



RAPPORT
D'ACTIVITÉ
2014

sommaire

LES MEMBRES DE LA FÉDÉRATION DES HÔPITAUX LUXEMBOURGEOIS	2
LE PRÉSIDENT, LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL ET LE SERVICE INTERENTREPRISES DE SANTÉ AU TRAVAIL	4
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	6

1^{ÈRE} PARTIE

INTRODUCTION - 2014: DES ACTIONS DE CONSOLIDATION	8
PLATEFORME DES DIRECTEURS MÉDICAUX	11
PLATEFORME DES DIRECTEURS DES SOINS	13
CELLULE PHYSIQUE MÉDICALE	23
PLATE-FORME DES DIRECTEURS ADMINISTRATIFS & FINANCIERS, COMMISSION TECHNIQUE FINANCIÈRE FHL/CNS, COMMISSION FINANCES	31
ACHATS COMMUNS	43
CELLULE NORMES QUALITÉ	49
RESSOURCES HUMAINES ET DIALOGUE SOCIAL	59
SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL	66
PROTECTION DES DONNÉES	69
SIST-FHL – MÉDECINE DU TRAVAIL	70
RELATIONS PUBLIQUES / RELATIONS INTERNATIONALES	82
BBC-FHL	90

2^{ÈME} PARTIE

ANNEXES	
---------	--

LES MEMBRES DE LA FÉDÉRATION DES HÔPITAUX LUXEMBOURGEOIS

ETAT FIN 2014

Les hôpitaux membres de la FHL

ETABLISSEMENTS	ADRESSE	TEL.	FAX	E-MAIL / SITE WEB
Centre Hospitalier de Luxembourg				chl@chl.lu www.chl.lu
- CHL, Hôpital municipal	4, rue Ernest Barblé - L-1210 Luxembourg	44 11-11	45 87 62	
- CHL, Clinique pédiatrique -	4, rue Ernest Barblé - L-1210 Luxembourg	44 11-3133	44 11-6116	
- CHL, Maternité	120, rte d'Arlon (accès Val Fleuri) - L-1150 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	
Hôpitaux Robert Schuman / Hôpital Kirchberg				www.hopitauxschuman.lu www.hkb.lu
Centre Hospitalier du Nord				chdn@chdn.lu www.chdn.lu
- CHdN, site Ettelbruck	120, avenue 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	clinique.wiltz@clw.lu
Hôpitaux Robert Schuman / ZithaKlinik S.A.				linik@zitha.lu www.hopitauxschuman.lu www.zithaklinik.lu
Hôpitaux Robert Schuman / Clinique Ste Marie				csm.info@pt.lu www.csm.lu
Hôpitaux Robert Schuman / Clinique Privée du Dr E. Bohler S.A. de Luxembourg				www.hopitauxschuman.lu www.cbk.lu
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique				chnp@chnp.lu www.chnp.lu
- CHNP d'Ettelbruck	17, avenue des Alliés - L-9012 Ettelbruck	26 82-1	26 82-2630	
- Centre Thérapeutique Useldange (alcoolodépendance)	14, rue d'Everlange - L-8707 Useldange	23 630 320	23 630 781	ctu@chnp.lu www.ctu.lu
- Centre Thérapeutique Manternach (polytoxicomanie)	Syrdall Schlass - L-6851 Manternach	71 06 06	71 98 48	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				www.his.lu
	1, rue de l'Hôpital - L-8423 Steinfort	39 94 91-1	39 82 73	

Les centres nationaux membres de la FHL

ETABLISSEMENTS*	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 séjour" membres de la FHL

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

**Le membre "Les saveurs de la Santé" a démissionné de la FHL pour l'AGO 2014*

LE PRÉSIDENT, LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL ET LE SERVICE INTERENTREPRISES DE SANTÉ AU TRAVAIL

ETAT FIN 2014

Président

M. Paul JUNCK



Secrétaire Général

M. Marc HASTERT



Secrétariat

Mme Helene ALMEIDA
Mme Danielle CIACCIA-NEUEN
Mme Julie ILTIS
Mme Nathalie ILTIS
Mme Rossana LIPPOLIS
Mme Carole ONRAET
Mme Paula ROSA



Volets Achats, Economique, Juridique, Normes & Qualité, Statistiques :

M. Jean FERRING, Statisticien
Mme Carla MOREIRA, Conseillère juridique achats
Mme Laure PELLERIN, Conseiller économique
M. Sylvain VITALI, Conseiller normes/qualité/soins
M. Luc WAISSE, Conseiller juridique achats
Mme Danièle WELTER, Conseillère juridique



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
Mme Olga KAPHAMMEL, Expert en physique médicale
Dr Yassine BEN HDECH, PhD, Expert en physique médicale



Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-FHL)

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



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

MEMBRES EFFECTIFS ET SUPPLÉANTS – COMPOSITION APRÈS A.G. 2014

Président

M. Paul JUNCK

Vice-Président

M. Georges BASSING



Établissement	Membre effectif		Membre suppléant	
	Prénom	Nom	Prénom	Nom
CHL	Monique	BIRKEL	Alain	ALBRECHT
CHL	Romain	NATI	Catherine	BOISANTE
CHL	Jean-Paul	FREICHEL	Pierre	LAVANDIER
CHEM	Claude	BIRGEN	Daniel	CARDAO
CHEM	Michel	NATHAN	Patrizia	ASCANI
CHEM	Serge	HAAG	Josiane	TOZZI
FFE incl. CBK	Paul	WIRTGEN	Claude	BRAUN
FFE incl. CBK	Christian	OBERLE	Paul	HOFFMANN
FFE incl. CBK	Marc	SCHLIM	Béatrice	PETTIAUX
CHdN	Georges	BASSING	Marcel	BAULER
CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	René	HAAGEN
CHdN	Jean-Paul	MESSERIG	Nathalie	CHOJNACKI
ZithaK	Gunar	JAMROS	Tom	HENKELS
ZithaK	Philippe	TURK	Gregor	BAERTZ
CHNP	Marc	GRAAS	Frank	GANSEN
HIS	Luc	GINDT	Fabienne	VALET
CFB	Michel	UNTEREINER	Gilles	SOMMERHALTER
INCCI	Jean	BEISSEL	André	PUTZ
CNRFR	Gérard	GRENOT	Patrick	REINERT

Commissaires aux comptes

M. Luc GINDT

M. Gilles SOMMERHALTER



1^{ère} PARTIE



INTRODUCTION

2014: DES ACTIONS DE CONSOLIDATION

L'exercice de transposition des grandes réformes est souvent plus complexe que l'élaboration des textes de base sur lesquels il faut construire. En effet, la multiplicité d'acteurs à tous les niveaux avec des intérêts et des pouvoirs parfois contradictoires ne facilite pas les choses lorsqu'il s'agit de progresser rapidement sur des dossiers qui induisent une nouvelle répartition des rôles et des compétences. Ainsi, de nombreux projets inclus dans la réforme du système de soins de santé en 2010 peinent à se concrétiser. Même si les résultats intermédiaires s'affichent timidement pour l'instant, ces projets, évoluant par étapes, ne resteront pas lettre morte. Le provisoire ne dure pas éternellement. La FHL en est consciente. Elle respecte les obligations légales et honorera ses engagements conventionnels. Ceci nécessite un travail de fond considérable avec tous les acteurs concernés à tous les niveaux. Le chemin parcouru au cours des dernières années est malgré tout important. Notre secteur est en perpétuelle évolution et nous pousse à nous adapter sans cesse à de nouvelles contraintes et de nouveaux défis.

2014 n'a pas fait exception à la règle. Nous avons progressé de manière transversale sur de nombreux chantiers. Notre travail constituera la base de nos futurs engagements avec nos partenaires institutionnels et autres. En 2014 la FHL a donc notamment misé sur la consolidation des données au niveau de différents projets tels que les projets de mutualisation des services de support "achats", "laboratoire" et "informatique" devant aboutir à la signature de contrats d'objectifs et de moyens avec la CNS. C'est une des raisons qui ont amené la FHL à convoquer une deuxième Assemblée Générale le 11 décembre 2014 et ainsi à considérer les derniers progrès au niveau de ces dossiers pour nos projections budgétaires. A cette occasion la FHL a aussi procédé à une nouvelle adaptation de ses statuts pour tenir compte des récentes réorganisations au niveau du paysage hospitalier national.

Au niveau des membres de la FHL, une grande étape a été franchie en 2014 avec la création du groupe des hôpitaux Robert Schuman réunissant les hôpitaux de la FFE, la Clinique Dr Bohler et la ZithaKlinik. Quant à la catégorie "Autres membres de la FHL", elle disparaît avec la démission de la petite structure "Les saveurs de la Santé".

Courant 2014 la FHL a innové avec des nouveaux projets et actions, par exemple avec le lancement de nouvelles formations en management hospitalier ou des formations à l'attention du corps médical, ensemble avec l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL).

La FHL a suivi avec la plus grande attention les travaux préparatoires en vue d'une possible création d'une *Medical School* au Grand-Duché de Luxembourg, en collaboration avec l'Université de Luxembourg et les hôpitaux. 2014 fut également la première année au cours de laquelle la FHL a

directement participé à la Foire de l'Etudiant avec un stand dédié au secteur hospitalier (13 et 14 novembre 2014).

La planification hospitalière a continué à être débattue, principalement au niveau de la Commission permanente pour le secteur hospitalier où les quatre représentants de la FHL ont activement contribué à amender le texte de l'avant-projet de règlement grand-ducal qui est dorénavant passé au stade de projet.

L'enveloppe budgétaire globale pour les établissements hospitaliers a une nouvelle fois été fixée par le Gouvernement à l'automne 2014. Auparavant la FHL avait entrepris diverses démarches auprès de la CNS et de l'IGSS pour rappeler les éléments à ne pas négliger dans le cadre de sa fixation. Une réunion FHL/IGSS a été organisée en ce sens le 18 juillet 2014 dans les locaux de l'IGSS.

La renégociation de la convention collective de travail du secteur hospitalier a abouti le 16 décembre 2014 à la reconduction de la CCT pour 18 mois sur la période du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2015 avec l'intention de pouvoir concrétiser des projets majeurs dans ce domaine dès l'aboutissement des prochaines négociations. En ce sens, une délégation de la FHL s'était déjà rendue à Bruxelles le 1er avril 2014 pour y rencontrer les acteurs de l'IFIC (Maison des salaires) qui travaillent sur un projet de rémunération par fonction.

Au niveau international, la FHL a tiré un bilan très positif du congrès européen des directeurs d'hôpitaux qu'elle a organisé à Luxembourg en novembre 2013 et a continué à analyser avec les acteurs de HOPE et de l'AEDH les importantes évolutions en cours au niveau européen pour le secteur hospitalier, en particulier dans les domaines de la qualité, du management et de la formation.

La FHL a planché sur les adaptations pratiques à réaliser suite à la transposition dans la législation luxembourgeoise en 2014 de la Directive 2011/24/UE du Parlement Européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Des références tarifaires ont été discutées avec la CNS suite à des travaux préparatoires au sein des groupes et commissions de la FHL.

Plus généralement, la FHL a régulièrement pris position dans les débats les plus divers à chaque fois que le secteur hospitalier était concerné et qu'une opportunité d'intervenir lui fut donnée. Ce fut évidemment le cas lors des Quadripartites des 14 mai 2014 et 22 octobre 2014 mais aussi dans le cadre de discussions plus ciblées avec des consultants mandatés par des organismes de tutelle, voire d'autres acteurs nationaux (comme par exemple la rencontre avec le Haut-Commissariat à la Protection Nationale le 17 juillet 2014 concernant le Plan Cattenom) et étrangers (par exemple la rencontre le 26 septembre 2014 avec l'Ambassadeur de France concernant le marché français).

La FHL souhaite s'exprimer dans toutes ses démarches mais aussi dans ses actions de relations publiques. Dès la deuxième moitié de 2014 elle a entamé des préparatifs pour fêter dignement, le 11 mars 2015, le 50^{ème} anniversaire de sa constitution comme structure juridique de type asbl. Forte d'un historique conséquent, la FHL, est résolue à se tourner vers l'avenir.

PLATEFORME DES DIRECTEURS MÉDICAUX

En 2014 la plateforme des directeurs médicaux a, sous la coordination de Docteur Claude Birgen, continué ses travaux sur les analyses lancées courant 2014 mais l'année 2014 a aussi été un point de départ pour un certain nombre de nouvelles activités sur des dossiers ponctuels et récurrents.

Les principaux chantiers courant 2014 furent consacrés aux thématiques suivantes :

- **Une analyse commune du questionnaire Roadmap Sein** avec l'objectif de trouver un terrain d'entente pour réaliser certains amendements au questionnaire « recensement 2013 » a été réalisée et un nouveau délai de remplissage a été demandé et accordé.
- **A la demande de eSanté, la finalisation d'un résumé de sortie urgences, partie médicale.** Une proposition de trame a été élaborée avec un groupe ad hoc d'urgentistes et avalisée en PF-DM.
- **Documentation hospitalière / Normes:**
 - **CCDH** : Un travail préparatoire rendant attentif quant aux difficultés qui pourraient être rencontrées sur les terrains a été réalisé à l'attention des membres FHL en Commission Consultative de la Documentation Hospitalière – CCDH.
 - La PF-DM a également pris position concernant la « **Norme de dotation médecin SDH** ».
 - **Pharmacie clinique** : La PF-DM a travaillé courant 2014 sur le concept de pharmacie clinique et sur une norme à retenir en ce sens, ensemble avec les pharmaciens hospitaliers. Presque tous les hôpitaux ont entamé des phases « test » permettant sur le terrain de confirmer le bien-fondé du projet, notamment dans le domaine de la pharmacovigilance et la sécurité médicamenteuse. Le concept est de plus en plus appliqué en Europe. L'objectif était de travailler sur des constats pour une norme à officialiser courant 2016-2018. A cet effet, ont été définis les objectifs et les indicateurs mettant l'accent sur l'approche pluriprofessionnelle, complémentaire de l'action dans ce domaine des autres professionnels de santé (médecins et infirmier(e)s).
 - Docteur Catherine Boisanté a été désignée comme **invitée cooptée pour siéger en Commission des normes**, représentant le volet médical.

- **Physique Médicale :** Le pilotage de cette activité est désormais confié à la Plateforme des Directeurs Médicaux, en collaboration avec la Plateforme des Directeurs des Soins. Le coordinateur de la PF-DS a participé aux réunions PF-DM à chaque fois que le sujet « physique médicale » était à l'ordre du jour. L'ancien Comité de pilotage « physique médicale » a été aboli en 2014. Les points suivants ont plus particulièrement été débattus en 2014 :
 - Activité 2014 de la Cellule de Physique Médicale. Il a été retenu que le sujet « physique médicale » serait abordé au moins deux fois par an, c'est-à-dire en début et à la fin de chaque année (bilan de l'année écoulée et programme de l'année suivante). Bien entendu, le sujet pourra aussi être discuté à chaque fois que nécessaire, comme par exemple dans le cadre de l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens.
 - Pour ce qui est des relations avec la Division de la Radioprotection de la Direction de la Santé, des réunions séparées régulières auront lieu entre les membres de la Cellule de Physique Médicale de la FHL et ladite Division.
 - Il convient aussi de relever qu'en 2014 une implication adéquate de la Cellule de Physique Médicale dans la formation en radioprotection pour médecins hospitaliers a été réalisée en concertation avec la PF-DM/PF-DS. Cette formation était nécessaire pour la mise en conformité des médecins avec les exigences liées à leur autorisation ministérielle.
 - Le lead de la cellule de Physique Médicale a été confié à Monsieur Alex Meyer, sous l'autorité du Secrétaire Général. Le profil de fonction de Monsieur Meyer a été communiqué à la PF-DM qui l'a avalisé.
- **Analyses génétiques :** La PF-DM a préparé la prise de position de la FHL par rapport à la déclaration écrite de la CNS de ne plus prendre en charge certaines analyses génétiques. Dans ce contexte la PF-DM a également pris position contre la proposition du LNS de réaliser des consultations génétiques dans les différents hôpitaux alors que les frais de secrétariat médical et les analyses génétiques engendrées, seraient à supporter par les hôpitaux.
- **Investissements medicotechniques :** Courant 2014 un plan d'investissement des hôpitaux sur 5 ans a été élaboré en vue d'être soumis à la CTI-mdt. Ce plan comporte également des propositions sur les délais de remplacement à prévoir pour les différents équipements lourds. L'avantage d'une vision sur 5 ans est d'avoir une meilleure planification et prévisibilité des acquisitions et de pouvoir regrouper les achats en vue d'une négociation sur base de cahiers de charges commun. Un accord a pu être trouvé sur cette base en 2015.
- **Achat central :** des premières réflexions ont été menées pour rechercher des alternatives à l'achat, comme p. ex. le leasing ou les contrats réactifs.
- **Projet national d'archivage de l'imagerie médicale :** Le projet été présenté en PF-DM par le directeur de LUXITH et il a été retenu que la PF-DM déléguera au moins un médecin sur le projet, idéalement un radiologue.

PLATEFORME DES DIRECTEURS DES SOINS

Le groupe des Directions des Soins s'est rencontré régulièrement en 2014 pour préparer les travaux d'intérêt commun aussi bien au niveau stratégique qu'opérationnel.

Les Directions des Soins sont représentés dans bon nombre des groupes et commissions internes à la FHL respectivement paritaires, voire externes (p.ex. Comités/Commissions Informatique, SIRH, Négociation CCT-FHL, des Normes, d'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.

La PF-DS s'est penchée à maintes reprises sur les problématiques liées aux mesures de charge de travail dans les unités de soins, les modalités organisationnelles de celles-ci, ainsi que leur impact sur les dotations et les budgets hospitaliers.

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

Dans ce contexte la PF-DS avait décidé fin 2013 la création d'un groupe de travail à la FHL afin de déterminer des concepts de prise en charge standards et des normes de dotation, notamment pour les activités suivantes:

- Cliniques monothématiques
- Consultations soignantes spécialisées
- Hôpital de jour (chirurgical/médical)

L'objectif secondaire sera d'élaborer une proposition de norme de dotation à présenter en Commission des Normes afin de permettre aux établissements hospitaliers de disposer les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs en termes de qualité des soins pour le patient tout au long de son itinéraire respectivement tout au long de sa prise en charge.

Ce groupe de travail a réalisé courant 2014 une réflexion en la matière et ses conclusions et propositions ont été validées par la PF-DS. Celles-ci concernaient en premier lieu l'approche conceptuelle qui était décrite de la façon suivante:

Le virage ambulatoire que les hôpitaux sont appelés à poursuivre ne se situe pas seulement dans une prise en charge globale des patients, adultes et pédiatriques, dans des structures nouvelles à créer ou à perfectionner comme les hôpitaux de jour de chirurgie ou de médecine, mais également dans une approche nouvelle du patient qui, souffrant d'une pathologie souvent complexe, nécessite une prise en charge spécialisée et souvent transdisciplinaire en ambulatoire.

Le virage ambulatoire fait que le nombre des intervenants ne cesse de se démultiplier. Les patients et leurs proches se disent perdus dans le parcours clinique.

Le développement de la médecine sous-entend un élargissement des compétences cliniques.

L'élargissement des compétences cliniques est international. C'est le résultat de révisions des programmes de la formation infirmière mais aussi d'un système de formation continue performant.

Ces compétences sont au service des hôpitaux pour faire évoluer nos modes de prises en charge, que ce soit dans des consultations infirmières spécialisées ou dans des cliniques monothématiques. Ces deux développements soutenant le virage ambulatoire reposent sur une approche philosophique prenant en compte non seulement l'aspect "santé publique" de la maladie, mais également le rôle plus actif que le patient est amené (des fois contre son gré) à jouer pour augmenter sa qualité de vie et reculer l'apparition des complications.

Emergence d'un nouveau métier: l'infirmière coordinatrice. Elle participe dès le départ à l'élaboration du cheminement clinique et des algorithmes de prise en charge au sein de la clinique monothématique. L'infirmière coordinatrice experte dans le domaine est amenée à assumer un rôle "d'intervenant pivot" dans le processus de soins, en particulier sur le plan de l'information, de soins curatifs, de l'éducation, du soutien et de la coordination des soins dans le cadre du projet de soin du patient. Elle coordonne les interfaces de prise en charge dans les services stationnaires et les services ambulatoires. Elle coordonne l'équipe mais aussi la compliance du patient à son traitement sur le pluriannuel. Elle est l'interlocutrice privilégiée du patient pour toutes les questions qui apparaissent tout au long de son parcours clinique et en réfère en cas de besoin, aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire intervenant dans les propositions de thérapies. Elle assure également le suivi du patient notamment en ce qui concerne la prévention des complications pouvant émerger pour la pathologie chronique lourde traitée. Elle participe ou suscite également la revue systématique du cheminement clinique et des algorithmes de prise en charge avec l'équipe pluridisciplinaire suite aux évaluations qualitatives effectuées lors des différentes prises en charge lors du suivi des indicateurs cliniques.

Dépassant le seul cadre de la pathologie diagnostiquée, l'algorithme à suivre, l'évaluation de l'approche soignante vise la promotion de la santé développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), terme qui sous-entend les significations "d'encouragement", de "protection" et "de faire avancer". La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. Le gain économique est assuré.

Si l'éducation pour la santé est une stratégie d'action de la promotion de la santé, la prévention de la maladie comprend des mesures qui ne visent pas seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter la progression et à en

réduire les conséquences. Responsabiliser des acteurs par rapport à la prévention ciblée augmente le niveau de connaissances de la population qui peut indirectement améliorer ses comportements.

L'éducation pour la santé présuppose une relation de confiance avec le patient, la connaissance de son milieu de vie, de sa culture et un accompagnement dans la durée pour la consolidation ou le changement des habitudes de vie. Une telle éducation pour la santé se passe par exemple dans la consultation infirmière de sevrage du tabagisme ou encore dans le suivi d'un changement alimentaire dans la prise en charge du patient en clinique monothématique de l'obésité tout comme la participation aux journées de prévention, à la journée mondiale comme le diabète, BPCO, ...

L'éducation thérapeutique du patient concerne les actions d'éducation liées au traitement d'une maladie (domaine curatif) ou de prévention des risques secondaires ou complications liés à cette maladie (maîtriser l'insulinothérapie, prévenir le pied diabétique, ...), des infirmières partenaire direct du médecin dans la gestion des parcours cliniques.

L'éducation thérapeutique est prédominante dans les situations de soins aux personnes atteintes de maladies chroniques, notamment celles qui sont prévalentes comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardiaques et respiratoires ou le cancer. Les soins éducatifs visent à améliorer la qualité de vie des patients par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. Il s'agit d'une approche à la relation thérapeutique favorisant la recherche de ressources internes et externes pour faire face aux problèmes rencontrés, ou parfois encore, elle s'appuiera sur des ressources appareillées comme les dispositifs médicaux de surveillance à distance tels utilisés lors des prises en charge par la télémédecine. Il ne suffit pas la connaissance physiopathologique, pharmacologique mais aussi les savoirs sur les étapes de l'apprentissage de l'enfant et de l'adulte.

L'éducation thérapeutique contribue à améliorer la compliance du patient face au traitement prescrit par le médecin en mettant l'accent sur les changements d'attitudes nécessaires.

L'action soignante vise in fine le "patient empowerment" qui renvoie à la notion de renforcer chez les personnes le potentiel de se conscientiser, de se transformer, de devenir un acteur face à la maladie et ses conséquences, bref, acquérir une maturité en matière de gestion de sa santé y inclus la prise de décision.

Réussir le virage ambulatoire sera l'enjeu d'équilibre entre la collaboration médico-soignante, la disponibilité et accessibilité de compétences infirmières cliniques pointues, la coordination réfléchie des parcours cliniques et des différents intervenants, des compétences éducatives, le relevé et le suivi des bénéfiques cliniques, les améliorations continues.

Concernant les cliniques monothématiques, la PF-DS a validé l'approche suivante:

La clinique monothématique se caractérise par une structure bien définie et une gouvernance hospitalière médico-soignante particulière visant l'organisation efficiente d'une offre spécifique de soins aux patients en associant au moins deux spécialités médicales dans une même filière de soins, autour d'une pathologie lourde ou complexe ou à incidence sur la santé publique. Elle est coordonnée par un infirmier à compétences spécifiques.

L'algorithme de prise en charge d'une clinique monothématique repose sur l'établissement d'une filière de soins détaillée (clinical pathway) décrivant les rôles et fonctions de chaque intervenant pour

chaque étape, quelle que soit la discipline médicale associée ou les compétences spécifiques jointes de professionnels de la santé, assurant ainsi une pluridisciplinarité de fait au bénéfice du patient. Il associe également l'information et la formation du patient avec une visée de la prise en charge et la maîtrise en autonomie de gestion et de contrôle de sa propre santé. Cette filière de soins comprend également les étapes en amont et en aval de l'hôpital et repose pour cela sur des alliances ou conventions formelles avec les partenaires externes des soins primaires d'un côté et des soins post épisode d'hospitalisation, et/ou de revalidation et de stabilisation de l'état de santé du patient dans des structures externes spécialisées ambulatoires de l'autre côté, soit de médecine de ville, soit en institution spécialisée. Le dossier du patient est revu de façon systématique en staff pluridisciplinaire. L'information doit être disponible.

La prise en charge clinique est associée à des indicateurs prenant en compte toutes les dimensions du parcours, tant cliniques, que qualitatifs, quantitatifs ou encore relatifs au coût du parcours. L'efficacité du parcours est documentée par des indicateurs de processus.

