



Rapport d'activité 2015

Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois

SOMMAIRE

Les membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois	4
Le Président, le Secrétariat Général & le Service Interentreprises de Santé au Travail	6
Le Conseil d'Administration	8
1ère partie	9
2015 : 50 ans d'activité comme association de droit privé	11
Plateforme des Directeurs médicaux	16
Plateforme des Directeurs des soins	22
Physique Médicale	31
Plateforme des Directeurs administratifs & financiers, Commission technique financière FHL/CNS, Commission finances	37
Achats	44
Cellule normes & qualité	49
Ressources humaines & dialogue social	57
Santé et sécurité au travail	63
Protection des données	66
SIST-FHL – Médecine du travail	68
Relations publiques & internationales	83
Pub FHL-info	89
BBC-FHL	90
2^{ème} partie	91
Annexes	93

Les membres de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois

LES HÔPITAUX MEMBRES DE LA FHL

	Localité	Adresse	Téléphone	Téléfax	e-mail	Internet
Centre Hospitalier de Luxembourg						
• CHL - Centre	L-1210 Luxembourg	4, rue Ernest Barblé	44 11 11	44 87 62	chl@chl.lu	www.chl.lu
• CHL - Kannerklinik	L-1210 Luxembourg	4, rue Ernest Barblé	44 11-3133	44 11-3802		
• CHL - Maternité	L-1512 Luxembourg	2, rue Federspiel	44 11 11	44 11-3756		
• CHL - Eich	L-1460 Luxembourg	78, rue d'Eich	44 11 12	42 17 42	ce@chl.lu	
Centre Hospitalier Emile Mayrisch						
• CHEM, site Esch/Alzette	L-4005 Esch-sur-Alzette	B.P. 436			info@chem.lu	www.chem.lu
• CHEM, site Dudelange	L-4240 Esch-sur-Alzette	rue Emile Mayrisch	57 11-1	57 11-65159		
• CHEM, site Niedercorn	L-3488 Dudelange	rue de l'hôpital	57 11-1	57 11-65159		
	L-4602 Niedercorn	187, av. de la Liberté	57 11-1	57 11-65159		
Hôpitaux Robert Schuman						
• HRS / Hôpital Kirchberg	L-2540 Luxembourg	9, rue Edward Steichen	24 68-1	24 68-2009		www.hkb.lu
• HRS / Clinique Ste Marie	L-4350 Esch-sur-Alzette	7-11, rue Würth-Paquet	57 123-1	57 23 43		www.csm.lu
• HRS / Clinique Privée du Dr E. Bohler S.A. de Luxembourg	L-2540 Luxembourg	5, rue Edward Steichen	26 333-1	26 333-9003		www.cbk.lu
• HRS / ZithaKlinik S.A.	L-2763 Luxembourg	36, rue Ste Zithe	2888-1	2888-5900		www.zithaklinik.lu
Centre Hospitalier du Nord						
• CHdN, site Ettelbruck	L-9002 Ettelbruck	B.P. 103	81 66-1	81 66-3045	chdn@chdn.lu	www.chdn.lu
• CHdN, site Wiltz	L-9080 Ettelbruck	120, avenue Salentiny	81 66-1	81 66-3045		
	L-9515 Wiltz	10, rue G.D. Charlotte	95 95-1	95 77 10		

	Localité	Adresse	Téléphone	Téléfax	e-mail	Internet
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique • CHNP d'Ettelbruck • Centre Thérapeutique d'Useldange (alcoolodépendance) • Centre Thérapeutique de Manternach (polytoxicomanie) • Centre Thérapeutique Diekirch	L-9002 Ettelbruck	B.P. 111			chnp@chnp.lu	www.chnp.lu
	L-9012 Ettelbruck	17, avenue des Alliés	26 82-1	26 82-2630		
	L-8707 Useldange	14, rue d'Everlange	23 630 320	23 630 781	ctu@chnp.lu	www.ctu.lu
	L-6851 Manternach	Syrdall Schloss	71 06 06	71 98 48	syrdallschlass@chnp.lu	www.syrdallschlass.lu
	L-9220 Diekirch	1, rue Clairefontaine	26 80 08 35	26 82 49 40	ctd@chnp.lu	www.ctd.lu
Hôpital Intercommunal de Steinfort	L-8423 Steinfort	1, rue de l'Hôpital	39 94 91-1	39 82 73		www.his.lu

LES CENTRES NATIONAUX MEMBRES DE LA FHL

Centre François Baclesse, Centre National de Radiothérapie	L-4240 Esch-sur-Alzette	rue Emile Mayrisch	26 55 66-1	26 55 66-46		www.baclesse.lu
INCCI, Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle de Luxembourg	L-1210 Luxembourg	2a, rue Barblé	26 25 50-00	26 25 50-10	incci@incci.lu	www.incci.lu
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, dit "REHAZENTER"	L-2674 Luxembourg	1, rue André Vésale	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	L-8423 Steinfort	1, rue de l'Hôpital	39 94 91-1	39 82 73		www.his.lu
Centre Pontalize, membre du CHNP d'Ettelbruck	L-9002 Ettelbruck	B.P. 111	26 82-7000	26 82-4965	info@pontalize.lu	www.pontalize.lu

(Etat fin 2015)

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

FHL	5, RUE DES MÉROVINGIENS, Z.A. BOURMICH L- 8070 BERTRANGE	TÉLÉPHONE: 42 41 42-11	TÉLÉFAX: 42 41 42-81
------------	---	----------------------------------	--------------------------------

PRÉSIDENT :	M. Paul JUNCK
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL :	M. Marc HASTERT
SECRÉTARIAT :	Mme Helene ALMEIDA, <i>Secrétaire</i> Mme Danielle CIACCIA-NEUEN, <i>Secrétaire</i> Mme Julie ILTIS, <i>Secrétaire</i> Mme Nathalie ILTIS, <i>Secrétaire</i> Mme Rossana LIPPOLIS, <i>Secrétaire</i> Mme Carole ONRAET, <i>Secrétaire</i> Mme Paula ROSA, <i>Secrétaire</i>

DÉPARTEMENTS ACHATS, ECONOMIQUE, JURIDIQUE, NORMES & QUALITÉ, STATISTIQUES

CELLULE ÉCONOMIQUE/ACHATS :	Mme Laure PELLERIN, Conseiller économique
CELLULE JURIDIQUE/ACHATS :	Mme Carla MOREIRA, Conseillère juridique M. Luc WAISSE, Conseiller juridique
CELLULE JURIDIQUE/RH :	Mme Danièle WELTER, Conseillère juridique

CELLULE NORMES & QUALITÉ / STATISTIQUES :

M. Sylvain VITALI, *Conseiller soins*

M. Jean FERRING, *Statisticien*

CELLULE « PHYSIQUE MÉDICALE » : Dr rer. nat. Alex MEYER

Expert en physique médicale - Responsable-coordonateur

Dr Yassine BEN HDECH, PhD, *Expert en physique médicale*

Mme Christina BOKOU, *Expert en physique médicale*

M. Octavian DRAGUSIN, *Expert en physique médicale*

Mme Olga KAPHAMMEL, *Expert en physique médicale*

Mme Kathlene Platini, *ATM en radiologie*

SIST-FHL**TÉLÉPHONE :****42 41 42-12****TÉLÉFAX :****42 41 42-82**

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

PRÉSIDENT : M. Paul JUNCK
VICE PRÉSIDENT : Dr Marc GRAAS

MEMBRES EFFECTIFS & SUPPLÉANTS

ÉTABLISSEMENT	MEMBRE EFFECTIF	MEMBRE SUPPLÉANT
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
HRS	Paul WIRTGEN	Gunar JAMROS
HRS	Christian OBERLE	Gregor BAERTZ
HRS	Marc SCHLIM	Tom HENKELS
CHdN	Georges BASSING	Marcel BAULER
CHdN	Hans-Joachim SCHUBERT	(pas de 3e membre suppl. pour le moment)
CHdN	René HAAGEN	Nathalie CHOJNACKI
CHNP	Marc GRAAS	Frank GANSEN
HIS	Luc GINDT	Fabienne VALET
CFB	Michel UNTEREINER	Gilles SOMMERHALTER
INCCI	Jean BEISSEL	André PUTZ
CNRFR	Anja DEKANT-HÖBNER	Patrick REINERT

COMMISSAIRES AUX COMPTES

Luc GINDT
Gilles SOMMERHALTER

(Composition après A.G.E. 2015)



1ère partie

2015 : 50 ans d'activité comme association de droit privé

Le 12 janvier 1965 eut lieu l'Assemblée générale constitutive de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois avec le statut d'une association sans but lucratif. Le secteur se dotait officiellement d'une structure représentative de ses intérêts après un premier pas en ce sens en février 1948 où le nom de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois apparaissait déjà comme association de fait.

