



Centre Hospitalier Emile Mayrisch : innovation et ambition pour répondre aux défis de l'hôpital de demain

Le Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) est aujourd'hui non seulement le plus grand hôpital du Sud du Luxembourg, mais surtout un hôpital aux valeurs humaines proche du citoyen. L'établissement est organisé autour de trois sites : Esch/Alzette, Niederkorn et Dudelange. Le CHEM est d'ailleurs actuellement engagé dans un ambitieux projet de réunification. Adopté en décembre 2011 par le Conseil de gouvernement luxembourgeois, le projet Südspidol prévoit ainsi la construction d'un hôpital innovateur, axé sur des soins personnalisés, la sécurité du patient, l'économie d'énergie ainsi que la création de synergies avec d'autres institutions, comme l'université. Situé à deux pas du rond-point Raemerich, sur le site Elsenbrich, le Südspidol bénéficiera d'une situation centrale et s'intégrera dans le paysage urbain de la ville d'Esch/Alzette. Si les délais sont respectés, le futur Centre Hospitalier Emile Mayrisch doit commencer à sortir de terre en 2018 pour une ouverture prévue en 2022. C'est le projet de l'architecte Wimmer qui a été retenu, un projet architectural innovant qui dégage une certaine chaleur renforçant son aspect accueillant. Ce projet s'est démarqué par la grande connexion entre les différents bâtiments, tout en respectant leur autonomie.



Alors que le projet du Südspidol est maintenant engagé, comment définiriez-vous votre établissement ?

Michel Nathan : L'engagement de nos équipes dans ce projet du Südspidol est extrêmement positif pour l'avenir de l'établissement. Il nous permet de faire un bilan et de poser un regard critique sur

l'évolution de l'hôpital au cours de ces dernières années. Lors de la fondation du Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM), à la fin des années 1920, les patients étaient accueillis pour des pathologies extrêmement différentes de celles que nous traitons aujourd'hui. Nous faisons face à des accidents de travail bien plus nombreux, à des cas de tuberculose et à des infections en nombre important. De plus, les patients demeuraient bien plus longtemps à l'hôpital. Aujourd'hui, le CHEM assure la prise en charge de nombreux cancers et de maladies vasculaires et neurodégénératives. Les patients restent moins longtemps hospitalisés même si leur volume a largement augmenté. Mise en perspective, cette évolution reste impressionnante et aucun professionnel de santé n'a pu, en son temps, prévoir avec précision les changements à venir. Cette constatation nous oblige aujourd'hui à l'humilité. Les responsables hospitaliers gardent à l'esprit une marge d'erreur tout en orientant leur établissement vers la réduction des Durées Moyennes de Séjour (DMS) et le développement de l'ambulatoire, notamment dans le domaine chirurgical. Des tendances existent donc et sont utilisées dans le cadre de

nos projections mais nous devons les relativiser en fonction du contexte de chaque hôpital. Un établissement a des attentes et des besoins variant en fonction de la population prise en charge, de son environnement et des besoins de santé de son territoire. Le CHEM accueille une population majoritairement vieillissante, couverte par un assureur social. Nous pouvons donc difficilement prévoir la croissance à venir de l'ambulatoire dans nos activités. Cependant, d'autres établissements peuvent accueillir une population relativement jeune et très active sur le plan professionnel. Ce type de patientèle exclut la maladie et souhaite par dessus tout un traitement particulièrement rapide. De plus, son recours au soin peut être dicté par le rapport de l'offre et de la demande. Cette demande qui est elle-même stimulée par les capacités de remboursement des assureurs. Ainsi, si un patient ressent une pression manifeste de la part de son assureur, il peut privilégier une sortie rapide de l'hôpital. Les analyses de structures hospitalières négligent souvent la demande créée et entretenue par l'assurance sociale. Elle traduit pourtant les volontés et les raisons d'une solidarité renforcée ou minimisée en matière de soins et de confort de séjour. Cependant, il revient au gouvernement et non à l'hôpital de traiter ce dilemme en matière de couverture sociale et de règlement des coûts de santé. L'État doit prendre ses responsabilités et ne plus se contenter d'offrir tous les droits au patient tout en comprimant les ressources de l'hôpital. Il devient évident que cette compression de l'offre pour réguler la demande est inefficace en matière de soins et place l'hôpital dans une situation difficile.





(de gauche à droite : Serge Haag, Daniel Cardao, Dr Claude Birgen, Patrizia Ascani, Dr Michel Nathan)

Les dirigeants ont-ils pris conscience de l'importance des partenariats entre structures et acteurs de santé d'un même territoire ?

M. N. : A titre personnel, je ne constate toujours pas une volonté claire de la part des dirigeants de promouvoir une vision intégrée de l'offre hospitalière luxembourgeoise. Le Luxembourg compte quatre hôpitaux aux offres sensiblement identiques. Nous ne constatons aucune démarche visant une réelle concentration de l'offre hospitalière. Or, pour assurer le développement de nos collaborations, il est essentiel, dans un premier temps, de clarifier l'offre de santé du pays en constituant une offre hospitalière globale impliquant ces quatre établissements de santé majeurs. Actuellement, le développement de nos relations sur le plan national et auprès de nos partenaires belges et français répond à des initiatives institutionnelles. Il ne correspond pas à des démarches structurées et globales menées au niveau national.