Une clé essentielle de succès de la clinique monothématique repose bien sûr sur la volonté de collaboration de tous les participants dans le respect des étapes cliniques prédéfinies. Elle a fait cependant émerger un nouveau métier indispensable au bon suivi du parcours clinique du patient, **le coordinateur infirmier** dont les missions essentielles seront de:

- Coordonner le parcours du patient tout au long de son algorithme de prise en charge
- Coordonner les activités des différentes professions
- Assurer les interfaces avec les services stationnaires et ambulatoires
- Assurer les interfaces avec les éventuelles structures extrahospitalières
- Assurer une prise en charge en collaboration efficace et efficiente
- Etre un professionnel de référence pour le patient et l'équipe pluridisciplinaire
- Centraliser les informations du patient et de son entourage
- Favoriser la continuité des soins
- Assurer un rôle de soutien, d'éducation et d'orientation pour le patient et son entourage
- Assurer le suivi et les préventions des complications éventuelles dues à la pathologie
- Proposer les améliorations attendues pour optimiser l'organisation du parcours clinique et les algorithmes de prise en charge suite à l'évaluation des parcours individuels des patients dans la filière de soins
- Identifier les indicateurs cliniques et les vigilances témoins de bonnes pratiques et de plus-values pour le patient: garantir que la qualité définie soit prestée dans le cadre du consensus collectif d'un itinéraire clinique
- Contribuer à la satisfaction du patient
- Participer à une mission d'enseignement
- Participer à des travaux de recherche et études épidémiologiques
- Evaluation organisationnelle et force de propositions d'amélioration
- Gérer les registres épidémiologiques éventuels
- Contribuer à la visibilité
- Assurer la formation de ses pairs garant du respect des décisions concernant l'organisation et concernant l'algorithme

Ce coordinateur infirmier devra se prévaloir des compétences suivantes:

- Expertise clinique dans le domaine concerné
- Capacité à coordonner une équipe pluridisciplinaire
- Capacité à mettre en œuvre un flux organisationnel orienté patient
- Capacité à entrer en communication avec un patient et son entourage sur les diagnostics et perspectives thérapeutiques initiées par le médecin
- Posture et vecteur du reflet des prises en charge dans un contexte de santé publique
- Capacité d'évaluation et de réajustement

La proposition de normalisation de cette fonction a été articulée comme suit:

- 60 minutes pour la première consultation de prise en charge d'un nouveau patient
 - Activités:
 - ✓ Constitution du dossier patient
 - ✓ Evaluation des connaissances du patient par rapport à la pathologie, complications éventuelles, itinéraire clinique standard
 - ✓ Présentation du 1^{er} plan de prise en charge standard pour la pathologie
 - ✓ Explications et orientation vers les RV auprès des autres professionnels de santé impliqués dans l'itinéraire
- 60 minutes pour la détermination de projet de prise en charge individualisé:
 - Préparation du staff multidisciplinaire:
 - ✓ Consolidation des anamnèses des différents professionnels de santé
 - ✓ Elaboration d'une proposition de plan de prise en charge individualisé
 - Organisation et coordination du staff multidisciplinaire
 - ✓ Adaptation et validation du plan de prise en charge individualisé
- 60 minutes pour la consultation subséquente au staff:
 - Information au patient des conclusions de l'équipe multidisciplinaire
 - Discussion avec le patient - recherche le consentement en vue de la compliance du patient
- 30 minutes pour la coordination du suivi à chaque visite du patient
- 60 minutes pour la préparation et la coordination par staff multidisciplinaire d'évaluation de la situation patient dans son itinéraire individualisé (suivi et bilan des indicateurs cliniques) et réajustement éventuel du plan de prise en charge

Concernant les consultations spécialisées infirmières, la PF-DS a validé l'approche suivante:

La consultation spécialisée infirmière a un caractère innovant dans l'offre de soins. Elle nécessite le profil d'une infirmière ayant une expertise dans la pathologie qui agit en suite du médecin. Le médecin ayant posé le diagnostic définit l'indication d'une consultation ne nécessitant pas des compétences médicales particulières, mais qui donne à l'infirmière l'opportunité de participer au concept thérapeutique défini en agissant dans le champ des attributions qui lui sont propres et prévues par le Règlement Grand-ducal. Son action se base sur des guidelines de bonnes pratiques et d'EBN et les algorithmes de prises en charge se situent aussi bien dans le champ d'autonomie que dans le rôle délégué prévu par la loi. Elle agit sur les facteurs de prévention et d'éducation à la santé en termes de santé publique. Elle identifie les facteurs de risques et met en place des actions de prévention correspondant également aux attentes du patient ou de ses proches.

La consultation infirmière est complémentaire à la consultation médicale du patient et a pour vocation de répondre à plusieurs problématiques présentées par un patient dans le cadre du vécu de sa maladie. Elle se passe toujours lors d'une prise en charge ambulatoire.

Les missions sont les suivantes:

- Maîtriser la pratique de soins spécifiques et être référent des situations complexes dans sa spécialisation
- Stimuler la réflexion et développer des projets de soins spécifiques
- Etre une personne ressource pour l'ensemble des collaborateurs

Les compétences dont doit disposer le personnel soignant sont notamment:

- La compréhension de la pathologie
- Les techniques de soins spécifiques
- Les diagnostics infirmiers: énoncé d'un problème réel ou potentiel pour le patient au regard de son vécu face à la maladie en termes de risques. Ils permettent de définir en collaboration un plan de soins infirmiers individualisé centré sur les besoins du patient
- L'éducation au patient
- Participer à une mission d'enseignement
- Contribuer à la satisfaction du patient
- Participer à des travaux de recherche et études épidémiologiques
- Les compétences relationnelles: motivation, implication de la personne comme partenaire de soins dans la gestion de sa maladie

La proposition de normalisation de la fonction de l'infirmier de la "consultation infirmière spécialisée" a été articulée comme suit:

- 60 minutes pour la première consultation de prise en charge d'un nouveau patient
- Activités:
 - ✓ Constitution du dossier patient
 - ✓ Evaluation des connaissances du patient par rapport à la pathologie, complications éventuelles, itinéraire clinique standard

- ✓ Présentation du 1^{er} plan de prise en charge standard pour la pathologie
- 45 minutes pour la détermination de projet de prise en charge individualisé ensemble avec le médecin prescripteur:
 - Adaptation et validation du plan de prise en charge individualisé
- 45 minutes pour la consultation subséquente à la détermination du plan de prise en charge individualisé:
 - Information au patient au sujet du plan de prise en charge individualisé
 - Discussion avec le patient - recherche le consentement en vue de la compliance du patient
- 30 minutes pour chaque séance de prise en charge pour le patient
- 45 minutes pour la préparation et la coordination par staff multidisciplinaire d'évaluation de la situation patient dans son itinéraire individualisé (suivi et bilan des indicateurs cliniques) et réajustement éventuel du plan de prise en charge

Concernant les hôpitaux de jour, la PF-DS a validé ce qui suit:

L'hôpital de jour repose sur un concept organisationnel centré sur le patient et qui dès la consultation optimise le circuit du patient dans l'institution pour permettre une prise en charge planifiée garantissant à la fois la qualité et la sécurité des soins et permettant la sortie du patient le jour même de son admission. Le parcours du patient comprend en amont et aval de l'hospitalisation de jour la coordination ainsi que la collaboration avec les partenaires externes.

Au cours de la prise en charge en hôpital de jour est entrepris un ensemble coordonné d'investigations et de traitements. L'hôpital de jour est une alternative à l'hospitalisation classique pouvant convenir à des situations spécifiques programmées comme la chirurgie ambulatoire, les examens avec ou sans anesthésie/sédation et des traitements médicaux de plus longue durée. Les patients y sont admis sur base de critères définis par les médecins qui reposent sur le type d'acte et/ou prise en charge médical(e) prévu(e), l'état général du patient (classification ASA ou autre), le consentement du patient et son contexte psychosocial. Les algorithmes de prise en charge sont définis par chaque établissement selon EBM-EBN (golden standards) et comprennent également des critères de sortie respectivement de transfert éventuel du patient en hospitalisation classique en fin de surveillance.

Les soignants interviennent dans l'ensemble du parcours du patient:

- La coordination externe et interne en amont
- La préparation du patient (aspects physiques, psychiques, sociaux, éducationnels, ...) au type d'acte et/ou prise en charge médical(e) prévu(e)
- La prise en charge holistique avant, pendant et après l'acte médical
- Le suivi post-hospitalisation
- La coordination en aval

Leurs tâches principales sont les suivantes:

- Elaborer et mettre en œuvre un projet de soins individualisé et en pluridisciplinarité
- Contribuer à la traçabilité des actions de prise en charge du patient
- Organiser et coordonner les activités de soins pour assurer le circuit patient
- Organiser et gérer la prise en charge globale des patients en optimisant toutes les étapes du flux patient en collaboration avec le(s) médecin(s) et l'équipe pluridisciplinaire
- Réaliser les soins techniques dans le respect des bonnes pratiques professionnelles
- Conduire des soins relationnels et éducatifs
- Promouvoir et assurer la prévention de la santé publique
- Assurer un suivi à distance des soins pour surveiller l'évolution du patient
- Assurer la qualité des soins, la gestion des risques et contribuer à l'amélioration de la prise en charge et des pratiques professionnelles
- Assurer la maintenance et la logistique liée aux soins
- Former et accompagner le stagiaire et intégrer le nouveau collaborateur

La proposition de normalisation pour les hôpitaux de jour a été articulée comme suit:

Afin de gérer l'ensemble des composantes du processus de prise en charge du patient en hôpital de jour, la FHL demande un temps de prise en charge de 100 minutes par passage pour les structures d'accueil des patients adultes. Cette demande repose sur les temps réels moyens comptabilisés avec la méthodologie PRN 87 pendant 15 jours dans différents hôpitaux pour chaque passage, sachant que les protocoles éducatifs y sont sous-évalués.

Pour les besoins spécifiques de la prise en charge des patients pédiatriques, la FHL demande 140 minutes par passage. Cette demande repose sur les temps réels moyens comptabilisés avec la méthodologie PRN 87 pendant 15 jours dans différents hôpitaux pour chaque passage, sachant que les protocoles éducatifs y sont sous-évalués.

Pour les besoins de transport des patients et de turn-over rapide des places de surveillance, la FHL demande un ETP supplémentaire pour la durée d'ouverture de la structure entre 6 heures du matin et 21 heures le soir.

Pour la coordination des flux et la gestion du service et de l'équipe, la FHL demande un ETP supplémentaire par tranche de 3000 passages.

Les Directions des Soins se sont penchées sur l'évolution de la profession soignante en considération de l'écart 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, ceci aussi en relation avec les outils de mesure de charge de travail et les évolutions futures dans le cadre du financement des établissements hospitaliers luxembourgeois.

Dans ce contexte et afin de faire évoluer les réflexions nationales autour des mesures de charge de travail, la PF-DS a élaboré une proposition d'une méthode d'élaboration d'un modèle futur de financement et de management des soins qui sera présenté au CA de la FHL début 2015.

Dans cette proposition, la PF-DS retrace les évolutions dans le temps par rapport aux mesures de charge de travail et en considération des défis, risques et opportunités liés aux éventuelles adaptations du modèle de financement, et proposera au CA de la FHL ce qui suit:

Un outil de mesure de charge de travail permettant la mesure des soins directs et indirects requis et des soins donnés, devient un élément-clé du futur financement des hôpitaux.

Ces soins requis et donnés devront se baser sur la situation clinique du patient et prendre en compte l'environnement psychosocial de ce dernier. Ces soins relèvent à la fois du rôle propre, du rôle sur prescription, du rôle de coordination, du rôle éducatif et préventif des professionnels de santé permettant ainsi de définir les besoins en soins et de contribuer aux méthodes diagnostiques.

L'approche de prise en charge sera déterminée en collaboration avec le patient par l'équipe multiprofessionnelle sur base d'un modèle conceptuel et d'une réflexion professionnelle ayant fait ses preuves scientifiques.

Cet outil devra répondre aux objectifs suivants:

- Détermination des dotations
- Monitoring des évolutions des charges de travail en temps réel
- Monitoring des prises en charge et de l'évolution des pratiques (EBN)
- Intégrabilité dans le dossier informatique du patient
- Automatisation des mesures de charge de travail
- Pilotage quantitatif et qualitatif des soins
- Description, valorisation et développement de la profession soignante
- Développement de la recherche en soins (UNI-LU/LMS).

Projet/Objectif:

Réaliser avec l'assistance d'une compétence externe une étude ayant comme objectif de proposer au CA de la FHL:

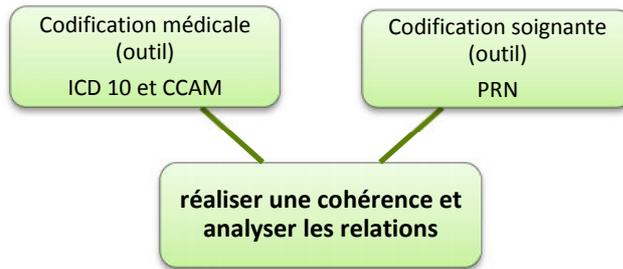
"Une méthode et les modalités pour le financement et le management des soins se basant sur une mesure de charge de travail requise/donnée".

En relation avec ce qui précède et en complément par rapport aux évolutions de la codification médicale et du financement de l'activité soignante dans une nouvelle approche (p.ex. DRG), la PF-DS a fait part à la CCDH de ses propositions:

La PF-DS a retenu qu'il sera opportun de garantir que l'activité soignante soit répertoriée et encodée dans le même esprit que la codification médicale.

Néanmoins la PF-DS constate que ni la volonté politique, ni le projet national géré par la CCDH ne se prononcent positivement par rapport au recensement structuré de l'activité soignante.

La PF-DS a opté pour l'approche suivante:



Le représentant de la PF-DS en CCDH a eu comme mission de sensibiliser et d'informer la CCDH concernant la volonté des DS de réaliser les mesures de charge de travail pour les patients hospitalisés sur base de l'outil PRN, soit en continuant selon une méthodologie d'échantillonnage respectivement par séjour (méthodologie de préférence à adopter en vue des discussions DRG).

La proposition de la PF-DS n'a pas été considérée comme prioritaire par la CCDH.

La PF-DS a rencontré le LTPS en vue de rediscuter et finaliser une version adaptée de la convention-type régissant les relations entre le lycée technique pour professions de santé ou le centre de formation d'une part, et la structure qui sert de terrain d'autre part, concernant l'organisation de:

- l'enseignement pratique du régime professionnel de l'enseignement secondaire technique de la division de l'apprentissage des professions de santé et des professions sociales, section aide-soignant
- l'enseignement clinique du régime technique de l'enseignement secondaire technique de la division des professions de santé et des professions sociales, section de la formation de l'infirmier
- l'enseignement clinique des formations du brevet de technicien supérieur, domaine de la Santé

La PF-DS a activement participé à la réalisation de la Foire de l'Etudiant 2014.

Les Directions des Soins se sont positionnées par rapport aux thématiques discutées en Bureau du CA respectivement en CA de la FHL, dont également la CCT-FHL.

CELLULE PHYSIQUE MÉDICALE

1. GÉNÉRALITÉS

1.1. MISSION

- Assurer le contrôle de la qualité des appareils de radiologie (conventionnelle, interventionnelle, bloc opératoire, urgences, scanners, mammographie), de médecine nucléaire ainsi que la qualité d'images produites (numériseurs, plaques-images à phosphore, consoles d'interprétation) et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).
- Assurer la radioprotection du personnel, du patient, des patients tiers et du public.
- Assurer la formation en radioprotection des médecins et du personnel hospitalier.

1.2. DATE DE CRÉATION

1^{er} octobre 2002.

1.3. COMPOSITION POUR L'ANNEE 2014:

Actuellement la cellule de physique médicale est constituée des experts en physique médicale (EPM) suivants:

- Dr Yassine Ben Hdech, PhD
- Christina Bokou
- Octavian Dragusin
- Olga Kaphammel
- Dr rer. Nat. Alex Meyer

2. OBJECTIFS ET REALISATIONS POUR L'ANNEE 2014

2.1. VOLET CONTRÔLE DES APPAREILS

Tous les appareils d'imagerie médicale sont contrôlés par la cellule physique médicale conformément aux exigences de l'annexe 7 du RGD du 16 mars 2001. Les rapports de contrôles sont envoyés une fois par an par les hôpitaux à la Division de la Radioprotection du Ministère de la Santé. Le RGD décrit deux niveaux d'expertise (A et B).

2.1.1. CONTRÔLES NIVEAU A

Les appareils de radiologie, du bloc opératoire, de médecine nucléaire (les gamma-caméras, le PET-CT et les activimètres), ainsi que la qualité des images produites (numériseurs, plaques-images à phosphore, consoles d'interprétation) sont contrôlés, selon la loi, par l'ATM du service (sous la responsabilité de l'EPM). Il s'agit de tests de constance journaliers, hebdomadaires ou mensuels, en fonction du type d'appareil.

2.1.2. CONTRÔLES NIVEAU B

Il s'agit de contrôles plus élaborés sur la sécurité et la qualité de la chaîne d'imagerie médicale (radiologie, médecine nucléaire et IRM). Ces tests sont effectués par l'expert en physique médicale de manière annuels, semestriels, mensuels ou après l'intervention de la firme.

2.1.3. CONTRÔLES D'ACCEPTATION NOUVEAUX EQUIPEMENTS

Il s'agit de tests de conformité et de sécurité d'un appareil d'imagerie médicale après son installation et avant l'utilisation en routine clinique. Les tests sont effectués par l'expert en physique médicale.

2.1.4. REVUE DES PROCÉDURES CQ

En vue de l'actualisation du RGD 16 mars 2001 en vigueur, la cellule physique médicale a travaillé en collaboration avec le Ministère de la Santé sur l'actualisation des procédures de contrôle qualité pour les différentes modalités.

2.2. VOLET FORMATION CONTINUE ET SYMPOSIUM

2.2.1. POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER

La cellule physique médicale offre des formations régulières en matière de radioprotection pour le personnel hospitalier suivant la demande des établissements hospitaliers.

En 2014 la cellule a organisé des formations en radioprotection pour le personnel au bloc opératoire (ATM bloc op, ATM anesthésie) et en polyclinique, ainsi que deux formations en radioprotection pour médecins spécialisés au bloc opératoire et en radiologie interventionnelle sur une durée de deux jours en collaboration avec la division de la radioprotection du Ministère de la Santé et l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL) et les différents sites hospitaliers. Les formations ont été offertes en deux langues (allemand, français).

2.2.2. POUR LES EXPERTS EN PHYSIQUE MÉDICALE

- Kick-off meeting du projet EURALOC (European epidemiological study on radiation-induced lens opacities for interventional cardiologists), Bonn, 28 janvier 2014.
- EPU: Radiologie interventionnelle, «Formation basée dans l'approche française par rapport à technologie, contrôles de qualité, réglementation et optimisation en radiologie interventionnelle», SFPM, Paris, 02-04 avril 2014.
- International Conference on Radiation Protection in Medicine, Varna, Bulgaria, 30 May-2 June 2014.
- 53es Journées scientifiques de la SFPM, Deauville (France) 4-6 juin 2014.
- 8th ECMP Congress au cours "Quality assurance in MRI" Athènes (Grèce), 11-14 septembre 2014.
- Formation Personne compétente en radioprotection, option sources scellées et non-scellées, Paris, octobre 2014.
- Journée ALAR Luxembourg novembre 2014.

2.3. RADIOPROTECTION

2.3.1. POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER

- Suivi de la dosimétrie du personnel des chambres d'iodothérapie par un dosimètre à lecture directe ainsi qu'un détecteur mains-pieds. Tests complémentaires de contamination des urines deux fois par an.
- Suivi des contrôles des tabliers plombés dans les services de radiologie et du bloc opératoire. Test d'acceptations des nouveaux dispositifs de radioprotection (écrans, paravents mobiles/fixes).

2.3.2. POUR LE PATIENT

- Contrôle des systèmes d'affichage de produit dose surface sur tous les appareils RX conventionnels et interventionnels.
- Relevé des doses patient en radiologie interventionnelle.
- Analyse dosimétrique pour le cas d'irradiation des femmes enceintes.
- Etude dosimétrique pour les examens de scannographie adulte (CT) et de qualité d'image.
- Etude dosimétrique en radiologie pédiatrique.
- Etude dosimétrique en cardiologie interventionnelle.

2.3.3. RADIOPROTECTION DES SALLES

Ce nouveau service de la cellule physique médicale pour le calcul de blindage, pour la radioprotection du personnel et du patient, des patients tiers et du public a été mis en route en 2013. En 2014 les procédures ont été optimisées et standardisées en collaboration avec la Division de la Radioprotection du Ministère de la Santé. Les protocoles de calcul ont été automatisés afin de

faciliter leurs utilisations. Les calculs de blindage sont réalisés sur demande en cas de nouvelles constructions, de changement d'appareil, d'une suspicion, d'une non-conformité pour une salle radiologique etc. En 2014 des calculs ont été effectués pour des salles de radiologie conventionnelle, CT, mammographie et bloc opératoire.

2.4. PROJETS ACTIFS

2.4.1. PROJET ACHAT COMMUN

Participation à l'élaboration d'un cahier de charges pour l'achat pour des SPECT et SPECT-CT en médecine nucléaire.

2.4.2. PROJET DOSIMÉTRIE

- Etat des lieux et optimisation pour différents examens pédiatriques. Saisie de dose nationale pour les examens de radiologie conventionnelle et de CT (adultes et pédiatriques) les plus fréquents et les plus irradiants sur une année en collaboration avec le Ministère de la Santé. Ceci dans le but d'actualiser les NRD actuelles respectivement de créer des nouveaux NRD's.
- Optimisation des protocoles dose scanner: Etude de dose/qualité image sur les protocoles CT avec fantômes, spécifiquement les protocoles avec reconstruction itérative dans le cadre d'un stage universitaire.
- Réunions de sensibilisation avec les médecins, ATMs, responsables d'imagerie, responsables PACS et informaticiens concernant l'optimisation de la dose à l'aide de l'outil informatique et formation du Dose Team.

2.4.3. PROJET MÉDECINE NUCLÉAIRE

- Participation à la mise en route d'une certification pour les services de médecine nucléaire du Luxembourg en collaboration avec le Ministère de la Santé suivant questionnaire L-QUANUM.
- Mise en route d'une étude de poste en médecine nucléaire. Évaluation des doses aux extrémités du personnel. Iodothérapie et PET CT inclus.
- Suivi de la radioprotection pour la radiothérapie avec Ra 223.
- Dans le cadre de l'achat de 2 nouveaux SPECT/CT et 1 nouveau SPECT, des nouvelles procédures CQ pour SPECT/CT ont été élaborées.

2.4.4. PROJET BLOC OPÉRATOIRE

- Suivi de l'étude de dosimétrie au bloc opératoire.
- Conseil en matière de radioprotection patient/personnel lors des interventions.
- Optimisation de la dose au patient et au personnel lors des interventions radiologique au bloc opératoire.

- Campagne de sensibilisation en collaboration avec le Ministère de la Santé: Radioprotection au bloc opératoire «Les bonnes pratiques». Distribution des checklists plastifiées sur les 10 règles en radioprotection pour le patient et le personnel aux médecins intervenant au bloc opératoire et en radiologie interventionnelle.
- Formation en radioprotection du personnel du bloc opératoire et radiologie interventionnelle (voir formation pour le personnel).
- Etude dosimétrique des extrémités et des cristallins pour les procédures de cardiologie interventionnelle (Projet Euraloc).

2.4.5. PROJET CONTRAT DES OBJECTIFS ET DES MOYENS (COM)

En date du 09 janvier 2013, le Président de la CNS a rappelé que les projets de mutualisation au sein de la FHL dans les structures annexes feront désormais l'objet de contrats d'objectifs et de moyens. Tel est donc aussi le cas de l'activité de la cellule physique médicale de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL). Dans ce contexte une proposition d'un COM cellule physique médicale a été envoyée à la CNS. Le COM est structuré de la façon suivante:

Une partie générale, qui décrit, la structure et les missions de la cellule physique médicale en se basant sur l'article 13 du règlement grand-ducal du 16 mars 2001 relatif à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales.

Une partie spécifique qui reprend tous les projets à réaliser pour 2015-2016 pour répondre aux demandes des hôpitaux, du Ministère de la Santé et aussi pour rester conforme avec le RGD du 16 mars 2001. Dans le COM, ces projets sont décrits par des fiches projets.

2.5. ENCADREMENT STAGIAIRE

- Stagiaire M2 physique médicale février-juillet 2014, rapport et poster SFPM juin 2014: Optimisation des protocoles d'acquisition de scanners équipés de la reconstruction itérative.
- Travail de candidature pour un stage pédagogique en physique en collaboration avec le Lycée Technique pour Professions de Santé et avec le Ministère de l'Education, sur une comparaison des niveaux de références diagnostiques en radiologie conventionnelle, par Raoul Tholl Professeur-stagiaire au LTPS, 2014.

2.6. PARTICIPATION AUX COMITÉS/GROUPES DE TRAVAIL

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

- Remplacement du comité de physique médicale de la FHL, la cellule physique médicale est maintenant sous l'autorité de la plateforme des directeurs médicaux et des directeurs des soins. Groupe de travail MCT-RX à la FHL
- Comité scientifique et technique de mammographie au Ministère de la Santé
- Comité de physique médicale au CHL

- Comité de radioprotection à l'INCCI
- Comité de radioprotection au CHdN
- Comité de radioprotection au CHEM
- Comité de radioprotection au HK
- Comité de radioprotection à la ZithaKlinik
- Comité de pilotage L-QUANUM au Ministère de la Santé
- Groupe de travail achat FHL
- Groupe de travail GTS (sécurité) à la FHL (sur demande)
- Participation dans le cadre des audits et certifications de différents hôpitaux.

2.7. PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES ET PRESENTATIONS

- Dose reduction on pediatric whole spine imaging. Advantages of a slot scanning system on dose management and image quality, EFOMP, C. Bokou, Y. Ben Hdech, O. Dragusin, O. Kaphammel, A. Meyer - 2014.
- Présentation au 8th ECMP Congress «5 years continuous patient dose survey in interventional radiology: lessons learned and future potential» Authors: O. Dragusin, P. Frambach, D. Wagner, A. Meyer, J. Beissel, Athens 2014.
- Présentation à la journée ALAR: Dosimétrie Patient: Influence de la technologie et des bonnes pratiques, C. Bokou, Luxembourg, novembre 2014.
- Présentation à la journée ALAR: Etude en Mammographie: l'aide du DACS, Y. Ben Hdech. Luxembourg, novembre 2014.
- Le monitoring de la dose patient en radiologie, Poster SFPM, Y. Ben Hdech, C. Bokou, O. Dragusin, A. Schreiner, O. Kaphammel, A. Meyer - 2014.
- Radiation exposure monitoring and optimization of practices in the radiology departments. Experience from the use of dose management software in the Luxembourgish hospitals, Y. Ben Hdech, C. Bokou, O. Dragusin, O. Kaphammel, A. Schreiner, A. Meyer - 2014.
- Optimisation des protocoles d'acquisition de scanners équipés de la reconstruction itérative, Poster SFPM Y. Ben Hdech, A. Drux - juin 2014.
- International Conference on Radiation Protection in Medicine, Varna, 30may-2june 2014, poster "Comparison of pediatric whole spine imaging dose of a digital radiography, a CR and a newly installed slot scanning system" C. Bokou, Y. Ben Hdech, O. Dragusin, O. Kaphammel, A. Schreiner, A. Meyer - 2014.
- International Conference on Radiation Protection in Medicine, Varna, 30 may-2 june 2014, presentation "Radiation exposure monitoring in Luxembourg" C. Bokou, Y. Ben Hdech, O. Dragusin, O. Kaphammel, A. Schreiner, A. Meyer - 2014.

2.8. PERSPECTIVES POUR L'ANNEE 2015 ET 2016

- Rester conforme avec les missions de la cellule physique médicale.
- Conclusion d'un contrat des objectifs et des moyens pour les années 2015 et 2016 entre la Caisse Nationale de Santé et la cellule physique médicale de la FHL.

