



entente des hôpitaux
luxembourgeois

Rapport d'activité

2011

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

1^{ère} partie

Introduction: 2011: l'année de tous les dangers	9
Plate-Forme Directeurs administratifs & financiers Commission paritaire Statistiques EHL/CNS Commission Finances	13
Achat Central	19
Informatique	23
Protection des Données	33
Normes / Qualité	35
Activités de la Plate-Forme Directeurs des Soins	41
Cellule Physique Médicale	43
Ressources Humaines et Dialogue Social	47
Santé et Sécurité au Travail	51
SIST-EHL - Médecine du Travail	53
Relations Internationales	59
Relations publiques	63
Vie interne de l'EHL	65
BBC-EHL	67

2^e partie

Annexes	71
---------	----

Membres EHL

(Etat fin 2011)



LES HOPITAUX MEMBRES DE L'EHL

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				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				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	49 776-1	49 776-5900	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				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 (alcooldépendance)	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	syrdallschlass@chnp.lu www.syrdallschlass.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 L'EHL

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 L'EHL

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 L'EHL

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION (MEMBRES EFFECTIFS ET SUPPLÉANTS - COMPOSITION APRÈS AGO 2011)

M. Paul JUNCK	Président
----------------------	-----------

Établissement	MEMBRE EFFECTIF		MEMBRE SUPPLÉANT	
	Prénom	Nom	Prénom	Nom
CHL	Monique	BIRKEL	Yvonne	KREMMER
CHL	André	KERSCHEN	Romain	NATI
CHL	Jean-Paul	FREICHEL	Pierre	LAVANDIER
CHEM	Claude	BIRGEN	Daniel	CARDAO
CHEM	Michel	NATHAN	Patrizia	ASCANI
CHEM	Serge	HAAG	André	ZWALLY
FFE / HK	Christian	OBERLE	Paul	HOFFMANN
FFE / HK	Marc	SCHLIM	Marc	GRAAS
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
FFE / CSM	Raymond	LIES	Annette	KLOSTER
CBK	Paul	WIRTGEN	Béatrice	PETTIAUX
CHNP	Jo	JOOSTEN	Arnaud	SERVAIS
HIS	Luc	GINDT	Bernadette	THEIS
CFB	Michel	UNTEREINER	Félicie	BOHNERT-FONCK
INCCI	Jean	BEISSEL	André	PUTZ
C.N.R.F.R.	Gérard	GRENOT	Patrick	REINERT

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

(Etat fin 2011)



Président

M. Paul JUNCK



Secrétariat général

Secrétaire général

M. Marc HASTERT



Secrétariat

Mme Helene ALMEIDA, Secrétaire
Mme Danielle CIACCIA-NEUEN, Secrétaire
Melle Nathalie ILTIS, Secrétaire
Mme Rossana LIPPOLIS, Secrétaire
Melle Carole ONRAET, Secrétaire
Melle Paula ROSA, Secrétaire



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





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



Cellule informatique

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

Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-EHL)

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



A photograph of a modern office interior, overlaid with a semi-transparent green filter. In the foreground, a large, lush green potted plant with long, feathery fronds dominates the right side. To its left, a modern, light-colored armchair with a dark metal base is visible. The background shows a hallway with glass partitions and a ceiling with recessed lighting. The text "1ère partie" is centered over the image in a large, white, sans-serif font with a thin orange outline.

1ère partie

2011: l'année de tous les dangers



L'année 2010 fut particulièrement mouvementée avec l'intense activité qui a abouti au vote le 17 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.

Cette loi est entrée en vigueur – à part quelques points particuliers – au premier janvier 2011. Les grandes lignes de la réforme étant connues, il convenait alors de la décliner dans la pratique et de compléter la loi par des dispositions réglementaires et conventionnelles. Et il est bien connu que c'est le plus souvent au niveau des détails que les véritables difficultés apparaissent.

Les acteurs hospitaliers se sont donc à maintes reprises retrouvés confrontés courant 2011 avec des événements et des projets certes très ambitieux et passionnants mais aussi très sensibles dans lesquels l'EHL fut impliquée ou en considération desquels notre association a pris position ou engagé des actions conséquentes. Pratiquement tous ces projets, introduits sur fond de crise économique avec un dialogue social au point mort en ce qui concerne l'évolution de la CCT-EHL, se sont inscrits dans le cadre de la mise en place de nouvelles structures et d'adaptations nécessaires pour répondre aux nouvelles exigences introduites par les contraintes légales, économiques et scientifiques.

Il convient notamment de citer à ce propos:

- L'implication de l'EHL dans l'élaboration divers règlements grand-ducaux d'application prévus par la loi du 17 décembre 2010 précitée (règlement grand-ducal précisant les règles d'établissement de l'enveloppe budgétaire globale et des budgets des hôpitaux ainsi que les éléments à inclure de façon forfaitaire, avant-projet de règlement grand-ducal relatif au statut, aux modalités de désignation et aux attributions du médecin coordinateur, etc., ...)
- L'évolution des procédures liées au système de budgétisation des hôpitaux vers une budgétisation sur deux années
- Le lancement d'une étude avec la participation de l'EHL en vue de la mise en place d'une comptabilité analytique dans les hôpitaux
- L'engagement des travaux avec la participation de l'EHL en vue de la mise en place d'un système de documentation de l'activité médicale dans les hôpitaux
- Les premières réunions de négociations en vue de la renégociation de la convention-cadre EHL/CNS pour l'adapter aux nouvelles exigences
- La participation de l'EHL comme membre fondateur à la création de l'Agence eSanté
- L'accord de principe pour la mise en place d'un centre informatique sectoriel des hôpitaux
- Le lancement d'une étude commune pour la mutualisation de l'activité des laboratoires de biologie clinique des hôpitaux
- Les réflexions pour se préparer à l'apparition d'un nouveau défi à un niveau européen, avec la prochaine transposition dans la législation nationale du texte de la directive UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. La directive qui régit l'accès aux soins transfrontaliers dans l'Union Européenne a été adoptée le 9 mars 2011 et publiée au Journal Officiel de l'Union Européenne le 4 avril 2011 pour entrer en vigueur fin avril 2011. Le texte prévoit en son article 21 que les Etats membres devront mettre en vigueur les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires pour se conformer à la directive au plus tard le 25 octobre 2013
- La consultation de l'EHL dans le cadre de l'avant-projet de loi relatif aux droits et obligations du patient et aux droits et obligations correspondants du prestataire de soins de santé; relatif à la médiation dans le domaine de la santé et portant modification de la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- L'élaboration et la négociation avec la COPAS ainsi qu'avec la CNS d'un accord cadre en matière de soins palliatifs à domicile
- ... etc.

L'EHL avait aussi lancé son propre projet pour une nouvelle gouvernance. Malheureusement, celui-ci a subi les répercussions des tensions générées par les remises en question récurrentes de certains projets nationaux à incidence stratégique. Il fallait faire des choix suivant certaines priorités et plutôt que de brûler les étapes avec un risque non négligeable d'hypothéquer l'objectif de gérer une approche commune pour une meilleure défense des intérêts liés au domaine hospitalier et pour le lancement de nouveaux projets, l'EHL a joué la carte de la prudence et il a été retenu de postposer jusqu'en 2012 la concrétisation du projet d'une nouvelle gouvernance pour l'EHL. Cette décision n'a toutefois pas cassé la dynamique engagée au niveau des commissions et groupes de travail de l'EHL puisqu'il a quand-même été retenu d'adapter son fonctionnement en vue d'être encore plus proactive et visible dans le nouvel environnement réglementaire dont la loi du 17 décembre 2010 venait de tracer les contours. L'EHL a donc appliqué sans plus attendre le mode de travail souhaité via les trois plateformes que sont la plateforme des directeurs administratifs et financiers (PF-DAF), la plateforme des directeurs médicaux (PF-DM) et la plateforme des directeurs des soins (PF-DS). Cette persévérance a porté ses fruits puisque ce fut notamment grâce à l'intense travail de ces trois plateformes que l'EHL a réussi à faire avancer ou à concrétiser un certain nombre de projets essentiels et de prises de position stratégiques pour l'avenir du secteur (p. ex. les prises de position concernant les futurs médecins coordinateurs, les futurs centres de compétence, l'enveloppe budgétaire commune, la convention-cadre EHL/CNS, la participation personnelle du patient lors d'un passage en policlinique, etc.).

Ces actions ont ensuite été déclinées aussi bien dans le cadre général des organes de travail de l'EHL (Secrétariat Général, Commissions et groupes de travail, y compris les commissions paritaires) que dans le cadre d'événements particuliers tels que les réunions du Comité de Quadripartite les 11 mai 2011 et 19 octobre 2011, les réunions de travail avec le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale (31 janvier 2011, 28 mars 2011, 4 juillet 2011), les réunions de négociation avec la CNS, les rencontres avec les représentants des autres acteurs luxembourgeois du secteur de la Santé (AMMD, COPAS, Croix-Rouge, partenaires sociaux, réunions et contacts ad hoc, etc.).

L'EHL a également su démontrer ses compétences dans les domaines où elle s'est impliquée tels que par exemple l'achat central avec de belles avancées dans les projets communs et des résultats conséquents.

Un autre exemple de réalisation en travail commun avec les terrains concerne l'hygiène alimentaire et l'HACCP. L'EHL a entamé en 2010 la mise à jour de son guide des bonnes pratiques HACCP qui est d'application pour tout le secteur de la Santé. Les travaux de mise à jour ont été finalisés à l'automne 2011 et le dossier se trouve actuellement pour relecture au Service de la Sécurité alimentaire du Ministère de la Santé. D'autres ouvrages et guides de référence pourraient être réalisés dans le futur suivant la même approche.

Mais pour ce faire nous savons qu'il faut dans le contexte de nos activités miser sur un développement constant des compétences. L'EHL a donc aussi persévéré dans ses efforts pour des formations adaptées aux spécificités du terrain luxembourgeois mais qui apporteront aussi les ouvertures nécessaires par rapport aux nouveaux défis auxquels nous devons répondre, comme par exemple:

- La standardisation de la prise en charge des patients;
- Le bon fonctionnement du ou des services et la qualité des prestations;
- L'utilisation efficiente des ressources disponibles;
- L'évolution constante des technologies et de l'informatique;
- La complexité sans cesse croissante des textes de lois et réglementaires par rapport aux services, structures et acteurs hospitaliers;
- Les questions liées à la responsabilité et à la gestion des risques;
- La gestion des conflits;
- Les questions liées à l'éthique et à la déontologie professionnelle;
- Une collaboration efficace entre acteurs hospitaliers multidisciplinaires;
- La libre circulation des services de santé et des acteurs de Santé dans l'Union Européenne;
- etc.

L'EHL a ainsi continué à travailler en partenariat avec l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL) pour l'organisation et le déroulement de formations certifiantes à l'attention de certains acteurs hospitaliers (acteurs du management, futurs médecins coordinateurs et médecins des Conseils médicaux, médecins exerçant dans les hôpitaux luxembourgeois et ayant suivi leur formation médicale à l'étranger).

Ces formations se déclinent comme suit:

Formation managériale pour le secteur hospitalier

Cette formation contribue à atteindre les objectifs qualitatifs que se sont fixés les directions des hôpitaux luxembourgeois. Les cadres de santé pourront bénéficier:

- de connaissances pointues en matière de management, de législation et de gestion financière s'avérant nécessaires à l'exercice de leur fonction,
- d'outils et de méthodologies spécifiques susceptibles de faciliter la mise en place d'un management performant dans leur service,
- d'une initiation à la recherche appliquée et à l'étude des spécificités organisationnelles du secteur hospitalier.

La formation est organisée à l'attention des personnes qui occupent un poste de cadre hospitalier dans les domaines des soins, de la logistique, de l'administration, de supports ou autres. La formation se déroule suivant un cycle de formation continue comprend environ 240 heures de formation. Un contrôle des connaissances aboutit à la délivrance d'un certificat détaillant les contenus des modules, les compétences acquises et les heures de formation suivies. Les cinq premières thématiques sont évaluées sur base d'un test écrit à la fin de chaque module, tandis que la sixième thématique comprend un écrit professionnel soumis à l'évaluation d'un jury. La présence aux modules de formation est obligatoire pour l'obtention du certificat de réussite. Il est à noter que le taux de présence requis aux modules de formation s'élève au minimum à 80%.

Formation pour médecins coordinateurs et médecins des conseils médicaux

Dans le cadre de la législation hospitalière et de celle relative au secteur de la santé et conformément à l'accord-cadre entre l'EHL et l'AMMD relatif aux missions et aux rôles du médecin-coordonateur, l'EHL et l'IUIL en collaboration avec l'AMMD ont convenu de la mise en place d'une formation spécifique à l'attention des futurs médecins coordinateurs et médecins des conseils médicaux.

L'objectif de la formation est

- de donner aux médecins coordinateurs (MC) les compétences nécessaires pour assumer leurs rôles et missions tels que définis dans l'accord cadre précités,
- d'encourager l'implication et la responsabilisation des MC dans la gestion stratégique quotidienne, au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement hospitalier.

La formation est destinée aux médecins qui exercent ou souhaitent exercer la fonction de médecin coordinateur au sein de leur établissement hospitalier. La formation se déroule sur 6 mois et comprend 72 heures de formation. Les modules de formation ont lieu en principe une fois par mois, les vendredis et les samedis matin.

Formation «Introduction au contexte du secteur hospitalier luxembourgeois»

Les médecins exerçant dans les hôpitaux luxembourgeois ont suivi leur formation médicale à l'étranger et ont très souvent entamé leur carrière professionnelle dans un hôpital à l'étranger. Afin d'exercer leur activité médicale dans des conditions optimales, ces médecins devraient connaître les spécificités du secteur hospitalier luxembourgeois.

C'est pour ces raisons que l'IUIL et l'EHL en partenariat avec l'AMMD ont décidé d'implémenter un dispositif de formation spécifique.

L'objectif de la formation est

- de former les médecins aux spécificités du système hospitalier et de la santé luxembourgeoise,
- de permettre à ces médecins de se familiariser avec le système de la sécurité sociale luxembourgeoise,
- de proposer aux médecins une approche juridique, économique et financière du contexte hospitalier luxembourgeois.

La formation s'adresse directement aux médecins, issus de systèmes hospitaliers étrangers, ne connaissant ni les spécificités du système hospitalier luxembourgeois, ni celles du système de la sécurité sociale luxembourgeoise. La formation se déroule sur 6 mois et comprend 28 heures de formation.

Beaucoup d'autres exemples liés à l'activité 2011 de l'EHL pourraient être cités et se retrouvent dans les différentes rubriques du rapport. Mais toutes les interventions des acteurs de l'EHL n'ont pas systématiquement été inventoriées alors qu'elles représentent une part importante de l'activité, comme par exemple les interventions plus ponctuelles mais souvent récurrentes dans le cadre des travaux de groupes permanents ou ad hoc externes ou des préparations et du suivi des travaux des organes statutaires.

Quoi qu'il en soit, l'année 2011 a été une année au cours de laquelle l'EHL a été confrontée à de multiples reprises à des situations qui ont rudement mis à l'épreuve les acteurs hospitaliers à leurs niveaux d'action respectifs, d'où l'intitulé du présent rapport «2011 – l'année de tous les dangers». Mais les situations complexes sont justement celles qui incitent et motivent à progresser avec de nouvelles idées en œuvrant pour un nouvel élan suivant une dynamique imperturbable. Plus que jamais, l'EHL a affiché cette volonté qu'elle saura démontrer aussi pour 2012 en gageant que 2012 sera l'année des opportunités avec de sérieuses perspectives de concrétisations par rapport au travail intense et de qualité réalisé en 2011.

Plate-Forme Directeurs administratifs & financiers

Commission paritaire Statistiques EHL/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 l'EHL.

3. GROUPES DE TRAVAIL

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

- Commission Finances (CFIN),
- Commission paritaire Statistiques (CSTAT)
- Groupe de pilotage CAEH

Les principaux axes de travail sont pour 2011:

- Convention cadre EHL/CNS,
- Plan comptable et comptabilité analytique (CAEH),
- Compendium de facturation,
- Budgets 2011/2012,
- Enveloppe budgétaire globale,
- Salaire moyen: adaptation du modèle de projection de la masse salariale,
- Enveloppe des investissements courants,
- Changement statut de la CNS: participations statutaires,
- Laboratoire: Facturation hospitalière et extra hospitalière et décompte,
- Journée alimentaire,
- Salaire moyen: impact des remboursements/cotisation de la mutualité.

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 EHL/CNS

Suite à la loi portant réforme du système de soins de santé votée en décembre 2010, l'EHL 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.

A la demande de la CNS, les modifications porteront prioritairement sur:

- Les aspects juridiques,
- Les aspects politiques (1ère classe, chambre à un lit, ...),
- Les aspects économiques (comptabilité analytique, ...),
- Les aspects informatiques (procédures de communication).

La signature de la nouvelle convention est prévue pour courant 2012.

5.2. PLAN COMPTABLE ET COMPTABILITE ANALYTIQUE (CAEH)

L'IGSS a procédé 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.
- L'intégration des frais médicaux (le CHL pourrait servir de base).
- La comptabilité analytique et détermination du cout par patient (principe).

Les travaux doivent être achevés pour 2013. Les budgets 2013/2014 ne seraient pas à établir sur base du nouveau plan comptable. Le nouveau plan comptable et la nouvelle comptabilité analytique seraient à appliquer au niveau de la comptabilisation à partir du 1er janvier 2013.

L'appel d'offre a été publié en juin 2011. Il s'agit d'une soumission ouverte qui a démarré en juillet 2011. A l'issue de la consultation, KPMG a été retenu.

Pour le suivi de ce projet, un comité de pilotage a été mis en place. Les 5 hôpitaux régionaux/général, l'EHL, le Ministère de la Santé, la CNS et l'IGSS y sont représentés. Les travaux ont démarré en novembre 2011.

5.3. COMPENDIUM DE FACTURATION

La Commission Finances a initié les travaux de refonte du compendium de facturation. L'accent est mis sur l'analyse du processus depuis l'étape d'admission du patient à la communication des informations financières à la CNS. Les travaux permettent de confronter les différentes pratiques dans les établissements hospitaliers.

5.4. BUDGET 2011/2012

Les formalités retenues par la CNS concernant l'établissement des budgets 2011/2012 ont été les suivantes:

- Le budget 2012 a été négocié avec le budget 2011 en 2011. Cela a nécessité de faire plus de prévisions que par le passé,
- 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. Ce n'est qu'après la dernière réunion de négociation qu'elle a donné une réponse définitive à tous les établissements pour les premières contrepropositions. Pour mémoire, s'il y a désaccord entre la CNS et un établissement, il est nécessaire de consulter la commission des budgets et aucun protocole d'accord ne peut être signé. Si à la fin des négociations la CNS constate que l'enveloppe globale est dépassée, il sera nécessaire de revoir l'ensemble des négociations,

- La négociation des frais variables (FV) et de l'activité a été achevée fin janvier. Le CRP Santé a calculé la dotation des entités fonctionnelles pour lesquelles il existe une mesure de la charge de travail (Unités de soins, Bloc op, Endoscopie ...) sur base des chiffres d'activités fixés lors des négociations des frais variables. Certaines normes ont été considérées comme prioritaires, et la CNS a essayé d'accorder si possible la hausse de la dotation résultant d'une éventuelle hausse de l'activité. Un accord séparé pour les FV a été signé.

La CNS a envisagé un changement du calcul de l'amortissement. Actuellement chaque établissement envoie un tableau reprenant l'ensemble du matériel et de l'équipement qui est amortissable. L'amortissement est calculé sur base de ce tableau. La CNS propose se baser dans le futur sur la valeur nette comptable des matériels/équipements existants. Les établissements communiqueraient ainsi chaque année seulement le nouveau matériel et informeraient la CNS du matériel qui ne sera plus utilisé.

5.5. ENVELOPPE BUDGETAIRE GLOBALE

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 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. Le règlement prévoit que la CNS prévoit lors des négociations une réserve ne pouvant dépasser 2% de l'enveloppe globale pour imprévus. Cette réserve est à déduire de l'enveloppe. Le règlement grand-ducal prévoit en plus l'établissement de forfait pour certains types de frais.

5.6. SALAIRE MOYEN: ADAPTATION DU MODELE DE PROJECTION DE LA MASSE SALARIALE

L'EHL avait déjà demandé en 2006 une adaptation du modèle de projection de la masse salariale avec l'objectif de rendre celui-ci plus réaliste. La CNS s'est positionnée et a présenté ses propres propositions en 2009. L'EHL a calculé les différents facteurs du modèle (glissement théorique/réel, proportion fin de carrière, taux de sortie, coefficient de réduction) selon les propositions de l'EHL et de la CNS.

Les principales différences entre les propositions sont:

- Le calcul EHL est basé sur le taux d'occupation effectif, le calcul CNS est basé sur le taux d'occupation contractuel,
- Glissement des carrières:
 - > La hausse des salaires de tous les salariés (y inclus les fins de carrière) d'une certaine carrière correspond au glissement théorique moyen annuel. Ce taux est corrigé par la proportion des fins de carrière pour tenir compte du fait que le salaire de ces personnes est fixe,
 - > Le calcul EHL est basé sur le glissement réel des salariés entre le 31 décembre 2008 et le 31 décembre 2010. Dans le cas des salariés fin de carrière, la hausse réelle est égale à 0. Il n'est pas nécessaire de corriger le glissement par la proportion des fins de carrière.
- Taux de sortie: le nombre de salariés qui ont quitté l'établissement est divisé par le nombre de salariés présents le 31 décembre de l'année précédente:
 - > Le calcul CNS est basé sur le taux d'occupation contractuel et tient compte des sorties et des diminutions du taux d'occupation,
 - > Le calcul EHL ne tient compte que des sorties et est basé sur le taux d'occupation effectif.
- Coefficient de réduction: le salaire horaire des entrées au cours de l'année est divisé par le salaire horaire des salariés présents le 31 décembre de l'année précédente. Le salaire horaire est calculé en divisant le salaire brut + charges patronales par le nombre d'heures rémunérées:
 - > Le calcul CNS tient compte des entrées et des augmentations du taux d'occupation. Si un salarié a augmenté son taux d'occupation, alors la partie de son salaire qui correspond à la hausse du TOCC est considérée pour le calcul du salaire horaire des entrées. Le reste est considéré pour le calcul du salaire horaire des présents,
 - > Le calcul EHL ne tient compte que des entrées.

La différence entre les deux calculs est considérable. Le glissement établi sur base des propositions EHL est nettement plus élevé que celui sur base de la méthodologie actuelle. Le glissement établi sur base de la proposition CNS est cependant nettement plus bas.

5.7. ENVELOPPE DES INVESTISSEMENTS COURANTS

La CNS a souhaité actualiser la répartition de l'enveloppe des investissements courants sur base de l'activité actuelle. La répartition actuelle est toujours fixée sur base de l'activité de la fin des années 90.

La proposition prévoit la répartition de l'enveloppe en fonction du nombre de lits (51,31% du total) respectivement en fonction des nombres de passages des entités fonctionnelles (48,69%). La pondération des entités fonctionnelles a été déterminée sur base des investissements des dernières années.

