

# « Reconstruire un hôpital dans le contexte actuel, c'est un vrai défi »

SANTÉ Le directeur des cliniques Saint-Luc veut lier financement et qualité des soins

## Renaud Mazy

En débarquant à la direction générale de l'hôpital Saint-Luc (UCLouvain) en 2001, Renaud Mazy avait un profil plus « industriel » que « médical ». Quoique sa première partie de carrière dans l'industrie pharmaceutique - il dirigeait Baxter - lui a permis de trouver rapidement ses marques dans le milieu exigeant des hôpitaux académiques. A 49 ans, cet ingénieur chimiste de formation est reconnu pour ses compétences en recherche et développement, en gestion de projets et en management.

- ▶ A l'heure d'investir un demi-milliard dans la construction d'un nouveau site hospitalier, Renaud Mazy replace le projet dans le contexte politique.
- ▶ Il souligne combien les économies rendent difficile la gestion à moyen terme.

### ENTRETIEN

Le monde de la santé est en profonde évolution, c'est un défi colossal pour nous. » Ce défi colossal, c'est celui de Renaud Mazy, directeur général des cliniques Saint-Luc à Woluwe-Saint-Lambert. D'ici la fin de l'année - si tout va bien - des bulldozers devraient entamer sur place un gigantesque chantier de (re)construction de l'hôpital universitaire (UCLouvain). On érigea d'abord l'Institut Albert II, spécialisé dans l'oncologie et l'hématologie, en même temps que le nouvel institut de psychiatrie avant d'entamer par la suite le tout gros morceau de l'opération : une nouvelle tour d'hospitalisation, baptisée « hospitalité ». Enfin, on reconstruira le bâti existant

pour y centrer l'administration, des services hôteliers et des centres de recherche. Parallèlement à ces projets immobiliers, Saint-Luc vient d'entamer une « reconstruction virtuelle » : un dossier patient informatisé va permettre de redessiner complètement les trajets de soins par pathologie, de revoir l'organisation générale de l'hôpital et de mettre l'intelligence artificielle au service de la santé. Le tout dans un contexte politique et financier délicat, que commente Renaud Mazy.

**Votre projet s'accompagne d'une diminution sensible du nombre de lits. Pourquoi ?**

Nous allons effectivement passer, d'ici 2025, de 979 lits à un peu moins de 900 alors même que l'hôpital est à saturation aujourd'hui. En fait, avec ce programme volontaire de diminution de la durée moyenne de séjour, nous faisons un pari sur l'avenir par rapport au développement des soins en ambulatoire. Pari sur l'avenir aussi car on prend en compte les nouvelles règles de financement des investissements hospitaliers (NDLR : l'hôpital pourra facturer un prix d'hébergement qui sera pris en charge par la mutuelle). Il nous faut donc faire un plan de financement qui sera encore viable dans 30-40 ans alors même que faire des projections à 10-15 ans est déjà critique. Imaginez simplement qu'on enregistre une baisse d'activité de 20 %, ça fait 20 % de financement en moins. Jamais les gestionnaires d'hôpitaux n'ont dû endosser de telles prises de risque par le passé.

**A ce sujet, le futur « dossier patient informatisé » jouera un rôle primordial ?**

Nous sommes, en effet, convaincus que cet investissement (NDLR : 65 millions) contribuera à diminuer de manière significative les durées de séjour sans impacter la qualité. En optant pour la société américaine Epic pour le « dossier patient informatisé », nous pensons avoir

choisi le meilleur outil au monde. C'est bien plus qu'un produit informatique, ce sera véritablement le cœur de l'hôpital. Avec ce programme, la prise en charge

du patient est repensée complètement : trajet de soins par pathologie, suivi des complications éventuelles, traçabilité depuis la salle d'opération jusqu'aux médicaments... Avec ce programme aussi, nous espérons passer à une facturation plus précise et plus exhaustive, faciliter la prise de rendez-vous, etc. Enfin, nous aurons à disposition un précieux outil d'aide au diagnostic : l'intelligence artificielle - croissant des milliards de données de patients de par le monde - permettra par exemple de prévoir l'évolution possible d'un malade aux soins intensifs. Avec l'exploitation de ces big data, on rentre véritablement dans les soins de santé du XXI<sup>e</sup> siècle. Je formule le vœu qu'au passage, des indicateurs de performance puissent être pris en compte dans le financement.

**Lier financement et performance, ce n'est pas dans la culture francophone ça...**

C'est exact... Et je sais que je ne suis pas nécessairement populaire en disant cela. Par contre, je suis convaincu que ça pousserait les infrastructures et les équipes à s'améliorer sans cesse. Quand on sait que pour des cancers extrêmement invasifs, certains hôpitaux n'ont jamais guéri personne et que d'autres parviennent à sauver 40 % des patients, éthiquement, ça pose question. Pour le cancer du sein, nous guérissons 5 % de plus de patientes que la moyenne belge. Cela représente une personne sur vingt, c'est plus que significatif. Je ne suis pas en train de dire que tous les cancers doivent venir à Saint-Luc. Je dis simplement que la première chose à faire pour la santé des patients, c'est d'élever le niveau de qualité de tous les hôpitaux et de concentrer dans les bons endroits le traitement de certaines pathologies lourdes.