- Projet Certification ISO 9001 du service assurance contrôle qualité des appareils d'imagerie médicale.
- Projet Bloc opératoire et radiologie interventionnelle :
 - Formation pour médecins et ATM en collaboration avec la Division de la Radioprotection du Ministère de la Santé, l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL) et des médecins externes spécialisés en radioprotection.
 - Accompagnement et conseil en matière de radioprotection.
 - Optimisation de la dose.
- Projet Médecine nucléaire :
 - Procédures de contrôle qualité (SPECT CT et PET CT TOF).
 - La mise en place de nouvelles technologies dans les sites de médecine nucléaire demande un développement de nouvelles procédures pour le contrôle qualité des appareils SPECT CT et PET CT, afin de rester conforme avec le RGD.
 - L-QUANUM Accompagnement des services de médecine nucléaire pour la réalisation d'une certification L-QUANUM.
 - Etude de poste pour les services de médecine nucléaire et de radiothérapie métabolique.
- Projet Européen EURALOC.

La cellule de PM ensemble avec INCCI sont partenaires dans le projet européen EURALOC. Le projet EURALOC (Epidemiology study on radiation induced lens opacities for interventional cardiology) a pour but de déterminer une relation effet dose en rapport avec l'apparition de cataractes radio-induites chez les cardiologues interventionnels.

- Projet Formation continue ATM de radiologie.
- Achat commun: Participation à l'élaboration d'un cahier des charges pour l'achat de trois nouveaux CT pour les services d'imagerie médicale.

2.9. RÉPARTITION DES EXPERTS EN PHYSIQUE MÉDICALE PAR ÉTABLISSEMENT POUR 2014

Etablissement	EPM
CHL: Hôpital Municipal CHL: Clinique pédiatrique CHL: Clinique d'Eich Centre National PET-scan CPL: Centre Pénitencier de Luxembourg	Christina Bokou Olga Kaphammel support pour le site Clinique d'Eich et CPL
INCCI	Octavian Dragusin
CHEM: site Esch/Alzette CHEM: site Niederkorn CHEM: site Dudelange	Alex Meyer Octavian Dragusin support pour CHEM site Niederkorn et site Dudelange
FFE/Hôpital Kirchberg FFE/Clinique Ste Marie Rehazenter (CNRFR)	Yassine Ben Hdech
CHdN: site Ettelbrück CHdN: site Wiltz	Olga Kaphammel
ZithaKlinik	Octavian Dragusin

PLATE-FORME DES DIRECTEURS ADMINISTRATIFS & FINANCIERS, COMMISSION TECHNIQUE FINANCIÈRE FHL/CNS, COMMISSION FINANCES

1. MISSIONS

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

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

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

A titre d'exemple, il 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, ainsi qu'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 respectivement soins, et avec les responsables des fonctions de support. Les actions engagées sont validées au niveau du Bureau du CA et du Conseil d'Administration de la FHL (CA).

3. GROUPES DE TRAVAIL

Les établissements et la CNS (pour les Commissions paritaires) sont associés aux démarches via les différents groupes de travail:

- Commission Finances (CFIN),
- Commission Technique Financière (CTF),
- Groupe de pilotage CAEH,
- Groupe d'investissement médico technique,
- Sous-Groupe Enveloppe d'investissements,
- Sous-Groupe Normes administratives.

Les principaux axes de travail sont pour 2014:

- Suivi Convention cadre FHL/CNS,
- Budgets 2015/2016,
- Comptabilité Analytique des Etablissements Hospitaliers (CAEH),
- Facturations,
- Contrat d'objectifs et de moyens,
- Programme Incitants qualité/nouvelle mission réviseur d'entreprise,
- Enveloppes d'investissement,
- Directive concernant les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers,
- Conventions (AWC, Van Breda/Cigna, Laboratoire).

4. EQUIPE

L'équipe en charge des dossiers Finances est constituée, du Conseiller Economique, du Statisticien, et selon besoin, des Conseillers Juridiques et du Conseiller Soins. Elle est également assistée par le Secrétariat. 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. SUIVI CONVENTION CADRE FHL/CNS

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

La FHL a pris l'initiative de refondre la convention cadre FHL/CNS et la nouvelle convention cadre a été signée le 21 décembre 2012 avec entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Outre l'application de nouveaux principes budgétaires (enveloppe budgétaire globale) et comptable (projet CAEH), cette convention prévoit également l'établissement de contrats d'objectif et de moyens pour trois domaines (physique médicale, laboratoire et informatique).

Par rapport au texte initial, il a été constaté que certains points nécessitent des ajustements respectivement des clarifications.

5.1.1. ENTITÉS FONCTIONNELLES

PLACES DE SURVEILLANCE PATIENTS AMBULATOIRES

La FHL a proposé de rediscuter de la séparation de l'entité fonctionnelle "Places de surveillance". Une ventilation des frais de l'entité fonctionnelle "Places de surveillance" entre les trois activités chirurgie, médecine interne et pédiatrie (et éventuellement rééducation gériatrique ambulatoire) permettrait d'obtenir des tarifs moyens plus représentatifs des actes effectués. Cette demande rentre dans le cadre de la mise en application de la directive européenne concernant les droits des patients. Un groupe de travail a été mis en place avec pour mission de réaliser des listes définissant l'activité des trois activités. La création de ces entités fonctionnelles est envisagée pour les budgets 2017/2018.

ENDOSCOPIE

La séparation de l'endoscopie de la polyclinique a déjà fait l'objet de discussion en 2004/2005. A l'époque l'endoscopie n'avait pas été séparée de la polyclinique à cause de l'impossibilité pour certains établissements de séparer les frais de l'endoscopie des frais de la polyclinique. Les dotations sont toutefois spécifiques. La commission des normes a déjà établi en 2006 une liste exhaustive des actes endoscopiques ainsi qu'une norme pour le calcul de la dotation de l'activité en question. Une EF "Polyclinique endoscopique" permettrait aussi de déterminer des tarifs plus réalistes étant donné que le tarif polyclinique moyen est beaucoup plus faible. De nouvelles discussions sont menées en 2014. Les établissements ont transmis à la CNS les informations nécessaires pour la détermination d'un tarif. Des tarifs séparés pour la polyclinique et la polyclinique endoscopique ont été fixés lors des négociations budgétaires 2015/2016 sur base des informations transmises.

5.1.2. PARTICIPATION STATUTAIRE KINÉSITHÉRAPIE

La CNS a adapté ses statuts concernant les passages kinésithérapie. Selon la règle, les patients qui reçoivent un traitement kinésithérapie (ambulatoire) suite à une hospitalisation devront payer une participation comme dans le secteur libéral. La modification des statuts de la CNS entre en vigueur le 1^{er} avril 2014. Les établissements devront désormais facturer le tarif kinésithérapie y inclus la participation à charge du patient à la CNS si applicable. Le montant global de la participation statutaire sera à régulariser avec la CNS à la fin de l'année au niveau du décompte d'exercice suite à un calcul effectué par la CNS.

5.2. BUDGETS

5.2.1. ENVELOPPE BUDGÉTAIRE GLOBALE 2015/2016

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

Le gouvernement fixe la progression de l'enveloppe budgétaire globale en se basant sur un rapport d'analyse prévisionnel sur l'évolution des dépenses du secteur hospitalier pour les deux années à venir établi par l'inspection générale de la sécurité sociale. Ce rapport a été publié par l'IGSS en septembre 2014. Le conseil de gouvernement a retenu en date du 19 septembre 2014 une progression de 4% pour l'année 2015 (863,1 millions €) par rapport au total des dépenses estimées à charge de la CNS de l'année 2014 (829,9 millions €) et une progression de 3% pour l'année 2016 (889 millions €) par rapport à l'enveloppe globale 2015.

Le règlement stipule que la CNS prévoit lors des négociations une réserve pour imprévus, ne pouvant dépasser 2% de l'enveloppe globale. Cette réserve est à déduire de l'enveloppe. En plus de cette réserve, la CNS déduit encore un certain montant pour la prime annuelle, les pensions complémentaires et les indemnités pour médecins de garde. Le "Solde à disposition pour budgets individuels FF et FV" s'élève à 836,3 millions € en 2015 et à 858,9 millions € en 2016.

Cette progression du budget vise à prendre en considération un nombre important d'inconnues: les accords salariaux, l'augmentation de 2 points de la TVA, les répercussions du nouveau plan hospitalier, les projets de construction/transformation en cours de discussion ou devant être soumis au niveau de la CPH, les recommandations de l'ITM, les projets en cours de financement ou sujets à financement, comme le projet de documentation hospitalière, les projets à inclure dans le COM et pour finir, la prise en compte des mises en exploitation des nouvelles structures et services (le foyer de jour d'alcoologie du CHNP, les places supplémentaires de dialyse du CHEM/CHdN/ZithaK, la maternité du CHL, le projet E Bau de la ZithaK, les travaux de modernisation de Wiltz et du CHEM). L'activité de la CSM doit également être clarifiée.

5.2.2. SIMULATIONS SALARIALES

Dans le cadre des négociations budgétaires, les établissements ont dû chiffrer l'impact de l'évolution de la masse salariale en fonction des barèmes en place pour chaque salarié et en fonction des facteurs connexes à la détermination de l'évolution de la masse salariale. Comme Sirhius n'a pas pour l'instant de module permettant de réaliser ce type de prévisions, la FHL a reçu le mandat de travailler avec LuxITH pour améliorer les rapports d'analyse pour le calcul des facteurs (taux de glissement, taux de réduction, ...) déterminant des frais de personnel budgétisé. Un cahier des charges pour la mise en place d'un module spécifique sera étudié par la suite avec l'organe de pilotage de Sirhius (COPIL) en lien avec la PF-DAF et LuxITH.

5.2.3. NÉGOCIATIONS 2015/2016/DÉCOMPTES 2013

Les négociations budgétaires ont eu lieu en octobre (frais variables) et en novembre 2014 (frais fixes). Les négociations n'ont pas pu être finalisées en fin d'année en raison des interprétations possibles de la recommandation de l'ITM en matière de prévention incendie. La CNS a donc saisi à titre conservatoire la Commission des budgets sur base de l'article 43 alinéa 4, les budgets 2015/2016 respectivement les décomptes relatifs à l'exercice 2013 n'étant pas clôturés.

5.2.4. TRANSPOSITION DES RECOMMANDATIONS ITM

Suivant les recommandations de l'ITM en matière de prévention incendie, les hôpitaux doivent organiser un service de sécurité incendie. La transposition des recommandations n'est pas aisée car les textes sont flous sur un certain nombre de points comme par exemple, les exigences en matière de formation et de disponibilité des agents de type M1 et de type M2. La transposition des recommandations peut pour certains hôpitaux nécessiter un investissement financier important. Le manque de précisions constitue une inconnue pour la détermination des budgets nécessaires. La CNS a validé vis-à-vis du préposé, à savoir la prise en charge de la moitié de la dotation telle que calculée par la FHL. La Commission des normes devra statuer. Le cas échéant, il faudra régulariser la situation via rectification budgétaire en 2015/2016.

5.2.5. RECTIFICATIONS 2014: FINANCEMENT DIM

Le financement de ce service est prévu dans la réserve de l'enveloppe budgétaire globale 2013/2014. La CNS a néanmoins désiré attendre que la Commission Consultative de la Documentation Hospitalière (CCDH) fixe les grandes lignes au terme de la phase test - qui portait sur 25% des dossiers - avant d'entamer les discussions en 2014 sur cette norme (activité, charge de travail, échéance, formation du personnel, ...).

Comme certains établissements avaient déjà entamé des travaux de préparation (engagement et formation des salariés), la FHL a introduit une demande de rectification début janvier 2014. Suivant la

convention FHL/CNS, la FHL a donc pu reporter jusqu'à fin avril 2014 le dépôt légal du dossier pour étoffer si besoin le dossier d'établissement de la norme.

La CNS en négociation budgétaire s'est engagée à prendre en charge les travaux de préparation via décompte.

5.3. COMPTABILITÉ ANALYTIQUE DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

5.3.1. MANUEL DES RÈGLES DE CALCUL

La nouvelle version du Manuel des règles de calcul déjà annoncé en 2014 a été publiée par la CNS début 2015. Cette version entre en vigueur le premier janvier 2015. Les changements concernent:

- Compte 6211411 Gratifications 13^e mois
- Compte 6211412 Gratifications autres
- Compte 61872 Catégorie de frais – Frais de personnel
- Entité fonctionnelle "Policlinique endoscopique"
- Fonctionnalité 2.19 Data manager - Staff de direction
- Fonctionnalité 2.20 Documentation hospitalière-Staff de direction

Cette nouvelle version sera encore à valider par la CTF.

5.3.2. VOILET COLD RUN

Suite au projet CAEH, la CNS a lancé en 2013 avec l'accord des établissements hospitaliers une nouvelle mission de consultance pour KPMG baptisée "COLD RUN". Visant à soutenir la simulation de la cascade "nouvelle version" et la transposition du modèle de calcul coût par patient.

La mission était initialement divisée en trois parties:

- Établir l'inventaire des activités non opposables et proposer une valorisation de ces activités.
- Mettre en œuvre la répartition analytique des charges et des produits en introduisant si besoins les adaptations jugées nécessaires.
- Évaluer le modèle de calcul du coût hospitalier par patient pour un échantillon de séjours et vérifier la plausibilité des résultats. Ce dernier volet ne sera finalement pas retenu à ce stade du projet en raison des connexions nécessaires avec le projet de documentation hospitalière.

Le consultant a été chargé de réaliser l'inventaire et la valorisation des activités non-opposables, la mise en œuvre de la répartition analytique, puis d'assister les établissements dans l'adaptation de la cascade et proposer des solutions aux questions pour lesquelles le manuel ne donne pas de réponses.

Pour la mise en place du modèle de calcul du coût hospitalier par patient sur un échantillon de types de séjours, il a été retenu de définir les règles précises de comptage des unités d'œuvre, d'arrêter des listes exhaustives des consommables à imputer individuellement au coût par patient et en

dernier lieu de définir la méthodologie précise permettant d'imputer les frais de personnel au coût par patient.

La CNS a proposé que tous les établissements (y compris les établissements spécialisés exclus initialement du projet CAEH) établissent les simulations pour pouvoir trancher les problèmes d'interprétation.

La CNS a établi la trame de fichier pour le recensement des informations budgétaires. Le masque pour l'établissement de la cascade constitue le premier pas vers l'introduction d'un format informatique standardisé pour le transfert des informations, (...) via fichiers "XML". La CNS souhaite à terme pouvoir effectuer une vérification simplifiée de la cascade. Le masque a été finalement automatisé mais il représente une charge de travail considérable pour les établissements car d'une part, il n'est pas possible de transférer toutes les informations requises des systèmes de gestion des établissements et d'autre part, les établissements devraient alors uniquement fournir les données primaires, c. à d. les clés et les données des différents centres de frais principaux avant la répartition de la cascade ce qui constitue un risque pour l'établissement concernant le maintien de la cohérence des données budgétaires après traitement du fichier par la CNS.

La mise en service du transfert automatique est finalement prévue pour mi 2015 et permettra de tester le suivi budgétaire du premier semestre 2015. La FHL agira comme l'interlocuteur entre la CNS et les établissements. Le support de 3 à 4 personnes issues des équipes informatiques des hôpitaux travaillant de concert avec la CNS est requis pour assurer un bon suivi du projet.

5.4. FACTURATION

5.4.1. FACTURATION LABORATOIRE: ADAPTATIONS DES RÈGLES

Pour mémoire, une prestation laboratoire est considérée comme hospitalière, lorsqu'elle 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 concomitante d'une autre entité fonctionnelle dans un délai de 2 heures. La CNS avait accepté à partir de 2014 de changer la règle des 24 heures/2 heures étant donné que dans un établissement les analyses laboratoires sont souvent suivies après deux à quatre heures d'une unité d'œuvre concomitante.

Les services de facturation des établissements se sont concertés avec la CNS (pour l'hospitalier et l'extrahospitalier) sur le système des décomptes des heures, les problèmes de facturation de décompte et l'impact organisationnel. Il a été retenu les points suivants:

- Dans le cas du service extrahospitalier (actes nomenclatures), la programmation des applicatifs CNS sera adaptée afin de tenir compte des heures/des passages des unités concomitantes.
- Puis, la règle selon laquelle un acte est périmé après deux ans ne s'appliquera pas aux actes déjà facturés et refusés de façon erronée.
- Chaque établissement pourra renvoyer dès que la programmation du service extrahospitalier a été adaptée un fichier de pré-facturation qui inclue aussi bien les actes hospitaliers qu'extrahospitaliers.

Parallèlement, il est prévu de suivre de près si avec la nouvelle cascade les établissements feront un profit ou une perte au niveau du laboratoire extrahospitalier en raison notamment de la baisse de 20% des tarifs des actes laboratoires.

5.5. CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

L'article 12 de la convention cadre FHL/CNS prévoit que la Commission Technique Financière élaborera des approches de mutualisation pour les trois activités suivantes: informatique, laboratoires, achat commun.

Chaque projet de mutualisation fera l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens entre la FHL et la CNS. La prise en charge des frais relatifs à ces activités se fera sous la forme d'achat de prestations appelées "activités nationales" inscrites dans les budgets hospitaliers. L'organisation de ces activités pourra se faire indifféremment à la FHL, dans les établissements hospitaliers ou dans toute autre structure apportant un support ou service à l'activité hospitalière.

Par rapport à l'accord cadre, la CNS a proposé de rajouter la physique médicale aux domaines sous contrat d'objectifs et de moyens.

Pour la CNS, les COM sont des instruments permettant de responsabiliser les établissements. Les financements accordés pour les COM par domaine et par établissement sont à intégrer dans les budgets individuels des établissements. Les moyens mis à disposition par la CNS pour la réalisation d'un projet peuvent prendre la forme d'une cotisation à la FHL ou d'un achat d'une prestation de services par l'établissement. Le financement par la CNS de projets de mutualisation est lié exclusivement à l'atteinte d'objectifs. Il pourra y avoir une restitution partielle ou intégrale des moyens mis à disposition au cas où les objectifs ne seraient pas atteints.

Au niveau de l'organisation du document COM, il est proposé d'avoir une partie relative à l'organisation et aux résultats à atteindre, et en annexe le détail de l'activité sous forme de projet. Pour chaque projet, il y aura une fiche qui documente les objectifs, indique les modalités organisationnelles et les résultats à atteindre. La réalisation des objectifs doit être vérifiable aux moyens d'indicateurs.

La rédaction d'une structure de document met en évidence plusieurs problématiques:

- L'art. 12 de la convention FHL/CNS prévoit que "Chaque projet de mutualisation fera l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens entre la FHL et la CNS". Il convient d'identifier qui va signer les COM: (1) la CNS avec la FHL ou (2) la CNS avec les établissements hospitaliers. Dans le cas 1, comment se formalise l'engagement des établissements?
- La participation des établissements dans le COM est à géométrie variable et en fonction des projets. En effet, il est envisageable que les établissements ne participent pas nécessairement tous à toutes les activités mutualisées/nationales. Il faudra donc définir quel établissement est impliqué directement ou indirectement dans un domaine de COM. Dans ce contexte, l'engagement respectivement le non engagement de l'établissement doit être explicité.

Il est également recommandé:

- par la CNS que la création potentielle de structures privilégie la mutualisation des ressources et ne génère pas de demandes additionnelles de financement en particulier au niveau des infrastructures et de leur gestion (frais de fonctionnement, ...).
- par la FHL qu'un système d'incitants au profit des établissements participant aux projets de mutualisation soit mis en place car c'est un élément fédérateur, un facilitateur pour mobiliser/motiver le personnel hospitalier et pérenniser l'action.

Pour structurer la démarche COM Achats, la CNS a pris l'initiative d'engager EY pour la réalisation d'une étude du fonctionnement de l'achat central dans les autres pays et de le comparer à l'achat commun FHL. L'étude a été communiquée fin 2013. En août 2014, les établissements ont participé à la seconde étude d'EY commandée par le Ministère de la Sécurité Sociale.

Les COM ne pouvant être signés avant la fin 2014, et comme les montants sont déjà prévus dans les budgets des établissements, la CNS a proposé de renouveler les budgets des activités des prestations de services pour les années 2013/14 sur base du budget 2012 en attendant la validation des COM définitifs pour les budgets 2015/2016.

5.6. PROGRAMME D'INCITANTS QUALITE

Le programme Incitants Qualité (IQ) prévoit pour 2014 la mise en place d'indicateurs de transparence et d'efficience. Les travaux porteront sur l'application du plan comptable normalisé, l'application des règles de comptabilité générale et des travaux sur les articles chers. Les deux premiers volets seront à valider par le réviseur externe des établissements.

5.6.1. APPLICATION DU PLAN COMPTABLE NORMALISÉ:

La vérification de l'application du plan comptable normalisé fait déjà partie de la mission de base du réviseur d'entreprise. Le certificat standard établi par le réviseur serait normalement suffisant.

5.6.2. APPLICATION DES RÈGLES DE COMPTABILITÉ ANALYTIQUE ET APPLICATION DES RÈGLES DE CALCUL DE LA CASCADE:

Le réviseur devra vérifier l'application des règles définies par le manuel des règles de calcul du coût hospitalier par patient. Les éléments à vérifier et les modalités de contrôle seront convenus à l'avance. Il s'agira de domaines qui seront vérifiés en détail. Des conclusions du réviseur plus précises pourront permettre in fine une évaluation permettant de justifier le niveau de prime à allouer. La CNS propose de se focaliser en 2014 sur les domaines suivants:

- Imputation des frais de personnel,
- Cohérence entre les comptes annuels et la comptabilité analytique,

- Vérification de l'application des règles sur base de quelques centres de frais encore à déterminer (p. ex.: les salles opératoires).

Sur le module efficience, KPMG a accompagné la CNS dans l'articulation des travaux de révision sur les points concernant l'application du plan comptable normalisé, l'application des règles de comptabilité analytique et l'enregistrement nominatif des articles chers.

La CNS a confirmé son intention de prévoir pour le contrôle des règles de comptabilité analytique un certificat limité aux "procédures convenues", c. à d. la comptabilisation des frais de personnel, la réconciliation des comptes annuels et de la comptabilité analytique, et la vérification de la cascade budgétaire pour un CFA donné.

La mission du réviseur a donc dû faire l'objet de clarification au niveau de sa charge de travail afin de lever toute ambiguïté concernant les tâches à réaliser. C'est la CTF qui a été mandatée pour valider la mission. Les réviseurs de chaque établissement ont été consultés et une requête pour une recommandation unique pour tous les réviseurs a été introduite auprès de l'Assemblée Générale de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises (IRE) avec pour objectif d'assurer une meilleure comparabilité des résultats. L'IRE a constitué un groupe de travail regroupant les quatre plus grands cabinets de réviseurs. Les coûts de cette mission dépendront essentiellement de la taille de l'échantillon que la CTF exigera. La CFIN a été mandatée pour faire une proposition concernant les modalités de définition de l'échantillon. La taille de l'échantillonnage pour SN/SI et Bloc OP est un point critique car elle impactera le coût de la mission.

Concernant le système respectivement la procédure pour l'imputation des articles chers par patient, il a été proposé pour le bloc OP de:

- mettre en place d'abord un système qui permet l'imputation des frais sur le patient, puis par la suite, d'augmenter la granularité,
- de fixer une limite de prix à 200€ pour un article ou un set d'articles (le prix par article n'est pas connu si un set a été acheté), afin de garantir la comparabilité. Cette limite de prix pourra être abaissée par la suite.

Sur proposition FHL, il est en premier lieu retenu de ne considérer que les médicaments L01 au niveau de la chimiothérapie afin de garantir la comparabilité des établissements.

La liste des informations nécessaires concernant les chimiothérapies et les implants a donc été dressée. Les établissements doivent maintenant identifier s'ils sont à même de fournir ces informations.

En ce qui concerne le recensement des implants et de la chimiothérapie, il a été décidé de se baser sur la CCAM.

La mission du réviseur est au final plus limitée, notamment au niveau du volet cascade. La Commission d'Evaluation a proposé que le cahier des charges ne comporte plus des critères de certification concernant le point de l'enregistrement par patient des implants et des médicaments chers.

Malgré les nombreux amendements déjà réalisés, le cahier des charges doit encore être clarifié.

5.7. ENVELOPPE D'INVESTISSEMENT

Le sous-groupe Investissement formé en 2013 a d'une part cartographié ce qui est financé/à financer et d'autre part cherché à proposer un modèle de planification des investissements pour pouvoir mieux planifier sur les 15 ans à venir les investissements nécessaires pour assurer le remplacement et la modernisation des infrastructures et équipements actuels en exploitation.

Plusieurs approches ont été préconisées pour déterminer les besoins: l'approche comptable, l'approche technique, l'approche historique via un inventaire des projets de loi de 1976, 1990 et 1999 et l'évolution des enveloppes sur les 15 dernières années.

Pour l'approche comptable, les travaux réalisés à partir des données des tableaux d'amortissement n'ont pas permis d'avoir une vue exhaustive des besoins en terme de renouvellement car les données bien que classées par type d'investissement, sont noyées dans des lignes comptables se référant fréquemment à des enveloppes budgétaires plus larges. Des projections ont néanmoins été réalisées mais pour aller plus loin dans l'analyse, les travaux se sont concentrés prioritairement sur deux structures, l'HK et CHdN, les nouvelles constructions étant plus simples à analyser.

Dans le cadre de l'établissement d'un nouveau modèle, il est prévu de prendre contact avec la BEI.

5.8. DIRECTIVE CONCERNANT LES DROITS DES PATIENTS EN MATIERE DE SOINS DE SANTE TRANSFRONTALIERS

La directive est applicable depuis le 23 octobre 2013. La CNS doit informer les patients étrangers non-résidents/non-assurés CNS de la méthode en matière de tarif qui est appliquée, à charge des établissements hospitaliers de fournir à ces patients les prix/tarifs en cas de demande de renseignements de leur part.

La directive précise que les tarifs appliqués dans le cas des patients étrangers ne doivent pas être discriminatoires par rapport aux patients résidents affiliés à la CNS et doivent refléter le tarif par rapport au coût réel dans l'établissement concerné. Pour se conformer à la directive, il est retenu de calculer les tarifs par établissement et que ces tarifs tiennent compte de tous les frais à charge de la CNS (frais fixes sur base annuelle et frais variables) par analogie au cas d'un assuré CNS. Cette méthodologie permet de faire une distinction entre le stationnaire et l'ambulatoire et les patients pourront être classés en fonction du traitement effectué. Les FF unitaires seront calculés en divisant le total des FF par le nombre d'épisodes, ce qui implique que, plus l'hôpital a d'activité, plus le FF unitaire sera faible. La régularisation de cette activité non opposable se fera au niveau du décompte sur base des tarifs réellement encaissés par les établissements. L'éventuel dépassement restera dans la partie opposable du budget et à charge de la CNS.

Face aux craintes de tourisme médical qui pourrait négativement impacter l'EBG, il faut préciser que:

- si l'assuré présente une carte EHIC, la directive lui est applicable,
- les tarifs ne s'appliquent pas aux patients qui se présentent avec un formulaire S2 et pour les traitements stationnaires les patients ont toujours besoin d'une autorisation.

La CNS demande à être informée par les établissements si beaucoup de patients viendraient au Luxembourg afin de profiter d'un tarif particulièrement favorable. Le cas échéant, un tarif plus proche de la réalité serait à déterminer le plus rapidement possible.