L'EHL a déjà demandé dans le passé que l'évolution de l'enveloppe des investissements courants tienne compte de l'inflation. En plus les établissements spécialisés (CFB, CHNP, CNRFR, HIS, INCCI) désirent être intégrés dans l'enveloppe.

La CNS refuse les inclure pour les raisons suivantes:

- L'enveloppe des investissements courants s'applique au secteur aigu. Les besoins en investissement des établissements moyen séjour ne sont pas comparables aux établissements du secteur aigu et la CNS ne veut pas mélanger les 2 secteurs. Une budgétisation par projet est proposée pour les établissements spécialisés,
- Un établissement du moyen séjour dispose d'une enveloppe importante que la CNS souhaite diminuer de 50%,
- Certains établissements spécialisés sont spécifiques et fortement subventionnés, la CNS retient de ne pas les inclure dans l'enveloppe,
- L'enveloppe des investissements courants de ces 5 établissements fait l'objet de négociation: les établissements peuvent présenter leur besoin par projet.

Les discussions avec la CNS vont se poursuivre en 2012.

5.8. CHANGEMENT STATUT DE LA CNS: PARTICIPATIONS STATUTAIRES

Pour mémoire, dans la réunion du 10 novembre 2010 sur le budget annuel de l'assurance maladie-maternité 2011, le Comité directeur de la CNS avait décidé d'un certain nombre de mesures dont trois concernent les soins hospitaliers:

- La participation à l'entretien en milieu hospitalier stationnaire est portée à 2,70€ (n.i. 100) (19,44€),
- La participation à l'entretien en milieu semi-stationnaire est portée à 1,35€ (n.i. 100) (9,72€),
- Une participation forfaitaire de 2,50€ est prévue en cas de passage en polyclinique, sauf en cas de traitement stationnaire ou semi-stationnaire.

Suite à l'intervention du Ministre, il a été décidé une participation par jour par patient. Cette mesure a été introduite de façon rétroactive à partir du 1^{er} janvier 2011. Cette mesure a été avalisée par le Comité directeur de la CNS. Les patients qui, dans le passé ont payé plusieurs fois la participation de 2,50€, pourraient demander le remboursement des participations payées en trop à la CNS. Il n'est plus nécessaire de faire la distinction entre les passages programmés et les urgences.

Il est prévu de supprimer la participation du patient dans le cas de l'hôpital de jour psychiatrique et de la polyclinique à partir du 1^{er} janvier 2012.

5.9. LABORATOIRE: FACTURATION HOSPITALIERE ET EXTRA HOSPITALIERE ET DECOMPTE

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 extra-hospitalier 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».

La CNS propose en Commission paritaire statistiques de considérer une prestation laboratoire comme hospitalière lorsqu'elle est soit précédée d'une unité d'œuvre concomitante d'une autre entité fonctionnelle dans un délai de 24 heures, soit suivie d'une unité d'œuvre d'une autre entité fonctionnelle dans un délai de 2 heures. Sont considérées comme unité concomitante toutes unités d'œuvres à l'exception des unités d'œuvres des entités fonctionnelles de la kinésithérapie, de l'ergothérapie, de l'hydrothérapie, du gymnase des appartements thérapeutiques et des hôpitaux de jour de psychiatrie. Etant donné que le système de facturation de la CNS ne tient pas compte de l'heure d'admission, la CNS ne sait pas appliqué la règle en question (à la fin de l'année

2011), ce qui crée un retard considérable au niveau de la facturation des activités hospitalières. Ce problème est à résoudre le plus rapidement possible en 2012.

Comme une partie des actes et prestations laboratoires est considérée dorénavant comme extrahospitalière, il faut aussi procéder à une séparation des frais entre l'activité hospitalière et extrahospitalière. La CNS propose 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 sont 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. Ainsi, selon la proposition élaborée par la Commission Finances, les frais en relation avec la garde/permanence (surtout les frais de personnel) seraient à déduire du total des frais du laboratoire avant la répartition de ceux-ci entre l'hospitalier et l'extra-hospitalier. Cette proposition sera présentée à la CNS en 2012.

Le pourcentage de déduction lié à l'activité extra-hospitalière est provisoire et sera recalculé en fonction des passages exacts extrahospitaliers par rapport à la totalité des passages réalisés par le laboratoire pour une année budgétaire.

5.10. JOURNEE ALIMENTAIRE

Les travaux d'analyses ont été initiés pour analyser les composantes et formules de calcul de la journée alimentaire. Ces travaux doivent permettre d'évaluer les divergences entre les différentes formes d'organisation (interne/externe) et cascades budgétaires en place qui déterminent ainsi le prix de la journée alimentaire. Une fois les problématiques de comparabilité identifiées, il conviendra, dans une seconde phase, de déterminer s'il est recommandé d'élaborer un nouveau modèle d'imputation de la journée alimentaire.

5.11. SALAIRE MOYEN: IMPACT DES REMBOURSEMENTS/COTISATION DE LA MUTUALITE

La CNS annonçait en 2010 vouloir inclure les remboursements et cotisations de la mutualité dans le calcul du salaire moyen pour éviter tout biais au niveau des calculs. En effet, le total des frais salariaux des établissements ne serait plus connu. Les cotisations et remboursements de la mutualité doivent être intégrés dans le calcul. Toutefois elle est d'accord que l'excédent ou le déficit résultant des cotisations et remboursement mutualité ne doit pas influencer l'évolution du salaire moyen.

L'EHL était d'avis que l'influence du différentiel entre les cotisations respectivement les remboursements de la mutualité doit rester neutre au niveau du calcul du salaire moyen. Il était donc préférable d'envisager de prendre en compte le différentiel au niveau du décompte. La question sera à clarifier en 2012.

Dans les premières contrepropositions budgétaires 2011/2012 la CNS a intégré les cotisations-remboursements de la mutualité dans le calcul du salaire moyen sans tenir compte des excédents de remboursement et avoir tenu compte de la demande EHL discutée en 2010 en Commission paritaire statistiques. La CNS a appliqué le calcul utilisé dans le passé pour les ouvriers. Elle a rajouté aux frais salariaux les cotisations de la mutualité et elle a déduit les remboursements de celle-ci. La CNS était d'avis que la différence entre les cotisations et les remboursements de la mutualité ne devraient pas représenter un chiffre considérable.

L'EHL a donc proposé de ne pas inclure les éléments en question dans le calcul du salaire moyen et de faire un décompte à la fin de l'année. La CNS pourrait récupérer les bénéfices (si les remboursements de la mutualité sont supérieurs aux cotisations de la mutualité) réalisés par les établissements au niveau de la mutualité. En contrepartie la CNS devrait prendre en charge les déficits (si les cotisations sont supérieures aux remboursements).

L'intégration de l'effet mutualité dans le calcul du salaire moyen créerait des variations de celui-ci qui ne résultent pas des variations réelles des frais salariaux, l'évolution du salaire moyen ne retracerait plus l'évolution de ceux-ci. En 2013, suite à l'introduction des premiers forfaits pour les centres de frais auxiliaires il serait nécessaire de changer le calcul une deuxième fois. Le problème de la traçabilité s'aggraverait.

La CNS accepte la demande des établissements. Il sera effectué un décompte pour les cotisations et les remboursements à la fin de l'année.

Dans la 2^e contre-proposition des budgets 2011/2012, la mutualité n'est plus intégrée dans le calcul du salaire moyen.

1. MISSIONS

L'achat central fait partie des projets clés de mutualisation menés par les établissements hospitaliers.

La Cellule Achats a pour missions de déployer la stratégie et les projets communs d'achats des établissements hospitaliers et de participer à leur suivi. Dans ce contexte, elle accompagne 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.

Tous ces aspects de la démarche d'achat centrale ont été développés en 2011.

Le volet «Assurance qualité achats» a constitué une mission transversale de la cellule achats, qui a progressé en 2011 sur les aspects suivants:

- réalisation, après clôture des principales étapes des projets, de retours sur expérience dont le résultat a été «réinjecté» dans des projets ultérieurs,
- standardisation des procédures d'achat quant à leurs phasage et leur contenu,
- mise en place de trames de documents-modèles (notamment avis de marché et cahiers spéciaux des charges),
- développement de méthodes de recueil et de consolidation de données,
- communication avec des acteurs de secteurs de la santé à l'étranger, dans un objectif de partage d'informations et d'expériences.

2. ORGANE DE PILOTAGE: LE CP ACHAT CENTRAL

Le Comité de pilotage travaille de manière transversale en s'appuyant en premier lieu sur les compétences techniques et médicales des établissements et sur un réseau d'experts. Les actions engagées sont validées au niveau du conseil d'administration de l'EHL.

3. GROUPES DE TRAVAIL

Les établissements sont associés aux démarches via les différents groupements:

- Groupement d'achat produits médicaux (GAP-MED)
- Groupement d'achat Perfusions (GAP-PERF)
- Groupement d'achat Equipements médico technique (GA-MdT) créé en 2010
- Groupement d'achat laboratoire (GAP-LABO)
- Groupement d'achat produits non médicaux (GAP-NoM)
- Groupe de travail «déchets hospitaliers» (GT-DH)
- Groupe de travail «conditions générales d'achat» (GT-CG).

Les principaux axes de travail sont:

- le partage d'information/d'expérience entre établissements (via les groupements d'achats) et au niveau international (contacts avec les hôpitaux de Bruxelles, Lorraine, et Liège) et à l'international (FIH, AEDH, Resah-IDF);
- la communication avec l'administration;
- l'identification de best practises 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 conception et amélioration de trames standard des procédures et de documents);
- les procédures de passation de marchés (listés ci-après).

4. EQUIPE

L'équipe en charge des dossiers Achats est constituée du Conseiller Juridique Achat, du Conseiller Economique, du Statisticien et d'un support secrétariat pour une dotation totale de 2 ETP. La multidisciplinarité de l'équipe permet un développement plus adéquat des activités et une meilleure prise en compte des besoins du secteur.

5. ACTIVITES 2011

5.1. MARCHES D'ENVERGURE REALISES

Les marchés lancés en 2011 ont pour la plupart été encadrés par la technique contractuelle de la centrale d'achat. La convention instituant une centrale d'achat, conclue pour chaque projet individuellement, a notamment pour objectif d'explicitier le projet et ses bases juridiques, et constitue une feuille de route du projet, à destination de tous les intervenants.

5.1.1. VOLET MEDICAL

A. MEDICAMENTS

Des procédures restreintes pour la fourniture de produits de contraste (12 lots) et d'érythropoïétines (2 lots) ont été finalisées en 2011. Pour les produits de contraste, le chiffre d'affaires annuel prévisionnel des marchés attribués est d'environ 1,45 Mio EUR HT, soit une économie sur chiffre d'affaires prévisionnel de 27,25%. Pour les EPO, le chiffre d'affaires annuel prévisionnel des marchés attribués est d'environ 0,33 Mio EUR HT, soit une économie sur chiffre d'affaires prévisionnel de 36,86%.

Une procédure ouverte a été préparée et mise en œuvre en 2011 pour la fourniture de 92 lots de spécialités pharmaceutiques. 72 lots ont été attribués (soit plus de 90% du chiffre d'affaires prévisionnel total) pour un chiffre d'affaires annuel prévisionnel d'environ 1,75 Mio EUR HT, soit une économie sur chiffre d'affaires prévisionnel d'environ 45%.

Les projets exposés ci-dessus ont notamment donné lieu à:

- L'élaboration d'une documentation procédurale et contractuelle qui servira de trame pour les projets futurs,
- Une expérience enrichissante des aspects organisationnels (fonctionnement du groupe de travail composé des pharmaciens-gérants de 6 établissements) et méthodologiques (au niveau de l'analyse des offres, de l'application des critères d'attribution et de la motivation des décisions) et décisionnels (participation des Comités médico-pharmaceutiques) de la procédure.

B. VOLET DISPOSITIFS A USAGE UNIQUE

Le périmètre du marché est resté stable. Il y a eu encore un effort de rationalisation au niveau du catalogue des produits. Le potentiel d'économie reste limité, notamment en raison de la problématique coût/qualité et de l'impact des prix des marchés de matières premières.

5.1.2. VOLET NON MEDICAL

Les principaux marchés suivants ont été conclus en 2011:

A. INFORMATIQUE

- Marché SIRH, passé par procédure négociée avec publication d'un avis de marché. Le marché a été négocié et attribué en 2011. L'envergure CAPEX est de 1,8 Mio EUR TTC. Les gains attendus sont l'optimisation de l'organisation, la standardisation des approches méthodologiques, la mutualisation des structures informatiques et une économie de 70% sur les licences.

- Marché réseau haut débit et VPC: restructuration de la relation contractuelle avec l'EPT, et prestations associées: marché passé par procédure négociée sans publication, géré par la cellule informatique de l'EHL en collaboration avec les services IT des hôpitaux, et avec participation de la cellule achats de l'EHL notamment pour la révision des projets de documents contractuels.

B. CONSULTANCE

Un marché de services ayant pour objet la consultation pour l'évaluation de la mise en œuvre du programme Incitants Qualité 2010 a été passé par procédure ouverte. La procédure a été préparée et mise en œuvre, et le marché a été attribué en 2011, pour un prix total forfaitaire de 233.840 EUR HT. Le constat effectué est la stabilité des prix dans un marché quasi-monopolistique en raison du niveau élevé des exigences techniques.

5.2. PROJETS D'ENVERGURE EN PREPARATION OU EN PERSPECTIVE

5.2.1 MEDICAL

A. MARCHES DE FOURNITURE DE SPECIALITES PHARMACEUTIQUES - VOLET PROCEDURES NEGOCIEES

- Envergure: environ 8 Mio EUR HT.
- Motivation:
 - > Marchés non attribués dans le cadre de la procédure ouverte, ou
 - > Situation de monopole de jure sinon de facto du fournisseur pour certains lots.
- Enjeux: formalisation de la motivation du recours à la procédure négociée, intégration des prescripteurs dans le processus de conception et d'allotissement, exploitation des potentiels offerts par la technique des conditions générales d'achat.

B. PERFUSIONS

- Envergure: 1,7 Mio EUR.
- Procédure: ouverte.
- Enjeux: déploiement des acquis des marchés précédents, développement de l'expérience dans la passation de procédures ouvertes, optimisation économique (financière et qualitative) du marché.

C. APPEL D'OFFRE PRODUITS SANGUINS

- Envergure: 3 Mio EUR.
- Procédure: à définir.
- Enjeux: Définition respectivement limitation de la gestion de l'auto-suffisante au niveau du pays, mise en place de conventions adaptées.

D. MEDICO-TECHNIQUE - APPELS D'OFFRES COMMUNS ET REGROUPEMENT D'AUTRES ACHATS EN COMMUN

- Appel d'offres SCANNER: Envergure à évaluer (3 appareils).
- Potentiellement, appel d'offres SPET CT: Envergure: 0,6 à 1,2 millions (1-6 appareils).
- Procédures: à définir.
- Enjeux: exploitation des potentialités des processus de mise en concurrence et mise en place d'un cahier des charges national.

5.2.2. NON MEDICAL

A. DECHETS

Suite des activités du groupe de travail avec:

- Au préalable précision des définitions des catégories de déchets hospitaliers notamment en considération du régime applicable à leur traitement/élimination, en cohérence avec les projets et initiatives gouvernementales dans ce domaine,
- Potentiellement achat commun de prestations, à définir sur base d'une concertation avec les autorités et acteurs visés par le Plan Général de Gestion des Déchets, et sur base des dispositions de la nouvelle loi sur la gestion des déchets (non publiée à la date de rédaction du présent rapport).

B. INFORMATIQUE - APPEL D'OFFRE INFRASTRUCTURES OU PRESTATIONS

Enjeux: mutualisation des infrastructures et amélioration des modalités de transfert de données / Synergies avec les projets PACS, Service Desk, SIRHIUS, etc.

C. CONSULTATION IQ2012

- Objet: évaluation de la réalisation du programme Incitants Qualité 2012.
- Envergure: 230.000 EUR

- Procédure: négociée sans publication d'avis ou ouverte, à définir.
- Enjeux: aménagement des exigences techniques en vue d'une optimisation économique.

6. COOPERATIONS

6.1. PARTICIPATION A UNE CANDIDATURE COLLECTIVE AU PROJET HAPPI:

Dans le cadre du «group purchasing chapter» nouvellement créé par la FIH (dont l'EHL est membre), l'EHL a été sollicitée, le 5 juillet 2011, pour participer à un projet d'achat mutualisé international de fournitures innovantes dans le domaine du «bien vieillir» (projet «HAPPI», «Healthy Ageing in Public Procurement of Innovative Solutions»). Ce projet s'inscrit dans un programme d'accord de subvention par l'Union Européenne. Il sera réalisé s'il obtient l'accord de financement.

Les principales caractéristiques du projet sont les suivantes:

- les partenaires sont le RESAH Île-de-France (coordinateur), le NHS Commercial Alliance (Royaume-Uni), Mercure (Belgique) et SCR Piemonte (Italie).
- les principales «activités» du projet sont:
 - > identification et évaluation des produits et solutions innovants existant en Europe,
 - > étude de faisabilité d'une structure d'achat mutualisé entre pouvoirs adjudicateurs 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 2,5 Mio EUR.

Le financement communautaire se répartirait comme suit:

- les frais du projet seraient supportés à 95%,
- les achats de fournitures innovantes seraient financés à hauteur de 20%.

L'intérêt pour l'EHL est:

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

6.2. PARTICIPATION AU 4^{IEME} «TENDER HEALTHCARE DAY, CONGRES NATIONAL (BELGE) DES MARCHES PUBLICS DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTE»

Le 4^e «Tender Healthcare Day, congrès national des marchés publics dans le secteur des soins de santé» a été organisé par l'EBP (organisme belge privé déployant une activité de conseil et de formation en matière de marchés publics) à Bruxelles le 22 novembre 2011.

Le Conseiller Juridique Achats a participé au congrès, avec une présentation sur le thème: «Les marchés publics de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois: le point sur la situation et aperçu des outils mis en place dans un contexte de mutualisation des achats».

Le congrès a rassemblé 22 orateurs et 380 conférenciers du secteur de la santé et du secteur commercial.

1. PROJETS NATIONAUX

1.1. LUXISPAS – LUXFACT

1.1.1. ACTIONS DE PROMOTION ET DE DIFFUSION DE L'APPLICATION LUXISPAS/LUXFACT POUR LES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DE L'EHL EN 2011

1^{er} trimestre 2011:

Etablissement du scénario de migration de LuxisPAS vers LuxFACT, et d'intégration de LuxFACT avec ORBIS, en coordination avec les équipes informatiques et utilisateurs du CHEM. L'objectif initial était la mise en production de ORBIS au sein de l'établissement pour début avril 2011. Cette mission a été interrompue suite à la décision du CHEM de reporter la mise en production de ORBIS à une date ultérieure.

Validation de l'application LuxMED (facturation des honoraires médicaux) par la FFE, avec transfert de connaissances entre les équipes informatiques de l'EHL et de la FFE en vue de permettre à l'équipe informatique de la FFE de mettre en production des nouvelles versions de cette application de façon autonome.

2^e et 3^e trimestre 2011:

Mise en production d'une nouvelle base de données pour LuxFACT au sein de ZithaKlinik avec intégration de quelques fonctionnalités d'ADT issues de LuxisPAS pour la gestion des ADT, facturation et prises en charge des patients admis au sein du Haus Omega.

Démonstration du module de facturation des honoraires médicaux (LuxMED) auprès du CHL.

Mise en place d'une plate-forme d'échange «Share-Point» pour LuxisPAS/LuxFACT.

4^e trimestre 2011:

Paramétrage d'un serveur LuxMED au sein du service de facturation du CHEM en vue d'établir la facturation des mémoires d'honoraires de deux groupement de médecins urgentistes de l'hôpital (soit 18 médecins) à compter du 1^{er} janvier 2012. Ce serveur est interfacé avec:

- LuxisPAS pour la réception des admissions réalisées au service d'urgence.
- L'application «In-House» du CHEM «Dossier Médical» pour la réception des prestations à facturer.
- Orbis pour la transmission des écritures comptables liées aux mémoires d'honoraire.

Tout au long 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.

1.1.2. EVOLUTIONS MAJEURES APPORTÉES À LUXISPAS/LUXFACT EN 2011

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

- Version 5.5a – Avril 2011
- Version 5.5b – Août 2011
- Version 5.6a – Novembre 2011
- Version 5.6b – Décembre 2011

Evolutions techniques:

Tentative de migration de l'application LuxisPAS/LuxFACT en environnement Windows7-64 bits. Cette migration a posé notamment des problèmes quant à la conservation de la compatibilité de cette version avec les versions précédentes sous Windows XP. La compatibilité n'est plus assurée entre ces environnements à cause des couches d'accès à la base de données (notamment la couche MS-ADO) dont la compatibilité ascendante a été rompue par Microsoft entre les versions 32 et 64 bits.

Evaluation des plates-formes WinDEV et WebDEV pour le revamping de l'application LuxFACT. La plate-forme Sharepoint a été aussi envisagée mais s'est avérée assez rapidement peu adaptée à cette problématique.

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 envisagent de migrer la partie ADT de LuxisPAS vers ORBIS.

Module LP-US (Gestion décentralisée des ADT)

Idem LuxisPAS.

Module LuxMED (Facturation des honoraires médicaux)

Détermination automatique des suffixes «F» (Férié), «D» (Dimanche), «N» (Nuit) et «E» (Enfant) sur les actes médico-techniques suivant leurs périodes d'exécution et les règles d'applicabilité spécifiques de ces suffixes fixées par la CNS.

Application LuxFACT (Facturation et gestion des prises en charge)

Maintenance évolutive du module de calcul des factures pour la facturation d'une participation statutaire sur les passages en polyclinique suivant les changements de règles édictées par la CNS au début de l'année 2011 par rapport au projet de loi initial.

Introduction du concept de passage extra-hospitalier au sein de l'application et élargissement des possibilités de paramétrage de l'application pour permettre la facturation des passages en laboratoire suivant les règles de facturation des laboratoires privées (à savoir facturation à l'acte avec contrôle des règles de seuil maximal, non-cumulabilité et contrôle de dépendance entre certaines prestations) et adaptation du format du fichier de facturation suivant les informations apportées au fur et à mesure par la CNS à ce propos.

Validation d'un nouveau modèle de facture unique proposé par FFE en vue du démarrage d'un projet d'externalisation de l'impression, archivage et expédition de leurs factures-patient auprès d'un fournisseur externe spécialisé dans ce domaine via l'échange de donnée en format XML.

Spécialisation des transactions financières en permettant de créer un référentiel de transactions-types telles que le versement d'une avance de 2,50 Euro pour un passage en polyclinique.

Ajout de la possibilité de pouvoir ventiler le montant des prestations facturées suivant les médecins traitants en comptabilité analytique.

Architecture logicielle et interfaces externes

Implémentation du support des passages (segment ZPG) au sein des messages HL7/ADT entrants de LuxFACT.

Introduction d'un module permettant l'injection et la correction de transactions financières au sein de LuxFACT à partir de systèmes externes; notamment pour l'enregistrement des participations statutaires de 2,50 Euro versées par les patients pour leurs passages en polyclinique à compter de janvier 2011.

Introduction d'un module permettant l'injection et la correction des changements concernant les données signalétiques des médecins au sein de LuxFACT à partir d'autres systèmes via des messages HL7/MFN.