Aujourd'hui le paysage hospitalier luxembourgeois a beaucoup changé. De nombreux acteurs ont disparu, d'autres ont été nouvellement constitués. Depuis 1948 et surtout au cours du demi-siècle d'existence de notre asbl, des étapes décisives ont été franchies pour doter notre pays des infrastructures hospitalières adéquates aux besoins de notre population ainsi que des compétences indispensables pour le secteur. Alors qu'en 1965 les établissements membres figuraient «pêle-mêle» dans la liste des adhérents, la diversité a été plus particulièrement relevée à partir de 1977, quatre types d'établissements étant dorénavant cités, c'est-à-dire les hôpitaux «privés», les hôpitaux «communaux», les hôpitaux «fondations» et les hôpitaux «publics».

La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois compte actuellement une douzaine de membres qui sont les centres hospitaliers issus de fusions ou en voie de fusion ainsi que les centres nationaux et les établissements spécialisés. Mais il convient surtout de relever le nombre impressionnant d'acteurs relevant de ces différents établissements sans lesquels la réalisation du programme ambitieux et les travaux journaliers à réaliser en ce sens ne seraient pas possibles. A force de travailler ensemble en bonne «Entente» il devra être possible d'aboutir à une solution valable pour tous les problèmes en cours et en même temps pour nous préparer à ceux qui surgiront à l'avenir. Ensemble avec l'équipe des permanents au sein du Secrétariat Général de la FHL et dans ses structures associées, tous ces acteurs ont déjà permis de mener à terme un nombre considérable d'actions dans l'intérêt du progrès hospitalier et des patients, même s'il est parfois difficile de convaincre de la nécessité de certains changements.

Pour l'année 2015, il convient tout particulièrement de relever les réunions de travail avec la Ministre de la Santé et ses collaborateurs en vue d'amender la loi hospitalière en considération de la future planification hospitalière mais aussi dans le sens d'une meilleure gouvernance des hôpitaux grâce à une implication et une responsabilisation adéquate de toutes les catégories d'acteurs. Les travaux au niveau des différentes commissions paritaires avec la CNS se sont déroulés à un rythme soutenu, notamment dans l'optique de la finalisation des contrats d'objectifs et de moyens sur les projets communs retenus. D'autre part la FHL a régulièrement pris position sur un certain nombre de questions d'actualité et émis différents avis de nature juridique ou technique suite à des réflexions menées avec les acteurs concernés des terrains (p. ex. transports inter- et intrahospitaliers, hélistations, dérivés plasmatiques de la Croix-Rouge, profil de fonction du médecin coordinateur, medical school, etc.). Malgré la signature d'un accord avec les syndicats courant décembre 2014, la CCT est

demeurée courant 2015 un sujet de débats et de négociations, la reconduction n'ayant été effective que jusqu'au 30 juin 2015.

Marc HASTERT
Secrétaire Général





Historique de la FHL



12 janvier 1965:	Officialisation des statuts de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois comme association sans but lucratif ayant une personnalité juridique
21 janvier 1965:	Premiers programmes de travail: <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation du prix de pension dans les cliniques • Révision des forfaits chirurgicaux à facturer aux caisses de maladie • Etablissement de nouveaux tarifs pour les analyses
3 décembre 1969:	Développement de l'action «achats en commun»
27 septembre 1977:	4 types d'établissements apparaissent: <ul style="list-style-type: none"> • les hôpitaux «privés», • les hôpitaux «communaux» • les hôpitaux «fondations» • les hôpitaux «publics»
1995:	Création du Service Interentreprises de Santé au Travail
29 septembre 1981:	Fin de la présidence pour le Dr Widong et début de présidence pour Norbert Nick
1992:	Ajout d'une cellule économique et d'une cellule juridique à la cellule informatique
6 février 1996:	Signature de la convention-cadre entre l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois et l'Union des Caisses de Maladie
21 mai 1996:	Résolution par l'Assemblée Générale actant d'importants engagements pour la politique future de l'association
1997:	Elargissement du domaine d'action de l'EHL jusque dans le secteur de l'assurance dépendance
12 juin 1997:	Accueil de nouveaux membres: <ul style="list-style-type: none"> • Le Centre National de Radiothérapie François Baclesse d'Esch/Alzette • Les Parcs du Troisième Age - Fondation Rentaco de Bertrange • La Maison des soins «An de Wisen» de Bettembourg • L'Hôpital Neuro-Psychiatrique d'Ettelbruck
28 août 1998:	Modification de la loi sur les établissements hospitaliers
16 mars 1999:	Accueil de nouveaux membres: <ul style="list-style-type: none"> • Le Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation Rehazenter • La Maison de Retraite St Joseph de Consdorf • La Maison de Retraite de Junglinster • Le Centre Intégré pour Personnes Agées St Jean de la Croix • La Maison de Soins St Joseph de Pétange
2001:	Fin de la présidence pour Marc Koppes
3 avril 2001:	Accueil d'un nouveau membre: <ul style="list-style-type: none"> • L'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle
2 août 2002:	Modification de la loi relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel

29 avril 2003:	Accueil de nouveaux membres: • L'Hôpital Kirchberg
12 avril 2005:	Accueil de nouveaux membres: • «Les Saveurs de la Santé»
10 juin 2009:	Regroupement de tous les salariés de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois dans des bureaux à Bertrange-Bourmicht
1^{er} janvier 2011:	Entrée en vigueur de la loi votée sur la réforme du système de soins de santé et modifiant le code de la sécurité sociale
Fin avril 2011:	Entrée en vigueur de la loi votée sur l'accès aux soins transfrontaliers dans l'Union Européenne
22 mai 2012:	Modification des statuts de l'association et adoption d'une nouvelle dénomination: L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL) devient la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL)
Décembre 2012:	La FHL amende sa convention avec la CNS
2012:	EHL-info devient FHL-info
1^{er} janvier 2013:	Entrée en vigueur de la nouvelle convention qui prévoit que pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale
Novembre 2013:	Organisation du congrès de l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (EAHM-AEDH-EVKD)
2015:	La FHL compte une douzaine de membres qui sont: • Les centres hospitaliers issus de fusions ou en voie de fusions • Les centres nationaux • Les établissements spécialisés



Plateforme des Directeurs médicaux

En 2015 la plateforme des directeurs médicaux (PF-DM) a poursuivi ses travaux sur les dossiers en cours et entamé de nouvelles réflexions liées à l'évolution des procédures en rapport avec l'activité médicale dans les hôpitaux.

Les principaux chantiers courant 2015 furent consacrés aux thématiques suivantes :

1 « DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE – DOCUMENTS DE LA CCDH CONCERNANT LE DOSSIER PATIENT HOSPITALIER (SUIVANT ARTICLE 36 DE LA LOI HOSPITALIÈRE TELLE QU'ELLE A ÉTÉ AMENDÉE PAR LA LOI SUR LES DROITS ET DEVOIRS DES PATIENTS)

La PF-DM a noté la difficulté de la CCDH pour progresser dans ses travaux. Le sujet est lié aux travaux à mener dans le cadre de l'élaboration du dossier du patient hospitalisé. Comment définir de manière plus générale le dossier du patient hospitalisé ? Un système de codification doit être retenu. Or, malgré un choix pour une codification des procédures CCAM, les travaux ne progressent pas.

Qu'est-ce qui est recherché ? Un dossier codifiable ou un dossier patient ? Tout le monde ne parle pas de la même chose. La CCDH souhaite un accord sur les éléments pertinents qui permettront une codification. Mais en considération de la loi sur les droits et devoirs des patients et des acteurs de santé, le patient aura droit à son dossier, donc à l'entièreté de tout ce qui y est documenté. Le patient a aussi un droit "à l'oubli", c'est-à-dire, à ce que son dossier disparaisse, soit effacé en tout ou en partie.

La PF-DM a donc travaillé en accord avec la PF-DS sur le contenu du dossier du patient hospitalisé afin de finaliser une prise de position FHL.

2 TRANSFERT DES DONNÉES À ESANTÉ DANS LE CONTEXTE DSP ET DSP DE PRÉFIGURATION

Parallèlement à la PF-DS, la PF-DM a débattu de la question de savoir comment travailler ensemble pour définir les éléments que les hôpitaux veulent transmettre au DSP et les rendre disponibles pour d'autres acteurs concernés. Il a été retenu de procéder avec prudence, de ne pas brûler les étapes et de voir d'abord quels sont les éléments minima que chacun pense utiles et pertinentes à transmettre au DSP lorsque le patient quitte l'hôpital. Avant toute décision plus concrète, il fut rappelé qu'il convient de s'assurer de la position de la CNPD.

