



Rapport d'activité

2012

Membres FHL et le Conseil d'Administration	2
Le Président, le Secrétariat Général de la FHL et le Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-FHL)	4

1^{ère} partie

Introduction: 2012: une nouvelle gouvernance et de nombreux projets en cours de gestation et de transposition	9
Plate-Forme Directeurs administratifs & financiers Commission paritaire Statistiques FHL/CNS Commission Finances	11
Achat Central	16
Informatique	21
Normes / Qualité	31
Activités de la Plate-Forme Directeurs des Soins	35
Cellule Physique Médicale	37
Ressources Humaines et Dialogue Social	41
Santé et Sécurité au Travail	44
SIST-FHL - Médecine du Travail	46
Relations publiques / Relations internationales	55
Vie interne de la FHL	62
BBC-FHL	64

2^e partie

Annexes	67
---------	----

Membres FHL

(Etat fin 2012)



LES HOPITAUX MEMBRES DE LA FHL

NOM	ADRESSE	TEL.	FAX	E-MAIL / SITE WEB
Centre Hospitalier de Luxembourg				chl@chl.lu www.chl.lu
*) CHL - Hôpital municipal	4, rue Barblé · L-1210 Luxembourg	44 11-11	45 87 62	
*) CHL - Clinique pédiatrique	4, rue Barblé · L-1210 Luxembourg	44 11-3133	44 11-6116	
*) CHL - Maternité	4, rue Barblé · L-1210 Luxembourg	44 11-3202	44 12 22	
*) CHL / Clinique d'Eich	78, rue d'Eich · L-1460 Luxembourg	44 11 12	42 17 42	ce@chl.lu
*) CHL / Centre de l'appareil locomoteur, de Médecine du sport et de prévention	76, rue d'Eich · L-1460 Luxembourg	44 11-7500	44 11-7625	med.sport@chl.lu
Centre Hospitalier Emile Mayrisch	B.P. 436 · L-4005 Esch-sur-Alzette			info@chem.lu www.chem.lu
*) CHEM, site Esch/Alzette	rue Emile Mayrisch · L-4240 Esch-sur-Alzette	57 11-1	57 11-65159	
*) CHEM, site Dudelange	rue de l'Hôpital · L-3488 Dudelange	57 11-1	57 11-65159	
*) CHEM, site Niedercorn	187, av. de la Liberté · L- 4602 Niedercorn	57 11-1	57 11-65159	
FFE / Hôpital Kirchberg	9, rue Edward Steichen · L-2540 Luxembourg	24 68-1	24 68-2009	www.chk.lu
Centre Hospitalier du Nord	B.P. 103 · L-9002 Ettelbruck	81 66-1	81 66-3045	chdn@chdn.lu www.chdn.lu
*) CHdN, site Ettelbruck	120, av. Salentiny · L-9080 Ettelbruck	81 66-1	81 66-3045	
*) CHdN, site Wiltz	10, rue G.D. Charlotte · L-9515 Wiltz	95 95-1	95 77 10	
ZithaKlinik S.A.	36, rue Ste Zithe · L-2763 Luxembourg	28 88-1	28 88-5900	klinik@zitha.lu www.zitha.lu
FFE / Clinique Ste Marie	7, rue Wurth Paquet · L-4350 Esch-sur-Alzette	57 123-1	57 23 43	csm.info@pt.lu
Clinique Privée du Dr E. Bohler S.A. de Luxembourg	5, rue Edward Steichen · L- 2540 Luxembourg	26 333-1	26 333-9003	www.cbk.lu
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique	B.P. 111 · L-9002 Ettelbruck			chnp@chnp.lu www.chnp.lu
*) CHNP d'Ettelbruck	17, av. des Alliés · L-9012 Ettelbruck	26 82-1	26 82-2630	
*) Centre Thérapeutique Useldange (alcoolodépendance)	14, rue d'Everlange · L-8707 Useldange	23 630 320	23 630 781	ctu@chnp.lu www.ctu.lu
*) Centre Thérapeutique Manternach (polytoxicomanie)	Syrdall Schlass · L-6851 Manternach	71 06 06	71 98 48	syrdallsschlass@chnp.lu www.syrdallsschlass.lu
*) Centre Thérapeutique Diekirch	1, rue Clairefontaine · L-9220 Diekirch	26 80 08 35	26 82 49 40	ctd@chnp.lu www.ctd.lu
Hôpital Intercommunal de Steinfort	1, rue de l'Hôpital · L-8423 Steinfort	39 94 91-1	39 82 73	www.his.lu

LES CENTRES NATIONAUX MEMBRES DE LA FHL

NOM	ADRESSE	TEL.	FAX	E-MAIL / SITE WEB
Centre François Baclesse, Centre National de Radiothérapie	rue Emile Mayrisch L-4240 Esch-sur-Alzette	26 55 66-1	26 55 66-46	www.baclesse.lu
INCCI, Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle de Luxembourg	2a, rue Barblé L-1210 Luxembourg	26 25 50-00	26 25 50-10	incci@incci.lu www.incci.lu
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, dit "REHAZENTER"	1, rue André Vésale L-2674 Luxembourg	26 98-1	26 98-2999	info@rehazenter.lu www.rehazenter.lu

LES INSTITUTIONS "MOYEN ET LONG SEJOUR" MEMBRES DE LA FHL

Maison de Soins de l'Hôpital Intercommunal de Steinfort	1, rue de l'Hôpital L-8423 Steinfort	39 94 91-1	39 82 73	www.his.lu
Centre Pontalize, membre du CHNP d'Ettelbruck	B.P. 111 L-9002 Ettelbruck	26 82-7000	26 82-4965	info@pontalize.lu www.pontalize.lu

AUTRE MEMBRE DE LA FHL

Les Saveurs de la Santé	9, rue Edward Steichen L-2540 Luxembourg	24 68-8015	24 68-2411	caroline.pirson@ffe.lu
--------------------------------	---	------------	------------	------------------------

Le Président, le Secrétariat Général et le Service Interentreprises de Santé au Travail

(Etat fin 2012)



Président

M. Paul JUNCK



Secrétariat général

Secrétaire général

M. Marc HASTERT



Secrétariat

Mme Helene ALMEIDA, Secrétaire
Mme Danielle CIACCIA-NEUEN, Secrétaire
Mme Julie ILTIS, Secrétaire (CDD)
Mme Nathalie ILTIS, Secrétaire
Mme Rossana LIPPOLIS, Secrétaire
Mme Carole ONRAET, Secrétaire
Mme Paula ROSA, Secrétaire



manque sur la photo: Mme Julie Ilitis

Département économique, juridique, Normes / Qualité

Cellule économique / achat

Mme Laure PELLERIN, Conseiller économique
M. Luc WAISSE, Conseiller juridique

Cellule juridique

M. Luc WAISSE, Conseiller juridique
Mme Danièle WELTER, Conseillère juridique

Cellule Normes / Qualité et statistiques

M. Jean FERRING, Statisticien
M. Sylvain VITALI, Conseiller soins





manque sur la photo: Dr Martine Grelot-GENEAU, M. Nazim Khalladi

Cellule «Physique médicale»

Dr rer. nat. Alex MEYER, Expert en physique médical, Responsable-coordonateur
 Mme Christina BOKOU, Expert en physique médicale
 M. Octavian DRAGUSIN, Expert en physique médicale
 Dr Martine GRELOT-GENEAU, PhD, Expert en physique médicale
 Mme Olga KAPHAMMEL, Expert en physique médicale
 M. Nazim KHALLADI, Assistant-Expert en physique médicale



manque sur la photo: Mme Véronique CLAUSIER

Cellule informatique

M. Christophe NARDIN, Responsable informatique
 M. Serge FRIEDEN, Responsable d'exploitation informatique
 M. Hervé FOKAN, Responsable opérationnel SIRHIUS
 M. Mohamed ARNAMI, Informaticien
 Mme Véronique CLAUSIER, Informaticienne
 M. Frédéric CRASSET, Informaticien
 M. Olivier WIKTOR, Informaticien, Chef de projet Luxis-Pas
 M. Franck MASQUELIER, Informaticien

Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-FHL)

Dr Anne-Marie BRAUN, Médecin du travail
 Dr Carole PICARD, Médecin du travail
 Dr Marie-Joseph RIONDE, Médecin du travail
 Mme Yvette FRANK, Infirmière
 Mme Agnès SABRI-PIKARD, Infirmière
 Mme Christelle GOEURY, Secrétaire
 Mme Nathalie ROLLIN, Secrétaire



© Lupo

Le conseil d'administration

(membres effectifs et suppléants - composition après AGO 2012)



M. Paul JUNCK Président

Établissement	MEMBRE EFFECTIF		MEMBRE SUPPLÉANT	
	Prénom	Nom	Prénom	Nom
CHL	Monique	BIRKEL	Yvonne	KREMMER
CHL	André	KERSCHEN (bis 01.07.12)	Romain	NATI
CHL	Jean-Paul	FREICHEL	Pierre	LAVANDIER
CHEM	Claude	BIRGEN	Daniel	CARDAO
CHEM	Michel	NATHAN	Patrizia	ASCANI
CHEM	Serge	HAAG	André	ZWALLY
FFE incl. CBK	Paul	WIRTGEN	Claude	BRAUN
FFE incl. CBK	Christian	OBERLE	Paul	HOFFMANN
FFE incl. CBK	Marc	SCHLIM	Béatrice	PETTIAUX
CHdN	Georges	BASSING	Marcel	BAULER
CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	René	HAAGEN
CHdN	Jean-Paul	MESSERIG	Charles	BILDGEN
ZithaK	Gunar	JAMROS	Marco	KLOP
ZithaK	Philippe	TURK	Guy	THILL
CHNP	Marc	GRAAS		
HIS	Luc	GINDT	Fabienne	VALET
CFB	Michel	UNTEREINER	Gilles	SOMMERHALTER
INCCI	Jean	BEISSEL	André	PUTZ
C.N.R.F.R.	Gérard	GRENOT	Patrick	REINERT



© Lupo



1^{ère} partie





2012: une nouvelle gouvernance et de nombreux projets en cours de gestation et de transposition



L'année 2012 a, tout comme les années précédentes, été le théâtre d'une intense activité liée à la transposition des nouvelles dispositions légales et réglementaires à un niveau communautaire et national pour le secteur hospitalier et de la santé en général.

Au Grand-Duché, les principaux chantiers se sont ouverts suite au vote en décembre 2010 de la loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant le code de la Sécurité Sociale et la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers. A titre d'exemples il convient de citer la mise en place d'une documentation hospitalière, la mise en place d'un dossier de soins partagé, respectivement d'un dossier informatisé du patient, la mise en place d'un système de médecins-coordonateurs, l'adaptation de la nomenclature médicale et de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, la mise en place d'un système d'enveloppe budgétaire globale et d'une comptabilité analytique pour le secteur hospitalier, les réflexions et travaux préparatoires en vue d'un nouveau Plan hospitalier national et de la création de Centres de compétence, ainsi que l'organisation nationale d'activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales.

D'autre part, notre association a franchi courant 2012 des étapes dans deux dossiers de mutualisation, à savoir ceux de l'informatique hospitalière et des laboratoires hospitaliers. Sur le plan informatique, le principe d'un Centre Informatique Sectoriel (C.I.S.) a été retenu et il a aussi été possible d'entamer en début d'année la mise en œuvre du Système de gestion intégré des Ressources Humaines (SIRHIUS) pour la future gestion des effectifs des hôpitaux luxembourgeois. Un groupement d'intérêt économique (GIE) baptisé LUXITH a finalement été constitué le 20 décembre 2012 avec pour objet la mutualisation de l'activité informatique des hôpitaux. Pour ce qui est des laboratoires hospitaliers, suite aux résultats d'une étude menée par le bureau d'experts allemand TeamPlan, des pistes de mutualisation dans ce secteur ont été identifiées et une décision de principe a été prise pour constituer une structure juridique dédiée à toute l'activité de biologie clinique et des analyses médicales des hôpitaux, si possible en collaboration avec le Laboratoire National de Santé (LNS).

Beaucoup des efforts menés par les acteurs hospitaliers et la FHL ont déjà porté leurs fruits. Ce constat a notamment pu être fait en réunion du Comité de Quadripartite le 24 octobre 2012 dans le cadre d'une analyse commune des actions entreprises de part et d'autre pour maintenir notre système d'assurance maladie-maternité en équilibre et pour garantir un service efficient aux assurés CNS sur les prochaines années. Il a été constaté que les actions engagées ont eu de réels effets sur le bilan financier car il résulte des données de 2012 que les économies dans le secteur hospitalier ont été substantielles et représentent d'ailleurs le plus grand pourcentage d'économies réalisées si on le compare aux contributions des autres prestataires concernés.

Il nous faudra cependant continuer sur notre lancée, les efforts actuellement menés visant aussi le moyen et le long terme. L'objectif à atteindre nous oblige à persévérer dans nos efforts car il s'agit bien d'une histoire sans fin. La barre doit constamment être revue et adaptée en considération d'une multitude de facteurs internes et externes à nos structures (conjoncture économique, évolution de la médecine, évolution des nouvelles technologies, évolution de la législation nationale et communautaire, etc.). La remise en cause est donc perpétuelle et afin de consolider nos efforts, il est devenu inévitable de se concentrer sur des solutions durables et d'y impliquer tous les acteurs qui devront réaliser des efforts conséquents. En ce sens il faut miser sur une responsabilisation des acteurs à tous les niveaux, qu'ils soient gestionnaires, prescripteurs, logistiques ou politiques. Nous devons éviter un compartimentage excessif de nos activités et œuvrer pour développer notre système de soins de santé hospitaliers vers un cadre qui sera réellement adapté aux contraintes qui nous préoccupent. Nous sommes embarqués dans un processus d'amélioration constante de nos actions, dans l'intérêt du patient, des acteurs impliqués et de la collectivité en général.

Pour faire face à un nombre croissant de dossiers dont elle a et aura à connaître, l'Assemblée Générale de notre association qui regroupe tous les hôpitaux luxembourgeois a décidé en date du 22 mai 2012, de modifier ses statuts et d'adopter une nouvelle dénomination, l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL) devenant la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL).

Confronté à un changement du cadre légal dans lequel opèrent les hôpitaux (loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant le code de la Sécurité sociale et la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers) et face à un double défi tant économique-financier (ralentissement de la

croissance ayant un impact sur les recettes de la Sécurité sociale) qu'européen (directive relative à l'application des droits des patients en matière de services de santé transfrontaliers), le temps était venu pour l'association regroupant les établissements hospitaliers de repenser son mode de fonctionnement et sa gouvernance.

Les hôpitaux sont des entités juridiques autonomes mais qui sont soumis à un régime de financement «public», ce qui entraîne la nécessité d'une collaboration étroite entre eux. Le nouveau rôle de la FHL sera donc celui d'un catalyseur, ce concept englobant les missions suivantes:

- être une plate-forme d'échange entre hôpitaux nécessitant confiance et transparence entre acteurs hospitaliers
- être une plate-forme de concertation étroite entre décideurs hospitaliers ayant pour objectif de définir une vision stratégique à moyen et long terme du secteur et d'arriver à un accord sur les dossiers majeurs auxquels est confronté le secteur et enfin
- assurer et faciliter la mise en œuvre concrète des décisions prises.

Afin de faciliter son mode de fonctionnement et le rendre plus proactif, l'architecture organisationnelle de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois a été alignée sur ses nouvelles missions:

La mission de coordination stratégique du Conseil d'administration a été renforcée alors que les discussions de nature plutôt opérationnelle seront confiées aux différentes plateformes en considération de leurs domaines de compétences respectifs (voir ci-dessous). Un certain nombre de ses réunions seront dédiés à une thématique particulière.

Un nouvel organe, le Bureau du Conseil d'administration, composé du Président de la FHL, des directeurs généraux du CHEM, CHL, CHdN, FFE et Zitha ainsi que d'un directeur général représentant les établissements hospitaliers spécialisés, aura notamment comme mission de préparer les réunions du Conseil et de veiller au suivi de ses décisions. Le Conseil d'administration pourra déléguer certains de ses pouvoirs au Bureau qui en cas d'urgence pourra prendre toutes décisions qui s'imposeront dans l'intérêt de l'association et des ces membres. Participent aux réunions du Bureau à titre d'invités le Vice-président, les Coordinateurs des plateformes et le Secrétaire général de la FHL.

Les directions médicales, soignantes et administratives-financières des établissements hospitaliers sont regroupées pour leurs domaines de compétence respectifs dans des plateformes de concertation sur des sujets d'intérêt commun. Les trois plateformes prépareront, organiseront et coordonneront les travaux pour le Bureau et le Conseil d'administration pour les sujets de leur ressort et en assureront le suivi. Chaque plateforme désigne un coordinateur qui doit être un membre effectif du Conseil d'administration.

La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois s'est ainsi dotée d'une gouvernance lui permettant d'aborder avec sérénité et ambition les dossiers majeurs du secteur hospitalier. Le travail ne manquera pas car il incombe dans l'immédiat de mener à terme les projets encore en chantiers tels que la mutualisation des activités liées à l'informatique, aux analyses de biologie clinique ou à l'achat, sans bien évidemment oublier les efforts à mener au niveau des services médicaux par rapport à la planification hospitalière et aux centres de compétence. La FHL a aussi retenu en 2012 qu'elle entamera courant 2013 des négociations avec la CNS pour la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens sur la future activité des hôpitaux dans le cadre des services de support déjà cités. Cette approche a été consolidée au niveau de la convention-cadre renégociée et signée en 2012 entre la FHL et la CNS. Des actions concrètes similaires sont attendues de la part des autres acteurs, notamment des prescripteurs. Nous pourrions alors enfin parler d'un nouveau cadre garantissant un fonctionnement suffisamment adéquat en vue de l'efficience à réaliser. Notre but commun étant un maximum de qualité au meilleur prix pour le patient, nous devons maintenant pouvoir rapidement coordonner nos actions en ce sens.

Il convient encore de relever plus particulièrement les moments forts suivants:

- La décision d'organiser en novembre 2013 à Luxembourg le Congrès de l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux sur le thème «Les hôpitaux et la crise, contraintes, challenges et opportunités».
- La signature pour le renouvellement de la convention collective de travail des salariés occupés dans les hôpitaux luxembourgeois le 21 décembre 2012.
- La continuation du programme de formation managériale pour le secteur hospitalier ainsi que de la formation pour les futurs médecins coordinateurs et médecins des Conseils médicaux et de la formation des médecins exerçant dans les hôpitaux luxembourgeois et ayant suivi leur formation médicale à l'étranger), en collaboration avec l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL).
- La progression de l'activité achat central via les appels d'offres suivant les règles des marchés publics.
- Etc.

En conclusion, 2012 a été une année bien remplie au niveau des activités de l'association. La FHL devra maintenant s'engager pour consolider les acquis et prendre en charge les nouveaux dossiers qui ne manqueront pas.

Plateforme DAF

Commission paritaire Statistiques FHL/CNS

Commission Finances



1. MISSIONS

L'activité hospitalière est fonction de sa patientèle, complexe et variée, et se doit de pouvoir évoluer dans le temps pour intégrer les progrès techniques et offrir un service de qualité. L'adéquation des besoins et des budgets est en soi un exercice complexe, soumis à des principes de budgétisation et des modalités de comptabilisation/reporting actés par un ensemble de lois, de règlements et de conventions. Les pouvoirs publics assurent en majeure partie le financement des activités hospitalières.

Le bureau a pour mission de veiller à la bonne application des textes et à un financement adéquat des activités nouvelles ou existantes. Pour pallier à des manques ou dysfonctionnements, le bureau propose/développe des alternatives, puis les fait valider par les institutions concernées. Ce travail d'analyse et de réflexion se fait en étroite collaboration avec les établissements hospitaliers, la CNS et les organismes de gestion privés.

Sur le plan technique le bureau, plus particulièrement la cellule statistiques, réalise le traitement et l'analyse de données en relation avec l'activité, le personnel, le budget/les finances des établissements hospitaliers.

A titre d'exemple, le département contribue à l'analyse de l'évolution d'éléments budgétaires (frais de personnel, salaire moyen, enveloppe des investissements courants), aux calculs effectués dans le cadre de la négociation CCT, à la détermination de normes et au calcul de la charge de travail du personnel hospitalier, à l'analyse des économies réalisées au niveau de l'achat en commun.

Le bureau assure également, à la demande, une activité de conseil et de support auprès des établissements hospitaliers sur des questions ponctuelles ou des litiges d'ordre budgétaire.

2. ORGANE DE PILOTAGE:

LA PLATEFORME DES DIRECTEURS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS (PF-DAF)

La PF-DAF travaille de manière transversale en s'appuyant en premier lieu sur les compétences administratives et techniques des différents services de gestion des établissements, et de manière concertée avec les responsables de l'activité médicale et des fonction de support. Les actions engagées sont validées au niveau du conseil d'administration de la FHL.

3. GROUPE DE TRAVAIL

Les établissements et la CNS sont associés aux démarches via les différents groupes de travail:

- Commission Finances (CFIN),
- Commission paritaire Statistiques (C STAT) nouvellement Commission technique financière (CTF) à partir du 1^{er} janvier 2013,
- Groupe de pilotage CAEH.

Les principaux axes de travail sont pour 2012:

- Convention cadre FHL/CNS,
- Comptabilité Analytique des Etablissements Hospitaliers (CAEH),
- Enveloppe budgétaire globale 2013/2014,
- Budgets 2013/2014,
- Salaire moyen: adaptation du modèle de projection de la masse salariale,
- Laboratoire: Facturation hospitalière et extra hospitalière et décompte,
- Convention AWC.

4. EQUIPE

L'équipe en charge des dossiers Finances est constituée, du Conseiller Economique, du Statisticien, et selon besoin, du Conseiller Juridique et du Conseiller Soins. La multidisciplinarité de l'équipe permet un développement plus adéquat des activités et une meilleure prise en compte des besoins du secteur.

5. ACTIVITES

5.1. CONVENTION CADRE FHL/CNS

La convention vise à transposer les modalités pratiques de l'art. 74 et suivants du Code de la sécurité sociale suite à la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant le Code de la sécurité sociale et la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

La FHL a pris l'initiative pour refondre la convention cadre EHL/CNS. Les travaux ont démarré en janvier 2011 via la plateforme DAF. Une première proposition de texte a été soumise à la CNS en mai 2011. La négociation avec la CNS a démarré en juin 2011. La nouvelle convention cadre a été signée le 21 décembre 2012 et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Outre l'application de nouveaux principes budgétaires (enveloppe budgétaire globale) et comptable (projet CAEH), cette convention prévoit également l'établissement de contrats d'objectif et de moyens pour trois domaines (physique médicale, laboratoire et informatique).

La convention a été restructurée. Certains éléments de la convention ont été placés en annexe comme par exemple l'énumération des entités fonctionnelles. L'annexe relative à la comptabilité analytique sera encore à adapter après finalisation du projet CAEH.

5.2. COMPTABILITÉ ANALYTIQUE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS (CAEH)

L'IGSS a procédé en 2011 à un appel d'offre public pour l'engagement d'un consultant dans le cadre de l'établissement du nouveau plan comptable et d'une nouvelle comptabilité analytique. Elle a établi le cahier de charges en collaboration avec la CNS. Les travaux ont pour objectif:

- L'analyse et révision du plan comptable établi par la CNS et la Commission Finances et adaptation éventuelle en fonction de la comptabilité analytique.
- L'analyse de la comptabilité analytique actuelle des cinq hôpitaux généraux. L'établissement du «Kalkulationshandbuch» qui détermine la comptabilité analytique, la comptabilisation des frais et le calcul des frais par patient.
- La comptabilité analytique et détermination du coût par patient (principe).
- L'intégration des frais médicaux (faisabilité).

La mission a été attribuée à KPMG. Pour le suivi de ce projet, un comité de pilotage a été mis en place. Les 5 centres hospitaliers/hôpital général, la FHL, le Ministère de la Santé, la CNS et l'IGSS y sont représentés. Les travaux ont démarré en novembre 2011 et devront se conclure au plus tard le 31 janvier 2013.

KPMG a publié et finalisé les livrables suivants au cours de l'année 2012:

- Livrable 1: Plan comptable normalisé.
- Livrable 2: Inventaire comptabilité générale.
- Livrable 3: Propositions d'harmonisation des règles de comptabilisation.
- Livrable 4: Règles de comptabilité analytique observées dans les hôpitaux visés par l'étude.
- Livrable 5: Propositions d'harmonisation des règles de comptabilité.

Le nouveau plan comptable serait à appliquer à partir du 1^{er} janvier 2013. Les budgets 2015/2016 seront à établir sur base du nouveau plan comptable et de la nouvelle comptabilité analytique.

Les cinq livrables ont déjà été validés par le comité de pilotage. Le 5^e livrable a été à l'origine d'importantes discussions entre la CNS et les établissements hospitaliers et certains points au niveau de l'«Issue log» (livrable 5) sont encore en suspens. L'Issue log a pour vocation de renseigner les problèmes et questions soulevés par les établissements.

La discussion porte principalement la partie non-opposable des budgets des établissements hospitaliers et certaines clés de répartition (par ex.: clé du CFA Installations téléphoniques).

Il a été retenu de faire une distinction pour les centres de frais non-opposables (CFNO) bénéficiant de prestations de support de l'hôpital (CFA) entre ceux en lien avec l'activité hospitalière et ceux sans lien avec l'activité hospitalière. Ainsi au niveau de la cascade «nouvelle version», les centres de frais sans lien avec l'activité hospitalière (entité fonctionnelle) sont à exclure de la cascade budgétaire.

Les charges des CFA seront réparties suivant des clés de répartition standardisées. Il est prévu de revoir les valeurs des clés annuellement. Certains centres de frais auxiliaires respectivement certaines entités fonctionnelles seront ré-organisés. La structure et le contenu des CFA et EF seront définis et précisés dans la mesure du possible. Tous les établissements hospitaliers doivent respecter une structure minimum requise envers la CNS.

Les principes généraux de cette nouvelle version de la cascade seront à valider au début de l'année 2013 par les établissements hospitaliers. Il faudra s'assurer de la bonne compréhension (interprétation commune des standards) au sein des établissements. Il est prévu de réaliser des simulations dans un ou plusieurs établissements mais les modalités doivent encore être fixées.

Les livrables suivants seront à finaliser par KPMG et à valider par le comité de pilotage:

- Livrable 6: Produits chers à imputer directement sur le patient.
- Livrable 7: Répartition des frais de personnel par type de prestation.
- Livrable 8: Schéma de calcul du coût hospitalier par patient.
- Livrable 9: Manuel des règles de calcul du coût hospitalier par patient.
- Livrable 10: Rapport sur la faisabilité de l'intégration des honoraires des médecins dans le coût hospitalier par patient.

En ce qui concerne le calcul du coût hospitalier par patient, il faut identifier ce qui est faisable. KPMG a constaté qu'il y a des limites quant à l'existence et l'exploitabilité de la documentation «patient». La définition de l'unité finale d'imputation, qui permettrait d'y affecter les données financières individuelles, reste la question centrale. A plusieurs reprises, les représentants des établissements hospitaliers ont rappelé la nécessité d'introduire une nouvelle nomenclature telle que la CCAM pour réaliser le calcul du coût par patient.

Compte tenu des travaux encore à réaliser, la date butoir du projet, à savoir le 31 janvier 2013, sera révisé.

5.3. ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE 2013/2014

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale. Le règlement grand-ducal du 11 août 2011 concernant l'enveloppe budgétaire globale détermine les dépenses et frais des établissements hospitaliers qui sont couverts par l'enveloppe en question.

L'enveloppe budgétaire globale ne remplace pas les budgets individuels des établissements hospitaliers. Le règlement grand-ducal ne se prononce pas clairement concernant l'impact sur l'ensemble des établissements hospitaliers si un ou plusieurs établissements dépassent leurs budgets respectifs.

Le gouvernement fixe la progression de l'enveloppe budgétaire globale en se basant sur un rapport d'analyse prévisionnel sur l'évolution des dépenses du secteur hospitalier pour les deux années à venir établi par l'inspection générale de la sécurité sociale. Ce rapport a été publié par l'IGSS début septembre. Le conseil de gouvernement a retenu dans sa réunion du 27 septembre une progression de 3,5% pour l'année 2013 (812,1 millions €) par rapport au total des dépenses estimées à charge de la CNS de l'année 2012 (784,6 millions €) et une progression de 3% pour l'année 2014 (836,4 millions €) par rapport à l'enveloppe globale 2013.

Le règlement stipule que la CNS prévoit lors des négociations une réserve pour imprévus, ne pouvant dépasser 2% de l'enveloppe globale. Cette réserve est à déduire de l'enveloppe. En plus de cette réserve, la CNS déduit encore un certain montant pour la prime annuelle, les pensions complémentaires et les indemnités pour médecins de garde. Le «Solde à disposition pour budgets individuels FF et FV» s'élève à 790,2 millions € en 2013 et à 811,7 millions € en 2014.

5.4. BUDGET 2013/2014

Les principes retenus par la CNS concernant les budgets individuels des établissements 2013/2014 ont été les suivants:

- Les budgets 2013 et 2014 ont été négociés ensemble.
- Comme la loi portant réforme du système de soins de santé introduit une enveloppe budgétaire sectorielle globale, la CNS a eu besoin de l'ensemble des demandes budgétaires avant l'établissement des contre-propositions pour avoir une vue globale. Ces demandes étaient à remettre pour le 30 juin au plus tard. La CNS a établi une synthèse des demandes présentées aux établissements lors d'une première réunion de concertation avec les établissements début juillet transmises par la suite à l'IGSS. Celle-ci a tenu compte des demandes des établissements lors de l'établissement de son rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers publié début septembre.
- Lors d'une deuxième réunion de concertation début octobre la CNS a informé les établissements du déroulement des négociations et de l'enveloppe budgétaire globale disponible (voir ci-dessus). Les négociations relatives aux frais variables ont eu lieu en octobre 2012 et ceux relatives aux frais fixes ont eu lieu

en novembre 2012. La FHL a participé à toutes les réunions de négociation Frais fixes et frais variables et assurer la diffusion d'information auprès de ses membres.

