



Centre Hospitalier Emile Mayrisch : un hôpital aux valeurs humaines, proche du citoyen

Le Centre Hospitalier Emile Mayrisch est le plus grand hôpital du sud du Luxembourg. Acteur incontournable dans le secteur de la santé, le CHEM propose un plateau technique doté d'équipements de diagnostic et de traitement des plus performants, ainsi qu'une équipe compétente offrant une prise en charge interdisciplinaire.

1800 collaborateurs et 240 médecins s'engagent sur les trois sites (Esch/Alzette, Niederkorn et Dudelange) pour soigner plus de 100 000 patients par an. Le CHEM est le fruit de la volonté stratégique de répondre aux besoins des bassins de santé de la région sud, en s'appuyant sur des compétences spécialisées et une offre de proximité et en développant des logiques de filières de soins avec les autres établissements de la région sanitaire, ainsi qu'avec les réseaux de soins à domicile.

Son projet médical repose sur le développement de nouvelles structures d'hospitalisation et de prises en charge médico-chirurgicales, ainsi que sur des savoir-faire conjugués pour une prise en charge optimale des patients sur ses trois différents sites.

Le concept d'un nouvel hôpital a été lancé en 2011. Ce projet prévoit la construction d'un hôpital orienté vers l'avenir, innovateur, accueillant et respectueux de l'environnement. Parallèlement, le CHEM continuera son programme d'excellence avec une rénovation continue des infrastructures existantes, avec notamment le développement de plusieurs projets comme la clinique du dos et celui de la médecine de l'environnement.

Présentation avec Michel Nathan, directeur général

Le Centre Hospitalier Emile Mayrisch...

Michel Nathan : Le CHEM est un hôpital général qui offre tous les services relatifs à cette fonction à l'exception de la neurochirurgie, de la chirurgie de transplantation et de la chirurgie cardiaque. Juridiquement, l'hôpital dispose du statut de fondation et représente le plus grand ensemble d'hôpital public du grand-duché du Luxembourg.

Comment le territoire de santé du grand-duché est-il articulé ?

M.N : Le grand-duché est réparti en trois régions sanitaires : Nord, Centre et Sud. Cette organisation répond à la planification des lits pour faciliter l'accès au soin de proximité de l'ensemble de la population, et à une loi sur l'organisation des secours, avec des voitures médicalisées s'articulant autour des trois points stratégiques qui accueillent les regroupements hospitaliers. Le Centre Hospitalier du Nord (CHdN) regroupe les hôpitaux d'Ettelbruck et de Wiltz. La région Centre dispose du Centre Hospitalier du Luxembourg qui regroupe les cliniques d'Eich, l'hôpital municipal, la maternité Grande-Duchesse Charlotte et la Clinique Pédiatrique. Le Centre Hospitalier du Kirchberg et le groupe Zitha représentent le versant catholique. Le CHEM se trouve dans la région Sud et regroupe les hôpitaux d'Esch-sur-Alzette, de Nieder Korn et de Dudelange. Certains hôpitaux sont, dans leur gouvernance, proches du secteur public, tandis que d'autres se rapprochent plus de l'église. Cela étant, l'Etat assure le financement de tous les établissements de santé luxembourgeois, qu'ils appartiennent à l'église catholique ou à l'Etat.

Avez-vous rencontré des réformes en matière de gouvernance ces dernières années ?

M.N : Le grand-duché du Luxembourg est à la fois doux et conservateur. Ce fonctionnement a pour avantage de ne pas reproduire les erreurs faites par nos voisins et pour inconvénient d'entraîner, pour nous, un léger retard dû à un manque de dynamisme, avec des réformes trop peu incisives pour que les systèmes hospitaliers développent leur plein potentiel.

Comment sont organisés les systèmes hospitaliers ?

M.N : Notre système se base sur une organisation hospitalière financée par budgets négociés

et sur une médecine s'inspirant du système libéral non hiérarchisé dans les hôpitaux. Une réforme en cours d'élaboration tend à réduire les problématiques que ce fonctionnement entraîne en matière d'organisation et d'organisation de services. Les élections anticipées qui ont eu lieu récemment et la mise en place du nouveau gouvernement pourraient ralentir le développement de cette réforme. Le projet du nouveau gouvernement est très ambitieux en matière de santé et dans le domaine hospitalier. Nous attendons aujourd'hui d'en apprendre plus sur ce projet.

Votre parc hospitalier nécessite-t-il aujourd'hui une restructuration ou une modernisation ?