Dans ce contexte, la lettre du CHL du 12 octobre 2015 au Président de la FHL concernant la collaboration avec eSanté sur base d'une convention concernant le dossier de soins partagé de préfiguration fut également exposée en PF-DM. Les membres de la PF-DM ont décidé de se rallier au point de vue exprimé par le CHL dans sa lettre du 12 octobre 2015 précitée. Il fut proposé que la FHL rédige une lettre au Président de l'Agence eSanté, reprenant les arguments déjà exprimés par le CHL pour ne pas signer de convention avec eSanté avant d'avoir solutionné les points essentiellement de nature juridique y soulevés.

3 ATTITUDE DE LA CNS DANS LE CADRE DES TRAVAUX DES COMMISSIONS PARITAIRES, EN PARTICULIER LA CTI ET LA CNO

La PF-DM a déploré la dégradation de la qualité des travaux au niveau des commissions paritaires FHL/CNS, dégradation liée à l'attitude de plus en plus intransigeante de la CNS. La CNS ne cesse de demander des avis complémentaires et essaie constamment de gagner du temps. Les hôpitaux ont de plus en plus de mal à gérer leur activité sur des questions essentielles à cause de problèmes de dotations et de sécurité. La PF-DM en a rendu attentif les instances politiques de la FHL, ensemble avec les plateformes PF-DS et PF-DAF. Il a été retenu d'agir à plusieurs niveaux à chaque fois que nécessaire, c'est-à-dire tant au niveau des commissions paritaires qu'au niveau des instances directionnelles et ministérielles si la situation ne se débloque pas.

4 PHARMACIE CLINIQUE : PRÉSENTATION D'UN MODÈLE POUR L'ENGAGEMENT DU CORPS MÉDICAL DANS LE CADRE DES PROJETS DE PHARMACIE CLINIQUE

La PF-DM a rappelé courant 2015 son soutien au projet de pharmacie clinique et a débattu d'un modèle pour l'engagement du Corps Médical dans le cadre des projets de pharmacie clinique. Suite à la demande de la CNS de pouvoir disposer d'un concept clair et précis, un travail préparatoire sur un SLA proposé par les pharmaciens a été réalisé. La CNS a verbalement donné un accord de principe pour un financement dès 2016 sous certaines conditions (être en possession d'un avis positif de la Division de la Pharmacie quant au concept ; les prestations devront être réalisées par les pharmaciens cliniques ; il faut aussi un accord très clair du corps médical ; une clarification des rôles au niveau de l'équipe multidisciplinaire). La PF-DM a donc donné son « feu vert » pour négocier en Commission des normes le modèle tel qu'il a été présenté et discuté en PF-DM et en PF-DS.

5 PHYSIQUE MÉDICALE

En sa qualité d'organe « de pilotage » de l'activité physique médicale, ensemble avec le coordinateur de la PF-DS, la PF-DM a traité principalement des sujets suivants courant 2015 :

5.1 FORMATION EN RADIOPROTECTION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES

La PF-DM a donné son feu vert pour la réalisation d'un certain nombre de formations, dont plus particulièrement une formation en radioprotection des médecins spécialistes.

5.2 COM PHYSIQUE MÉDICALE ET ROADMAP 2016

La PF-DM dans sa composition élargie a avalisé le COM Physique Médicale et la roadmap 2016 de l'activité « Physique médicale ».

5.3 CRÉATION D'UN GROUPE DES « RESPONSABLES CONTRÔLE PHYSIQUE » À LA FHL :

La proposition de constituer un groupe des responsables « contrôle Physique » qui se réunirait 2 à 3 fois par/an à la FHL a été avalisée par la PF-DM dans sa composition élargie.

5.4 CARNET RADIOLOGIQUE – DOSE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEM (DACS)

La PF-DM a retenu que le projet fait du sens et qu'il sera intégré comme projet d'intérêt national dans le COM « Physique Médicale ». Il sera présenté en ce sens à la CNS. Il fut également retenu qu'un petit groupe de travail sera constitué avec le concours des médecins radiologues et des RIS-PACS Managers.

6 STRATÉGIE NATIONALE EN RECHERCHE BIOMÉDICALE POUR LES 10 ANS À VENIR

La PF-DM a accueilli courant 2015 une délégation du LIH (Dr Jean-Claude Schmit et Dr Anna Chioti) et a débattu avec eux d'une stratégie nationale en recherche biomédicale pour les 10 années à venir et l'implication des terrains concernés.

Les domaines « forts » sont la communication informatique et la biomédecine. L'ICT : c'est un secteur où le Luxembourg se positionne bien. La médecine va se transformer car :

1) Notre vision des maladies va changer. La population vieillit pathologies chroniques.

Les traitements sont en train d'évoluer. Une médecine stratifiée apparaît avec des classes de malades à traiter d'une certaine façon.

Les diagnostics vont changer. Nous disposons de plus en plus d'informations sur le malade ou le futur malade (génomique, métabolique, etc...) Et puis il y a toutes les autres informations qui nous arrivent continuellement, p.ex. celles concernant l'environnement et la mobilité du patient (montres,...).

Le patient change aussi : Le patient est aujourd'hui de plus en plus un patient informé et il veut de plus en plus prendre en charge sa maladie.

L'économie autour de la santé est en train de changer. La médecine est un art mais c'est aussi un commerce (vitamines, additifs alimentaires, etc...). Les petits dispositifs informatiques qui retracent nos différents paramètres vont se développer. Nous serons confrontés à énormément de données mais elles ne sont pour l'instant pas vraiment partagées et intégrées. A l'avenir ce sera possible et ceci avec les différents acteurs des disciplines concernées (biologistes, spécialistes des matériaux, etc...) et bien entendu avec les médecins, les patients, les sociétés savantes, etc.

Autre aspect important : L'aspect ICT. Nous disposons de plus en plus de possibilités pour monitorer le patient, ceci à différents niveaux p.ex. moléculaire. Les données doivent être intégrées. Il faut d'abord les stocker. Le Luxembourg est bien positionné dans ce domaine car les banques ont développé des systèmes très fiables. Mais il y a encore quelques efforts à faire pour éliminer tous les risques liés au traitement de ces données. Elles devront d'abord être analysées. Il y a de la recherche et du développement à faire. Cela peut être une opportunité pour le Luxembourg. Il faut développer des capacités dans ce domaine.

Des nouvelles formations et des infrastructures seront nécessaires pour développer, stocker, Une phase « d'industrialisation » s'en suivra. Il faudra développer un secteur de biotechnologie au Luxembourg. Il y a encore beaucoup à faire. Comment implémenter tout cela ? On ne peut pas tout faire. Donc il faut se concentrer sur les secteurs où le Gouvernement a déjà investi dans le passé, respectivement où nous avons déjà des compétences : neurodégénération, cancer, inflammations et immunité.

Il faut construire sur des compétences existantes aux niveaux suivants : Les 4 centres de recherche ; les hôpitaux ; le Centre Parkinson ; l'Institut National du Cancer (dans un proche avenir) ; les Centres immuno-infectieux ; la Biobanque ; l'Université ; la future grande infrastructure européenne ELIXIR qui créera une autoroute pour l'information biologique sur le plan européen, intégrant les données provenant de la recherche européenne et fournissant des services accessibles à tous ; le LISER : Luxembourg Institute for Socio-Economic Research ; le « High Performance computing » ; l'Agence eSanté avec le DSP, le Secteur industriel).

L'idée générale est de faire de la recherche en biomédecine en construisant sur des compétences existantes au Luxembourg. C'est la raison pour laquelle la plateforme des directeurs médicaux a été consultée afin qu'elle exprime son point de vue par rapport à la démarche exposée.

La PF-DM a fait remarquer que l'approche est ambitieuse mais qu'elle ne pourra être couronnée de succès que si on nous donne les moyens en ressources pour y arriver (Manpower RH). Ceci dit, il faut d'ores et déjà discuter de tous les aspects à considérer, ce qui permettra d'ajuster les choses au fur et à mesure de l'évolution du projet.

Il va aussi falloir voir dès à présent comment on pourra fédérer nos actions, projets et efforts respectifs pour éviter que chacun ne travaille dans son coin. Nous devons aussi raisonner en considération d'une approche économique c.à.d. par rapport aux bénéfices économiques envisageables pour le pays, d'où l'importance du volet ICT. L'approche cible l'évolution sur les 10 prochaines années mais il faut aussi être conscient que tout bouge très vite dans ce domaine et que les prévisions seront régulièrement à revoir.

Dans tout ce contexte l'immunologie va jouer un rôle pour toute une série de pratiques dans les domaines de l'oncologie, des neurodégénérescences, des allergies.

Le Gouvernement veut une gouvernance commune dans tous les centres de recherche. Mais il ne s'est pas encore vraiment prononcé pour un modèle particulier de gouvernance. Un modèle envisageable pourrait être le modèle suisse.