Ecriture d'un outil à l'aide de Java qui permet d'alimenter des tables de l'application LuxFACT à partir de structures complexes en plus de structures simples telles que le permet l'outil SQL*Loader de Oracle.

1.1.3. FORMATIONS SUIVIES PAR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE PROJET AU COURS DE L'ANNÉE 2011

Néant.

1.1.4. FORMATIONS SOUHAITÉES

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

1.1.5. RÉPARTITION DE LA CHARGE DE TRAVAIL EN 2011 POUR LES MEMBRES DE L'ÉQUIPE LUXISPAS/LUXFACT

L'équipe LuxisPAS/LuxFACT n'est composée plus que de 2 personnes sur l'année 2011: Franck MASQUELIER à temps partiel et Olivier WIKTOR à temps complet. Leur charge de travail sur cette application pour l'année s'est répartie suivant les tableaux figurant dans les pages qui suivent.

Hervé FOKAN ne fait plus partie de l'équipe de développement et de support sur l'application LuxisPAS/LuxFACT. Il n'assure plus non plus la permanence sur ces applications depuis décembre 2011.

Un stagiaire, Guilhem BERNA de l'UTC (Université Technologique de Compiègne), a rejoint l'équipe en septembre 2011 pour une durée de 6 mois. Son sujet de stage concerne l'évaluation de plates-formes de développement potentielles qui pourraient être utilisées pour le revamping des écrans de LuxFACT

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	0,25	0,07 %	0,75	0,22 %	1	0,30 %
	Communication et gestion de projet	2,75	0,82 %	8,9375	2,66 %	11,6875	3,48 %
	Développement et test	33,6875	10,04 %	41,75	12,45 %	75,4375	22,49 %
	Documentation	0,625	0,19 %	3,125	0,93 %	3,75	1,12 %
	Luxfact Oracle	1,5	0,45 %		0,00 %	1,5	0,45 %
	Setup	13,75	4,10 %	11,1875	3,34 %	24,9375	7,43 %
	Spécification et rédaction de Cdc		0,00 %	2,625	0,78 %	2,625	0,78 %
	Support utilisateur et informatique	30,25	9,02 %	9,0625	2,70 %	39,3125	11,72 %
Total LuxFACT		82,8125	24,69 %	77,4375	23,09 %	160,25	47,77 %
LuxFACT-eINVOICING	Communication et gestion de projet		0,00 %	2,375	0,71 %	2,375	0,71 %
	Développement et test		0,00 %	0,5625	0,17 %	0,5625	0,17 %
	Spécification et rédaction de Cdc		0,00 %	0,6875	0,20 %	0,6875	0,20 %
	Support utilisateur et informatique		0,00 %	0,4375	0,13 %	0,4375	0,13 %
			0,00 %	4,0625	1,21 %	4,0625	1,21 %
LuxFACT-HAUSOMEGA	Communication et gestion de projet	0,375	0,11 %	2,125	0,63 %	2,5	0,75 %
	Démarrage ou migration dans un établissement		0,00 %	2,4375	0,73 %	2,4375	0,73 %
	Développement et test		0,00 %	0,9375	0,28 %	0,9375	0,28 %
	Support utilisateur et informatique	0,1875	0,06 %	1,4375	0,43 %	1,625	0,48 %
		0,5625	0,17 %	6,9375	2,07 %	7,5	2,24 %
Total LuxFACT-HAUSOMEGA	Analyse	1,25	0,37 %	2,3125	0,69 %	3,5625	1,06 %
	Développement et test	23,25	6,93 %	14,625	4,36 %	37,875	11,29 %
	Support laboamb	6,5625	1,96 %	0,3125	0,09 %	6,875	2,05 %
		31,0625	9,26 %	17,25	5,14 %	48,3125	14,40 %
		0,5	0,15 %	5,5	1,64 %	6	1,79 %
LuxFACT-MIGCHEM	Communication et gestion de projet						
	Développement et test	20,375	6,07 %	7,125	2,12 %	27,5	8,20 %
	Documentation		0,00 %	0,4375	0,13 %	0,4375	0,13 %
	Support utilisateur et informatique	0,125	0,04 %		0,00 %	0,125	0,04 %
		21	6,26 %	13,0625	3,89 %	34,0625	10,15 %
Total LuxFACT-MIGCHEM	Analyse	1,375	0,41 %	1,8125	0,54 %	3,1875	0,95 %
	Développement et test	0,75	0,22 %	4,625	1,38 %	5,375	1,60 %
	support LuxfactPOC	0,75	0,22 %		0,00 %	0,75	0,22 %
		2,875	0,86 %	6,4375	1,92 %	9,3125	2,78 %
			0,00 %	28,3125	8,44 %	28,3125	8,44 %
Total LuxFACT-POC250	Evaluation outils technique		0,00 %	0,0625	0,02 %	0,0625	0,02 %
			0,00 %	28,375	8,46 %	28,375	8,46 %
	Communication et gestion de projet	0,25	0,07 %	7,4375	2,22 %	7,6875	2,29 %
	Démarrage ou migration dans un établissement		0,00 %	7,6875	2,29 %	7,6875	2,29 %
	Développement et test	0,375	0,11 %	20,9375	6,24 %	21,3125	6,35 %
Total LuxFACT-REVAMPING	Documentation		0,00 %	4,1875	1,25 %	4,1875	1,25 %
	Spécification et rédaction de Cdc		0,00 %	2,1875	0,65 %	2,1875	0,65 %
	Support utilisateur et informatique		0,00 %	0,5	0,15 %	0,5	0,15 %
		0,625	0,19 %	42,9375	12,80 %	43,5625	12,99 %
		138,9375	41,42 %	196,5	58,58 %	335,4375	100,00 %

Répartition par sous-projet et établissement

Ressource	Sous-Projet	CBK	CFB	CHEM	CHL	CHNP	CNS	CSM	ZithaK	EHL	FFE	HK	Multi-Etab.	Non attribué	Total général
Franck	LuxFACT	0,19 %	0,65 %	3,09 %	0,00 %	2,83 %	0,00 %	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 %	0,00 %	0,89 %	6,63 %	0,07 %		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 %	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 %	4,77 %		5,14 %
	LuxFACT-MIGCHEM			3,76 %					0,15 %		0,15 %		1,58 %	0,13 %	3,89 %
	LuxFACT-POC250									1,06 %			6,28 %	1,12 %	8,46 %
	LuxFACT-REVAMPING									0,30 %	1,40 %		4,19 %		12,80 %
	LuxMED			6,54 %	0,37 %										
Total Olivier		0,88 %	0,20 %	13,17 %	0,37 %	3,50 %	0,00 %	0,04 %	5,11 %	1,77 %	6,50 %	0,32 %	25,19 %	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 %	27,91 %	2,98 %	100,00 %

Répartition par sous-projet et établissement

Sous projet	Domaine	Franck	Olivier	Total général
LuxFACT	Administration Oracle	0,86 %	0,13 %	0,99 %
	ADT (métier)	1,45 %	1,70 %	3,15 %
	Archivage	1,92 %	0,00 %	1,92 %
	Comptabilité (métier)	0,52 %	1,62 %	2,14 %
	Configuration/support pour mise en production/migration nouvel établissement	0,00 %	0,34 %	0,34 %
	Facturation (Métier et hors modèle de facture-relevé de facture)	6,20 %	4,29 %	10,49 %
	Facturation (modèle de facture-relevé de facture)	0,75 %	0,91 %	1,66 %
	Gestion des lits (L_SPOORG)	0,89 %	0,26 %	1,16 %
	Interface ADT	1,19 %	0,04 %	1,23 %
	Interface CMCN	0,71 %	0,00 %	0,71 %
	Interface CNS	0,26 %	0,52 %	0,78 %
	Interface DFT	3,67 %	2,57 %	6,24 %
	Interface système comptable	0,00 %	1,58 %	1,58 %

	LP-Admin		0,48 %	0,02 %	0,50 %
	LPIntf (fonctionnement)		1,57 %	0,00 %	1,57 %
	Outil administration (LDAP; Synonymes privé, gramt, suivi analyse,)		0,26 %	0,06 %	0,32 %
	Outil d'assistance (Mail, Batch, Load, ...)		0,00 %	0,07 %	0,07 %
	Portage		0,07 %	0,11 %	0,19 %
	Projet - portage Java/JSP/NetBeans		0,00 %	0,37 %	0,37 %
	Setup		2,03 %	4,12 %	6,15 %
	Statistique et rapport		0,11 %	2,01 %	2,12 %
	Non attribué		1,73 %	2,37 %	4,10 %
Total LuxFACT			24,69 %	23,09 %	47,77 %
LuxFACT-eINVOICING	Facturation (modèle de facture-relevé de facture)		0,00 %	1,21 %	1,21 %
Total LuxFACT-eINVOICING			0,00 %	1,21 %	1,21 %
LuxFACT-HAUSOMEGA	Administration Oracle		0,11 %	0,19 %	0,30 %
	ADT (métier)		0,00 %	0,60 %	0,60 %
	Configuration/support pour mise en production/migration nouvel établissement		0,00 %	0,41 %	0,41 %
	Facturation (Métier et hors modèle de facture-relevé de facture)		0,00 %	0,58 %	0,58 %
	Facturation (modèle de facture-relevé de facture)		0,06 %	0,00 %	0,06 %
	Interface CMC		0,00 %	0,02 %	0,02 %
	Interface système comptable		0,00 %	0,22 %	0,22 %
	Outil d'assistance (Mail, Batch, Load, ...)		0,00 %	0,06 %	0,06 %
Total LuxFACT-HAUSOMEGA			0,17 %	2,07 %	2,24 %
LuxFACT-LABOAMB	Comptabilité (métier)		0,00 %	0,06 %	0,06 %
	Facturation (Métier et hors modèle de facture-relevé de facture)		8,78 %	4,68 %	13,45 %
	Non attribué		0,48 %	0,41 %	0,89 %
Total LuxFACT-LABOAMB			9,26 %	5,14 %	14,40 %
LuxFACT-MIGCHEM	Configuration/support pour mise en production/migration nouvel établissement		0,11 %	0,71 %	0,82 %
	Interface ADT		2,68 %	1,25 %	3,93 %
	Interface DFT		0,30 %	0,88 %	1,17 %
	Interface système comptable		0,00 %	0,06 %	0,06 %
	Retrait de LuxisPAS		0,00 %	1,01 %	1,01 %
	Non attribué		3,17 %	0,00 %	3,17 %
Total LuxFACT-MIGCHEM			6,26 %	3,89 %	10,15 %
LuxFACT-POC250	Comptabilité (métier)		0,00 %	1,25 %	1,25 %
	Facturation (Métier et hors modèle de facture-relevé de facture)		0,37 %	0,67 %	1,04 %
	Non attribué		0,48 %	0,00 %	0,48 %
Total LuxFACT-POC250			0,86 %	1,92 %	2,78 %
LuxFACT-REVAMPING	Non attribué		0,00 %	8,46 %	8,46 %
Total LuxFACT-REVAMPING			0,00 %	8,46 %	8,46 %
LuxMED	Projet - LuxMED		0,07 %	12,28 %	12,35 %
	Non attribué		0,11 %	0,52 %	0,63 %
Total LuxMED			0,19 %	12,80 %	12,99 %
Total général			41,42 %	58,58 %	100,00 %

1.1.6. PERSPECTIVES 2012

Pour LuxisPAS:

- > Arrêt éventuel de l'exploitation des parties «Demande d'hospitalisation» et «ADT» de LuxisPAS/LP-US au CHEM à une date restant à fixer.

Pour LuxFACT:

- > Finalisation de l'adaptation du module de calcul des factures pour la facturation des actes en laboratoire suivant les nouvelles règles annoncées par la CNS pour les patients admis en ambulancier extra-hospitalier.
- > Projet de «dématérialisation» de l'édition des factures-patients au sein des établissements de la FFE en les générant dans un format XML (projet e-Invoicing).
- > Poursuite éventuelle de la transformation de LuxisPAS en LuxFACT et de son intégration avec ORBIS au CHEM.
- > 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.
- > Amélioration de la gestion des garants indépendamment de la gestion des patients.

Evolutions techniques – veille technologique:

- > Poursuite de la migration de LuxFACT vers Oracle11g dans les établissements.
- > Elaboration d'un cahier des charges avec soumission à 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, et Java EE.
- > Ou un environnement propriétaire de type «Webdev/Windev».

1.1.7. PERSPECTIVES APRÈS 2012

Pour LuxFACT:

- > Préparation éventuelle de l'intégration et du démarrage de LuxFACT à Rehazenter.
- > Possibilité d'avoir un changement d'affiliation primaire lors d'une hospitalisation d'un patient sans besoin d'avoir à ouvrir une nouvelle admission.
- > 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.

1.2. 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.

1.3. PROJET SIRHIUS

Cette année a été très active pour ce premier grand projet national auquel adhère l'ensemble des membres de l'EHL. Pour rappel, ce projet a pour objectif de mettre à disposition des établissements un système permettant de faire la gestion administrative des salariés, leur planification selon les spécificités hospitalières ainsi que la paie.

La première moitié de l'année a consisté dans la finalisation de la procédure d'appel d'offres entamée l'année précédente.

C'est la société HRAccess qui a été sélectionné comme contractant principal avec les sous-traitants suivants:

- Accenture pour la partie assistance à maîtrise d'ouvrage (gestion de projet et du changement).

- Saga pour la fourniture du logiciel de planification HCPS.
- Sogeti pour la gestion des tests.

Le projet a démarré officiellement lors de la réunion de lancement du 10 mai 2011. A partir de cette date, un travail formidable a été réalisé que ce soit par le fournisseur mais aussi par l'ensemble des ressources impliquées dans ce projet.

Quelques chiffres:

- 210 personnes impliquées dans le projet
- 35 jours de formations
- 60 GRH formés
- 100 planificateurs-formateurs formés
- 550 planificateurs formés
- 32 jours de tests avec en moyenne 10 personnes
- 400 anomalies détectées et corrigées.

La mise en production est prévue pour le tout début janvier 2012 pour quelques établissements pilotes. Les autres sites seront mis en production en janvier 2013.

1.4. MISE EN PLACE D'UN RESEAU HAUT DEBIT INTERHOSPITALIER

Dans le cadre de la future mise en place du Centre Informatique Sectoriel (CIS), il a été clairement établi que le pré-requis est de disposer d'une infrastructure réseau à très haut-débit inter-hospitalière. Ce projet a été lancé avec les P&T en fin d'année 2011 pour une première mise en production en début d'année 2012. Cette première phase permettra de relier la plupart des sites disposant déjà de fibres optiques avec connexion à 1 Gbps. Une deuxième phase, mettre en place une redondance avec un deuxième accès pour la plupart des établissements et en augmentant les débits à 10 Gbps où cela sera nécessaire.

1.5. MISE EN PLACE DE L'INFRASTRUCTURE DATACENTER

1.5.1. BUT DU PROJET

Dans le cadre de la future mise en place du Centre Informatique Sectoriel (CIS), l'EHL s'est doté d'une infrastructure informatique de production pour le projet SIRHIUS et le projet résultat de laboratoire. Ce datacenter est en quelque sorte un embryon pour le futur CIS.

Sur cette infrastructure seront implémentés à court terme des applications qui seront utilisées par les hôpitaux.

1.5.2. CHOIX DE LA TECHNOLOGIE ET DU FOURNISSEUR

L'EHL a choisi les P&T comme fournisseur de la solution. Les éléments qui ont fait porter le choix sur les P&T ont été les suivants:

- Compétence et références dans le domaine.
- Solution la plus économique pour les coûts directs.
- Pas de coûts supplémentaires pour l'intégration du datacenter dans le réseau Healthnet.

L'EHL a choisi une solution se trouvant entre le «Cloud» et le «Hosting». Les P&T prennent en charge la mise en place et la gestion de l'infrastructure de virtualisation et de stockage redondants, y compris les backups, ainsi que l'interconnexion avec Healthnet et fera évoluer ces infrastructures suivant les besoins en ressources. Les serveurs de virtualisation sont deux serveurs VMWare dédiés à l'EHL. L'EHL a des points d'accès dédiés sur deux baies de stockage virtuel Falconstore. Les licences VMWare et Microsoft Server sont incluses. La facturation se fait sur base d'utilisation des ressources avec un engagement sur un minimum.

L'EHL n'a pas d'accès à la configuration des accès réseau vers et du datacenter (Firewalls, routage). Les règles d'accès au datacenter sont cependant contrôlées par l'EHL et l'implémentation des règles est faite par les P&T.

Les machines virtuelles sont implémentées et gérées par l'EHL. De premiers tests avec l'infrastructure SIRHIUS ont été effectués avec succès en fin d'année 2011.

L'infrastructure est prête à recevoir les serveurs de production pour les premiers projets: Sirhius et Labo.

1.6. SERVEUR DE PARTAGE DE RESULTATS LABORATOIRES

Le projet a été présenté à la CNPD et a permis de valider les fonctionnalités mises à disposition ainsi que les mécanismes de sécurité mis en place.

Il s'est cependant avéré que certains points pouvaient constituer certaines pour être conformes à la réglementation sur la protection des données. D'une part les données ne doivent être transférées sur le serveur centralisé que si le consentement du patient a été donné, d'autre part uniquement les médecins prescripteurs et les médecins explicitement indiqués en copie ne peuvent avoir accès aux résultats du patient.

Le projet a subi différents ralentissements suite à des changements de priorités, ainsi qu'à des difficultés de financement, de sorte que la mise en production initialement prévue pour 2011 a dû être décalée vers l'année 2012.

Le mapping vers la codification Loinc par les hôpitaux n'est pas encore tout à fait terminée. Ceci a comme impact que les analyses non encore mappées vers Loinc apparaîtront dans une rubrique générique plutôt que de paraître dans leur rubrique respective sur le compte-rendu. Donc, afin de permettre une bonne lisibilité des comptes rendus, une version PDF sera ajoutée lors du transfert vers le serveur Labo. Egalement, une copie électronique PDF de la prescription sera jointe à chaque dossier.

En début 2012, les tests d'intégration seront effectués.

Une mise en production pourra être faite après l'autorisation du traitement par la CNPD.

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

Le concept est maintenant mature pour l'ensemble des hôpitaux. Les travaux de ce groupe ont avancé considérablement cette année. Les travaux préparatoires de la mise à niveau des PACS (condition nécessaire à ce projet) sont soit dans certains hôpitaux terminés ou en phase de réalisation. Ce projet stratégique pourra servir aux hôpitaux comme plateforme d'interaction avec les services de l'agence pour la création d'un dossier patient informatisé dans le cadre du projet eSanté. L'ensemble des travaux ont donc été réalisés en collaboration avec ce projet et ont permis de trouver des synergies importantes. Un cahier des charges est en cours de rédaction afin de permettre de lancer un Request for Information en 2012 et ainsi de mieux cadrer le budget nécessaire à la réalisation de ce projet ambitieux.

2. PROJETS LOCAUX

2.1. VIRTUALISATION DE L'INFRASTRUCTURE INFORMATIQUE DU BUREAU PERMANENT

En 2010 l'EHL avait décidé de mettre en place une infrastructure de virtualisation et avait choisi Oracle comme fournisseur de matériel. La mise en place de cette infrastructure a été réalisée début 2011.

Les deux serveurs de virtualisation ont été installés avec VMWare, ainsi que les deux baies de stockage NAS qui répliquent toutes les données entre elles.

La configuration de l'infrastructure réseau a été adaptée de manière à permettre aux serveurs virtuels d'être accédés à partir de plusieurs VLANs.

La plupart des serveurs de l'EHL ont été migrés vers cette infrastructure et toutes les données ont été migrées vers les baies de stockage.

Une nouvelle solution de backup a été mise en place et configurée. Cette solution permet de faire une sauvegarde complète et granulaire de chaque machine virtuelle.

Des serveurs de développement, de test et de production ont été mis en place pour différents projets, notamment pour les projets Sirhius, Laboratoire, Sharepoint, Télésnap (central téléphonique), Kitry (médecine du travail) et BOB (comptabilité).

De solides compétences ont pu être acquises par ce projet en vue de l'exploitation du futur Centre Informatique Sectoriel.

2.2. REMPLACEMENT DU LOGICIEL DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

La médecine du travail a implémenté un nouvel outil pour la gestion du dossier médical. Le logiciel choisi, Kitry EHS, est spécialement conçu pour gérer les dossiers du patient dans le cadre d'une médecine de travail.

Il s'agit d'une application développée sous Oracle Forms sur une base de données Oracle.

Les utilisateurs se connectent à travers une interface Web.

Un paramétrage spécifique et un nombre de développements ont été effectués pour couvrir les fonctionnalités requises, mais aussi pour permettre une migration de tous les dossiers médicaux stockés dans l'ancien logiciel.

Lors des séances de visites médicales à l'intérieur des établissements hospitaliers, les médecins du travail et les infirmières les accompagnants auront directement un accès sécurisé aux dossiers stockés sur le serveur à l'EHL. Pour le permettre, il a fallu organiser avec les services informatiques des hôpitaux une ouverture des accès appropriés vers les serveurs de l'EHL à travers Healthnet.

2.3. MISE EN PLACE D'UN LOGICIEL DE CENTRAL D'APPEL

L'EHL a mis en place un système gestion des appels entrants (Télésnap) qui s'intègre avec notre central téléphonique Cisco.

Télésnap permet à travers une interface Web de gérer les appels entrants pour deux points d'entrée multipostes différents (EHL et SIST-EHL). Il est intégré dans notre réseau informatique et permet de gérer les annuaires, les files d'attente des appels, le parage, les transferts, etc.

Télésnap permet également de gérer les flux des appels entrants spécifique à chaque point d'entrée, les calendriers/horaires de fermeture, les absences, les messages vocaux spécifiques pour diverses occasions.

2.4. MISE EN PLACE D'UN SERVICE DESK

En ayant vocation de devenir un centre informatique à part entière, nous avons décidé de professionnaliser notre contact client en formalisant notre Service Desk. Un Service Desk est un point de contact unique que nos clients (les établissements et l'EHL) doivent utiliser pour nous contacter en cas de problèmes et/ou demande d'amélioration de nos services. Deux média sont aujourd'hui disponible, l'email et le téléphone en cas d'urgence.

Notre nouveau service est basé sur des processus et un outil. Les processus sont basés sur le standard ITIL et nous avons mis en place un outil du domaine open-source nommé OTRS.

Protection des données



1. REACTIVATION DU GROUPE DES COORDINATEURS (CPD)

La CNPD a adressé en octobre 2010 un courrier aux différents établissements membres afin qu'ils leur fournissent les informations sur les domaines suivants:

- le traitement du dossier (électronique) du patient
- la gestion des droits d'accès à ces données
- les informations fournies aux patients
- les liens entre les données des patients
- les données fournies dans le cadre de la recherche (bio-médicale).

Le groupe CPD a donc été réactivé début 2011.

2. RENCONTRE AVEC LA CNPD

L'EHL a organisé en mai 2011 une rencontre du groupe CPD avec des représentants de la CNPD afin de fournir des réponses à la CNPD. Lors de cette réunion chacun des établissements a exposé sa situation quant à la gestion des données des patients ainsi que de la sécurité mise en place autour de l'accès à ces données. Les établissements ont également eu lors de cette réunion l'occasion de poser un certain nombre de questions.