M.N : Notre parc hospitalier est, en partie, excellent en ce qui concerne son infrastructure. Cependant, nous ne disposons pas de l'impact que nous pourrions avoir si nous regroupons nos potentiels. Le fait que chaque établissement pratique plus ou moins la même activité dilue les capacités et les compétences et la nécessité de remédier à cette situation fait l'unanimité parmi les acteurs hospitaliers. Cela étant, même si nous partageons un objectif, les moyens mis en œuvre pour y parvenir diffèrent entre les gestionnaires d'établissements hospitaliers et les acteurs du domaine médical. Parmi ces gestionnaires, certains préfèrent développer une logique de système, tandis que d'autres favorisent une logique d'entreprise. Ces divergences donnent lieu à des discussions importantes.

Quel est le taux de fuite de votre patientèle ?

M.N : Nous identifions un taux de fuite de patients se faisant traiter à l'étranger de 8 à 14%. Cependant, près d'un tiers de nos assurés réside à l'étranger. Ces éléments mis en relation, le taux de fuite est donc en notre faveur. Hormis cela, certains des patients sont adressés à l'étranger par nos médecins. Ces cas concernent souvent des traitements hautement sophistiqués que notre organisation ne nous permet pas de pratiquer. Si notre nouveau gouvernement parvient à mettre en place les centres de compétences hospitalières et la spécialisation des hôpitaux (qui sont, pour moi, indispensables), alors la situation pourrait très rapidement s'inverser. Alors, nous pourrions faire face à des problèmes de capacité pour nos hôpitaux qui, déjà pleins, disposent d'une capacité nécessaire pour accueillir la population résidant au Luxembourg. Si des populations avoisinantes en venaient à profiter de notre offre peut-être

plus attractive que ce que proposent leurs structures de proximité, nous pourrions rencontrer des problèmes capacitaires.

Existe-t-il des doublons entre ces différents établissements de santé ?

M.N : Le programme gouvernemental identifie clairement l'existence de ces derniers et cherche à les éviter. Le gouvernement souhaite une concentration et un partage cohérents entre les quatre différents ensembles hospitaliers, afin d'organiser notre territoire de santé qui compte 1,5 million d'habitants.

Ces établissements communiquent-ils efficacement entre eux ?

M.N : Comme dans la plupart des systèmes hospitaliers à travers le monde, certains établissements communiquent vivement, tandis que d'autres communiquent amicalement.

En matière d'attractivité, quelles sont les forces du CHEM ?

M.N : Les membres du CHEM l'ont toujours considéré comme un établissement particulièrement ouvert, proche de ses collaborateurs et de la patientèle régionale. « Nous sommes l'hôpital des gens pour les gens ». Dans cette optique, nos programmes qualité se sont toujours effectués dans un but de développement à long terme de l'établissement, notamment en stabilisant nos effectifs. Nous avons d'ailleurs un taux de fuite très faible de notre personnel et de nos médecins. De plus, nous avons toujours fait en sorte de répondre aux attentes et aux besoins de la population régionale. Les forces du CHEM découlent d'un principe de solidarité.

Ainsi, vous assumez pleinement votre rôle d'hôpital de proximité ?

M.N : Le CHEM est plus qu'un hôpital de proximité. Nous sommes le centre de référence des urgences régionales. Nous assumons certains rôles nationaux avec compétence et une certaine fierté.

Quel est l'état de santé financière du CHEM ?

M.N : Notre état de santé financière est excellent. Nos finances ont toujours été menées de manière très pragmatique et dans de bonnes conditions, malgré les difficultés de maintien de frais variables que la plupart des hôpitaux connaissent. La médecine moderne nécessite des frais importants qu'il nous faut continuellement contenir.

Quelle est votre politique en matière de partenariat et de coopération ?

M.N : Nous menons une politique très active. Je suis l'un des moteurs qui œuvre à une collaboration plus intensive entre les hôpitaux. Les directeurs d'hôpitaux luxembourgeois doivent prendre conscience de la responsabilité qu'ils ont dans le maintien d'un système de santé aux avantages nombreux pour le patient. Or, pour maintenir ce système et même le développer, nous ne pouvons plus rester seuls. La première étape de ce développement sera donc un renforcement des collaborations sur le territoire national. La deuxième sera une recherche active de partenaire, au-delà des frontières française et belge. Actuellement, nous n'avons pas de collaboration formalisée avec les hôpitaux étrangers. Nous devons parfaire nos collaborations nationales avant de nous ouvrir à l'international.

Quels sont les établissements avec lesquels vous entretenez le plus de liens ?