**Mais les réseaux ne visent-ils pas d'une certaine manière à l'excellence au niveau local ?**

La mise en place des réseaux est

une bonne chose mais il n'est pas normal que les hôpitaux académiques doivent faire partie de ces réseaux locorégionaux. Oui, nous avons une partie d'activité locale mais nous sommes surtout des centres d'expertise, de formation, de recherche... Il ne faut pas perdre cette spécificité... Or, nous mettrons dans des réseaux sans préciser les missions universitaires supra-régionales, c'est dangereux.

**Dangereux pour vous ?**

Un des vrais risques, c'est que chacun des 25 réseaux locaux se lance dans de la recherche et que, demain, on n'ait plus vraiment besoin des hôpitaux académiques du pays. Et c'est un vrai risque parce que le financement de nos missions académiques se monte à 4,6 % de notre budget, c'est l'un des plus faibles en Europe. J'admire le pacte que la ministre De Block (Open VLD) a conclu avec les firmes pharmaceutiques, mais jamais je n'ai entendu parler de pacte sur les hôpitaux académiques pourtant tout aussi indispensables... Financièrement, les règles sont telles qu'on fonctionne parfois

dans le brouillard. Ou alors, on doit faire avec de nouvelles consignes en cours de route : de 2012 à 2017, on a perdu 25 millions d'euros de financement à la suite des mesures mises en place par la ministre. L'an passé, on a aussi perdu un million sur la marge bénéficiaire de certains médicaments. Quand on est à la ligne de flottaison ça peut tout changer. Je peux en tout cas vous assurer que reconstruire un hôpital après une cure d'amaigrissement aussi forte imposée par la ministre de la Santé, c'est un vrai défi.

**Vous lui en voulez ?**

Force est de constater qu'autant avec Laurette Onkelinx (PS) qu'avec Maggie De Block, des cures d'économies extrêmement

importantes ont eu lieu. Pour le secteur hospitalier aujourd'hui, il n'y a pas de plans, pas de perspectives qui permettent d'anticiper. On le sent très bien sur les mesures visant à diminuer la durée moyenne de séjour par la porte ou par la fenêtre. Même si à Saint-Luc les médecins ont toujours dit qu'ils libéraient les patients quand ils l'estimaient raisonnable, on est dans un système qui pousse à faire sortir un pa-

tient trop vite. Le risque se situe au niveau des complications possibles mais aussi au niveau du personnel: si le malade reste moins longtemps, l'infirmière ou l'infirmier voit dans son lit plus de patients pour des épisodes toujours plus aigus. Et ça, on n'a pas toujours l'impression que les autorités le comprennent. Si j'avais un message à faire passer au politique ce serait celui-ci: en matière de réseaux, de concentra-

tion des soins, d'économies multiples, il faut sans cesse remettre le patient au centre des décisions. ■

Propos recueillis par  
ÉRIC BURGRAFF  
ET FRÉDÉRIC SOUMOIS

« La première chose à faire aujourd'hui,

**c'est d'élever le niveau de qualité de tous les hôpitaux »**

## NUMÉROS INAMI

### « Affirmer qu'on ne manque pas de médecins spécialistes... ce n'est pas correct »

Les derniers soubresauts sur les numéros Inami vous inspirent-ils un commentaire ? Les restrictions risquent-elles d'impacter l'activité d'un hôpital comme celui-ci ?

J'entends qu'il manque de médecins généralistes et je sais que c'est dur dans certaines régions. Mais affirmer qu'on ne manque pas de spécialistes... ce n'est pas correct. Ou alors il faut expliquer aux gestionnaires d'hôpitaux où sont les médecins qu'on n'arrive pas à engager et pourquoi on doit recruter autant à l'étranger. Ce n'est pas typique à Saint-Luc, je sais en outre que notre titre « universitaire » est attractif, mais il y a des hôpitaux où la situation est catastrophique. En clair, il est abusif d'affirmer qu'on ne manque pas de médecins en Belgique francophone. Je ne voudrais pas avoir un enfant en médecine aujourd'hui, qui développe une vraie passion pour ses études mais qui ne sait pas de

quoi son avenir sera fait. Sincèrement, par rapport aux étudiants, ce n'est pas juste. Humainement et éthiquement ça me pose de vrais soucis. Assiste-on à un aveuglement politique ?

Vous connaissez comme moi les commentaires sur les médecins du nord qui voient plus de patients sur le nombre d'heures travaillées... Je ne vais pas amener de l'eau à ce moulin-là. Il y a des a priori mais il y a surtout un dossier politique. Cela reste une difficulté et je le déplore. Personnellement, en tant que gestionnaire, je sais que, d'un point de vue strictement factuel, on manque de médecins. Il y a des postes qu'on ne parvient pas à remplir ! Trouve-t-on facilement des urgentistes ? Non, les urgentistes, on se les « vole » entre hôpitaux. Et c'est le même phénomène avec les radiologues. C'est dommage pour un pays qui développe tout de même un très bon enseignement en médecine, de devoir, pour certaines spécialités, systématiquement recruter à l'étranger.

E.B.