- Certaines normes ont été considérées comme prioritaires, et la CNS a essayé d'accorder dans la mesure du possible la hausse de la dotation résultant d'une hausse prévisible de l'activité.
- La CNS a accepté d'appliquer l'index aux contrats à une forte composante de frais de personnel.
- 2 millions € ont été transférés de l'enveloppe CTI-MdT vers l'enveloppe des investissements courantes. 1,5 millions € ont été attribués aux établissements «aigus» et répartis selon les clés déjà utilisées pour l'enveloppe des investissements courantes. Le reste, 0,5 millions € a été réparti entre les cinq établissements spécialisés en fonction des besoins de ces établissements. Il est prévu de revoir la répartition de l'enveloppe des investissements courants pour les budgets 2015/2016.
- Ce n'est qu'après la réunion de négociation du dernier établissement que la CNS a donné une réponse à tous les établissements. Ainsi la CNS a envoyé la première contre-proposition (en tenant compte des négociations des frais variables) relatives aux frais fixes début novembre. La deuxième contre-proposition a été envoyée à la mi-décembre à tous les établissements. Lors des négociations, la CNS a annoncé que cette deuxième contre-proposition est à considérer comme définitive. Si un établissement était en désaccord, il se devait de déclarer un litige respectivement convoqué la commission des budgets.
- La loi portant réforme du système des soins de santé prévoit que les protocoles d'accord sont à signer jusqu'au 31 décembre de l'année n-1 (c'est-à-dire le 31 décembre 2012). En pratique, les protocoles d'accord ont seulement été signés en 2013. Certains établissements ont demandé des corrections suite la deuxième contre-proposition. Deux établissements hospitaliers n'ont pas accepté cette deuxième contre-proposition et ont déclaré un litige. Les deux établissements ont pu trouver un accord avec la CNS suite à une négociation supplémentaire avec la CNS en présence des représentants de la FHL en 2013.

5.5. SALAIRE MOYEN: ADAPTATION DU MODÈLE DE PROJECTION DE LA MASSE SALARIALE

La FHL et la CNS ont pu se mettre d'accord sur un nouveau modèle de projection de la masse salariale. Certaines propositions qui avaient comme objectif de se rapprocher le plus possible de la réalité ont été abandonnées afin de garder le modèle simple et compréhensif.

Certains éléments ont été plus clairement définis (ETP, sorties présences,...). Ainsi, sont considérés comme sorties de l'année et comme présences les salariés qui sont engagés auprès de l'établissement dans le cadre du contrat collectif ou hCCT au 31.12.n-1 et ce au moins depuis le 01.07.n-1 (CDI et CDD). Le calcul taux de sortie est toujours basé sur des personnes et non pas sur des ETP.

Pour le taux de remplacement du salaire (cr), il est toujours calculé une moyenne nationale contrairement aux autres facteurs qui sont calculés par établissements.

Le glissement ne s'applique plus qu'aux éléments du salaire moyen soumis à l'effet du glissement des carrières.

En ce qui concerne le montant des frais de personnel à retenir, les remboursements de salaires en provenance d'organismes publics sont portés en déduction, à l'exclusion des remboursements de la Mutualité des employeurs. La CNS a accepté de neutraliser l'effet mutualité dans le calcul du salaire moyen.

5.6. LABORATOIRE: FACTURATION HOSPITALIÈRE ET EXTRA HOSPITALIÈRE ET DÉCOMPTE

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit qu'«un acte ou une prestation sont considérés comme effectués en milieu extrahospitalier s'ils sont dispensés au bénéfice d'un patient ambulatoire sans qu'un lien direct existe avec une prise en charge médicale concomitante ou sur un plateau médico-technique de l'établissement hospitalier en question».

Etant donné qu'une partie des actes et prestations laboratoires est considérée dorénavant comme extrahospitalière, il faut établir à une séparation des frais entre l'activité hospitalière et extrahospitalière. La CNS a proposé en 2011 d'imputer un certain pourcentage établi sur base de l'activité hospitalière/extrahospitalière des laboratoires sur le nouveau centre de frais non-opposable «laboratoire extrahospitalier».

Les établissements hospitaliers étaient d'avis que le taux proposé par la CNS est trop élevé. Les frais du laboratoire extrahospitalier ne seraient pas comparables aux frais des laboratoires privés étant donné que ceux-ci n'ont pas l'obligation de la permanence/garde. La FHL a élaboré la proposition suivante:

- Le montant des frais directs et indirects prend en compte les activités liées aux gardes et permanences, frais qui résultent d'une obligation spécifique hospitalière:

- La FHL demande de retirer tout type de frais directs (frais de personnel et autres natures de frais) en relation avec les gardes et permanences de l'assiette des frais fixes servant à la détermination de la part non opposable.
- Les répartitions de frais indirects doivent obéir aux mêmes principes: les clés des différents centres de frais seront ajustées afin de ne considérer comme frais en lien avec l'activité extrahospitalière que les frais n'ayant pas de relation avec les gardes/urgences/SAMU.
- Le taux de quote-part d'activité lié à l'activité extrahospitalière est provisoire et sera adapté au moment du décompte d'exercice en fonction des passages exacts extrahospitaliers par rapport à la totalité des passages réalisés par le laboratoire pour une année budgétaire.

La CNS accepte la proposition de la FHL avec la modification suivante: les frais de personnel des salariés qui s'occupent exclusivement de la prise de sang en relation avec l'activité extrahospitalière sont à imputer sur l'extrahospitalier.

5.7. CONVENTION AWC

AWC a repris l'intégralité des activités précédemment gérées par Van Breda. Dans le cadre d'une clarification des différents aspects des procédures de prise en charge et de facturation, la FHL a entamé des discussions pour la mise en place d'une nouvelle convention.

L'achat central fait partie des activités-clés de mutualisation réalisées par les établissements membres de la FHL. Il s'agit de l'une des activités visées par l'article 12 de la convention-cadre FHL-CNS relatif à l'organisation nationale des activités.

L'achat central repose sur un réseau coordonné de groupements qui sont composés, en considération de leurs missions, de représentants des directions, d'acheteurs, de techniciens et d'utilisateurs, et qui sont assistés par le département achats de la FHL.

L'activité des groupements est encadrée par des processus définis dans la cadre de l'Assurance Qualité Achats déployée par la FHL.

Cette activité a principalement pour objet de définir la stratégie de l'achat central, d'appuyer la professionnalisation de la fonction achat promue par le secteur, et de réaliser les projets d'achat commun des établissements membres de la FHL.

1. ACTEURS

1.1. COMITÉ DE PILOTAGE ACHAT CENTRAL

Le CP Achat Central est, dans le cadre de la fonction achat central, l'organe stratégique. Il est présidé par un directeur d'établissement membre de la FHL (Président en fonction: Monsieur Jean-Paul Freichel, Directeur Administratif et Financier du CHL) et est composé de représentants de tous les établissements membres.

Les principales fonctions du CP Achat Central consistent à:

- proposer au Conseil d'Administration de la FHL la politique générale de l'achat central,
- superviser les actions des groupements d'achat,
- définir des positions communes sur des problématiques transversales de l'achat central,
- harmoniser la conception générale des projets dans les différents segments d'action.

1.2. GROUPEMENTS D'ACHAT

Les groupements d'achat sont les organes en charge de l'identification du potentiel d'achat commun et d'étude du marché. Ils sont potentiellement composés de représentants de tous les établissements membres de la FHL.

Les principales fonctions des groupements d'achats consistent à:

- identifier et recenser les initiatives de projets de marchés,
- identifier les opportunités et contraintes des projets,
- développer la connaissance du marché «vendeurs».

Dans ce contexte, les principaux axes de travail sont:

- le partage d'information/d'expérience entre établissements et au niveau international,
- l'identification de best practices et des solutions contractuelles innovantes (ex.: contrats de coopération public-public, dialogue compétitif, accords-cadres, contrat performance, prise en compte de critères environnementaux dans les cahiers des charges),
- les travaux méthodologiques (tels que la discussion et le partage des trames standard des procédures et des documents contractuels),
- l'approfondissement des techniques de recours aux différentes procédures de passation de marchés.

Les groupements d'achats existants sont les suivants:

- Groupement d'achat de produits médicaux (GAP-MED),
- Groupement d'achat de perfusions/médicaments (GAP-PERF),
- Groupement d'achat d'équipements médico technique (GA-MdT).

1.3. GROUPES DE TRAVAIL

Les groupes de travail sont les organes qui mettent en œuvre les projets d'achat commun. Un groupe de travail mis en place dans le cadre d'un projet est composé de représentants des établissements participants à ce projet. Leur composition est définie *ad hoc*, par projet.

Les principales fonctions des groupes de travail consistent à :

- approfondir la connaissance du marché sur l'objet précis du projet,
- préciser la définition des besoins pour établir des spécifications techniques,
- définir et valider les techniques/tactiques procédurales et contractuelles,
- effectuer les analyses des offres reçues dans le cadre des procédures d'achat commun,
- préparer les décisions d'attribution des marchés qui seront proposées à l'organe décisionnel.

Les groupes de travail suivants ont été actifs en 2012 :

- Groupement des pharmaciens-gérants (marchés de produits pharmaceutiques, cf. ci-dessous),
- Groupe de travail Scanners (GT-SCAN),
- Groupe de travail «déchets hospitaliers» (GT-DH).

1.4. DÉPARTEMENT ACHATS DE LA FHL

Le département achats de la FHL effectue la coordination de l'activité achat central de la FHL. Sa dotation est d'1 ETP conseiller, réparti en 3 compétences FHL part time, et d'1 ETP secrétariat.

Les missions du département achats sont transversales au niveau des différents groupements, et au niveau des segments d'achat. Les principales fonctions du département achats sont de :

- conseiller les organes stratégiques et décisionnels, les groupements d'achats et les groupes de projet, sur les aspects juridiques, économiques et tactiques des dossiers,
- coordonner les actions des groupements,
- élaborer les livrables/documents des marchés communs,
- effectuer le suivi de l'exécution des marchés sur demande des établissements.

Dans ce contexte, il accompagne les établissements à différents niveaux :

- définition en commun des besoins,
- conception des solutions contractuelles appropriées :
 - pour organiser les relations entre établissements en vue de la préparation et de la mise en œuvre des projets,
 - pour optimiser les potentiels économiques et qualitatifs des rapports contractuels avec les prestataires ou fournisseurs,
- mise en œuvre des projets, avec notamment pour missions :
 - de rationaliser les flux d'activité dans le cadre des groupes de travail qui constituent les moteurs des projets,
 - de rédiger la documentation contractuelle en concertation avec les groupes de travail,
 - d'animer les groupes de travail au stade de l'analyse des offres,
 - d'assurer le support administratif et juridique en cours de mise en œuvre des projets, et notamment de développer et mettre en œuvre les outils informatiques et documentaires appropriés, et de gérer les communications avec les opérateurs économiques et les administrations,
- support dans le suivi de l'exécution de projets,
- analyse de l'impact économique et qualitatif des projets.

2. OUTILS

2.1. «CENTRALE DE SERVICES ACHATS»

Un mécanisme conventionnel de coopération pour la réalisation des projets d'achats communs, conçu en 2010, a été développé en 2011 et son déploiement s'est poursuivi en 2012.

Ce mécanisme repose sur une externalisation des aspects juridiques, administratifs et procéduraux des dossiers vers la FHL. Les missions de celle-ci sont dans ce contexte définies comme suit :

- sauf si l'objectif du projet consiste à acquérir des fournitures ou services en vue de la mise en place d'un service commun au niveau de la FHL, la FHL n'est pas partie au marché conclu sur base de la procédure,
- la FHL réalise les diligences procédurales à effectuer par le pouvoir adjudicateur aux termes de la loi sur les marchés publics et ses règlements d'exécution,
- la FHL est le point de contact unique des soumissionnaires pour toutes communications pendant la procédure de passation,
- la FHL prend les décisions nécessaires ou indiquées au cours et à l'issue de la procédure, les notifie et, le cas échéant, en communique les motifs,

- les représentants légaux de la FHL signent le ou les contrat(s),
- la FHL intervient, sur demande des établissements, afin d'effectuer le suivi du marché ou de défendre les intérêts des établissements dans le cadre de l'exécution du marché.

La technique a été approfondie en 2012 dans deux directions:

- dans les cas où la convention organise les missions et actions des intervenants à partir du lancement des avis de marché ou des invitations à entrer en pourparlers: standardisation et simplification des documents,
- dans les cas où la convention organise les missions et actions des intervenants dès le stade de la préparation du cahier de charges: première expérience dans le cadre du marché SCAN2012. La documentation pourra servir de modèle pour de potentielles actions futures. Ce type de convention serait toutefois à réserver aux dossiers techniquement complexes.

Le processus décisionnel mis en œuvre dans le cadre de la centrale de service achats a été simplifié en 2012. A l'initiative du département achats, retranscrivant les besoins et demande des groupements d'achat et des groupes de projet, une délégation de la compétence décisionnelle du Conseil d'Administration de la FHL a été effectuée, suivant le régime légal applicable. A la demande du Conseil d'Administration de la FHL, la compétence a été déléguée au Secrétaire Général. Cette délégation a été validée suivant décision de l'Assemblée Générale ordinaire de la FHL d'avril 2012.

Cette délégation a été appliquée à partir d'avril 2012 dans les projets d'achat commun, avec la plus-value attendue, notamment en termes de flexibilité du timing des prises de décisions et de simplicité des flux et supports d'information.

2.2. ASSURANCE QUALITÉ ACHATS

Le volet «Assurance qualité achats» a constitué une mission transversale du département achats, qui a progressé en 2012 sur les aspects suivants:

- familiarisation du terrain avec les procédures des marchés publics,
- expérimentation des techniques procédurales (types de procédures, méthodes d'analyses et cotation) et de techniques contractuelles (accords-cadres, gestion des inexécutions),
- standardisation des procédures d'achat quant à leur phasage et leur contenu,
- mise en place de trames de documents-modèles (notamment avis de marché et cahiers spéciaux des charges),
- réalisation, après clôture des principales étapes des projets, de retours sur expérience dont le résultat a été «réinjecté» dans des projets ultérieurs,
- développement de méthodes de recueil et de consolidation de données,
- développement d'un tableau de bord de l'achat central présentant de façon synthétique les marchés communs passés, en cours et projetés, avec leurs objectifs et résultats,
- communication avec des acteurs de secteurs de la santé à l'étranger, dans un objectif de partage d'informations et d'expériences.

La mise en place d'une plate-forme de communication automatisée avec les établissements, en vue de simplifier les flux d'information, sera l'un des chantiers de l'activité Assurances Qualité Achats en 2013.

3. ACTIVITE MARCHES COMMUNS EN 2012

3.1. SUIVI DES MARCHÉS EN COURS

Le département achats a accompagné les établissements dans le suivi des marchés conclus en 2010 et 2011. Ceci s'est notamment traduit par:

- une assistance à la négociation des conventions subséquentes du marché SIRH (project change requests, suivi post go live),
- la mise en œuvre des mécanismes régulateurs prévus par le marché «médicaments divers» conclu en 2011 (MD2011), avec application, à l'encontre d'un fournisseur, de la faculté de remplacement prévue par le cahier spécial des charges, recouvrement intégral des surcoûts causés par les inexécutions, et activation de l'accord-cadre conclu avec des fournisseurs concurrents pour palier, avec un résultat économique satisfaisant, les inexécutions commises par ce fournisseur.

3.2. MARCHÉS CONCLUS EN 2012

3.2.1 RENOUELEMENT DU MARCHÉ «PERFUSIONS» (PERF2012)

- établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, FFE/HK, ZK,
- envergure: 1.700.000.- EUR HT,

- procédure: ouverte,
- résultat méthodologique: «remplissage» de la trame documentaire et des méthodes d'examen/cotation des offres des marchés de fourniture précédents, communication efficace entre intervenants et déroulement fluide de la procédure,
- résultat économique: prix globalement stables, légère augmentation du prix total prévisionnel de certains lots en contrepartie d'une amélioration qualitative permettant une diminution prévisionnelle des coûts d'utilisation.

3.2.2. MARCHÉS NÉGOCIÉS DE FOURNITURE DE MÉDICAMENTS DIVERS (MN2012):

- établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, FFE/HK, ZK,
- envergure: 25.000.000.- EUR HT,
- procédure: négociée sans publication d'avis (produits sous droits d'exclusivité),
- résultat méthodologique: préparation d'une motivation détaillée de la décision de recourir à une procédure négociée, élaboration et diffusion de conditions générales d'achat de médicaments, mise en place de techniques contractuelles variées pour impacter les prix,
- résultat économique: des économies sur prix total prévisionnel ont été réalisées malgré l'absence de concurrence.

3.2.3. FOURNITURE DE 3 SCANNERS (SCAN2012)

- établissements participants: CHEM, CHL, FFE/HK,
- envergure: 3.600.000.- EUR HT,
- procédure: ouverte,
- résultat méthodologique: mise en œuvre d'une technique incitant les soumissionnaires à la compétitivité par la massification dans un contexte où certaines spécifications pouvaient différer d'un lot à l'autre en fonction des besoins, mise en œuvre de la technique de l'option obligatoire pour le contrat de maintenance avec garantie de durée d'activité (uptime),
- résultat économique: acquisition, dans le budget CTI, des équipements présentant les meilleures caractéristiques qualitatives possibles au regard des caractéristiques demandées par les Etablissements, avec les services associés, avec 2 ans de garantie et la faculté de conclure un contrat de maintenance complet, après expiration de la garantie, pour un prix prédéfini et non indexé pendant 5 ans.

3.2.4. RENOUVELLEMENT DU MARCHÉ DES DISPOSITIFS À USAGE UNIQUE

- établissements participants: CHEM, CHdN, CHL, FFE/HK, ZK,
- envergure: 3.200.000.- EUR HT,
- procédure: restreinte sans publication d'avis,
- résultat méthodologique: mise en œuvre de techniques incitant les soumissionnaires à la compétitivité par la massification,
- résultat économique: prix globalement stables, légère augmentation du prix total prévisionnel de certains lots en contrepartie d'une amélioration qualitative permettant une diminution prévisionnelle des coûts d'utilisation.

3.3. PRINCIPAUX MARCHÉS EN PRÉPARATION EN 2012

- Fourniture de médicaments dérivés du plasma humain:
 - établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, FFE/HK, ZK,
 - envergure: 10.000.000.- EUR HT,
 - procédure: ouverte,
 - principale spécificité: coopération avec la Croix-Rouge luxembourgeoise afin que celle-ci vende au fournisseur une partie significative de la matière de base (plasma) nécessaire à la production des fournitures vendues aux établissements,
 - objectifs: assurer la continuité de l'approvisionnement en Fournitures à un rapport qualité/prix optimisé, à prix non révisable et adhérer à la politique d'autosuffisance du Grand-Duché de Luxembourg en sang, en composants sanguins et en produits sanguins,
 - statut du dossier fin 2012: préparation des documents de soumission en vue d'une publication de l'avis de marché fin février / début mars 2013.
- Fourniture de produits de nutrition entérale et de compléments nutritionnels:
 - établissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, FFE/HK, ZK,

- envergure: 600.000.- EUR HT,
- procédure: ouverte,
- objectifs: massification, mise en concurrence, diminution des coûts, gestion de la commercialisation de nouvelles fournitures en cours d'exécution du marché,
- statut du dossier fin 2012: préparation des documents de soumission en vue d'une publication de l'avis de marché au premier semestre 2013.
- Elimination des déchets hospitaliers infectieux:
 - établissements participants: tous,
 - envergure et procédure: à définir,
 - objectifs: massification et définition d'une solution nouvelle,
 - statut du dossier fin 2012: après discussions avec la Direction de la Santé et l'Administration de l'Environnement, prise de contact avec le SIDOR pour examiner un potentiel de coopération future.

4. PERSPECTIVES DE PROJETS DE MARCHES EN 2013

- Fourniture de médicaments dérivés du plasma humain (cf. ci-dessus),
- Fourniture de produits de nutrition entérale et de compléments nutritionnels (cf. ci-dessus),
- Renouvellement des marchés de fourniture de produits de contraste conclus en 2011,
- Renouvellement des marchés de fourniture d'EPO conclus en 2011,
- Renouvellement des marchés de fourniture de médicaments divers,
 - procédure ouverte,
 - marchés négociés,
- Marchés d'acquisition d'équipements médico-techniques (à définir, notamment en fonction des Budgets CTI).
- Elimination des déchets hospitaliers infectieux (cf. ci-dessus).

5. PROJETS INTERNATIONAUX

La FHL a participé en 2011 à une candidature collective, dans le cadre d'un programme d'accord de subvention par l'Union Européenne, pour participer à un projet d'achat mutualisé international de fournitures innovantes dans le domaine du «bien vieillir» (projet «HAPPI», «Healthy Ageing Public Procurement of Innovations»).

Cette candidature collective a été retenue.

Les acteurs sont les suivants:

- en tant que structure d'achats: Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile-de-France (Resah-idf) (France), Centrale de Marchés Mercure (Belgique), Società di Committenza Regione Piemonte (Italie), NHS Commercial Solutions (Royaume-Uni) et FHL,
- en tant qu'experts en SME, innovation et achats: Oséo (France), Bitetic (Royaume-Uni), ICLEI (Allemagne),
- en tant qu'organisations académiques: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (France), Università degli Studi di Torino (Italie).

Les principales «activités» du projet sont:

- identification et évaluation des produits et solutions innovants existant (étude de marché),
- étude de faisabilité d'une structure d'achat mutualisé entre pouvoirs adjudicateurs soumis aux lois de différents pays,
- mise en place de la structure choisie,
- mise en œuvre d'une procédure de passation de marché public,
- achat public conjoint d'une valeur de 2.500.000.- EUR.

L'intérêt pour la FHL est:

- de rentrer dans un réseau de centrales d'achat,
- de bénéficier de leur expérience,
- d'apprécier la faisabilité d'une structure d'achat international, ce qui paraît important pour le Luxembourg, notamment dans le cadre de la Grande Région,
- de développer une expérience dans les mécanismes d'achats innovants.

1. PROJETS NATIONAUX

1.1. CENTRE INFORMATIQUE SECTORIEL

En 2012, le Conseil d'Administration de la FHL a mandaté un comité de préfiguration dans le but de finaliser l'ensemble des travaux de préparation en vue de créer le Centre Informatique Sectoriel avant le 1^{er} janvier 2013. Ce comité s'est réuni 7 fois entre le 11/09/2012 et le 5/12/2012 afin de notamment finaliser les statuts, les règles de financement, les aspects ressources humaines, ... Un fantastique travail de collaboration entre l'ensemble des membres a permis le 20/12/2012 de réaliser l'Assemblée Générale constitutive de la société LUXITH G.I.E. suivi de la première réunion de son Conseil de Gérance.

Le Conseil de Gérance est composé comme suit:

FHL	Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois	Marc Hastert
CHEM	Centre Hospitalier Emile Mayrisch	Daniel Cardao
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg	Jean-Paul Freichel
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique	Marc Graas
FFE incl. CBK	Fondation François Elisabeth (Hôpital Kirchberg et Clinique Sainte-Marie) Clinique Dr Bohler S.A.	Christian Oberlé
Zitha	ZithaKlinik S.A.	Jacques Federspiel
CNRFR	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation	Patrick Reinert
CFB	Centre François Baclesse	Gilles Sommerhalter
HIS	Hôpital Intercommunal de Steinfort	Luc Gindt
INCCI	Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle	André Putz

La direction du G.I.E. est confiée à Christophe Nardin.

A partir du 1^{er} janvier 2013, l'ensemble des activités informatiques de la FHL sont transférés vers cette société. Un transfert d'entreprise a eu lieu à cette date: l'ensemble du département informatique (7 personnes) est donc transféré.

C'est donc la dernière contribution du département informatique au rapport d'activité de la FHL. Mais il est important de noter que LUXITH G.I.E. va garder des rapports extrêmement étroits avec la FHL car le groupement sera localisé dans les locaux de la FHL, sa gestion administrative sera réalisée par la FHL, LUXITH opérera l'informatique de la FHL, ... LUXITH G.I.E. est un sous-traitant informatique de la FHL et il a été retenu que le CA de la FHL va valider annuellement le plan stratégique de LUXITH G.I.E. assurant ainsi un contrôle des activités du G.I.E. par la FHL.

1.2. LUXISPAS – LUXFACT

1.2.1. ACTIONS DE PROMOTION ET D'AMÉLIORATION DES SERVICES OFFERTS POUR LES APPLICATIONS LUXISPAS, LUXFACT ET LUXMED EN 2012

Mise en exploitation de LuxMED au CHEM pour la facturation des honoraires des médecins urgentistes.

Séances d'information auprès de la cellule statistiques de la FFE et la société FORCEA pour la mise en place d'un ETL qui récupère des données de LuxFACT au sein du Datawarehouse global de la FFE.

Travail de coordination avec les sociétés UNIFIED-POST et PwC, ainsi que les représentants des services de facturation de la FFE, pour la mise en place d'une solution d'externalisation de l'impression, expédition et archivage des factures générées au sein de LuxFACT/LuxisPAS.

Mise en place et utilisation du logiciel OTRS (logiciel de gestion de «tickets») dans le cadre du support de 2nd niveau pour l'application LuxisPAS/LuxFACT.

Constitution de deux structures pour la gestion des demandes d'évolutions de l'application LuxisPAS/LuxFACT:

- Un groupe utilisateur (UG) qui a pour mission de formuler ses besoins auprès des équipes de développement de LUXITH.
- Un groupe de pilotage (MCAB) pour décider de la pertinence et des priorités de ces demandes lorsque celles-ci représentent une charge de travail conséquente.
- Un groupe de contrôle (CAB) pour la priorisation des demandes représentant une charge moindre de travail et réaliser les arbitrages lorsque nécessaires.

Préparation de l'intégration de LuxFACT en interaction avec ORBIS à la FFE pour la gestion des ADT et prestations à facturer en remplacement de KISSMED.

Contact avec la société FUJITSU pour démonstration de l'application en vue de redévelopper son interface homme-machine dans un environnement informatique plus récent.

1.2.2. ACTIVITES RECURRENTES TOUT AU COURS DE L'ANNÉE

Support utilisateur et technique (pour les bases de données sous Oracle notamment) auprès de CFB, CHEM, CHNP, ZithaKlinik, HK, CSM, CB et Haus-Omega.

Adaptation et diffusion du guide utilisateur de l'application LuxFACT suivant les évolutions apportées à l'application.

Extension des univers de l'application réalisés avec Business Objects, ainsi que réalisation de statistiques suivant les demandes spécifiques formulées par CHNP, ZithaKlinik, CHEM et FFE.

Adaptation des interfaces HL7/ADT et «prestations externes» suivant les changements de règles de gestion dans les établissements, et suivant les ajouts/remplacements/adaptations des systèmes connexes à LuxFACT/LuxisPAS qui transmettent ou reçoivent des messages de ce type.

1.2.3. EVOLUTIONS MAJEURES APPORTÉES À LUXISPAS/LUXFACT EN 2012

Les évolutions sur les applications LuxisPAS et LuxFACT ont été délivrées à travers les versions suivantes:

- Version 6.0a – Juin 2012
- Version 6.1a – Octobre 2012

Evolutions techniques:

Migration effective de l'application LuxisPAS/LuxFACT en environnement Windows7-64 bits.

Transformation de l'univers BO pour supporter la norme ANSI SQL 92 au lieu de la syntaxe spécifique à Oracle.

Application Luxis-PAS (Gestion centralisée des ADT et de la facturation)

Cette application n'a fait l'objet d'aucune évolution majeure étant donné que les établissements qui la possèdent envisageaient de migrer la partie ADT de LuxisPAS vers ORBIS ou une autre solution.

Module LP-US (Gestion décentralisée des ADT)

Idem LuxisPAS.

Module LuxMED (Facturation des honoraires médicaux)

Implémentation des règles suivantes pour la facturation des honoraires médicaux:

- Règle du cumul de plusieurs actes techniques (article 9 du livre bleu)
- Règle du cumul entre actes généraux et actes techniques (article 10 du livre bleu): point 1 et 2.

Application LuxFACT (Facturation et gestion des prises en charge)

Externalisation de l'impression, archivage et expédition de leurs factures-patient auprès d'un fournisseur externe spécialisé dans ce domaine via l'échange de données en format XML.

Possibilité d'enregistrer plusieurs caisses de maladies et/ou mutuelles au niveau des affiliations sur une admission d'un patient suivant des périodes de temps.

Possibilité de modifier certaines données d'admission indépendamment du statut de facturation de l'admission.

Architecture logicielle et interfaces externes

Support de plusieurs segments IN1 au sein des messages HL7/ADT entrants de LuxFACT.

Possibilité de modifier ou annuler des prestations de confort sans avoir à toutes les ré-injecter.

Transformation et injection de prestations transmises sous forme de «liste de codes» en prestation dans un format de données «relationnelles» exploitables par LuxFACT.

Retrait de la demande d'hospitalisation de la couverture fonctionnelle de LuxisPAS en la remplaçant par une interface apte à traiter des messages de même nature en provenance de systèmes externes.

1.2.4. FORMATIONS SUIVIES PAR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE PROJET AU COURS DE L'ANNÉE 2012

Néant.

1.2.5. FORMATIONS SOUHAITÉES

- Développement Java, JSF, Swing
- Administration de serveur d'application Java
- Administration Oracle.

1.2.6. RÉPARTITION DE LA CHARGE DE TRAVAIL EN 2012 POUR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE LUXISPAS/ LUXFACT

L'équipe LuxisPAS/LuxFACT est composée de 2 personnes sur l'année 2012: Franck MASQUELIER et Olivier WIKTOR. Leur charge de travail sur cette application pour l'année s'est répartie suivant les tableaux figurant dans les pages qui suivent.

Un stagiaire, Guilhem BERNA de l'UTC (Université Technologique de Compiègne), a finalisé son travail de stage au sein de l'équipe. Il concernait l'évaluation de plates-formes de développement potentielles qui pourraient être utilisées pour le revamping des écrans de LuxFACT et LuxMED. Dû à la complexité de la mission, seule la plate-forme WebDEV a été évaluée.