M.N : Nous sommes particulièrement proches du Centre Hospitalier de Luxembourg. Bien que le CHEM soit la structure hospitalière la plus importante du pays, nous avons toujours renoncé aux activités que nous ne pouvions assurer, tant quantitativement que qualitativement. Nous avons donc clairement décidé de rechercher un partenariat pour la neurochirurgie, la cardiologie invasive et la néonatalogie. Ainsi, nous confions ces patients au Centre Hospitalier de Luxembourg. Notre stratégie est de développer nos compétences existantes, afin d'être un partenaire pour d'autres secteurs auprès des hôpitaux de la capitale.

Cette stratégie implique que vous ayez réalisé un bilan de vos activités. Quelle est la difficulté d'un tel exercice ?

M.N : Ces difficultés sont celles de la communication stratégique. Si nous approchons nos collaborateurs en présentant nos projets de manière très positive, en insistant sur l'avancée que ces derniers représentent, alors nous avons généralement une très bonne adhérence. En revanche, si nous annonçons nos projets en insistant sur les activités que nous ne ferons plus, alors nous facilitons la mise en place d'une situation conflictuelle. Au regard de la nouvelle politique gouvernementale, le nombre de centres hospitaliers aspirant à développer des centres de compétences est trop important. Il faudra donc faire un choix entre ces différents hôpitaux pour répartir les compétences. Ce choix sera difficile pour tous les hôpitaux, étant donné que tous développent un nombre important de compétences. Il leur faudra sélectionner celles qu'ils souhaiteront développer à l'avenir au détriment de certaines autres disciplines.

Cette période sera difficile car certains médecins évoluant dans des établissements verront leur domaine se développer dans des hôpitaux autres que le leur. Après cinq ans de vaines tentatives, les établissements ne parviennent toujours pas à effectuer cette démarche et aucune initiative médicale concrète n'a été prise pour favoriser cette évolution. Les hôpitaux ont donc besoin d'un gouvernement actif.

Quels sont les réseaux identifiés auxquels le CHEM appartient ?

M.N : L'hôpital appartient à la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL). Nous disposons d'excellentes filières avec le Centre National de radiothérapie François-Baclesse situé dans nos murs, ainsi qu'avec le Centre de Cardiologie interventionnelle du Luxembourg, dont nous sommes le principal fournisseur.

Vous avez signé un contrat de coopération clinique avec l'Université du Luxembourg. En quoi cette coopération consiste-t-elle ?

M.N : Dans les années 90 et jusqu'à l'an 2000, nous menions de nombreuses discussions autour de l'avenir de la ville d'Esch et de ses friches industrielles, qui représentent un potentiel très important de développement. A cette époque, nous avons évoqué l'option de l'université qui, au départ, fut perçue comme une illusion. Une fois verbalisée, cette idée s'est heurtée à des détracteurs acharnés défendant le fait que ce terrain revenait à la ville de Luxembourg. Nous sommes d'autant plus heureux que le gouvernement ait décidé de développer un campus sur ce site de Belval. Nous avons alors réfléchi au moyen d'apporter une valeur ajoutée au site en y regroupant d'autres structures attractives. Or, l'Université du Luxembourg s'oriente vers le domaine de la biologie avec des compétences importantes et peut donc se développer avec un partenaire hospitalier. Ainsi, ces deux structures profitent d'une situation d'entraide qui apporte une valeur ajoutée dépassant largement ce que chacun d'eux serait capable d'obtenir en étant isolé. Ainsi, l'idée de nouvel hôpital se fait en conjonction avec l'université, en intégrant le potentiel universitaire et en faisant en sorte que ce dernier soit étoffé pour développer de nouvelles idées durant les 10 ou 15 prochaines années. Ce contrat de collaboration signé avec l'université s'étend bien au-delà du domaine de la diabétologie et traduit notre volonté commune de développer une structure alliant recherche et formation, en coopération avec d'autres acteurs hospitaliers, étant donné que le CHEM seul ne suffit pas à soutenir un tel projet. Ainsi, nous offrons au Luxembourg un nouveau potentiel dont il était dépourvu jusqu'à présent.

Quelle est la place de la recherche dans votre établissement ?

M.N : Il est clair qu'elle est actuellement insuffisante. Cette activité sera menée en partenariat, l'hôpital privilégiant l'aspect clinique, laissant la recherche au corps universitaire. Si nos médecins désirent exercer dans la recherche, nous leur demandons de souscrire un contrat avec le Centre de Recherche Public (CRP-Santé) ou l'université. Ces activités de recherche représentent une demande croissante au sein du corps médical. Elles se développent avec le temps et nous devons attendre 10 ou 15 ans pour les voir s'épanouir.