7 MÉDECINS COORDINATEURS – POSITION FHL

Après l'officialisation du règlement grand-ducal et la remise par la FHL à la Ministre de la Santé courant de l'été d'un document avec une proposition pratique de transposition, la PF-DM est revenue sur le sujet car le document qui avait été remis à la Ministre avait été élaboré dans l'urgence.

Il convenait encore d'obtenir une prise de décision à ce propos (Base d'activité sur laquelle le budget sera calculé ? Profil de fonction pour le médecin coordinateur). Le projet qui avait déjà été réalisé par la PF-DM a donc été adapté à la teneur du règlement grand-ducal.

La CNS a exprimé en Commission des Normes FHL/CNS vouloir mettre au clair quels seront les bénéfices de la mise en œuvre de cette nouvelle activité avant de se prononcer concrètement par rapport à une norme de dotation. La proposition pour un profil de fonction du « médecin coordinateur » a donc été revue sur base de la proposition de règlement qui avait été élaborée par la PF-DM, plus précisément sur le contenu des articles 4 et 5 de ce texte qui précisent quelles devraient être les futures missions des médecins coordinateurs (standardisation, documentation, codification, sécurité, vigilance, surveillance, prévention des infections nosocomiales, mise en place et maîtrise des processus cliniques, recherche de l'efficience, etc.)

Concernant les indicateurs de résultat, la PF-DM a souligné qu'il ne faudra pas perdre de vue que les actions à évaluer concernent une activité multidisciplinaire. Peut-être faudra-t-il aussi considérer un certain pourcentage de standardisation. Il va falloir définir concrètement quelle sera la place des médecins dans l'organisation des services. Il faudra insister sur la notion de binôme « médecin-soignant ». Ce devra être une opération gagnante pour tous. Le médecin coordinateur pourra être coordinateur de pôles d'activités, coordinateur de processus transversaux, coordinateur de départements médicotechniques.

La proposition devra mettre en valeur l'importance du corps médical dans la gestion des institutions hospitalières, en particulier sur les volets pour lesquels il existe une obligation de résultat (infections nosocomiales, vigilance, etc.).

8 ACHATS EN COMMUN : MARCHÉ IRM DÉDIÉES

Suite à la demande du CHdN, le sujet a été débattu au niveau de la PF-DM pour clarifier quel sera l'objectif souhaité en considération des contraintes techniques et financières (budgétaires). En effet, la situation avait évolué par rapport aux paramètres de départ où un accord de principe avait été donné par la CNS pour une approche spécifique (IRM jusqu'à 1,5 Tesla). Mais entretemps la technique a évolué. Les IRM 0.6 Tesla ne sont plus produites que par un seul fournisseur.

A partir du moment qu'on dépasse les 1,5 Tesla, les budgets à considérer ne sont plus les mêmes et d'autre part il y aura des gros frais de mise en conformité des locaux. Qui les prendra en charge sachant que la CNS via la CTI ne finance que les machines ? L'objectif des établissements hospitaliers était de stabiliser, voire de diminuer le temps d'attente.

Il est retenu au niveau de la PF-DM de cibler des IRM à +/- 500.000€ via un effort commercial des firmes fournisseurs. La FHL demandera aussi une prise en charge financière d'une mise en conformité des locaux (cages de Faraday) qui pourrait être alimentée via la réserve CTI-mdt encore disponible. Le tout pourrait faire l'objet d'un même marché même si ce n'est pas imputé sur la même enveloppe.

9 STRATÉGIE FHL SUR LA FIXATION DES NORMES DE DOTATION POUR LES ANNÉES BUDGÉTAIRES 2017-2018

Le document « Mémo des membres FHL à la Commission des Normes concernant la stratégie de la FHL à adopter dans le cadre des discussions en CNO en vue de l'établissement du document budgétaire fixant les normes de dotation pour les années budgétaires 2017/2018 » qui a déjà été exposé au Bureau du CA fut exposé en PF-DM.

Les membres FHL à la Commission des Normes avaient dégagé plusieurs options de stratégie de négociation, c'est-à-dire :

- Répondre à la demande de la CNS d'homogénéiser le classement des polycliniques à des fins de transparence et discuter/valider en CNO en parallèle les nouvelles normes de dotation pour la prise en charge ambulatoire avec deadline mars 2016
- Reprendre certains éléments du rapport d'enquête des polycliniques qui sont en faveur des établissements hospitaliers et insister pour leur application
- Demander un « gel » sur base de l'accordé/rectifié 2016 de l'ensemble des dotations des établissements hospitaliers pour les années budgétaires 2017/2018 en laissant l'ouverture aux directions hospitalières de réaliser en interne les adaptations / switch de personnel adéquats pour répondre aux besoins liés au virage ambulatoire. Utiliser l'année 2016 pour mettre à plat – en Commission des Normes – l'ensemble des normes de dotation afin de créer une approche normative répondant aux besoins actuels et futurs en considération des évolutions des modèles de prise en charge (ambulatoires) en vue de la finalisation du document des normes pour les années budgétaires 2019/2020.

Les membres de la PF-DM ont exprimé leur souci qu'en l'absence d'accord pour faire évoluer les normes en dotations il sera très difficile de mener des projets pour lesquels des ressources humaines spécialisées sont nécessaires (hôpitaux de jour, virage vers l'ambulatoire, etc.). Si les directions des soins ne sont pas à même de libérer des personnes pour de tels projets, la situation deviendra ingérable. Un gel de l'ensemble des dotations hospitalières pour les années 2017/2018 n'est donc pas une bonne solution pour la PF-DM. Un système de « vases communicants » ne peut être une solution. Et rien ne nous garantit que les dotations seront revues à la hausse dans 2 ans. La PF-DM fut donc d'avis qu'il convient plutôt de mieux aborder les organes de tutelle pour les sensibiliser à ce problème, ceci dans l'espoir de trouver une solution plus réaliste. La PF-DM a exprimé l'espoir que les membres de la FHL sauront agir en consensus en ce sens.

Pour la PF-DM, il convient avant tout de s'assurer :

- qu'il existe une garantie que les unités de soins pourront continuer à fonctionner avec les dotations en personnel nécessaires.
- qu'il existe une garantie de pouvoir mener les projets qui s'imposent dans le cadre de l'évolution de l'activité hospitalière.

Plateforme des Directeurs des soins

Le groupe des Directions des Soins s'est rencontré régulièrement en 2015 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 prescrire 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 2015 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 jours 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 (dès 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 soins 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.

Le poster sur le nouveau concept clinique monothématique présenté par le CHL en 2013 illustre par des indicateurs cliniques, dans le cas de la clinique de l'obésité, un bénéfice patient et coûts sanitaire.

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 les consultations 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 partenaires directes 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 qu'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 l'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 bénéfices 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 :

1) 60 minutes pour la première consultation de prise en charge d'un nouveau patient

a) Activités :

- i) Constitution du dossier patient
- ii) Evaluation des connaissances du patient par rapport à la pathologie, complications éventuelles, itinéraire clinique standard

- iii) Présentation du 1er plan de prise en charge standard pour la pathologie :
- 2) Explications et orientation vers les RV auprès des autres professionnels de santé impliqués dans l'itinéraire
- 3) 60 minutes pour la détermination de projet de prise en charge individualisé :
 - a) Préparation du staff multidisciplinaire :
 - i) Consolidation des anamnèses des différents professionnels de santé
 - ii) Elaboration d'une proposition de plan de prise en charge individualisé
 - b) Organisation et coordination du staff multidisciplinaire
 - i) Adaptation et validation du plan de prise en charge individualisé
- 4) 60 minutes pour la consultation subséquente au staff :
 - a) Information au patient des conclusions de l'équipe multidisciplinaire
 - b) Discussion avec le patient - recherche le consentement en vue de la compliance du patient
- 5) 30 minutes pour la coordination du suivi à chaque visite du patient
- 6) 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 charges se situent aussi bien dans le champ d'autonomie que dans le rôle délégué prévus 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 infirmier 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 :

- 1) 60 minutes pour la première consultation de prise en charge d'un nouveau patient
 - a) Activités :
 - i) Constitution du dossier patient
 - ii) Evaluation des connaissances du patient p/r à la pathologie, complications éventuelles, itinéraire clinique standard
 - iii) Présentation du 1er plan de prise en charge standard pour la pathologie :
- 2) 45 minutes pour la détermination de projet de prise en charge individualisé ensemble avec le médecin prescripteur :
 - a) Adaptation et validation du plan de prise en charge individualisé
- 3) 45 minutes pour la consultation subséquente à la détermination du plan de prise en charge individualisé :
 - a) Information au patient au sujet du plan de prise en charge individualisé
 - b) Discussion avec le patient - recherche de consentement en vue de la compliance du patient
- 4) 30 minutes pour chaque séance de prise en charge pour le patient
- 5) 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 penchés sur l'évolution de la profession soignante en considération du gap de plus en plus important qui se creuse entre les besoins de garantir la continuité des soins en collaboration avec d'autres professions médicales et de soins et les attributions actuellement en vigueur 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 et 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 données 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 psycho-social 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 :

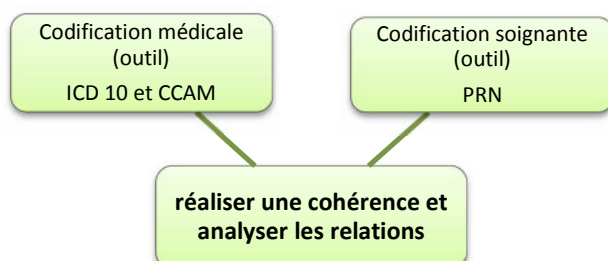
« Une méthode et les modalités pour le financement et le management des soins se basant sur une mesure de charge de travail requise/donnée »

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 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 la rediscuter et de 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
- de 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
- de l'enseignement clinique des formations du brevet de technicien supérieur, domaine de la Santé

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.