Répartition par sous-projet et domaine d'ingénierie logicielle

Sous-Projet	Activité	Franck		Olivier		Total	
		Jours	%	Jours	%	Jours	%
LuxFACT	Changement de version ou outil/ environnement de développement		0,00%	0,125	0,04%	0,125	0,04%
	Communication et gestion de projet	6,1875	1,87%	21,3125	6,43%	27,5	8,29%
	Démarrage ou migration dans un établissement	25,9375	7,82%	0,4375	0,13%	26,375	7,95%
	Développement et test	61,125	18,44%	31,125	9,39%	92,25	27,82%
	Documentation		0,00%	2,125	0,64%	2,125	0,64%
	Luxfact Oracle	3,8125	1,15%		0,00%	3,8125	1,15%
	Setup Luxfact	8,6875	2,62%	5,5	1,66%	14,1875	4,28%
	Support utilisateur et informatique	33,5	10,10%	9,25	2,79%	42,75	12,89%
Total LuxFACT		139,25		69,875	21,07%	209,125	63,07%
LuxFACT-eINVOICING	Communication et gestion de projet	0,0625	0,02%	4,5625	1,38%	4,625	1,39%
	Développement et test	1,4375	0,43%	56,625	17,08%	58,0625	17,51%
	Spécification et rédaction de CdC		0,00%	1,125	0,34%	1,125	0,34%
	Support utilisateur et informatique	0,6875	0,21%	2,0625	0,62%	2,75	0,83%
Total LuxFACT-eINVOICING		2,1875	0,66%	64,375	19,42%	66,5625	20,08%
LuxFACT-HAUSOMEGA	Développement et test		0,00%	0,4375	0,13%	0,4375	0,13%
	Support utilisateur et informatique	0,3125	0,09%	0,25	0,08%	0,5625	0,17%
Total LuxFACT-HAUSOMEGA		0,3125	0,09%	0,6875	0,21%	1	0,30%
LuxFACT-LABOAMB	Analyse	0,375	0,11%	0,5	0,15%	0,875	0,26%
	Développement et test	1,75	0,53%	6,1875	1,87%	7,9375	2,39%
	Support laboamb	5,5625	1,68%	0,5	0,15%	6,0625	1,83%
Total LuxFACT-LABOAMB		7,6875	2,32%	7,1875	2,17%	14,875	4,49%
LuxFACT-POC250	support LuxfactPOC	0,5	0,15%		0,00%	0,5	0,15%
Total LuxFACT-POC250		0,5	0,15%		0,00%	0,5	0,15%
LuxFACT-REVAMPING	Communication et gestion de projet		0,00%	6	1,81%	6	1,81%
	Développement et test		0,00%	1,8125	0,55%	1,8125	0,55%
	Documentation		0,00%	1,1875	0,36%	1,1875	0,36%
Total LuxFACT-REVAMPING			0,00%	9	2,71%	9	2,71%
LuxMED	Communication et gestion de projet	0,875	0,26%	1,25	0,38%	2,125	0,64%
	Démarrage ou migration dans un établissement		0,00%	0,125	0,04%	0,125	0,04%
	Développement et test	21,3125	6,43%	1,1875	0,36%	22,5	6,79%
	Documentation	0,5	0,15%		0,00%	0,5	0,15%
	Luxmed -analyse	0,125	0,04%		0,00%	0,125	0,04%
	Spécification et rédaction de CdC	1,5	0,45%		0,00%	1,5	0,45%
	Support utilisateur et informatique	1,625	0,49%	2	0,60%	3,625	1,09%
Total LuxMED		25,9375	7,82%	4,5625	1,38%	30,5	9,20%
Total général		175,875	53,04%	155,6875	46,96%	331,5625	100,00%

Répartition par sous-projet et établissement

Ressource	Sous-Projet	CB	CFB	CHEM	CHL	CHNP	CNS	CSM	CST	EHL	FFE	HK	Multi-Etab.	RZ	(vide)	Total général
Franck	LuxFACT	0,19%	0,65%	3,09%		2,83%		0,37%	3,63%	5,11%	4,30%	1,34%	2,05%		1,12%	24,69%
	LuxFACT-HAUSOMEGA								0,17%							0,17%
	LuxFACT-LABOAMB			0,91%			0,07%		0,89%	6,63%	0,07%	0,00%	0,67%			9,26%
	LuxFACT-MIGCHEM			3,95%						1,98%					0,34%	6,26%
	LuxFACT-POC250								0,04%	0,22%	0,41%	0,19%				0,86%
	LuxMED				0,07%					0,11%						0,19%
Total Franck		0,19%	0,65%	7,96%	0,07%	2,83%	0,07%	0,37%	4,73%	14,05%	4,79%	1,53%	2,72%	0,00%	1,45%	41,42%
Olivier	LuxFACT	0,84%	0,20%	2,83%		3,50%		0,04%	2,59%	0,41%	3,88%	0,20%	8,31%		0,28%	23,09%
	LuxFACT-eINVOICING								0,13%		1,02%		0,06%			1,21%
	LuxFACT-HAUSOMEGA								2,07%							2,07%
	LuxFACT-LABOAMB			0,04%					0,17%		0,06%	0,11%	4,71%	0,06%		5,14%
	LuxFACT-MIGCHEM			3,76%											0,13%	3,89%
	LuxFACT-POC250	0,04%							0,15%		0,15%		1,58%			1,92%
	LuxFACT-REVAMPING									1,06%					1,12%	8,46%
	LuxMED			6,54%	0,37%					0,30%	1,40%		4,19%			12,80%
Total Olivier		0,88%	0,20%	13,17%	0,37%	3,50%	0,00%	0,04%	5,11%	1,77%	6,50%	0,32%	25,14%	0,06%	1,53%	58,58%
Total général		1,06%	0,86%	21,13%	0,45%	6,34%	0,07%	0,41%	9,84%	15,82%	11,29%	1,84%	27,86%	0,06%	2,98%	100,00%

Répartition par sous-projet et domaine fonctionnel

Sous projet	Domaine	Franck	Olivier	Total général
LuxFACT	Administration Oracle	2,73%	0,00%	2,73%
	ADT (métier)	10,61%	2,66%	13,27%
	Archivage	1,41%	0,00%	1,41%
	Comptabilité (métier)	0,23%	0,58%	0,81%
	Configuration/support pour mise en production/migration nouvel établissement	0,83%	0,02%	0,85%
	Facturation (Métier et hors modèle de facture-relevé de facture)	8,84%	3,85%	12,69%
	Facturation (modèle de facture-relevé de facture)	0,06%	1,70%	1,75%
	Fusion de patient	0,19%	0,00%	0,19%
	Gestion des lits (L_SPORG)	1,45%	0,13%	1,58%
	Interface ADT	3,09%	0,09%	3,19%
	Interface CMCM	0,04%	0,00%	0,04%
	Interface CNS	1,41%	0,34%	1,75%
	Interface DFT	3,00%	0,11%	3,11%
	Interface système comptable	1,30%	0,23%	1,53%
	LP-Admin	0,38%	0,00%	0,38%
	LPIntf (fonctionnement)	0,40%	0,00%	0,40%
	Outil administration (LDAP; Synonymes privé, gramt, suivi analyse,)	1,39%	0,00%	1,39%
	Outil d'assistance (Mail, Batch, Load, ...)	0,11%	0,40%	0,51%
	Portage	0,00%	0,11%	0,11%
	Prise en charge (métier)	0,04%	0,04%	0,08%
	Projet - LuxMED	0,09%	0,00%	0,09%
	PS Polyclinique à 2,50	0,08%	0,00%	0,08%
	Rapport flux des patient et taux d'occupation	0,26%	0,00%	0,26%
	Setup	1,66%	1,43%	3,09%
	Statistique et rapport	0,23%	2,32%	2,54%
	(vide)	2,17%	7,07%	9,24%
Total LuxFACT		42,00%	21,07%	63,07%
LuxFACT-eINVOICING	Facturation (modèle de facture-relevé de facture)	0,64%	18,25%	18,89%
	(vide)	0,02%	1,17%	1,19%
Total LuxFACT-eINVOICING		0,66%	19,42%	20,08%
LuxFACT-HAUSOMEGA	ADT (métier)	0,04%	0,02%	0,06%
	Configuration/support pour mise en production/migration nouvel établissement	0,00%	0,02%	0,02%
	Facturation (Métier et hors modèle de facture-relevé de facture)	0,06%	0,00%	0,06%
	Facturation (modèle de facture-relevé de facture)	0,00%	0,13%	0,13%
	Prise en charge (métier)	0,00%	0,04%	0,04%
Total LuxFACT-HAUSOMEGA		0,09%	0,21%	0,30%
LuxFACT-LABOAMB	Comptabilité (métier)	0,11%	0,72%	0,83%
	Facturation (Métier et hors modèle de facture-relevé de facture)	2,21%	1,45%	3,66%
Total LuxFACT-LABOAMB		2,32%	2,17%	4,49%
LuxFACT-POC250	Facturation (Métier et hors modèle de facture-relevé de facture)	0,15%	0,00%	0,15%
Total LuxFACT-POC250		0,15%	0,00%	0,15%
LuxFACT-REVAMPING	(vide)	0,00%	2,71%	2,71%
Total LuxFACT-REVAMPING		0,00%	2,71%	2,71%
LuxMED	Projet - LuxMED	7,79%	1,32%	9,10%
	(vide)	0,04%	0,06%	0,09%
Total LuxMED		7,82%	1,38%	9,20%
Total général		53,04%	46,96%	100,00%

1.2.7. PERSPECTIVES 2013

Pour Luxis-PAS:

- Maintien en exploitation de la partie «ADT» de LuxisPAS/LP-US au CHEM.

Pour LuxFACT:

- Module d'édition des ordonnances laboratoire à partir de LuxFACT suivant l'ordre des factures dans un relevé CNS.
- Possibilité de simuler le calcul de notes de crédit et modifier les refus sur ligne de facture tant que la note de crédit définitive n'a pas été calculée.
- Intégration d'un module de gestion de suivi des plaintes sur les factures patient au sein de LuxFACT.
- Traitement automatique ou semi-automatique des refus de paiement figurant dans les fichiers de retour de facturation de la CNS.
- Possibilité de facturer les mutuelles indépendamment des caisses principales, de la même façon que les part-patients.
- Adaptation éventuelle des formats de fichiers échangés avec la CMCM.
- Extension des services en ligne avec la CNS.
- Donner la possibilité d'ajouter/annuler des séjours dans l'historique des séjours d'un patient pendant une hospitalisation.

Evolutions techniques – veille technologique:

- Mise en place d'une plate-forme d'échange «Share-Point» pour l'échange d'information entre les établissements et LUXITH dans le cadre des services offerts par LUXITH sur les applications LuxisPAS, LuxFACT et LuxMED.
- Elaboration d'un cahier des charges avec choix d'un prestataire externe en vue de la ré-écriture des écrans de LuxFACT actuellement sous VB6 vers:
 - Un environnement «ouvert» de type JSF ou SWING,
 - Ou un environnement propriétaire de type «Webdev/Windev».

1.2.8. PERSPECTIVES APRÈS 2013

Pour LuxFACT:

- Préparation éventuelle de l'intégration et du démarrage de LuxFACT à Rehazenter.
- Intégration de la gestion des paiements de factures via une interface Multiline.
- Systématisation de la gestion des périodes de validité des informations sur toutes les tables de référence.
- Suivant les besoins, présentation de l'application au CHL et CHdN.

Interfaces externes de via HL7:

- Extensions des messages HL7 entrants et sortants sur les masters tables et les messages de type ADT.

Evolutions techniques – veille technologique:

- Passage de l'application LuxFACT et de ses bases de données sous jacentes dans un mode «multi-sociétés» en complément du mode «multi-schémas» tel qu'il en est actuellement.

1.3. GINRHU

Pas d'activité particulière sur ce service qui est amené à disparaître en janvier 2013 avec la mise en production du projet SIRHIUS pour l'ensemble des établissements.

1.4. PROJET SIRHIUS

L'année 2012 a vu la mise en production du projet SIRHIUS comportant l'application de gestion de ressources humaines HR Access, l'application de planification HCPS ainsi que les différentes interfaces et infrastructures autour de ses applications.

La mise en place de ces applications ont permis en 2012 de réaliser le calcul de salaire de 4.878 collaborateurs ce qui représente un total de 58.536 salaires calculés. De même, l'application HCPS a permis de réaliser la planification de 4.575 salariés.

L'équipe SIRHIUS est composée de 3 personnes, pour 2,8 équivalent temps plein. Cette équipe a donc œuvré pleinement sur la mise en place, le suivi et le support de ses applications: Ce travail peut se résumer en 4 axes:

- ServiceDesk utilisateurs
- Support des infrastructures
- Projet de mise en place de nouvelles fonctionnalités
- Projet de démarrage des établissements non pilotes

1.4.1. SERVICEDESK UTILISATEURS

La mise en place du projet SIRHIUS a généré beaucoup de problèmes. Ces problèmes sont de plusieurs types et ont pour origines plusieurs raisons:

- Problèmes fonctionnels → nouvelle façon de travailler parfois assez différentes
- Assistance aux utilisateurs → formation des utilisateurs parfois insuffisants
- Problèmes techniques → infrastructures et technologies instables

Ce ServiceDesk est géré grâce à un outil dédié (OTRS) qui nous permet de réaliser le suivi de l'ensemble des incidents, anomalies et demandes des utilisateurs. Nous avons reçu au total pour l'année 3.295 incidentes/anomalies/demandes.

De gros problèmes techniques ont été rencontrés en cours d'année principalement liés aux performances de HR Access et à la complexité de son architecture. Au point de vue de l'application HCPS, c'est au niveau des nouvelles versions que nous avons dû faire face à de nombreux problèmes de régression. A chaque fois, nous avons pu résoudre ses problèmes en essayant toujours d'impacter au minimum les services en production.

Cela représente 50% de la charge de travail de l'équipe pour l'année 2012.

1.4.2. SUPPORT DES INFRASTRUCTURES

La mise en place du projet SIRHIUS a nécessité une infrastructure dédiée à haute disponibilité. Le choix a été fait de louer cet infrastructure chez un fournisseur extérieur mais d'assurer nous-même l'exploitation de second niveau de ces services. Ceux-ci ont nécessités un travail de mise en place et ensuite un travail de suivi quotidien. Ces services sont aux nombres de 4 à savoir:

- Serveurs
- Base de données
- Interfaces
- Backups.

Cela représente 10% de la charge de travail de l'équipe pour l'année 2012.

1.4.3. PROJET DE MISE EN PLACE DE NOUVELLES FONCTIONNALITÉS

En cours d'année, nous avons mis en place différentes fonctionnalités supplémentaires au sein même des outils HR Access et HCPS. Ces fonctionnalités étaient:

- Modifications ergonomiques
- Reporting
- Paramétrages supplémentaires
- Outil de surveillance et de production.

Dans la plupart des cas, ces points ont été réalisés à notre demande par les fournisseurs respectifs et l'équipe SIRHIUS a réalisé un travail de suivi et de coordination.

Cela représente 10% de la charge de travail de l'équipe pour l'année 2012.

1.4.4. PROJET DE DÉMARRAGE DES ÉTABLISSEMENTS NON PILOTES

Fin de l'année 2012 nous avons travaillé sur le passage en production des sites non pilotes (les sites qui n'ont pas démarré le projet SIRHIUS au 1^{er} janvier 2012). Il s'agissait de: CHEM, CHdN et ZithaK.

Nous avons donc dû fournir un travail de migration des données pour ces établissements ainsi qu'un travail de paramétrage spécifique. Nous avons pu bénéficier de l'expérience acquise pour la mise en production précédente.

Cela représente 20% de la charge de travail de l'équipe pour l'année 2012.

1.4.5. PERSPECTIVE 2013

L'année 2013 sera consacré à la stabilisation des applications et de leurs utilisations, l'amélioration des processus, ainsi qu'à la mise en place du module «Gestion de la formation».

La mise en place de ce nouveau module sera le plus gros projet pour l'équipe en 2012 et se fera à nouveau avec le support des consultants HR Access.

1.5. MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU HAUT DEBIT INTERHOSPITALIER

Dans le cadre de la future mise en place du centre informatique sectoriel (CIS), il a été clairement établi que le prérequis est de disposer d'une infrastructure réseau à très haut-débit inter hospitalière.

L'infrastructure a été mise en place par les P&T durant le premier semestre 2012.

La nouvelle infrastructure permet à tous les établissements de connecter vers Healthnet avec des débits entre 1 Gb/s et 10 Gb/s. Les connexions ont été mises en place de manière redondante, c'est-à-dire que les établissements disposent d'une double connexion.

Cette infrastructure, largement plus performante que les anciennes connexions, n'engendre pas de surcoût.

1.6. INFRASTRUCTURE COMMUNE DATACENTER

L'infrastructure Datacenter partagée par les hôpitaux est une solution se trouvant entre le «Cloud» et le «Hosting». Elle a été mise en place en 2011 et est actuellement opérée par les P&T.

L'intégralité de la production pour le projet de gestion des ressources humaines Sirhius est maintenant opérationnelle dans le nouveau Datacenter:

- a. HR Access avec son site web
- b. La planification HCPS
- c. Le reporting Business Objects.

Des services supplémentaires seront implémentés en 2013-2014:

- a. Le contrôle qualité pour la cellule de Physique Médicale de la FHL
- b. Le système de collaboration (Intranet) permettant l'échange d'information à certains groupes de travail de la FHL
- c. Le serveur de la médecine de travail de la FHL (SIST-FHL).

1.7. PROJET EAI

2012 aura été l'année de lancement du serveur EAI de production de la FHL. Le serveur a été mis en place pour répondre aux besoins d'interfaçage requis par le projet SIRHIUS. HL7 a été choisi comme protocole de communication pour l'échange des données entre SIRHIUS et les EAI des différents établissements.

La mise en place des interfaces a été progressive.

1^{er} trimestre:

Mise en production du serveur Mirth.

Mise en place des interfaces pour la gestion des données administratives des salariés avec le CHdN et le CHNP. Ces interfaces permettent aux systèmes interfacés d'être informés des mises à jour effectuées dans SIRHIUS par le département RH des données des salariés mise à jour bidirectionnelle. Elles offrent aussi la possibilité aux établissements d'effectuer des requêtes spécifiques pour un salarié donné.

2^{ème} trimestre:

Mise en place de l'Interface pointage pour le CHdN: les données de pointage des salariés sont transmises vers SIRHIUS.

3^{ème} trimestre:

Démarrage de l'interface de gestion des données administratives avec le CHL.

Test pour démarrer l'interface de pointage avec le CHEM et le CFB.

4^{ème} trimestre:

Démarrage de l'Interface comptabilité et de l'interface parking.

L'interface comptable envoie les données comptables générées après un calcul de paie sont transmises vers les établissements. Cette interface est utilisée par la FFE.

L'interface parking permet aux établissements de transmettre à Sirhius les retenues à effectuer sur la fiche de paie du salarié suite à la location de parkings.

Perspectives 2013

- Mise en place de l'interface comptabilité pour le CHdN, le CHNP, le CNRFR.
- Reprise de l'EAI mammographie gérant l'interfaçage entre les établissements hospitaliers et le Ministère de la santé.
- Création d'un groupe technique EAI regroupant les spécialistes EAI des établissements afin d'harmoniser les architectures EAI et d'adopter une stratégie commune pour l'interfaçage avec la plateforme eSanté.

1.8. PROJET D'ARCHIVAGE NATIONAL DE L'IMAGERIE MEDICALE

Au cours de cette année, nous avons procédé à un Request for Information. Pour ce faire, nous avons contacté plusieurs fournisseurs en leur demandant de donner des informations en relation avec une ébauche de cahier

des charges que nous leur avons fournis. Ce document contient notamment un ensemble de «use case» qui nous permet de mieux appréhender les solutions proposées ainsi que leur pertinence par rapport à nos besoins. Cette action avait pour but de mieux connaître le marché mais aussi de déterminer les points à enrichir de notre cahier des charges afin d'être prêt pour le réel appel d'offre qui se déroulera en 2013. Grâce aux résultats de cet exercice, nous pourrions aussi construire un Business Case afin d'obtenir un financement de la part de la CNS.

1.9. SYSTÈME DE MONITORING

Avec l'opération de systèmes critiques mutualisés des hôpitaux il est essentiel de suivre la disponibilité et les performances de ces systèmes afin de prévenir des arrêts ou saturations.

La FHL a implémenté un système de monitoring pour suivre les systèmes du Datacenter et aussi les systèmes locaux de la FHL.

Le monitoring est fait au moyen du logiciel Shinken, un redéveloppement basé sur la philosophie du logiciel Nagios qui lui arrive en fin de vie.

Shinken permet de monitorer différents services, de diffuser des alertes et escalations lors du dépassement de seuils, de représenter un état global de la santé actuelle des systèmes, d'historier les paramètres et de les présenter sous forme graphique à court, moyen ou long terme.

Le système implémenté monitoré actuellement les paramètres suivants:

- a. Disponibilité des systèmes (Windows, Linux, VMWare)
- b. Ressources Hardware (CPU, Mémoire, Disques, Réseau)
- c. Ressources Software (Services, Processus, Connexion)
- d. Bases de données (Utilisateurs, Transactions, Bases, etc.).

1.10. SERVEUR DE PARTAGE DE RESULTATS LABORATOIRES

Le développement du serveur a été terminé. Et les tests d'intégration ont été faits avec succès.

Cependant, le CA de la FHL a décidé de discontinuer le projet pour les raisons suivantes:

- a. Concrétisation du projet eSanté qui impose des standards de communication (norme IHE) non supportés par la solution choisie et qui va fournir fonctionnellement une solution redondante par rapport à celle développée.
- b. Nombre d'utilisateurs potentiels moins important que prévu.

Néanmoins, le projet du serveur de partage a pu permettre aux hôpitaux d'initier une standardisation de la nomenclature des analyses laboratoires.

2. PROJETS LOCAUX

2.1. VIRTUALISATION DE L'INFRASTRUCTURE INFORMATIQUE DU BUREAU PERMANENT

La FHL a poursuivi la virtualisation de ses systèmes.

En 2012 les systèmes suivants ont été virtualisés:

- a. Central téléphonique Cisco de la FHL.
- b. Système d'alarme et d'accès pour les bureaux de la FHL.
- c. Système de pointage.

Divers systèmes ont été ajoutés pour le projet Sirhius, la physique médicale et la gestion interne de la FHL, de sorte qu'à la fin de l'année, 27 systèmes sont actifs sur l'infrastructure de virtualisation.

2.2. SALLE DE FORMATION

La FHL a mis en place une salle de formation permanente avec 8 postes de travail se connectant via un serveur RDP.

Cette salle est utile pour les formations, mais aussi pour des sessions de test d'applications, surtout dans le cadre du projet Sirhius.

2.3. MIGRATION DU SERVEUR EXCHANGE

Le serveur Exchange de la FHL sera migré en 2013 vers la dernière version.

Cette migration constituera aussi la dernière étape de la virtualisation des anciens systèmes de la FHL, puisqu'alors tous les serveurs de la FHL auront été virtualisés.

Cette migration représente un effort majeur puisqu'elle enveloppe les services de messagerie interne et externe, de Contrôleur de domaine, d'authentification, d'Active Directory, de DNS, d'Antivirus.

1. ACTIVITES EN RELATION AVEC LA COMMISSION DES NORMES

L'année 2012 s'est caractérisée par des négociations difficiles avec la CNS afin de trouver un consensus concernant les normes dotation applicables pour les années budgétaires 2013 et 2014.

Durant les négociations il a toujours été rappelé que la FHL est bien consciente de son rôle par rapport à la situation économique précaire de l'assurance maladie et précise qu'elle agira comme acteur responsable dans ce contexte.

La FHL aurait pu être d'accord de faire des concessions sur les dotations en cas de situation économique précaire mais seulement sous condition que l'ensemble des acteurs et prestataires seront solidaires pour un effort collectif au niveau des restrictions des moyens.

La CNS désirait e.a. intégrer une réserve, respectivement une marge de manœuvre, dans le document des normes 2013/2014 au cas où l'enveloppe budgétaire globale hospitalière (qui aura été déterminé en septembre 2012 par le Gouvernement) ne permettrait pas d'honorer les exigences découlant du document des normes signé. En effet la CNS veut inscrire dans le document des normes 2013/2014 une possibilité de renégociation des normes en vigueur au regard de l'évolution de l'enveloppe budgétaire globale.

La CNS mettait en avant que p.ex. au niveau de la fonctionnalité 2 (staff de direction) 200 ETP sont financés au niveau national et elle estime que cet effectif permettrait une certaine latitude de négociation pour répondre à des normes nouvelles à créer. Il en est de même au niveau des fonctionnalités administratives et logistiques.

La FHL ne pouvait pas partager cette approche. En effet cela comporte des risques pour les hôpitaux, notamment si cette situation se répète. La FHL rappelait que les hôpitaux ont déjà donné en 2010 (cf. gel des dotations) resp. en 2011 et 2012 comme notamment les multiples refus de la CNS de considérer le réel des U/O prestés en 2010 pour l'établissement des budgets avec comme conséquence que les effectifs sont en dessous du besoin réel et presté).

La FHL a refusé clairement toute action menant à une baisse des effectifs des hôpitaux.

Les points de divergence entre les parties concernaient e.a. notamment:

- La différence de point de vue sur la définition des heures à travailler pour les agents étatiques.
- La différence d'appréciation des solutions à trouver pour considérer la situation (due à une jurisprudence concernant le droit au maintien des congés annuels des femmes enceintes au-delà du 31 décembre (voire 31 mars) de l'année subséquente en relation avec le droit aux congés annuels des personnes engagés pour le remplacement des dispenses de service et congé maternité et allaitement.
- La différence de point de vue pour la détermination de la dotation de sécurité pour le service de psychiatrie du CHNP destiné aux placements judiciaires.
- La différence de point de vue pour permettre la normalisation des ressources humaines nécessaires en vue de la mise en place de la documentation hospitalière (ICD et CCAM), notamment concernant l'utilisation de la dotation existante des Infirmiers Auditeurs dans ce contexte.
- La différence d'approche pour procéder aux calculs budgétaires liés à la mesure de charge de travail dans les unités de soins.

La situation difficile dans le cadre de la détermination du document budgétaire 2013/2014 a été discutée à plusieurs reprises au niveau du CA de la FHL et c'est en mai 2012 que celui-ci a donné son accord au document en question en mettant en avant certaines remarques:

La FHL continuera à prendre ses responsabilités dans le souci d'une gestion efficiente des ressources financières et humaines disponibles.

Néanmoins le Conseil d'Administration a exprimé ses soucis et objections quant aux points suivants:

- La notion de normes prioritaires est totalement partagée par les établissements hospitaliers car elle permettra de répondre aux besoins directs des patients pris en charge. Par contre en établissant un plafonnement respectivement un gel sur des normes au niveau des fonctionnalités 2 et 4 et en misant sur une proposition de rééquilibrage interne vers les entités relevant d'une norme prioritaire en cas de croissance des effectifs, les établissements hospitaliers seront devant la situation de devoir procéder à des mouvements de dotation en interne en provenance des

fonctionnalités qui depuis 2009 n'ont pas été adaptées en dépit de la croissance des activités hospitalières depuis 4 années et d'un environnement de plus en plus exigeant. Ainsi, les directions hospitalières ont déjà été contraintes d'œuvrer intensément au niveau du gain d'efficacité dans ces fonctionnalités pour satisfaire à ces attentes.

- Etant donné que la CNS n'honore pas toujours ou en décalage les évolutions d'activité, les établissements ne disposent plus d'un potentiel d'adaptation sans mettre en danger la qualité des prestations offertes aux bénéficiaires de soins.
- Le document fixant les normes de dotation prévoit de renégocier ces normes si le taux d'évolution de l'enveloppe budgétaire globale ne permet pas de tenir compte des termes du présent document.
- Or, le règlement grand ducal fixant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale prévoit à l'article 1 que cette enveloppe devra couvrir tous les autres engagements à charge de la CNS en vertu de conventions ou accords conclus avec le groupement représentatif des établissements hospitaliers. La FHL respectera cette disposition et a exigé la même approche de la part de la CNS et n'acceptait pas que la CNS s'est refusée à considérer cette disposition législative et a récusé dès le départ une croissance possible de certaines normes de dotation.
- La FHL ne mettait pas en question l'outil de mesure de charge de travail, mais exigeait cependant des adaptations pour les structures monospécialisées.
- La FHL ne voulait plus cautionner d'une façon générale les décisions unilatérales de la CNS quant aux plafonnements et gel de dotations sans justifications objectives.
- La FHL précisait qu'elle attendra de la CNS d'accepter dans les procédures relatives aux négociations et décomptes budgétaires, une liberté accrue des directions hospitalières au niveau de la gestion et répartition interne des ressources humaines disponibles.

Une thématique qui a été largement traité en 2012 en Commission des Normes était l'outil de mesure de charge de travail dans les unités de soins (PRN) et les procédures en vigueur dans ce contexte.

La FHL s'est clairement positionnée pour le maintien des mesures de charge de travail notamment dans les USN et USI en restant ouvert à une discussion sur la méthodologie de choix sur base d'objectifs et critères communs de part et d'autre. Concernant les modalités et procédures en vigueur dans ce contexte et concernant notamment la validation de l'audit PRN par EROS, la FHL a mis en avant les problématiques notamment au niveau de la traçabilité des décisions prises par le validateur, la mise en doute de certaines prescriptions médicales et des notes soignantes dans le dossier du patient et une appréciation souvent unilatérale et à l'encontre des intérêts pour le patient sur le concept des soins requis.

Concernant les impacts budgétaires des mesures de charge de travail, la FHL a présenté ses attentes quant aux moyens de diminuer ces impacts, notamment en adaptant – pour les prochains documents budgétaires – la valorisation plus importante des charges de travail pour les patients en journée partielle et la révision à la hausse taux de financement.

La FHL désirait obtenir une prise de position claire et précise de la CNS quant aux problématiques liées autour des mesures de charge de travail, autour des dotations et des effectifs notamment liées à des positions parfois diamétralement opposées telles qu'exprimées par les représentants de la CNS. Ainsi des courriers et des prises de positions élaborés par la PF-DS ont été transmis en été 2012 au Président de la CNS. Il faut noter que fin 2012 aucune réponse ne nous est parvenue.