En tant que directeur général hospitalier, vous est-il compliqué d'avoir une vision à 10 ans pour votre établissement ?

M.N : Développer une telle vision est un plaisir et un challenge. Les visions que j'avais voilà 10 ou 15 ans sont sur le point de se réaliser car il s'agissait de mettre en place une université et un nouvel hôpital.

De quand datent les premières réflexions autour de votre projet de nouvel hôpital, le Südspidol ?

M.N : Nos premières réflexions datent de 1995 alors que j'occupais la fonction de président du Conseil Médical d'Etablissement. Plusieurs acteurs de la santé étaient d'avis qu'à long terme, nous aurions besoin d'une structure hospitalière unique de 600 lits pour développer une médecine correcte. Après quelques tentatives plus ou moins heureuses qui n'ont pas abouti, la fusion des hôpitaux a permis d'éliminer l'antagonisme et la jalousie entre des hôpitaux traditionnellement concurrents et de développer cette vision en moins de six mois durant l'année 2008. Entre 1995 et 2008, le système luxembourgeois n'était pas prêt à emprunter cette direction, tant au niveau politique que médical ou culturel.

D'où émane ce projet de nouvel hôpital ?

M.N : Le besoin de cette nouvelle structure a été identifié par une analyse stratégique faite par la direction. Celle-ci a, en 2008, présenté plusieurs alternatives stratégiques pour l'avenir au conseil d'administration. La première solution s'élevait à 350 millions d'euros sur 20 ans et prévoyait le maintien de tous les hôpitaux et d'une certaine médecine de proximité. A cette dernière s'opposait une toute nouvelle idée : la création d'un nouvel hôpital idéal. Des études nous ont permis de définir les coûts d'exploitation, d'investissement, de construction et la valeur ajoutée médicale par ces différents projets.

En comparant ces deux projets, une grande discussion a eu lieu, durant laquelle a été évoquée la possibilité que ce projet de construction nouvelle pourrait se heurter à d'autres alternatives. Néanmoins, la sauvegarde de ces investissements ne justifiait en rien le fait que nous ne développions pas une vision d'une médecine de qualité pour les 10 ou 15 prochaines années. Le conseil d'administration a d'abord chargé un groupe suisse de réaliser une contre-expertise à celle de la direction pour vérifier la véracité de nos résultats. Il souhaitait également pouvoir définir clairement quel scénario serait le plus réaliste et assurerait un avenir financier sérieux à l'hôpital, tout en entretenant une médecine de qualité à valeur ajoutée auprès de la population.

Vos infrastructures étant de qualité, cette nouvelle construction était-elle nécessaire ?

M.N : D'après les expertises et les analyses effectuées, nous devrions investir plusieurs centaines de millions d'euros pour certains de nos sites dans les dix prochaines années. La nouvelle infrastructure développée actuellement n'en est qu'une partie. Certaines de nos infrastructures nécessitent un rajeunissement urgent ou une reconstruction. En comparaison à ces investissements, le coût d'un nouvel hôpital et d'une nouvelle organisation représente une économie de 15% des frais d'exploitation par année.

Ce regroupement d'activités optimisera-t-il votre fonctionnement ?

M.N : Ce regroupement optimisera certainement notre fonctionnement, mais pas uniquement son aspect financier. Notre objectif premier n'est pas l'optimisation administrative, mais la valeur ajoutée médicale et soignante pour nos patients. Sur ce point, le regroupement apportera une meilleure concentration de nos activités et donc une optimisation des compétences et un développement des processus nettement améliorés dans l'intérêt du patient. De plus, nous serons un partenaire bien plus intéressant pour les hôpitaux d'une taille sensiblement équivalente à la nôtre. Nous interviendrons à un autre niveau et sur une autre façon de répartir les activités. L'idée de ce regroupement a dynamisé les esprits et le nouvel hôpital n'évolue pas tant dans le béton que dans l'esprit de nos collaborateurs. Dans ce contexte, les progrès de nos équipes sont spectaculaires.

Les acteurs concernés se sont-ils appropriés ce projet ?

M.N : Nous avons un support unanime de la part des acteurs politiques, des médecins et des représentants du personnel. La population

commence également à développer une vision de ce site de Belval, qui représente une grande opportunité pour toute la région. Ce regroupement d'activités apportera une nouvelle attractivité qui permettra de créer des emplois, d'attirer une population jeune et de développer une vision bien plus positive sur l'avenir que celle que nous connaissions voilà 10 ans.