Il est prévu d'établir d'ici la fin de l'année 2015 un modèle qui permettra de déterminer les coûts réels pour au moins une partie des traitements comme par exemple les opérations chères afin de limiter le risque financier résultant des patients qui viennent de l'étranger pour un traitement à Luxembourg.

5.9. CONVENTIONS

5.9.1. CONVENTIONS AWC ET VAN BREDA/CIGNA

AWC a repris en 2012 une partie des activités précédemment gérées par Van Breda. Dans le cadre d'une clarification des différents aspects des procédures de prise en charge et de facturation, la FHL a entamé des discussions pour la mise en place d'une nouvelle convention sur base du précédent contrat. Sur le plan opérationnel, les communications entre institutions n'ont pas posé de problème. Sur le plan juridique, la FHL a finalisé le processus de revue du texte de la convention AWC /FHL. Ce dernier servira de base pour la mise en place d'une convention cadre. AWC qui souhaitait aligner la convention sur son modèle de contrat, a, au final accepté l'ensemble des spécificités du secteur.

Une approche similaire a été initiée pour Van Breda/Cigna à sa demande. Pour mémoire, Cigna est une compagnie d'assurances américaine avec laquelle Van Breda a fusionné.

ACHATS COMMUNS

1. OBJECTIF ET STRATÉGIE

L'objectif de l'activité achats communs de la FHL consiste à réaliser des actions collectives afin d'optimiser le rapport qualité/coût des achats des hôpitaux. Les axes de réalisation de cet objectif sont l'articulation de marchés communs et de démarches d'harmonisation des conditions contractuelles, ainsi que le partage de bonnes pratiques dans le cadre d'un réseau d'acteurs coordonnés.

Les actions communes sont mises en œuvre dès lors qu'une analyse de marché permet d'identifier un potentiel d'optimisation du rapport qualité/coût d'achats déterminés.

2. ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ

2.1. CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (COM)

L'activité achats communs est un secteur prioritaire de mutualisation dans le secteur hospitalier. Elle fait partie des 4 activités qui sont expressément visées par l'article 12 de la convention-cadre FHL/CNS et est à ce titre une activité devant faire l'objet d'une organisation nationale définie dans le cadre d'une convention d'objectifs et de moyens entre la FHL et la CNS.

En 2014, la FHL a, dans le cadre des négociations du COM, effectué une présentation détaillée à la CNS de son mode de fonctionnement, des raisons d'être de ce mode de fonctionnement et de son potentiel de déploiement à l'avenir. La FHL a présenté à la CNS sa feuille de route pour les marchés à venir, ainsi que le contexte et les contraintes spécifiques à prendre en compte pour piloter le développement des marchés.

La FHL était prête à recevoir la position de la CNS sur la définition des concepts fondamentaux du COM, proposés par la FHL fin 2013 afin de structurer le COM, sa négociation et la documentation afférente.

En 2014, le cabinet EY a, sur mandat du ministre de la Sécurité sociale, entamé une étude relative à la mutualisation de la fonction achat des hôpitaux luxembourgeois. Dans ce contexte, La FHL a assisté ses membres dans le cadre des réponses à un questionnaire sollicitées par EY pendant l'été 2014. L'étude réalisée par EY est indissociable des discussions relatives au COM et devrait se poursuivre en 2015.

2.2. STRUCTURATION DE L'ACTIVITÉ

2.2.1. ORGANES COLLÉGIAUX

L'activité conçue et déployée depuis de nombreuses années par la FHL est axée sur une structure d'organes collégiaux assistée, sur base d'une complémentarité de compétences, par les services du Secrétariat Général:

- Le Comité de Pilotage Achat Central propose la stratégie de l'activité au Conseil d'Administration de la FHL. Il valide la planification des marchés communs et la structuration de l'activité, supervise l'action des groupements d'achat et veille à l'harmonisation des processus et procédures dans les différents segments d'action. Il est présidé par un directeur d'établissement (Président en fonction: Monsieur Jean-Paul Freichel, Directeur Administratif et Financier du CHL).
- Les groupements d'achat recensent les marchés communs réalisables dans leurs segments d'action respectifs. Ils analysent le potentiel économique des marchés afin de définir leur faisabilité conformément à la stratégie de l'activité. Ils étudient les cas de recours aux différents types de procédures d'achat au regard des besoins et contraintes.
- Les groupes de travail réalisent les projets de marchés. Chaque groupe est composé de représentants de tous les établissements participant à un projet déterminé. Chaque groupe définit les besoins communs en termes de spécifications techniques, détermine les tactiques de mise en concurrence ou de négociation et le type de procédure mis en œuvre. Les groupes de travail effectuent les analyses des offres et proposent les décisions d'attribution des marchés.

Les principaux éléments de l'activité des groupements d'achat en 2014 peuvent être synthétisés comme suit:

- Le groupement des pharmaciens-gérants (médicaments et matériel médical), qui agissent inter pares (le groupe n'a pas de Président), a notamment effectué une mise à jour documentée de l'analyse du segment des médicaments, en vue de définir quels nouveaux marchés pouvaient encore être réalisés (dans ce segment, une grande partie des marchés où une démarche commune présente une plus-value ont déjà été réalisés). Le groupement a par ailleurs affiné ses méthodes de travail et notamment le plan des rapports d'analyse et la méthode d'exposé des bilans des marchés communs.
- Le groupement d'achats médico-technique (présidé par Madame Valérie Boissart, responsable de la cellule biomédicale du CHL) a poursuivi l'activité déployée depuis 2010 et a de surcroît entamé une démarche d'harmonisation et d'optimisation des conditions contractuelles des établissements, avec en première ligne les instruments chirurgicaux.
- Le groupement d'achat non médical a été activé avec la désignation de Monsieur Frank Gansen (Directeur Administratif et Financier du CHNP) comme Président. Le groupement a passé en revue les marchés potentiels dans son segment afin de lancer les premières initiatives de marchés communs en 2015.
- En matière de services informatiques, la FHL a affiné sa méthode de recours à la collaboration de LuxITH GIE comme consultant technique et méthodologique dans les marchés informatiques.

2.2.2. MODÈLE DE COOPÉRATION DANS LES MARCHÉS COMMUNS

Un modèle de fonctionnement a spécifiquement été retenu pour la réalisation des marchés communs:

- Les hôpitaux ayant des personnalités juridiques distinctes et autonomes, ils doivent chacun être parties au contrat en exécution duquel les commandes et livraisons seront effectuées, et les directions et services de chaque hôpital doivent manifester leur accord avant de conclure des conventions qui les engagent. Cet accord est retranscrit dans une "convention de centrale d'achat", conclue spécifiquement pour chaque marché commun, et qui décrit les missions respectives de la FHL et des établissements, ainsi que le processus décisionnel adopté.
- Au niveau des groupes de travail, les décisions prises en commun sont mises en œuvre par un binôme composé d'un référent technique acheteur et d'un conseiller de la FHL spécialisé dans la gestion des marchés communs et les procédures d'achat public. Toutes décisions et documentations sont validées en commun.

En 2014, ce modèle ayant fait ses preuves depuis 2010 continue à être appliqué et permet d'obtenir des résultats concrets tant au niveau fonctionnel qu'au niveau économique.

2.2.3. DOCUMENTATION DE L'ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ

L'organisation de l'activité est documentée par les services du Secrétariat Général et est validée par les organes décisionnels de la FHL, en ce qui concerne la structuration des organes collégiaux, le processus décisionnel dans les marchés communs (délégation de compétence du Conseil d'Administration au Secrétaire Général de la FHL) et les processus standardisés de gestion des marchés.

En 2014, une nouvelle formalisation de la planification des marchés a été adoptée.

3. EVOLUTION ET ORGANISATION DES RESSOURCES

L'un des principaux événements en 2014 au niveau du Secrétariat Général réside dans le recrutement et l'entrée en fonction d'une conseillère supplémentaire affectée à l'activité achat commun. La FHL se dote ainsi, dans le cadre de la plate-forme multidisciplinaire du Secrétariat Général, d'une cellule de conseillers spécialisés dans la gestion des marchés communs, en contact permanent avec les référents acheteurs, les groupements d'achats et les groupes de travail. Ce renforcement des ressources a permis de répondre aux demandes de service croissantes des établissements, et permet d'anticiper les besoins à venir, notamment en considération de la feuille de route fixée et de la prise d'effet, à court terme, du COM relatif aux achats communs.

4. MARCHÉS

4.1. MARCHÉS CONCLUS

4.1.1. FOURNITURE D'ALBUMINES ET D'IMMUNOGLOBULINES

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, HRS,
- Envergure: 2.700.000.- EUR HT par an, durée de 4 ans,
- Résultat: maintien de la qualité, augmentation de la gamme de fournitures au catalogue (immunoglobulines 10%), avec mise en place d'un processus industriel permettant d'assurer la continuité de l'approvisionnement à prix non révisable, et de contribuer à l'autosuffisance nationale en sang et produits sanguins, avec une contrepartie financière proportionnée.

4.1.2. PROCÉDURES NÉGOCIÉES POUR LOTS INFRUCTUEUX DANS LE CADRE DE LA PROCÉDURE OUVERTE PASSÉE EN 2013

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS,
- Envergure: 55.000.- EUR HT, durée de 2 ans,
- Résultat: des économies ont été réalisées tout en maintenant un niveau de qualité satisfaisant.

4.1.3. RENOUVELLEMENT DU MARCHÉ DES SOLUTIONS POUR PERFUSION

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS,
- Envergure: 860.000.- EUR HT par an, durée de 3 ans,
- Résultat: baisse des prix et maintien global du niveau de qualité.

4.1.4. FOURNITURE D'AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, HRS,
- Envergure: 207.000.-EUR HT par an, marché de 20 mois,
- Résultat: bilan qualitatif stable, maintien d'un niveau de remise malgré la situation de monopole du fournisseur, avec engagement des Etablissements conditionné au maintien d'un niveau de remise minimum.

4.1.5. RENOUVELLEMENT DE MARCHÉS NÉGOCIÉS DE FOURNITURE DE MÉDICAMENTS SOUS MONOPOLE

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS,
- Envergure: 10.600.000.-EUR HT, durée variable en fonction des marchés,
- Résultat: des économies, ayant pour la plus grande partie pour cause l'effort de négociation, ont été réalisées malgré l'absence de concurrence.

4.1.6. FOURNITURE DE MATÉRIEL MÉDICAL STÉRILE À USAGE UNIQUE

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS,
- Envergure: 3.600.000.- EUR HT, marchés conclus pour des durées d'un an renouvelable 2 fois,
- Résultat: prix et qualité globalement stables.

4.1.7. HARMONISATION DES CONDITIONS CONTRACTUELLES D'ACHAT DE MATÉRIEL D'INSTRUMENTATION

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, HRS, RZ,
- Envergure: 1.500.000.-EUR HT (matériel et maintenance),
- Résultat: économies consécutives à l'harmonisation des conditions contractuelles et notamment tarifaires.

4.1.8. FOURNITURE DE 2 SPECT-CT ET 1 SPECT UPGRADABLE EN SPECT-CT

- Etablissements participants: CHEM, CHL et HRS,
- Envergure: 1.740.000.-EUR HT d'investissement et 140.000.- EUR HT de redevance annuelle de maintenance,
- Résultat: obtention d'un excellent niveau qualitatif dans l'enveloppe budgétaire.

4.2. PROCÉDURES EN COURS

4.2.1. SERVICE D'ARCHIVE NATIONALE ET DE PARTAGE DE L'IMAGERIE MÉDICALE

- Etablissements participants: CFB, CHEM, CHL, CHdN, RZ, HRS,
- Envergure prévisionnelle: 1.000.000.-EUR HT par an, durée à définir,
- Enjeu: mise en œuvre d'un dialogue compétitif afin de définir une solution permettant la mise en place d'un service mutualisé avec accès aux images dans le cadre du dossier de soins partagé (DSP) déployé par l'agence eSanté.

4.2.2. HARMONISATION DES CONDITIONS CONTRACTUELLES RELATIVES À L'INSTRUMENTATION CHIRURGICALE

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, HRS, RZ,
- Envergure prévisionnelle: à définir,
- Enjeu: obtenir une application homogène des prix et remises appliqués par les fournisseurs à tous les Etablissements participants, extension du périmètre de la démarche par rapport à celle qui a été réalisée en 2014.

4.2.3. FOURNITURE DE PRODUITS DE CONTRASTE ET D'ÉRYTHROPOÏÉTINES (RENOUVELLEMENT)

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, HRS,
- Envergure prévisionnelle: 1.500.000.-EUR HT, durée de 3 ans,
- Enjeu: continuation de la baisse des prix, à qualité constante, alors que 2 baisses significatives des prix ont été enregistrées lors des exercices 2011 et 2013.

4.3. PROCÉDURES EN PRÉPARATION

4.3.1. FOURNITURE DE PRODUITS DE NUTRITION ENTÉRALE (ALIMENTATION PAR SONDE ET COMPLÉMENTS NUTRITIONNELS)

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS et RZ,
- Envergure prévisionnelle: 500.000.-EUR HT, durée de 4 ans,
- Enjeu: mise en œuvre de techniques contractuelles permettant l'effectivité d'une mise en concurrence.

4.3.2. FOURNITURE DE 3 TOMODENSITOMÈTRES (CT-SCANNERS)

- Etablissements participants: CHEM, CHL et HRS,
- Envergure prévisionnelle: à définir,
- Enjeu: mise en œuvre d'une technique incitant les soumissionnaires à la compétitivité par la massification, répétition de la technique de l'option obligatoire pour le contrat de maintenance avec garantie de durée d'activité (uptime).

4.3.3. ACHAT COMMUN DE RÉACTIFS DE LABORATOIRE

- Etablissements participants: CHEM, CHL, CHdN, HRS,
- Envergure prévisionnelle: 11.000.000 EUR HT,
- Enjeu: réduction des coûts dans un contexte où les achats du matériel, des services de maintenance, et des consommables peuvent être indissociable au niveau technique et contractuel, avec des contraintes en termes de réactovigilance.

4.4. FEUILLE DE ROUTE

La nouvelle formalisation de la planification des marchés adoptée met en évidence un maintien du volume d'activité dans les segments déjà traités, avec des renouvellements des marchés périodiques de fournitures de consommables, mais aussi une croissance de l'activité dès 2015 avec de nouveaux marchés dans les segments existants (par exemple élargissement du champ des marchés communs en matière de matériel médical), mais aussi des déploiements dans de nouveaux domaines (tels que des marchés communs en matière non médicale).

CELLULE NORMES QUALITÉ

1. ACTIVITÉS EN RELATION AVEC LA COMMISSION DES NORMES

L'année 2014 s'est caractérisée par des négociations difficiles avec la CNS ayant comme résultat l'accord pour un document fixant les normes de dotation pour les budgets 2015/2016.

Un élément important pour la définition des normes reste la fixation des heures à travailler selon catégorie professionnelle. La FHL – avec l'aide de LUXITH – a procédé à la détermination du cadre et à l'enquête permettant d'arrêter les heures à travailler pour 2015 et 2016.

Si la plupart des normes ont été maintenues et pérennisées, il faut néanmoins considérer que pour certaines normes à réviser, voire à créer, les accords trouvés ne permettaient pas de satisfaire entièrement les demandes et les besoins de la FHL.

Ceci concerne notamment les normes suivantes:

1.1. DMC (DATA MANAGER CANCER):

- La demande de la FHL était d'augmenter la dotation actuelle de 100%.
- La CNS a proposé d'augmenter la dotation accordée pour 2014 de 50%.
- cette proposition a été intégrée dans la deuxième contreproposition pour les budgets 2015/2016.

1.2. RCP-MANAGER:

- La demande de la FHL était de 1 ETP pour CHEM, CHL, HRS et de 0,6 ETP pour CHdN.
- La CNS refuse de normaliser cette fonction et de prendre en charge les coûts salariaux en argumentant que l'activité concerne des tâches de secrétariat médical et celle-ci est comprise dans les actes de nomenclature médicale y associés.

1.3. ADMINISTRATEUR IT IDEO-RCP:

- La demande de la FHL était de 0,2 ETP IT en 2015 et 0,1 ETP IT en 2016 pour le CFB qui assurera la gestion et la maintenance de cet outil.
- La CNS désire se concerter avec le CFB avant l'envoi de la deuxième contreproposition.

1.4. PHARMACIE CLINIQUE:

- La demande de la FHL était de 1 ETP pour CHEM, CHdN, CHL, HRS et 0,5 ETP pour le CHNP.
- La CNS ne prendra pas en charge cette augmentation pour le budget 2015. Il sera possible de la considérer pour le budget 2016, sous réserve des disponibilités de l'EBG de 2016 et sous condition que les établissements puissent au préalable faire preuve d'une formalisation d'une adhésion du corps médical local au projet en place et/ou en développement sur base d'un modèle précisant les objectifs et modalités de collaboration.

1.5. PHARMACIE – DÉLIVRANCE HOSPITALIÈRE VERS PATIENTS NE SÉJOURNANT PAS À L'HÔPITAL:

- La demande de la FHL – sur base du fichier CEFIP, qui compte 110 spécialités enregistrées en "D" ou "DC", et 39 médicaments antirétroviraux – était de:
 - pour ≤ 5000 lignes: 0,50 ETP
 - pour $5000 < \text{lignes} < 10\,000$: 0,75 ETP
 - pour $\geq 10\,000$ lignes: 1 ETP
- La CNS appliquera cette norme pour les budgets 2015/2016.

1.6. TRAVAILLEUR DÉSIGNÉ/PRÉPOSÉ À LA SÉCURITÉ:

- La demande de la FHL était de respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les instructions de l'ITM y relatives. La FHL avait élaboré une méthodologie de calcul qui respectait les calculs définis au niveau légal pour le travailleur désigné et pondérait l'activité du préposé à la sécurité à 1,5.
- La CNS s'est engagée à respecter les obligations découlant des textes applicables en matière de sécurité. Dans les cas où il existe des points susceptibles d'interprétation la CNS estime qu'il faut se mettre d'accord sur une interprétation commune.
Le nombre d'ETP pour les préposés à la sécurité à considérer ne ressort pas des textes. La CNS désire mener les discussions de détail au niveau de la Commission des Normes. En attendant, la CNS accepte ainsi l'intégralité des dotations pour le travailleur désigné ainsi que la moitié du facteur multiplicateur proposé par la FHL pour le préposé à la sécurité. Le cas échéant, il faudra régulariser la situation via rectification budgétaire.

1.7. AGENTS M1:

- La demande des établissements hospitaliers était de respecter les prescriptions de l'ITM y relatives.
- La CNS – suite à des informations provenant d'une réunion FHL-ITM – acceptera probablement la prise en charge des modifications des contrats y relatifs (à vérifier au niveau des deuxièmes contrepropositions).

De plus, il a fallu constater que les normes avec valeurs-seuils au niveau des services administratifs et certains services médico-techniques comme les policliniques, la kinésithérapie et l'imagerie médicale sont restées gelées sur base des dotations arrêtées fin 2011.

La FHL a fait savoir que l'activité dans ces services est en constante progression et qu'il faut que la CNS se rende compte que les établissements ont fait dans ces domaines de grands efforts au niveau de l'amélioration de l'efficacité, mais qu'il faut considérer que ces efforts arrivent à leurs limites et qu'il faudra reconsidérer la position de la CNS au plus tard pour les budgets 2017/2018.

La FHL a fait savoir qu'elle ne peut cautionner l'approche freinant pour la mise en application de normes permettant de remplacer les normes basées sur les valeurs-seuils.

Ainsi la FHL a sollicité à plusieurs reprises la mise à disposition des résultats de l'enquête policliniques menée en 2011 par le CRP-Santé. La FHL a dû constater que ni le CRP-Santé qui exécutait cette étude, ni la CNS qui était donneur d'ordre pour cette étude, n'ont pu présenter un seul élément attendu par le cahier des charges.

Un autre projet de la FHL en vue d'une création d'une nouvelle modalité pour la définition des besoins en personnel pour les services de kinésithérapie, en remplacement de la valeur-seuil actuelle est constamment mis en attente par la CNS et ceci depuis plusieurs années, malgré l'insistance permanente de la FHL. Pour rappel, la FHL avait déposé une proposition de révision de cette norme basée sur un modèle global de prise en charge suivant spécialités médicales.

Ainsi, la FHL a pu obtenir l'engagement que la CNS proposera un design d'une étude d'impact sur base de la proposition de la méthode FHL pour le mois de mai 2015 (en se référant également aux évolutions des discussions au niveau de la révision des actes de nomenclature des kinés libéraux). Cette étude pourrait avoir lieu au 2^{ème} semestre 2015 afin de tirer des conclusions au plus tard pour les budgets 2017/2018.

Il faut constater que la CNS n'a pas réagi aux propositions FHL de création d'une norme pour les phases pré et post accouchement basée sur un concept de prise en charge selon un modèle de filière.

Concernant une normalisation pour les services de documentation hospitalière, il faut retenir que malgré la demande répétée de la FHL – arguments probants à l'appui - la CNS précise qu'elle sera seulement d'accord à normaliser les services de documentation hospitalière, dès que la CCDH aura finalisé l'ensemble des éléments relatifs à ce projet.

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

- Elaborer respectivement 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
- Elaboration du document fixant les normes de dotation pour les budgets 2015/2016
- Kinésithérapie – travaux finalisés par la FHL

- Salle d'accouchement – la FHL a finalisé le concept de prise en charge de la femme enceinte et du bébé finalisé et en cohérence avec les attentes du Comité de Pilotage de la Santé Périnatale au Luxembourg
- Pharmacie hospitalière – travaux finalisés
- Norme policliniques – toujours en attente du rapport CRP-Santé.

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

- Coordination et secrétariat de la Commission des Normes
- Calculs spécifiques de dotation sur base du PRN sur demande individuelle des établissements
- Détermination des consignes de réalisation des mesures de charge de travail pour 2015
- Préparation et suivi (en collaboration avec le CRP-Santé) des validations des facteurs PRN de l'audit 2013
- 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, respectivement de révision des normes existantes.

2. ACTIVITES EN RELATION AVEC LA COMMISSION D'EVALUATION

La Commission d'Evaluation s'est consacrée à suivre les détails du programme IQ pour l'année 2014 qui a été géré selon les nouvelles dispositions des articles respectifs de la nouvelle Convention Cadre FHL-CNS.

Ce suivi consistait notamment à la mise en œuvre des attentes fixées dans le programme sous rubrique pour les volets "identitovigilance" et "sécurité médicamenteuse".

En ce qui concerne l'identitovigilance, il faut retenir que des groupes de travail FHL - auxquels l'ensemble des établissements hospitaliers ont participé - ont élaboré:

- une proposition – validée par la suite par la Commission d'Evaluation – d'un modèle d'une charte commune
- d'une grille d'évaluation commune validée par la Commission d'Evaluation et qui porte notamment sur les procédures et actions suivantes à mettre en place:
 - la recherche et la création d'une identité
 - le contrôle et la correction des identités
 - la recherche du dossier (informatisé) patient
 - la vérification de l'identité du patient avant un soin
 - la sensibilisation et la formation des acteurs hospitaliers
 - la sensibilisation et l'information des patients

En ce qui concerne les travaux pour la détermination d'indicateurs nationaux permettant de suivre l'identitovigilance, il a été constaté qu'au vu des systèmes informatiques hétérogènes dans les établissements et étant donné que les procédures et critères de l'identifiant principal ne permettent pas d'homogénéiser le recueil d'information notamment sur les doublons, qu'une proposition d'un indicateur national était trop précoce.

Concernant le volet "sécurité médicamenteuse", des groupes de travail FHL - auxquels l'ensemble des établissements hospitaliers ont participé - ont:

- préparé la réalisation d'un self assessment multidisciplinaire avec les outils ArchiMed (pharmacies hospitalières) et Inter Diag (unités de soins) en établissant:
 - Cartographie des risques
 - Pourcentage de maîtrise des risques
 - Pondération des efforts à fournir pour maîtriser le risque
- traité et analysé des données recensées au niveau national
- proposé à la Commission d'Evaluation un programme d'amélioration et d'action national.

Ce programme d'action national est axé sur la thématique des médicaments à haut risque. Les erreurs mettant en cause ces médicaments ne sont pas forcément plus fréquentes qu'avec les autres médicaments, mais les conséquences peuvent être extrêmement nuisibles pour les patients.

Les classes médicamenteuses retenues au niveau national sont les suivantes:

- anticoagulants
- stupéfiants
- insulines
- électrolytes concentrés.

Sont définis comme médicaments à haut risque les médicaments comportant un risque élevé de causer des préjudices graves aux patients en cas d'erreur lors du circuit de ceux-ci.

Le module "efficience" et notamment la définition des critères et des modalités pour application du plan comptable normalisé et l'application des règles de comptabilité analytique ainsi que l'enregistrement des articles chers ont été confiés à la CTF. Celle-ci a procédé aux définitions y relatives et a élaboré une proposition de cahier des charges pour les réviseurs d'entreprise en vue de l'évaluation du respect des règles relatives au PCN et de la comptabilité analytique. Ce cahier des charges reste encore à valider par l'IRE.

Concernant le module "efficience" la Commission d'Evaluation n'a pas pu atteindre ses objectifs attendus dans le programme qualité 2014, étant donné que la CCDH n'a pas avancé comme initialement prévu par la Commission d'Evaluation. Ainsi, il a fallu revoir les critères afin de permettre une évaluation objective qui tient compte des réalités de ce projet.

Afin de permettre en 2015 une évaluation homogène des critères attendus dans l'ensemble des modules du programme IQ 2014, la Commission d'Evaluation a fixé clairement la valorisation de chaque élément attendu en indiquant clairement quels critères et quelle pondération pour ces

critères seront à appliquer, selon les différents établissements et leur degré d'implication, notamment au niveau du projet de documentation hospitalière et au niveau de l'existence ou non de services de bloc opératoire et/ou de chimiothérapie.

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

La Commission d'Evaluation précise qu'il faut uniquement utiliser des résultats basés sur des données robustes et vérifiables sans oublier qu'il convient de lier les résultats annuels à une vision des tendances sur plusieurs années sans oublier la nécessité de commenter et expliciter les résultats, avant de déterminer les résultats publiables.

L'évaluation de l'IQ 2012 a été finalisée et les primes y relatives ont été liquidées fin 2014.

Ainsi, le niveau de prime nationale pour l'année IQ 2012 était de 1,51% des budgets opposables des hôpitaux contre 1,4% pour l'année IQ 2010 (comparaison entre années avec assessment externe).

La Commission d'Evaluation a préparé le programme IQ 2015 et dans ce contexte elle a déterminé les préalables à réaliser au niveau de la politique de santé pour garantir une atteinte des objectifs de la Commission tels que déterminés dans la Convention Cadre FHL-CNS, au niveau de la qualité du management et des prestations, de l'efficience et de la transparence, notamment afin d'évoluer vers des résultats permettant une comparaison interhospitalière nationale et internationale:

- La clarification du concept de la médecine hospitalière dans le cadre d'une gouvernance hospitalière générale qui permet aux directions hospitalières de piloter l'établissement en disposant des droits, des structures et outils nécessaires
- La mise en place structurée et obligatoire pour l'ensemble des prestataires d'une documentation hospitalière basée sur une classification internationale tant au niveau des diagnostics que des actes médicaux.

