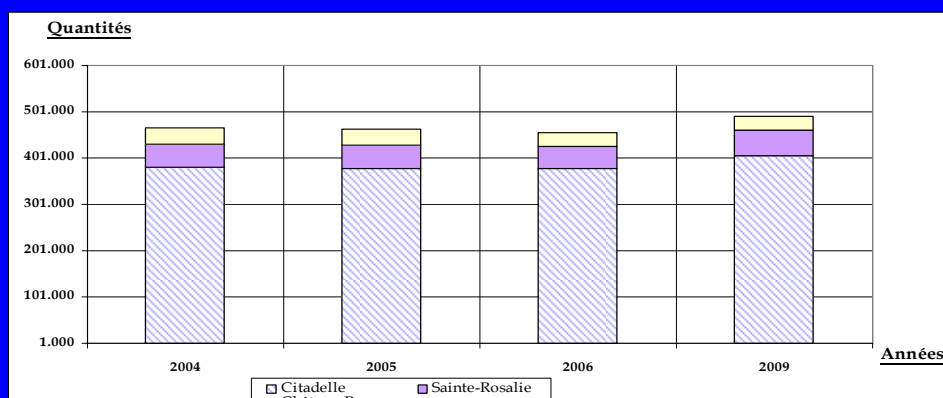
4.1 ADMISSIONS



4.2 PASSAGES POLICLINIQUES

EVOLUTION DU NOMBRE DE PASSAGES EN POLYCLINIQUE

	2004	2005	2006	2009	Evol 2004/2009
Citadelle	380.541	377.419	378.304	406.452	6,81%
Sainte-Rosalie	51.142	51.475	48.649	53.961	5,51%
Château-Rouge	34.102	33.373	30.085	31.403	-7,91%
TOTAL	465.785	462.267	457.038	491.816	5,59%
Evolution du total (en %)		-0,76%	-1,13%	7,61%	



4.3 TAUX DE RETROCESSION MEDECINS

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

Le taux reste stable depuis 2007, au niveau de 47.8 %

5. ACTIONS PRIORITAIRES MISES EN ŒUVRE

Dans le cadre du plan stratégique 2011-2013, chaque pôle et chaque service médical présentent des projets spécifiques qui contribueront au développement de notre institution, en respectant les axes de notre vision.

Les domaines couverts sont variés ; ils visent le développement des activités, l'humanisation, la qualité globale, mais aussi la technologie, les outils de gestion, la sécurité...

Ces projets doivent être encouragés et témoignent du dynamisme des différents services et de leur volonté d'amélioration.

Plus de 150 projets sont ainsi gérés par les différents services des pôles ; leur existence revêt une importance stratégique.

12 projets, abordés lors du plan précédent ont été mis en priorité.

Ces projets, par nature transversaux, feront l'objet d'une structuration et d'un suivi spécifique ; ils répondent également aux défis et priorités émises par les cadres :

1. Actualisation, Priorisation et Mise en œuvre du projet médical/soins de l'institution .
Direct leader : M. Dusart / F. De Zorzi
2. Mise en œuvre des synergies entre les institutions CHR et ISOSL telles que présentées dans le projet stratégique adopté en 2010.
Direct leader : M. Dusart
3. Proposition de mise à jour des relations contractuelles CHR Citadelle – CHU de Liège – ULG.
Direct leader : D. Ransart
4. Projet Radiothérapie sur site urbain en association avec le CHC et le CHU.
Direct leader : M. Dusart
5. Programmation architecturale des bâtiments de STR et Citadelle et préparation des dossiers d'avant projet pour subsidiation.
Direct leader : V. Delrée
6. Gestion des compétences, efficience, rétention et attractivité.
Direct leader : A. Lovinfosse
7. Elaboration du plan directeur informatique et sa mise en œuvre, avec identification des étapes et projets clés.
Direct leader : R. Marchal
8. Adaptation des outils comptables et du reporting.
Direct leader : B. Degotte
9. Révision des procédures et simplification administrative.
Direct leader : B. Degotte + Dir adj Dir générale.

- 10.** Actualisation de la structure médicale et de la « contractualisation » par service.
Direct leader : M. Dusart.
- 11.** Gestion administrative du circuit de distribution des médicaments (prescription, délivrance, gestion des stocks, facturation)
Direct leader : P. Dewez.
- 12.** Analyse de l'adéquation de la structure des lits agréés par indice avec l'évolution de l'activité et du projet médical, les besoins des patients, la justification des séjours, la croissance de l'ambulatoire et les possibilités de conversion.
Direct leader : F. De Zorzi