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

1er octobre 2002.

1.3 COMPOSITION POUR L'ANNEE 2015

Actuellement la cellule de physique médicale est constituée des 5 experts en physique médicale (EPM) et 1 assistant technique médical (ATM) en radiologie:

- Dr Yassine Ben Hdech, PhD, EPM
- Christina Bokou, EPM
- Octavian Dragusin, EPM
- Olga Kaphammel, EPM
- Dr Alex Meyer, PhD, EPM responsable
- Kathlene Platini, ATM en radiologie

2 OBJECTIFS ET REALISATIONS POUR L'ANNEE 2015

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 annuelle, semestrielle, mensuelle 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 ou après une intervention (par exemple changement du tube RX) 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 (Division de la Radioprotection) sur l'actualisation des procédures de contrôle qualité pour les différentes modalités d'imagerie médicale.

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 2015 la cellule a organisé des formations en radioprotection pour le personnel au bloc opératoire (ATM bloc op, ATM anesthésie) et en polyclinique (4 heures) :

- CHEM, 3 séances de formation (10 octobre, 14-15 octobre, 21 novembre 2015)
- CHL, 2 séances de formation (mars 2015)
- HRS, 3 séances de formation (17 janvier, 24 janvier, 19 septembre 2015)

La cellule de physique médicale a organisé pour les médecins spécialisés au bloc opératoire et en radiologie interventionnelle, des formations en radioprotection sur une durée de deux jours. Les formations sont 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 et français). En mars (CHL et HRS), en octobre (CHdN) et en novembre (CHEM).

2.2.2 POUR LES EXPERTS EN PHYSIQUE MÉDICALE

- Formation de base Matlab, mars 2015
- Journée française de radiologie (JFR), octobre 2015
- 4ème journée des Personnes Compétentes en radioprotection et acteurs de la radioprotection (Réseau Alsace-Lorraine de Radioprotection)
- Congrès de RSNA novembre 2015
- Formation ISO 9001 pour la cellule physique médicale décembre 2015
- Meetings du projet EURALOC, Bonn 19-20 janvier 2015, Lisbonne 17-18 septembre
- Formation MATLAB 17-19 novembre 2015, Mechelen, Belgique
- Journée ALAR Luxembourg, 14 novembre 2015

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.
- Suivi de la radioprotection pour la radiothérapie avec Ra 223.

2.3.3 RADIOPROTECTION DES SALLES

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 2015 des calculs ont été effectués pour 3 salles de scanner, 3 salles SPECT-CT, 2 salles de radiologie, 2 services de bloc opératoire et une salle OPT.

2.4 PROJETS ACTIFS

2.4.1 PROJET ACHAT COMMUN

Participation à l'élaboration d'un cahier de charges pour l'achat pour de 3 scanners (CT) en imagerie médicale.

2.4.2 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.
- Continuation d'étude de poste en médecine nucléaire. Évaluation des doses aux extrémités du personnel (Iodothérapie et PET CT).

2.4.3 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).

2.4.4 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.

2.5 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 HRS
- 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.

2.6 PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES ET PRESENTATIONS

- Article FHLinfo : « La technologie SPECT/CT arrive au Grand-Duché du Luxembourg ».
- La radioprotection en cardiologie interventionnelle, O. Dragusin, Journée ALAR, novembre 2015, Luxembourg.
- Les doses des patients en mammographie numérique, O. Dragusin, 11 novembre 2015, réunion CST du Programme Mammographie, Luxembourg.
- Mammographie numérique 3D par tomosynthèse, O. Dragusin, 11 novembre 2015, réunion CST du Programme Mammographie, Luxembourg.
- Radioprotection en imagerie thoracique, O. Dragusin, 23 novembre 2015, CHL – Chest consensus meeting, Luxembourg.

2.7 PERSPECTIVES POUR LES ANNEES 2016 ET 2017

- Rester conforme avec les missions de la cellule physique médicale.
- Conclusion d'un contrat des objectifs et des moyens pour les années 2015/2016 entre la Caisse Nationale de Santé et la FHL.
- Préparation d'un contrat des objectifs et des moyens pour les années 2017/2018 entre la Caisse Nationale de Santé et la FHL.
- Finalisation d'une 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 avec un système de dosimétrie en temps réel.
 - Optimisation de la dose.
- Projet Médecine nucléaire.
 - Procédures de contrôle qualité (PET CT TOF).
 - 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.

- Organisation d'une formation continue pour ATM de radiologie.
- Achat commun: Participation à l'élaboration d'un cahier des charges pour l'achat d'IRMs dédiées pour les services d'imagerie médicale.
- Etude de faisabilité d'un DACS national (Dose archiving and communication system) dans le contexte du carnet radiologique électronique (CRE).

2.8 RÉPARTITION DES EXPERTS EN PHYSIQUE MÉDICALE PAR ÉTABLISSEMENT POUR 2015

ETABLISSEMENT	EPM
CHL : HÔPITAL MUNICIPAL CHL : CLINIQUE PÉDIATRIQUE CHL : CLINIQUE D'EICH CENTRE NATIONAL PET-SCAN CPL : CENTRE PÉNITENCIER DE LUXEMBOURG	Octavian DRAGUSIN Support Christina BOKOU
INCCI	Octavian DRAGUSIN
CHEM : SITE ESCH/ALZETTE CHEM : SITE NIEDERCORN CHEM : SITE DUDELANGE	Alex MEYER
HRS/HÔPITAL KIRCHBERG HRS/CLINIQUE STE MARIE HRS/CLINIQUE BOHLER REHAZENTER HRS/ZITHAKLINIK	Yassine BEN HDECH
CHdN : SITE ETTTELBRÜCK CHdN : SITE WILTZ	Olga KAPHAMMEL

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

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

2 ORGANE DE PILOTAGE: LA PLATEFORME DES DIRECTEURS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS (PF-DAF)

La PF-DAF travaille de manière transversale en s'appuyant en premier lieu sur les compétences administratives et techniques des différents services de gestion des établissements, et de manière concertée avec les responsables de l'activité médicale 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 d'investissement médico technique
- Sous-Groupe Enveloppe d'investissements
- Sous-Groupe Normes administratives

Les principaux axes de travail sont pour 2015:

1) Suivi Convention cadre FHL/CNS

Budgets 2015/2016

Comptabilité Analytique des Etablissements Hospitaliers (CAEH)

Transfert automatique des données (Interface Hôpitaux/CNS)

Contrat d'objectifs et de moyens

Programme Incitants qualité/nouvelle mission réviseur d'entreprise

Nouvelle convention FLLAM/CNS

Financement chambres 1ère classe/individuelles

Laboratoire extrahospitalier

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 signé le 21 décembre 2012 avec entrée en vigueur le 1er 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 (COM) pour trois domaines (achats commun, laboratoire et informatique).

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

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 conseil de gouvernement a retenu 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 grand-ducal dispose 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. Les montants accordés pour les budgets 2015 ont pratiquement utilisé l'entièreté de ce solde. En 2016, il y a encore un solde disponible de plusieurs centaines de milliers d'Euro. Les protocoles d'accord ont majoritairement été signés début 2015.

Les budgets ont été négociés en tenant compte de l'échéance d'une tranche indiciaire pour février 2015 et d'une tranche pour janvier 2016. Aucune tranche indiciaire n'a eu lieu en 2015, aucune tranche n'est prévue pour 2016, la prochaine devrait avoir lieu selon les prévisions du Statec seulement au premier trimestre 2017. La CNS a précisé que le Gouvernement a tenu compte de l'indexation prévue pour février 2015 lors de la fixation de l'enveloppe. Sans l'échéance prévue de l'index en question, la hausse de l'enveloppe aurait été plus faible. Il n'est pas prévu de renégocier certaines demandes relatives au budget 2015.