Les représentants de la CNPD ont exprimé leur désir que les établissements rédigent ensemble un guide de bonnes pratiques afin de faciliter la mise en place de mesures efficaces pour une gestion conforme des données de santé des patients. Il s'agirait d'un document qui se baserait au départ sur des principes généraux et qui se développerait dans des phases subséquentes pour intégrer plus de détails.

3. REDACTION D'UN DOCUMENT DE SYNTHESE

Sur base de différents documents reçus des établissements hospitaliers, l'EHL a rédigé un document de synthèse concernant les pratiques actuelles en matière de sécurité et de protection des données dans les établissements. Ce document a permis au groupe de faire un premier brainstorming en vue de la mise en place d'une démarche harmonisée dans les établissements en cette matière. Le groupe a estimé qu'il sera difficile de se mettre tous d'accord sur les formulations précises à considérer dans la description d'une telle démarche.

Le groupe s'est mis d'accord pour rédiger une sorte de «trame nationale». Cette trame pourrait alors servir comme base à chaque établissement pour la définition et la mise en place de sa politique autour du traitement des données des patients, surtout que les établissements se différencient par leur taille, ainsi que par leurs fonctionnalités, parfois spécifiques.

L'élaboration de cette «trame nationale» sera continuée au cours de l'année 2012 et validée avec la CNPD. Ensuite, et avec l'avis de la CNPD, cette trame pourra évoluer pour contenir plus de détails.

4. REFORME DE LA DIRECTIVE EUROPEENNE EN MATIERE DE PROTECTION DES DONNEES

La Commission Européenne propose pour l'année 2012 une réforme globale des règles en matière de protection des données pour accroître la maîtrise que les utilisateurs ont sur leurs données et réduire les coûts grevant les entreprises. Le groupe CPD restera en contact avec la CNPD afin de prendre en considération ces nouveaux éléments dans son travail.

1. Activités en relation avec la Commission des Normes

L'année 2011 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 l'EHL 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.

L'EHL a appelé au bon sens de la CNS afin que celle-ci devrait agir non seulement sur le secteur hospitalier quant à la réduction des coûts, mais que tous les acteurs du système de santé devraient être responsabilisés dans ce contexte.

Ainsi l'EHL a rappelé que l'activité hospitalière, et dès lors aussi les dotations en personnel comme les frais variables, dépendent largement de l'activité des prescripteurs et que les Directions hospitalières n'étaient pas en possession des moyens nécessaires pour agir sur ce groupe.

D'un autre côté l'EHL ne pouvait accepter que ce soit uniquement le secteur hospitalier, notamment les hôpitaux, qui doivent supporter à eux seuls les efforts d'économie et désire que la CNS agisse également sur les prescripteurs.

L'EHL a rappelé également que les hôpitaux désirent que la CNS respectivement les instances gouvernementales prennent les dispositions nécessaires pour informer et expliquer à la population les impacts éventuels sur leurs prises en charge hospitalières dus aux restrictions budgétaires décidées par la CNS. L'EHL a rappelé qu'elle ne peut accepter la position non nuancée de la CNS surtout si tous les acteurs ainsi que les consommateurs ne sont pas intégrés dans la discussion contradictoire et sont exclus dans le partage de la responsabilité en vu de la pérennisation de notre système de santé, voire l'assurance maladie.

Pour 2013/2014 – en considérant la situation économique précaire du Luxembourg – la CNS désirait limiter les croissances d'effectifs et notamment désirait plafonner resp. geler les dotations des fonctions staff, des fonctions administratives et des fonctions dotées par des valeurs seuils, notamment:

- > Polycliniques
- > Kinésithérapie
- > Imagerie médicale
- > Services administratifs.

Concernant les fonctions staff et les services administratifs la CNS demande à ce que les hôpitaux réfléchissent à une réorganisation, sur les potentialités de synergies et mutualisation entre les hôpitaux et sur l'efficacité (augmentation de la performance) des services en question.

La discussion autour de ces normes, dont notamment les normes administratives ainsi que les normes déterminées sur base des valeurs seuils, ont menés dans un contexte très conflictuel entre les parties et fin 2011 il semble encore difficile de prévoir si un consensus pourra être trouvé en vue de la validation d'un document budgétaire des normes pour les années 2013/2014.

Concernant les polycliniques, l'EHL était d'accord de mettre tout en œuvre pour garantir une transparence des services offerts et des moyens de comptabilisation des U/O. Il faut néanmoins prendre en considération d'une façon spécifique l'activité liée au service d'urgence.

La CNS partageait cet avis mais avait précisé qu'elle désire analyser en détail les prestations fournies dans les différentes polycliniques et leur opportunité d'être prestée dans un hôpital respectivement éviter une croissance sans limites des U/O.

Dans ce contexte, une étude a été mise en place par la Commission des Normes et menée courant le deuxième semestre 2011 par le CRP-Santé et nous restons toujours en attente des résultats de celle-ci.

D'un autre côté les Directions des Soins se sont penchées sur la problématique des dotations pour les services d'urgence afin de déterminer – sur base du réel et des attentes qualitatives de la prise en charge (soignante) offertes aux patients – une norme répondante aux besoins des patients tant au niveau qualitative que sécuri-

taire également pour le personnel hospitalier, notamment en considérant la croissance des agressions diverses subies par le personnel des services d'urgence.

Nous prévoyons de finaliser notre proposition courant le 1^{er} semestre 2012.

De plus il faut constater que la CNS continue à refuser aussi en 2011 une normalisation des services de stérilisation, norme déclarée d'importance capitale par les directions hospitalières, en se réfugiant derrière l'option des forfaits hospitaliers à mettre en place (seulement pour 2015 au plus tôt) sur base des nouvelles dispositions législatives décidées en décembre 2010.

Concernant la norme de la salle de réveil, l'EHL rend attentif au fait que la norme de dotation de ces services ne permet pas toujours de répondre aux besoins de prise en charge et de sécurité des patients. En effet on peut constater que la méthodologie de calcul notamment le système du lissage engendre parfois une présence d'un seul soignant avec une présence réelle de plusieurs patients en salle de réveil, en sachant que ce soignant est aussi amené à sortir de la salle de réveil pour aller accueillir des patients sortant du bloc opératoire.

La CNS ne semble pas être intéressée à la révision de cette méthode et l'EHL revient à charge à plusieurs reprises afin d'arriver à ce qu'on rediscute cette approche courant 2012.

Il faut noter qu'en début 2011, la CNS avait revue unilatéralement la méthodologie de calcul des effectifs USN, notamment au niveau des recalculs par le CRP-Santé au niveau des dotations des services de maternité et utilisés par la CNS dans le cadre des négociations budgétaires.

L'EHL a constaté que l'application unilatérale par la CNS d'une DMS nationale, en considérant que la source des données utilisées par le CRP-Santé n'a pas été clairement identifiable pour ces services, ne correspond à aucune décision prise paritairement en CNO et de ce fait n'a pas été acceptée par les établissements hospitaliers.

Après des actions fortes menées par l'ensemble des représentants de l'EHL tant au niveau de la Commission des Normes qu'au niveau du CA de l'EHL, la CNS a retiré son approche de changer d'une façon non négociée en commission paritaire les modalités de détermination des ressources humaines pour les USN et USI.

En ce qui concerne les dotations des services de kinésithérapie, la Commission des Normes avait trouvé – sur base d'une nouvelle approche proposée par l'EHL basée sur un concept de prise en charge et de méthodologie de normalisation à la clé – une ouverture pour finaliser pour 2012 une norme de dotation pour les services de kinésithérapie en remplacement de la valeur seuil actuellement en vigueur.

Les établissements hospitaliers avec les services de kinésithérapie au complet ont œuvré pendant 9 mois en respectant les attentes telles que validées – aussi par la CNS – en Commission des Normes.

Le projet a été présenté en Commission des Normes et il faut retenir que la CNS resp. le CRP-Santé mettent en doute l'approche développée par le groupe MCT-Kinésithérapie de l'EHL - malgré que celle-ci suivait à la lettre ce qui avait été conclu en réunion paritaire. La CNS a par ce fait hypothéqué au complet le travail de normalisation proposé par l'EHL et met en cause la sincérité des partenaires de l'EHL en Commission des Normes si on considère que les travaux de l'EHL – même si le facteur temps n'était pas encore en discussion – pouvaient faire émerger une progression des dotations pour ces services.

Durant l'année 2011, la mesure de la charge de travail des USN et USI avec la version 6 du PRN a continuée. Une validation de l'audit 2010 a été réalisé par EROS et on peut en déduire que les établissements hospitaliers se sont appropriées d'une façon assez homogène cette nouvelle version du PRN mais qu'il sera nécessaire de continuer les travaux d'échange au niveau de l'utilisation de la méthodologie sans oublier les nouvelles pratiques de prise en charge développées dans les établissements (p.ex. nouvelles technologies au niveau de soins en SI, l'aromathérapie, ...) pour lesquelles des facteurs PRN font défaut pour le moment.

En vue de changements au niveau des structures de psychiatrie juvénile et de la psychiatrie adulte pour placés judiciaires, il a été convenu qu'un avenant au document budgétaire 2011/2012 sera à prévoir pour compenser au niveau des normes ces évolutions.

Etant donné que le concept du Registre National du Cancer a été validé par les instances respectives et que la CNS s'est engagé à financer les ressources humaines pour répondre au profil de poste national y relatif, la Commission des Normes proposera également pour le Data-Manager RNC un avenant au document budgétaire 2011/2012 sous rubrique.

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.

Au niveau des travaux et réalisations au niveau opérationnel on peut retenir 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 2010
- Réalisation (en collaboration avec le CRP-Santé) les validations méthodologiques de l'audit PRN 2010
- 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 pour 2013/2014, resp. de révision des normes existantes.

2. Activités en relation avec la Commission d'Evaluation

L'évaluation de l'IQ 2009 a été finalisée et les primes y relatives ont été liquidées courant 2011.

Au préalable à cette liquidation, le Comité Directeur de la CNS souhaitait obtenir des informations transparentes par rapport à l'IQ 2009 (indicateurs sur 3 ans et plans d'action) avant de donner son accord pour la liquidation de la prime.

La Commission avait pris comme option de préparer une communication adéquate pour répondre aux exigences du CD de la CNS et avait retenu qu'il était nécessaire de cadrer les résultats des indicateurs et de donner les explications, respectivement contextualiser les données y relatives notamment au niveau des chiffres bruts.

Il fallait également prévoir d'intégrer les visions 2012 quant au développement des indicateurs, notamment concernant l'amélioration du recensement ainsi que les méthodologies y associées et concernant le développement des stratégies nationales quant aux actions communes d'amélioration des résultats.

Le programme qualité 2011 a été finalisé en reprenant le même set commun d'indicateurs nationaux qu'en 2010.

Il faut retenir que la Commission pour le programme IQ 2010 avait fixé des cibles (seuils minima et maxima respectivement fourchettes) au niveau des indicateurs de qualité et de performance. La Commission avait opté pour certaines cibles de se baser à des références internationales et pour d'autres la Commission avait utilisé les données indicateurs disponibles au niveau national afin de fixer des objectifs incitants à la performance.

Afin de faciliter l'utilisation de ces indicateurs dans le management interne de qualité au niveau des hôpitaux la Commission a travaillé dans le sens d'une amélioration des fiches d'indicateurs et a réalisé des matrices de référence pour la présentation de ces indicateurs.

La Commission était d'avis qu'il faudra continuer les actions pour pérenniser le développement et l'approfondissement de l'utilisation de l'approche EFQM au niveau national et local et de prévoir l'intégration des nouveautés du modèle.

Au niveau du programme IQ 2010, la Commission a retenu les modalités d'évaluation et d'attribution de la prime qualité y relative.

La Commission d'Evaluation a activement préparé et mis en place l'appel d'offres public pour l'évaluation sous rubrique.

Ont notamment été réalisés en collaboration avec la cellule achats de l'EHL, les préparations en vue de la création d'une centrale d'achat avec sa gouvernance ainsi que le cahier spécial des charges relatif au marché public «IQ» ainsi que le cahier spécial des charges avec ses annexes qui ont servi au lancement de l'appel d'offres début janvier 2011.

En effet les évaluations externes (assessments) ont été réalisées courant 2011 par la firme mpool qui avait été choisie suite à cet appel d'offres public.

Ces procédures d'assessments ont été finalisées fin 2011 et les hôpitaux ont reçu leur rapport d'expertise quelques semaines après la visite sur site. Le rapport définitif avec scoring ainsi que les rapports nationaux parviendront début 2012 à la Commission d'Evaluation.

Dans ce contexte la Commission d'Evaluation s'est penché sur l'opportunité éventuelle pour les établissements hospitaliers de profiter de l'évaluation de l'IQ 2010 pour obtenir une certification d'un certain niveau EFQM. En effet ceci pourrait permettre à l'établissement de montrer vers l'extérieur son degré d'excellence resp. au citoyen

de se faire une idée de la performance managériale de l'établissement. D'un autre côté la Commission a mis en avant le fait qu'il ne faut pas négliger qu'une telle approche pourrait induire le citoyen en erreur car la certification EFQM ne lui permet pas de tirer des conclusions sur les résultats cliniques resp. qu'une prolifération de certificats récurrents ne garantit pas une amélioration prouvée de la performance.

La Commission a opté à ce que chaque établissement garde le libre choix de sa décision dans ce domaine.

Il a également été retenu qu'il sera opportun de développer avec tous les acteurs concernés l'approche EFQM comme également l'approche «résultats cliniques» sans pour autant oublier l'historique du développement de la qualité dans les établissements et sans faire abstraction de tout ce qui a déjà été réalisé depuis maintenant plus que 10 ans.

La Commission s'accorde sur la nécessité de développer les indicateurs de résultats cliniques. Il avait été évoquée la possibilité de se baser sur des indicateurs de résultats cliniques en se basant sur des sets internationaux pour lesquels on pourrait disposer dès aujourd'hui d'informations permettant leur mise en place (p.ex. au niveau des données de diagnostics de sortie ou de données récoltées dans le cadre d'autres enquêtes nationales).

La Commission – afin d'atteindre ses objectifs – était d'avis qu'il sera nécessaire d'améliorer les recueils d'informations médicales sur le patient afin de permettre de procéder à des calculs d'indicateurs sur base de données administratives (cf. QSR), notamment en mettant en place les diagnostics de sortie ICD 10 avec 4 digits complétés par les comorbidités ainsi qu'une classification uniforme des procédures médicale, de disposer d'un système d'information performant (cf. Dossier patient informatisé) et de référentiels méthodologiques et de pratiques cliniques.

En ce qui concerne le set d'indicateurs national il sera opportun de réfléchir à une classification différente entre indicateurs cliniques et indicateurs de gestion. Ceci permettra une présentation différenciée des objectifs et résultats des indicateurs selon le public cible.

La Commission retient qu'il sera nécessaire d'intégrer les Directions médicales ainsi que les conseils médicaux dans cette réflexion afin de permettre une approche commune sur le concept d'indicateurs de résultats cliniques avec comme objectif e.a. de mettre à disposition des informations utiles qui aideront à développer le concept des peer-reviews.

Selon la Commission d'Évaluation les objectifs des indicateurs nationaux sont double, à savoir permettre de disposer de données objectifs à des fins de gestion hospitalière optimale dans un cadre de compétitivité nationale et européenne et de garantir une transparence la meilleure possible sur les résultats qualité au niveau de la prise en charge des patients.

La collaboration avec le CoNaQual-PH devrait permettre de répondre à ces objectifs si ce dernier pourra jouer son rôle stratégique et proposera au Ministre des actions adéquates notamment au niveau des préalables nécessaires à mettre en place pour atteindre les objectifs qualitatifs. Il faut retenir que la Commission d'Évaluation avait retenu une collaboration permanente avec le Comité National de Coordination de la Qualité des Prestations Hospitalières (CoNaQual-PH) instauré par le RGD de 2009 sur le plan hospitalier.

Les représentants de la Commission d'Évaluation avaient proposé au CoNaQual-PH l'approche respectivement la répartition des tâches suivante au niveau de l'approche qualité au niveau des prestations hospitalières:

- Développements réalisés par la Commission d'Évaluation:
 - > Pérenniser et stabiliser voire faire évoluer le management hospitalier par le biais de l'EFQM
 - > Améliorer et structurer au niveau des établissements hospitaliers l'utilisation des indicateurs nationaux
- Approche structurelle par analyse de dysfonctionnements organisationnels et développement d'échanges et de bonnes pratiques au niveau des processus de prise en charge au niveau organisationnel et fonctionnel (exclure la prise en charge médicale) p.ex. bloc opératoire, périnatalité, assessment gériatrique, ...
- Approche clinique par analyse de certains risques patients et développement d'échanges et de bonnes pratiques au niveau de la prise en charge par des professions de santé p.ex. infections nosocomiales, contentions physiques, ...
- Développements à réaliser par le CoNaQual-PH, notamment la mise en application d'une approche de gestion de la qualité clinique en collaboration avec le corps médical, les établissements hospitaliers, les sociétés savantes, le conseil scientifiques sur les thématiques suivantes:
 - > Oncologie notamment en développant des guide-lines thérapeutiques et en mettant en place un registre tumoral

- > AVC-Stroke notamment en œuvrant sur la prévention des rechutes par le développement de guide-lines thérapeutiques et de suivi médical
- > Infarctus du myocarde notamment en développant des guides-lines thérapeutiques et de suivi médical
- > Toxicomanie, notamment au niveau de la prévention des réhospitalisation/rechutes en axant sur des guides-lines au niveau du circuit de la prise en charge et en développant des moyens au niveau du suivi et de la responsabilisation du patient dans son projet de santé
- > Radiologie notamment en développant des bonnes pratiques resp. des critères minimaux de qualité en ce qui concerne les rapports radiologiques
- > Chirurgie micro-invasive par le développement d'arbres décisionnels pour le choix du mode opératoire (cf. arthroscopies, ...).

Force est de constater que les attentes de la Commission d'Évaluation telles que décrites ci-avant n'ont pas été satisfaites étant donné que le CoNaQual-PH n'a pas de visions concrètes à moyen terme quant aux développements de l'approche qualité des prestations dans le secteur hospitalier et que malgré les inputs des représentants de la CE il faut constater que le CoNaQual-PH n'a pas encore défini une roadmap stratégique à court et moyen terme.

De plus il faut constater que le CoNaQual-PH est en «veille» depuis la mi-année 2011.

La Commission discutait le rythme de tous les deux ans pour la réalisation de l'autoévaluation suivie d'une évaluation externe, notamment au regard des procédures de renégociation de la Convention-Cadre EHL/CNS.

Il est donné à considérer que ce rythme très soutenu n'apporte pas toujours une plus-value pour les hôpitaux et ne laisse pas assez de temps pour la mise en place des actions de corrections ou de nouvelles actions stratégiques et/ou opérationnelles.

Néanmoins la Commission désirait mettre en avant que l'utilisation de l'EFQM a permis une professionnalisation du management et des processus mais que les potentialités d'évolution sont très restreintes dans le rythme actuel.

La Commission prenait l'option de réfléchir dès 2012 – dans le cadre de la révision de l'article 43 de la Convention Cadre - sur un rythme de faire procéder à une autoévaluation et un assessment externe que tous les 3 ans.

Dans ce même cadre la Commission devait se préparer aux discussions avec la CNS quant sa volonté de revoir les modalités d'attribution de la prime au niveau des indicateurs notamment en relation avec les seuils de performance retenus par la Commission.

En résumé les travaux de la Commission d'Évaluation sont basés sur les objectifs suivants:

- Finaliser le programme qualité 2011 et préparer le programme 2012
- Analyser les données émanées du programme qualité 2007, 2008 et 2009
- Mettre en place et suivre l'appel d'offre public pour l'évaluation de l'IQ 2010
- Coordonner et faciliter l'assessment externe relatif à l'IQ 2010
- Faciliter l'implémentation du programme qualité
- Collaborer et donner de l'input au niveau du CoNaQual-PH.

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.

3. Activités en relation avec la révision guide HACCP

Le travail de révision guide HACCP s'est poursuivi et a été finalisé au dernier trimestre 2011 et remis à la Sécurité Alimentaire pour accord. Nous avons reçu une première prise de position de la part du service mentionné ci-dessus début 2012 qui nous amène à reconsidérer certains éléments de notre approche voire rediscuter certains points courant les mois à venir avant de disposer d'une version qui satisfera les instances officielles.

Cette nouvelle version du guide – qui a été géré par la chargée de mission jusqu'à son départ, début juillet 2011 – prend en considération les modifications des données législatives, des offres de service et des structures ainsi que les évolutions au niveau des bonnes pratiques en la matière.

Soins

Activités de la Plate-Forme Directeurs des Soins (PF-DS)



Les réunions communes des Directions des Soins:

Le groupe des Directions des Soins s'est rencontré régulièrement en 2011 pour préparer les travaux d'intérêt commun aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel.

Les Directions des Soins ont déterminé le rôle de leur Plate-forme dans le cadre de la révision de la gouvernance de l'EHL.

Les Directions des Soins sont représentés dans bon nombre des groupes et commissions internes à l'EHL respectivement paritaires voire externes (p.ex. Comités/Commissions: Informatique, SIRH, Négociation CCT-EHL, des Normes, d'Evaluation, 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. Concernant les polycliniques la PF-DS s'est positionné quant aux modalités de l'étude menée par le CRP-Santé et a notamment fait un travail préparatoire en vue de la détermination d'une norme de dotation pour les services d'urgence.

A été mis en place un sous-groupe des Directions des Soins exploitant un service de maternité/obstétrique pour travailler un concept de prise en charge de la femme enceinte et accouchée sur base d'un itinéraire clinique complet. Dès la finalisation de ces travaux qui mette en avant surtout la prise en charge offerte par les établissements hospitaliers au niveau de la partie pré- et post hospitalisation, 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 l'EHL respectivement se sont positionnées par rapport aux thématiques suivantes:

- > Statuts EHL/gouvernance EHL
- > Avant-projet de loi concernant les droits et obligations du patient et du prestataire de soins
- > Projet de RGD concernant l'enveloppe budgétaire globale
- > Projet de RGD concernant le Médecin coordinateur
- > Révision convention cadre EHL/CNS
- > CCT-EHL
- > ...

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, cassettes à film, consoles d'interprétation).
- Assurer la radioprotection du personnel et du patient.
- Assurer le contrôle qualité des IRM.
- Formation en radioprotection pour le personnel.

1.2. DATE DE CREATION

1^{er} octobre 2002.

1.3. COMPOSITION 31.12.2011:

Actuellement 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

2. OBJECTIFS DETERMINES POUR L'ANNEE 2011

- 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.
- Enquête sur les interventions radiologiques appliquées dans les blocs opératoires. Les conclusions seront utilisées pour l'organisation d'une formation en radioprotection du personnel du bloc et seront prises comme base pour une étude de dosimétrie.
- Enquête en médecine nucléaire: test urine du personnel versus échantillons frottis.
- Lancer le projet de la dosimétrie des patients lors des interventions neuroradiologiques.
- 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.
- Mise en œuvre des résultats de l'audit sur la cellule physique médicale.
- Poursuite de l'élaboration d'un format des rapports des mesures commun 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'EHL (Niveau A et B).
- Projet de contrôle qualité de l'échographie dans le cadre du programme de dépistage en mammographie d'ultrason. Elaboration d'une procédure de test pour les échographes dans le cadre d'un travail de candidature dans la carrière de professeur de sciences au Lycée Technique pour Professions de Santé.