En sus, la Commission d'Evaluation a retenu que l'évaluation de l'IQ 2015 ne comportera pas une comparaison interhospitalière, plus particulièrement le set actuel des indicateurs nationaux ne se prêtant pas un benchmarking national en vue de répondre aux objectifs de la Commission d'Evaluation tels que déterminés dans la Convention Cadre FHL-CNS.

La Commission d'Evaluation a déterminé que pour l'IQ 2015, la prime maximale pouvant être obtenue sera déterminée comme suit:

Le volet qualité comptera pour 40% (assessment EFQM), les volets sécurité, efficience et transparence comptent chacun pour 20% dans le calcul de la prime.

Les éléments clés et tâches à considérer pour le programme IQ 2015 ont été discutés comme suit par la Commission d'Evaluation (la validation définitive du programme aura lieu début 2015):

- Une autoévaluation globale de l'établissement selon les 32 sous-critères EFQM (modèle 2013) est à réaliser et sera suivie en 2016 d'un assessment externe.

- Module "efficience": consolider et pérenniser les démarches et actions débutées avec le programme IQ 2014, notamment concernant l'application du plan comptable normalisé, l'application des règles de comptabilité analytique et l'enregistrement nominatif des articles chers.
- Module "transparence":
 - Les établissements hospitaliers (CHEM, CHL, CHdN et HRS-ZithaK, CBK et CSM compris) certifient leur participation aux évolutions décidées par la CCDH au niveau national.
 - L'INCCI cherche un accord de collaboration avec un autre établissement dans la liste ci-dessus afin de permettre la codification ICD10 4 digits et CCAM-L.
 - Les établissements suivants CFB, HIS, CNRFR et CHNP doivent répondre – si applicable – aux obligations conventionnelles concernant la livraison des diagnostics de sortie et les actes de nomenclature.
 - Les établissements sous point 1 continuent à déployer les référentiels nationaux pour la codification ICD10 4 digits et CCAM-L.
- Module "identitovigilance": consolider et pérenniser les démarches et actions débutées avec le programme IQ 2014, notamment au niveau de la politique institutionnelle de chaque établissement relative au domaine de l'identitovigilance définie dans la charte mise en place en 2014, et devront continuer à déployer, évaluer et mettre à jour les procédures mises en place en 2014. Les hôpitaux réaliseront une autoévaluation fin 2015 sur base d'une grille d'évaluation commune.
- Module "sécurité médicamenteuse": les établissements hospitaliers prouveront la mise en place des procédures relatives à la gestion des "médicaments à haut risque" suivant un référentiel reconnu et ils devront en assurer le suivi et l'évaluation.
- Les établissements hospitaliers élaborent des propositions d'indicateurs relatifs à la sécurité médicamenteuse et plus particulièrement par rapport aux médicaments à haut risque.

La Commission d'Evaluation s'est penchée sur le positionnement stratégique du CoNaQual-Ph et a élaboré une proposition de répartition des missions entre celui-ci, la Commission d'Evaluation et les CEAQ des établissements hospitaliers.

La Commission d'Evaluation voulait attirer l'attention sur les problématiques liées aux différents textes légaux, notamment que les articles en relation avec le CoNaQual-PH du RGD de 2009 n'avait pas sa base légale et que la loi de 2010 dans son article 23 précise des missions du CoNaQual-PH qui ne sont pas dans l'ensemble celles prévues dans le RGD sous rubrique, respectivement ces missions devant être précisées par RGD postérieur à la promulgation de la loi de 2010 faisant encore défaut.

La Commission d'Evaluation avait observé également que les textes prévoient un rôle de coordination du CoNaQual-PH, mais que le législateur n'a pas mis à disposition les moyens nécessaires pour répondre à ce rôle. D'un autre côté la Commission d'Evaluation interprétait les textes légaux dans le sens que le CoNaQual-PH a des liens directs et de contrôle avec/sur les comités qualité des établissements hospitaliers. Néanmoins La Commission d'Evaluation estimait que ce point n'est pas profitable aux objectifs communs. Estimant que le CoNaQual-PH ne doit avoir un tel rôle et par conséquent le CoNaQual-PH ne devra pas interférer dans la gestion des comités et services qualité des établissements hospitaliers. Ainsi, il faudra veiller à éviter dans ce contexte d'éventuels

conflits de compétences entre la Commission d'Evaluation FHL/CNS d'une part et le CoNaQual-PH d'autre part.

Afin de permettre une meilleure coordination entre les deux structures et afin de garantir un échange permanent et dynamique, nous proposons que la Direction de la Santé mandate son représentant dans la Commission d'Evaluation FHL/CNS. Pour répondre aux objectifs cités ci-avant nous suggérons que la personne mandatée par la Direction de la Santé soit un membre du CoNaQual-PH.

La Commission d'Evaluation estimait qu'il faut avoir des visions à moyen terme qui dépassent celles proposées par vos soins, notamment nous estimons que le concept de données robustes issues d'une documentation hospitalière performante devrait être acquis dans des délais beaucoup plus courts et ne devrait pas constituer à lui seul l'objectif unique, même si de ces données découleront des actions pour lesquelles le CoNaQual-PH aura un rôle à jouer. D'un autre côté la Commission d'Evaluation partageait la vision en termes du rôle du CoNaQual-PH dans le domaine de la gestion des risques tant au niveau des incidents que des "near miss" pour lesquelles la Commission d'Evaluation estimait utiles que le CoNaQual-PH devra déterminer le cadre général, coordonner et gérer au niveau national e.a. la collecte des données (anonymisées) ainsi que leur analyse et proposition d'actions d'amélioration.

Ci-dessous vous trouverez les éléments et missions prépondérants que la Commission d'Evaluation estimait utiles de considérer dans le placement stratégique du CoNaQual-PH et qui permettront de délimiter ses domaines d'action par rapport à ceux devant être conservés et continués à être développés par la Commission d'Evaluation FHL/CNS.

2.1. MISSIONS CONAQUAL-PH

- Etablir le cadre référentiel national/les orientations/les recommandations et des normes/standards dans un cadre international quant à p.ex. accréditation/certification/services hospitaliers; peer-review; RMM, EPP, ...
- Transparence et comparaison des informations/résultats en matière de sécurité des soins (standards, normes, indicateurs):
 - Développement de normes et standards
 - Projet CoCDH doit être finalisé avant de procéder à l'audit externe et à la publication des données
 - Charger un organisme externe de l'audit (contrôle de conformité par rapport aux règles arrêtées) des indicateurs produits par les établissements hospitaliers (et autres acteurs santé).
- Coordination gestion des risques (événements indésirables) au niveau national
- Procéder à une évaluation commune des événements indésirables survenus au sein des établissements hospitaliers du pays en vue d'élaborer des recommandations à l'attention des établissements sur base d'une nomenclature homogène et reconnue et suivre les améliorations

e.a. création d'un observatoire des événements indésirables

- Gérer un répertoire des initiatives qualité et priorisation des initiatives des différents acteurs institutionnels et de tutelle se portant garants des prestations de qualité
- Déterminer, organiser, structurer et coordonner les registres futurs et existants
- Impulser la transparence avec/entres les acteurs
- Définition des indicateurs de santé publique
Dont notamment les indicateurs à suivre par les établissements hospitaliers
- Plateforme d'échange "Bonnes pratiques en matière de gestion des risques" (notamment infections nosocomiales et événements indésirables).

2.2. MISSIONS COMMISSION D'EVALUATION FHL/CNS

- Production du programme qualité annuel (soumis pour information au CoNaQual-PH) (convention FHL-CNS) sur base du cadre référentiel déterminé par le CoNaQual-PH
 - Efficience
 - Transparence
 - Sécurité patient
 - Indicateurs de qualité et de performance.
- Détermination des développements et promotions qualitatifs sur base d'une analyse détaillée
- Gestion et coordination de la démarche EFQM du secteur hospitalier
- Coordination de la production des indicateurs des établissements hospitaliers:
 - Indicateurs de santé publique (définis par la Commission Nationale)
 - Indicateurs de performance, efficience, transparence, sécurité patient, ... (définis par CE FHL/CNS).
- Evaluation périodique (EFQM et indicateurs) et analyse qualitative
- Plateforme d'échange "bonnes pratiques" en matière de démarche qualité et benchmark dans le secteur hospitalier.
- Composition actuelle sera élargie à un représentant-invité du Ministère de la Santé - membre du CoNaQual-PH
- Coordination prime qualité
- Coordination nationale des acteurs clés des hôpitaux en matière de qualité
- Rapporter aux CA/CD respectifs

2.3. MISSIONS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

- Impulser les évolutions et changements dans les différents domaines de la qualité
- Mise en œuvre de la démarche qualité et de la gestion des risques
- Commission locale coordination qualité et gestion des risques
- Production et publication des indicateurs

- Réalisation de benchmark.

Le représentant de la Direction de la Santé, membre du CoNaQual-PH, invité aux réunions de la Commission d'Evaluation selon les thématiques à traiter est depuis mi-2014 le Dr Debacker.

La plupart des éléments proposés par la Commission d'Evaluation ont été acceptés par la CoNaQual-PH et ont été intégrés dans le la proposition de texte en vue de l'élaboration de l'avant-projet de règlement grand-ducal sur le plan hospitalier.

RESSOURCES HUMAINES ET DIALOGUE SOCIAL

1. CCT FHL

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

1.1. COMMISSION STRATÉGIQUE GRH (CS GRH), DÉLÉGATION DE NÉGOCIATION CCT FHL (CS GRH NÉGOCCT) ET GROUPE RESTREINT AD HOC CCT (GR CCT)

1.1.1. LES ANTÉCÉDENTS

La dernière CCT avait été signée en décembre 2012 pour une durée du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013. Le contexte avait été dépeint: une nouvelle loi hospitalière avec un budget global plafonné, la crise économique, la nécessité de mutualisations, la réforme dans la Fonction Publique. Le message principal fut que le monde a changé et continue à changer.

Les trois plates-formes (PF DAF, PF DS et PF DM) avaient reçu en 2003 comme mission de réaliser une analyse SWOT de la CCT en cours. La CS GRH a analysé ces trois documents, y a inclus des aspects «ressources humaines» et a proposé une synthèse reprenant tous les points proposés et identifiant des thèmes à approfondir.

Il fut ensuite retenu de constituer un groupe de travail restreint constitué par le Président, le Vice-Président, le Secrétaire Général, les coordinateurs des trois plateformes, la présidente de la délégation de négociation sortante ainsi que la coordinatrice de la CS GRH. La mission du groupe a été d'identifier les thèmes à intégrer dans un catalogue de négociation CCT qui soient bénéfiques pour le secteur en vue d'atteindre un résultat performant. Le Président a reçu le mandat de diriger les réunions qui seront nécessaires et de présider les réunions de négociation avec les syndicats.

Une première réunion avec les syndicats, essentiellement formelle, a eu lieu en novembre 2013, afin de se donner un calendrier de réunions qui ont débuté en mars 2014, en attendant de connaître la prise de position du nouveau Gouvernement par rapport à l'accord salarial et la réforme dans la Fonction Publique.

1.1.2. L'ANNÉE 2014

CATALOGUE

Au bout de plusieurs réunions, le GR CCT a pu finaliser un projet de catalogue de revendications. Le document et son contexte ont ensuite été présentés lors d'une réunion Bureau CA dédiée au sujet de la CCT et le texte a été validé par le Conseil d'Administration. L'échange des catalogues de revendications a eu lieu le 20 mars 2014.

Le catalogue de la FHL a retenu les éléments essentiels suivants:

- Transposition de l'éventuelle l'enveloppe financière à considérer via la mise en place d'une réserve financière permettant d'entamer la première étape d'un nouveau modèle de rémunération incluant les éléments suivants: Définition de fonctions, Définition d'objectifs de performance individuelle, Evaluation des performances, Rémunération fixe moins élevée, avec augmentations automatiques, plus part variable suivant le résultat d'une évaluation, Mesures transitoires.
- Prise en compte des nouvelles équivalences de diplômes.
- Restructuration des carrières, Introduction de certaines carrières.
- Augmentation du temps de présence effectif des collaborateurs via l'adaptation d'un certain nombre de dispositions actuelles.

Début des travaux de la plate-forme sauvegarde de l'emploi créée dans le contexte des mutualisations à venir, transposer/concrétiser l'accord signé en 2012 et son impact sur l'article 36 de la CCT FHL.

NÉGOCIATIONS

Un des premiers travaux dans le cadre des négociations autour du renouvellement de la CCT FHL consiste à déterminer l'Enveloppe FP/CCT à considérer. A cette fin, les parties signataires de la CCT ont analysé le paquet de projets de textes de loi et de règlements grand-ducaux transposant les accords du Gouvernement et de la CGFP dans le cadre de la Réforme dans la Fonction Publique. Ledit paquet contient en tout 9 projets de loi et 32 projets de RGD. Un accord a pu être trouvé sur les textes ayant ou pouvant avoir un impact sur la CCT FHL – il s'agit de 5 projets de loi et de 14 projets de RGD.

Un nouvel accord entre le Gouvernement et la CGFP dans le cadre de la réforme de la Fonction Publique a été signé en date du 31 mars 2014. Cet accord acte principalement un allègement du système d'appréciation ainsi qu'une amélioration de l'indemnité de stage par rapport à ce qui avait été retenu initialement. Ces nouveaux éléments ont bien évidemment dû être intégrés dans les analyses et discussions.

Les syndicats souhaitant clarifier d'abord le contenu de l'ENV FP/ENV CCT, les débats ont ensuite été menés en commission paritaire telle prévue par l'article 28 de la CCT FHL (cf. plus loin).

TRAVAUX FHL

En parallèle des entrevues avec les syndicats, la FHL a poursuivi ses travaux dans les différents domaines visés par son catalogue de revendication:

ENVELOPPE FP/CCT

Le discours officiel des pouvoirs politiques a toujours été que la transposition de l'accord salarial et du projet de réforme se ferait dans un cadre de neutralité financière. Cette simple affirmation ne pouvant pas être retracée objectivement, la FHL a sollicité et obtenu une entrevue avec le Ministre de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative (MFPPRA). Certains points ont pu être clarifiés séance tenante. En ce qui concerne les aspects plus techniques, la FHL a reçu l'autorisation de pouvoir contacter directement les services du Ministère afin d'obtenir des précisions. Ainsi notamment les carrières types selon l'ancien régime et le projet de réforme ont pu être obtenues et des calculs d'impact ont pu être réalisés.

Par ailleurs, le MFPPRA, souhaite réaliser une étude analysant l'impact potentiel des réformes dans la Fonction Publique sur l'assurance dépendance et l'assurance maladie ainsi que sur le secteur conventionné afin de déterminer les écarts qui existent entre les carrières de l'Etat et les carrières qui existent auprès de la FHL. A l'issue de plusieurs réunions avec des représentants de l'Administration du Personnel de l'Etat, le périmètre et le cadre de cette étude ont pu être déterminés. Les travaux concrets seront menés en 2015.

Outre les travaux réalisés avec les représentants du MFPPRA respectivement avec les syndicats dans le cadre du groupe technique de la commission paritaire (cf. plus loin), la FHL a réalisé un certain nombre de simulations d'impact financier sur base de différentes méthodologies (allongement des carrières, diminution du début de carrière, assimilation des barèmes EA aux barèmes ES pour les mêmes équivalences de diplômes, etc.).

RÉMUNÉRATION PAR FONCTIONS ET RECLASSIFICATION DES CARRIÈRES

En date du 1^{er} avril 2014, une délégation de la FHL s'est déplacée à Bruxelles pour obtenir davantage de précisions sur la Maison des Salaires élaborée par l'institut IF-IC géré paritairement entre employeurs et syndicats. Les contacts ont notamment permis d'avoir accès aux différentes descriptions et classifications de fonctions élaborées par nos collègues belges.

Avec l'aide d'une consultante externe, un projet de Maison des Métiers pour le secteur FHL a été élaboré. Le projet s'inspire largement de la Maison des Salaires de l'IF-IC mais l'adapte aux spécificités de notre pays, notamment en termes de professions réglementées, ainsi qu'aux spécificités du secteur avec ces différentes facettes.

Des entrevues informelles individuelles ont été tenues avec les deux syndicats afin d'identifier les points sensibles et les éventuelles ouvertures possibles.

Les pratiques actuelles dans les différents établissements en matière d'évaluation ont par ailleurs été recensées et un premier essai de synthèse a été réalisé. La majorité des établissements a ainsi déjà mis en place des mécanismes d'appréciation de leurs collaborateurs.

SAUVEGARDE DE L'EMPLOI

Sur base d'un travail préparatoire réalisé par la CPERS ainsi que la CS GRH, un projet de mode d'emploi pour la sauvegarde de l'emploi tant au niveau institutionnel que sectoriel a pu être élaboré. Eléments essentiels:

- Plan de reconversion interne avec les éléments suivants: mutation, temps de travail, formation/reconversion, mesures liées à l'âge, prêt de main d'œuvre, etc., avec une procédure au niveau du comité mixte.
- Au niveau sectoriel, mise en place d'un comité de coordination paritaire (information, bilan, proposition d'actions), élaboration de profils de compétences par métier et passerelles possibles entre métiers, élaboration d'un modèle de CV et de bilan de compétences. La FHL serait chargée d'un rôle de coordination et de relais des informations

Le texte a été communiqué aux syndicats qui ne se sont cependant toujours pas positionnés concrètement sur la proposition de texte FHL.

GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL

Sur base des éléments identifiés dans le cadre de l'analyse SWOT mentionnée au niveau des antécédents, des propositions d'adaptations de texte ont été élaborées en vue de leur négociation avec les syndicats. Le texte n'a pas encore pu être communiqué alors que les syndicats ont insisté pour déterminer en premier lieu l'envergure de l'enveloppe à considérer.

TEXTE COORDONNÉ

En parallèle aux différentes réunions de négociation avec les syndicats ainsi que les différents thèmes ci-avant précisés, un projet de texte coordonné a été finalisé avec les syndicats reprenant le texte de 2005 ainsi que tous les avenants et accords intervenus depuis lors et tenant compte des modifications et adaptations apportées par l'introduction du statut unique ainsi que du Code du Travail. Il a également été essayé de simplifier certaines formulations ou de favoriser l'harmonisation des procédures.

SIGNATURE LE 16 DÉCEMBRE 2014



Le Code du travail précise que la convention collective de travail dénoncée survit avec ses effets pendant 12 mois. Or, tel qu'il résulte des développements ci-avant, aucun résultat concret n'avait encore pu être obtenu. Tant les syndicats que la FHL voire les établissements membres souhaitent néanmoins maintenir une CCT pour le secteur, il a été retenu de reconduire la CCT en l'état

jusqu'au 30 juin 2015 et de signer en guise d'accord sur le renouvellement de la CCT un nouveau texte coordonné. A noter que la valeur du point indiciaire a été adaptée, suite à une erreur de calcul technique, pour se rallier de nouveau avec exactitude à la valeur du point telle qu'appliquée près de la Fonction Publique.

1.1.3. LES PERSPECTIVES 2015

La CCT FHL a été dénoncée fin mars avec effet au 30 juin 2015. La première réunion de négociation, plutôt technique a eu lieu le 19 mai 2015. Les catalogues de revendication de part et d'autre seront normalement échangés pour le 1^{er} juillet 2015 avec dans la suite la détermination du calendrier des réunions 2015.

Le paquet de lois relatif à la transposition de l'accord salarial dans le Fonction Publique a enfin été voté en date du 25 mars 2015. Il s'agira ainsi d'analyser les textes définitifs afin d'ajuster le cas échéant les différents éléments pris en compte dans les travaux menés jusqu'ici.

En ce qui concerne la rémunération par fonctions et la reclassification des carrières, des entrevues informelles individuelles ont été menées avec des représentants des 4 Centres Hospitaliers Régionaux afin notamment d'identifier les priorités et les marges de manœuvre. Une présentation détaillée a été faite en réunion Bureau du CA du 28 avril 2015 – les travaux seront poursuivis.

En ce qui concerne la détermination de l'Enveloppe FP, la FHL continuera à coopérer dans le contexte de l'étude lancée par le Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative. Il s'agira en fait d'un projet de migration des données FHL vers le logiciel de calcul des traitements près de la Fonction Publique. Un premier test a été réalisé sur une quinzaine de salariés afin de vérifier la faisabilité d'un tel projet de migration. Les détails de la fiche de projet sont en train d'être élaborés près de l'APE et nécessiteront la collaboration des établissements membres voire de la FHL courant 2015.

En sachant que les syndicats revendiquent la revalorisation des carrières telle qu'elle sera transposée près de la Fonction Publique, et en sachant qu'une telle revalorisation engendrera des coûts

importants dépassant de loin le cadre donné par l'Enveloppe Budgétaire Globale, il s'agira de trouver des moyens permettant de tenir compte de la revendication des salariés sans devoir amputer les budgets accordés jusque-là. Les pouvoirs politiques vont devoir prendre position. L'étude menée avec l'APE permettra ainsi d'obtenir un chiffre qui ne pourra pas être ignoré. Il sera le cas échéant complété par d'autres éléments à prendre en considération. Il faudra également se mettre d'accord sur la méthodologie de calcul de l'enveloppe à considérer alors que les résultats diffèrent selon que tels ou tels paramètres sont pris en compte. A noter finalement que le Gouvernement réaffirme d'une part aux syndicats sa volonté de respecter le parallélisme entre le statut de la Fonction Publique et les secteurs SAS et FHL, et d'autre part précise que les surcoûts temporaires engendrés par la transposition de l'accord salarial de la Fonction Publique seront absorbés graduellement via le financement des établissements hospitaliers par l'Enveloppe Budgétaire Globale sans devoir recourir à une augmentation du taux de cotisation ou de la participation de l'Etat.

1.2. COMMISSION PARITAIRE CCT FHL

Les travaux de la commission paritaire CCT FHL ont principalement porté sur l'essai de la détermination de l'Enveloppe Financière à considérer au regard de l'accord salarial ainsi que le projet de Réforme dans la Fonction Publique.

Après l'identification des textes à considérer (cf. plus haut), les parties signataires se sont mis d'accord sur les différentes mesures générales et spécifiques pouvant avoir une incidence dans le cadre de la détermination de l'Enveloppe FP/CCT. Si la prime unique et l'augmentation de la Valeur du Point Indiciaire sont faciles à valoriser (0,9 % voire 2,2 %), il en va tout autrement des autres mesures, dont notamment la réduction du début de stage, l'abolition de la majoration d'indice et finalement la revalorisation des carrières. Les textes à considérer étant volumineux et complexes, avec des évolutions sans cesse au fur et à mesure de l'avancement des travaux parlementaires (notamment en vue de répondre à la centaine d'oppositions formelles énoncées par le Conseil d'Etat à l'égard du paquet de textes proposés par le Gouvernement), il a été retenu d'instituer un sous-groupe technique avec comme mission de faire un travail préparatoire.

Dans une première phase, l'analyse a porté sur l'éducateur. Au vu des divergences d'interprétation sur la carrière près de la Fonction Publique, il a été convenu d'analyser la carrière de l'infirmier. Ainsi, un tableau comparatif a pu être établi mettant en relation, pour l'infirmier, la carrière suivant l'ancien statut, sur base d'une évolution moyenne, ainsi que la carrière suivant le projet de réforme, y inclus les mesures transitoires par tranches de 5 ans. Le groupe s'est néanmoins heurté à la difficulté de traduire les chiffres obtenus en volumes à considérer dans le cadre des enveloppes FP à transposer.

Outre ces travaux autour de la détermination de l'ENV CCT, elle a poursuivi des travaux liés aux thèmes récurrents issus de la CCT FHL: Détermination des PRMN 2015, de la surprime 2014 et validation des demandes PRML, PRMS et PRMI 2015 de la part des différents établissements membres de la FHL.

2. VOLET OPÉRATIONNEL DE LA GRH DANS LES ÉTABLISSEMENTS

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

La majorité des membres de la CPERS étant également membres du comité de pilotage SIRHIUS respectivement du «user group» SIRHIUS, il a été retenu de maintenir la réduction exceptionnelle des 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»). Il est bien entendu que la communication d'informations ayant trait aux ressources humaines ou aux décisions jurisprudentielles en matière de droit du travail est maintenu. Tel que précisé ci-avant, les membres de la CPERS ont contribué à l'élaboration d'une proposition de mode d'emploi pour une future sauvegarde de l'emploi institutionnelle voire sectorielle.

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

- Questionnaire surprime: données concernant le nombre de points allocation de famille payés dans le secteur
- Etude OCDE Health Data: Rapport Annuel par catégorie CNS/emploi ressortant le brut total annuel, l'ETP moyen annuel et le Salaire moyen brut annuel par ETP
- Tableau du personnel en vue du rapport de l'IGSS: Nombre d'ETP réel à une date précise réparti en fonction des carrières/professions CCT
- Rapport d'activité du SIST: Effectif présent au 01/01 de l'année en cours et nombre d'étudiants ayant travaillé l'année précédente
- Enquête Commission des Normes: Détermination des Heures à travailler et heures de maladies

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

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

1. GROUPE TECHNIQUE SÉCURITÉ (GTS)

La responsabilité du groupe est assurée par M. Sergio De Freitas (CHEM). Les travaux du groupe étaient axés essentiellement autour des thèmes suivants:

4.5. INVENTAIRE DES POSTES À RISQUES

Dans le cadre du Forum Sécurité et Santé au Travail ayant eu lieu en mars 2014, le GTS s'est vu remettre le Prix Prévention 2014 dans la catégorie des entreprises avec plus de 50 salariés. Dans le cadre de ses travaux, le groupe a en effet élaboré un outil de travail baptisé "VALDECA" (Valorisation Analytique Localisée et DÉtaillée des Critères d'Accidents). L'outil est notamment transposable et utilisable pour l'ensemble des hôpitaux luxembourgeois et permet d'apporter des améliorations sur les conditions de travail ainsi que de faire le point sur les moyens de prévention mis en place. A été jugé particulièrement innovant le fait que le projet permet l'intégration du dépistage des risques psychosociaux. Le Prix Prévention était doté de 15.000 EUR. La FHL a décidé de faire un don de cette somme assez importante à la Fondatioun Kriibskrank Kanner. La remise du chèque a eu lieu le 7 novembre 2014 par le président de la FHL, Monsieur Paul JUNCK, à Madame Anne GOERES, Directrice de la Fondatioun Kriibskrank Kanner. (cf. Rubrique « Relations publiques / Relations internationales »)

A noter que les travaux du sous-groupe "postes à risque" ne se sont pas arrêtés avec l'élaboration de l'outil VALDECA. Ainsi, les travaux autour des postes en nettoyage OP ont été entamés, ceux autour des postes en pédiatrie et en psychiatrie sont en projet.