En résumé les travaux de la Commission des Normes sont cadrés par les objectifs suivants:

- Elaborer resp. réviser les normes de dotation pour le personnel des établissements hospitaliers
- Conseiller les établissements concernant les dotations en personnel
- Garantir la validité des données enregistrées
- Garantir la mise à jour permanente de l'outil PRN et des autres outils de mesure de charge de travail.

Fin 2012, la Commission des Normes a fixé ses priorités de travail pour l'année 2013 en vue de l'élaboration du document des normes 2015/2016 à finaliser pour avril 2014:

- Analyse d'impact PRN
- Révision norme Kinésithérapie
- Création norme pour les phases Pré- et Post accouchement
- Révision de la norme pharmacie hospitalière en y intégrant le concept de la pharmacie clinique
- Finalisation d'une norme pour les services policlinique et urgences
- Création de normes pour les prises en charge semi-stationnaires notamment l'hôpital de jour chirurgie (chirurgie ambulatoire) et médecine
- Création d'une norme pour les services de documentation hospitalière (en garantissant que cette norme intègre l'ensemble des activités de documentation hospitalière: RNC, ICD, CCAM, MCT, registre périnatalité, etc.)
- Révision de la norme pour les services administratifs.

Au niveau des travaux et réalisations au niveau opérationnel on peut retenir e.a. les activités suivantes:

- Coordination et secrétariat de la Commission des Normes
- Enquête pour la définition des heures à travailler en 2013 et 2014
- Calculs spécifiques de dotation sur base du PRN sur demande individuelle des établissements
- Préparation et suivi (en collaboration avec le CRP-Santé) des validations des facteurs PRN de l'audit 2011
- Analyse (en collaboration avec le CRP-Santé) des problèmes de cotation rencontrés lors de la validation
- Actualisation permanente du guide PRN en vigueur
- Vérification des calculs des mesures de charge de travail réalisés par le CRP-Santé (bloc op + dialyse + chimiothérapie)
- Travaux de coordination et préparation des groupes en vue d'élaboration de nouvelles normes, resp. de révision des normes existantes.

2. ACTIVITES EN RELATION AVEC LA COMMISSION D'ÉVALUATION

La Commission d'Évaluation s'est fortement impliquée dans la phase de lancement du projet de la documentation hospitalière. Ainsi la Commission a pris le lead pour déterminer ensemble avec les acteurs du Ministère de la Santé et de l'IGSS les étapes nécessaires dont notamment un cahier des charges afin de procéder à une étude permettant de:

1. Emettre des recommandations basées notamment sur des références internationales pour:
 - a. la structure pour la collecte de l'information hospitalière à mettre en place en termes quantitatif (nombre de compétences) et qualitatif (type de compétences et niveau de formation), en tenant compte du statut du médecin hospitalier au Luxembourg et du projet «médecin coordinateur»;
 - b. la forme organisationnelle de cette structure par référence aux expériences internationales comme, par exemple:
 - I. modèle 1 codification par les médecins
 - II. modèle 2 codification par une cellule affectée à cette mission en concertation avec les acteurs professionnels concernés
 - III. des diagnostics (ICD10)
 - IV. des procédures (CCAM);
 - c. identifier les ressources et dispositifs complémentaires ou à créer pour remplir les missions de la structure de documentation hospitalière, le rôle de la structure d'information hospitalière par rapport aux cliniciens au niveau extraction, codage, saisie, et contrôle qualité des informations produites et ses missions au niveau de la production des tableaux de bord, de l'aide à l'analyse et de la réponse à des missions spécifiques (analyse de performance, benchmark, positionnement, ...);
 - d. les outils informatiques intra-hospitaliers nécessaires (développement «luxembourgeois», logiciel spécifique, outil intégré);
 - e. les règles de validation interne et externe à mettre en place, et leur mode d'organisation: par qui, quand, sous quel format;
 - f. les attendus et les besoins du terrain en terme de formation afin d'adapter au mieux l'offre proposée au niveau national.
2. Réaliser une analyse juridique concernant les éléments indispensables requis pour la codification suivant les différents modèles (accès au dossier, confidentialité des informations etc.), selon la législation et les dispositions conventionnelles en vigueur.
3. Rédiger une conclusion sur la stratégie, la démarche et les moyens à mettre en œuvre notamment en matière de formation, pour disposer, en 2013, d'un système de codification des activités médicales hospitalières de bonne qualité, utilisable aux fins de planification (interne et nationale), de transparence pour l'utilisateur et de benchmarking international, dans une perspective d'amélioration continue de l'offre des soins et services de santé pour la population luxembourgeoise.
4. Proposer un plan pour le développement de la partie hospitalière du projet, en tenant compte des résultats du groupe technique national restreint et des attentes nationales et en y indiquant notamment les milestones, les indicateurs de suivi et de résultat ainsi qu'un calendrier.

La Commission d'Évaluation a finalisé le programme qualité 2012.

La Commission d'Évaluation mandate la FHL à procéder aux négociations avec mpool pour la préparation de l'assessment 2012 qui aura lieu en 2013 et ceci dans le respect des dispositions légales en matière des marchés publics.

La Commission fait une analyse quant à l'opportunité de procéder à une seconde enquête de satisfaction patient au niveau national. Il a été finalement retenu que les hôpitaux qui le désirent pourront réaliser ce type d'enquête mais que l'approche ne sera pas nationale et ne sera pas gérée par la Commission d'Évaluation. En ce qui concerne les patients hospitalisés, il faut retenir que certains hôpitaux procéderont, à leur propre initiative et avec leurs propres moyens, à cette enquête avec Picker. En ce qui concerne les autres types de patients potentiellement enquêtés, il a été retenu d'attendre que la Plateforme «rééducation» prenne éventuellement des options/décisions dans ce contexte. En ce qui concerne les patients de Psychiatrie, la Commission a retenu de considérer que le groupe benchmarking psychiatrie (CHL, CHEM, CHNP, HK) s'est prononcé de continuer leur méthodologie d'enquête et de ne pas switcher sur le modèle Picker.

Pour les patients de type «ambulatoire» la Commission retient qu'un des objectifs sera d'améliorer les processus internes, mais qu'il faudra mettre en attente un tel projet étant donné que les structures sont inhomogènes (notamment au niveau de la chirurgie ambulatoire) et que les conditions législatives évolueront dans les mois à venir.

La Commission d'Évaluation s'est consacrée à la redéfinition des articles la concernant en vue de la révision de la convention cadre FHL/CNS avec les résultats suivants:

- Versement d'une prime annuelle à chaque établissement participant au programme de qualité, de sécurité patient, d'efficacité et de transparence, remplissant des critères arrêtés annuellement de commun accord par une commission d'évaluation composée paritairement de représentants de la FHL et de la CNS.
- Axe management de la qualité: confirmation du modèle EFQM comme outil de management de la qualité suivi d'un assessment externe tous les trois ans par des experts indépendants.
- Nouvelle axe: sécurité pour le patient, les établissements implémentent les programmes définis par la Commission d'évaluation visant:
 - la prévention des erreurs médicamenteuses
 - la prévention des erreurs d'identification patient (bon patient, bon prestation au bon moment)
 - la prévention des infections nosocomiales
 - la prévention des résistances antibiotiques
 - l'assurance d'une continuité des soins
 - la prévention des risques liés au patient sur base d'un enregistrement et d'analyse systématique des événements indésirables.
- Nouvelle axe: l'efficacité des établissements est mesurée par les rapports coûts/prestations. En attendant la mise en place d'une méthode de calcul des coûts par prestation, l'efficacité est jugée par rapport au respect des contraintes budgétaires imposées aux établissements par l'intermédiaire d'indicateurs et par rapport aux efforts entrepris dans la mise en œuvre des règles de comptabilité analytique et de calcul des coûts.
- Nouvelle axe: la transparence de l'activité hospitalière, la commission d'évaluation arrête pour chaque exercice un ensemble d'informations et d'indicateurs que les établissements devront fournir dans les délais fixés par la commission. La mise en place de systèmes de documentation et leur validation sont prises en compte pour la détermination de la prime.
- Valorisation des 4 axes: l'axe management de la qualité compte pour 40%, les axes sécurité du patient, efficacité et transparence comptent chacun pour 20% dans le calcul de la prime

La Commission a retenu qu'il sera opportun de déterminer courant 2013 sa stratégie de communication quant aux résultats des indicateurs nationaux. La FHL met en avant qu'il sera utile de réfléchir quant à l'utilisation des données récoltées notamment en considérant les obligations découlant de la Directive Européenne sur les soins transfrontaliers qui entrera en vigueur en octobre 2013.

Dans ce contexte, la FHL a mis en avant qu'on nécessite dès lors de résultats basés sur des données robustes et vérifiables sans oublier qu'il convient de lier les résultats annuels à une vision des tendances sur plusieurs années sans oublier la nécessité de commenter et expliciter les résultats. Il conviendra également de déterminer quelles informations seront transmises à qui comme il sera nécessaire de déterminer les résultats publiables comme ceux qui sont à être utilisés avec réserves.

L'évaluation de l'IQ 2010 a été finalisée et les primes y relatives ont été liquidées fin 2012.

En sus des éléments développés ci-dessus parmi toutes les activités réalisées il faudra retenir les suivantes:

- Coordination et secrétariat de la Commission d'Évaluation.
- Gestion du groupe des Coordinateurs Qualité, notamment pour permettre l'information, le suivi et les échanges au sujet des programmes qualité en cours.

Soins

ACTIVITES DE LA PLATEFORME DIRECTEURS DES SOINS (PF-DS)



Le groupe des Directions des Soins s'est rencontré régulièrement en 2012 pour préparer les travaux d'intérêt commun aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel.

Les Directions des Soins sont représentés dans bon nombre des groupes et commissions internes à la FHL respectivement paritaires voire externes (p.ex. Comités/Commissions Informatique, SIRH, Négociation CCT-FHL, des Normes, d'Évaluation, d'Investissement, CoNaQual-PH, ...). Ils ont travaillé au niveau des thématiques les concernant traités dans les comités/commissions énumérés ci-dessus et plus particulièrement sur les thématiques au niveau de la Commission des Normes. La PF-DS s'est penché à maintes reprises sur les problématiques liées aux mesures de charge de travail dans les unités de soins, les modalités organisationnelles de celles-ci ainsi que leur impact sur les dotations et les budgets hospitalier.

Les procédures organisationnelles des audits et des validations ont été analysées en collaboration avec les Infirmiers Auditeurs et ont servi de base pour l'élaboration des prises de position communes qui ont été avalisées par le CA de la FHL et transmis à la CNS.

Dans ce contexte il a été mis en avant que l'évolution pluriannuelle des soins et/ou de la documentation des soins n'a pas été suivi au fil des années par une adaptation des règles de validation des facteurs n'ont été modifiées dans le sens d'un EBN (Evidence Based Nursing) permettant de prendre en considération les évolutions considérables des approches soignantes (documentation comprise) tant au niveau pratique qu'au niveau de la philosophie des soins.

La PF-DS mettait l'accent sur la professionnalisation du métier soignant ayant dans ses attributions non seulement des actes à prêter sous ordonnance médicale mais un rôle en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ainsi qu'un rôle propre (champ autonome), les deux clairement situés dans une démarche soignante basée sur des preuves scientifiques en relation avec la situation clinique du patient incluant notamment les notions de soins requis et de prévention.

Les attentes des Directions des Soins par rapport à la situation actuelle des mesures de charge de travail par le PRN dans les unités de soins et par rapport aux projets y pouvant être associés étaient e.a. les suivants:

- Le changement de version PRN constitue l'élément primaire entraînant une variation des ETP.
- Si l'outil doit «identifier correctement les soins requis» il faudrait que la personne qui valide les audits puisse aussi les identifier.
- Le PRN v 6 ayant été choisi en CNO comme outil de mesure de charge de travail avec l'argument qu'il est plus proche de la réalité au niveau facteurs, les Directeurs des Soins attendent à ce qu'il soit procédé impérativement à une adaptation du taux PRN.
- Sans implication des Directions des Soins dans les discussions autour du projet de la documentation hospitalière (notamment la partie concernant l'activité soignante dépassant les seuls actes de soins) il ne sera possible d'attendre des Directions des Soins de participer à un développement éventuel de formes d'audit de séjours hospitaliers au lieu de journées patient.
- La mise à disposition par EROS des temps des facteurs PRN à la FHL, suivant les mêmes conditions de confidentialité qu'applicables pour le CRP-S, reste une revendication incontournable au maintien du système basé sur la transparence et l'équilibre des informations et connaissances des deux parties constituant la CNO.

Dans ce même contexte, le bureau du CA en fin d'année 2012 a retenu ce qui suit:

Actuellement le PRN v 6 est très critiqué, mais si nous remplaçons le PRN par une autre approche nous ne savons pas non plus ce qui nous attend. D'autre part, le PRN est inscrit dans la convention-cadre FHL/CNS. Quant à la structure qui gèrera dans l'avenir les opérations de calculs liés à l'outil de mesure de charge de travail, il est retenu que ce point sera abordé une fois connue la prise de position de la PF-DS.

Ainsi le bureau du CA a confié la mission suivante à la PF-DS:

Une analyse comparative sera à réaliser par la PF-DS. Il faut peser les pour et les contre par rapport à des modèles alternatifs. Si une alternative devait être décidée, il faudra l'officialiser via un avenant à la convention-cadre.

Concernant les policliniques la PF-DS a notamment fait un travail préparatoire en vue de la détermination d'une norme de dotation pour les services d'urgence.

Le sous-groupe des Directions des Soins exploitant un service de maternité/obstétrique a continué ses travaux en vue de réaliser un concept national de prise en charge de la femme enceinte et accouchée sur base d'un itinéraire clinique complet. Dès la finalisation de ces travaux qui mettent en avant surtout la prise en charge offerte par les établissements hospitaliers au niveau de la partie pré- et post hospitalisation aux femmes enceintes et accouchées, ceux-ci serviront de base de discussion pour la révision des normes de dotation y relatives.

Les Directions des Soins se sont penchés sur l'évolution de la profession soignante en considération du gap de plus en plus important qui se creuse entre les besoins de garantir la continuité des soins en collaboration avec d'autres professions médicales et de soins et les attributions actuellement en vigueur.

Les Directions des Soins ont régulièrement été consultées et entendues par le Président de la FHL respectivement se sont positionnées par rapport aux thématiques suivantes:

- Avant-projet de loi concernant les droits et obligations du patient et du prestataire de soins
- Projet de RGD concernant le Médecin coordinateur
- Projet documentation hospitalière
- Projet CAEH
- Révision convention cadre FHL/CNS
- CCT-FHL.

1. GENERALITES

1.1. MISSION

- Assurer l'assurance de qualité des appareils de radiologie (salles conventionnelles, bloc opératoire, urgences, CT scanners, mammographie) et de médecine nucléaire ainsi que la qualité d'images produites (numériseurs, plaques-images à phosphore, consoles d'interprétation).
- Assurer la radioprotection du personnel et du patient.
- Assurer le contrôle de qualité des IRM.
- Formation en radioprotection pour le personnel.

1.2. DATE DE CRÉATION

1^{er} octobre 2002.

1.3. COMPOSITION POUR L'ANNEE 2012:

La cellule de physique médicale est constituée de cinq experts en physique médicale (EPM) et un assistant-expert en physique médicale:

- Christina Bokou
- Octavian Dragusin
- Dr Martine Grelot, PhD
- Olga Kaphammel
- Dr Alex Meyer
- Nazim Khalladi, assistant.

2. OBJECTIFS DETERMINES POUR L'ANNEE 2012:

- Contrôle qualité niveau B (minimum 1 fois par an) sur les appareils de radiologie, mammographie, médecine nucléaire et IRM.
- Suivi des contrôles qualité niveau A sur les appareils de radiologie, mammographie, médecine nucléaire, numériseurs, moniteurs et IRM.
- Formation continue pour le personnel hospitalier.
- Participation à l'élaboration du carnet radiologique.
- Poursuite de l'élaboration des procédures internes de la cellule physique médicale et de procédures de contrôles qualité.
- Poursuite de l'élaboration des formats standards de rapports des mesures pour toute la cellule physique médicale, ainsi que la création d'une base de données sur tous les contrôles qualités des installations en imagerie médicale au sein de l'FHL (Niveau A et B). Elaboration d'une base de données pour le suivi des tests CQ Niveau A.
- Formation en radioprotection du personnel du bloc opératoire, radiologie interventionnelle.
- Réalisation d'une étude dosimétrique sur les examens pédiatriques. Création des NRD (Niveaux des Références Diagnostiques) pour la radiologie conventionnelle, médecine nucléaire et scanner.
- Optimisation dosimétrique pour la radiologie conventionnelle, scanner, radiologie interventionnelle ainsi que pour la radiologie pédiatrique.
- Etude dosimétrique au bloc opératoire.
- Recommandation pour un logiciel de saisie de dose automatique.
- Participation à l'élaboration d'un cahier des charges pour l'achat commun de scanner (CT).

3. REALISATIONS POUR L'ANNEE 2012

3.1. VOLET CONTRÔLE DES APPAREILS

Les rapports de tous les contrôles effectués sont envoyés en fin d'année aux hôpitaux pour répondre à lettre annuelle du Ministère de la Santé, Division de la Radioprotection concernant le programme d'assurance qualité.

3.1.1. CONTRÔLES NIVEAU A

Les appareils de radiologie, les gamma-caméras, le PET-CT, ainsi que les activimètres sont contrôlés, selon la loi, par l'ATM du service. Il s'agit de tests journaliers, hebdomadaires ou mensuels, en fonction du type d'appareil.

3.1.2. CONTRÔLES NIVEAU B

Il s'agit de contrôles sur la sécurité et la qualité des appareils en radiologie, des gamma-caméras, du PET-CT. Les stations d'interprétation d'image radiologique sont également contrôlées. Les tests sont effectués par l'expert en physique médicale (annuels, semestriels, mensuels ou après une intervention majeure de la firme).

3.1.3. CONTRÔLES D'ACCEPTATION

Il s'agit de tests de conformité et de sécurité d'un appareil après son installation et avant son utilisation dans l'hôpital. Ils sont effectués par l'expert en physique médicale avec un technicien de la firme.

3.1.4. CONTRÔLES DE LA QUALITÉ D'IMAGE

Les protocoles de tests de la qualité image sont appliqués sur les systèmes CR (Computed Radiography) et DR (Digital Radiography) afin d'assurer le fonctionnement correct des cassettes à mémoire, des détecteurs plans ainsi que des systèmes de lecture des images.

Le contrôle qualité des numériseurs niveau A et niveau B a été instauré ainsi que le contrôle qualité des plaques-images.

3.2. VOLET FORMATION CONTINUE

3.2.1. POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER

- Formation en radioprotection pour le personnel au bloc opératoire (ATM bloc op, ATM anesthésie, Chirurgiens) pour tous les hôpitaux.
- Organisation en collaboration avec le ministère de la santé du 1^{er} Symposium «Assurance Qualité et Radioprotection en médecine nucléaire» à la FHL, le 12/12/2012.

3.2.2. POUR LE LYCÉE TECHNIQUE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (LTPS)

- Cours de médecine nucléaire pour la classe ATM de 13^{ième}.
- Cours de mammographie pour la classe ATM de 13^{ième}.
- Cours de contrôle de qualité en médecine nucléaire pour la classe ATM de 14^{ième}.
- Cours contrôle qualité scanner (CT) pour la classe ATM de 14^{ième}.
- Cours dose scanner pour la classe ATM de 14^{ième}.
- Cours contrôle niveau A pour la classe ATM de 13^{ième}.
- Travaux pratiques scanner à l'hôpital du Kirchberg pour la classe ATM de 14^{ième}.

3.2.3. POUR LES EXPERTS EN PHYSIQUE MÉDICALE

- Symposium radioprotection en sénologie, Club sénologie, Bruxelles 17/03/2012.
- Workshop European Medical ALARA Network EMAN, Vienne 07/06-09/06/2012.
- Personnes compétentes en radioprotection IRSN, Paris 11/06/2012-20/06/2012 et du 01/10/2012-10/10/2012 et du 19-28 novembre 2012 (3 EPM).
- Journées françaises de radiologie JFR, Paris 19/10/2012-23/10/2013.
- Magnetic Resonance and Spectroscopy Royal Marsden NHS Trust The institute of cancer research IPEM, Londres 29-31/10/2012.
- Workshop Radiation Risk Communication in pediatric imaging, Bonn 02/12/2012.
- IAEA International Conference on Radiation Protection in medicine, Bonn 03-07/12/2012.
- Formation managériale pour le secteur hospitalier à l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL) 2012-2013.

3.3. RADIOPROTECTION

3.3.1. POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER

- Suivi de la dosimétrie du personnel des chambres d'iodothérapie par un dosimètre à lecture directe ainsi qu'un détecteur mains-pieds. Tests complémentaires de contamination des urines deux fois par an.
- Suivi des contrôles des tabliers plombés dans les services radiologique et blocs opératoires.

3.3.2. POUR LE PATIENT

- Calibration des systèmes de mesure de Dose Area Product sur tous les appareils.
- Relevé des «DAP» (Dose Area Product) (à la demande du service de la radioprotection).
- Analyse dosimétrique pour le cas d'irradiation des femmes enceintes.
- Etude dosimétrique pour les examens scanner adulte et enfant (CT).
- Etude dosimétrique en radiologie pédiatrique.

3.4. PROJETS ACTIFS

3.4.1. PROJET NATIONAL DE DOSE SCANNER CT

- Réalisation d'une campagne de mesures de doses avec un protocole commun pour les examens sous scanner CT adulte et pédiatrique (tête et corps) a été lancée au niveau national. Le but de ce projet vise l'optimisation des pratiques cliniques exercées, voire la radioprotection du patient.
- Le Symposium: Imagerie en pédiatrie "Indications cliniques et radioprotection" a été organisé ensemble avec le Ministère de la Santé, Division de la radioprotection le 21/11/2012.

3.4.2. PROJET ACHAT COMMUN

- Achat commun de la source cobalt pour tous les services de médecine nucléaire.

3.4.3. PROJET DOSIMÉTRIE

- Projet d'optimisation des doses en radiologie conventionnelle et CT: Une campagne nationale de collecte de dose a été réalisée par la cellule physique médicale de la FHL.
- Réalisation des procédures «saisie de dose au patient pour le bloc opératoire».

3.4.4. ENCADREMENT STAGIAIRE

- Antoni Osadczuk étudiant en dernière année d'un master en physique médicale de la Hochschule für Technik und Wirtschaft, Saarbrücken 2012. L'objet de ce stage était «L'évaluation de la dose et de la qualité d'image en radiologie numérique».

3.5. PARTICIPATION AUX COMITÉS/GROUPES DE TRAVAIL

La cellule de physique médicale fait partie des différents comités et groupes de travail suivants:

- Comité de physique médicale FHL
- Groupe de travail MCT-RX
- Comité scientifique et technique de mammographie
- Comité permanent de radiothérapie au CHL
- Comité de radioprotection à l'INCCI
- Comité de radioprotection au CHdN
- Comité de radioprotection au CHEM
- Comité de radioprotection à la Zithaklinik
- Comité de radioprotection au HK

3.6. PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

- Patient dose survey for interventional cardiology in Luxembourg, O. Dragusin EMAN Poster Juin 2012
- Evaluation of dose and image quality in digital radiography, Master thesis, Biomedical technology, Medical Physics Hochschule für Technik und Wirtschaft, Saarbrücken, Antoni Osadczuk, 2012

4. PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2013

- Contrôles Qualité:
 - Contrôle qualité niveau B sur les appareils de radiologie, mammographie, médecine nucléaire, IRM, ainsi que les moniteurs d'interprétations.
 - Suivi des contrôles qualité niveau A sur les appareils de radiologie, mammographie, médecine nucléaire, numériseurs, moniteurs et IRM.
 - Application des formats standards de rapports des mesures pour toute la cellule physique médicale, ainsi que la création d'une base de données sur tous les contrôles qualités des installations en imagerie médicale au sein de la FHL (Niveau A et B).

- Mise à jour des procédures internes de fonctionnement pour la cellule physique médicale et des procédures de contrôles qualité. L'objectif est de réaliser une certification ISO dans les trois prochaines années.
- Etude de faisabilité pour le contrôle qualité des appareils échographique utilisant le mode «Doppler».
- **Projet Bloc opératoire:**
 - Suivi de l'étude de dosimétrie au bloc opératoire.
 - Formation en radioprotection du personnel du bloc opératoire et radiologie interventionnelle.
 - Optimisation de la dose au patient et au personnel lors des interventions radiologique au bloc opératoire.
 - Campagne de sensibilisation en collaboration avec le Ministère de la santé: Radioprotection au bloc opératoire «Les bonnes pratiques».
 - Etude dosimétrique des extrémités et des cristallins pour les procédures de cardiologie interventionnelles.
- **Projet Médecine nucléaire:**
 - Enquête en médecine nucléaire: test urine du personnel versus échantillons frottis.
 - Mise en route d'une certification pour les services de médecine nucléaire du Luxembourg en collaboration avec le Ministère de la santé (Projet: QUANUM).
- **Projet Dosimétrie:**
 - Etat des lieux et optimisation des examens pédiatriques. Création des NRD (Niveaux des Références Diagnostiques) pour la radiologie conventionnelle, médecine nucléaire et scanner.
 - Participation à l'optimisation dosimétrique pour la radiologie conventionnelle, scanner, radiologie interventionnelle et la pédiatrie.
- **Projet Radioprotection des salles:**
 - Mise en route des procédures pour le calcul de blindage pour la radioprotection du personnel et patient.
- Réalisation d'un contrat des objectives et des moyens pour la cellule physique médicale avec la Caisse Nationale de la Santé.
- Participation à l'élaboration d'un cahier de charges pour l'achat des arceaux pour le bloc opératoire.
- Formation continue pour le personnel hospitalier.

REPARTITION DES EXPERTS EN PHYSIQUE MEDICALE PAR ETABLISSEMENT POUR 2012

Etablissement	EPM
CHL: Hôpital Municipal CHL: Clinique pédiatrique CHL: Clinique d'Eich INCCI Centre National PET-scan	Christina Bokou (mi-temps) Octavian Dragusin
CHEM: site Esch/Alzette CHEM: site Niedercorn CHEM: site Dudelange	Alex Meyer
FFE/Hôpital Kirchberg FFE/Clinique Sainte Marie Rehazenter	Martine Grelot
CHdN: site Ettelbrück ZithaKlinik CHdN: site Wiltz	Olga Kaphammel Octavian Dragusin (site Wiltz)
	assistance: Nazim Khalladi

1. CCT FHL

Outre le travail quotidien de précisions concernant l'application de la CCT FHL fournies par la conseillère juridique aux différents établissements membres de la FHL, les activités relatives à la CCT FHL se sont réalisées au niveau des différents groupes et commissions instaurées par la FHL respectivement la CCT EHL.

1.1. COMMISSION STRATÉGIQUE GRH (CS GRH) ET DÉLÉGATION DE NÉGOCIATION CCT FHL (CS GRH NÉGOCCCT)

Le protocole d'accord autour du renouvellement de la CCT FHL signé en octobre 2008 avait réglé certains points, dont notamment la transposition des primes uniques et de l'indice de base des rémunérations retenues par l'accord salarial dans la Fonction Publique, la création d'une plate-forme paritaire «rémunération par fonctions et revalorisation des carrières» et l'accord de principe pour entreprendre les démarches en vue de la déclaration d'obligation générale de la CCT EHL. D'autres points repris dans le catalogue de négociation commun étaient restés en suspens. Un projet de protocole d'accord complémentaire final a pu être élaboré fin juin 2009. Avec ce document, les syndicats renonçaient à leurs revendications en matière de protection des salariés et de nouveaux droits et la FHL renonçait à ses revendications par rapport à l'adaptation de certaines règles de gestion de la durée de travail et de simplification / uniformisation. Le texte du protocole d'accord se limitait à transposer les mesures retenues par l'accord salarial dans la Fonction Publique via une augmentation du pécule de vacances, à préciser la suite des travaux relatifs à la rémunération par fonctions et la revalorisation des carrières et à se mettre d'accord sur un texte par rapport au champ d'application de la CCT FHL en vue de la déclaration d'obligation générale de la CCT FHL.

Par la suite, l'OGB-L notifie à la FHL son refus de signer le protocole d'accord complémentaire final. Cette décision a été prise par l'OGB-L sur base d'un certain nombre d'évolutions dont notamment la migration des établissements long et moyen séjour anciennement membres de la FHL vers la CCT SAS. L'OGB-L informe en même temps avoir été mandaté de mener des négociations avec la FHL en vue de trouver des accords quant à l'introduction d'une seule CCT pour le secteur de la santé et le secteur social ainsi qu'à la nécessaire revalorisation des carrières et à la réforme des études de l'infirmier et de ses spécialisations.

Suite aux négociations entre parties, et dans l'optique d'une signature rapide, un accord a pu être trouvé courant 2010 sur l'introduction d'une clause additionnelle au niveau du protocole d'accord complémentaire final retenant un accord des parties à participer à une étude sur un éventuel rapprochement entre la CCT FHL et la CCT SAS. Tout en étant d'accord sur le contenu du protocole d'accord complémentaire final, les syndicats refusent de le signer pour des considérations politiques, au regard des évolutions dans la fonction publique ainsi que du fait d'une insécurité juridique quant aux droits des salariés des anciens membres FHL.