3. REALISATIONS POUR L'ANNEE 2011

3.1. VOLET CONTROLE 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. CONTROLES NIVEAU A

Les appareils de radiologie, les gamma-caméras, du 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. CONTROLES NIVEAU B

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

3.1.3. CONTROLES 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. CONTROLES DE LA QUALITE 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 pour tous les hôpitaux.
- Formation pour ATM responsable du contrôle qualité à l'EHL décembre 2011.
- Présentation Imagerie numérique et traitement d'images ALAR Journée ATM en radiologie Esch/Alzette, octobre 2011.

3.2.2. POUR LE LYCEE TECHNIQUE DES PROFESSIONS DE SANTE (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 MEDICALE

- Sécurité du Patient en Imagerie Médicale SPIMED "Comment optimiser la dose en scanner?", avril 2011.
- Journées Françaises de Radiologie (JFR) SFR, Paris (France), octobre 2011.
- Journée des ATM en radiologie, Association Luxembourgeoise des ATM de radiologie (ALAR) Esch/Alzette, novembre 2011.
- Congrès Franco-Belgo-Luxembourgeois de médecine nucléaire, Luxembourg, 7-9 mai 2011.
- European School of Medical Physics, "Radioprotection", European Scientific Institute (ESI), Archamps (France), novembre 2011.
- "ALARA and the medical sector" 13th European ALARA Network Workshop 2011, Oslo (Norway), 7-10 juin 2011.

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 de contamination du personnel et des appareils en raison d'une ventilation pulmonaire.
- Contrôle 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

- Une troisième 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 3^e SYMPOSIUM "Exposition des Patients au Luxembourg lors d'Examens CT" a été organisé ensemble avec le Ministère de la Santé, Division de la radioprotection et le CRP-Henri Tudor, Santec, le 16 mars 2011 à l'EHL, Bertrange.
- Un colloque au niveau national «Dose scanner et Optimisation» a été organisé ensemble avec le Ministère de la Santé, Division de la radioprotection, le 9 novembre 2011 à la Villa Louvigny, Luxembourg.

3.4.2. ASSURANCE DE QUALITE DES MONITEURS DIAGNOSTIQUES DANS L'IMAGERIE MEDICALE

- Le contrôle qualité des moniteurs diagnostiques niveau A et B est réalisé dans le secteur de la mammographie numérique et de la radiologie conventionnelle.

3.4.3. PROJET ACHAT COMMUN

Recommandation pour l'acquisition de matériel pour le contrôle qualité de Niveau A.

3.4.4. PROJET DOSIMETRIE

- Projet d'optimisation des doses en radiologie pédiatrique: Une campagne nationale de mesure de dose a été réalisée par la cellule physique médicale de l'EHL.

3.4.5. ENCADREMENT STAGIAIRE

- Un stagiaire, candidat pour la carrière de professeur de sciences au Lycée Technique pour Professions de Santé sein de la cellule de physique médicale en 2010/2011. L'objet de son stage était le contrôle qualité de l'image en ultrason. Le titre du mémoire fin d'études s'intitule: «Contrôle qualité en échographie au programme de dépistage en mammographie au Luxembourg Ultrason», Claude Wagener.

3.5. PARTICIPATION AUX COMITES/GROUPES DE TRAVAIL

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

- Comité de physique médicale EHL
- Groupe de travail MCT-RX
- Groupe de travail «assurance qualité d'IRM»
- 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.

3.6. PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

- Travail de candidature "Contrôle qualité en échographie au programme de dépistage en mammographie au Luxembourg Ultrason Claude Wagener sous le patronage de M. Alex Meyer avec la collaboration de Mme Renate Rinnerhofer, Responsable section Radiologie LTPS 2010/2011.

- Vers une radiologie entièrement numérique, Nazim Khalladi, article dans l'EHLinfo No 19 novembre/décembre 2011.
- «Luxembourg: Mise en place d'une équipe d'experts en physique médicale» O. Kaphammel et al. Poster Congrès Franco-Belgo-Luxembourgeois de médecine nucléaire, Luxembourg mai 2011.
- Coronary Angiography/Book 1 ISBN 978-953-307-286-9, Chapter Title: Optimization of radiation dose and image quality in cardiac catheterisation laboratories, O. Dragusin, C. Bokou, D. Wagner, J. Beissel.
- Mesure de la dose délivrée au patient en radiologie: contrôle de l'indicateur du produit dose-surface (PDS). O Dragusin, N. Khalladi, C. Bokou, A. Meyer, JFR 2011, octobre, Paris.

4. PERSPECTIVES 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.
- Suite à l'enquête sur les interventions radiologiques appliquées dans les blocs opératoires de 2011, une étude de dosimétrie va être réalisée.
- Formation en radioprotection du personnel du bloc opératoire, radiologie interventionnelle.
- Enquête en médecine nucléaire: test urine du personnel versus échantillons frottis.
- Organisation de formation continue en médecine nucléaire pour ATM.
- Formation continue pour le personnel hospitalier.
- Participation au projet eSanté (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'EHL (Niveau A et B). Elaboration d'une base de données pour le suivi des tests CQ Niveau A.
- Conclusion de l'étude dosimétrique sur les examens pédiatriques. Création des NRD (Niveaux des Références Diagnostiques) pour la radiologie conventionnelle, médecine nucléaire et scanner.
- Contribution à l'élaboration d'un cahier des charges pour un logiciel de saisie de dose patient.
- Mise en route d'études d'optimisation dosimétrique pour la radiologie conventionnelle, scanner, radiologie interventionnelle et la pédiatrie.
- Finalisation de l'étude IRM.
- Participation à l'élaboration d'un cahier des charges pour l'achat commun de scanner (CT).

REPARTITION DES EXPERTS EN PHYSIQUE MEDICALE PAR ETABLISSEMENT POUR 2011

Etablissement	EPM
CHL: Hôpital Municipal CHL: Clinique pédiatrique CHL: Clinique d'Eich INCCI Centre National PET-scan	Octavian Dragusin avec l'assistance de Nazim Khalladi
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 CHdN: site Wiltz ZithaKlinik	Olga Kaphammel

Ressources Humaines et Dialogue Social



1. CCT EHL

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

1.1. COMMISSION STRATÉGIQUE GRH (CS GRH) ET DÉLÉGATION DE NÉGOCIATION CCT EHL (CS GRH NÉGOC CCT)

Le protocole d'accord autour du renouvellement de la CCT EHL 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 l'EHL 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 EHL en vue de la déclaration d'obligation générale de la CCT EHL.

Par la suite, l'OGB-L notifie à l'EHL 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 l'EHL vers la CCT SAS. L'OGB-L informe en même temps avoir été mandaté de mener des négociations avec l'EHL 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 EHL 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 EHL.

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 biannuel 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 l'EHL de dénoncer la CCT EHL pour sa date d'échéance du 31 décembre 2011 et les thèmes pour un catalogue de négociation ont été élaborés. L'EHL a retenu de dénoncer la CCT EHL 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.

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 EHL 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 l'EHL - 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 L'EHL sur le marché du travail;
- La mise à disposition des établissements de l'EHL 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 EHL 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 l'EHL 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 l'EHL dans le contexte des négociations autour du renouvellement de la CCT EHL.

1.3. COMMISSION PARITAIRE CCT EHL

Les travaux de la commission paritaire CCT EHL se sont limités en 2011 principalement aux thèmes récurrents issus de la CCT EHL: Détermination des PRMN 2012, de la surprime 2011 et validation des demandes PRML, PRMS et PRMI 2012 de la part des différents établissements membres de l'EHL. Il a également été retenu d'adapter la valeur des avantages en nature à la législation en vigueur.

2. VOLET OPERATIONNEL DE LA GRH DANS LES ETABLISSEMENTS

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

Les travaux de la commission se sont articulés autour des préoccupations récurrentes à savoir l'échange d'informations entre établissements, l'élaboration de solutions / prises de positions communes par rapport à des problèmes communs, la communication d'informations aux établissements, la veille législative (notamment analyse projet de loi introduisant un compte épargne temps dans le secteur privé), etc..

Les thèmes spécifiques abordés en 2011 concernaient essentiellement les relations avec le Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-EHL), afin de trouver des solutions pour absorber le retard qui avait été pris par les médecins du SIST au niveau de l'organisation des visites médicales des salariés au SIST et ainsi aussi dans la délivrance des certificats d'aptitude au travail. Les membres de la CPERS ont par ailleurs donné leur avis et apporté leurs conseils dans le contexte de l'étude réalisée par le statisticien de l'EHL en ce qui concerne l'adaptation et la méthodologie du calcul du salaire moyen. La majorité des membres de la CPERS étant également membres du comité de pilotage SIRHIUS en vue de l'introduction d'un logiciel intégré dans le domaine des ressources humaines, 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»). La coordinatrice de la CPERS a ainsi également participé aux travaux du projet SIRHIUS notamment en sa qualité de membre du comité de pilotage.

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 l'EHL:

- 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
- Enquête sur les congés pour la Commission des Normes
- Détail des frais de personnel
- Adaptation de la méthodologie du calcul du salaire moyen.

Le volet de la Sécurité et de la Santé au Travail est abordé au niveau de l'EHL 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 du Comité SIST, regroupant les médecins SIST-EHL ainsi que des représentants des directions voire des services ressources humaines des différents établissements membres.

GROUPE TECHNIQUE SECURITE (GTS)

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

1. INVENTAIRE DES POSTES A RISQUES

Le 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 pathologies et risques possibles pour les 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.

2. FORMATION SPECIFIQUE POUR LES TRAVAILLEURS DESIGNES DU SECTEUR HOSPITALIER LUXEMBOURGEOIS

Le constat que les offres de formations actuelles sur le marché luxembourgeois ne correspondent pas aux besoins des travailleurs désignés du secteur hospitalier luxembourgeois de sorte que bon nombre d'entre eux ont dû se retourner vers des formations étrangères. Le groupe a identifié les thèmes qu'une telle formation spécifique devrait reprendre et les premiers centres de formation / intervenants potentiels ont pu être identifiés. L'organisation de cette formation spécifique devrait normalement pouvoir être réalisée courant 2012.

3. LOGICIEL NATIONAL SECURITE ET SANTE AU TRAVAIL

Le groupe a identifié le besoin commun en vue de l'utilisation d'un logiciel sécurité et santé au travail. Une présentation de trois logiciels différents a été organisée, avec identification des avantages et inconvénients, et deux offres de prix ont pu être collectées. Un premier cahier des charges ainsi qu'un dossier pour la CTI-i ont pu être élaborés mais qu'il faudra encore préciser courant 2012.

4. DECLARATION DE MALADIES INFECTIEUSES

Une certaine hésitation s'était installée par rapport aux déclarations des maladies infectieuses (tuberculose, etc.). Afin d'obtenir certitude quant aux procédures à respecter, une réunion avec un représentant de l'AAA a été organisée. Après un certain nombre d'échanges ultérieurs, un consensus sur la procédure à appliquer a enfin pu être trouvé.

5. 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. Un premier projet de texte a en effet été communiqué par l'ITM mais qui se limite pour l'essentiel à l'aspect protection incendie et n'englobe pas la globalité des tâches du préposé à la sécurité en hôpital. Une réunion a été organisée avec des représentants de l'ITM et de la Ville de Luxembourg (Protection

Civile / Sapeurs Pompiers) afin de mieux exposer le point de vue des représentants hospitaliers. Le groupe reste en attente du texte final.

6. 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 sera finalisée courant janvier 2012.

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 d'un exercice d'évacuation, réduction des risques pour la santé des salariés quant à l'utilisation de formol, etc..

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

Nom: **HOPITAUX MEMBRES DE L'ENTENTE DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS**

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

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 Rollin et Mme Goeury** ce qui correspond à **2 ETP**

Le SIST/EHL 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:
 - > Formaldéhyde (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 2011

	Nombre de travailleurs	Nombre de travailleuses	TOTAL
CENTRE EMILE MAYRISCH sites Esch + Niederkorn + Dudelange	395	1449	1844
CLINIQUE STE MARIE	37	183	220
CENTRE HOSPITALIER (CHL + CL. D'EICH)	463	1489	1952
ZITHAKLINIK	190	557	747
HOPITAL KIRCHBERG	238	759	997
SAVEURS DE LA SANTE	4	11	15
CENTRE HOSPITALIER DU NORD sites Ettelbruck et Wiltz	209	788	997
HOPITAL INTERCOMMUNAL DE STEINFORT	28	145	173
CENTRE HOSPITALIER NEURO-PSYCHIATRIQUE	344	148	492
INCCI	29	61	90
CLINIQUE PRIVEE DU DR BOHLER	7	178	185
ENTENTE DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS	13	19	32
CENTRE FRANCOIS BACLESSE	13	32	45
REHAZENTER	80	162	242
TOTAL	2050	5981	8031
TOTAL %	25,53	74,47	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.

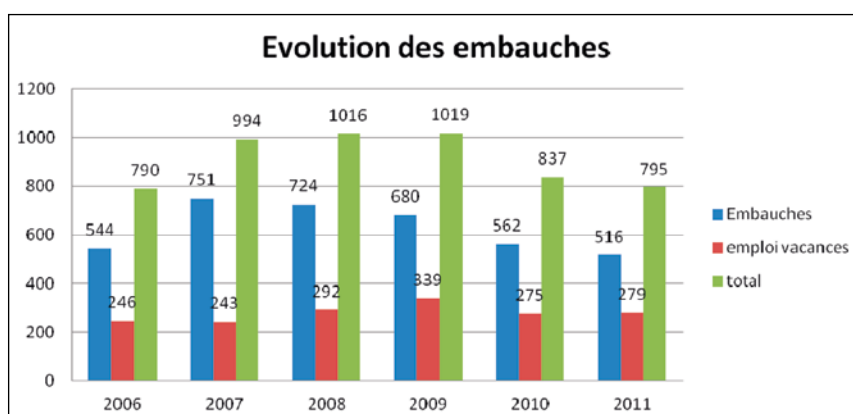
Les différents examens médicaux effectués par le médecin du travail sont:

- 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

3.1. STATISTIQUES CONCERNANT CERTAINES VISITES

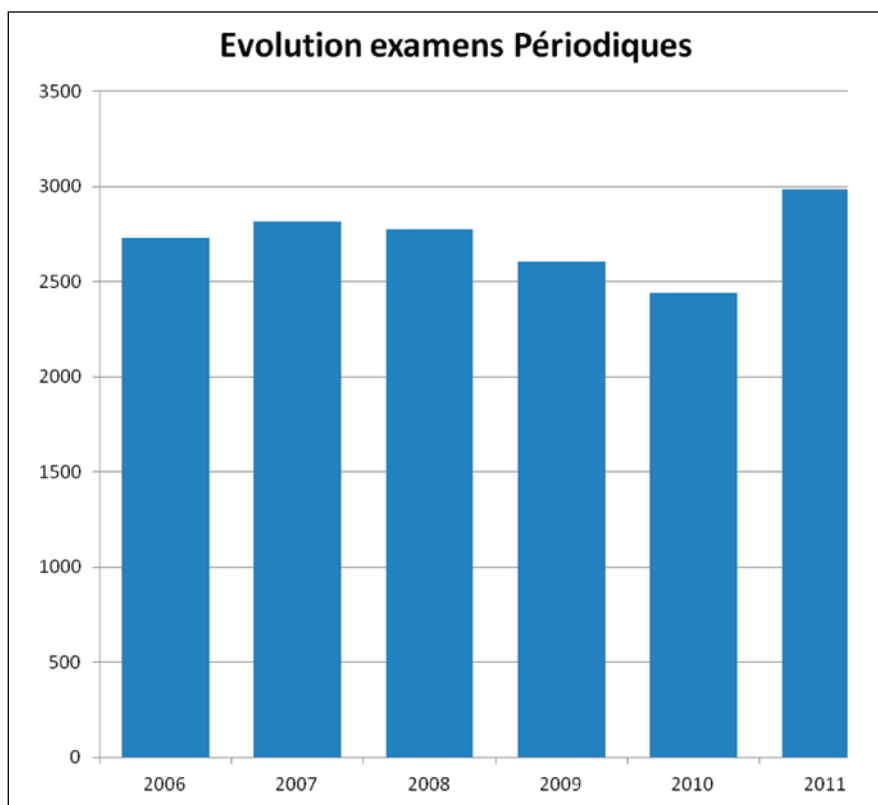
- VISITE D'EMBAUCHE

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».



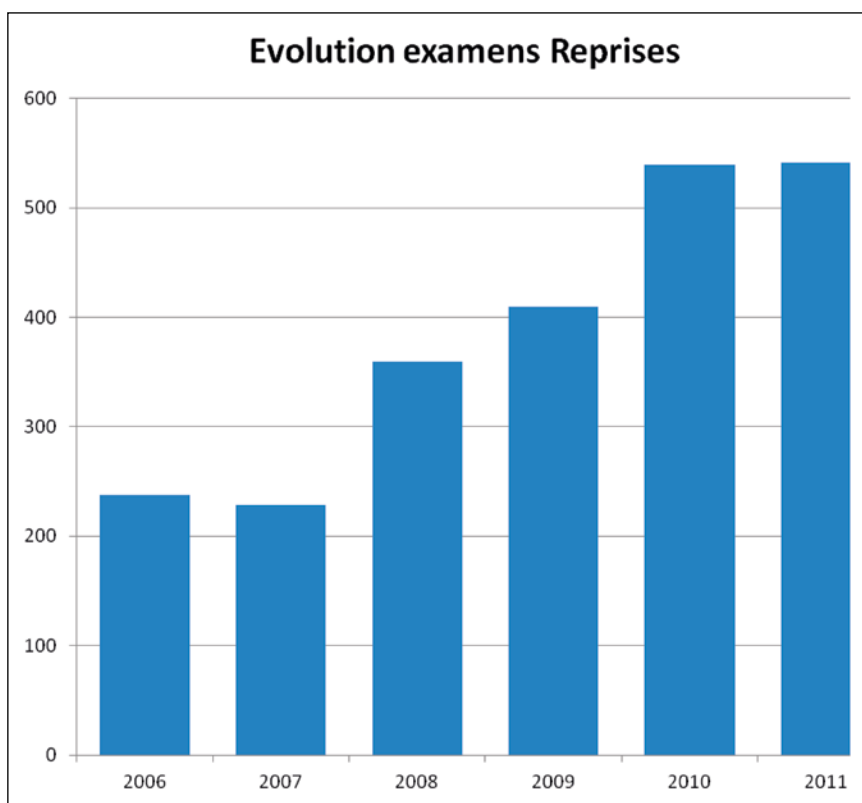
- VISITE PERIODIQUE

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



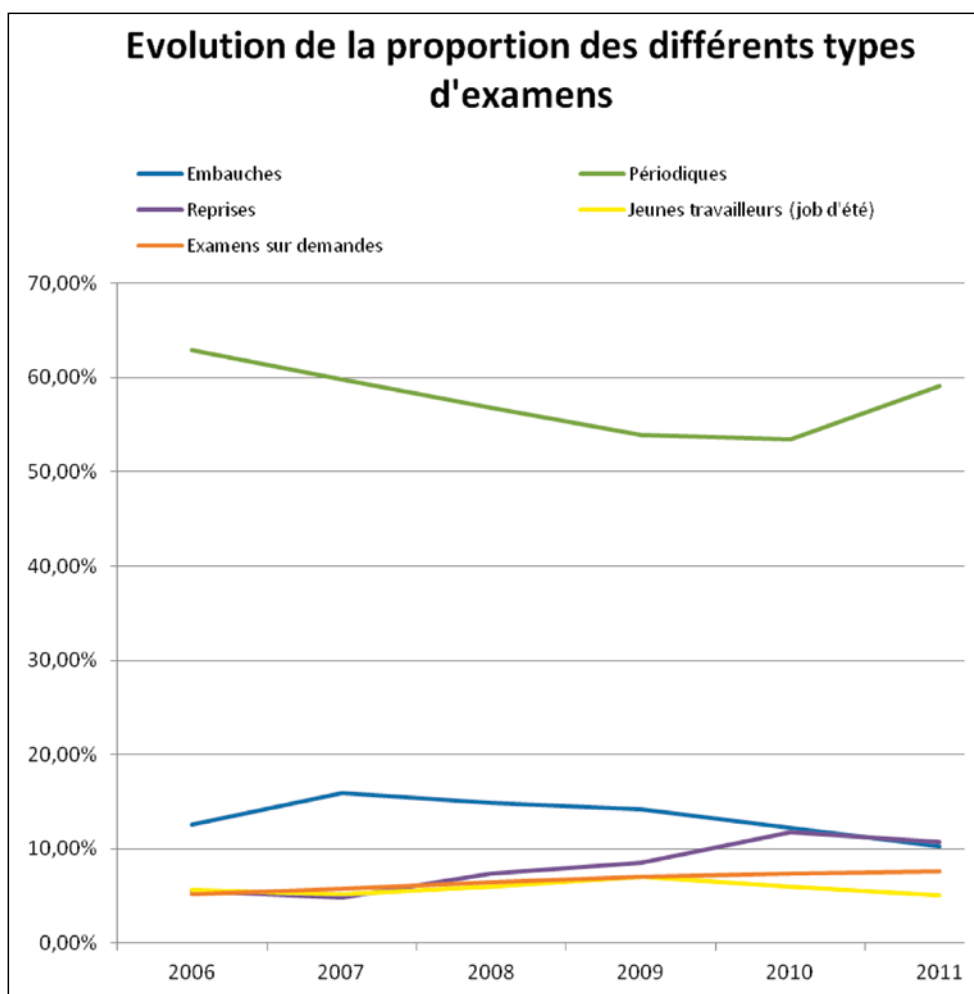
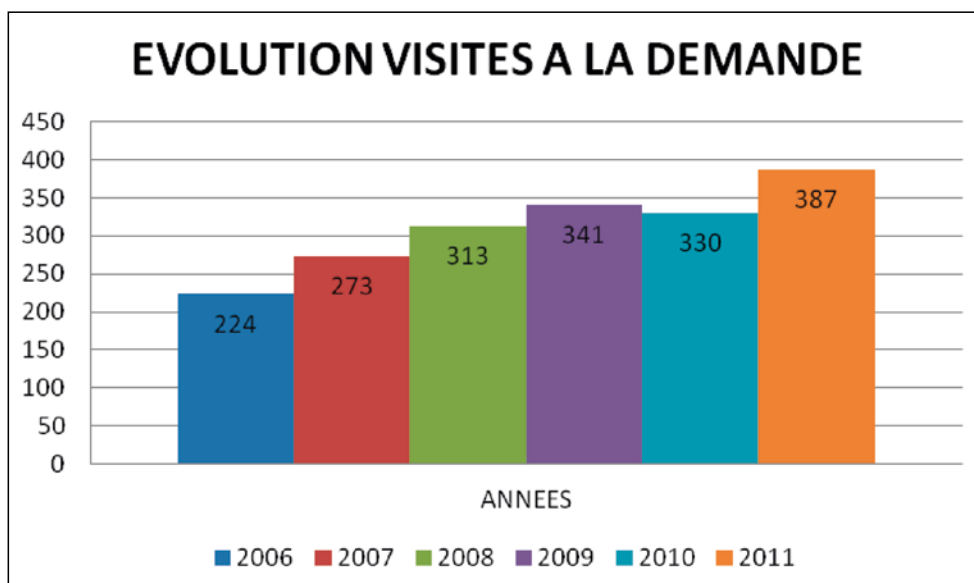
- VISITE DE REPRISE

Elle est obligatoire après une absence pour maladie de plus de 6 semaines. Elle peut être effectuée avant la reprise à l'initiative du salarié s'il y a lieu d'envisager un aménagement de poste qu'il sera plus facile d'organiser avant le jour de la reprise. 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.