4.6. NOUVELLE NORME PREPOSE A LA SECURITE ET AGENTS DE SECURITE

Le document budgétaire pour les exercices 2015/2016 prévoit que les dotations relatives aux fonctions de préposé à la sécurité et du travailleur désigné sont définies dans le respect des dispositions légales, réglementaires et instructions de l'ITM en vigueur, sans autre précision quant au nombre à considérer. La difficulté réside alors dans le fait de chiffrer plus concrètement les besoins en personnel alors que seule la réglementation sur le travailleur désigné prévoit des dotations

concrètes. Sur base d'un travail d'analyse et de recherche de longue haleine qui avait déjà été présenté en 2009, le GTS avait identifié qu'il est demandé aux préposés à la sécurité un engagement supérieur de 1,7 fois à celui du travailleur désigné. Les bases de ce calcul ainsi que les textes y relatifs ont de nouveau été mis en avant pour justifier les demandes des établissements se basant sur une majoration des dotations des travailleurs désignés de 1,5 ainsi que 0,1 par site géographique distinct.

Les prescriptions type de l'ITM (SST 1500.2 et 1510.2) précisent la réglementation en matière de nombre suffisant d'agents de sécurité. Le texte prêtant à interprétation, le groupe a cherché le contact avec les responsables de l'ITM en vue d'obtenir des précisions, d'abord via courrier et dans une deuxième phase au cours d'une réunion en automne en présence d'une délégation du GTS et de la PF-DAF. A noter que les responsables de l'ITM ont appuyé les propositions de la FHL notamment par rapport à la nécessité de disposer d'un agent de sécurité en permanence en dehors des heures de service normal, respectivement la possibilité pour les entreprises de solliciter dans certains cas des dérogations sur base d'un dossier justificatif.

Les travaux autour de ces deux points ont contribué à faire évoluer les moyens accordés aux services sécurité des établissements dans le cadre des négociations budgétaires 2015/2016.

4.7. ACCIDENTS DU TRAVAIL

La prévention et le suivi des accidents du travail font partie des missions essentielles des travailleurs désignés. D'où l'intérêt d'y apporter une attention toute particulière dans le cadre des travaux du groupe. Un travail a dès lors été entamé en vue d'un questionnaire permettant de réaliser un benchmark entre établissements. Les finalités de ce benchmark seraient les suivantes:

- échanger des expériences, provoquer une discussion,
- identifier les potentiels d'amélioration, cerner les besoins d'action,
- identifier des best practices voire identifier les segments où il pourrait être utile d'échanger des best practices, élaborer des démarches communes.

Les catégories d'informations à recenser pourraient être: AES (Accidents Exposant au Sang), chutes (plain-pied/hauteur), TMS (Troubles Musculo Squelettiques), trajet (avec/sans lésion), agressions. Le projet est en cours d'analyse.

4.8. PRESCRIPTIONS TYPES ITM

Le groupe a retenu le principe d'élaborer dorénavant des avis concertés par rapport à des projets de prescriptions types de l'ITM. Ceci a été le cas en 2013 pour la prescription type ITM-SST 1600.1: "Allgemeine Anforderungen an Einrichtungen des Gesundheitswesens". La prescription définitivement retenue par l'ITM tient en grande partie compte des propositions élaborées par les membres du GTS.

Le groupe a travaillé en 2014 sur la prescription-type ITM-SST 1602.1 concernant les "Rohrpostanlagen" en vue de son adaptation aux réalités du terrain. Une entrevue sera demandée

avec des représentants de l'ITM afin d'exposer les difficultés d'application de ladite prescription et de trouver des solutions alternatives.

4.9. DIVERS

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:

- Evolution future du réseau national de radiocommunication: le réseau national de radiocommunication analogique actuel (GERRI) basculera à court terme vers une transmission digitale basée sur la technologie TETRA. M. Asorne, en sa qualité de chef de projet, a bien voulu accepter l'invitation pour venir faire une présentation des développements récents ainsi que des perspectives. Suite à cet échange, un courrier a été adressé au Haut-Commissariat pour la Protection Nationale (NCPN) ainsi qu'à l'Administration des Services de Secours (ASS) afin d'obtenir davantage de clarifications sur la prise en charge financière des implications éventuelles pour les hôpitaux.
- Forum de la Sécurité et de la Santé 2015: participation d'un membre du groupe aux réunions préparatoires et participation d'un médecin du travail à une table ronde sur le sujet de la gestion de vécus traumatiques sur le lieu du travail.
- Groupe restreint POI catastrophe nucléaire: le groupe a assisté à une présentation du projet de plan d'intervention d'urgence et procédé à l'analyse des différents documents communiqués.

4.10. PERSPECTIVES 2015

Le groupe propose de travailler en 2015 prioritairement sur les sujets suivants:

- Accidents de travail
- Formation spécifique adaptée aux besoins des travailleurs désignés et préposés à la sécurité du secteur hospitalier
- Campagne Anti-Agressions
- Poursuite des travaux du sous-groupe "postes à risques"
- Poursuite des travaux du groupe restreint POI catastrophe nucléaire

PROTECTION DES DONNÉES

Le groupe CPD (Coordinateurs Protection des Données), mis en place en 2003 comme réaction à la loi du 2 août 2002 sur la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel a été réactivé au vue du rôle croissant joué par le GIE LuxITH dans le contexte des projets informatiques sectoriels. Certains de ces projets ayant un impact en termes de "protection des données", le directeur du GIE LuxITH a cherché le contact avec le groupe CPD.

Après une présentation des différents projets en cours, une réunion a été organisée avec des représentants de la CNPD ainsi qu'avec des représentants de l'Agence eSanté. Un certain nombre de pistes ont pu être abordées sans qu'une décision définitive n'ait été prise. Une attention toute particulière a été accordée au DSPp (Dossier de Soins Partagé de préfiguration).

De manière plus spécifique la question de l'autorisation pour les établissements de transmettre des données de santé, et données d'identification des patients vers la plateforme eSanté exploitée par l'Agence qui ne répond pas à la définition d'instance médicale de la loi modifiée de 2002 sur la protection des données a été abordée et une réponse, affirmative, a pu être obtenue de la part de la CNPD dans le cadre des échanges réguliers entre l'Agence eSanté et la CNPD.

Il y a comme dans le passé également eu communication d'informations vers les établissements.

SIST-FHL – MÉDECINE DU TRAVAIL

Arrêté ministériel du 21 août 2013 déterminant le modèle du rapport d'activité annuel des services de santé au travail.

Le Ministre de la Santé,

Vu la loi modifiée du 17 juin 1994 concernant les services de santé au travail, et notamment son article 14;

Arrête:

Art. 1^{er}. Le modèle du rapport d'activité annuel des services de santé au travail est déterminé à l'annexe du présent arrêté.

Art. 2. L'arrêté ministériel du 21 juin 2006 déterminant le modèle du rapport d'activité annuel des services de santé au travail est abrogé.

Art. 3. Le présent arrêté sera publié au Mémorial.

Luxembourg, le 21 août 2013

Le Ministre de la Santé,

Mars Di Bartolomeo

RAPPORT D'ACTIVITE

CONCERNANT LA PERIODE DE REFERENCE

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

Nom:	FHL: FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS
Matricule Nationale:	1965 61 00 284 99
Adresse:	Z.A. Bourmicht 5, rue des Mérovingiens L-8070 BERTRANGE
Téléphone:	42 41 42-12
Fax:	42 41 42-82
Service de Santé au Travail:	SIST-FHL
Médecins du Travail:	Dr A.-M. BRAUN, Dr C. PICARD, Dr M.-J. RIONDE

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ACTIVITÉ COURANTE DU SERVICE DE SANTÉ AUPRÈS DE L'ENTREPRISE PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

2.1. EFFECTIF DE L'ENTREPRISE EN ACTIVITE

	Hommes	Total	Femmes
Centre Hospitalier de Luxembourg (sites Luxembourg et Eich)	550	2129	1 579
Centre Hospitalier Emile Mayrisch (sites Esch/Alzette, Nieder Korn, Dudelange)	400	1871	1 471
Hôpital Kirchberg	257	1058	801
Centre Hospitalier du Nord (sites Ettelbrück et Wiltz)	223	1006	783
ZithaKlinik	218	819	601
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique	161	516	355
Rehazenter	91	276	185
Clinique Ste Marie	41	223	182
Clinique privée du Dr Bohler	11	198	187
Hôpital Intercommunal de Steinfort	34	189	155
Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle	31	100	69
Centre François Baclesse	20	55	35
Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois	7	28	21
Luxith	7	8	1
Total	2 051	8 476	6 425
Total (en %)	24,20%	100%	75,80%

2.2. RELEVÉ DES EXAMENS MÉDICAUX RÉALISÉS DANS LE CONTEXTE DU CODE DU TRAVAIL

2.2.1. TITRE II, ART. L-325-4 CONCERNANT LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

La période de référence correspond à celle entre le dernier rapport et celui-ci.

- Pour les entreprises ≥ 150 salariés: 1 an
- Et pour les entreprises < 150 salariés: 3 ans

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	En attente	Sans conclusion	Total
Embauches	508	-	1	-	2	15	18
Jeunes travailleurs**	234	-	44	-	-	18	296
Embauches étudiants en médecine	3	-	1	-	-	-	4
Périodiques	2 387	133	88	-	-	19	2 627
Demande salarié	2	35	7	-	-	61	105
Demande employeur	13	4	4	-	1	9	31
Demande médecin du travail	79	149	25	-	-	36	289
Demande médecin traitant	1	2	-	-	-	2	5
Reprises du travail	337	177	37	-	-	50	601
	3 564	500	206	-	1	195	3 958

Les avis "sans conclusion" concernent soit des personnes qui ont quitté l'établissement sans réaliser les examens complémentaires demandés, soit des salariés qui sont venus pour des renseignements, soit des personnes en arrêt de travail qui ne pouvaient pas reprendre leur travail mais qui n'étaient pas inaptes définitivement.

Les restrictions concernent soit des restrictions du travail de nuit, en milieu hyperbare ou du port de charges lourdes. Les aménagements correspondent à des aménagements d'horaires ou de planning, de port de chaussures spéciales ou de gants spéciaux; mais la plupart concernent des postes aménagés déjà en place dans le cadre des reclassements.

Les 601 visites de reprise sont beaucoup plus systématiques qu'auparavant, qu'elles soient après un arrêt de plus de 6 semaines ou après un congé de maternité ou parental, car les ressources humaines nous en informent. Elles peuvent se dérouler avant la reprise (visite de pré-reprise) surtout si un aménagement doit être prévu au moment de la reprise, mais c'est le salarié lui-même qui prend rendez-vous auprès du SIST car il ne peut pas être convoqué. Cette disposition est beaucoup plus efficace en terme d'organisation au niveau de son service et il y a moins de temps perdu.

Les visites de reprise se répartissent comme suit:

- Visites de pré-reprise après maladie: 42
- Visites de reprise après accident de travail: 2
- Visites de reprise après maladie: 343
- Reprise à temps plein après mi-temps thérapeutique: 33
- Ré-intégration après congé sans solde: 10
- Reprise après congé de maternité: 78
- Réintégration après congé parental: 95

2.3. EXAMENS PARTICULIERS

2.3.1. TRAVAILLEURS INCAPABLES D'OCCUPER LEUR DERNIER POSTE DE TRAVAIL*:

Capables	Incapables	Total
-	62	62

Sur les 62 personnes vues dans le cadre de la procédure de reclassement, 21 étaient déjà aménagées notamment à mi-temps thérapeutique pendant la procédure, les 41 autres étaient en arrêt de travail. Personne n'a été reconnu apte alors que sa procédure de reclassement était en cours.

Sur les 62 personnes vues dans ce cadre, 8 personnes ont bénéficié d'un reclassement externe pour dépassement des 52 semaines de congés de maladie, les autres ont été reclassées en interne.

2.3.2. EXAMENS POUR RECLASSEMENT INTERNE OU EXTERNE:

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	Total
Reclassement interne	-	50	1	-	51
Reclassement externe	-	-	-	-	-

Une personne a été vue deux fois car le poste proposé ne convenait pas. La "restriction" correspond à une demande auprès de la commission mixte pour une réduction supplémentaire du temps de travail pour une personne déjà reclassée, qui a été reclassée en interne alors qu'un reclassement externe était prévu.

2.4. FEMMES ENCEINTES***

Apte	Aménagement de poste	Mutation de poste	Dispense de travail	Pas de conclusion	Total
26	62	-	192	11	291

Sur les 291 personnes enceintes, seules 26 ont pu continuer à travailler car elles travaillaient dans l'administration (secrétaires, employées administratives) ou des soignantes qui occupaient des fonctions d'encadrement ou de gestion, mais certaines ont été arrêtées pendant toute la durée de leur grossesse qui était pathologique.

La plupart a été dispensée (192/291).

Les aménagements ont consisté en restriction d'exposition aux patients infectés ou agités, de port de charges et de travail de nuit.

Onze personnes ont fait une fausse-couche avant que la décision n'ait été prise.

2.4.1. FEMMES ENCEINTES ET TRAVAIL DE NUIT***:

Apte	Mutation à un poste de jour	Dispense	Total
-	-	-	-

Toutes les salariées enceintes travaillant la nuit ont été mutées de jour, mais la plupart du temps comme elles étaient exposées à plusieurs autres risques ne pouvant pas être évités, elles ont donc bénéficié d'une dispense ou d'un aménagement.

* Code de Travail (Livre V, Titre V – Emploi de travailleurs incapables d'occuper leur dernier poste de travail art. L-552-2)

** Code de Travail (Livre III, Titre IV – Emploi de jeunes travailleurs)

*** Code de Travail (Livre III, Titre III – Emploi de personnes enceintes, accouchées ou allaitantes)

TOTAL DE TOUTES LES VISITES: 4 888

3. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SPÉCIFIQUES DE SURVEILLANCE MÉDICALE PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

3.1. NOMBRE D'EXAMENS BIOLOGIQUES (HORS SANGUINS)

• Bandelettes urinaires	3 013
• Coproculture/parasitologies des selles	43
• ECBU	58
• Uroculture	11

3.2. NOMBRE D'EXAMENS BIOLOGIQUES (SANGUINS)

• Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux agents cytostatiques	36
• Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux gaz anesthésiques	69
• Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux radiations ionisantes	103
• Bilans réalisés dans le cadre de la réglementation de la restauration collective	
• Sérologie hépatite A	42
• Sérologie complète de l'hépatite B	367
• ADN viral de l'hépatite B	2
• Titrage d'AchBs (contrôle de l'immunité après vaccination)	106
• Sérologie l'hépatite C	92
• ARN viral hépatite C	0

- Sérologie autre (rubéole (14), varicelle (5), rougeole (5)) (exposition aux enfants)
- Examens sanguins réalisés en fonction de l'examen clinique:
 - Bilan sanguin: 18
 - NF PI: 3
 - Bilan lipidique: 1
 - Glycémie, HB glyquée: 7
 - Bilan hépatique (ASAT ALAT, GGT): 5
 - Bilan thyroïdien: 6
- Quantiferon (tests tuberculiniques sanguins) 639
- Quantiferon (en 2eme intention pour suivi après exposition au BK) 34

3.3. NOMBRE D'EXAMENS RADIO-TOXICOLOGIQUES

En général deux séries de prélèvements sont organisées par an, chez le personnel de chaque service de médecine nucléaire et du service d'iodothérapie du CHL. 18 prélèvements ont été effectués et se sont révélés tous négatifs.

3.4. NOMBRE D'EXAMENS RADIOLOGIQUES

- Radiographies pulmonaires à l'embauche: 287
- Radiographies pulmonaires de contrôle: 6
- Radiographies des grosses articulations (surveillance caisson hyperbare): 2
- Scanner thoracique: 1 (suspicion sur une RP à l'embauche)

3.5. NOMBRE D'AUTRES EXAMENS

- Visiotests: 3 437
- Examens demandés dans le cadre du caisson hyperbare:
 - Ex ORL: 16
 - EEG: 2
 - EFR: 4
 - ECG d'effort: 2
- Examen visuel spécifique dans le cadre d'une exposition aux RI: 2

3.6. NOMBRE D'AVIS EXTERNES (APRÈS DÉCOUVERTE DE SIGNES LORS DE L'EXAMEN MÉDICAL)

• Médecin traitant	31
• Cardiologue	15
• Pneumologue (essentiellement pour des Quantiferons positifs)	6
• Autres (médecin de la CNS)	6
• Psychiatre	5
• Dermatologue (dermatoses semblant avoir des relations professionnelles)	3
• Ophtalmologue	3
• Médecin rééducateur	3
• Chirurgien/neurochirurgien	2
• Gynécologue	2
• Endocrinologue	1
• Rhumatologue	1

3.7. COMPTABILISATION DES PATHOLOGIES MARQUANTES CHEZ LES SALARIÉ(E)S PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

Affections qui ont un caractère important d'un point de vue épidémiologique

Domaine de la pathologie	Nombre	Incidence**	
		Nombre de salariés concernés parmi ceux qui ont été examinés sur la période de référence	
		DONT	Maladies en relation avec le travail
Cancérologie	29	Dont 14 cancers du sein	
Cardiologie	60	Dont 26 HTA, 8 hémorragies ou infarctus cérébraux, 5 infarctus, 1 embolie pulmonaire et 10 troubles du rythme	
Dermatologie	13		4 dermites de contact
Endocrinologie	20	Essentiellement diabète et problème thyroïdien	
Gastro-entérologie	33	Dont 4 maladies de Crohn	
Gynécologie	20	Dont 9 interventions	
Hématologie	3	anémies	
Lésions traumatiques	111	36 fractures, 36 entorses, des luxations ou simples contusions	22 atteintes de la coiffe des rotateurs avec ou sans rupture complète → TMS
Maladies infectieuses	12	Dont une tuberculose latente	
Neurologie	33	3 SEP, 1 maladie de Parkinson, 2 épilepsies, 1 narcolepsie, paralysies faciales, migraines, ...	canal carpien (12), 1 atteinte cubitale, 2 radiales, ... → TMS
Ophtalmologie	6		
O.R.L.	15	Sinusites, otites, syndrome vertigineux	
Pneumologie	15	Asthme, bronchite chronique, emphysème et 1 sarcoïdose	
Psychiatrie	68	Essentiellement des dépressions (57) de légères à très sévères, troubles du comportement (3)	Etat de stress 8
Rhumatologie	108	39 Arthroses (prothèses genoux ou hanches, hallux valgus, ...)	Epaules gelées, atteinte de la coiffe (8)
		32 Hernies discales le + svt opérées	Lumbago (29)
		23 atteintes cervicales	→ TMS
		11 poly-arthropathies inflammatoires (LED, SPA ou PR)	
Urologie- néphrologie	9		
TOTAL	555		

** Affections nouvellement survenues sur la période de référence (après embauche)

Depuis que nous voyons les personnels en visite de reprise ou de pré-reprise nous avons une vision bien meilleure de leur pathologie et nous pouvons constater qu'un nombre important de salariés a des maladies graves et/ou invalidantes. Les pathologies les plus fréquentes en dehors des traumatismes touchent l'appareil locomoteur que ce soit des pathologies plus ou moins professionnelles comme les problèmes d'épaule pour le personnel soignant ou du transport, de dos pour ceux qui manipulent des charges lourdes ou mobilisent des patients.

Certains salariés, souvent jeunes peuvent souffrir de rhumatismes inflammatoires. L'arthrose en général, touche les membres inférieurs ou la colonne vertébrale, entraîne aussi un absentéisme important et le plus souvent un aménagement de poste à la reprise.

Les pathologies psychiatriques sont la deuxième pathologie la plus fréquente. Ce sont la plupart du temps des dépressions qui vont de la dépression simple ou réactionnelle à un événement, à des manifestations très sévères. Le suicide reste actuel dans la population que nous suivons en santé au travail. Lorsqu'il survient, il est traumatisant pour la famille, les amis, mais aussi pour les collègues de travail, nécessitant parfois une prise en charge spécifique. Même si l'origine des problèmes psychiatriques n'est que rarement purement professionnelle, le climat général de l'hôpital ou du service peut être un facteur aggravant ou au contraire apaisant.

Les pathologies cancéreuses sont aussi très nombreuses et les thérapies peuvent durer longtemps (au-delà des 8 ou 9 mois voire plus). Les salariés qui en sont atteints désirent reprendre le plus rapidement possible leur travail alors qu'ils sont encore souvent en traitement et le reclassement est nécessaire dans la plupart des cas, simplement parce qu'ils approchent de leur 52 semaines d'arrêt de travail. Ce qui ne veut pas dire qu'ils ne récupéreront pas l'intégrité de leur capacité plus tard mais pour l'instant, la caisse de maladie n'offre pas d'autre possibilité.

4. COMMENTAIRES SUR LES MALADIES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL

(Pathologies dépistées en médecine du travail, maladies à caractère professionnel, aspects psychosociaux, stress, harcèlement sur le lieu de travail, travailleurs handicapés)

4.1. MALADIES INFECTIEUSES

- Exposition tuberculeuse:

119 personnes ont été exposées à 9 patients contagieux et ont bénéficié d'un suivi spécifique mais aucun virage tuberculinique n'a été observé.

- AES:

178 AES (quasiment le même nombre qu'en 2012) ont été déclarés en 2014 contre 151 en 2013. Aucune séroconversion n'a été constatée en 2014.

- Ebola:

Les hôpitaux n'ont eu à accueillir aucun patient atteint de la fièvre d'Ebola mais tout était prêt, le personnel essentiellement celui du CHL, avait participé à une formation spécifique.

4.2. RISQUES PSYCHO-SOCIAUX

- La fusion des hôpitaux (comme la ZithaKlinik et les hôpitaux du Kirchberg), la restructuration de certains services, le changement de spécialités (notamment vers une patientèle gériatrique) peut entraîner:
 - Une surcharge de travail notamment physique
 - une diminution des effectifs et une plus grande polyvalence avec une adaptation à de nouvelles techniques ou procédures
 - des modifications des horaires (augmentation des amplitudes ou même travail de nuit, participation aux gardes, ...)
 - des changements de localisation (trajets plus longs, problème de parking, nouveaux repères, nouveaux réflexes à trouver)

Ces changements peuvent diminuer l'efficacité et la rapidité des tâches habituellement réalisées sans problème, entraîner des reproches et contribuer à la perte de confiance en soi, en un mot augmenter le stress.

- Le contact avec une clientèle de plus en plus exigeante et pressée, voire agressive (accidents par contacts avec patients agités, agressions par tiers augmentent régulièrement)
- La responsabilisation de plus en plus accrue (plus vite, plus performant, sans aucune erreur) avec les mêmes effectifs (ou moins) et dans des conditions parfois difficiles (interruptions des tâches, mauvaise communication, ...)
- L'informatisation généralisée (outil plus ou moins maîtrisé par les utilisateurs, aléas de fonctionnement, ...)
- Le travail en trois postes, horaires décalés et le week-end peut favoriser les troubles du sommeil, fatigue, difficultés familiales, ...

L'étude des indicateurs que ce soit l'absentéisme, les accidents ou les incidents de travail, les plaintes (ou erreurs) qu'elles émanent des patients, des personnels ou des médecins sont utiles pour comprendre le mécanisme de survenue afin de trouver des solutions pour améliorer la situation.

4.3. ACCIDENTS DE TRAVAIL

Mécanismes de survenue	Accidents de trajet		Totaux
	Avec arrêt	Sans arrêt	
Accident avec véhicule	48	73	121
Agression par tiers	-	1	1
Choc avec un élément fixe	-	1	1
Chute/glissade dénivelé	8	5	13
Chute/glissade plain-pied	11	13	24
Faux mouvement	1	1	2
Objet en mouvement	1	0	1
Total	69	94	163

Accidents de travail			
Accident avec véhicule	-	6	6
AES	-	178	178
Agression par tiers	-	1	1
Appareil de cuisson	-	1	1
Autre	6	4	10
Choc avec élément fixe	9	26	35
Chute/glissade dénivelé	13	10	23
Chute/glissade plain-pied	31	27	58
Contact malade agité	8	33	41
Contact produits toxiques	3	14	17
Effort/manutention charges	7	10	17
Effort/manutention malade	23	29	52
Faux mouvement	13	10	23
Manip. objets/outils hors AES	7	21	28
Objet en mouvement	20	48	68
Récipient avec liquide chaud	-	2	2
Total des accidents de travail sauf trajets	140	420	560

Si on considère les accidents **avec ou sans arrêt de travail** les AES sont toujours les plus nombreux, les objets qui tombent ou les chariots qui heurtent les personnes, le contact avec les patients agités, les efforts pour mobiliser les patients, les chutes et glissades sur des sols mouillés ou souillés viennent ensuite. A noter, une augmentation régulière des accidents lors des contacts avec les patients agités.

Par contre, si on considère les accidents de travail **ayant entraîné un arrêt de travail**, les chutes et glissades et les accidents lors des mobilisations de patients sont les plus nombreux il est donc nécessaire d'axer la prévention sur la sécurité sur les sols glissants (signalisation, chaussures, ...), les formations à la manutention des patients et à l'utilisation de matériel adapté.

4.4. ACTIONS DES MÉDECINS DU TRAVAIL

- Avec le Ministère de la santé: participation à l'audit de la prise en charge du cancer au Luxembourg
- Au sein des hôpitaux:
 - Présentation du rapport d'activité au comité mixte
 - Participation aux comités d'hygiène et de sécurité et de radioprotection dans les hôpitaux où ils existent
 - Mise à jour de l'inventaire des postes à risques avec les préposés à la sécurité
 - Réunions diverses avec les responsables souvent lors des reclassements
 - Visites des locaux surtout lors de leur transformation ou rénovation ou au décours de plaintes particulières décrites lors des examens médicaux.

RELATIONS PUBLIQUES / RELATIONS INTERNATIONALES

1. L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 18 JUIN 2014 ET L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 11 DÉCEMBRE 2014

2014 a été une année au cours de laquelle se sont tenues deux Assemblées Générales. Alors que le nombre des réunions du Conseil d'Administration a nettement diminué, la FHL a beaucoup développé ses activités au niveau du Bureau du CA et des différentes plateformes. Les résultats de ces travaux devaient avoir une incidence sur les budgets à faire voter et à présenter à la CNS.

C'est donc le résultat de ces travaux, les nouvelles contraintes budgétaires et les importants changements au niveau du paysage hospitalier qui ont amené la FHL à organiser une deuxième Assemblée Générale le 11 décembre 2014 en sus de l'Assemblée Générale Ordinaire traditionnellement organisée en juin. Ce fut l'occasion de procéder de manière décalée au vote des budgets 2015-2016 et aussi de procéder à une nouvelle adaptation des statuts pour tenir compte des récentes réorganisations des membres de la FHL.