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 l'applicatif de gestion des ressources humaines Sirhius, n'a pas pour l'instant de module permettant de réaliser ce type de prévisions, le G.I.E. LUXITH a reçu la mission d'étudier la possibilité de réaliser un système de simulation de masse salariale en réutilisant les briques logicielles existantes, soit HR Access, Business Object Data Integrator, Business Objects et Microsoft SQL Server. Le Kick-off meeting du projet a eu lieu le 25 septembre 2015.

5.2.3 PARTIE NON-OPPOSABLE

Lors des négociations budgétaires 2015/2016 qui se sont déroulées en octobre/novembre 2014, la CNS avait déjà annoncé d'étudier plus en détail la partie non-opposable des budgets.

Un premier courrier, général, a été envoyé au cours de l'été 2015 aux établissements qui demandait des informations supplémentaires concernant le non-opposable. A la fin de l'année, la CNS a envoyé un 2e courrier à l'attention des

établissements concernant le non-opposable. Ce deuxième courrier concernait plus précisément les prestations exclues de l'assurance maladie comme par exemple la chirurgie esthétique (article 17 de la convention FHL/CNS).

5.3 COMPTABILITE ANALYTIQUE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

5.3.1 MANUEL DES RÈGLES DE CALCUL

La nouvelle version 3.0 du Manuel des règles de calcul déjà annoncé en 2014 a été validée par la CTF le 7 mai 2015. Les changements concernent :

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

Le 13 août 2015 la CTF a donné son accord à la création de sous-comptes au compte « 7061953 Prestations rendues à des personnes non protégées ». La nouvelle version 4.0 du Manuel des règles de calcul sera publiée début 2016.

5.4 TRANSFERT AUTOMATIQUE DES DONNEES (INTERFACE HOPITAUX/CNS)

Début 2015, la CNS a annoncé la mise en place d'un système de transfert automatisé des données. L'objectif primaire de l'instauration d'un système de transfert automatisé de données est (1) d'éviter le travail manuel qui est source de beaucoup d'erreurs et de (2) faciliter le travail des deux côtés. Dans un premier temps la balance comptable et la cascade sont concernées. Une réunion technique a eu lieu en avril 2015. Le fichier XLS « cold-run » utilisé pour le calcul de la cascade n'était que provisoire, la maintenance du fichier XLS représentant une charge de travail trop importante. La CNS avec le soutien du centre informatique de la sécurité sociale a développé un nouvel outil pour le transfert de la cascade.

Les données saisies initialement dans le fichier cold-run XLS seront envoyées de façon électronique via XML à la CNS. Un reporting de balance des comptes est à envoyer trimestriellement. La CNS souhaite recevoir la balance des comptes et par centre de frais au niveau agrégé tel que prévu au niveau du manuel des règles de calcul.

Les hôpitaux ont constaté que la proposition de la CNS ne facilite pas nécessairement le travail de leur côté. Il est souligné que l'établissement de la cascade relève de la responsabilité des hôpitaux.

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

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.

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, 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 annexes le détail de l'activité en distinguant l'activité récurrente (services) et les projets. Pour chaque projet, il y aura une fiche qui documente les objectifs, indique les modalités organisationnelles et les résultats à atteindre. La réalisation de l'activité est mesurée au moyen d'indicateurs.

Il est proposé

- 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.

En août 2014, les établissements ont participé à une seconde étude d'Ernst & Young commandée par le Ministère de la sécurité sociale. Les premiers résultats ont brièvement été exposés en Comité de quadripartite en octobre 2015 et devront être approfondis

Le COM Physique médicale a été finalisé fin 2015 et a signé au début de l'année 2016. Le COM Informatique est fin 2015 quasiment finalisé. Les quelques détails restent à clarifier. La CNS a donné son accord pour l'engagement d'un RSSI et d'un responsable du projet ANIM. Le financement de l'encadrement et du support administratif de la structure Luxith est refusé. En ce qui concerne le COM Achats, il est prévu de le finaliser dans le courant du premier semestre 2016. La CNS a donné son accord de principe pour la prise en charge d'un deuxième juriste pour 2016. Le financement de ce dernier sera reconduit en 2017 sous condition de progression significative au niveau de l'activité en termes d'objectifs.

5.6 PROGRAMME D'INCITANTS QUALITE

Le programme Incitants Qualité (IQ) 2014 (à remettre en 2015) prévoyait la mise en place d'indicateurs de transparence et d'efficience. Les travaux ont porté 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.

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 sera normalement suffisant.

Application des règles de comptabilité analytique: 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. Des conclusions du réviseur plus précises pourront permettre in fine une évaluation permettant de justifier le

niveau de prime à allouer. La CNS a proposé de se focaliser pour le programme IQ 2014 (à remettre en 2015) et le programme IQ2015 (à remettre en 2016) 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 (par exemple les salles opératoires).

Enregistrement nominatif des articles chers : le relevé des articles chers consommés devra être communiqué à la CNS. Sont concernés :

- Les médicaments de chimiothérapie L01
- Les implants

La version définitive de la nouvelle mission du réviseur a été validée en avril par le conseil de l'IRE. La Commission d'Evaluation a proposé que le cahier des charges ne comporte plus des critères de certification pour le point concernant l'enregistrement par patient des implants et des médicaments chers.

Les documents relatifs au module d'efficience sont à remettre au plus tard le 1er octobre.

5.7 LABORATOIRE CONVENTION FLLAM/CNS

La convention FLLAM/CNS a été signée et publiée au Mémorial. Elle sera d'application à partir du 1er janvier 2016. La nouvelle convention FLLAM/CNS prévoit que les actes ambulatoires (c'est-à-dire extrahospitaliers) soient facturés par le LNS respectivement l'établissement qui a effectué l'analyse, directement à l'hôpital qui a fait le prélèvement. La convention FLLAM/CNS ne concerne que l'extrahospitalier.

Le LNS facturera les analyses transmises par les hôpitaux directement à ces derniers alors qu'auparavant les analyses étaient facturées directement à la CNS. Les frais en relation avec ces analyses seront à intégrer dans les tarifs des UO. Une rectification budgétaire du tarif laboratoire en 2016 devra être introduite par chaque établissement concerné. Les frais de ces analyses seront également à intégrer dans l'enveloppe budgétaire. La CNS a demandé fin 2015 aux établissements de lui transmettre les informations nécessaires.

Il faudra faire une distinction entre l'activité hospitalière et l'activité extrahospitalière.

5.8 FINANCEMENT CHAMBRES 1ERE CLASSE/INDIVIDUELLES

La CPH a discuté du financement des chambres 1re classe respectivement chambres individuelles car la proportion des chambres individuelles est plus élevée dans les nouvelles constructions respectivement dans les projets d'extension que dans le passé (taux 20%-30%). L'Etat subsidie en général 80% des nouvelles constructions sans tenir compte du surcoût des chambres 1re classe. A cause de la hausse de la proportion des chambres individuelles, il est envisagé de déduire une partie du montant subsidié. Le montant à déduire correspondrait au coût des surfaces supplémentaires des chambres individuelles et devrait être préfinancé par l'établissement.

5.9 LABORATOIRE EXTRAHOSPITALIER

La valeur de la lettre clé des tarifs laboratoires a été réduite de 20% avec effet au 1er janvier 2015. Les établissements hospitaliers ont identifié faire des pertes au niveau du laboratoire extrahospitalier en 2015. La PF-DAF et la Commission Finances ont analysé certaines pistes pour résoudre le problème. Les pistes analysées portent sur:

- La modification de la méthodologie utilisée pour la répartition des frais entre hospitalier et extrahospitalier
- L'analyse de la cascade et une répartition plus fine et plus proche de la réalité permettant de diminuer les frais imputés sur le laboratoire

Il est constaté qu'il y a des moyens pour diminuer les frais imputés sur l'extrahospitalier sans pour autant résoudre définitivement les problèmes car les frais de personnel restent plus élevés par rapport à ceux des laboratoires privés. Une nouvelle baisse de la lettre clés amplifierait le problème.

HRS a pris la décision de vendre le laboratoire extrahospitalier vu qu'il lui est impossible de réaliser un résultat financièrement neutre au vu des frais de personnel. Si la CNS souhaite que les établissements continuent à effectuer l'activité extrahospitalière, il faut trouver une solution pour équilibrer les pertes des établissements dans le domaine en question.