Le nouvel accord salarial dans la fonction publique a été arrêté en juillet 2011. En même temps, les grandes lignes d'une réforme dans la fonction publique ont été arrêtées. Au vu des accords qui ont été trouvés au niveau de la fonction publique, mais également au vu des nouvelles contraintes posées sur le secteur hospitalier par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé avec notamment l'introduction d'un budget biennuel fixé par le conseil de gouvernement pour la globalité du secteur ainsi que la nécessité de mutualisations, la CS GRH a proposé au CA de la FHL de dénoncer la CCT FHL pour sa date d'échéance du 31 décembre 2011 et les thèmes pour un catalogue de négociation ont été élaborés. La FHL a retenu de dénoncer la CCT FHL et une première réunion de concertation avec les syndicats a été organisée dans les délais légaux. Un calendrier serré avec des réunions toutes les deux semaines à partir de janvier 2012 avait également été retenu, en vue d'une signature d'un protocole d'accord avant l'été 2012. Suite aux nouvelles évolutions dans la fonction publique suivant lesquelles le contenu des projets de lois déposés par le Gouvernement sont contestés par la CGFP, il a été retenu de suspendre les négociations en attendant le résultat de la procédure législative afin d'avoir certitude sur ce qui aura été retenu pour la fonction publique. Afin d'obtenir des précisions sur ce qui devrait normalement être transposé par le législateur, une entrevue avec des représentants du Ministère de la Fonction Publique a été organisée lors de laquelle les différents éléments de l'accord salarial Fonction Publique ainsi que de la réforme Fonction Publique ont pu être abordés.

Suivant l'article L.162.10 (2) du Code du Travail, la convention collective dénoncée cesse ses effets dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention et au plus tard le premier jour du douzième mois de sa dénonciation, sauf fixation conventionnelle d'un autre délai.

Sur base de cet article, la FHL a pris l'initiative de recontacter les syndicats en vue d'une signature d'un protocole d'accord avant la fin de l'année, afin d'éviter l'insécurité juridique par rapport à la CCT FHL qui ne produirait plus ses effets.

Les négociations ont été très intenses sur les deux derniers mois de l'année (quatre réunions avec les syndicats entre le 29 novembre et le 21 décembre 2012), pour aboutir finalement à un protocole d'accord signé par toutes les parties.



La nouvelle CCT est conclue pour une durée de deux ans rétroactivement du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013. Elle comporte les éléments suivants:

- Engagement des parties contractantes à demander et à soutenir l'obligation générale de la CCT FHL et extension du champ d'application de la CCT FHL à tous les établissements hospitaliers budgétisés ainsi qu'aux structures de mutualisation ayant comme objet social exclusivement une mission de prestations médicales, de prestations de soins ou de prestations de services hospitaliers pour un ou plusieurs établissements hospitaliers.
- Prolongation des travaux de la plate-forme «rémunération par fonctions et reclassification des carrières».
- Accord à voir reformuler l'article 36 de la CCT FHL relatif à la protection de l'emploi. A cette fin, une plate-forme «sauvegarde de l'emploi» est constituée. Il a été retenu que l'approche par rapport à la sauvegarde de l'emploi pourrait être plus nuancée qu'avec les dispositions actuelles mais qu'en contre-partie une démarche sectorielle pourrait être envisagée. Le texte actuel restera néanmoins en vigueur jusqu'au moment où un nouveau texte aura pu être trouvé.
- Transposition du jour de congé accordé dans la Fonction Publique à partir de 2009 via augmentation du pécule de vacances de 19 points.
- Adaptation du premier échelon de la carrière OU 1.0 au salaire social minimum.
- Uniformisation et précision quant au dépassement et sous-passement (+/- 10 heures) de la période de référence mensuelle par le plan de travail initial en ce qui concerne les salariés à temps partiel.

Sans créer des plateformes au sens littéral du terme, les parties signataires se sont engagées à finaliser un nouveau texte coordonné tant en version française qu'en version allemande. Elles se sont également engagées à analyser ensemble et dans sa globalité l'impact de la réforme dans la Fonction Publique telle qu'elle aura été transposée par le législateur, notamment au regard de l'article 28 de la CCT FHL.

1.2. PLATE-FORME «RÉMUNÉRATION PAR FONCTIONS ET RECLASSIFICATION DES CARRIÈRES» – COMITÉ DE PILOTAGE (PF RFRC) ET GROUPE TECHNIQUE (PF RFRC TECH)

Suite à la signature du protocole d'accord intermédiaire autour du renouvellement de la CCT FHL en octobre 2008, les travaux de la nouvelle plate-forme paritaire «rémunération par fonctions et reclassification des carrières» a commencé ses travaux paritaires début 2009 en partenariat avec un consultant externe, en l'occurrence Deloitte sous la régie de M. Gilbert Renel.

Pour rappel, les principaux objectifs de la rémunération par fonctions seraient l'amélioration des éléments suivants:

- L'équité du système de rémunération de la FHL - à travers la prise en compte d'éléments autres que le niveau d'études et la position hiérarchique des fonctions;
- La motivation des salariés - grâce à une prise en considération plus objective de la contribution de leur poste et une plus grande transparence des opportunités d'évolution;

- L'inscription de nouvelles fonctions, et l'adaptation de fonctions existantes, dans le barème de rémunération et la classification des carrières;
- L'attractivité et la compétitivité des fonctions de la FHL sur le marché du travail;
- La mise à disposition des établissements de la FHL d'un outil GRH moderne et dynamique pour la gestion des carrières et le développement des salariés.

Sur base des travaux préparatoires menés en 2009, notamment élaboration de descriptions de fonctions lors d'ateliers de travail et choix des critères de pesée, le comité de pilotage FHL a pu prendre connaissance courant 2010 des différentes descriptions de fonctions élaborées et les adapter tant dans leur contenu que par rapport à la liste des fonctions à retenir. Les autres travaux essentiels réalisés en 2010 ont porté sur les éléments suivants:

- Ajustement des pesées des différentes fonctions
- Séparation du modèle de rémunération pour les soignants et les administratifs
- Ajustement de la pondération des critères de pesée
- Classification des fonctions actuelles dans des groupes homogènes de fonctions représentatives
- Premières simulations sur l'impact financier du nouveau modèle.

Principales actions à réaliser:

- Classification définitive des postes du secteur en postes repères - Scission de certaines fonctions en différents postes plus détaillés
- Etablissement/finalisation des liens entre responsabilités effectives des fonctions, pondération des critères et besoins/défis du secteur - Système reflétant de façon adéquate la valeur relative des fonctions
- Finalisation des négociations avec les syndicats quant aux pondérations appliquées aux différents critères, quant à l'équilibre futur entre progression salariale basées sur l'ancienneté et sur l'évolution dans la fonction, ajustement (éventuel) des simulations et du modèle et finalisation du modèle ainsi que des mesures transitoires.

Le point sur l'avancement des travaux a été fait début 2011 en réunion paritaire avec les syndicats et les propositions de la FHL ont été présentées aux syndicats. Certains points restent critiques, notamment l'intégration de la revalorisation des carrières et le lien avec le budget, la valorisation / pondération de certains sous-critères et plus particulièrement la valorisation de la formation initiale, la séparation du modèle en personnel administratif / logistique et personnel soignant ainsi que l'analyse plus détaillée des métiers soignants. Les réflexions autour du projet ont été relancées début 2012 afin de déterminer le périmètre plus concret de la position de la FHL.

1.3. COMMISSION PARITAIRE CCT FHL

Les travaux de la commission paritaire CCT FHL se sont limités en 2012 principalement aux thèmes récurrents issus de la CCT FHL: Détermination des PRMN 2013, de la surprime 2012 et validation des demandes PRML, PRMS et PRMI 2013 de la part des différents établissements membres de la FHL.

2. VOLET OPERATIONNEL DE LA GRH DANS LES ETABLISSEMENTS

Le volet opérationnel de la GRH est abordé au niveau de la FHL dans le cadre des travaux de la Commission du Personnel (CPERS), regroupant les responsables RH des différents établissements membres.

La majorité des membres de la CPERS étant également membres du comité de pilotage SIRHIUS respectivement du «user group» SIRHIUS, il a été retenu de réduire exceptionnellement les activités de la CPERS afin de permettre aux acteurs concernés de se concentrer davantage sur le projet SIRHIUS (cf. chapitre y relatif dans la partie «informatique»).

Les membres de la CPERS ont procédé à une analyse en vue d'une éventuelle révision des indicateurs qualité de résultat ayant trait au personnel.

Les membres de la Commission du Personnel restent finalement un partenaire privilégié pour la collecte de données statistiques concernant les ressources humaines dans les établissements membres. Les données statistiques suivantes ont été produites par les établissements membres et compilées au niveau de la FHL:

- Questionnaire surprime – données concernant le nombre de points allocation de famille payés dans le secteur
- Etude OCDE Health Data – statistiques concernant les données sur le revenu moyen brut du personnel soignant
- Tableau du personnel en vue du rapport de l'IGSS.

Le volet de la Sécurité et de la Santé au Travail est abordé au niveau de la FHL dans le cadre des travaux du Groupe Technique Sécurité (GTS), regroupant les préposés à la sécurité et les travailleurs désignés des différents établissements membres, ainsi qu'au niveau de son Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-FHL).

GRUPE TECHNIQUE SECURITE (GTS)

M. Claudio Mongelli (ZithaK), responsable du groupe depuis dix ans, a remercié le groupe de la confiance témoignée tout au long de ces années. La responsabilité du groupe est reprise par M. Sergio De Freitas (CHEM).

Les travaux du groupe étaient axés essentiellement autour des thèmes suivants:

1. INVENTAIRE DES POSTES A RISQUES:

Un sous-groupe constitué d'un travailleur désigné par centre hospitalier régional et hôpital général a poursuivi ses travaux en vue de l'élaboration de fiches d'évaluation des risques professionnels des différents métiers qu'on retrouve dans les établissements hospitaliers. Ces fiches, pouvant être considérées comme un réel outil commun à tous les établissements hospitaliers, reprennent les différentes tâches liées aux métiers concernés et identifient ensuite les risques professionnels possibles pour la sécurité et la santé des salariés. Elles ont été complétées par les protections mises en place et l'évaluation restante du risque suite à la mise en place des mesures de protection. L'évaluation brute du risque est normalement identique pour tous les établissements, mais l'évaluation restante sera spécifique vu qu'elle dépendra des mesures de protection mises en place. La charge de travail est conséquente de sorte que l'avancement du groupe dépend de la disponibilité de ses membres à s'investir dans le projet.

2. PLAN CATASTROPHE NUCLEAIRE:

Un sous-groupe a été créé, constitué en principe d'un travailleur désigné par centre hospitalier régional et hôpital général ainsi que du coordinateur scientifique de la cellule EPM de la FHL. L'objectif des travaux du sous-groupe est de réfléchir aux répercussions sur les hôpitaux en cas de catastrophe nucléaire à Cattenom, le tout à la demande du Dr Scharll. Il s'agit notamment d'organiser la mise à l'abri de tout un hôpital avec toutes ses incidences ainsi que la mise en place d'une cellule de décontamination permettant la décontamination de chaque personne qui pourrait être admise à l'hôpital. Le groupe s'est notamment penché sur le budget d'équipement pour une telle cellule de décontamination en faisant la différence entre un hôpital avec service d'urgences et sans service d'urgences. Un plan d'urgence devra encore être élaboré, par exemple sur le modèle suisse, mais les procédures seront différentes selon que les hôpitaux auront été équipés en conséquence ou non. Le groupe reste en attente de précisions à ce sujet.

3. LAVAGE ET DESINFECTION DES LITS:

Les nouvelles prescriptions hygiène imposent un local de lavage des lits, de préférence sous forme de lavage automatisé. Or une telle approche n'est pas partagée par les travailleurs désignés de sorte qu'un établissement a demandé et reçu une dérogation de l'ITM pour effectuer le lavage et la désinfection des lits dans les chambres. Cette dérogation est valable pendant deux ans, afin de permettre aux hôpitaux de proposer une solution commune, alors que les pratiques sont divergentes d'un établissement à l'autre. Il a été retenu de procéder en trois phases:

1. Un rassemblement des informations de chaque établissement
2. Une analyse de ces résultats avec le groupe de travail
3. La rédaction d'un texte en accord avec les établissements pour une prescription type.

Les résultats du travail ont été que l'installation d'un lavage automatique sera enlevée des prescriptions de l'ITM et que différentes solutions pour le lavage et la désinfection des lits pourront être retenues.

4. STRESS – HARCELEMENT - VIOLENCE:

Les phénomènes d'agressions et de violences sont en accroissement constant. De même, les salariés sont de plus en plus concernés par les phénomènes de stress et de harcèlement. C'est la raison pour laquelle le groupe a invité Dr Steffes à une réunion afin qu'il fasse une présentation sur ces différents sujets. L'entrevue a permis d'identifier un certain nombre de pistes pour prévenir ces phénomènes et a également permis de clarifier les rôles et responsabilités des différents acteurs.

5. RECOMMANDATION DE PREVENTION DES ACCIDENTS DE TRAVAIL DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

L'AAA a communiqué un projet de recommandation de prévention des accidents de travail dans le secteur de la santé au GTS. Une analyse du document a été faite et un avis élaboré par les différents travailleurs désignés avec l'implication des infirmiers hygiénistes. La synthèse de ces avis a été finalisée début 2012.

6. DOTATION «PREPOSE A LA SECURITE»:

Le RGD du 9 juin 2006 déterminant le nombre suffisant de travailleurs désignés prévoit une certaine dotation pour les travailleurs désignés de toutes les entreprises luxembourgeoises. Or, le travailleur désigné n'est en principe en charge que de la partie sécurité et santé au travail, donc en lien avec les salariés de l'entreprise. Dans un établissement hospitalier, d'autres acteurs doivent également être pris en considération, notamment les visiteurs et surtout les patients, souvent immobiles, ce dont témoigne notamment les prescriptions ITM qui font état d'un préposé à la sécurité. Sur base d'un cahier des charges reprenant toutes les tâches tant du travailleur désigné que du préposé à la sécurité avec une proposition de ventilation, le contact a été cherché avec l'ITM afin d'obtenir l'élaboration d'une prescription tenant compte des besoins de dotations pour cette fonction de préposé à la sécurité. Après les travaux préparatoires réalisés les années précédentes, le groupe a enfin reçu communication du texte final de la prescription type ITM qui tient largement compte des observations formulées par le groupe GTS.

7. ECHANGES D'INFORMATIONS:

Comme dans le passé, les membres du groupe ont échangé leurs bonnes pratiques ainsi que les informations qui leur ont semblé être utiles pour l'ensemble du secteur, notamment:

- retour d'expérience sécurité:
 - agression,
 - vol, mendicité,
 - ergonomie,
 - exercice d'évacuation
- collaboration avec la Spidolswäscherei, etc..

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE OU LE GROUPE D'ENTREPRISES

Nom: **HOPITAUX MEMBRES DE LA FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS**

Service de Santé au Travail: **SIST-FHL**

Médecins du Travail: **Dr BRAUN, Dr PICARD, Dr RIONDE** ce qui correspond à **2,4 ETP**

Infirmières: Mme FRANK, Mme PIKARD ce qui correspond à **1,10 ETP**

Secrétaires: Mme GOEURY et Mme ROLLIN ce qui correspond à **2 ETP**

Le SIST-FHL a pour mission d'aider les employeurs à identifier, évaluer et combattre les risques professionnels, donner des conseils en matière d'ergonomie et de prévention et de surveiller la santé des travailleurs en réalisant les examens médicaux prévus par la loi. Il est donc primordial pour le médecin de santé au travail d'avoir une bonne connaissance des conditions et du milieu de travail. Cela est en grande partie possible grâce aux visites de poste, à l'évaluation des risques effectuée en collaboration avec le responsable sécurité.

Les risques sont:

- **Risques physiques:**
 - Rayonnements ionisants et non ionisants
 - Manutention
 - Ambiance sonore et lumineuse

- **Risques chimiques:**
 - Formaldehyde (biopsies / bloc OP)
 - Acide peracétique
 - Désinfectants ...

- **Risques biologiques:**
 - Bactéries, virus ...
 - Risques AES

- **Risques psycho-sociaux:**
 - Nouvelles organisations de travail, activité croissante, nouvelles technologies, informatisation ...
 - Confrontation avec la mort, la souffrance ...

- **Autres risques spécifiques:**
 - Travail de nuit
 - Contact avec des patients agités

- **Autres risques non spécifiques:**
 - Travail sur écran
 - Chutes et glissades de plain pied
 - Risques de brûlures
 - Travail en hauteur
 - Incendie ...

2. EFFECTIF DE L'ENTREPRISE EN ACTIVITE AU 1^{ER} JANVIER 2012

	Nombre de travailleurs	Nombre de travailleuses	TOTAL
CENTRE EMILE MAYRISCH Sites de Esch + Nieder Korn + Dudelange	376	1449	1844
CLINIQUE STE MARIE	33	171	204
CENTRE HOSPITALIER (CHL + EICH))	509	1535	2044
ZITHAKLINIK	208	577	785
HOPITAL KIRCHBERG	248	777	1025
SAVEURS DE LA SANTE	4	11	15
CHdN (Centre hospitalier du nord: sites d'Ettelbruck et de Wiltz)	210	786	996
HOPITAL INTERCOMMUNAL DE STEINFORT	30	151	181
CENTRE HOSPITALIER NEURO-PSYCHIATRIQUE	159	385	544
INCCI	26	63	89
CLINIQUE PRIVEE DU Dr BOHLER	10	167	177
FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS	13	18	31
CENTRE FRANCOIS BACLESSE	18	33	51
REHAZENTER	88	180	268
TOTAL	1932	6284	8216
TOTAL %	24 %	76 %	100 %

3. EXAMENS MEDICAUX

La surveillance médicale a pour but d'apprécier si le salarié est apte à exercer les activités prévues par son contrat de travail, compte tenu de son état physique et mental et des caractéristiques de son poste de travail.

A l'occasion de ces visites médicales, le médecin du travail, par son examen clinique, vérifie cette adéquation.

Les différents examens médicaux effectués par le médecin du travail sont:

- ✓ La visite d'embauche
- ✓ La visite périodique
- ✓ La visite de reprise (après maladie > 6 semaines, après congé de maternité, congé parental, congé sans soldes)
- ✓ Les visites à la demande (du salarié, du médecin du travail, de l'employeur, du médecin traitant)
- ✓ Les visites de femmes enceintes
- ✓ Les visites après refus d'invalidité
- ✓ Les visites de reclassement.

Répartition des différentes visites:

Nous pouvons voir qu'au fur et à mesure des années, la proportion des visites de reprise (en pourcentage par rapport au nombre total des visites), et occasionnelles à la demande augmente et celle des visites périodiques diminue. D'autant qu'en 2012, l'installation du nouveau logiciel de gestion de notre service n'était pas opérationnel en début d'année et ne nous a pas permis de convoquer pour les examens périodiques avant le deuxième trimestre.

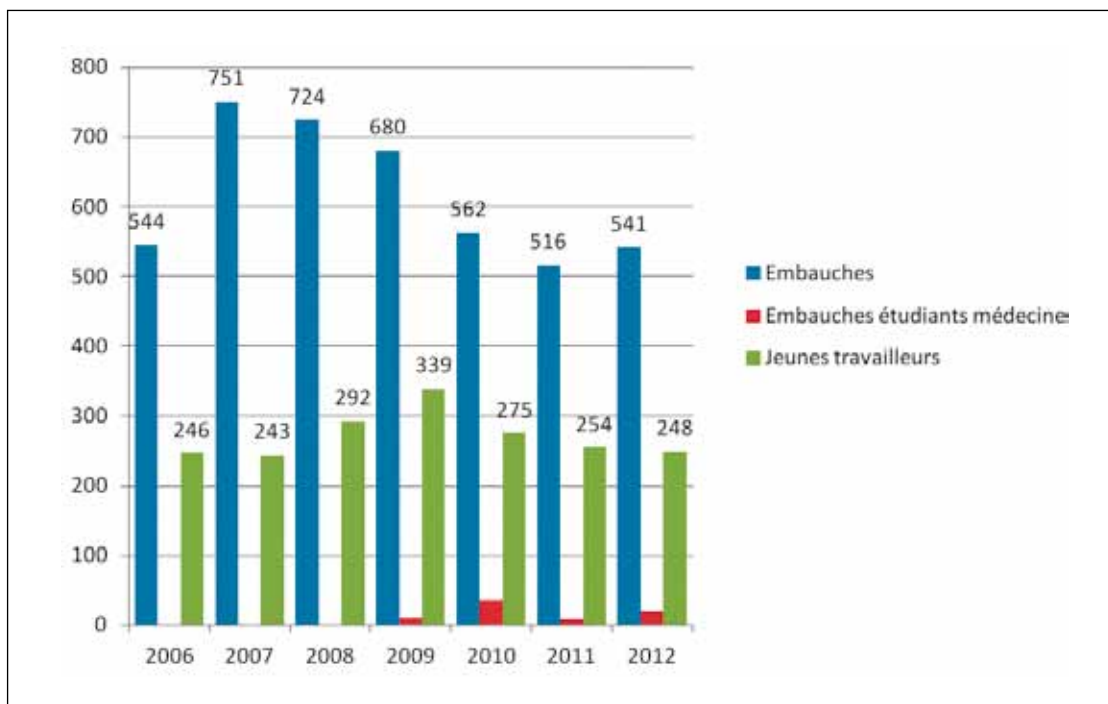
Par contre nous pouvons constater que notre activité embauches emploi vacances correspondait en 2012 à 5,24% de notre activité globale, contre 5,03% en 2011.

3.1. STATISTIQUES CONCERNANT CERTAINES VISITES

VISITE D'EMBAUCHE

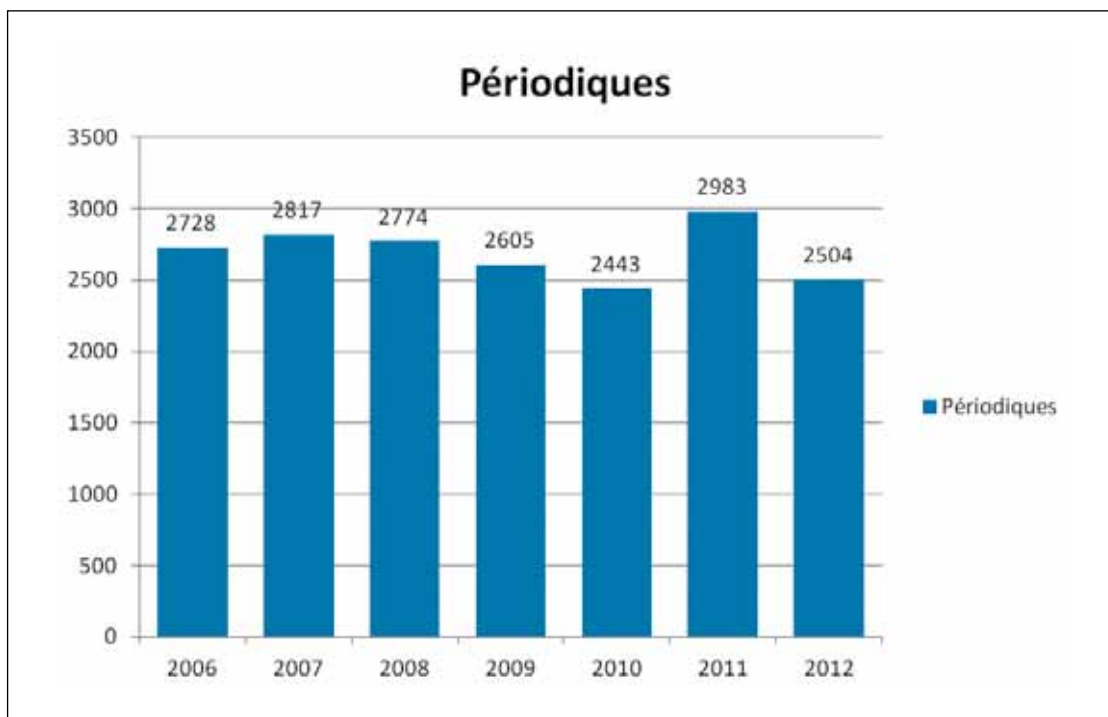
Elle est obligatoire et doit s'effectuer avant l'embauche, si le salarié a un poste à risque. Elle permet de vérifier le carnet de vaccination et s'accompagne souvent d'examen complémentaires pour vérifier l'immunité des salariés vis-à-vis d'agents biologiques comme le virus de l'hépatite B, le bacille de Koch (de la tuberculose), par exemple. L'avis n'est donné que lorsque ces résultats sont reçus, sinon ils restent «en attente».

EVOLUTION DES EMBAUCHES



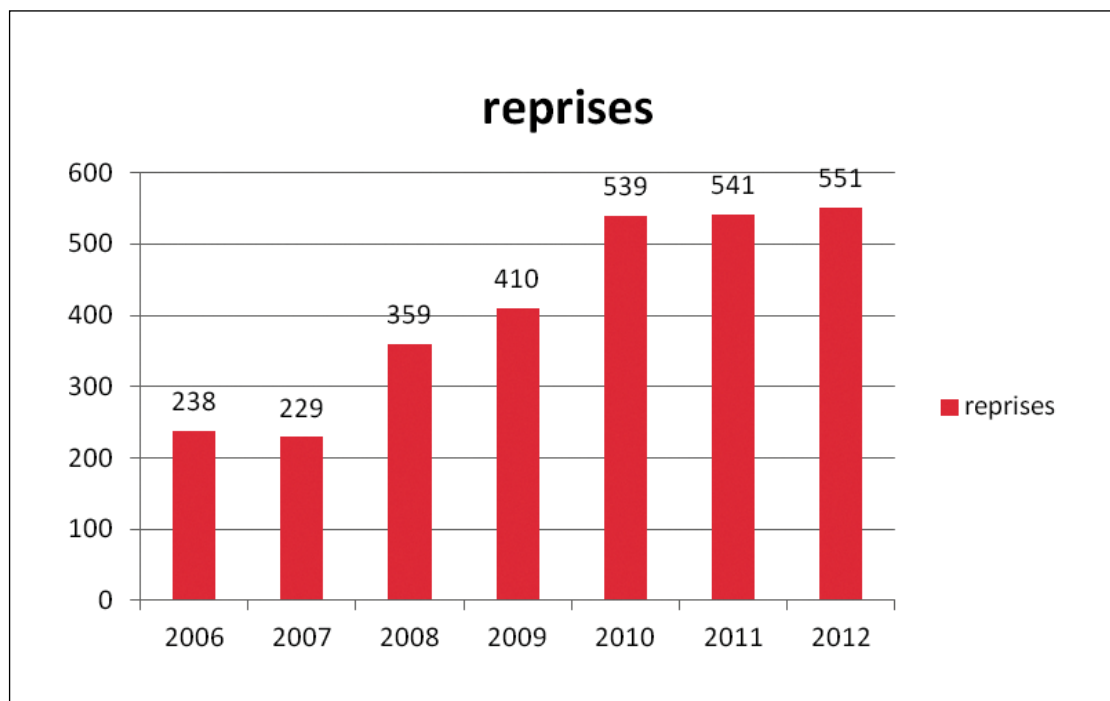
VISITE PERIODIQUE

Elle s'effectue tous les deux ans et tous les ans pour les salariés exposés à un risque particulier (cystostatiques, Radio)



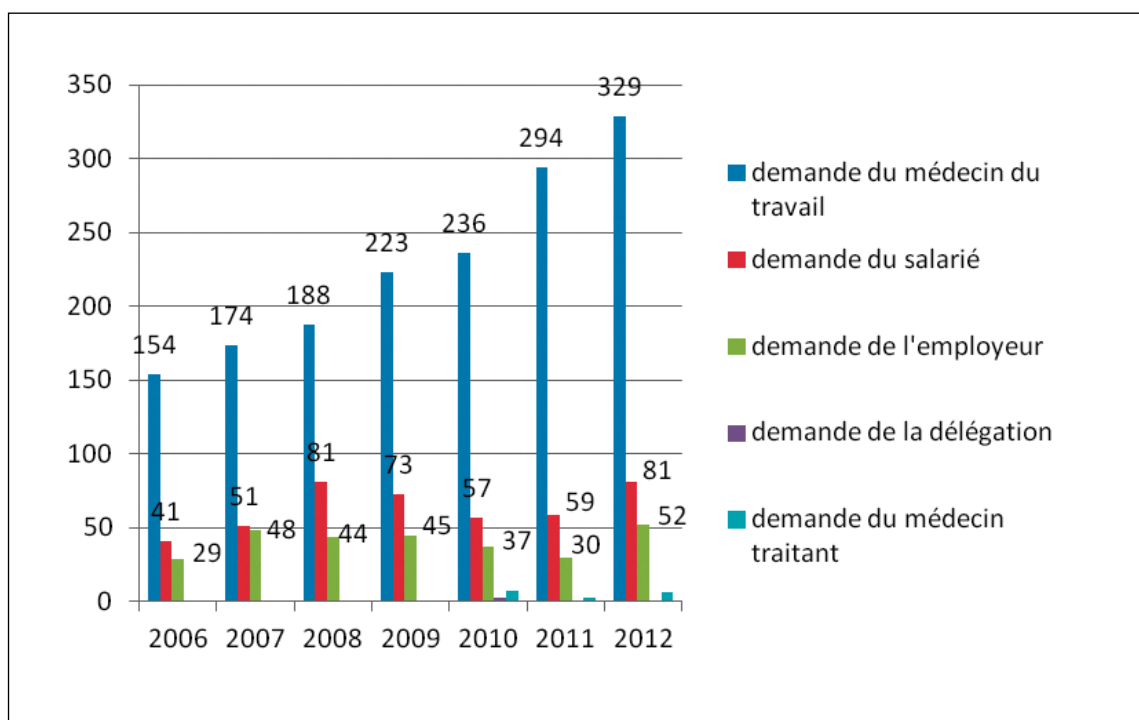
VISITE DE REPRISE

Elle est obligatoire après une absence pour maladie de plus de 6 semaines. Ces visites sont en augmentation car les salariés prennent plus facilement rendez-vous et les ressources humaines nous signalent mieux les arrêts maladies des salariés. Dans certains cas, lorsque la maladie du salarié est telle qu'il y a lieu de prévoir une reprise sur un poste aménagé, les salariés peuvent prendre un rendez-vous auprès du SIST **avant** la reprise de manière à mieux organiser cette reprise avec les ressources humaines et le service d'affectation.