- 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 particulier, 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.



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 2011

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	Sans conclusion	En attente	Total
Embauches	478	0	0	1	5	32	516
Embauches étudiants médecine	6	0	0	0	2	0	8
Périodiques	2829	80	53		7	14	2983
Demande salarié	8	14	10		27		59
Demande employeur	6	9	8	1	4	2	30
Reprise du travail	372	91	42	0	36	0	541
Demande du médecin du travail	109	117	39	0	24	5	294
Demande délégation	1	0	0	0	0	0	1
Demande du médecin traitant	0	2	0	0	1	0	3
Total	3809	313	152	2	106	53	4435

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	Sans conclusion	En attente	Total
Incapacité (1)	1	8	0	32	0	1	42
Réinsertion (1)	0	36	0	0	2	0	38
Jeunes travailleurs (2)	223	0	6	1	24	0	254
Femmes enceintes (3)	30	50	0	193	6	0	279
Total	254	94	6	226	32	1	613

TOTAL DE TOUTES LES VISITES: 5048

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, l'arrêt sera alors 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.

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 (110 personnes en 2011)
- avec un collègue de travail; le suivi prend alors en compte tous les contacts dans les trois derniers mois avant le diagnostic. (150 personnes en 2011) A la suite de ce suivi 10 personnes ont reçu une chimioprophylaxie pendant 6 mois sans que nous soyons sûrs que leur positivité soit consécutive à ce contact.
 - > AES: suivi sérologique (Hep B, Hep C, HIV) des personnes concernées pendant 6 mois: 175 AES ont été enregistrés.
- 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. Etude de poste en cas de résultats positifs.
- Risques chimiques:
 - > Formaldéhyde: sensibilisation au risque cancérigène de ce produit.
 - Protection du personnel par une généralisation dans les hôpitaux de flacons pré-conditionnés.
 - > Acide peracétique: études de poste ayant donné lieu à des recommandations particulières.
- Risques psycho-sociaux:

Suivi particulier des personnes en difficultés par le médecin du travail et dans certains cas, orientation vers une consultation spécialisée.

5. 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.

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.

Changement de logiciel:

En raison de l'impossibilité d'évolution de notre ancien logiciel de gestion de notre service, nous avons dû chercher un autre logiciel. Une fois le choix défini, toute la préparation et le paramétrage a été fait par notre service. La migration a été faite en décembre, mais il reste un certain nombre de réalisations commandées comme par exemple les convocations qui sont seulement en cours d'exploitation. Ce nouveau logiciel nous permet d'être en ligne avec notre serveur de l'EHL depuis les locaux de consultation dans les hôpitaux et de donner directement les fiches d'aptitude aux salariés et au bureau du personnel en temps réel.

Relations Internationales

1. Fédération Internationale des Hôpitaux (FIH-IHF) Visite de Monsieur Eric DE ROODENBEKE, PhD, Chief Executive Officer de la FIH



de gauche à droite: M. Paul JUNCK, EHL; M. Eric DE ROODENBEKE, PhD, FIH; M. Marc HASTERT, EHL

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois a eu l'honneur d'accueillir le 7 avril 2011 Monsieur Eric de Roodenbeke, Chief Executive Officer de la Fédération Internationale des Hôpitaux pour une visite de courtoisie et de travail. Monsieur de Roodenbeke a été reçu par Messieurs Paul Junck et Marc Hastert, Président, respectivement Secrétaire Général de l'EHL.

L'entrevue a permis un échange d'informations quant aux activités actuelles et futures des deux organisations et leur positionnement sur les terrains national et international. Le vœu a été émis de relancer la participation de l'EHL aux activités de la FIH dans un esprit de bénéfice mutuel et les pistes suivantes ont été discutées:

1. Une meilleure utilisation de l'«IHF newsletter» et du journal de la FIH en diffusant systématiquement les deux publications aux membres de l'EHL. Le format électronique permet cette diffusion sans limite et le code d'accès permettra à tous les intéressés d'accéder à la «members section» du site web de la FIH. Cela leur donnera accès au journal ainsi qu'aux archives et aux présentations provenant des conférences de la FIH. La FIH procédera aussi à la communication des changements intervenus dans le cadre de l'EHL et favorisera la publication d'articles dans son journal.
2. Une participation accrue aux activités - un message particulier a été déjà envoyé au sujet du «purchasing chapter» - la FIH espère également une participation accrue au «leadership summit» par la suggestion de thèmes prioritaires pour l'EHL, la participation active à la réunion de 2012 et pourquoi pas la proposition d'accueillir l'édition de 2012 du «leadership summit» à Luxembourg.
3. Une participation aux autres événements de la FIH, dont le Congrès organisé tous les deux ans.

L'échange d'informations et de points de vue a été très enrichissant et les informations récoltées seront valorisées par le secrétariat de la FIH qui parle au nom de la communauté hospitalière dans les forums internationaux. Ce rôle «d'advocacy» est particulièrement important pour notre secteur.

2. Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé (HOPE)

- Participation aux travaux de HOPE au niveau du «Board of Governors», des «Liaison Officers» ainsi que des «National Coordinators» dans le contexte du programme d'échange HOPE.
- Organisation à Luxembourg les 24, 25 et 26 novembre 2011 des meetings «Liaison Officers» et «National Coordinators du programme d'échange» de HOPE.



3. Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH-EAHM)

- Participation de l'EHL aux travaux du Comité exécutif et des sous-commissions «Affaires Européennes» et «Scientifique».
- Premières réflexions en vue de la création d'une académie européenne pour le management hospitalier: Les réflexions ont été menées en partant des diverses attentes recensées dans le cadre des travaux qui ont abouti aux conclusions pour une nouvelle stratégie de l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH).

Parmi les priorités qui ont été recensées, dans le cadre de la mise en place d'une nouvelle stratégie pour l'AEDH, figurent en première ligne la nécessité d'entamer un travail de coordination et de collaboration au regard des différentes formations managériales existantes en Europe, respectivement d'œuvrer pour la mise en place de formations ou de services complémentaires. L'objectif serait de construire un programme européen pour soutenir et développer de manière concertée et coordonnée des actions de formation basées sur des priorités communes. Il s'agira d'une part d'encourager des actions déjà engagées à un niveau régional et d'autre part de les fédérer et de générer des actions complémentaires dans une structure qui garantira leur pérennité.

Dans ce contexte il faudra définir plus précisément les objectifs ainsi que les moyens à mettre en œuvre et en déduire les étapes pour la réalisation d'un projet à réaliser à un niveau transversal avec les acteurs potentiels réunis au sein de l'AEDH.

Outre les organes statutaires de l'AEDH, seraient impliqués des gestionnaires d'hôpitaux ayant une solide expérience en la matière ainsi que des acteurs aux niveaux des universités et des écoles œuvrant dans le domaine du management hospitalier.

Le travail sera à réaliser au niveau d'une plateforme permanente à créer, idéalement une académie européenne pour le management hospitalier ayant recours à un réseau d'experts et capable de répondre aux besoins pratiques par rapport à un secteur en perpétuelle évolution.

Au niveau des délais à retenir pour la construction de cette plateforme et le début de ses activités concrètes, une durée de 3 ans est envisagée. Le Luxembourg pourrait être retenu pour héberger le siège de la future académie. Une collaboration avec l'IUIL serait envisageable.

4. Participation de l'EHL à la première conférence internationale organisée conjointement le 18 novembre 2011 à Düsseldorf par la Fédération Européenne des Hôpitaux et des Soins de Santé (HOPE), l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH-EAHM), et l'Association Européenne des Médecins des Hôpitaux (EAMH).

L'événement a eu lieu dans le cadre de la MEDICA 2011, conjointement au 34^e Congrès des hôpitaux allemands sous la coordination avec la Deutsche Krankenhausgesellschaft. Des orateurs de haut rang des différentes régions de l'Union Européenne avaient fait l'honneur aux organisateurs d'apporter leurs contributions respectives dans le cadre du programme axé sur les thèmes de la politique de santé européenne ainsi que de la nouvelle directive du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Le Luxembourg était doublement à l'honneur puisque le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, Mars di Bartolomeo avait accepté d'intervenir personnellement pour exposer la vision de l'Union Européenne relativement aux sujets débattus, ce qu'il fit avec brio après les discours d'introduction des présidents de HOPE et de l'AEDH. Cet exercice lui permit également de se référer aux expériences du terrain luxembourgeois pour illustrer les possibles évolutions et les actions à mener en commun. C'est au Dr Raymond Lies qu'incomba la charge d'animer la table ronde de l'après-midi et de conclure en fin de journée. Auparavant, des représentants



de la Commission Européenne, du Royaume Uni, de la Hongrie, de la France, de la Belgique, de la Suède et du Portugal se sont succédés tout au long de l'après-midi pour apporter leur point de vue et leurs visions du futur dans le cadre des travaux pour la transposition dans les différentes législations nationales de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. L'auditoire était littéralement captivé par les intervenants de haute qualité, ce qui se ressentit aussi au niveau des nombreuses questions qui leur furent posées.

Il n'est malheureusement pas possible de développer ici tous les aspects des exposés et des échanges intervenus alors que cela dépasserait le volume de texte disponible mais je tiens quand-même à faire quelques constats qui m'amènent à considérer que, même si une importante étape a été franchie pour des législations plus rapprochées en la matière en Europe, nous sommes encore assez loin d'une situation tant soit peu coordonnée dans la pratique pour des standards liés à l'information, à l'accessibilité aux soins, aux listes d'attente, à la qualité des services et des procédures entre les différents pays de l'Union Européenne en sachant que le patient est et doit rester au centre de nos préoccupations. Certaines questions posées n'ont pas vraiment trouvé de réponse totalement satisfaisante. Des affinements seront encore nécessaires et la Cour de Justice de l'Union Européenne fera probablement encore œuvre de jurisprudence pour des cas de figure à clarifier. Le texte de la directive représente toutefois un haut degré de potentialité pour des développements futurs en ce sens.

La conférence de Düsseldorf devra permettre d'amorcer une dynamique au niveau des différentes régions de l'Union Européenne avec la continuation des réflexions dans le cadre de conférences nationales, voire régionales. Et les acteurs hospitaliers devront bien entendu eux-aussi pouvoir exprimer leurs visions et propositions dans le cadre des travaux de transposition qui seront logiquement clôturés au plus tard le 25 octobre 2013.

Relations publiques

- **Conférence du 12 octobre 2011**
«Promouvoir la qualité au service des patients»

Deloitte.

Le 12 octobre, Deloitte, en collaboration avec l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois, a organisé une matinée d'échanges sur les principales évolutions du secteur de la santé, en mettant le patient au cœur de la réflexion, plus particulièrement au regard de la nouvelle directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Cette conférence a également permis de prendre connaissance en avant-première des résultats-clés d'une enquête globale sur la santé réalisée par Deloitte dans plusieurs pays (dont le Luxembourg, la France, la Belgique, l'Allemagne, les Etats-Unis et le Royaume-Uni) mettant en perspective le retour d'expérience et les attentes des patients au Grand-Duché.

La conférence a remporté un vif succès avec plus d'une centaine de personnes et notamment la présence et l'intervention du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, Monsieur Mars di Bartolomeo.

La conférence «Promouvoir la qualité au service des patients» a débutée par des mots d'introduction de M. Gilbert Renel, Associé responsable de l'activité Health Care & Life Sciences de Deloitte Luxembourg, et de M. Paul Junck, Président de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL), puis s'est poursuivie par une allocution du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, M. Mars Di Bartolomeo. Une présentation des résultats-clés de l'enquête menée par Deloitte sur le secteur de la santé au Luxembourg a précédé les trois tables rondes tenues autour des thématiques de la compétitivité, de l'échange d'information et de la qualité au service des patients.



• Colloque «Dose scanner et optimisation»

Le mercredi 9 novembre 2011 s'est tenu dans les locaux du Ministère de la Santé, Villa Louvigny, le colloque "Dose scanner et Optimisation" réunissant une centaine de personnes d'horizons divers: Physiciens, Radiologues, Responsables de radiologie, ATM's du Grand Duché du Luxembourg mais aussi des représentants d'organismes français tels que IRSN, ASN, et belges.

Ce colloque a été organisé conjointement par l'unité de la Physique Médicale de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois et la Division Radioprotection du Ministère de la Santé.

L'objet de ce colloque était de discuter des différentes méthodes mises en œuvre par les constructeurs

• Revue EHLinfo

Trois parutions en 2011: mars/avril, août/septembre et novembre/décembre.

Objectifs:

- Recenser les besoins en communication de l'EHL, des établissements membres de l'EHL mais également de divers organismes externes (p. ex.: le MINISTERE 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 de l'EHLinfo (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) de la revue en 1.500/2.000 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).

Vu le grand succès de la revue EHLinfo, son tirage a pu être augmenté depuis novembre 2011 à 2.000 exemplaires par édition.



Augmentation du tirage
Le tirage de l'EHLinfo passera de 1500 à 2000 exemplaires à partir de l'édition novembre/décembre 2011.

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 2012.

EHL info présente les activités de l'EHL 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@ehl.lu.

Si vous souhaitez publier une information, votre communiqué de presse ou votre annonce publicitaire dans notre prochaine édition, alors contactez le Comité de rédaction à l'adresse suivante:

Entente 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@ehl.lu
site: www.ehl.lu

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

Entente des Hôpitaux Luxembourgeois
QUALITY
EFQM Member

N° 19 - NOVEMBRE/DÉCEMBRE 2011

Pour 2012 nous annonçons un relooking du lay-out.

Vie interne de l'EHL

1. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Hommage aux anciens acteurs lors à l'occasion de l'Assemblée Générale du 7 juin 2011

Comme chaque année, l'Assemblée Générale a été l'occasion d'honorer les acteurs membres du Conseil d'administration ou collaborateurs qui ont quitté leurs fonctions courant 2010 pour leur engagement envers l'EHL et pour la cause hospitalière au cours de leurs années d'activités auprès de l'EHL.

A ce propos il convient de relever:

- Monsieur Jean-Marie GILLEN, HIS, membre effectif du conseil d'administration en 2010.
- Monsieur Jos BOHNERT, CHEM, Commissaire aux comptes de l'EHL de 2002 à 2010 et membre du conseil d'administration de 1995 à 1998.

L'Assemblée Générale annuelle de la Spidolswäscherei S.C. le 16 juin 2011 a été l'occasion de revenir sur l'engagement envers l'EHL de Monsieur Henri HINTERSCHEID.

Monsieur Henri HINTERSCHEID a été membre du Conseil d'administration de l'EHL du mois de juillet 1990 à 2011 et Vice-président de l'EHL sur la période de 1995 à 2009. Il convient également de relever que Monsieur HINTERSCHEID a assumé de longues années la Présidence de la Commission du personnel de l'EHL.



2. LE SECRETARIAT GENERAL

RECRUTEMENTS /DEPARTS

- Recrutement d'un expert en physique médicale assistant sous contrat à durée déterminée pour remplacer un expert en physique médicale pendant son congé de maternité.
- Fin du contrat à durée déterminée de la personne engagée pour la mise à jour du guide de bonnes pratiques HACCP de l'EHL.

10 ANS DE SERVICE

- Mme Helene ALMEIDA (secrétaire)
- M. Jean FERRING (statisticien)
- M. Franck MASQUELIER (informaticien LUXIS)
- M. Sylvain VITALI (conseiller Normes / Qualité)



Mme Helene ALMEIDA



M. Jean FERRING



M. Frank MASQUELIER



M. Sylvain VITALI

BBC-EHL

Résultats des matchs «BASCOL», Division 3 - Saison 2011-2012



Matches ALLERS

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
BBC-EHL	DEXIA BIL B	26.09.2011	20.00	REHAZENTER, Kirchberg	34:40
BBC POLICE B	BBC-EHL	11.10.2011	18.30	International School	56:57
BBC-EHL	BLACK LIONS B	24.10.2011	20.00	REHAZENTER, Kirchberg	60:53
BBC PENITENCIER	BBC EHL	08.11.2011	20.00	Centre Sportif, Munsbach	73:38
BBC-EHL	BBC CARGOLUX	28.11.2011	20.00	REHAZENTER, Kirchberg	52:44

Matches RETOURS

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
DEXIA BIL B	BBC-EHL	16.01.2012	20.00	LTB	55:68
BBC-EHL	BBC POLICE B	30.01.2012	20.00	REHAZENTER, Kirchberg	53:79
BLACK LIONS B	BBC-EHL	15.02.2012	20.30	Dudelage	64:59
BBC-EHL	BBC PENITENCIER	27.02.2012	20.00	REHAZENTER, Kirchberg	64:69
BBC CARGOLUX	BBC-EHL	20.03.2012	20.00	Centre Sportif, Munsbach	49:52

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





2^e partie

COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL DE L'EHL

TYPE DE GROUPE	NOMBRE DE COMMISSIONS OU GROUPES
I GROUPES EHL	
<u>Plate-forme</u> <ul style="list-style-type: none"> Directeurs Généraux des Hôpitaux Régionaux/Général PF des Directeurs Administratifs PF des Directeurs Médicaux PF des Directeurs Soins 	4
<u>Comités et Commissions</u> <ul style="list-style-type: none"> SIST Physique Médicale Comité Pilotage « Achat Central » Commission Stratégique GRH Commission du Personnel Commission Stratégique Informatique Commission Informatique / GT Informatique Comité Pilotage Sirhius Commission Finances 	9
<u>Groupes de travail de l'EHL</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	
Commission paritaire CCT	1
<u>Commissions paritaires EHL/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 des Budgets 	6
Commission paritaire EHL/RCAM des CE	1

Réunions de travail

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

TYPE DE REUNION	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Assemblée Générale Ordinaire	1	1	1	1	1	1	1
Assemblée Générale Extraordinaire	0	2	0	1	0	0	0
Conseil d'Administration	10	11	11	11	11	13	11
Comité Exécutif / Directeurs Hôpitaux Généraux	5	7	7	5	5	13	5
Comité SIST	0	0	1	0	0	0	0
Comité Long Séjour	4	6	9	7	10	1	0
Comité Physique Médicale	2	1	2	1	1	1	2
PF-DS (Comité Stratégique « Chefs des départements soins »/ PF Directeurs Soins)	2	4	6	0	4	13	9
PF-DAF (Comité Stratégique Administrative et Financier)		1	9	6	6	13	16
Commission Stratégique GRH (y compris négociations CCT à partir de 2005)	9	13	9	12	3	6	5
PF-DM (Plate-forme Directeurs médicaux)							NC
Commission Stratégique Informatique			6	11	12	15	13
Total	33	46	61	55	53	76	62

Commissions EHL:							
Commission du Personnel	10	6	5	5	4	6	3
Commission Finances	11	8	3	6	7	16	12
Commission Informatique	2	2	1	0	5	6	7
Total	23	16	9	11	16	28	22

Commissions paritaires EHL / CNS :							
Commission des normes EHL/CNS (avec réunions prép.)	16	18	25	18	17	15	14
Commission d'évaluation EHL/CNS	15	12	10	13	10	10	7
Commission technique d'investissement médico-technique EHL/CNS	3	6	3	6	2	1	3
Commission technique d'investissement informatique EHL/CNS	2	2	3	3	2	2	1
Commission des budgets	2	3	0	1	0	0	0
Commission paritaire statistique				5	9	12	11
Total	38	41	41	46	40	40	36

TYPE DE REUNION	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Achat Central/Groupements d'achat :							
Comité de Pilotage Achat Central (y compris réunions nouveau concept achat en commun)	11	21	12	10	7	9	6
Groupement d'achat « Médical », y compris la section « perfusions »	1	7	6	7	4	3	8
Groupement d'achat « Non-médical »	0	8	5	8	10	1	
Groupement d'achat « Alimentaire »	1	0	0				
Groupement d'achat « Laboratoire»			2	5	8		1
Groupement d'achat « Mammographie »				1	5		
Groupement d'achat « Médico-technique »						3	4
Groupe de travail « Déchets hospitaliers »						2	1
Groupe de travail « Conditions générales »							1
Groupement des Pharmaciens gérants							15
Total	13	36	25	31	34	18	36

Groupes de travail							
Négociation convention cadre EHL/CNS							7
Plate-forme Stratégie Laboratoire					8	1	
Groupe ad hoc "Soins palliatifs" (convention cadre EHL/COPAS/CNS)						6	1
SIRHIUS (seulement comité de pilotage en 2011)					18	29	17
Luxis-Pas (tous les groupes)	1	1	0	0	1		
GINRHU (tous les groupes)	1	3	7	0	2	1	
SP Expert (Groupe de projet + Comité de pilotage)	14	4	0	0	0		
Groupes de suivi « Incitant Qualité », y compris groupe « hygiène hosp. » resp « inf. nosocom. »	2	2	3	0	0		
Coordinateurs qualité	12	10	11	9	9	5	8
Groupes MCT (y inclus réunions IA/PRN)	37	45	25	6	3	5	6
HACCP (y compris les sous-groupes)	7	3	0	0	0	4	10
Groupe Technique Sécurité GTS	7	7	2	12	6	5	8
Coordinateurs Protection des Données	5	3	5	1	0	0	2
PF RFRC					7	7	4
PF RFRC Technique + Workshops					30		
Autres Plates-formes CCT (y compris traduction CCT)	30	17	5	3			
Long Séjour (en sus des réunions du comité LS)	20	8	12	19	0		
Groupe « Salaire moyen »	4	5	0				
GT Décompte	1	8	2				
Méthode de Comptabilisation uniforme en policlinique	17	10					
Assurance qualité IRM	3	5	0				
Total	161	131	72	50	84	63	63
TOTAL GLOBAL	268	270	208	193	227	225	219