5.10 ARTICLE 74 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

L'alinéa 10 de l'article 74 du code de la sécurité sociale stipule que :

« Afin que la comptabilité analytique puisse prendre en compte le coût de l'activité médicale hospitalière et différencier les coûts liés aux différents traitements et aux prestations fournies par patient, la Caisse nationale de santé met à disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés. »

La FHL a envoyé un courrier à la CNS concernant les informations à transmettre par la CNS aux hôpitaux selon l'article 74. Le sujet est à discuter en 2016.

5.11 TABLEAU DES FONCTIONNALITES

Le layout du tableau des fonctionnalités, n'a pas été révisé depuis l'introduction du système budgétaire. La CNS souhaite le modifier et a élaboré une proposition. Celle-ci prévoit de :

- lier les fonctionnalités aux CFA/EF auxquelles elles sont imputées au niveau de la cascade. Certaines fonctionnalités ne correspondent pas nécessairement à un CFA mais à plusieurs CFA. La CNS souhaite garder les rubriques actuelles.
- croiser le tableau des fonctionnalités avec le tableau des carrières.

L'objectif est de créer une plus grande transparence et comparabilité. Ainsi la CNS envisage par exemple:

- de fusionner certaines fonctionnalités
- d'harmoniser les libellés des fonctionnalités qui varient parfois entre les établissements
- de clarifier si le tableau correspond toujours à la réalité, certains postes ont été accordés

La CNS propose de discuter en 2016 dans un premier temps des principes en CTF.

Achats

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 coût / qualité 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.

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 2015 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 avaient déjà été réalisés. Le groupement a par ailleurs encore 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.
- En matière de services informatiques, la FHL a affiné sa méthode de recours à la collaboration de Luxith G.I.E. comme consultant technique et méthodologique dans les marchés informatiques.

2.2.2 MODÈLE DE COOPÉRATION DANS LES MARCHÉS COMMUNS

Un modèle de fonctionnement a plus 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 individuellement 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 documentation sont validées en commun.

En 2015, 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.

3 ÉVOLUTION ET ORGANISATION DES RESSOURCES

La FHL se dote, 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 DE PRODUITS DE CONTRASTE ET D'ÉRYTHROPOÏÉTINES (RENOUVELLEMENT)

- Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN, HRS,
- Envergure : 1.500.000.-EUR HT, durée de 3 ans,
- Résultat : stabilisation des prix, à qualité constante, après 2 baisses significatives des prix enregistrées lors des exercices 2011 et 2013.

4.1.2 RENOUVELLEMENT DE MARCHÉS NÉGOCIÉS DE FOURNITURE DE MÉDICAMENTS SOUS MONOPOLE

- Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS-HK, HRS-ZK,
- Envergure : 12.500.000.-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.

4.1.3 RENOUVELLEMENT DE MARCHÉS DE FOURNITURE DE MÉDICAMENTS DIVERS (PROCÉDURE OUVERTE)

- Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS-HK, HRS-ZK,
- Envergure : 1.900.000.-EUR HT, durée de 2 ans,
- Résultat : nouvelle baisse des prix et maintien global du niveau de qualité.

4.1.4 FOURNITURE DE 3 TOMODENSITOMÈTRES (CT-SCANNERS)

- Établissements participants : CHEM, CHL et HRS-ZK,
- Envergure: 2.850.000.-EUR TTC,
- Résultat : les techniques procédurales et contractuelles, ainsi qu'une standardisation des spécifications techniques ont permis d'obtenir, dans les budgets attribués, des appareils dotés d'un excellent niveau qualitatif par rapport aux demandes des Établissements.

4.1.5 FOURNITURE DE MATÉRIEL MÉDICAL STÉRILE À USAGE UNIQUE

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

4.2 PROCÉDURES EN COURS

4.2.1 FOURNITURE D'AMOXICILLINE / ACIDE CLAVULANIQUE

- Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN, HRS-HK et HRS-ZK,
- Envergure prévisionnelle : 180.000.-EUR HT par an, marché de 2 ans,
- Enjeu : obtenir l'augmentation d'un niveau de remise sinon le maintien d'un niveau de remise, avec engagement des Établissements conditionné au maintien d'un niveau de remise minimum.

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

- Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS-HK, HRS-ZK et RZ,
- Envergure prévisionnelle : 300.000.-EUR HT, durée de 4 ans,
- Enjeu : mise en œuvre de techniques contractuelles permettant l'effectivité d'une mise en concurrence.

4.2.3 SERVICE D'ARCHIVE NATIONALE ET DE PARTAGE DE L'IMAGERIE MÉDICALE

- Établissements participants : CFB, CHEM, CHL, CHdN, RZ, HRS-HK et HRS-ZK,
- 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.

4.2.4 HARMONISATION DES CONDITIONS CONTRACTUELLES D'ACHAT DE MATÉRIEL D'INSTRUMENTATION

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

4.3 PROCÉDURES EN PRÉPARATION

4.3.1 FOURNITURE DE PRODUITS DE NUTRITION PARENTÉRALE

- Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN et HRS,
- Envergure prévisionnelle : 600.000.-EUR HT,
- Enjeu : Harmonisation des fournitures et réduction des coûts.

4.3.2 RENOUVELLEMENT DU MARCHÉ DES SOLUTIONS POUR PERFUSION

- Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS,
- Envergure prévisionnelle : 860.000.- EUR HT par an, durée à définir,
- Enjeu : baisse des prix et maintien global du niveau de qualité.

4.3.3 FOURNITURE D'ALBUMINES ET D'IMMUNOGLOBULINES

- Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN, HRS,
- Envergure prévisionnelle : à définir,
- Enjeu : 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.

4.3.4 ACHAT COMMUN DE RÉACTIFS DE LABORATOIRE

- Établissements 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 indissociables au niveau technique et contractuel, avec des contraintes en termes de réactovigilance.

4.4 FEUILLE DE ROUTE

La planification des marchés 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 continue de l'activité dès 2016 avec de nouveaux marchés dans les segments existants, mais aussi des déploiements dans de nouveaux domaines.

5 COLLABORATIONS ET PARTENARIATS

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 2015, 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 l'attribution des lots dans le cadre de la procédure d'achat ouverte mise en œuvre.

Cellule normes & qualité

1 ACTIVITES EN RELATION AVEC LA COMMISSION DES NORMES

L'année 2015 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) :

- a) La demande de la FHL était d'augmenter la dotation actuelle de 100%.
- b) La CNS a proposé d'augmenter la dotation accordée pour 2014 de 50%

1.2 RCP-MANAGER :

- a) La demande de la FHL était de 1 ETP pour CHEM, CHL, HRS et de 0,6 ETP pour CHdN.
- b) 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 que celle-ci est comprise dans les actes de nomenclature médicale y associés.

1.3 ADMINISTRATEUR IT IDEO-RCP :

- a) 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.
- b) La CNS désire se concerter avec le CFB avant l'envoi de la deuxième contreproposition.

1.4 PHARMACIE CLINIQUE :

- a) La demande de la FHL était de 1 ETP pour CHEM, CHdN, CHL, HRS et 0,5 ETP pour le CHNP.
- b) 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 adhérence du corps médical local aux projets 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 :

- a) 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 :
 - i) pour ≤ 5000 lignes : 0.50 ETP ;
 - ii) pour $5000 < \text{lignes} < 10\,000$: 0.75 ETP ;
 - iii) pour $\geq 10\,000$ lignes : 1 ETP.
- b) La CNS appliquera cette norme pour les budgets 2015/2016

1.6 TRAVAILLEUR DÉSIGNÉ / PRÉPOSÉ À LA SÉCURITÉ :

- a) La demande de la FHL était de respecter les dispositions légales en vigueur ainsi que les instructions de l'ITM y relatives. La FHL (groupe GTS) 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.
- b) 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 :

- a) La demande des établissements hospitaliers était de respecter les prescriptions de l'ITM y relatives
- b) 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 pour 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 arrêtés 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 polycliniques menée en 2011 par le CRP-S. La FHL a dû constater que ni le CRP-S 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 et 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 de la CNS qu'elle 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 2ème 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 resp. réviser les normes de dotation pour le personnel des établissements hospitaliers
- Conseiller les établissements concernant les dotations en personnel
- Garantir la validité des données enregistrées
- Garantir la mise à jour permanente de l'outil PRN et des autres outils de mesure de charge de travail.
- 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 FHL en cours, finalisation prévue fin 2013
- Norme administrative – travaux FHL en cours et basés sur une approche de segmentation des activités – finalisation non déterminée pour le moment
- Norme polycliniques – toujours en attente du rapport CRP

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, resp. 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 CE 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 vue 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, 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 concentrées

Est défini comme médicament à haut risque les médicaments comportant un risque élevé de causer des préjudices graves aux patients en cas d'erreur lors du circuit du médicament.