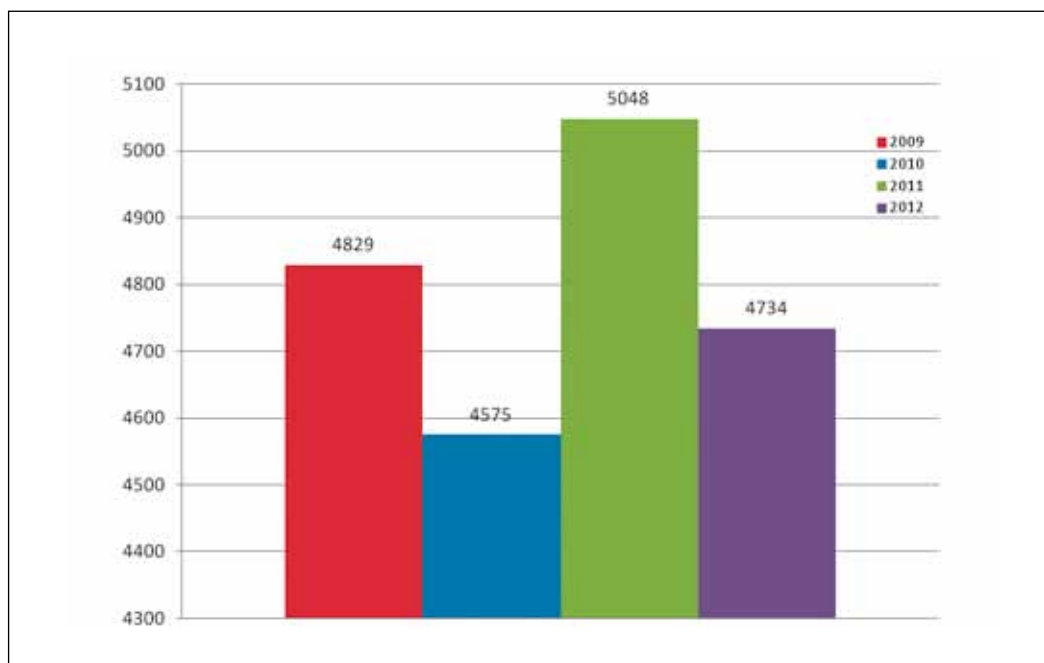


VISITE A LA DEMANDE

Elle s'effectue à tout moment à l'initiative de l'employeur, du salarié ou du médecin du travail, ou de la délégation. Elle répond à un besoin particulier à un moment donné, à un risque spécifique, à des questions sur une procédure ou sur des difficultés liées au travail. Le médecin du travail peut demander à revoir les salariés chez qui il a décelé des problèmes de santé et pour qui il a demandé un aménagement de poste afin d'en vérifier l'évolution.



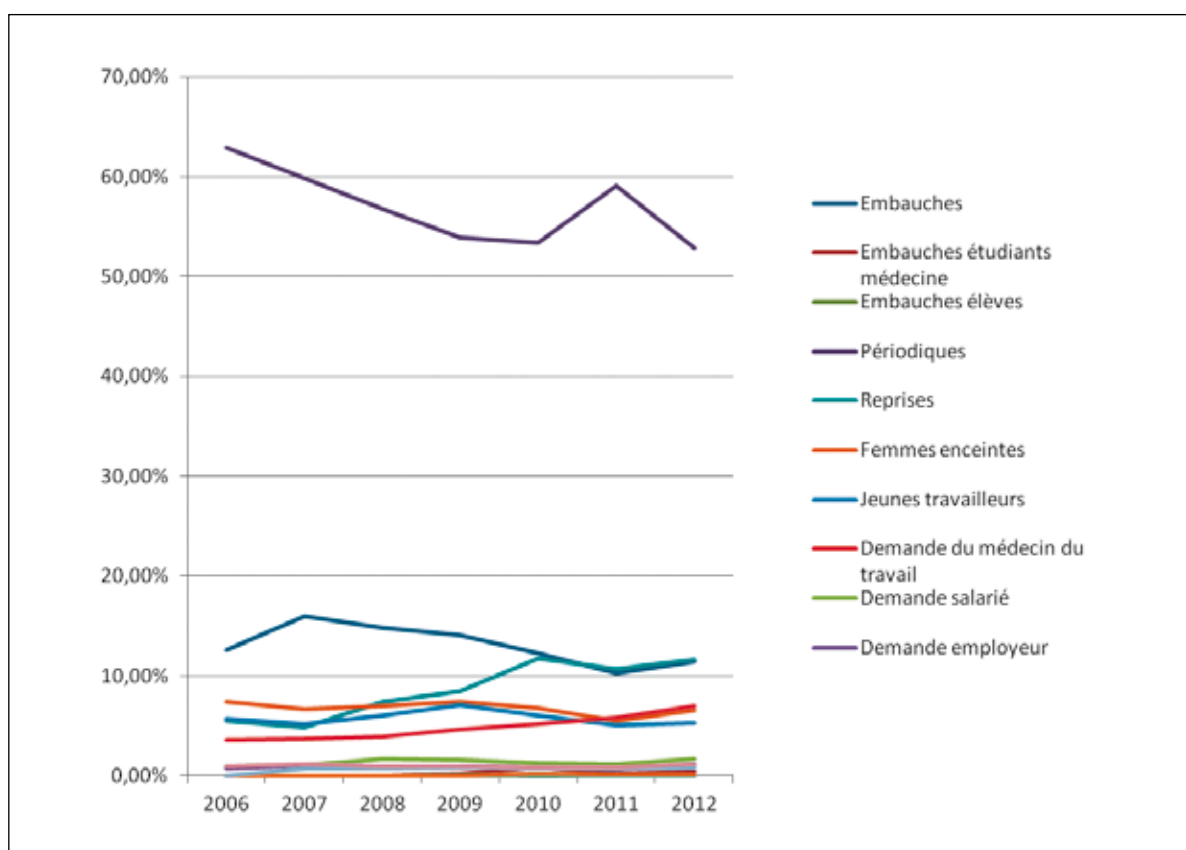
EVOLUTION DE L'ACTIVITÉ GLOBALE DES VISITES:



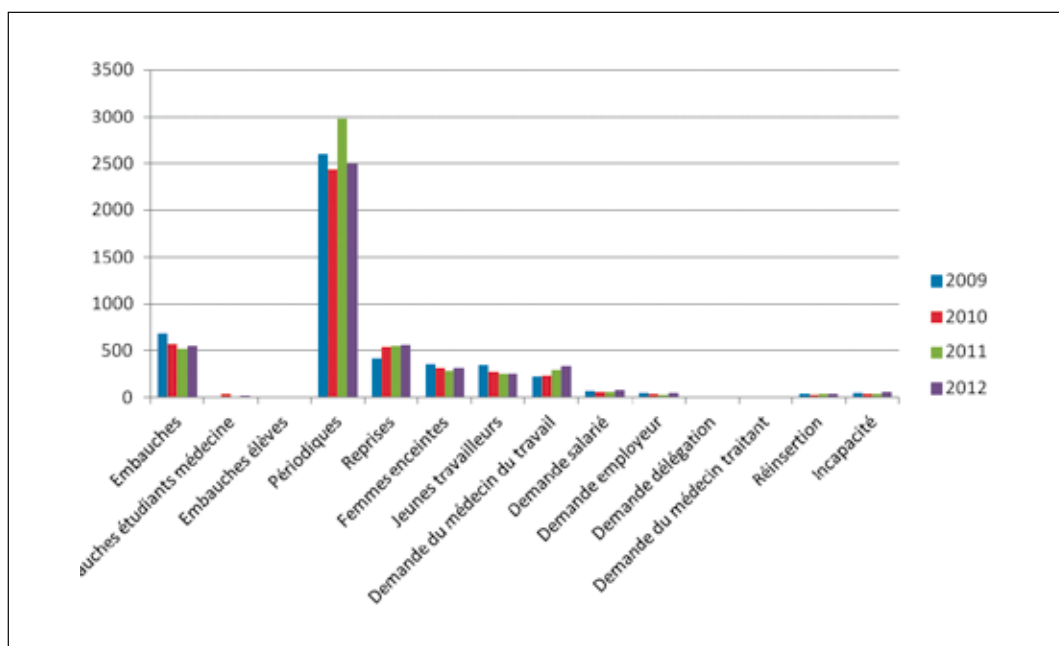
EVOLUTION DE LA PROPORTION DES DIFFÉRENTS TYPES DE VISITES (RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ VISITE EN %)

Nous pouvons voir qu'au fur et à mesure des années, la proportion des visites de reprise (+ de 12% en pourcentage par rapport au nombre total des visites), et occasionnelles à la demande augmente et celle des visites périodiques diminue. De plus en 2012, l'installation du nouveau logiciel de gestion de notre service qui n'était pas opérationnel en début d'année ne nous a pas permis de convoquer pour les examens périodiques avant le deuxième trimestre.

Par contre nous pouvons constater que notre activité embauches emploi vacances (jeunes travailleurs) ne cesse d'augmenter (en 2012 à 5,24% contre 5,03% en 2011).



RÉPARTITION DES VISITES (EN NOMBRE)



L'installation du nouveau logiciel de gestion du service a été assez problématique et a pénalisé l'équipe aussi bien au niveau fonctionnement administratif comme l'édition des convocations que la disponibilité pour l'activité habituelle de certains qui devaient régler les problèmes. Malgré cela, le nombre des examens médicaux est relativement stable et on voit bien que si certains examens (comme les reprises ou les embauches sont plus nombreux) ce sera souvent aux dépens des examens périodiques.

3.2. EXAMENS MEDICAUX REALISES EN 2012

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	Sans conclusion	En attente	Total
Embauches	502	0	3	0	9	27	541
Embauches étudiants médecine	17	0	0	0	2	0	19
Périodiques	2342	90	58	1	7	11	2509
Demande salarié	6	17	12	0	44	0	79
Demande employeur	24	2	17	0	6	3	52
Reprise du travail	362	106	45	2	33	3	551
Demande du médecin du travail	77	143	61	0	42	7	330
Demande délégation	0	0	0	0	1	0	1
Demande du médecin traitant	2	0	2	0	2	0	6
Total	3332	358	198	3	146	51	4088

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	Sans conclusion	En attente	Total
Incapacité (1)	1	10	0	28	16	0	55
Réinsertion (1)	0	36	0	0	2	0	38
Jeunes travailleurs (2)	190	1	44	0	13	0	248
Femmes enceintes (3)	21	68	0	206	13	0	306
Total	212	112	44	28	242	1	647

TOTAL DE TOUTES LES VISITES: 4.735

En complément des visites médicales, le médecin du travail peut prescrire les examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale ou des examens liés à certains risques spécifiques (radiations ionisantes, gaz anesthésiques et cytostatiques). Les vaccinations recommandées en milieu de soins peuvent être effectuées lors des visites. Les visites donnent lieu à l'émission d'un avis d'aptitude.

Parfois elles sont «sans conclusion»

- Lors des visites de reprise si l'état du salarié n'est pas stabilisé et que l'arrêt est prolongé,
- lors des visites périodiques ou «à la demande» si le médecin du travail adresse le salarié à son médecin traitant pour arrêt de travail,
- ou lors des visites à la demande du salarié.

Les aptitudes avec propositions d'adaptation du poste ont pour but de permettre au salarié d'occuper son poste sans mettre sa santé en danger. Les aménagements ou restrictions peuvent être très variés: port de charges, horaires de travail, postures à éviter, Ils sont donnés normalement en concertation avec les responsables des services et sont souvent provisoires lors de la reprise. S'il y a lieu de demander des aménagements plus importants et de longue durée, ils seront plutôt envisagés dans le cadre d'un reclassement.

MOTIFS DES ABSENCES DECELES LORS DES VISITES DE REPRISE APRES MALADIE.

Les 551 visites de reprise sont réparties comme suit:

- 110 réintégrations après congé parental
- 10 réintégrations après congé sans solde
- 76 reprises après congé de maternité
- 41 visites de pré-reprise après maladie ou accident de travail
- 299 visites de reprise après maladie
- 4 visites de reprise après accident de travail
- 11 visites de reprise post-mi-temps thérapeutique.

Sur les 299 visites de reprise après maladie, les motifs des absences sont répartis de la façon suivante:

- 92 d'origine traumatologique essentiellement des fractures ou entorses graves mais aussi 6 ruptures du tendon d'Achille
- 86 après une intervention chirurgicale
 - 35 touchant les membres dont 14 interventions sur un hallux valgus et 4 prothèses totales de hanche ou de genou
 - 51 concernant une intervention abdominale
- 44 problèmes d'origine psychiatrique essentiellement des syndromes dépressifs avec ou sans hospitalisation
- 41 problèmes de hernies discales cervicales ou lombaires pour lesquels seulement 3 personnes n'ont pas été opérées
- 36 dues à des troubles musculo-squelettiques essentiellement du membre supérieur, dont 10 interventions sur un syndrome du canal carpien
- 9 dus à des problèmes cardio-vasculaires soit cardiaques, soit AVC
- 8 problèmes de cancers
- 5 problèmes de rhumatismes chroniques
- 4 après une maladie infectieuse
- 3 d'origine neurologique
- 2 dysfonctionnements endocriniens
- 1 pour un problème pneumologique.

4. ACTION SUR CERTAINS RISQUES

RISQUES BIOLOGIQUES:

- Tuberculose: suivi du personnel ayant été en contact
 - avec un patient atteint d'une tuberculose pulmonaire non isolée (310 personnes contacts en 2012 pour 16 patients)
 - demande de quantiféron de référence sauf si on le connaît déjà puis contrôle quantiféron 3 mois après; si le quantiféron est positif, on fait une radiographie pulmonaire et on envoie la personne en consultation chez le pneumologue qui décidera de la mise sous traitement ou pas. S'il y a un virage de quantiféron en principe il s'agit d'une Infection Tuberculeuse latente (ITL) qu'on déclare comme maladie professionnelle. Pour 2012, 3 ITL ont été déclarées en maladie professionnelle.
- AES: suivi sérologique (Hep B, Hep C, HIV) des personnes concernées pendant 6 mois: 177 AES en 2012 contre 175 en 2011 ont été enregistrés. Malheureusement, on a déploré pour la première fois depuis

qu'on étudie les AES, une contamination par le virus HVC lors d'un AES avec un patient source positif pour le VHC. Cette personne a reçu un traitement et une déclaration de maladie professionnelle a été faite.

- Toutes les sérologies de l'hépatite B, et pour certains services à risque de l'hépatite A et de l'hépatite C, de la rubéole, rougeole, varicelle (lorsqu'on n'a pas de connaissance précise sur une vaccination ou des antécédents de maladie) sont vérifiées à l'embauche. Si le salarié n'est pas immunisé, une vaccination est systématiquement proposée.
- Risques vis-à-vis de la méningite; en 2012, 8 personnes ont reçu un traitement préventif de la méningite après un contact avec un patient porteur d'une méningite B.

RISQUES PHYSIQUES:

- Manutention: recommandation lors des examens médicaux. Participation à une campagne de sensibilisation et demande d'une formation spécifique pour 1 service
- Radiations ionisantes: suivi des dosimétries du personnel exposé. Demande d'analyses radiotoxicologiques du personnel de médecine nucléaire ou d'iodothérapie:
 - 9 prélèvements ont été fait sur 50 personnes dont deux résultats ont été positifs et ont motivé un contrôle qui s'est révélé négatif ensuite. (Etude de poste en cas de résultats positifs).

RISQUES CHIMIQUES:

- Formaldehyde: sensibilisation au risque cancérigène de ce produit. Protection du personnel par une généralisation dans les hôpitaux de flacons pré-conditionnés. Pour les gros volumes, des hottes spécifiques ont été commandées dans certains hôpitaux.
- Acide peracétique: études de poste ayant donné lieu à des recommandations particulières.
- Collodion[®]: Etude dans les différents hôpitaux de l'utilisation de ce produit servant à coller les électrodes des EEG à base d'éthanol et d'oxyde de diéthyle qui provoque des effets secondaires non négligeables. L'idéal serait de le remplacer par un autre produit un peu moins efficace mais néanmoins suffisant dans la plupart des cas.

RISQUES PSYCHO-SOCIAUX:

Suivi particulier des personnes en difficultés par le médecin du travail et dans certains cas, orientation vers une consultation spécialisée. Ces personnes viennent spontanément, soit nous sont envoyées par l'employeur ou la délégation, quelquefois les problèmes sont détectés au cours des examens périodiques.

Le nombre des visites à la demande du salarié sont en augmentation car les personnels sont souvent en difficulté pour de multiples raisons à la fois personnelles, familiales et professionnelles dont il faut faire la part des choses avec eux afin d'améliorer leur situation. Il est quelquefois nécessaire de les adresser à des services spécialisés.

5. ETUDE DES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Nombre des AT et accidents de trajets dans les établissements FHL			
Mécanismes de survenue	Avec arrêt	Sans arrêt	total
ACCIDENT AVEC VEHICULE	66	99	165
AGRESSION PAR TIERS	1	1	2
CHOC AVEC ELEMENT FIXE	0	2	2
CHUTE/GLISSADE DENIVELE	7	2	9
CHUTE/GLISSADE PLAIN PIED	21	24	45
FAUX MOUVEMENT	2	3	5
OBJET EN MOUVEMENT	2	0	2
Accidents de trajet	99	131	230
ACCIDENT AVEC VEHICULE	1	4	5
AES	0	177	177
AGRESSION PAR TIERS	1	3	4
APPAREIL DE CUISSON	2	2	4
AUTRE	5	6	11
CHOC AVEC ELEMENT FIXE	11	30	41

CHUTE/GLISSADE DENIVELE	8	13	21
CHUTE/GLISSADE PLAIN PIED	17	26	43
CONTACT MALADE AGITE	15	35	50
CONTACT PRODUITS TOXIQUES	2	12	14
EFFORT/MANUTENTION CHARGES	12	12	24
EFFORT/MANUTENTION MALADE	22	29	51
ELEMENTS SOUS PRESSION	1	0	1
FAUX MOUVEMENT	9	15	24
INCENDIE	0	11	11
MANIP OBJETS/OUTILS HORS AES	7	18	25
OBJET EN MOUVEMENT	19	56	75
RECIPIENT AVEC LIQUIDE CHAUD	1	5	6
Total des Accidents de travail sauf trajets	133	454	587

Comme d'habitude les AES sont les plus nombreux mais leur nombre reste stable. En 2012, une contamination par le virus de l'hépatite C a été constatée: la sérologie VHC négative à J0 est revenue positive à J6 semaines et augmentation des transaminases et charge virale très positive et le patient source s'est révélé être positif. La personne a été mise sous traitement (et en arrêt de travail) et une déclaration a été faite à l'AAA.

Le nombre des **accidents par contact avec un malade agité** est en constante augmentation, sans doute parce que les déclarations se font plus facilement. La plupart du temps il s'agit d'agression verbale accompagnée de griffures, morsures, coups de pied,... mais deux accidents ont été suivi d'arrêt de travail pour fracture (dont une fracture de vertèbre). Ces accidents se produisent souvent aux urgences ou en psychiatrie mais aussi dans des services de médecine, voire en gériatrie. Si le personnel de psychiatrie est normalement formé à ces situations de violence, le personnel des autres services a besoin d'une formation spécifique pour détecter les troubles du comportement et les anticiper et apprendre les techniques de prise en charge de tels patients. Certaines agressions ne sont pas le fait des patients mais de leur famille ou de simples visiteurs; ils n'en sont pas moins traumatisants.

On déplore également beaucoup **d'accidents lors des manutentions de malades**; ceux-ci ne sont pas toujours évitables par les techniques adaptées ou l'utilisation de matériel car ils sont dus à des patients qui se laissent tomber lors de leur mobilisation et peuvent entraîner des dommages aussi bien au niveau du dos que des épaules.

Les accidents provoqués par des objets en mouvement accidentel sont aussi très nombreux; ce sont des objets en équilibre instable qui tombent, mais le plus souvent ce sont les portes d'ascenseur qui se ferment trop rapidement lors des transports (lits ou chariots) et qui coincent les doigts pouvant entraîner jusqu'à des fractures de la main.

Le sol mouillé, soit parce qu'il vient d'être nettoyé, soit parce qu'il est souillé par des liquides (urines ou autres.) est responsable d'un grand nombre de chutes et glissades.

Onze personnes ont été incommodées par les fumées, mais sans gravité lors d'un incendie dans un établissement.

6. AUTRES ACTIVITES

Relations avec les hôpitaux:

- Avec les différents responsables ou directeurs lors des reclassements ou des événements particuliers
- Avec les services des ressources humaines pour les convocations, affectation des salariés, arrêts de maladie, grossesses, ...
- Avec les staffs de direction pour un bilan sur divers problèmes rencontrés dans les hôpitaux afin d'essayer de trouver des solutions
- Avec les préposés à la sécurité pour l'évaluation des risques et son suivi
- Avec les hygiénistes pour l'élaboration de différents protocoles vis-à-vis de certains agents biologiques à risques pour le personnel
- Participation à certaines manifestations de prévention au sein des hôpitaux.

Relations avec les partenaires sociaux:

- Soit pour des problèmes avec certains salariés
- Soit lors de la présentation du rapport d'activité devant le comité mixte.

Relations publiques Relations internationales



L'EHL DEVIENT LA FHL

C'est le **22 mai 2012** que l'**Assemblée Générale** a officiellement avalisé les nouveaux statuts de notre association et aussi le changement de nom, l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL) devenant la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL). Ce changement de nom est l'aboutissement d'un long processus de révision de la gouvernance de l'association avec aussi la constitution de nouvelles structures internes devant permettre une prise en compte adéquate des besoins des différents terrains représentés par les gestionnaires multidisciplinaires.

Le site WEB de l'association sera revu en conséquence pour être accessible dans sa nouvelle configuration en 2013 www.fhlux.lu.





CREATION D'UN NOUVEAU LOGO «FHL» PAR L'AGENCE IDDI FIX

Suite au changement de nom décidé le 22 mai 2012 l'association s'est dotée d'un nouveau logo qui répond à la nouvelle image que la FHL souhaite véhiculer vers ses membres et l'extérieur.



EHL INFO EST DEvenu FHL INFO

TROIS PARUTIONS EN 2012: MARS/AVRIL, AOÛT/SEPTEMBRE ET NOVEMBRE/DÉCEMBRE.

Objectifs:

- Recenser les besoins en communication de la FHL, des établissements membres de la FHL mais également de divers organismes externes (p. ex.: le MINISTRE DE LA SANTE, les associations caritatives ...). Il s'agit de diffuser de l'information destinée à un large public concerné par le secteur hospitalier (**contacts & communication**).
- Suivre l'actualité du secteur de la santé afin de proposer régulièrement des initiatives de diffusion d'informations importantes (**recherche & lecture**).
- Collaborer et négocier avec l'agence de publicité (pour la régie publicitaire) (**contacts**).
- Rechercher un design/graphisme correspondant à l'image du FHLinfo (**lay-out / cover-page**).
- Collecter/Rassembler les articles et adapter logiquement la structure de la brochure en fonction de la fréquence des sujets, respectivement de l'importance et de la lisibilité des articles (**mise-en-page & aspect visuel**).
- Rester régulièrement en contact avec l'imprimeur (**Imprimerie Heintz, Pétange**).
- Réaliser systématiquement des relectures visant à obtenir un contenu correct de cette revue quadrilingue tout aussi bien au niveau de l'orthographe qu'au niveau grammatical (allemand, anglais, français et luxembourgeois) (**lectures / épreuves & bon-à-tirer**).
- Garantir la diffusion postale et la distribution manuelle (prochainement sous format électronique pour notre nouveau site web www.fhlux.lu) de la revue en 2.000 exemplaires, au niveau national et international en fonction des destinataires précédemment identifiés (**création & mises-à-jour d'une base-de-données & mailing**).
- Evaluer dans le cadre d'une approche qualité les aspects positifs et les améliorations à apporter et ce après chaque diffusion de la brochure (**feedback**).

EHL info est devenu FHL info
EHL info est devenu FHL info à partir de l'édition d'août/septembre 2012, son tirage est de 2000 exemplaires.

3 éditions par an
La revue hospitalière luxembourgeoise à l'attention des acteurs hospitaliers et du secteur de la Santé **paraîtra trois fois par an**, c.à d. en mars/avril, en août/septembre et en novembre/décembre 2013.

FHL info présente les activités de la FHL et des informations relatives à sa structure et à ses membres, des articles à sujets variés du domaine hospitalier et de la santé en général. N'hésitez pas à nous faire savoir quels sont les thèmes qui vous intéressent le plus. Faites-nous part de vos suggestions!

Si vous souhaitez recevoir régulièrement notre revue, veuillez contacter
Mme Danielle CIACCIA-NEUEN
Tél.: 00 352 42 41 42-21 ou par e-mail: danielle.ciaccia@fhlux.lu.

Si vous souhaitez publier une information, votre communiqué de presse ou votre annonce publicitaire dans notre prochaine édition, contactez la coordinatrice à l'adresse suivante:
Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois a.s.b.l.
5, rue des Mérovingiens
Z.A. Bourmicht - L-8070 BERTRANGE
Tél.: 00 352 42 41 42-21
Fax: 00 352 42 41 42-81
E-mail: danielle.ciaccia@fhlux.lu
site: www.fhlux.lu

Merci de votre attention et de l'importance que vous accorderez à notre publication.

QUALITY
EFQM Member
N°22 - Novembre / Décembre 2012

WORKSHOP MATERIOVIGILANCE LE 20 AVRIL 2012

Participation: 19 personnes

L'EHL a organisé le 20 avril 2012 le premier symposium sur la matériovigilance de 9.00 à 12.00 heures. Le programme portait sur la réglementation ainsi que des retours d'expérience. Pour une première édition, le public était diversifié et participatif. L'initiative a plu et devrait donc être rééditée. Il a été également convenu de voir comment mettre éventuellement en place un groupe de travail au sein de la FHL.

CONFERENCE DU 11 OCTOBRE 2012 «MISE EN PLACE DE LA DIRECTIVE EUROPEENNE EN MATIERE DE DROIT DES PATIENTS: DE NOMBREUSES CHALLENGES POUR LA GRANDE REGION»

C'est à bord du bateau de croisière «Roude Léiw» à Remich que s'est tenue le 11 octobre 2012 une conférence relative à la mise en place de la directive européenne (2011/24/UE) «Droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers». Une centaine de professionnels de la santé de la Grande Région ont participé à cette manifestation organisée par l'IUIL et ses partenaires, dont la FHL, dans le cadre du projet Interreg FCU «Formation Continue Universitaire Grande Région».

Les différentes thématiques abordées ont permis aux participants de se faire une idée plus précise de l'impact

qu'aura cette directive sur les règles d'accès aux soins transfrontaliers, sur l'organisation de l'offre de soins dans la Grande Région, que cela soit pour les institutions hospitalières, les caisses de maladie et les mutuelles. Les différentes interventions et tables rondes ont donné l'occasion aux professionnels du secteur de la santé et des soins de présenter les coopérations transfrontalières qui ont été engagées dans la Grande Région.

Tous ces exemples ont bien démontré que le succès de telles opérations dépend avant tout de l'implication quotidienne de tous les acteurs (hôpitaux, patients, caisses de maladie, mutuelles). Il faudra certainement s'inspirer de ces coopérations transfrontalières pour préparer un terrain favorable à la transcription de la directive dans la législation de chaque pays



ENTREVUE AVEC LE LCGB DU 26 OCTOBRE 2012

Le 22 octobre 2012 la FHL a accueilli une délégation du syndicat LCGB pour une visite de courtoisie qui a permis un échange de propos au cours duquel l'évolution du secteur a été abordée. Ce fut aussi avant tout l'occasion pour la FHL de présenter sa nouvelle gouvernance.



RENCONTRE AVEC UNE DELEGATION DU MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE LE 18 OCTOBRE 2012

Cette rencontre a permis un échange fructueux entre les deux délégations relatif à l'évolution du secteur CCT-FHL et du secteur Fonction Publique, les deux secteurs étant étroitement liés conformément aux règles en vigueur au niveau de la CCT-FHL.

PARTICIPATION ACTIVE DE LA FHL A LA PREPARATION ET AU DEROULEMENT DU SEMINAIRE ORGANISE PAR L'AEDH LE 16 NOVEMBRE 2012 A DÜSSELDORF (DANS LE CADRE DE LA MEDICA)



L'objectif consistait à faire des propositions communes, à rechercher et développer des voies d'amélioration dans le cadre des opérations de transposition de la directive européenne (2011/24/UE) «droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers» à réaliser au niveau des différents Etats membres, ceci grâce aux informations recueillies et aux expériences pratiques qui seront exposées. Un questionnaire avait été envoyé préalablement aux membres de l'AEDH pour obtenir une image la plus complète possible dans différents pays de l'UE de la situation actuelle mais aussi pour obtenir des précisions quant aux visions d'avenir et à la pratique

dans les hôpitaux au niveau de la gestion de la qualité des services offerts et du circuit de l'information vers les patients. Les expériences professionnelles et les informations relatives aux contraintes nationales, respectivement régionales sont en effet essentielles pour mener à bien ce travail de réflexion. Il convient dans ce contexte de considérer aussi bien des références que des documents.

SYMPOSIUM IMAGERIE PEDIATRIQUE ET RADIOPROTECTION LE 21 NOVEMBRE 2012

Ce symposium, co-organisé par la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, cellule physique médicale et la Division de la radioprotection du Ministère de la Santé, en association avec l'Association Luxembourgeoise des Assistants techniques de Radiologie, la Société Luxembourgeoise de Pédiatrie, la Société Luxembourgeoise ORL, la Société Luxembourgeoise de Radiologie et l'Association Luxembourgeoise pour la Formation Médicale Continue.

L'imagerie Pédiatrique a pu bénéficier des progrès récents en imagerie médicale: en particulier, la scanographie CT qui garde aujourd'hui une place importante. La technologie multicoupes a révolutionné la qualité des images en réduisant les temps d'acquisition à quelques secondes, supprimant presque totalement les problèmes d'artéfacts de mouvement chez l'enfant. Toutefois, la sensibilité des organes aux rayonnements ionisants est plus élevée chez l'enfant que chez l'adulte. Leur espérance de vie étant supérieure, le risque de cancer radio-induit est plus élevé. Une étude épidémiologique récente sur une cohorte pédiatrique exposée à des examens CT a pu quantifier ce risque pour les leucémies et les cancers du cerveau.