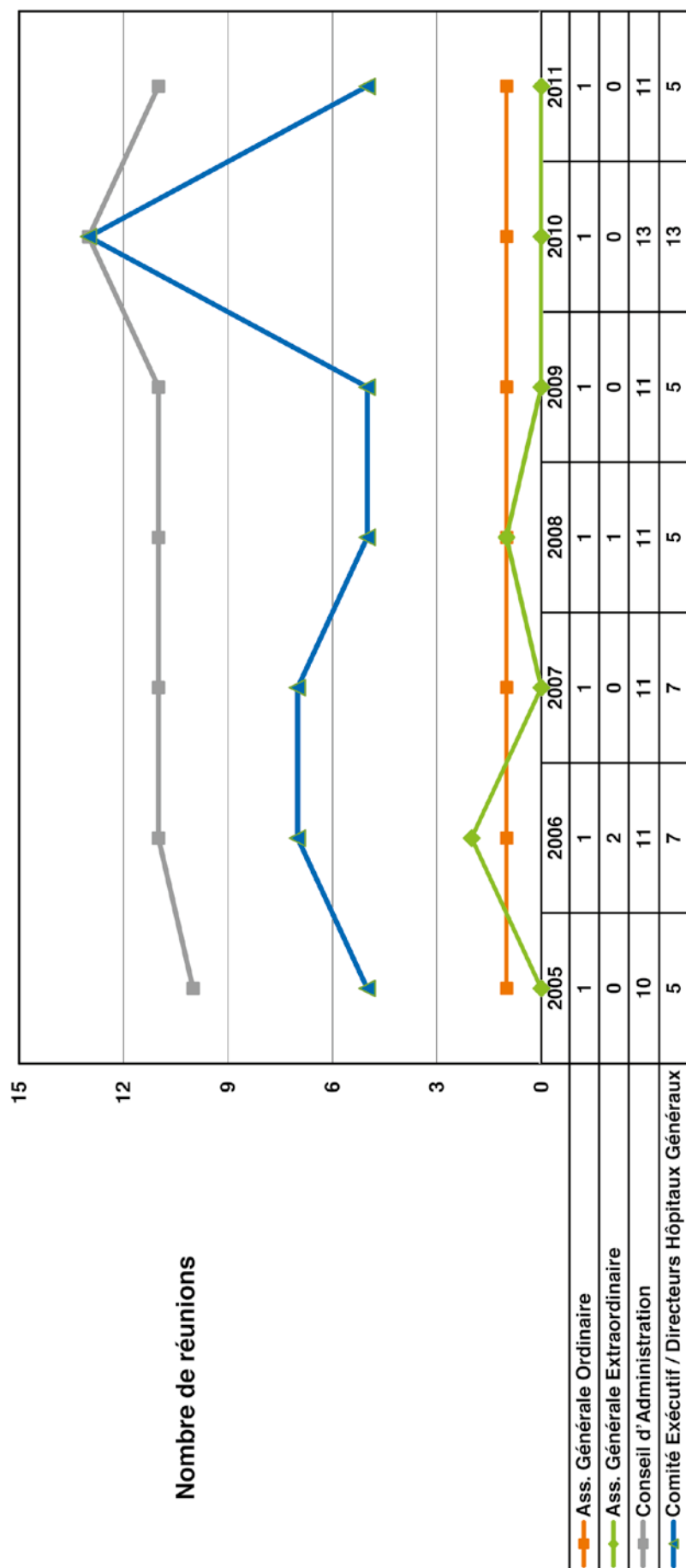
CIRCULAIRES

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Conseil d'Administration (CA)	192	217	206	199	191	238	217
EHL	156	141	115	101	113	84	85
Long Séjour	11	22	125	136	160	13	
SIST/EHL	13	12	3	4	3	1	2
Physique médicale	5	8	4	6	1	3	3
Commission des Normes	44	65	92	71	63	46	54
Commission d'évaluation	54	61	47	57	38	54	39
Commission paritaire statistique				12	20	24	23
CTI (mdt + info)		23	18	22	22	13	24
PF-DAF (Comité stratégique administratif et financier)		3	43	56	49	67	163
PF-DS (Comité stratégique « Chefs Départements Soins »)	2	15	16	10	8	25	47
PF-DM							15
Commission stratégique informatique			19	33	41	34	20
Commission Stratégique GRH (+négociation CCT)	37	49	44	47	15	13	28
CP Achat central		92	70	47	37	62	40
Commission Informatique (CI) / GT Informatique	5	9	5	1	1	3	0
Groupements d'achat		72	48	164	108	29	39
Commission Finances	86	97	73	86	85	94	104
Commission du personnel	92	100	117	99	65	70	62
Groupe de Travail Sécurité (GTS)	46	62	51	66	26	33	38
Coordinateurs Protection des Données (CPD)	31	29	32	12		5	14
Coordinateurs Qualité	30	33	24	28	14	15	14
MCUP	57	39	5	1			
GT Décompte	3	21	2				
PF RFRC					75	5	12
Plates-formes CCT	61	25	15	6			
Ginrhu		7	17	20	10	5	5
SIRHIUS					7	18	
SP Expert Comité de Pilotage	13	24					
SP Expert Groupe de Projet	15	17					
Gestionnaires de Formation Continue	4	3			1	1	
GT Assurance Qualité IRM	8	9					
GT Laboratoire	24	5	6	3	2	3	
HACCP						8	32
Imagerie médical						6	
NOMBRE TOTAL DE CIRCULAIRES	989	1260	1197	1287	1155	972	1080

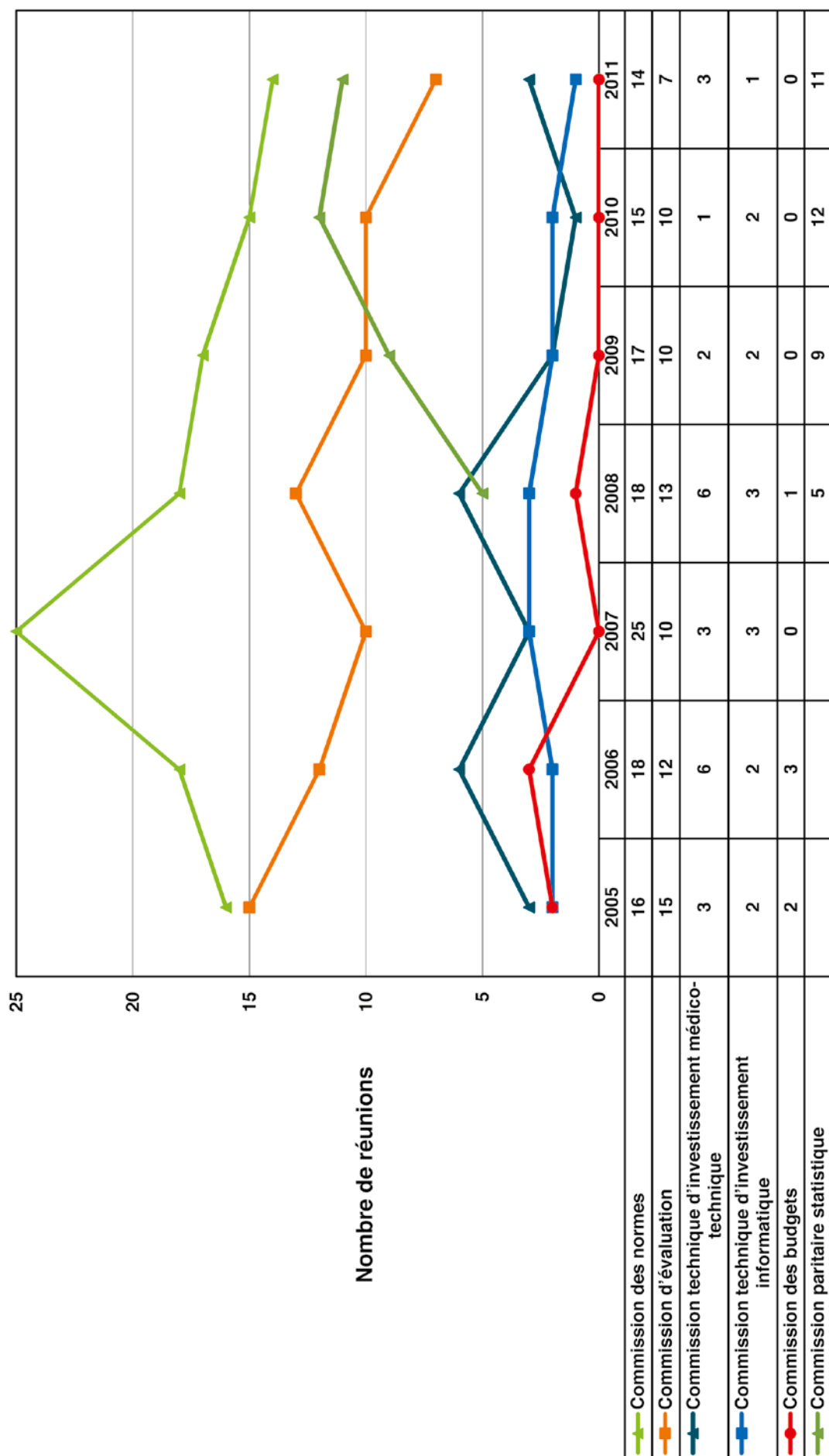
COURRIER

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de courriers rentrés:	2974	2678	2545	2479	2560	2371	2180
Nombre de lettres envoyées:	353	289	229	371	221	213	225

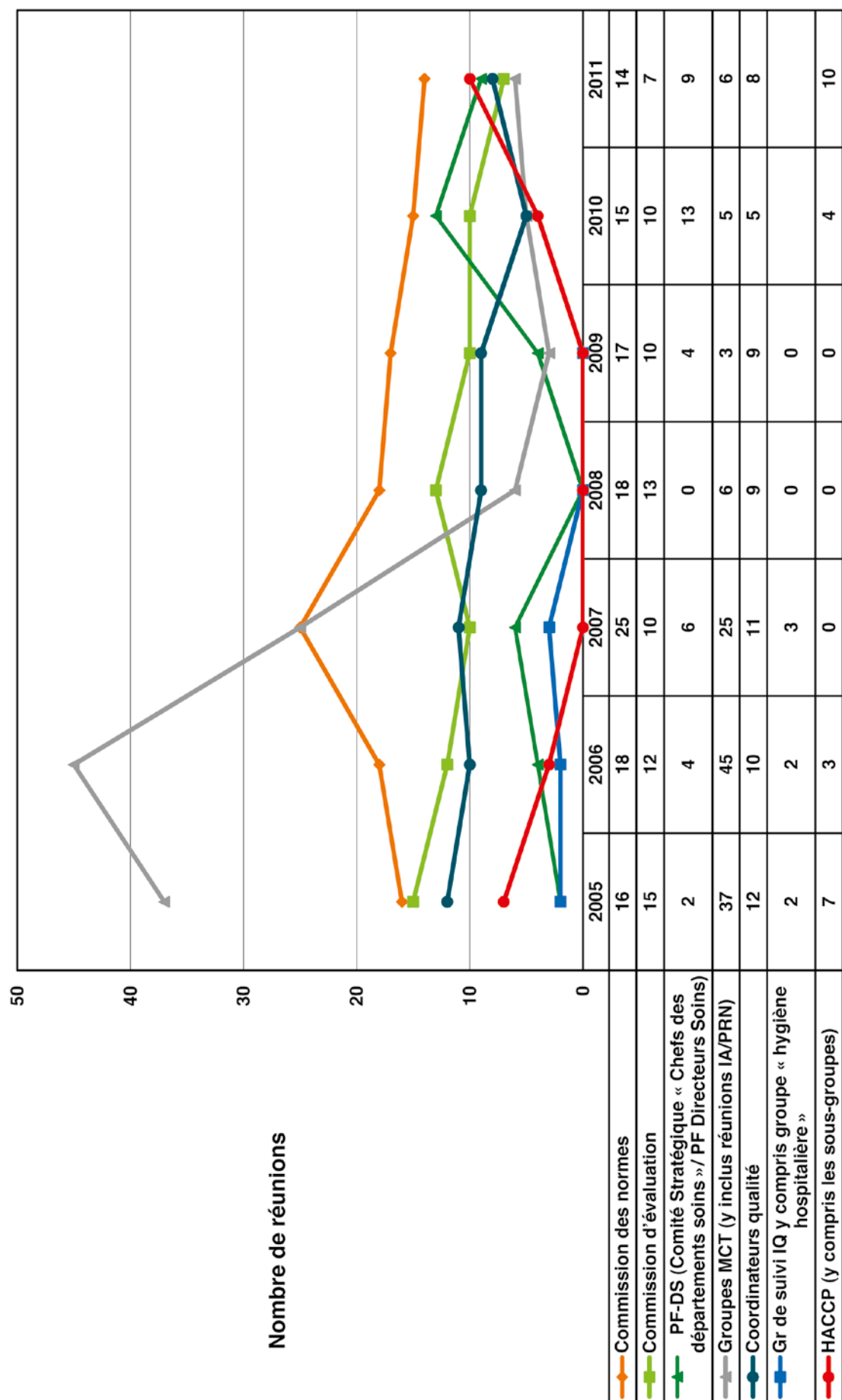
Assemblée Générale, Conseil d'Administration et Directeurs Généraux