Photo des membres du CA de la FHL prise à l'occasion de l'AGO du 18 juin 2015

2. REMISE D'UN CHÈQUE DE 15.000 EUROS À LA FONDATION KRIIBSKRANK KANNER LE 07 NOVEMBRE 2014



Im Rahmen des Forums für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz, welcher im März 2014 stattgefunden hat, wurde der Gruppe GTS der FHL (Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois), den Präventionspreis 2014 in der Kategorie „Unternehmen mit 50 oder mehr Arbeitnehmern“ überreicht. Die Gruppe GTS (Groupe Technique Sécurité) vereinigt alle Sicherheitsbeauftragten der Krankenhäuser welche Mitglieder der FHL sind. Im

Rahmen Ihrer Arbeit, hat die Gruppe, im Kontext des Inventars der professionellen Risiken, ein Arbeitsinstrument entwickelt, welches „VALDECA“ (Valorisation Analytique Localisée et Détaillée des Critères d’Accidents) **getauft** wurde. Dieses Instrument ist unter anderem in allen Krankenhäusern anwendbar, ermöglicht die Arbeitsbedingungen zu verbessern sowie eine Analyse der Präventionsmassnahmen zu machen. Als innovativ wurde die Tatsache angesehen, dass die Früherkennung der psychosozialen Risiken mit einbegriffen werden konnte. Der Präventionspreis 2014 war mit 15.000 € dotiert. Die FHL hat entschieden, diesen Betrag in beachtlicher Höhe der Fondatioun Kriibskrank Kanner zu spenden. Der Scheck wurde vom Präsidenten der FHL, Herrn Paul JUNCK, am 7^{ten} November 2014 in Bartringen an die Direktorin, Frau Anne GOERES, der Fondatioun Kriibskrank Kanner, überreicht.

3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DELOITTE 2013



Les principaux résultats de l'étude 2013 sur les perceptions et attentes des consommateurs de soins de santé au Luxembourg ont été présentés lors de la 3^{ème} conférence annuelle de Deloitte qui s'est tenue le 22 janvier 2014 en présence de 80 professionnels et experts du marché luxembourgeois.

Cet évènement, réalisé en collaboration avec la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL), a été successivement présidé par Lydia MUTSCH, Ministre de la santé et de l'égalité de chances, suivie de Luc BRUCHER, Associé Deloitte et Leader Healthcare & Life Sciences, puis Paul JUNCK, Président de la FHL.

Les principales conclusions de l'étude ont mis en lumière quatre points-clé:

Une vision plus nuancée de la performance du système de santé luxembourgeois par les consommateurs de soins (86% des répondants jugent le système performant contre 96% en 2011).

De nombreuses pistes proposées par les répondants pour améliorer le système, parmi lesquelles plus d'informations et davantage de transparence sur la qualité et les coûts des soins, une réduction des délais d'attente, la mise en place du dossier de soins partagé (DSP), la promotion des mesures de prévention et une meilleure reconnaissance de la médecine préventive ou alternative.

Des patients de plus en plus enclins à se déplacer hors du Luxembourg pour se faire soigner (38% en 2013 contre 31% en 2011) si cela leur permet de bénéficier de la disponibilité de médecins et d'hôpitaux capables de leur offrir un traitement spécifique et ciblé.

Le recours aux nouvelles technologies qui est bien accepté par les consommateurs de soins (dont l'introduction du DSP pour plus de 80% des répondants). Ces derniers semblent disposés à utiliser la technologie pour des questions touchant à leur santé ou dans le cadre d'interactions avec leurs partenaires médicaux. Toutefois, les consultations en ligne demeurent relativement mal perçues (pour 50% des personnes interrogées) tandis que la question de la sécurité des données préoccupe encore davantage les consommateurs de soins en 2013 (en moyenne 60 % des répondants).

Outre la présentation des résultats de l'étude, cette conférence s'est également structurée autour de 2 tables rondes pendant lesquelles les thématiques suivantes ont été débattues:

1^{ère} table ronde: La dématérialisation du suivi du patient et la mise en place du (DSP), avec une emphase sur les éléments suivants:

La nécessité que les professionnels de santé s'approprient le DSP et l'envisagent comme un outil à valeur ajoutée, qui leur permettra d'une part un gain de temps et d'autre part d'accéder plus facilement aux informations de santé des patients pour mieux les soigner et les suivre.

Le DSP doit permettre une meilleure efficacité et une optimisation du suivi du parcours de soins du patient tout en assurant la confidentialité de ses données de santé personnelles et le respect de sa vie privée.

Le Luxembourg a la masse critique de patients pour se doter du DSP, avec un coût unitaire raisonnable estimé à € 10/dossier alors que pour certains autres pays comptent en centaine d'euros.

2^{ème} table ronde: La gouvernance de l'hôpital de demain, qui a fait ressortir les points suivants:

Le nouveau programme gouvernemental traduit clairement la volonté de garantir la performance future du système de santé par la mise en place d'une véritable «colonne vertébrale» de gouvernance, permettant de clarifier les niveaux de services et de responsabilités entre hôpitaux pour une meilleure collaboration.

Il est nécessaire que les établissements hospitaliers qui ont des intérêts comparables mènent un dialogue dans un climat de confiance autour de la question «que pouvons-nous faire ensemble?» dans l'intérêt du patient.

La gouvernance de l'hôpital de demain doit passer par deux lignes d'organisation: une hiérarchie verticale, qui doit permettre de garder un certain contrôle sur ce que les personnes font afin d'assurer une qualité irréprochable des soins et prestations médicales; et une ligne horizontale qui devrait être le résultat d'un accord concerté entre les médecins sur «qui fait ou ne fait plus quoi».

«Comme clairement confirmé lors de notre conférence, le nouveau programme gouvernemental prévoit de nombreux projets en matière de santé, tous destinés à faire évoluer le système pour garantir sa viabilité sur le long terme. On peut dès lors s'interroger sur les priorités qui seront établies dans la mise en œuvre de ces "chantiers" et selon quels critères: impacts financiers, valeur ajoutée pour le patient, facilité de déploiement, degré d'acceptation par les acteurs? Réussir à faire évoluer le système dépendra surtout de la disposition des acteurs du secteur à mener à bien des discussions ouvertes et à prendre des décisions avant tout dans l'intérêt du patient.» conclut Luc Brucher, Associé Deloitte et Leader Healthcare & Life Sciences.

4. FOIRE DE L'ÉTUDIANT LES 13/14 NOVEMBRE 2014

La FHL était présente sur la Foire de l'Etudiant avec des professionnels du secteur de la santé chez LUXEXPO - Hall 3 - stand 3A54.



La FHL a présenté les différents métiers du secteur hospitalier sur trois desks: les fonctions de support administratif et technique, les métiers liés aux soins et les métiers liés aux activités médicales. Des professionnels de la santé issus du secteur se sont relayés pour répondre aux questions des étudiants. Des supports audiovisuels et de la documentation papier étaient disponibles pour illustrer les parcours Etudes.

Un grand MERCI à tous les professionnels de santé des établissements membres de la FHL (toute profession confondue), présents sur notre stand tout au long de ces 2 journées.

5. RENCONTRES AVEC L'AMBASSADE DE FRANCE B2B LE 26 SEPTEMBRE 2014

La FHL a organisé en date du 26 septembre 2014 en collaboration avec le bureau luxembourgeois d'Ubifrance les premières rencontres B2B portant sur les Achats hospitaliers. Cette manifestation organisée sous le haut patronat de l'Ambassade de France a rassemblé les acteurs hospitaliers actifs des groupements d'achats de la FHL et plus d'une



dizaine de fournisseurs français. Ubifrance dont la mission est d'accompagner les entreprises françaises à l'international avait notamment mobilisé pour cette journée d'échanges des PME/PMI innovantes et des entreprises spécialisées entre autres en dispositifs médico-techniques, en implants orthopédiques ainsi qu'en gestion de l'eau.

Parmi ces entreprises on pouvait retrouver:

- *Care & Comfort*, expert en solution médicale et multimédia au chevet du patient,
- *Didactic*, fournisseur de dispositifs médicaux stériles et non stériles,
- *Nimesis Technology*, spécialiste en matière d'alliages à mémoire de forme,
- *Spengler*, entreprise spécialisée en consommables et instruments de chirurgie,
- *Item Implant*, spécialiste des implants chirurgicaux (rachis cervical, rachis dorso-lombaire, pied/main),
- *Sogoba*, société spécialisée dans la gestion de l'eau en milieu hospitalier, robinetterie médicale et traitement des effluents,
- *DTF*, société spécialisée en tire-laits et matelas anti-escarres,
- *Sotec*, producteur de mobilier médical pour hôpitaux et maisons de retraite.

L'initiative a permis à la FHL de décrire son rôle dans le cadre de l'achat hospitalier et aux acheteurs du secteur hospitalier luxembourgeois de découvrir de nouveaux acteurs et d'approfondir leurs connaissances du marché français. La rencontre a été clôturée par Monsieur l'Ambassadeur de France, Guy YELDA, et Monsieur Marc Hastert, Secrétaire Général de la FHL, qui ont salué cette collaboration.

Ces premières rencontres B2B, une approche inédite et expérimentale pour la FHL, permettront, l'avenir nous le dira, de renforcer les expertises françaises et luxembourgeoises.

6. ACHATS : RELATIONS AVEC D'AUTRES ORGANISMES

En 2014, la FHL participe à la finalisation du guide "Promouvoir les solutions innovantes à travers les marchés publics" établi par Luxinnovation.

La FHL participe aux travaux de l'association EHPPA (European Health Public Procurement Alliance) dont l'objet est notamment d'être le cadre de politiques d'achat groupé et de stratégies partagées entre les membres.

En 2014, le projet d'achat mutualisé transfrontalier de fournitures innovantes dans le domaine du "bien vieillir" (projet "HAPPI", "Healthy Ageing Public Procurement of Innovations"), auquel participe la FHL, se concrétise par le lancement d'une procédure d'achat ouverte après conclusion d'une convention internationale de groupement de commande et finalisation d'un cahier de charges commun.

7. RELATIONS INTERNATIONALES

La FHL est membre de plusieurs associations hospitalières internationales mais elle s'investit plus particulièrement dans les travaux de l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH-EAHM-EVKD) et de la Fédération Européenne des Hôpitaux et des Soins de Santé (HOPE).

Au niveau de l'AEDH, la FHL a participé à l'élaboration d'une stratégie et d'un modèle pour la réalisation des missions de cette association européenne. Il s'agit du modèle IMPO (inputs, management, processes, outcomes) qui met l'accent sur les processus et les résultats à atteindre. L'objectif est plus particulièrement de cibler les préoccupations du management hospitalier, de les analyser et de proposer des voies d'amélioration, voire des nouvelles actions et procédures. L'idée est d'y parvenir par le biais de projets très variés tels que des projets de formation en management (cf. le projet en management hospitalier "Manager un hôpital à l'heure européenne", réalisé en collaboration avec l'IUIL), les compétences en leadership, des projets d'échanges d'expériences, la mission de l'hôpital et du manager hospitalier, le management innovatif, les modes de financement des hôpitaux, les indicateurs qualité à recommander en management hospitalier, l'actualité européenne et la libre circulation des personnes, voire des services, la santé mentale, etc. Le travail est réalisé au niveau de trois sous-comités, à savoir le Sous-comité Affaires Européennes où la FHL est représentée par le Docteur Michel Nathan, le Sous-comité Scientifique où la FHL est représentée par le Professeur Hans-Joachim Schubert, Le Sous-comité "Santé Mentale" où la FHL est représentée par le Docteur Marc Graas. M. Marc Hastert représente la FHL au sein du Comité exécutif où il assume également la fonction de Vice-président de l'Association depuis l'Assemblée Générale de l'automne 2014 qui s'est tenue à Berlin dans le cadre du 25^{ème} Congrès de l'AEDH du 10 au 13 septembre 2014.

Au niveau de la Fédération Européenne des Hôpitaux et des Soins de Santé (HOPE), la FHL participe aux réflexions touchant de manière générale l'ensemble des activités hospitalières mais toujours dans un contexte d'évolution européenne des procédures. HOPE mise aussi sur les échanges d'expériences, les "study tours" et pour son 50^{ème} anniversaire qui sera célébré en 2016 l'association HOPE a décidé de lancer une vaste réflexion "L'Hôpital et les soins de santé du futur".

8. FHL INFO

Trois parutions en **2014**: mars/avril, août/septembre et novembre/décembre.

Objectifs:

- Recenser les besoins en communication de la FHL, des établissements membres de la FHL mais également de divers organismes externes (p. ex.: le 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 du FHLinfo (**lay-out/ cover-page**).
- Collecter/rassembler les articles et adapter logiquement la structure de la brochure en fonction de la fréquence des sujets, respectivement de l'importance et de la lisibilité des articles (**mise-en-page & aspect visuel**).
- Rester régulièrement en contact avec l'imprimeur (Imprimerie Heintz, Pétange).
- Réaliser systématiquement des relectures visant à obtenir un contenu correct de cette revue quadrilingue tout aussi bien au niveau de l'orthographe qu'au niveau grammatical (allemand, anglais, français et luxembourgeois) (**lectures/épreuves & bon-à-tirer**).
- Garantir la diffusion postale et la distribution manuelle (sous format électronique pour notre nouveau site web www.fhlux.lu) de la revue en 2.000 exemplaires en ce qui concerne le numéro 28, 2.500 exemplaires l'édition pour distribution au congrès SFA, 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**).




NEWS!
Désormais 4 éditions par an

La revue hospitalière luxembourgeoise à l'attention des acteurs hospitaliers et du secteur de la Santé paraîtra à partir de 2015 quatre fois par an, c'à d. en mars, en juin, en septembre et en décembre 2015.

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

Le FHLinfo
Son tirage est de 2000 exemplaires.

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.daccia@fhlux.lu.

Si vous souhaitez faire publier une information, un communiqué de presse ou une annonce publicitaire dans notre prochaine édition, contactez la coordinatrice à l'adresse suivante:

Fédération des Hôpitaux
Luxembourgeois a.s.b.l.
5, rue des Mérovingiens
Z.A. Bourmicht - L-8070 BERTRANGE
Tél.: 00 352 42 41 42-21
Fax: 00 352 42 41 42-81
E-mail: danielle.daccia@fhlux.lu
site: www.fhlux.lu

BBC-FHL

RÉSULTATS DES MATCHS BASCOL. DIVISION 3 SAISON 2014-2015

Matches ALLER

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
BBC-FHL	STATER LEIWEN	22.09.2014	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	65 - 44
BLACK LIONS B	BBC-FHL	09.10.2014	20.30	DUDELANGE	40 - 46
BANK OF NEW YORK	BBC-FHL	21.10.2014	18.30	GARE	58 - 48
DELOITTE	BBC-FHL	17.11.2014	20.15	GARE	77 - 53

Matches RETOUR

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
STATER LEIWEN	BBC-FHL	14.01.2015	18.15	GARE	46 - 48
BBC-FHL	BLACK LIONS B	26.01.2015	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	44 - 64
BBC-FHL	BANK OF NEW YORK	23.02.2015	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	72 - 63
BBC-FHL	DELOITTE	23.03.2015	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	forfait

Pour toutes autres informations, veuillez contacter le secrétaire de l'équipe du BBC-FHL:

M. Alain AREND

alain.arend@chem.lu

Classement

# Équipe	Joué	Gagné	Nul	Perdu	Forfait	Points	Égalité	Diff. points	Diff 1	Diff 2	Off	Def
1 Deloitte	8	8	0	0	0	16.0					485	318
2 Bank of NewYork	8	4	0	4	0	12.0					483	473
3 Black Lions B	8	3	0	5	0	11.0	3	14			444	436
4 BBC FHL	8	4	0	4	1	11.0	3	-14			376	415
5 Staater Léiwen	8	1	0	7	0	9.0					342	488

Egalité: Points au classement en considérant uniquement les matchs de ce tour entre les équipes à égalité de points

Diff. points: Différence de points offensifs/défensifs en considérant uniquement les matchs de ce tour entre les équipes à égalité de points au classement (considéré uniquement si 2 équipes à égalité de points)

Diff 1: en cas d'égalité de différence points => nombre de points au classement entre équipes de nouveau à égalité

Diff 2: en cas d'égalité de différence points: différence de points entre équipes de nouveau à égalité



2^e PARTIE



COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL DE LA FHL

TYPE DE GROUPE
I GROUPES FHL
<p><u>Plates-formes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bureau du CA • PF des Directeurs Administratifs et Financiers • PF des Directeurs Médicaux • PF des Directeurs Soins
<p><u>Comités et Commissions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité Pilotage « Achat Central » • Commission Stratégique GRH + Négociation CCT • Commission Finances • Commission du Personnel
<p><u>Groupes de travail de la FHL (nombre variable)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe Ad Hoc Normes administratives • Groupe Ad Hoc Enveloppes des investissements • Coordinateurs Protection des Données CPD • Coordinateurs Qualité • Groupe Technique Sécurité GTS • Groupes MCT • Groupements d'Achat • Groupes de Travail Achat (marchés)
II GROUPES PARITAIRES
<p><u>Commissions paritaires FHL/CNS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Commission des Normes • Commission d'Evaluation • Commission Technique d'Investissement Volet Médico-technique • Commission Technique d'Investissement Volet Informatique • Commission Technique Financière (Commission Paritaire Statistique jusqu'en 2012) • Commission des Budgets
<p><u>Commissions paritaires FHL/Syndicats (CCT FHL)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Commission paritaire (art 28) <p>Plates-formes reprises dans la CCT FHL mais inactives en 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PF Rémunération par Fonction et Revalorisation des Carrières (PF (RFRC) • PF Service de permanence (PF SP) • PF Salariés quinquagénaires (PF SQ) • PF Sauvegarde de l'emploi (PF SE)

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

TYPE DE REUNION	2010	2011	2012	2013	2014
Assemblée Générale	1	1	1	1	2
Conseil d'Administration	13	11	9	5	4
Directeurs Hôpitaux Généraux / Bureau du CA	13	5	8	9	9
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	13	9	6	8	8
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	13	16	16	15	14
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)		NC	NC	7	7
Total	53	42	40	45	44

Commissions paritaires FHL / CNS :					
Commission des Normes FHL/CNS (avec réunions prép.)	15	14	19	16	11
Commission d'Evaluation FHL/CNS	10	7	8	5	5
Commission Technique d'Investissement Médico-Technique FHL/CNS	1	3	2	3	3
Commission Technique d'Investissement Informatique FHL/CNS	2	1	1	2	1
Commission Technique Financière (y inclus négociation conv. Cadre FHL/CNS)	12	18	10	14	15
Total	40	43	40	40	35

Ressources Humaines (hors SIRHIUS) et Sécurité et Santé au Travail					
Commission Stratégique GRH (y compris négociations CCT)	6	5	7	7	18
Commission du Personnel	6	3	2		1
Groupe Technique Sécurité GTS	5	8	5	4	4
Total	17	16	14	11	23

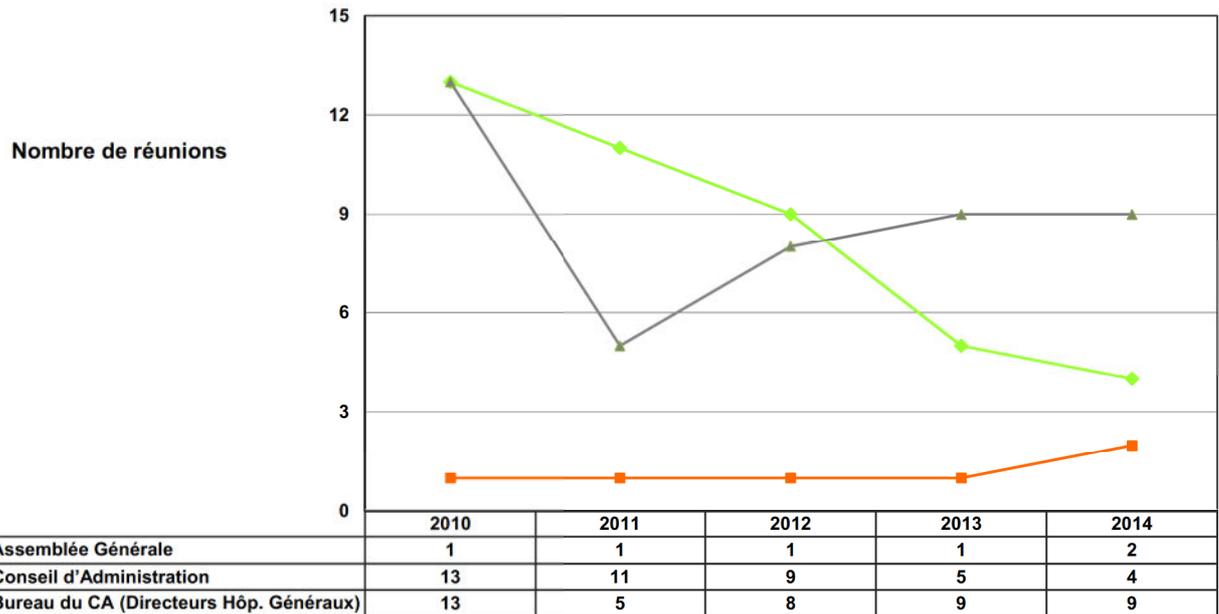
TYPE DE REUNION	2010	2011	2012	2013	2014
Achat Central/Groupements d'achat/Groupes de travail :					
Comité de Pilotage Achat Central	6	5	5	8	9
Groupement d'achat « Médical »	3	8	4	4	4
Groupement d'achat « Médico-technique »	3	4	5	8	7
Groupement d'achat médicaments/perfusions					3
Groupement d'achat « Non-médical »					3
Groupes de travail Pharmacie	3	13	26	24	24
Groupes de travail Non Médical	1	1	1	5	1
Groupes de travail Informatique	5	9			
Groupes de travail Médico-technique			16	8	23
Total	21	40	57	57	74
Commissions et Groupes de travail					
Groupe Ad Hoc Normes administratives				4	4
Groupe Ad Hoc Enveloppes des investissements				3	1
Commission Finances	16	12	18	12	9
Coordinateurs qualité	5	8	15	20	22
Groupes MCT (y inclus réunions IA/PRN)	5	6	31	23	21
Plate-forme Stratégie Laboratoire/projet de mutualisation	1		1	3	3
Coordinateurs Protection des Données		2		1	2
Total	27	28	65	66	62

CIRCULAIRES

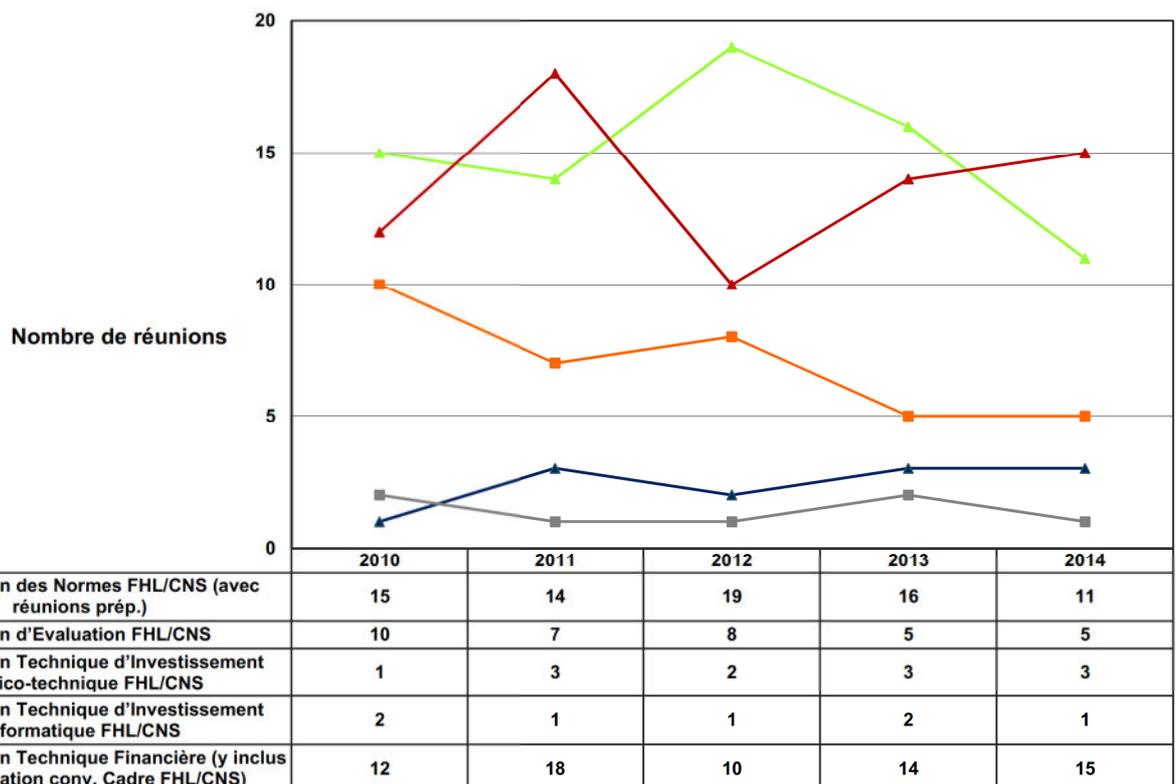
	2010	2011	2012	2013	2014
Bureau du CA			43	56	52
Conseil d'Administration (CA)	238	217	170	119	110
EHL/FHL	84	85	68	51	50
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	67	163	215	130	175
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)		15	27	21	44
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	25	47	48	23	38
Commission des Normes	46	54	42	22	37
Commission d'Evaluation	54	39	30	24	20
Commission Technique Financière (CTF/CSTAT)	24	23	35	46	59
Commission Technique d'Investissement (mdt + info)	13	24	4	17	6
Commission Finances	94	104	136	88	58
Commission Stratégique GRH (+négociation CCT)	13	28	16	13	114
Commission du Personnel	70	62	36	33	45
Groupe de Travail Sécurité (GTS)	33	38	33	20	42
CP Achat central	62	40	19	31	45
Groupements d'Achat	29	39	41	30	45
Physique médicale	3	3	12	5	
Coordinateurs Protection des Données (CPD)	5	14	5	1	19
Coordinateurs Qualité	15	14	42	36	17
GT Déchets Hospitaliers + Conditions Générales			8		
NOMBRE TOTAL DE CIRCULAIRES (SANS LES CIRCULAIRES DES COMMISSIONS/GROUPES INFORMATIQUES)	875	1009	1030	766	976

COURRIER

	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de courriers rentrés:	2371	2180	2311	2002	1420
Nombre de lettres envoyées:	213	225	246	121	122