L'objectif de ce symposium est de sensibiliser les acteurs du secteur de la santé sur:

- Optimisation de la dose des examens radiologiques, notamment en CT,
- Connaissance de l'Épidémiologie de l'irradiation médicale pédiatrique,
- Justification clinique des examens pédiatriques.

Plus d'une centaine de personnes ont assisté aux débats et rendez-vous est pris pour une prochaine édition.

SYMPOSIUM ASSURANCE QUALITE ET RADIOPROTECTION EN MEDECINE NUCLEAIRE LE 12 DECEMBRE 2012

Ce symposium, co-organisé par la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, cellule physique médicale et la Division de la radioprotection du Ministère de la Santé, en association avec la Société luxembourgeoise de médecine nucléaire (SLMN) et l'Association luxembourgeoise des ATM de radiologie (ALAR) était destinée aux Médecins-nucléaristes, aux ATM's de radiologie ainsi qu'aux experts en physique médicale. Il porte sur les avancées technologiques en médecine nucléaire au Luxembourg (imagerie diagnostique, PET, iodothérapie) et les actions nécessaires afin d'assurer la qualité dans les services hospitaliers.

Les thématiques suivantes ont été abordées et illustrées par les expériences des terrains:

- Le contrôle qualité
- L'audit clinique
- La certification
- L'optimisation des nouvelles techniques d'imagerie
- La radioprotection des patients et du personnel.

Le Symposium a permis un partage d'informations constructif et de tracer la voie pour une démarche qualité homogène des services de médecine nucléaire du pays. Il a connu un grand succès et devrait sous toute réserve être reconduit.

PREMIERE ANNONCE POUR LE CONGRES DE L'AEDH EN NOVEMBRE 2013 A LUXEMBOURG

La première annonce a paru officiellement à la rentrée de septembre 2012 «Save de date – 24th EAHM CONGRESS / CONGRES DE L'AEDH / KONGRESS EVKD, Luxembourg» avec en parallèle un appel au sponsoring nécessaire pour le co-financement de cet important événement, l'autre moitié étant financée par les inscriptions. Le travail préparatoire a débuté par la création d'une brochure «Invitation for Corporate Sponsorship», la création d'une BD des fournisseurs, la réservation des locaux, la constitution d'un Comité d'organisation ainsi que d'un Comité scientifique présidé par Professeur Hans-Joachim Schubert et les premiers contacts avec les intervenants potentiels, en étroite collaboration avec l'AEDH.



24th EAHM Congress
24^e Congrès de l'AEDH
24. Kongress EVKD
LUXEMBOURG 2013



24th EAHM Congress
24^e Congrès de l'AEDH
24. Kongress EVKD
LUXEMBOURG 2013 

INVITATION FOR CORPORATE SPONSORSHIP

HOSPITAL MANAGEMENT IN TIMES OF CRISIS:
CONSTRAINTS, CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

28-30 NOVEMBER 2013 - LUXEMBOURG



Copyright: eu2005.lu/ccrn/Menn Bodson



ASSOCIATION EUROPEENNE DES DIRECTEURS HOSPITALIERS
EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS

www.eahm-luxembourg2013.lu



Fédération des Hospitaliers
luxembourgeois

1. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Assemblée Générale 2012 fut clôturée par un cocktail-lunch auquel toute l'assistance fut conviée. Une attention toute particulière fut donnée aux collaborateurs de l'association qui ont quitté leurs fonctions au cours des 12 derniers mois. C'est ainsi que Monsieur le Docteur Raymond Lies, qui fut un membre actif du Conseil d'administration sur les années 2002 à 2011 et qui a exercé les fonctions de Vice-président de 2009 à 2011 s'est vu remettre un original d'une photographie de l'artiste-photographe Geneviève Biver représentant une vue d'artiste de la Toscane. Monsieur Paul Junck, Président de la FHL a souligné l'engagement et les mérites de Docteur Lies au cours de ses années d'activité au sein de l'association hospitalière.

Dr Raymond LIES, Directeur Général du HK et Directeur Général et Médical à la CSM, était membre du Conseil d'administration depuis 2002, Vice-Président de l'EHL à partir du 30 juin 2009 jusqu'au 1^{er} janvier 2012.



A également quitté ses fonctions d'administrateur de notre association en 2011, le **Dr Jo JOOSTEN**, Directeur Général du CHNP. Le Dr Joosten était membre effectif du Conseil d'administration de l'EHL depuis le 08 avril 2008, jusqu'à fin 2011.

Ont également quitté leurs fonctions d'administrateurs en 2012:

Dr André KERSCHEN, membre effectif du Conseil d'administration de la FHL/EHL depuis 2002, représentant le Centre Hospitalier de Luxembourg jusqu'au 1^{er} juillet 2012.

Mme Yvonne KREMMER, membre effectif/suppléant du Conseil d'administration de la FHL/EHL depuis 1998 pour le Centre Hospitalier de Luxembourg jusqu'au 31 décembre 2012. Madame Kremmer était aussi très active au niveau d'un certain nombre de commissions et groupes de travail de l'association.

Ces personnes seront honorées à l'occasion de l'Assemblée Générale 2013.

2. LE SECRETARIAT GENERAL

RECRUTEMENTS / DEPARTS

- Recrutement d'un informaticien expert en HR Access sous CDI pour remplacer un informaticien SIRHIUS.
- Recrutement d'une secrétaire sous CDD pour remplacer une secrétaire pendant son congé de maternité suivi de congé parental mi-temps.

20 ANS DE SERVICE

- M. Marc HASTERT (Secrétaire Général/Juriste)



M. Marc HASTERT

10 ANS DE SERVICE

- M. Olivier WIKTOR (informaticien)
- Mme Christina BOKOU (expert en physique médicale)
- M. Serge FRIEDEN (informaticien)
- Mme Martine GRELOT-GENEAU (expert en physique médicale)



M. Olivier WIKTOR



Mme Christina BOKOU



M. Serge FRIEDEN



Mme Martine GRELOT-GENEAU

BBC-FHL

Résultats des matchs «BASCOL», Division 3 – Saison 2012-2013



Matchs ALLERS

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
BBC-FHL	ROYAL BANQUE CANADA	24.09.2012 (remis)	20.15	LTB, Bonnevoie	73 : 45
BLACK LIONS B	BBC-FHL	14.01.2013	20.30	Salle Grimler, Dudelange	60 : 51
STAATER LEIWEN	BBC-FHL	10.10.2012	18.30	Luxembourg-Gare	57 : 51
BBC-FHL	LUX-BALLERS	24.10.2012	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	49 : 61
BBC-FHL	BBC POLICE B	12.11.2012	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	forfait

Matchs RETOURS

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
ROYAL BANQUE CANADA	BBC-FHL	14.01.2013	19.30	LTB, Bonnevoie	45 : 73
BBC-FHL	BBC POLICE B	28.01.2013	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	51 : 31
BBC-FHL	BBC-FHL	25.02.2013	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	forfait
BBC POLICE B	BBC PENITENCIER	09.04.2013	18.45	International School	61 : 72
LUX-BALLERS	BBC-FHL	16.04.2013	20.15	Lycée Michel Rodange	49 : 56

Pour toutes autres informations, veuillez contacter le secrétaire de l'équipe du BBC-FHL: M. Alain AREND, alain.arend@chem.lu



debout de gauche à droite:
Luc Kartheiser, Florent Himme,
Michel Balducci, Camille Groos,
Arnaud Pyée

1^{ère} rangée de gauche à droite:
Jeff Bertemes, Max Theissen,
Philippe da Silva, Alain Arend

manquent sur la photo: Steve
Dondelinger, Laurent Rinnen,
Nathalie Simon

Classement									
#	Équipe	Joué	Gagné	Perdu	Points	Nul	Forfait	Off	Def
1	Lux-Ballers	8	7	1	15.0	0	0	399	338
2	Black Lions B	8	4	4	12.0	0	0	367	343
3	BBC FHL	8	4	4	11.0	0	1	350	339
4	BBC Police	8	3	5	9.0	0	2	316	326
5	Staater Léiwen	8	2	6	8.0	0	2	238	324
6	RBC	0	0	0	0.0	0	0	0	0



2^e partie





COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL DE LA FHL

TYPE DE GROUPE	NOMBRE DE COMMISSIONS OU GROUPES
I GROUPES FHL	
<u>Plate-forme</u> <ul style="list-style-type: none"> • Bureau du CA • PF des Directeurs Administratifs et Financiers • PF des Directeurs Médicaux • PF des Directeurs Soins 	4
<u>Comités et Commissions</u> <ul style="list-style-type: none"> • Comité Physique Médicale • Comité Pilotage « Achat Central » • Comité Pilotage Sirius • Commission Stratégique GRH • Commission Stratégique Informatique • Commission Finances • Commission du Personnel • Commission Informatique / GT Informatique 	9
<u>Groupes de travail de la FHL</u> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinateurs Protection des Données CPD • Coordinateurs Qualité • Groupe Technique Sécurité GTS • Groupes MCT • Groupements d'Achat • HACCP • ... 	Nombre variable
II GROUPES PARITAIRES	
<u>Commissions paritaires FHL/CNS</u> <ul style="list-style-type: none"> • Commission des Normes • Commission d'Evaluation • Commission Technique d'Investissement Médico-technique • Commission Technique d'Investissement Informatique • Commission Paritaire Statistique (Commission Technique Financière à partir de 2013) • Commission des Budgets 	6
<u>Commissions paritaires FHL/Syndicats (CCT FHL)</u> <ul style="list-style-type: none"> • Commission paritaire (art 27) • PF Rémunération par Fonction et Reclassification des Carrières (PF (RFRC)) • PF Service de permanence (PF SP) • PF Salariés quinquagénaires (PF SQ) • PF Sauvegarde de l'emploi (PF SE) 	5

Réunions de travail

Assemblée Générale, Conseil d'administration, Comités, Commissions et Groupes de Travail:

TYPE DE REUNION	2009	2010	2011	2012
Assemblée Générale Ordinaire	1	1	1	1
Conseil d'Administration	11	13	11	9
Directeurs Hôpitaux Généraux / Bureau du CA	5	13	5	8
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	4	13	9	6
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	6	13	16	16
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)			NC	NC
Total	27	53	42	40

Commissions paritaires FHL / CNS :				
Commission des normes FHL/CNS (avec réunions prép.)	17	15	14	19
Commission d'évaluation FHL/CNS	10	10	7	8
Commission technique d'investissement médico-technique FHL/CNS	2	1	3	2
Commission technique d'investissement informatique FHL/CNS	2	2	1	1
Commission paritaire statistique	9	12	11	7
Négociation convention cadre FHL/CNS			7	3
Total	40	40	43	40

Ressources Humaines (hors SIRHIUS) et Sécurité et Santé au Travail				
Commission Stratégique GRH (y compris négociations CCT)	3	6	5	7
PF RFRC	7	7	4	
PF RFRC Technique + Workshops	30			
Commission du Personnel	4	6	3	2
Groupe Technique Sécurité GTS	6	5	8	5
Total	50	24	20	14

TYPE DE REUNION	2009	2010	2011	2012
Achat Central/Groupements d'achat :				
Comité de Pilotage Achat Central	7	9	6	5
Groupement d'achat « Médical »	4	3	8	4
Groupement d'achat « Non-médical »	10	1		
Groupement d'achat « Laboratoire»	8		1	
Groupement d'achat « Mammographie »	5			
Groupement d'achat « Médico-technique »		3	4	5
Groupement d'achat médicaments/perfusions			15	9
Groupe de travail « Déchets hospitaliers »		2	1	2
Groupe de travail « Conditions générales »			1	1
Groupe de travail Scan				15
Groupe de travail « Nutrition »				2
Total	34	18	36	43
Informatique				
Commission Stratégique Informatique	12	15	13	13
GTI	5	6	7	4
LUXITH (comité de préconfiguration)				5
SIRHIUS (seulement comité de pilotage en 2011/2012)	18	29	17	18
SIRHIUS (User group et Mcab)				18
GT Pacs				7
Luxis-Pas (tous les groupes)	1			
GINRHU (tous les groupes)	2	1		
Total	38	51	37	65
Comité/Commissions/Groupes de travail				
Comité Physique Médicale	1	1	2	4
Comité Long Séjour	10	1	0	0
Commission Finances	7	16	12	18
Coordinateurs qualité	9	5	8	15
Groupes MCT (y inclus réunions IA/PRN)	3	5	6	31
Plate-forme Stratégie Laboratoire	8	1		
Groupe ad hoc "Soins palliatifs" (convention cadre FHL/COPAS/CNS)		6	1	
HACCP (y compris les sous-groupes)	0	4	10	
Coordinateurs Protection des Données	0	0	2	
Total	38	39	41	68
TOTAL GLOBAL	227	225	219	270

CIRCULAIRES

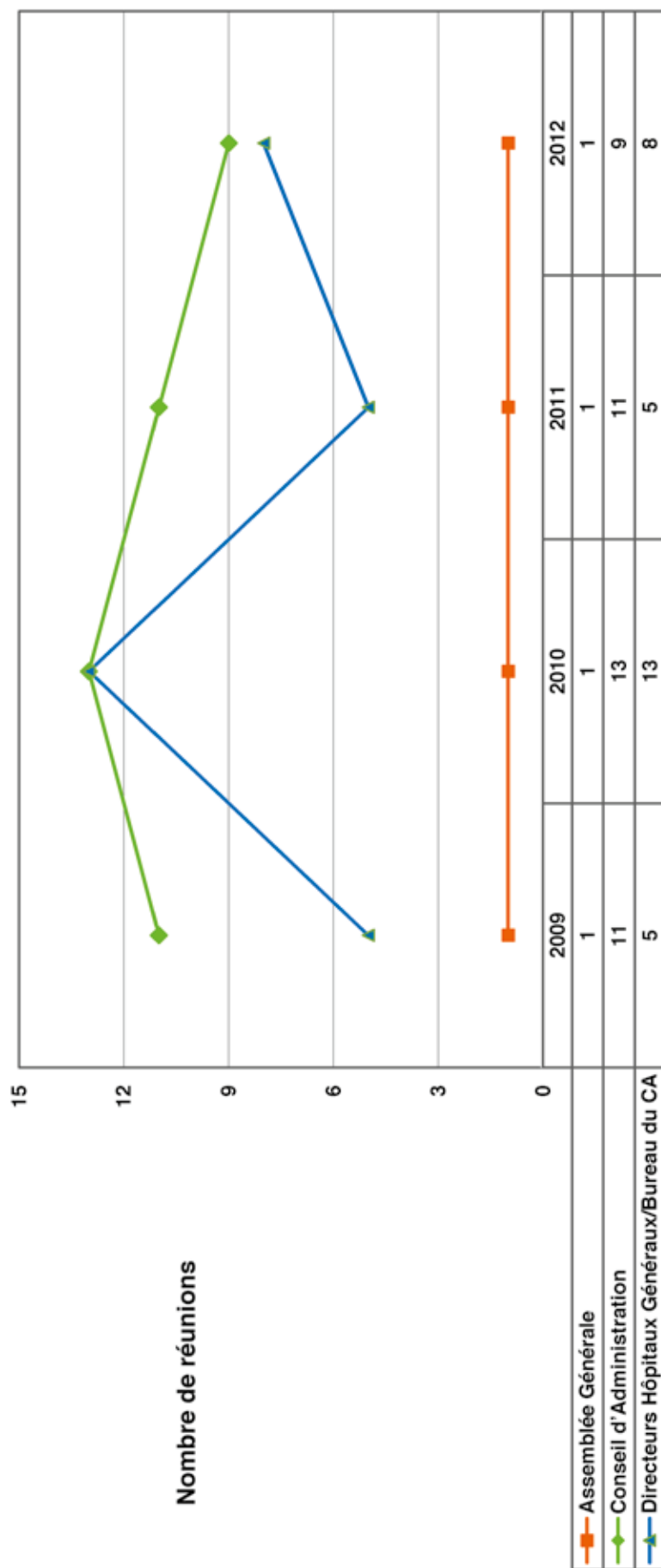
	2009	2010	2011	2012
EHL/FHL	113	84	85	68
Conseil d'Administration (CA)	191	238	217	170
Bureau du CA				43
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	49	67	163	215
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	8	25	47	48
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)			15	27
Commission des Normes	63	46	54	42
Commission d'Evaluation	38	54	39	30
Commission paritaire Statistique	20	24	23	35
Commission technique d'Investissement (mdt + info)	22	13	24	4
Commission Finances	85	94	104	136
Commission Stratégique GRH (+négociation CCT)	15	13	28	16
PF RFRC	75	5	12	1
Commission du Personnel	65	70	62	36
Groupe de Travail Sécurité (GTS)	26	33	38	33
CP Achat central	37	62	40	19
Groupements d'Achat	108	29	39	41
GT Déchets Hospitaliers + Conditions Générales				8
Physique médicale	1	3	3	12
SIST/EHL/FHL	3	1	2	
Commission stratégique Informatique	41	34	20	20
Commission Informatique (CI) / GT Informatique*	1	3		
Ginrhu*	10	5	5	
SIRHIUS*	7	18		
Coordinateurs Protection des Données (CPD)		5	14	5
Coordinateurs Qualité	14	15	14	42
Gestionnaires de Formation Continue	1	1		1
GT Laboratoire	2	3		
HACCP		8	32	
Imagerie Médicale		6		
NOMBRE TOTAL DE CIRCULAIRES	995	959	1080	1052

* Le système de circulaires a été remplacé à partir de 2011 par une mise à disposition des documents sur extranet

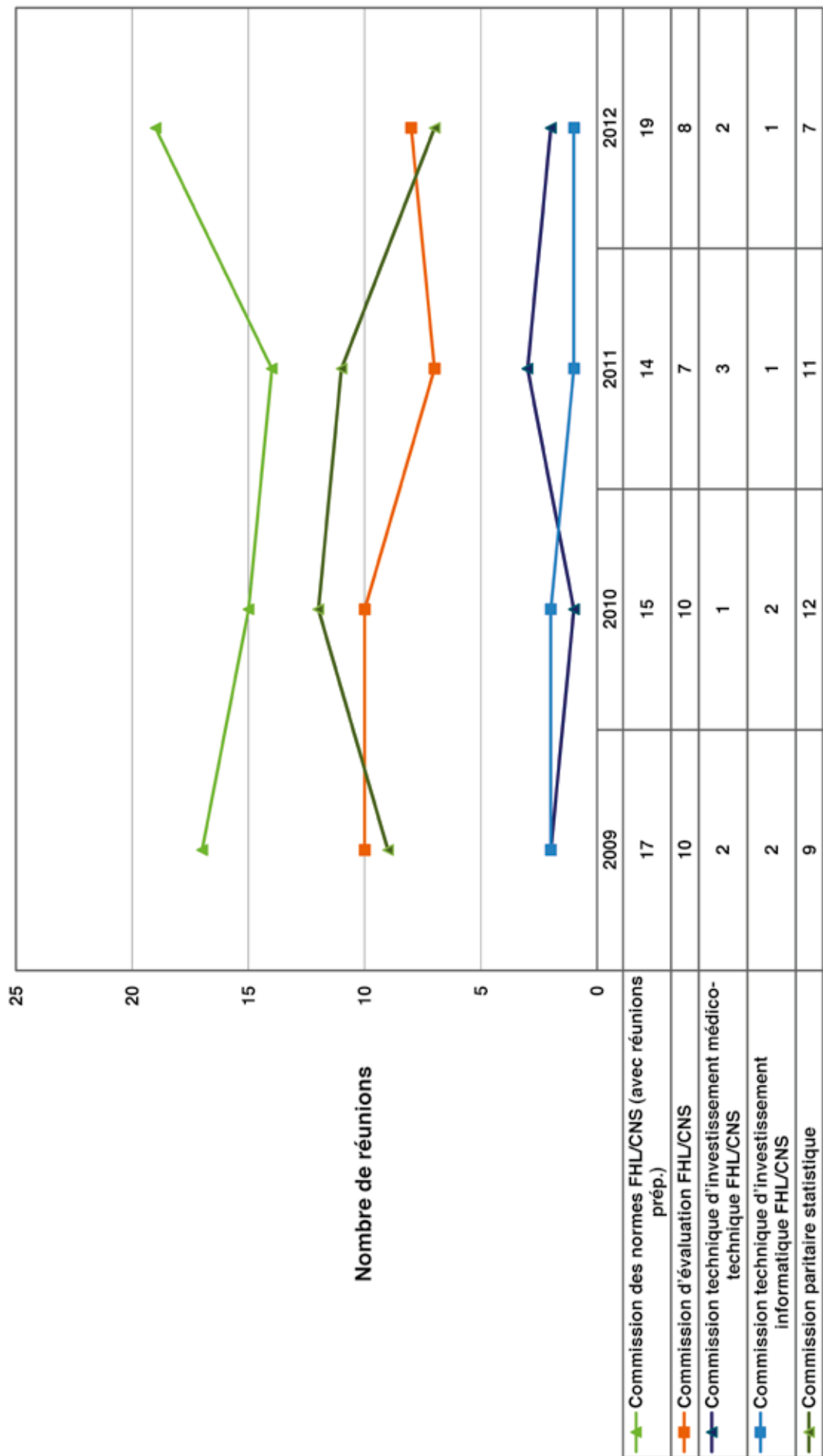
COURRIER

	2009	2010	2011	2012
Nombre de courriers rentrés:	2560	2371	2180	2311
Nombre de lettres envoyées:	221	213	225	246

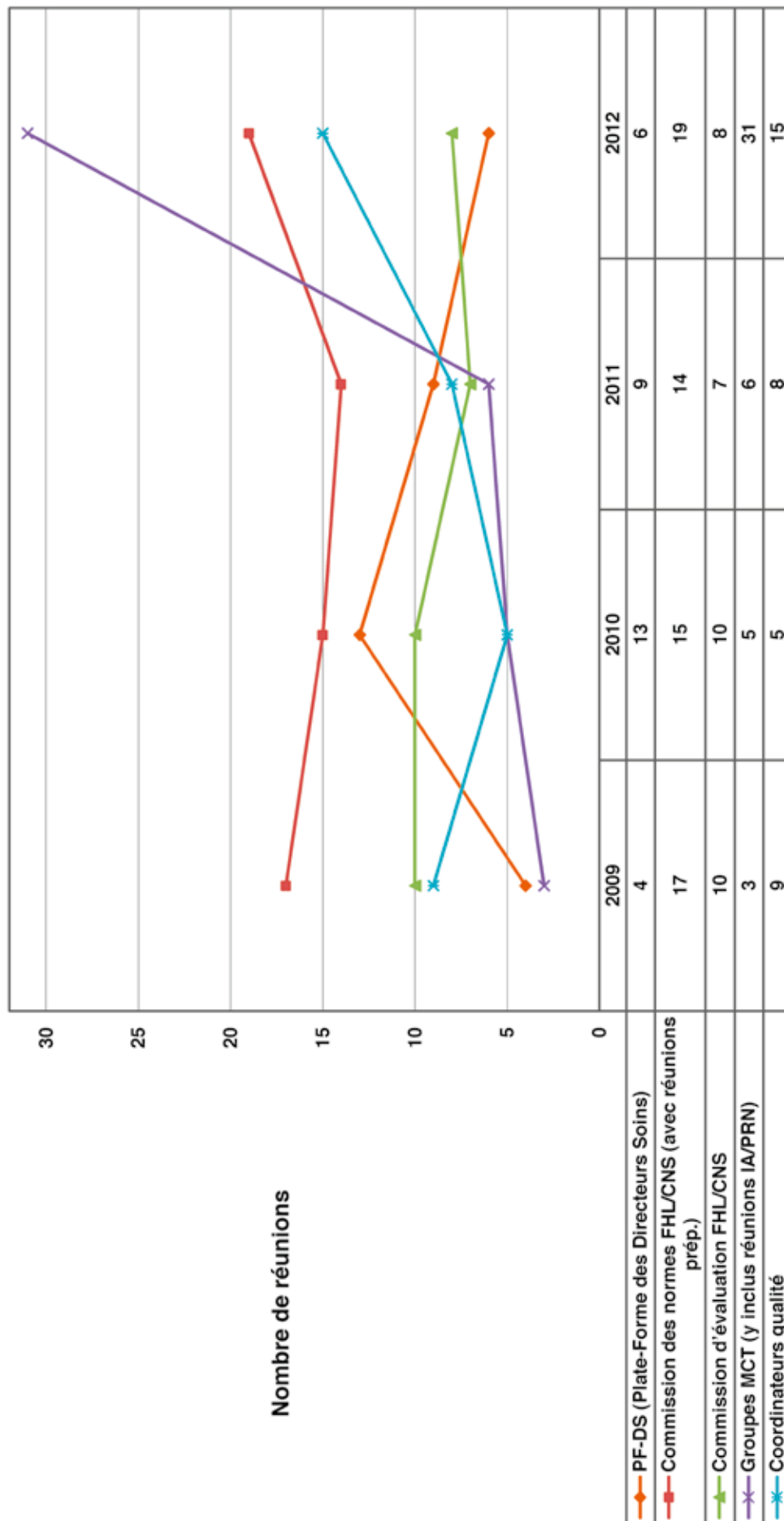
Assemblée Générale, Conseil d'Administration et Directeurs Généraux/Bureau du CA