Une capacité de 600 lits représente-t-elle une taille idéale pour un hôpital ?

M.N : Le nombre de lits est un sujet que nous devons aborder de manière bien plus nuancée aujourd'hui. Avant tout, nous devons clairement définir le travail que nous souhaitons développer au sein de l'hôpital. Actuellement, nous constatons une évolution indéniable entraînant le raccourcissement de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) au niveau chirurgical et nous devons en tenir compte. D'autre part, nous constatons une augmentation spectaculaire des dépenses de la Sécurité sociale dans les domaines extrahospitaliers. Aussi, il nous faudra bien, un jour, mener une analyse subtile et approfondie pour définir si la diminution des coûts hospitaliers est bien le meilleur moyen de rétablir une certaine croissance. Cette croissance ne peut-elle pas se faire ailleurs ? Quel est le bilan hospitalier de telles diminutions ? D'autre part, les extrapolations réalisées ne concernent qu'une population précise. Les populations de New York et du XVI^e arrondissement de Paris, par exemple, sont largement éligibles au traitement en ambulatoire. Cette éligibilité concerne, en revanche, beaucoup moins la population vieillissante prise en charge par le CHEM. Nous devons donc demeurer réalistes et adapter nos objectifs à cette réalité. Cette même population vieillissante augmentant, nous faisons face à une demande croissante dans les domaines de l'oncologie, de la médecine interne, et des traitements de maladies de système qui augmentent de manière disproportionnée. Actuellement, nous disposons de 638 lits et avons donc opéré une diminution capacitaire pour un établissement de 600 lits. Cette taille reste idéale car un établissement de cette dimension est gérable. Il permet de réaliser la plupart des activités et dispose d'un potentiel de développement important. Au-delà de cette capacité, la gestion d'un établissement devient plus complexe, tandis qu'un hôpital de 300 lits n'est pas suffisant pour remplir le rôle que nous tenons.

La réduction de la DMS fait-elle partie de vos objectifs ?

M.N : Notre objectif n'est pas la réduction de la DMS, mais de développer des soins qui apportent satisfaction à nos patients. Cette

volonté de vouloir à tout prix réduire la DMS, ne doit pas remettre en question la qualité de prise en charge et de suivi du patient. Certains patients nécessitent des durées de séjours plus longues. Bien que l'hébergement ne doive pas prendre le pas sur le soin, nous sommes dans l'obligation d'héberger certains patients, malgré nous et malgré leur bon état de santé, tout simplement car nous ne pouvons pas les placer en dehors de notre établissement.

L'hospitalisation à domicile est-elle une activité que vous souhaitez développer ?

M.N : Je souhaitais développer cette activité, mais la sphère politique en a décidé autrement et a préféré remettre cette question entre les mains de réseaux de soins, ce qui, à mon sens, n'est pas une situation idéale. Au début des années 2000, je souhaitais développer cette activité comme un secteur hospitalier à part entière, ce qui aurait permis une situation bien plus flexible qu'à l'heure actuelle, alors que nous devons relier des organisations différentes. La télémédecine, quant à elle, reste une solution intéressante mais peu pertinente pour le territoire relativement réduit du Luxembourg. Cela étant, nous allons prochainement assister à un développement spectaculaire des nouvelles technologies, notamment en ce qui concerne les biocapteurs et équipements d'avertissement. Nous devons conserver une observation attentive de ces évolutions.

Comment le CHEM appréhende-t-il le virage de l'ambulatoire ?

M.N : Le directeur d'hôpital ne peut choisir si un patient doit être traité en ambulatoire ou en hospitalisation standard. Le médecin et son patient sont seuls habilités à prendre une telle décision. Ce choix se fait en connaissance des indications thérapeutiques et sur la responsabilité que le médecin souhaite prendre, tandis que le choix du patient se fait en fonction du confort de ce dernier, de son état de santé et de son remboursement par la caisse d'assurance maladie. Actuellement, notre structure ambulatoire répond à la demande qui nous est faite. Notre fonctionnement nous permet d'adapter notre budget en fonction de la demande. Il est inscrit dans le code de déontologie que le médecin ne peut se laisser imposer sa décision par qui que ce soit. Aussi, la décision de traitement en ambulatoire d'un patient est prise par le médecin en accord avec la personne traitée. En aucun cas le directeur d'hôpital ne peut imposer un mode de traitement au médecin ou à son patient.