Lors de notre dernier entretien, vous envisagiez également le développement d'un bilan global de compétences pour l'ensemble des établissements de santé afin de mieux répartir les missions entre les acteurs de santé. Comment le développement de ces bilans évolue-t-il ?

M. N. : Depuis 2010, les hôpitaux ont mis en place un système de documentation basé sur la réponse française de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Il n'a cependant jamais été

accepté par les médecins luxembourgeois argumentant qu'il ne s'agissait pas uniquement d'une classification mais d'une nomenclature qui leur semblait désavantageuse. Une nouvelle convention a été signée en 2016 sur la base de la documentation hospitalière de l'ICD-10-PCS, une codification américaine également reprise par la Belgique.

Quelle est la place de la recherche au sein de l'hôpital ?

M. N. : Ce domaine occupe une place grandissante au sein de l'établissement. Plusieurs projets sont développés et la mise en place d'un dossier entièrement informatisé va nous permettre de constituer une base de données commune entre l'hôpital et l'université. Nous pourrions ainsi mieux renforcer nos échanges et interactions, y compris dans le cadre de la recherche.

Constatez-vous une demande du corps médical pour développer la recherche à l'hôpital ?

M. N. : La recherche fait l'objet d'une des demandes les plus fortes de la communauté médicale. Certains médecins souhaitent s'éloigner d'un modèle de travail libéral afin de diviser leurs pratiques entre les activités cliniques, la formation et la recherche. Ils veulent également ainsi disposer de plus de temps libre pour préserver leur vie de famille. Cependant, le CHEM ne dispose pas, pour l'heure, des ressources nécessaires au développement de telles solutions.



Comment définiriez-vous le projet de nouvel hôpital ?

M. N. : Ce projet est l'alliance de plusieurs volontés pouvant apparaître contradictoires. Il privilégie l'organisation hospitalière la plus rationnelle possible avec les chemins les plus courts, une réduction au strict minimum des circulations et une ergonomie de travail optimale. Il garantit aussi un confort maximal pour le patient. De plus, le projet affiche de grandes qualités sur les plans environnemental et de la consommation énergétique. Nous avons privilégié la conception de chambres individuelles pour 80 % de nos espaces d'hébergement pour nous assurer d'une plus grande productivité. Chacun de nos patients de soins aigus dispose ainsi d'installations sanitaires individuelles. L'établissement peut aussi, grâce à ces chambres individuelles, assurer 100 % d'occupation de ses places. Sur le plan technologique, le projet nous a laissé carte blanche en matière de conception.

Comment qualifieriez-vous la réponse architecturale apportée au projet ?

M. N. : Cette réponse est pleinement adaptée. Nous avons choisi un concours d'architectes en plusieurs étapes. Nous avons, dans un premier

temps, réalisé la sélection de dossiers européens. Pendant la deuxième étape, nous avons étudié les différents projets. Durant la dernière étape du concours, nous avons comparé les huit projets finalistes anonymes. Nous avons finalement retenu le projet d'un groupement autrichien se caractérisant par son innovation. La conception triangulaire des services permet l'optimisation des déplacements du personnel infirmier et une meilleure couverture des installations par les équipes. Elle permet également d'augmenter les surfaces des axes de circulations. Le nouvel hôpital est ainsi constitué de la combinaison de trois triangles. Il dispose donc d'une ergonomie très poussée pour nos unités de 30 lits tout en industrialisant les processus de soins avec des flux constants. Ces unités sont regroupées dans des services comptant chacun 90 lits. Pour cette conception, nous nous sommes largement inspirés du Toyota Lean.

Comment décririez-vous le fonctionnement participatif lié au projet ?

M. N. : L'intégration du personnel et du conseil médical a toujours été une démarche naturelle pour l'établissement, y compris sur des opérations plus modestes que ce projet de nouvel hôpital. Le fait de diviser notre sélection du projet architectural en trois étapes avec formation a permis aux groupes peu habilités dans le domaine de l'architecture de se familiariser avec la matière. En définitive, nous avons pu avoir des réflexions très fructueuses et très professionnelles avec des décisions unanimes. Nos discussions ont impliqués des professionnels expérimentés de domaines variés afin de disposer d'une vision pluridisciplinaire complète et marquée par les réalités du terrain.

Comment le gouvernement luxembourgeois est-il impliqué dans ce projet ?