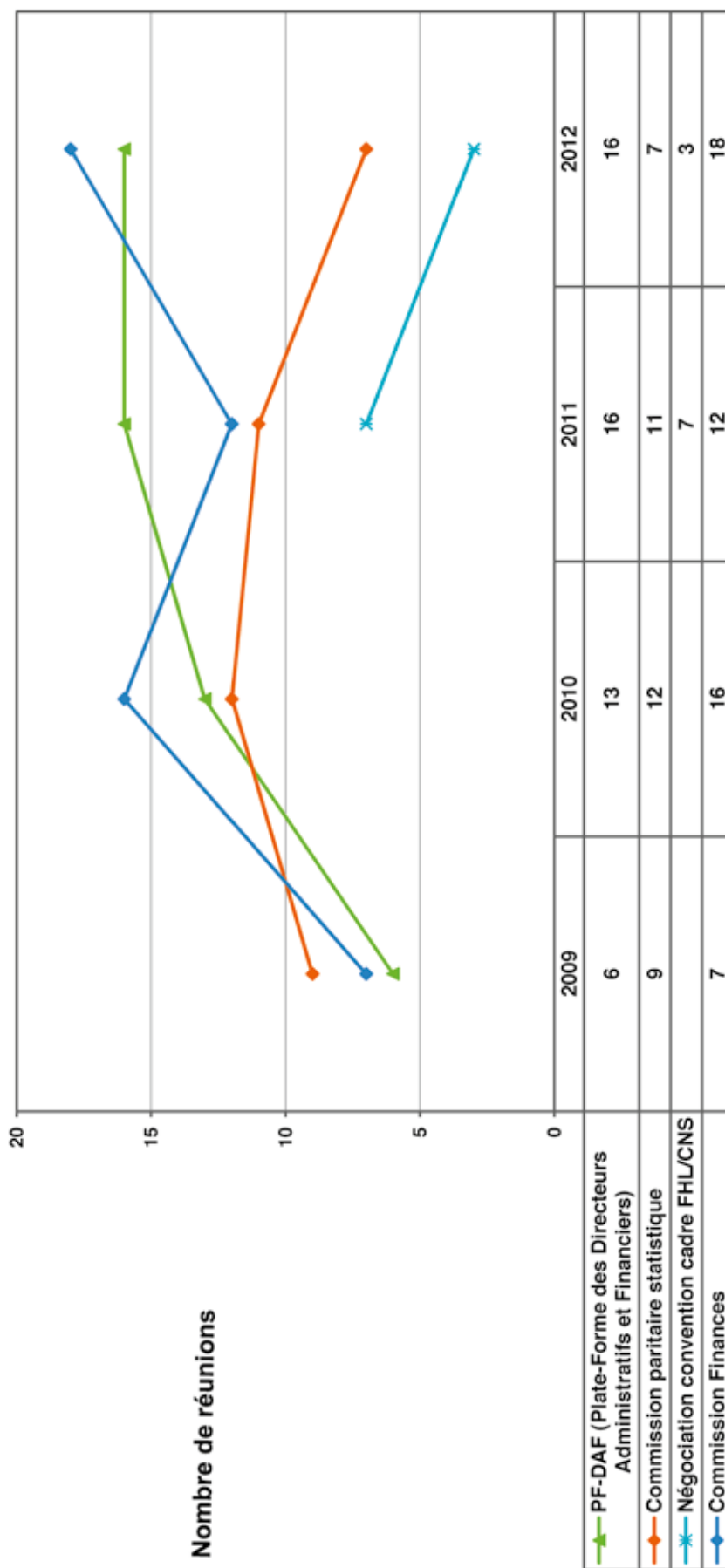
Commissions paritaires FHL/CNS



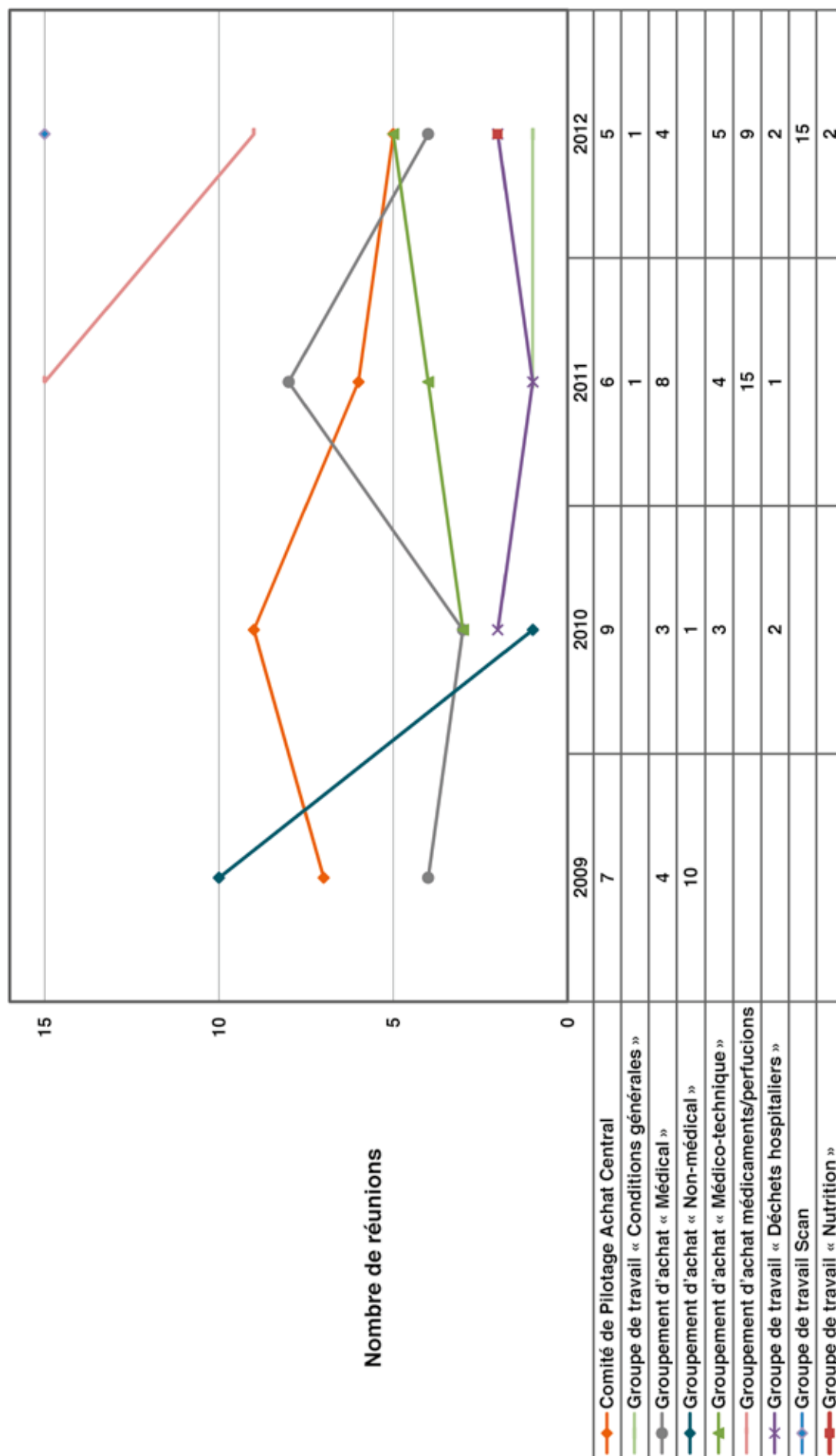
Normes et Qualité



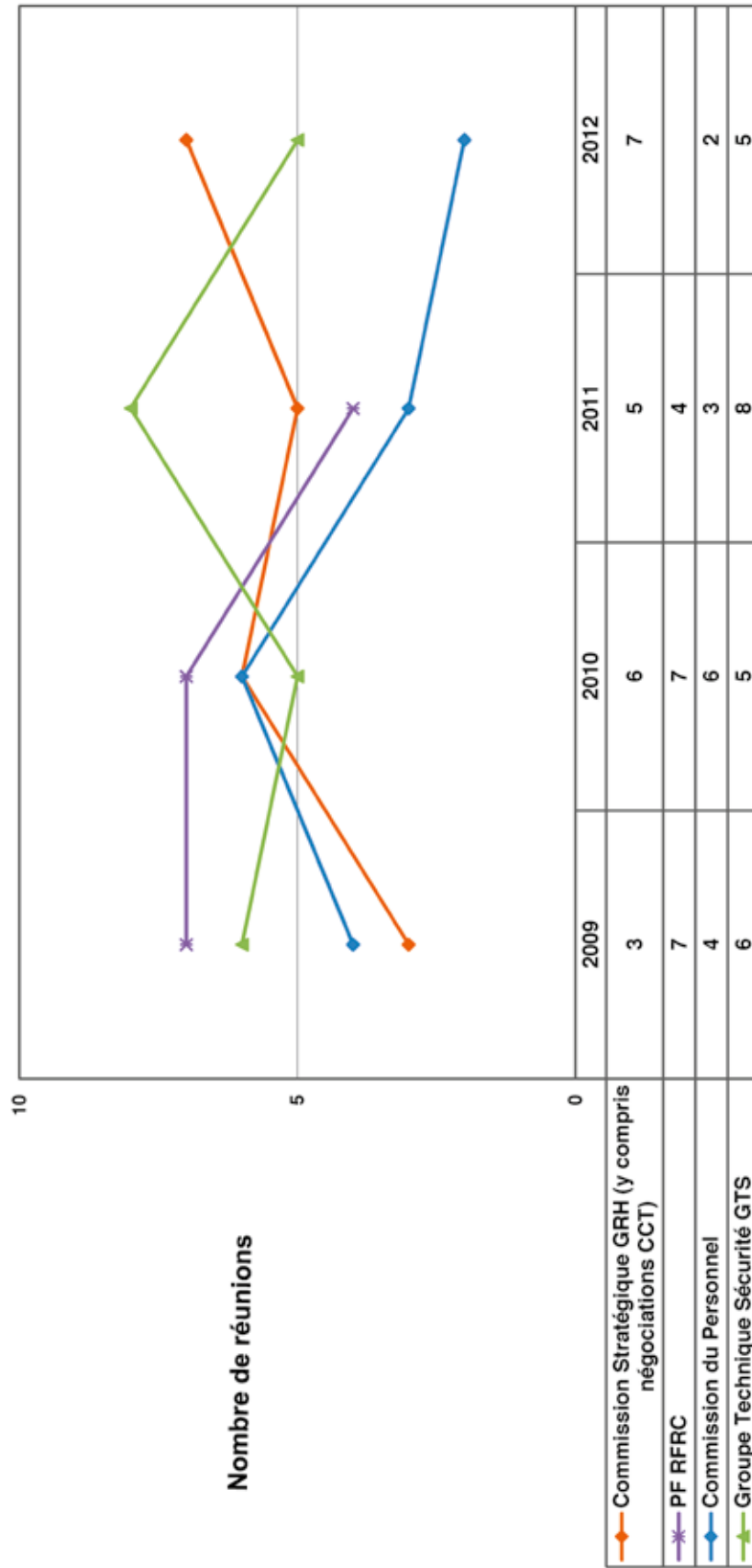
Administratif et Financier



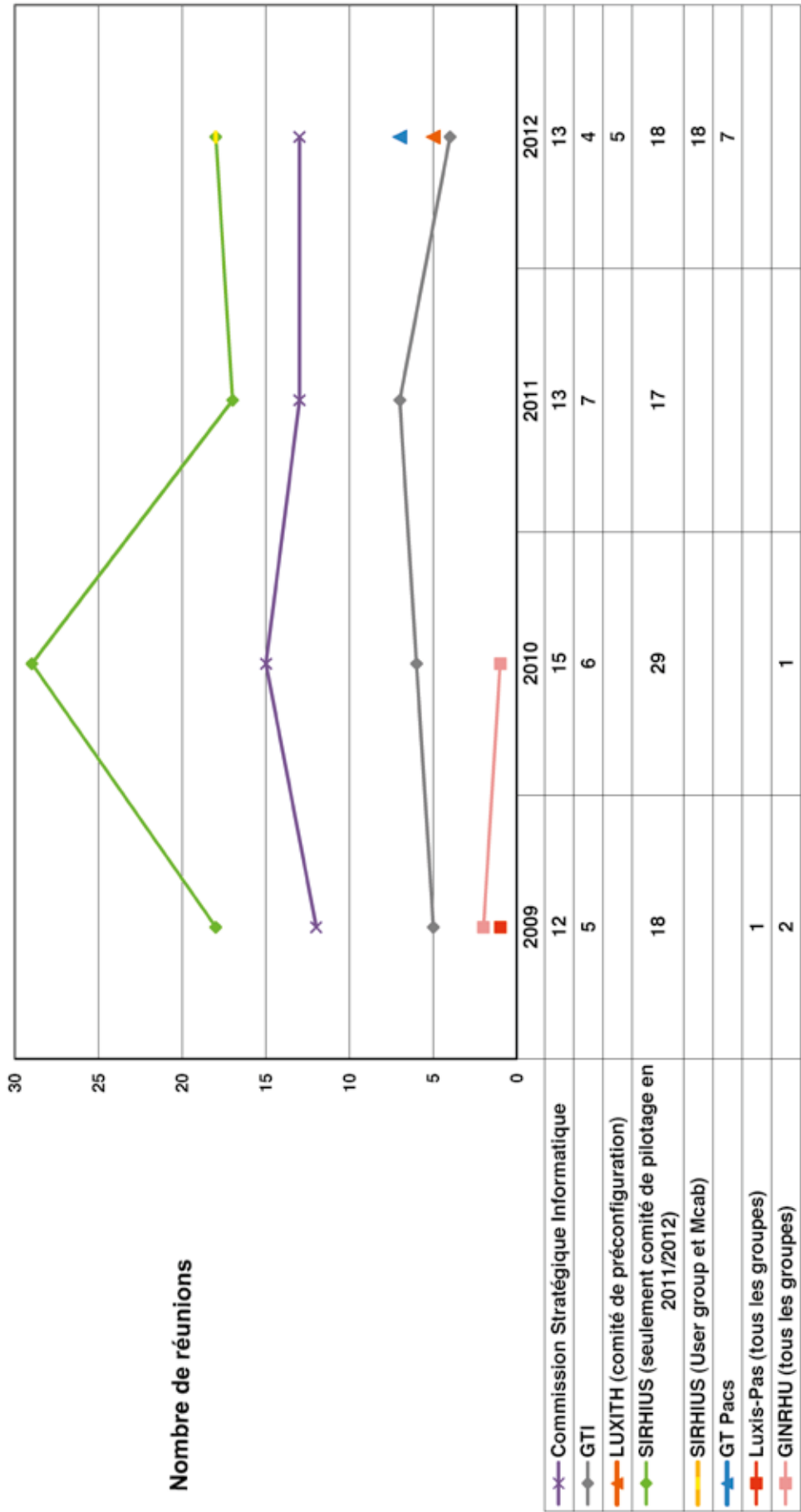
Achat central/ Groupements d'achat



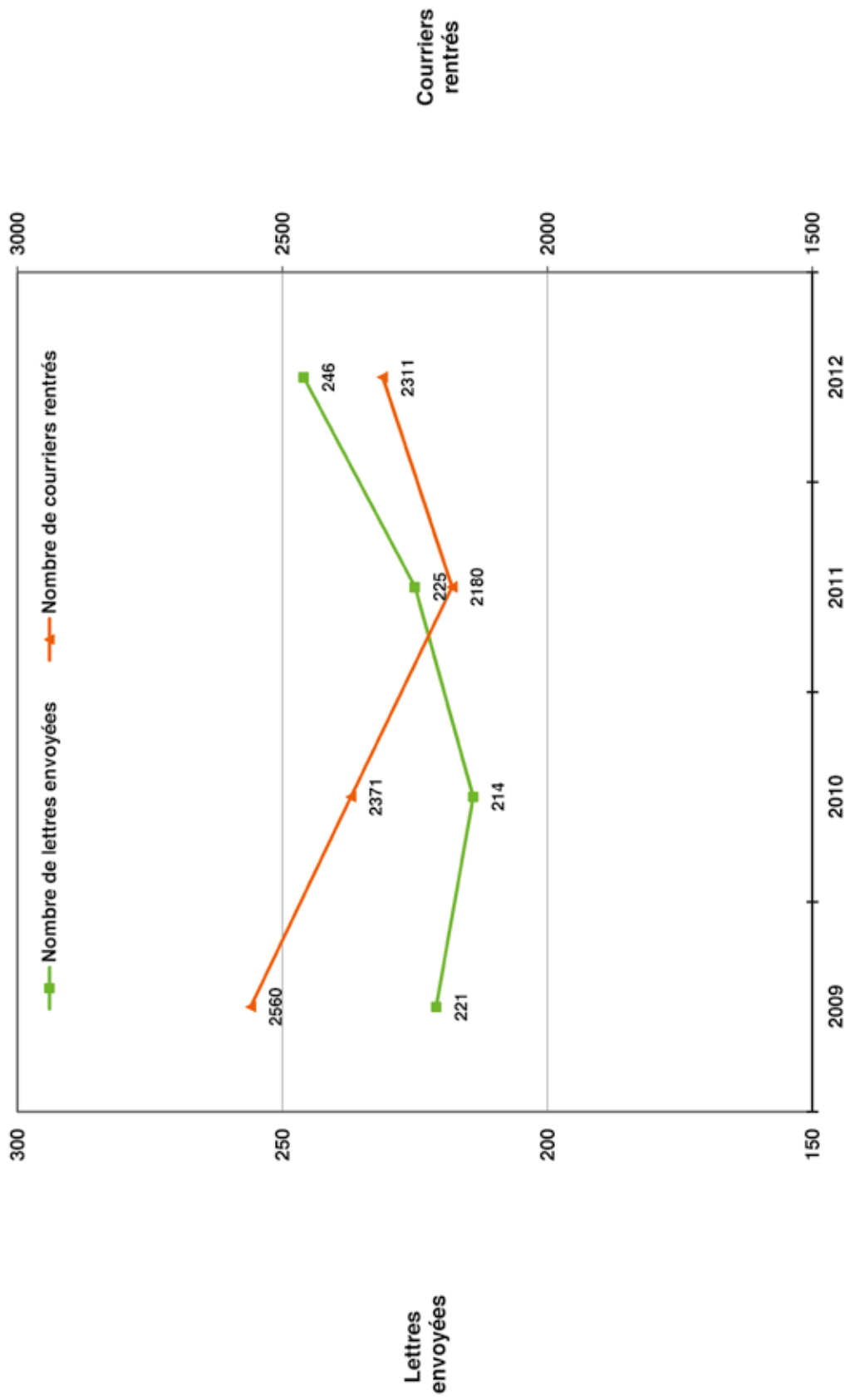
Ressources humaines



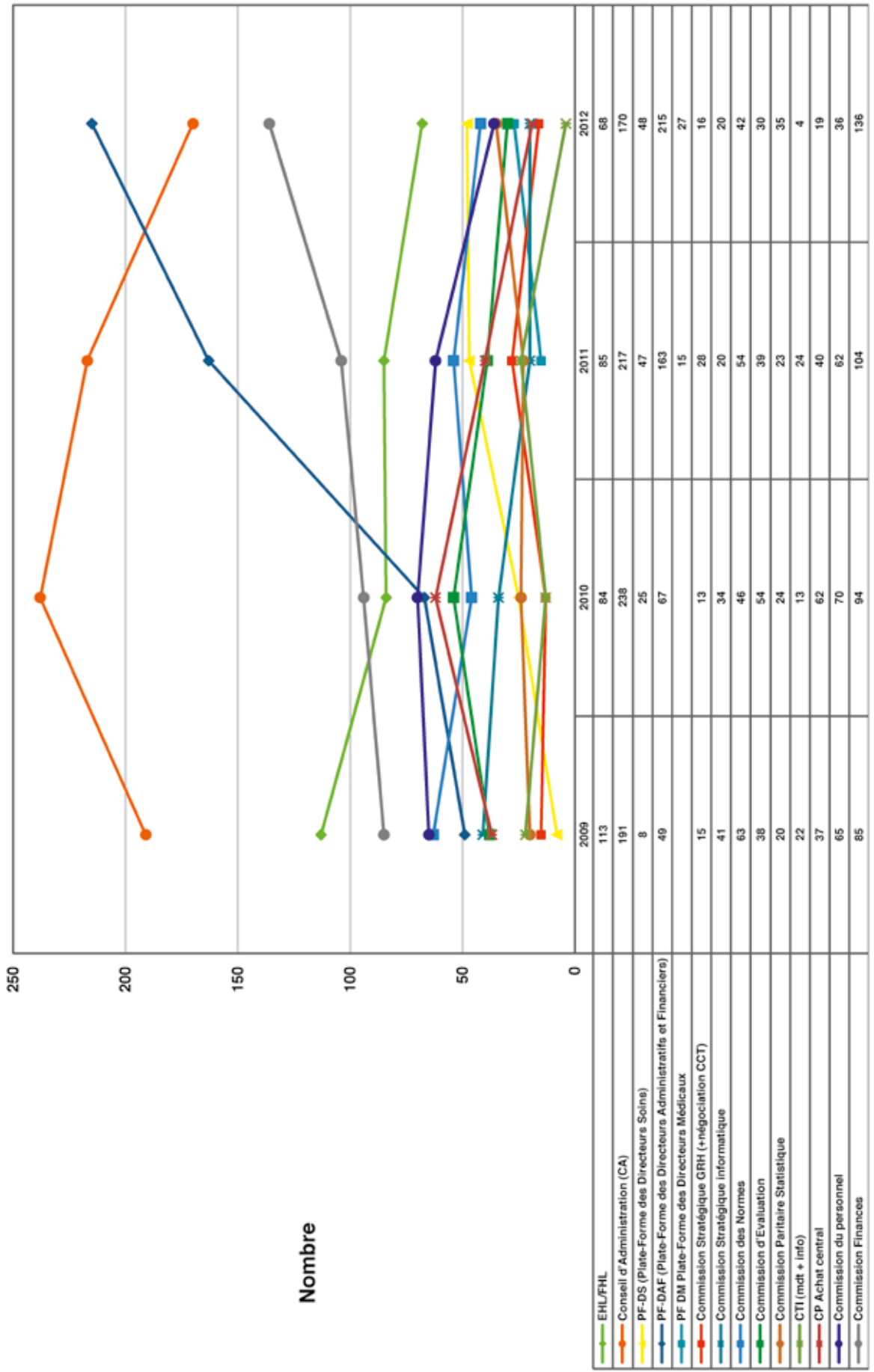
Informatique



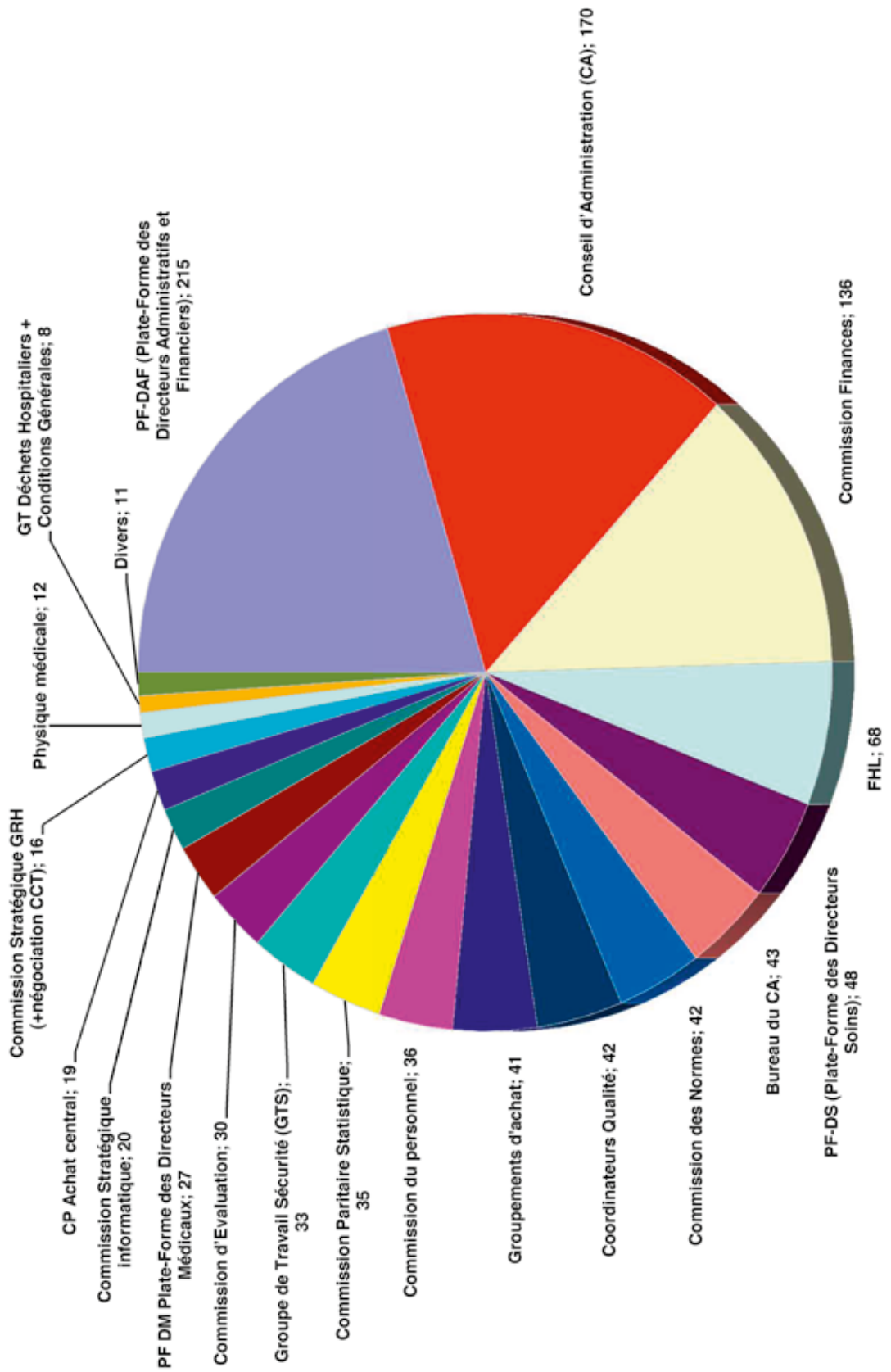
Courriers et Lettres



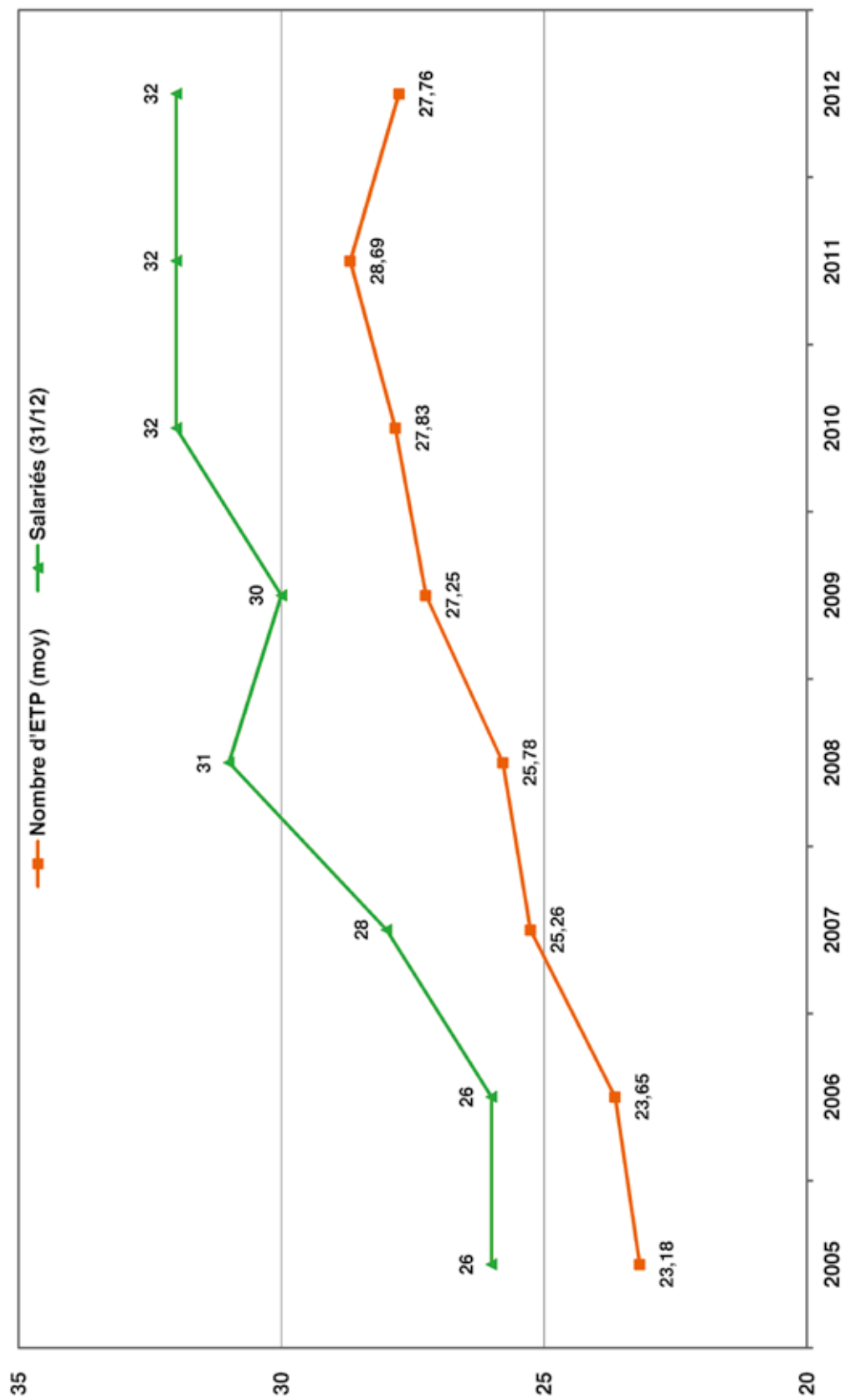
Circulaires



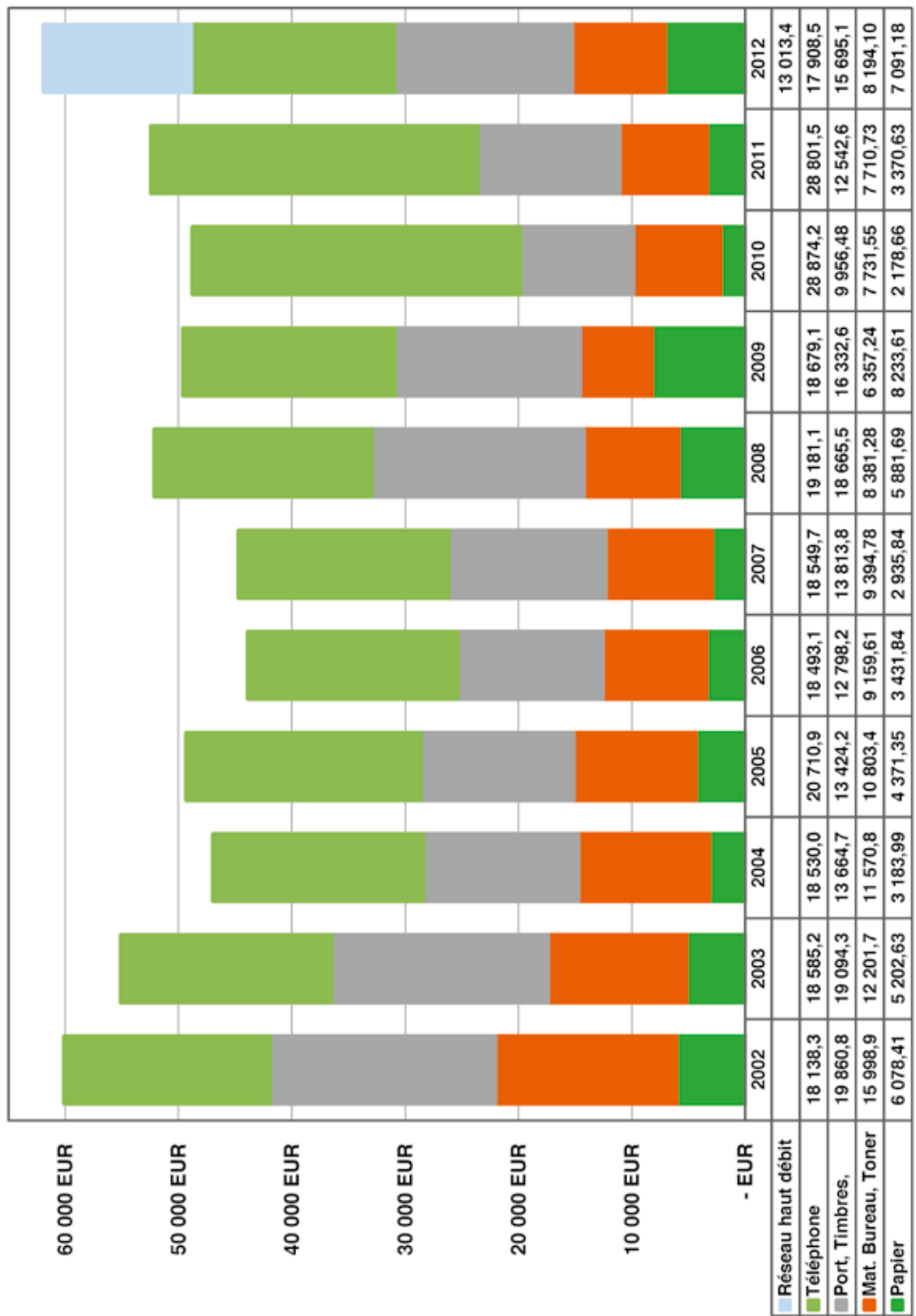
Circulaires Répartition



Nombre de salariés à la FHL



Frais de fonctionnement en Euro



ONT PARTICIPE A LA REALISATION DU RAPPORT D'ACTIVITE 2012 DE LA FHL

Danielle Ciaccia-Neuen, pour la partie «FHLinfo», «Relations publiques» et «Vie interne»

Jean Ferring, pour la partie «Commission Statistiques» et pour les «Annexes»

Marc Hastert, pour la partie «Introduction» et «Relations internationales / Relations publiques»

Christophe Nardin, pour la partie «Informatique»

Alex Meyer, pour la partie «Physique Médicale»

Laure Pellerin et Jean Ferring, pour la partie «PF-DAF» et la partie «Commission Finances»

Marie-Joseph Riondé, pour la partie «SIST-FHL-médecine du travail»

Sylvain Vitali, pour la partie «Normes / Qualité» et la partie «PF-DS»

Luc Waisse, pour la partie «Achat Central»

Danièle Welter, pour la partie «Ressources Humaines et Dialogue Social» et la partie «Santé et Sécurité au Travail»



5, rue des Mérovingiens –
Z.A. Bourmicht

L- 8070 BERTRANGE

FHL **SIST-FHL**

Tél.: +352 42 41 42-11 Tél.: +352 42 41 42-12
Fax: +352 42 41 42-81 Fax: +352 42 41 42-82