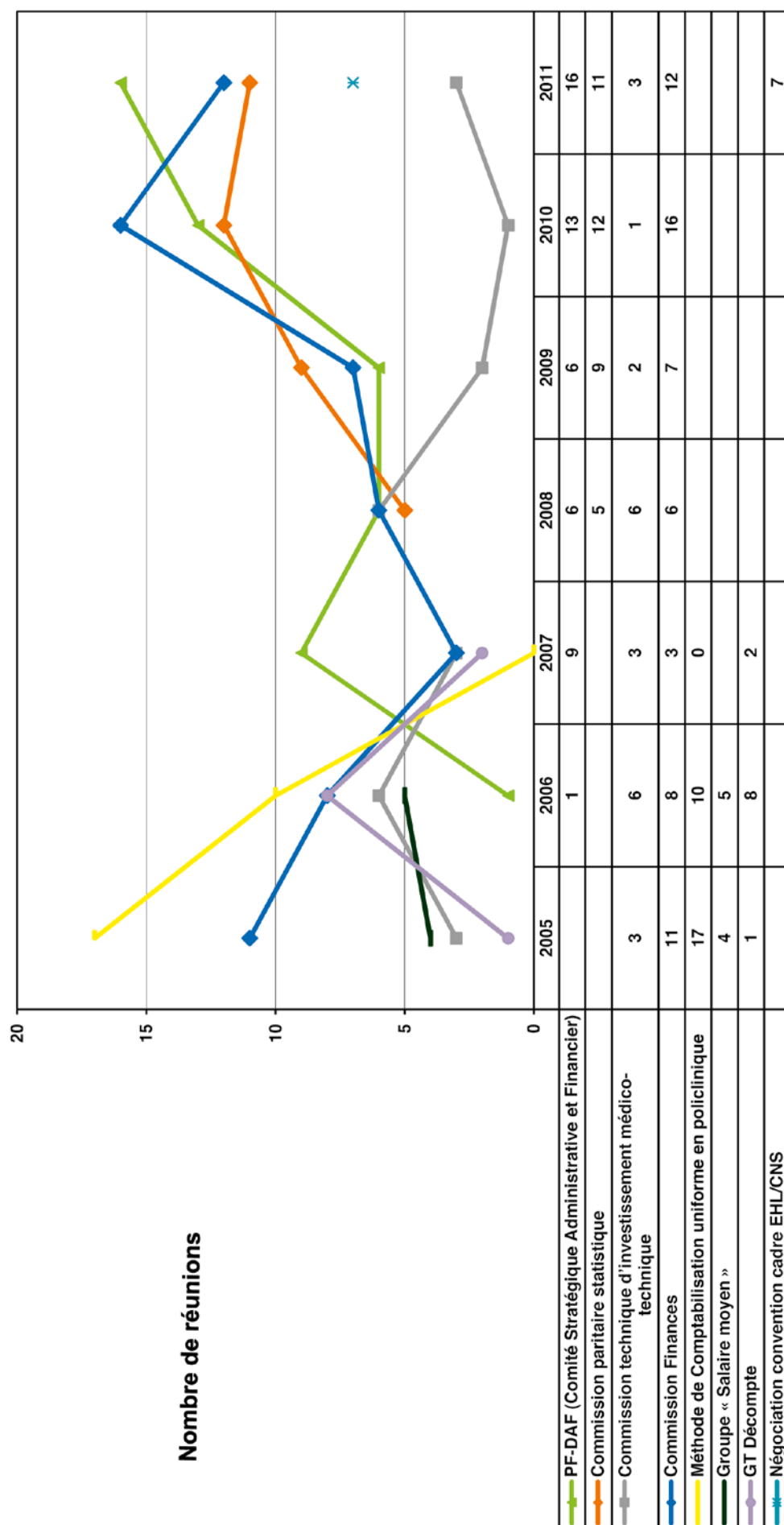
Commissions paritaires EHL/CNS



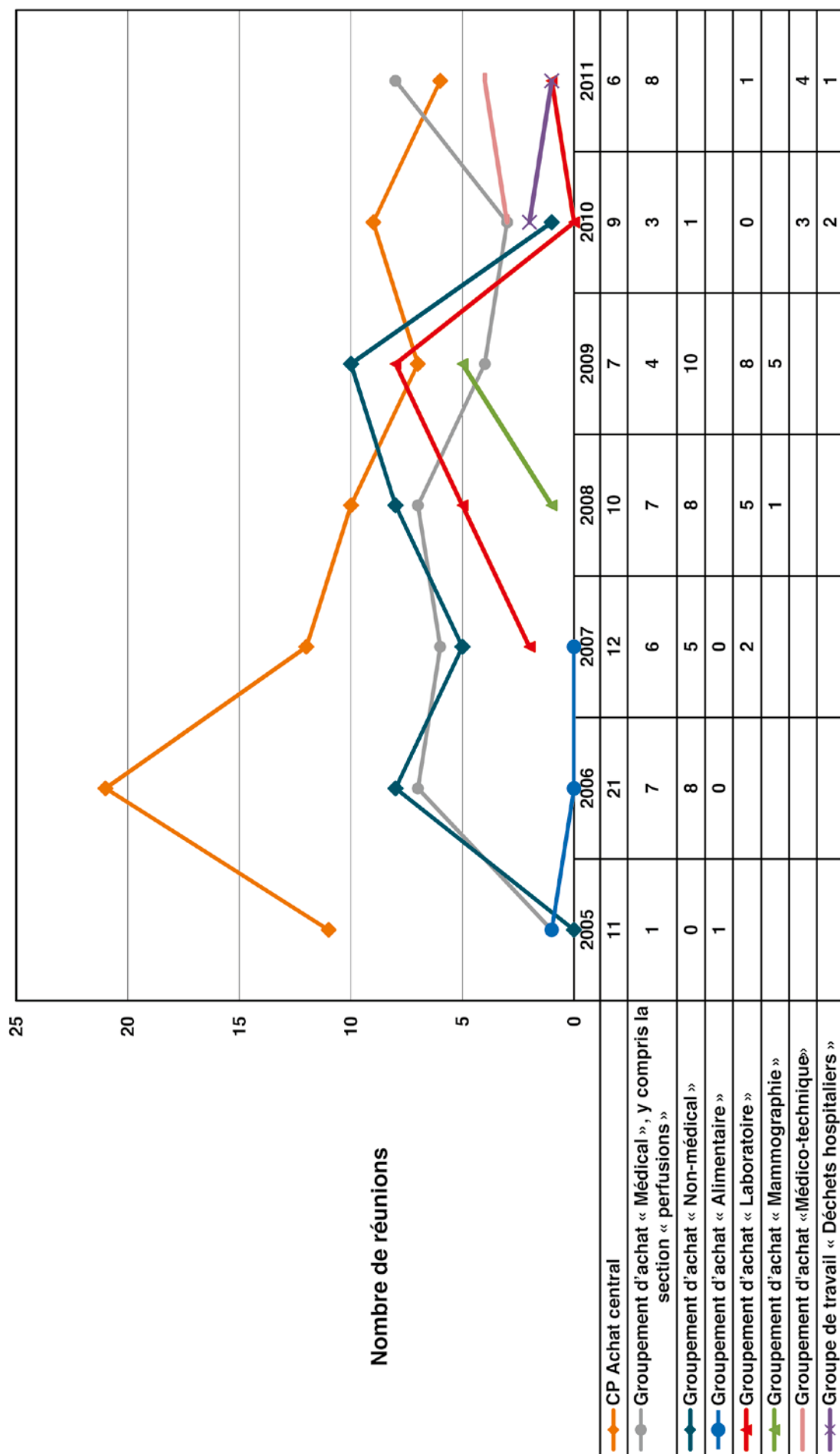
Normes et Qualité



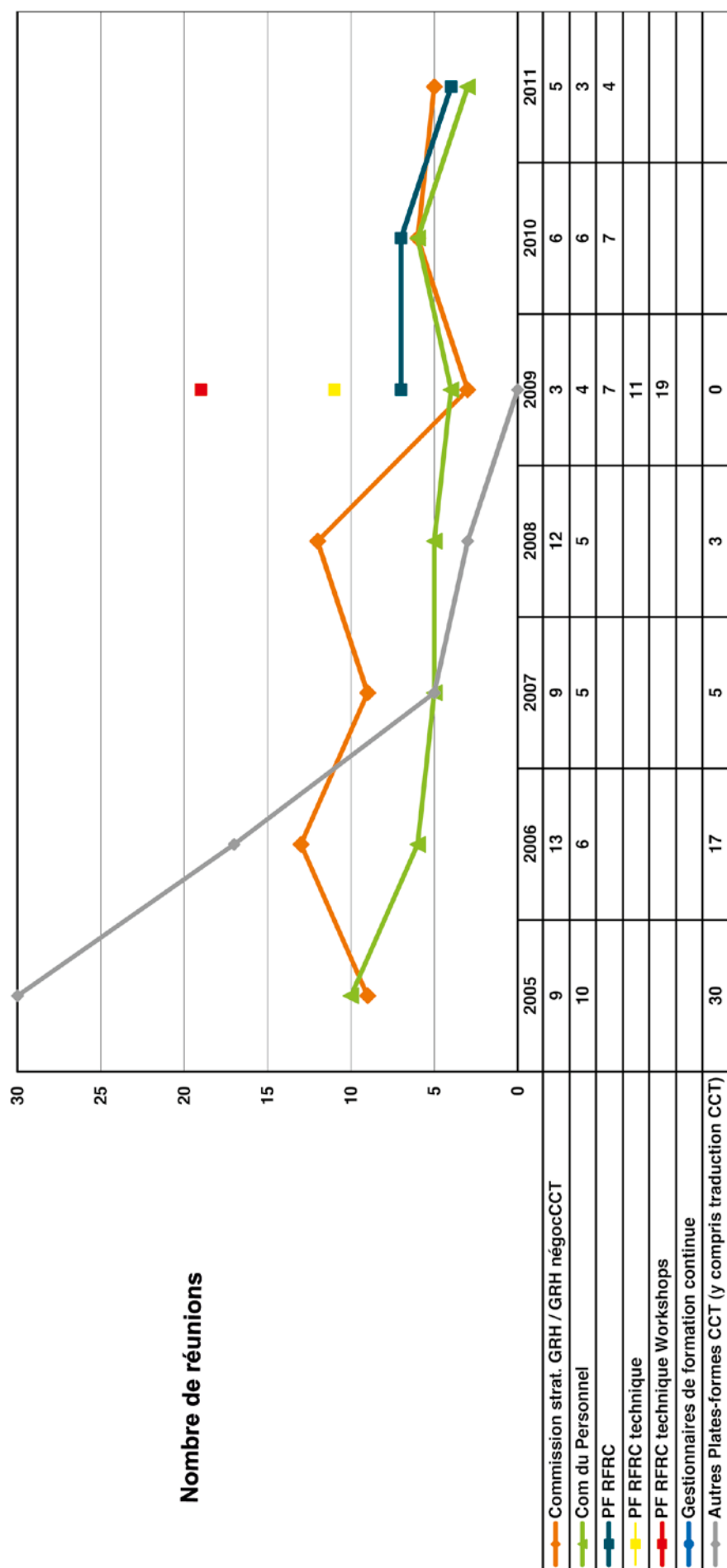
Administratif et Financier



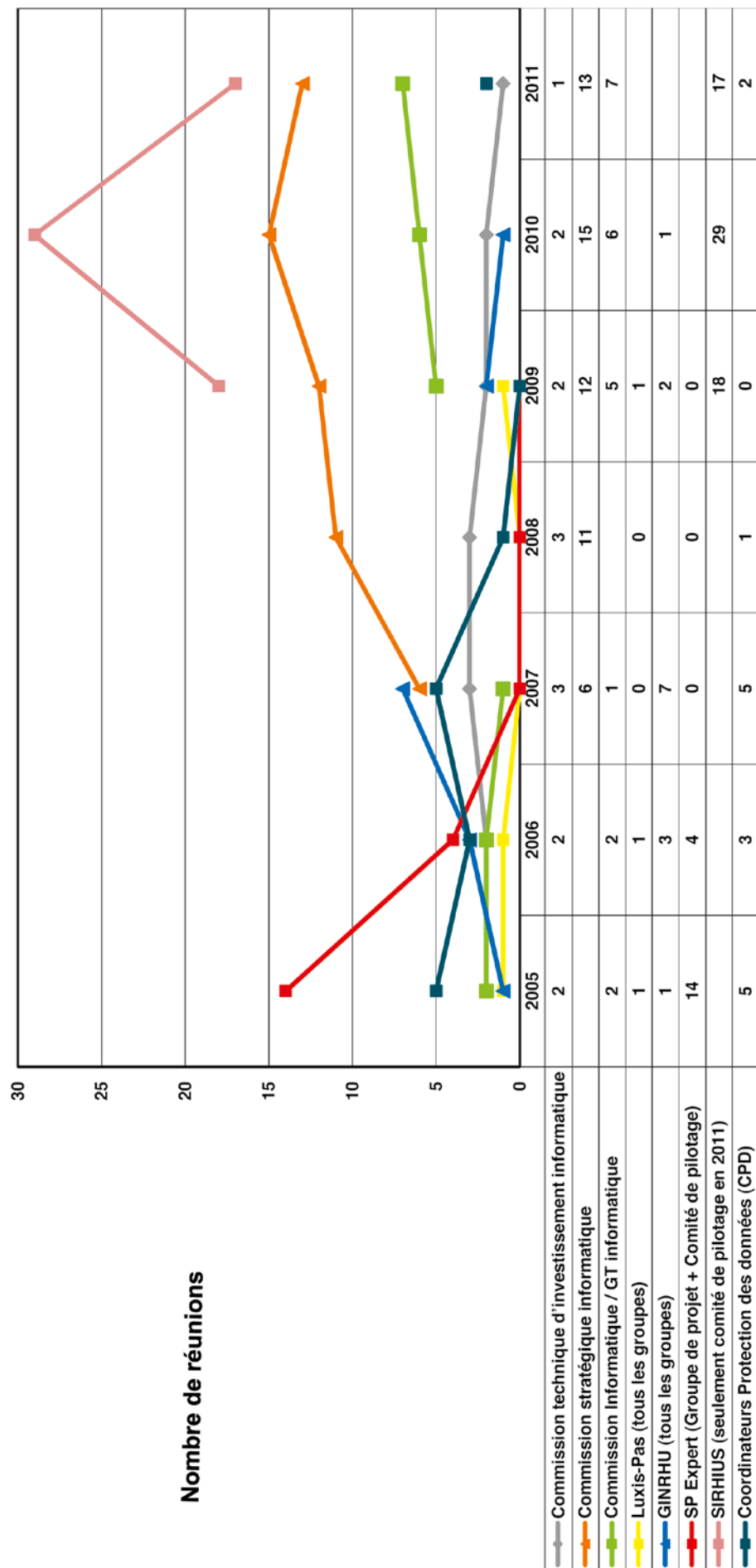
Achat central/ Groupements d'achat



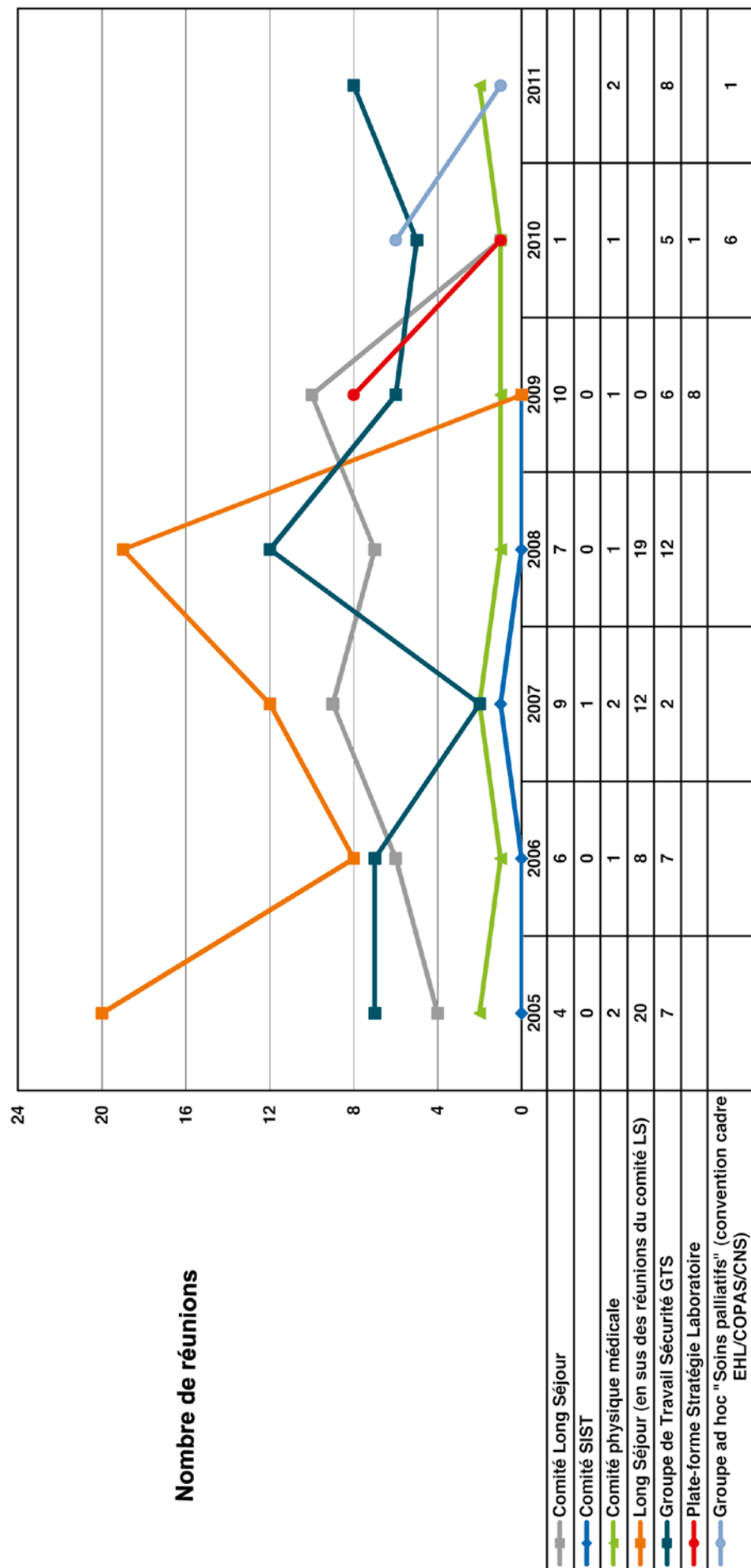
Ressources humaines



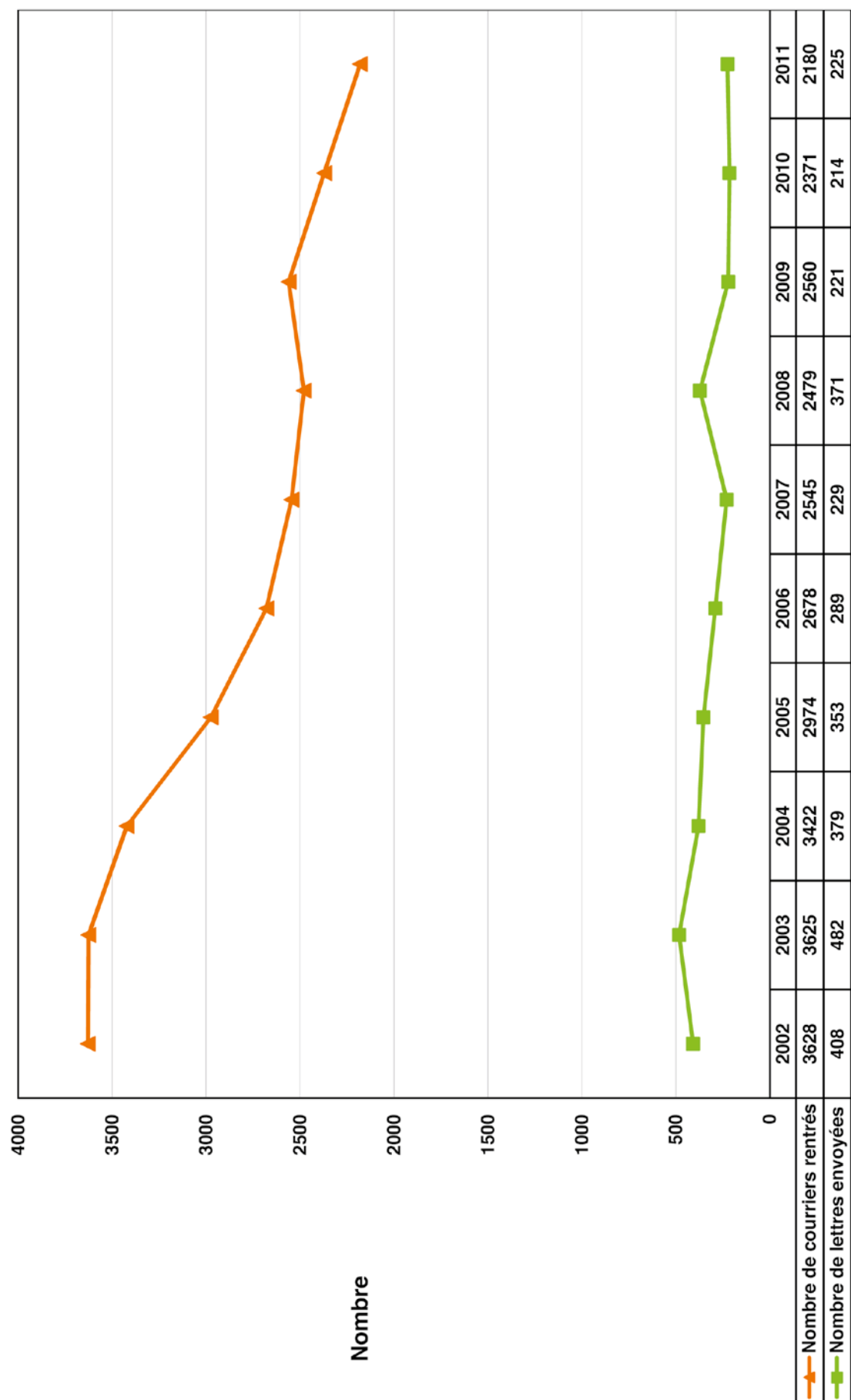
Informatique



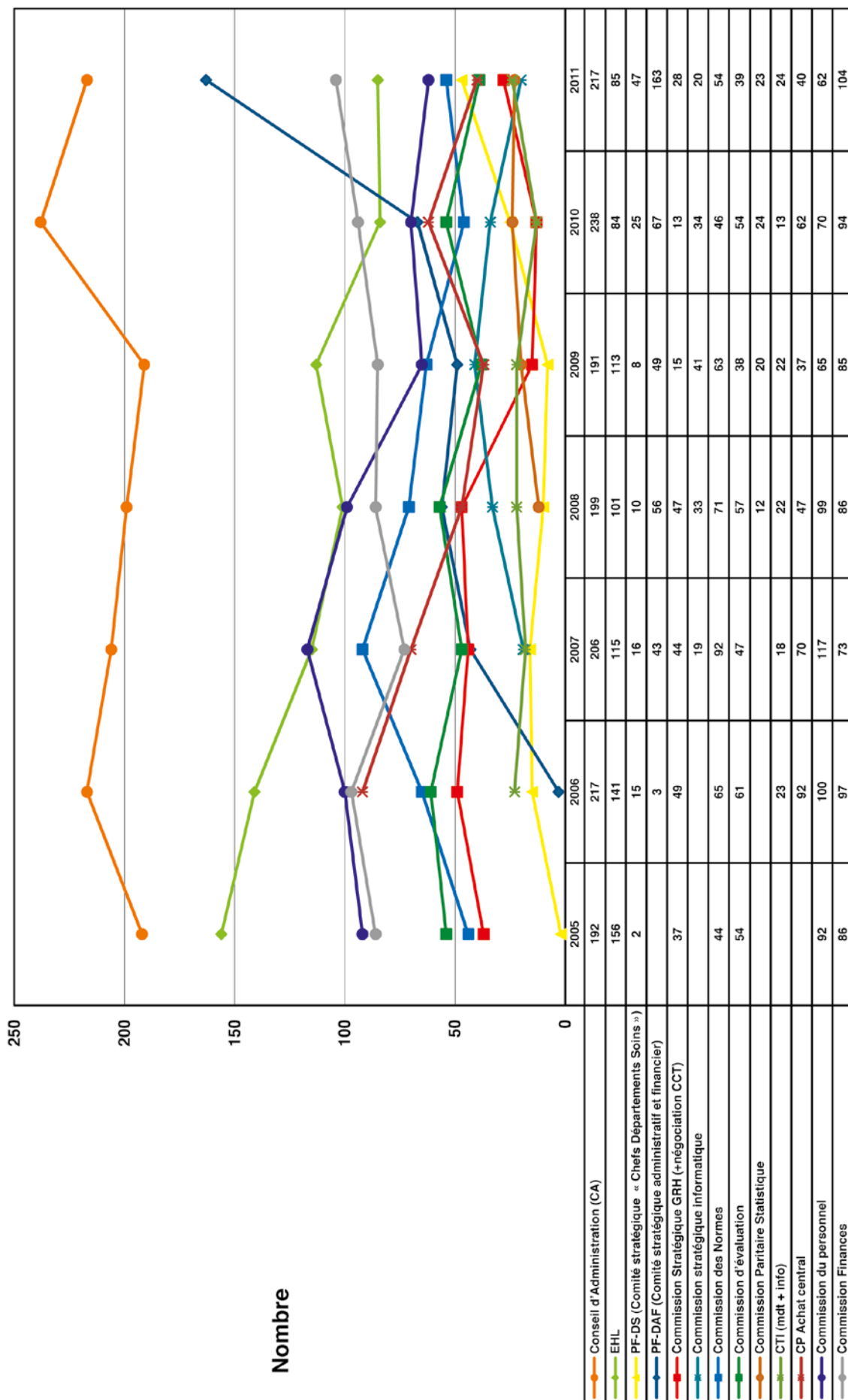
Divers



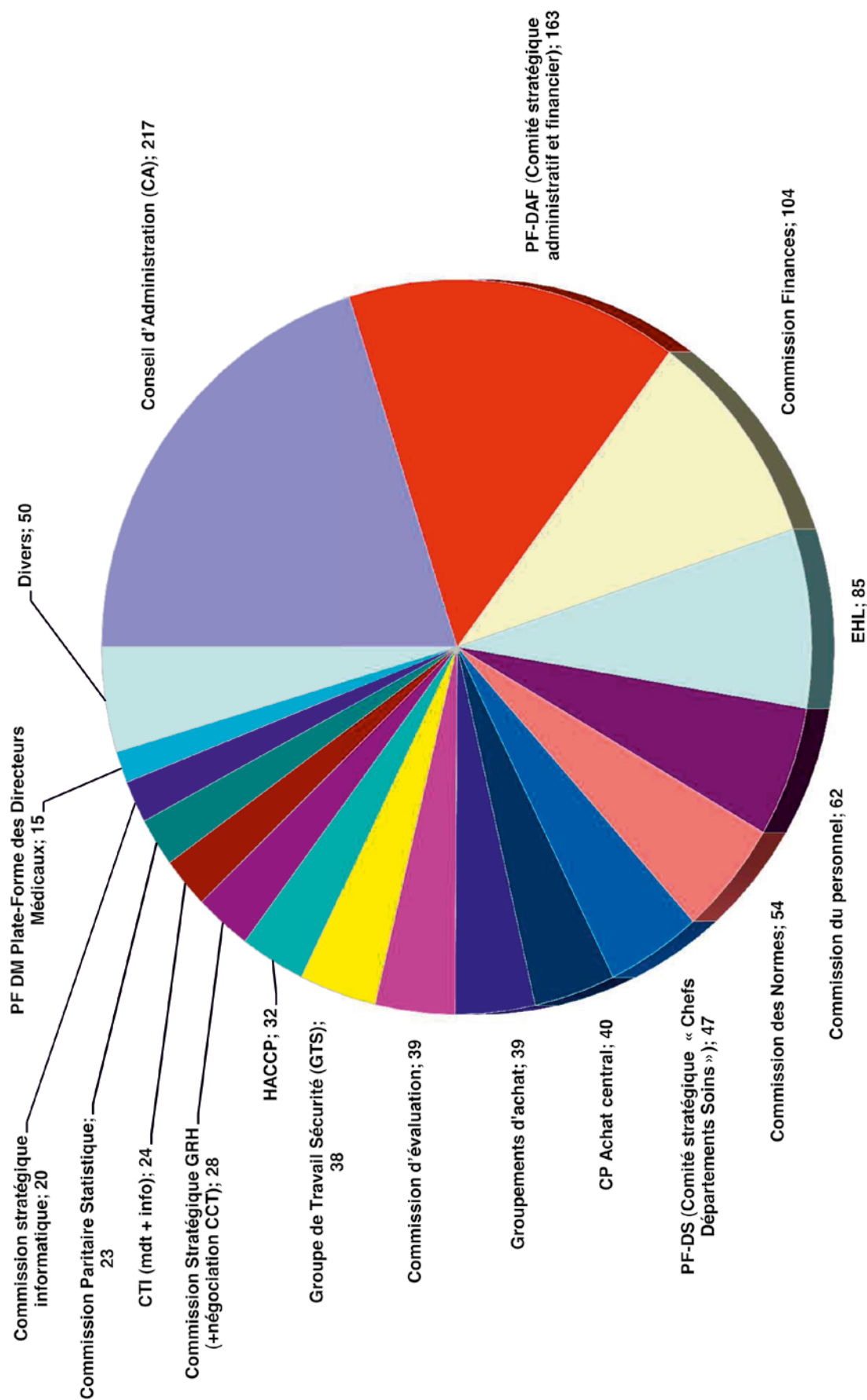
Courriers et Lettres



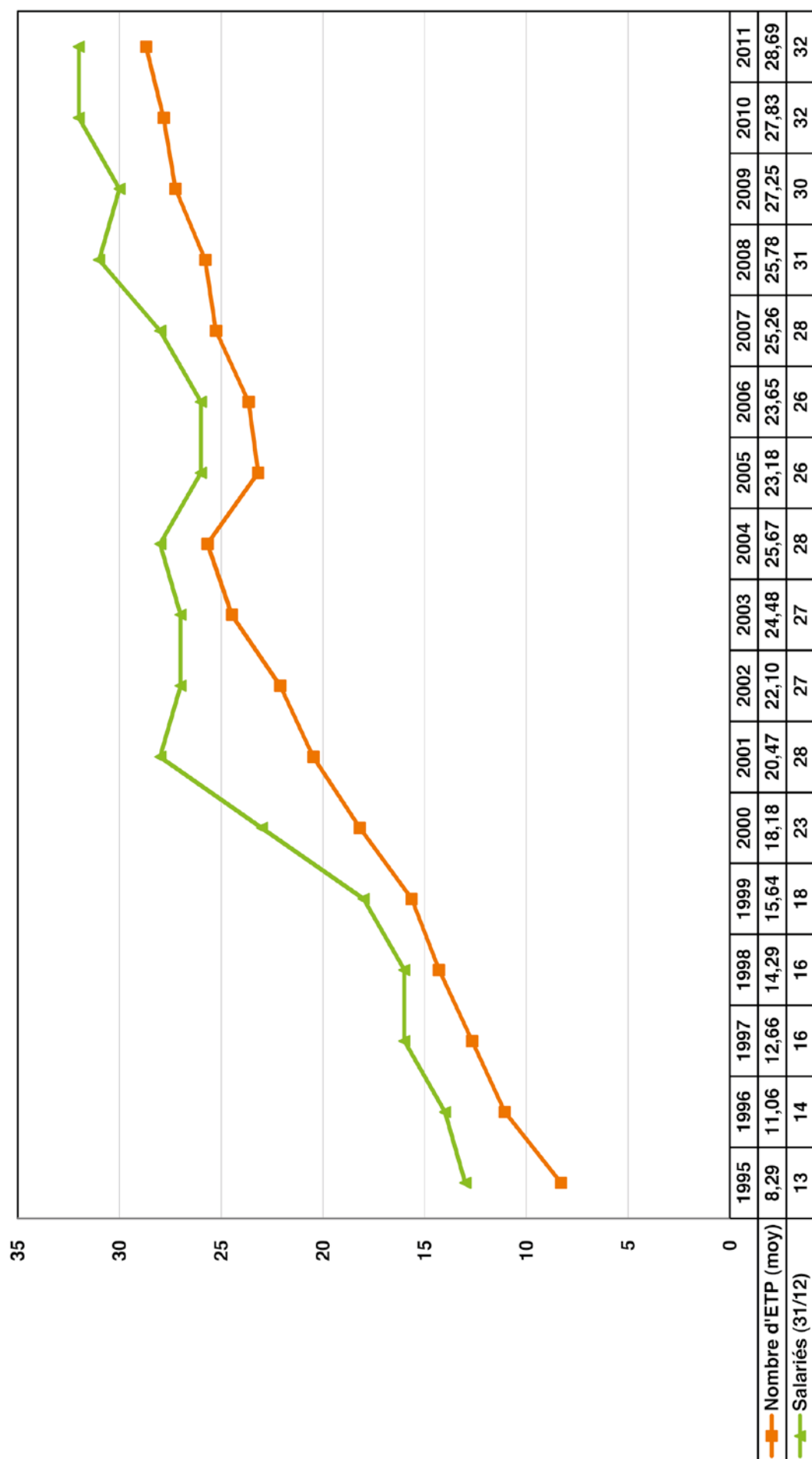
Circulaires



Circulaires Répartition



Nombre de salariés à l'EHL



Ont participé à la réalisation du rapport d'activité 2011 de l'EHL

Danielle Ciaccia-Neuen, pour la partie «EHLinfo»

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

Serge Frieden, pour la partie «Protection des Données»

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

Christophe Nardin, pour la partie «Informatique»

Alex Meyer et Laure Pellerin, 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-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

EHL

SIST-EHL

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