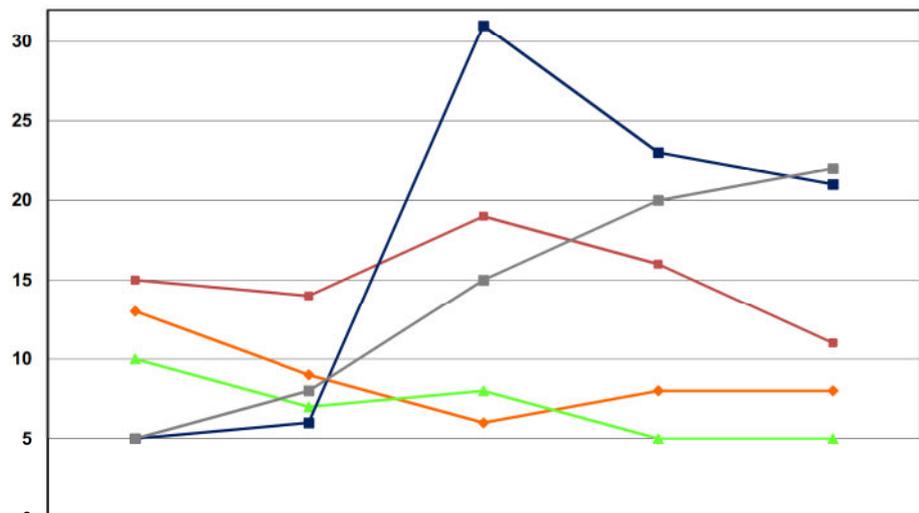


Commissions paritaires FHL/CNS



Normes et Qualité

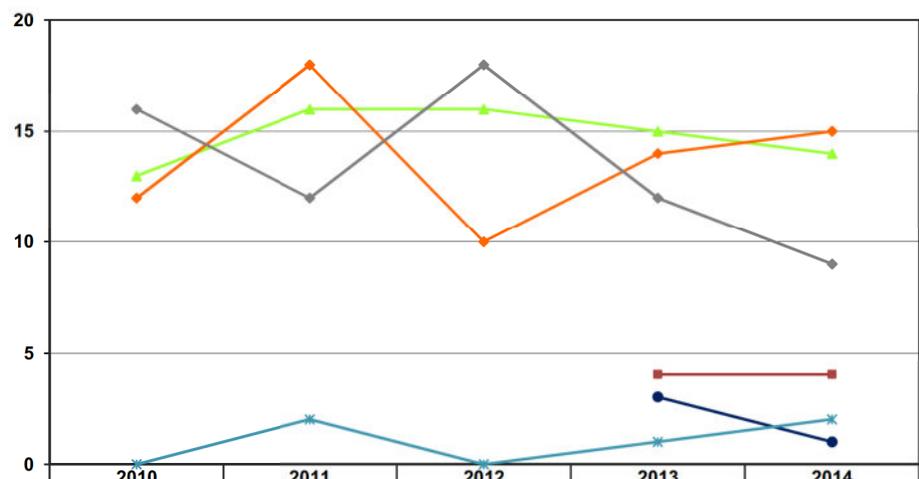
Nombre de réunions



	2010	2011	2012	2013	2014
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	13	9	6	8	8
Commission des Normes FHL/CNS (avec réunions prép.)	15	14	19	16	11
Commission d'Evaluation FHL/CNS	10	7	8	5	5
Groupes MCT (y inclus réunions IA/PRN)	5	6	31	23	21
Coordinateurs qualité	5	8	15	20	22

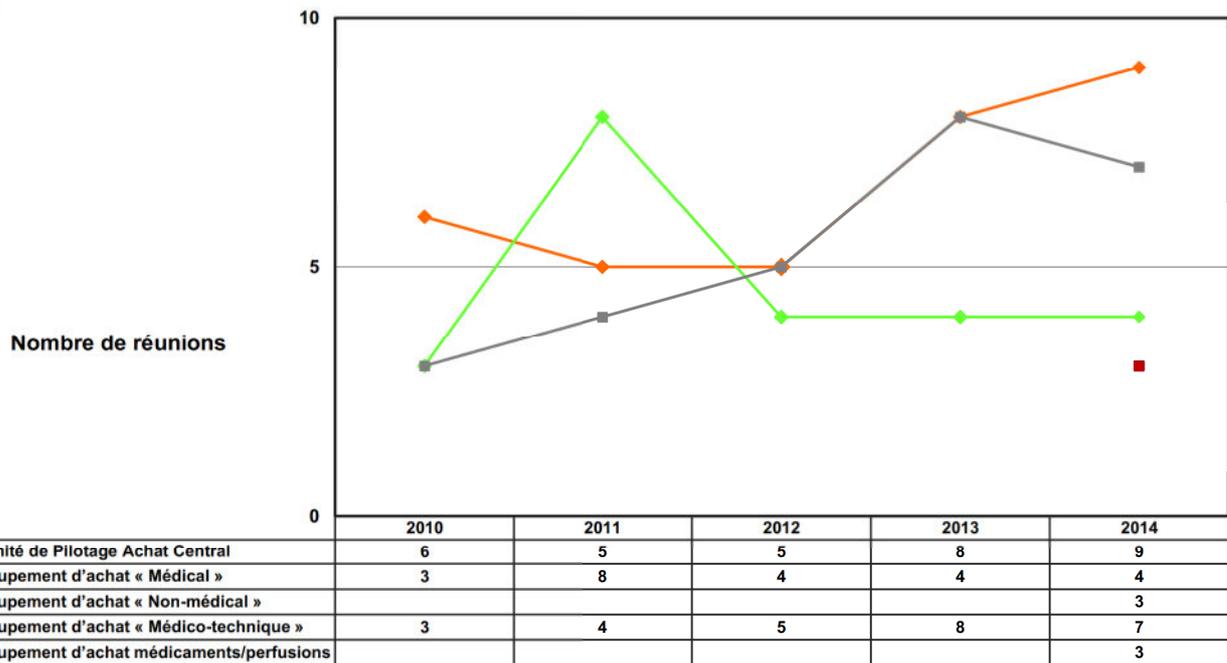
Administratif et Financier

Nombre de réunions

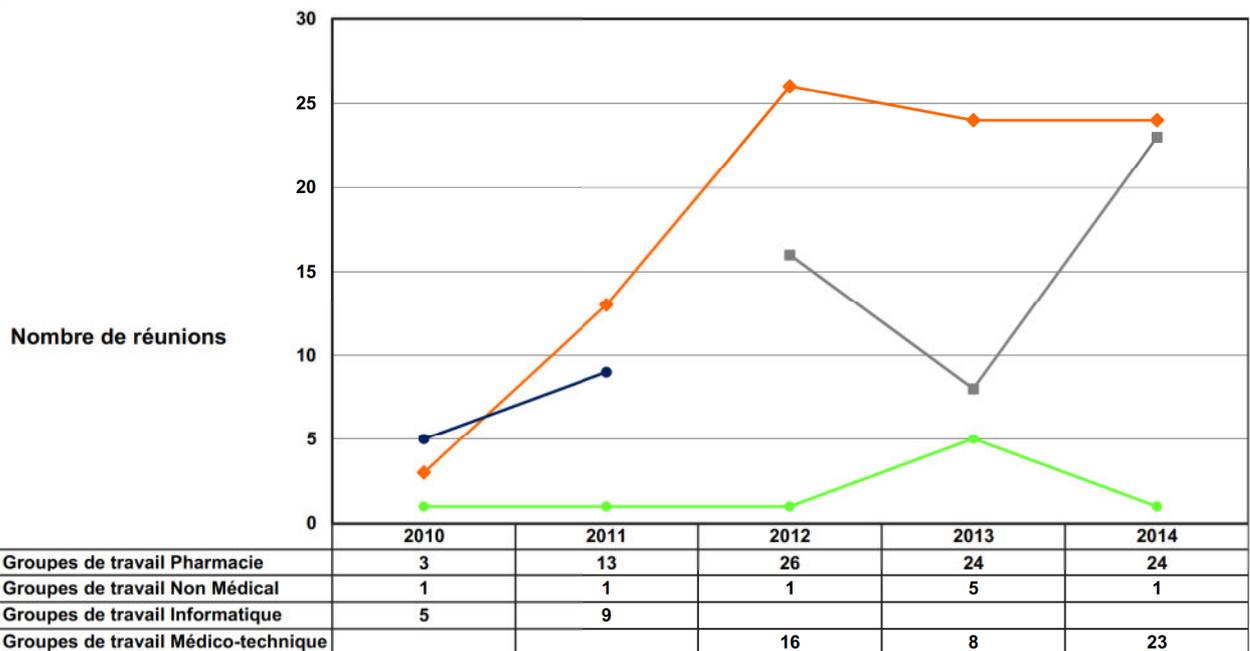


	2010	2011	2012	2013	2014
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	13	16	16	15	14
Commission Technique Financière (y inclus négociation conv. Cadre FHL/CNS)	12	18	10	14	15
Commission Finances	16	12	18	12	9
Groupe ad-hoc Normes Administratives				4	4
Groupe ad-hoc Enveloppes investissements				3	1
Coordinateurs Protection des Données	0	2	0	1	2

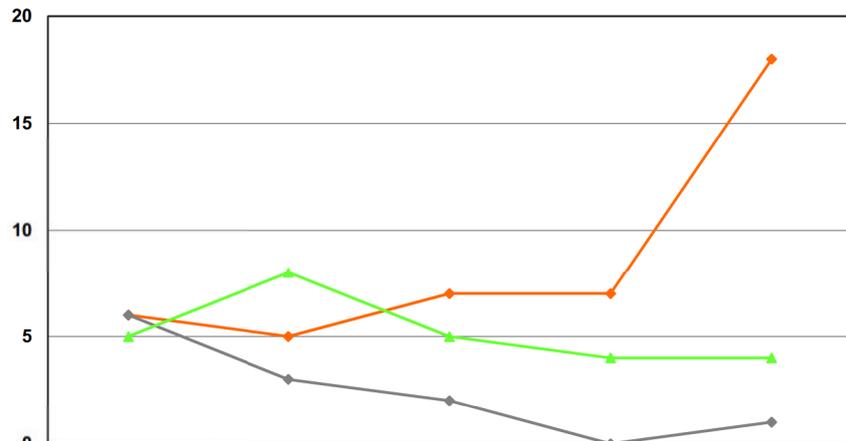
CP Achat central / Groupements d'achat



Achat central: Groupes de travail



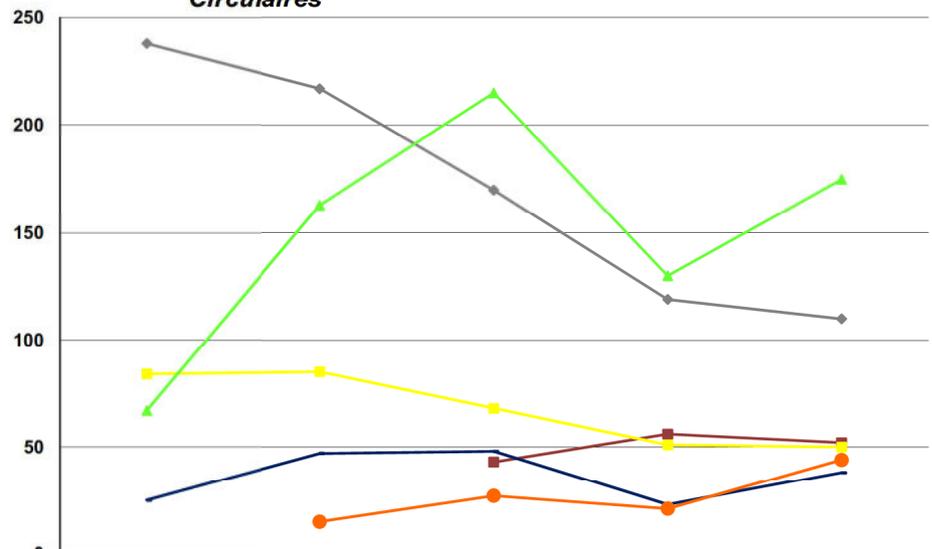
Nombre de réunions



	2010	2011	2012	2013	2014
Commission Stratégique GRH (y compris négociations CCT et groupe restreint)	6	5	7	7	18
Commission du Personnel	6	3	2	0	1
Groupe Technique Sécurité GTS	5	8	5	4	4

Circulaires

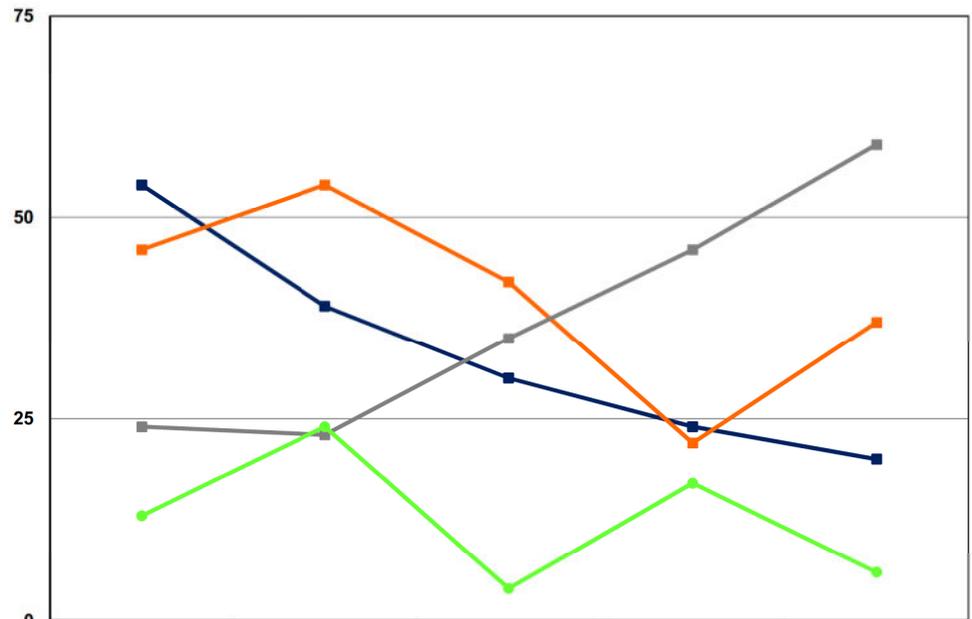
Nombre



	2010	2011	2012	2013	2014
Conseil d'Administration (CA)	238	217	170	119	110
Bureau du CA			43	56	52
EHL/FHL	84	85	68	51	50
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	67	163	215	130	175
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	25	47	48	23	38
PF DM Plate-Forme des Directeurs Médicaux		15	27	21	44

Circulaires Commissions paritaires FHL/CNS

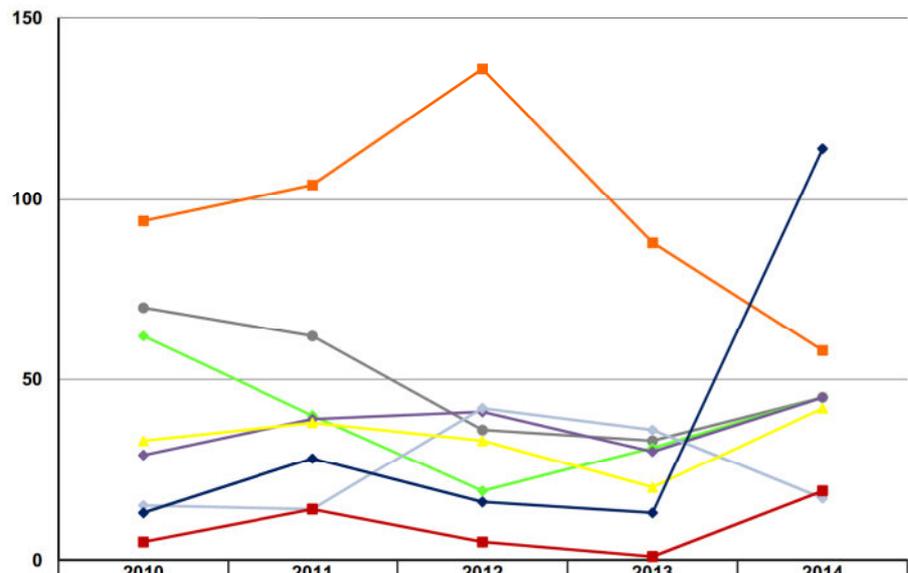
Nombre



	2010	2011	2012	2013	2014
Commission d'Evaluation	54	39	30	24	20
Commission des Normes	46	54	42	22	37
Commission Technique Financière (CTF/CSTAT)	24	23	35	46	59
CTI (mdt + info)	13	24	4	17	6

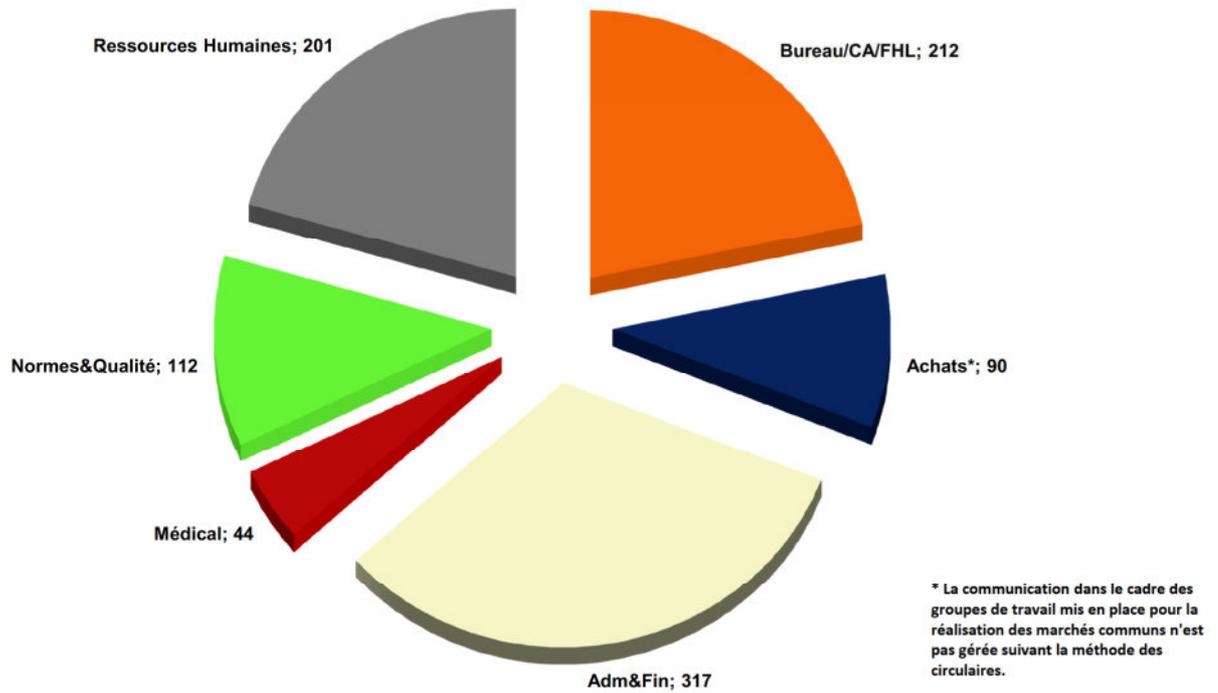
Circulaires Commissions/Groupes de travail interne

Nombre

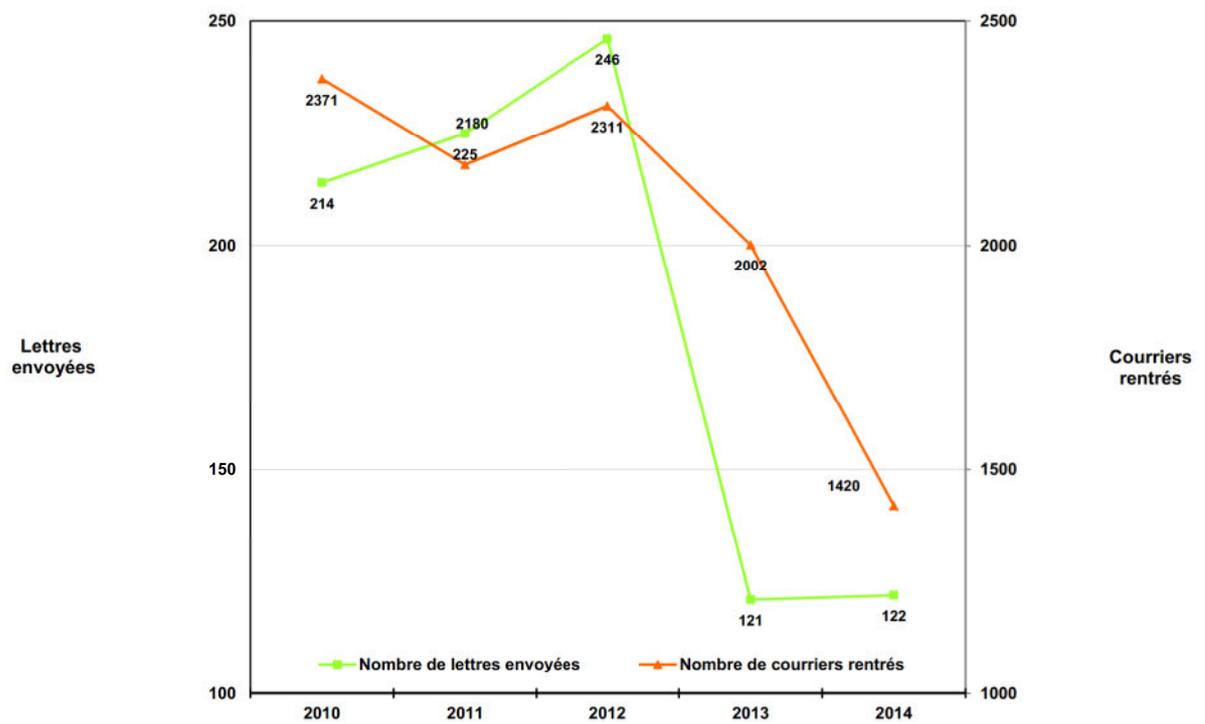


	2010	2011	2012	2013	2014
Commission Finances	94	104	136	88	58
Commission du Personnel	70	62	36	33	45
CP Achat central	62	40	19	31	45
Groupements d'achat	29	39	41	30	45
Coordinateurs Qualité	15	14	42	36	17
Coordinateurs Protection des Données (CPD)	5	14	5	1	19
Groupe de Travail Sécurité (GTS)	33	38	33	20	42
Commission Stratégique GRH (+négociation CCT)	13	28	16	13	114

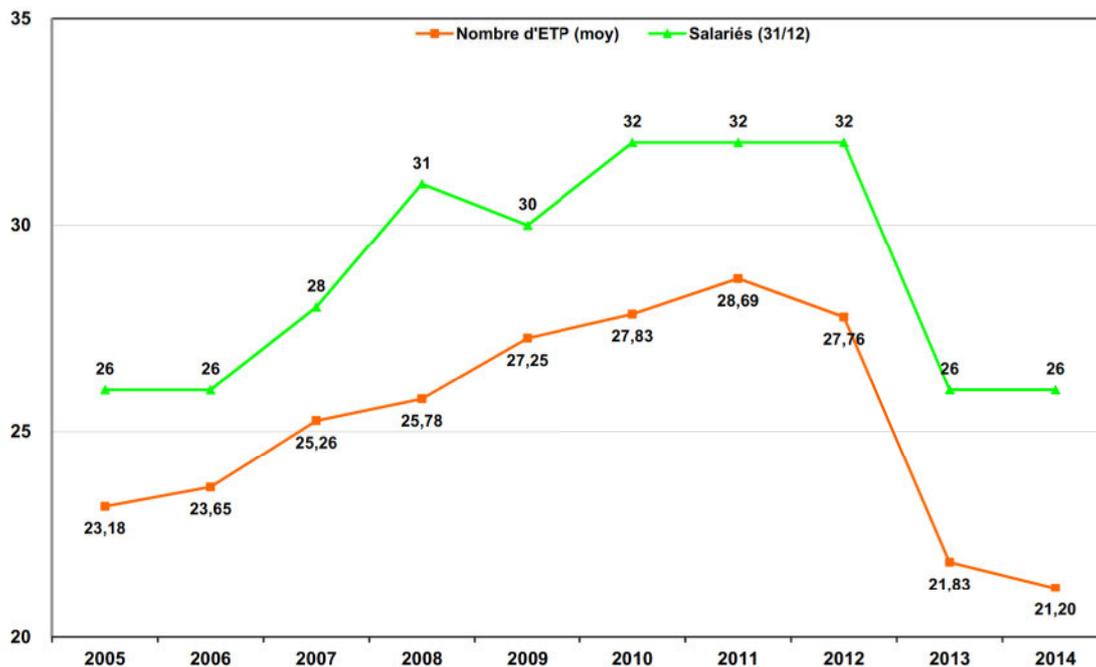
Circulaires Répartition par domaine



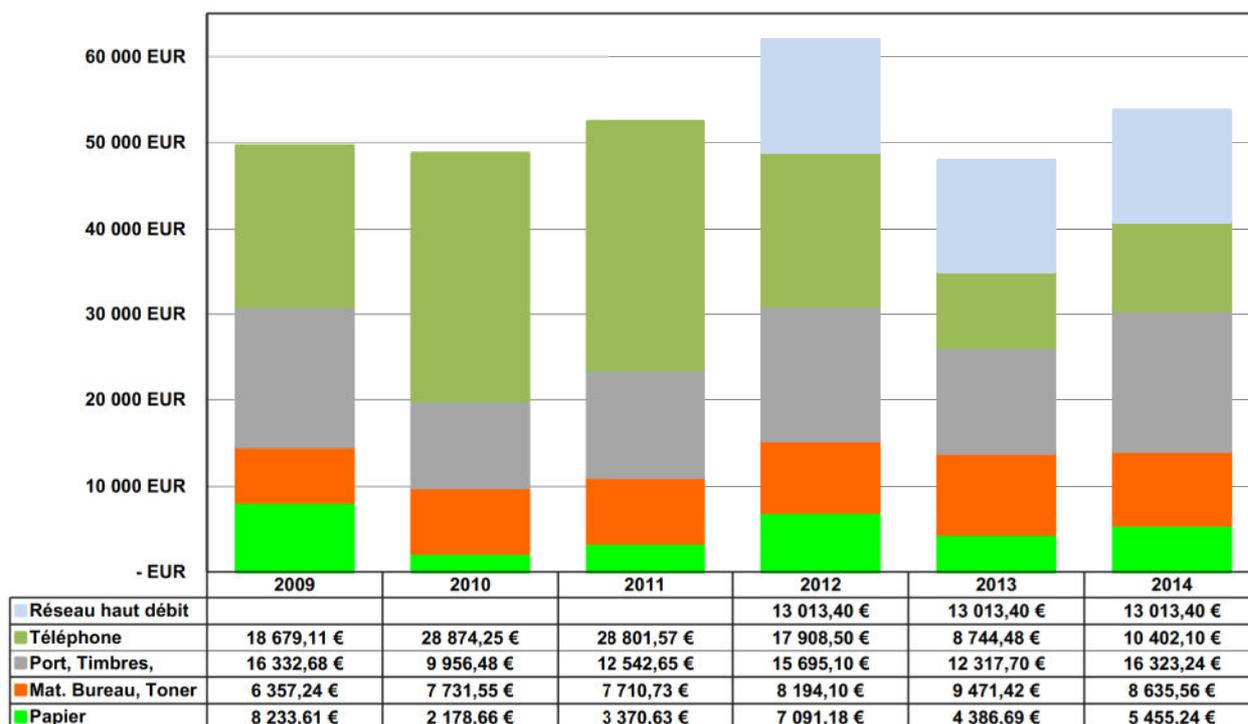
Courriers et Lettres



Nombre de salariés à la FHL sans le service informatique (LUXITH) en 2013 et 2014



Frais de fonctionnement en Euro





5, rue des Mérovingiens – Z.A. Bourmicht
L-8070 BERTRANGE

FHL

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

SIST-FHL

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