M. N. : L'établissement a recueilli l'aval du gouvernement dès les premières phases du projet et l'autorisation de construction d'un nouvel hôpital. Le mot d'ordre étant de rentabiliser l'investissement par le développement d'une structure optimisée en matière de coûts de fonctionnement, nous nous sommes rapprochés d'experts du domaine industriel. Le constructeur retenu est à l'origine de la construction de plusieurs hauts fourneaux. Cette approche impacte largement les échanges avec le corps médical. Un ingénieur développant une nouvelle fonction s'assure d'une qualité et d'un rendement supérieur pour des coûts de production réduits. Dans le cadre d'un projet hospitalier, il est alors crucial qu'ingénieurs comme médecins comprennent les enjeux, les attentes et les contraintes de chacun. Dans le cadre de notre projet, les médecins ont su comprendre l'importance de la rationalisation permise par la vision de l'ingénierie dans l'optimisation des procédures hospitalières.

Quelle est la place de l'ambulatorio au sein de l'hôpital ?

M. N. : Le virage de l'ambulatorio manque de sens. Il répond essentiellement à une évolution de l'offre et de la demande. Or, l'hôpital n'a aucune influence sur la demande car il n'est qu'un offrant s'adaptant à un contexte spécifique. L'assureur et le patient décident seuls de l'évolution de ce rapport entre l'offre de santé et la demande de soin. Le gestionnaire de l'hôpital peut assurer les mêmes services dans le cadre d'une prise en charge stationnaire ou ambulatorio. Certes l'ambulatorio a largement évolué au sein de l'hôpital au cours des 5 dernières années et il devrait poursuivre son développement. Cependant, avec le vieillissement de la population, l'hôpital devra maintenir un nombre important de lits d'hospitalisation classique.

Avez-vous envisagé le développement d'un hôtel hospitalier ?

M. N. : Un promoteur immobilier privé va assurer la création d'un hôtel à proximité du site hospitalier, placé au cœur d'un business center. Nous avons également stimulé la création d'une clinique animale. De nombreux patients hospitalisés possèdent un animal de compagnie qu'ils ne peuvent pas systématiquement confier à un proche le temps de leur hospitalisation. Cette structure pourra assurer leur prise en charge.

Dans quelle mesure ce projet répond-il à votre volonté de disposer d'un établissement convivial, humaniste, fonctionnel et accessible traduisant une conception intelligente ?

M. N. : Lors de notre sélection du projet définitif, nous avons étudié beaucoup de conceptions hospitalières assez classiques (ailes, monoblocs, peignes, etc.). Or, nous souhaitons disposer d'un projet peu conventionnel symbolisé par son ergonomie, sa luminosité et son identité. Nous avons notamment conçu un bloc de production purement fonctionnel d'une durée de vie de 10 ans. Il assure les activités d'urgences, de blocs opératoires et l'ensemble des activités les plus techniques. Les actes pratiqués, qu'ils soient de soins aigus, d'oncologie, de gériatrie ou de psychiatrie, définissent largement la conception des installations. Certains des services les plus actifs nécessitent des ambiances dynamiques favorisant la mobilité, la réactivité et la motivation de nos équipes. D'autres installations, comme la maternité, doivent être plus calmes avec un cadre plus serein, adapté au besoin de repos du patient. Gériatrie et psychiatrie partagent certains éléments de conception (salles à manger, salles de réunion, etc.). Ces espaces peuvent être regroupés pour favoriser une construction plus rationnelle. Notre conception nous permet également de multiplier les espaces verts et d'imprégner de lumière naturelle l'ensemble de nos installations.

Comment votre politique managériale a-t-elle évolué au cours de ces dernières années ?

M. N. : Ma méthode de management évolue de manière assez contradictoire. Elle devient plus participative avec une plus grande part d'écoute mais, en même temps, développe un caractère plus autoritaire. J'assume donc pleinement mon rôle d'arbitrage, sans pour autant refuser le dialogue avec mes collaborateurs.

Quelle est votre vision de l'hôpital du xxie siècle ?

M. N. : L'évolution de l'hôpital dépendra grandement de l'avenir que nous souhaitons pour notre société. Dans le futur, je crains que l'hôpital ne soit plus en mesure d'assurer le financement des aménagements nécessaires pour répondre aux besoins de la population en matière de soins. Les soins coûteux deviendront plus chers. Les médecins et infirmiers seront toujours plus difficiles à recruter, notamment avec l'augmentation nécessaire des effectifs. J'espère que les générations à venir seront disposées à payer pour les soins des plus âgés, comme nous le faisons aujourd'hui. La solidarité pourrait être remise en question en Europe lors de la prochaine crise financière et l'hôpital évoluera en fonction de la décision qui sera alors prise. Face à cette perspective, je crains le développement d'une médecine de consommateurs adaptée en fonction de la condition sociale et professionnelle du patient. De plus, la médecine hospitalière évolue toujours plus significativement vers une logique de rentabilité, à l'image d'une organisation à but lucratif, au détriment de la notion de service public. Toutes ces questions placent les dirigeants hospitaliers dans une grande incertitude quant à l'évolution de leurs établissements. Dans un tel contexte, ils ne peuvent que réagir à des évolutions et des décisions qui dépassent largement le cadre hospitalier.