Le module « efficience » et notamment la définition des critères et des modalités pour l'application du plan comptable normalisé et l'application des règles de comptabilité analytique ainsi que l'enregistrement des articles chers a été confiée 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 à la comptabilité analytique. Ce cahier des charges reste encore à être validé 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'évaluation 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 suivant 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 est entrée 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 et 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 CE a retenu que l'évaluation de l'Incitant Qualité de 2015 ne comportera pas une comparaison interhospitalière, plus particulièrement le set actuel des indicateurs nationaux ne se prêtant pas à un benchmarking national en vue de répondre aux objectifs de la Commission d'Evaluation tels que déterminés dans la Convention Cadre FHL-CNS.

La CE 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, efficacité 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 a eu lieu début 2015) :

- Une autoévaluation globale de l'établissement selon les 32 sous-critères EFQM (modèle 2013) est à réaliser et sera suivi en 2016 d'un assessment externe.
- Module « efficacité » : 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 – ZK, 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 ICD 10 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 ICD 10 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'avaient pas de 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 que, 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 Commissions 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, la FHL propose que la Direction de la Santé mandate son représentant dans la Commission d'Evaluation FHL/CNS. Pour répondre aux objectifs cités ci-avant la FHL suggère 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 le Ministère de la Santé, notamment la FHL estime 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 lesquels la Commission d'Evaluation estimait utile 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 la proposition d'actions d'amélioration.

Ci-dessous, 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.

3 MISSIONS CONAQUAL-PH

- 1) 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, ...
- 2) Transparence et comparaison des informations / résultats en matière de sécurité des soins (standards, normes, indicateurs) :
 - a) Développement de normes et standards.
 - b) Projet CoCDH doit être finalisé avant de procéder à l'audit externe et à la publication des données
 - c) Charger un organisme externe de l'audit (contrôle de conformité p/r règles arrêtés) des indicateurs produits par les établissements hospitaliers (et autres acteurs santé).
- 3) Coordination gestion des risques (événements indésirables) au niveau national
- 4) 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 par e.a. création d'un observatoire des événements indésirables
- 5) Gérer un répertoire des initiatives qualité et priorisation des initiatives des différents acteurs institutionnels et de tutelle se portant garant des prestations de qualité
- 6) Déterminer, organiser, structurer et coordonner les registres futurs et existants
- 7) Impulser la transparence avec/entres les acteurs
- 8) Définition des indicateurs de santé publique dont notamment les indicateurs à suivre par les établissements hospitaliers.

- 9) Plateforme d'échange « Bonnes pratiques en matière de gestion des risques » (notamment infections nosocomiales et événements indésirables).

4 MISSIONS COMMISSION D'EVALUATION FHL/CNS

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

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 Dr DeBacker.

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

5 MISSIONS ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

- 1) Impulser les évolutions et changements dans les différents domaines de la qualité
- 2) Mise en œuvre de la démarche qualité et de la gestion des risques.
- 3) Commission locale coordination qualité et gestion des risques
- 4) Production et publication des indicateurs.
- 5) Réalisation de benchmark.

Ressources humaines & 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 instaurés par la FHL respectivement la CCT FHL.

1.1 COMMISSION STRATÉGIQUE GRH (CS GRH), DÉLÉGATION DE NÉGOCIATION CCT FHL (CS GRH NÉGOCCCT) ET GROUPES TECHNIQUES

1.1.1 LES ANTÉCÉDENTS

Les négociations menées en 2014 autour des catalogues communiqués début 2014 n'avaient pas pu aboutir à un résultat consensuel de sorte que FHL et syndicats s'étaient mis d'accord pour ne signer en décembre 2014 qu'un texte coordonné prorogeant la CCT FHL jusqu'au 30 juin 2015.

1.1.2 L'ANNÉE 2015

Catalogue

La CCT FHL a été dénoncée fin mars tant par la FHL que par les syndicats avec effet au 30 juin 2015. La première réunion de négociation, plutôt technique, a eu lieu le 19 mai 2015. 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 ; Evaluation des compétences ; 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, sous réserve d'études d'impacts financiers sur base de scénarii multiples et engagement ferme de la part des pouvoirs politiques pour prendre en charge le coût de la revalorisation des carrières.
- 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, transposition/concrétisation l'accord signé en 2012 et son impact sur l'article 36 de la CCT FHL.

Le paquet de lois relatif à la transposition de l'accord salarial dans la Fonction Publique (FP) a enfin été voté en date du 25 mars 2015. Les textes définitifs ont été analysés afin d'ajuster le cas échéant les différents éléments pris en compte dans les travaux menés jusqu'ici.

Négociations

Les négociations ont exclusivement porté sur les méthodologies de calcul en vue de la détermination de l'ENV FP et ont été menées en Commission Paritaire.

APPROCHE FHL

La FHL part du principe que nous avons aujourd'hui des grilles de carrières qui sont censées respecter à la fois le parallélisme avec la FP ainsi que les besoins particuliers du secteur hospitalier. Ces carrières ne sont pas exactement les mêmes qu'à la FP.

En présence d'une revalorisation des carrières près de la FP, traduisant en fait une équivalence des diplômes en respect de la législation européenne, la FHL propose d'accorder aux carrières soignantes, dans le contexte des calculs de l'ENV CCT, les mêmes grilles de carrières CCT FHL que les carrières administratives actuelles en fonction de la reconnaissance des diplômes retenue auprès de la Fonction Publique, le cas échéant adaptées suivant un calcul théorique tenant compte des évolutions éventuelles constatées près de la Fonction Publique au niveau des carrières administratives respectives.

Dans le concept FHL :

- Les carrières administratives CCT FHL actuelles constituent la base du système de rémunération – toutes les autres carrières s'articulent autour de cette base.
- Toutes les professions identifiées au niveau des carrières actuelles CCT FHL sont prises en considération. Ceci implique que les professions qui ne se retrouvent plus dans la grille des carrières FP seront néanmoins prises en considération. En effet, l'approche de la FHL est de respecter la philosophie de la réforme FP et de procéder par analogie, tout en prenant en considération les grilles CCT FHL actuelles.
- Les calculs sont réalisés profession par profession.
- Les calculs sont réalisés sur base d'une durée de vie professionnelle de 40 ans.
- Ces différents points ne visent que les aspects calculs de l'ENV CCT et ne préjugent pas de l'aspect transposition de l'ENV CCT. Il est possible voire probable que les carrières futures réelles qui seraient à inscrire au niveau d'une CCT FHL seront différentes des carrières théoriques calculées dans le cadre de la détermination de l'ENV CCT.

APPROCHE SYNDICATS

Les syndicats partent du principe que les EVOL FP ne peuvent être identifiées qu'en se limitant à la FP. Ils ont dès lors proposé de réaliser le calcul théorique par carrière sur 41 ans, de la différence entre l'ancien statut et le nouveau statut, en se basant sur l'infirmier. Ils proposent d'appliquer ce taux de progression indépendamment du poids de la carrière concernée dans la masse des traitements.

Selon la FHL, l'approche des syndicats ne tient notamment pas compte du fait que les carrières actuelles de la CCT FHL ne sont pas les mêmes que celles auprès de la FP. Ainsi elle ne tient notamment pas compte de l'avance que la CCT FHL a par rapport à la FP, par exemple en ce qui concerne les points suivants :

- carrière Bac +2/3 qui existe depuis longtemps dans la CCT FHL, par rapport à une carrière Bachelor qui vient seulement d'être introduite dans la FP avec le nouveau statut.

- éducateur qui au niveau de la CCT FHL jouit depuis longtemps de la même carrière que l'infirmier alors qu'au niveau de la Fonction Publique cette équivalence vient seulement d'être introduite avec le nouveau statut.
- CATP ouvrier qui a été reconnu équivalent au CATP administratif au niveau de la CCT FHL à partir de 2001 alors que tel n'était pas le cas dans la Fonction Publique.

POINTS COMMUNS

Quelle que soit la méthodologie qui sera retenue pour quantifier le taux d'évolution des carrières par rapport aux différentes carrières reclassées auprès de la Fonction Publique, il faudra élaborer et se mettre d'accord sur une méthodologie permettant de traduire la somme de ces différents taux d'évolution en EVOL FP respectivement ENV FP.

Les EVOL FP ou ENV FP se calculent toujours en taux de progression par rapport à la masse salariale totale existante. Il y aura dès lors lieu d'identifier les méthodologies qui nous permettront de ramener les différents taux de progression individuels respectivement par carrière ou profession à un taux de progression national en fonction de la masse salariale totale.

- Il faudra se mettre d'accord sur les populations à prendre en considération
- Il faut également tenir compte du fait que l'impact des modifications ne sera pas le même chaque année (en raison des différences de points non identiques au niveau des différents échelons ainsi que d'un nombre d'ETP non identique au niveau des différents échelons).

Calculs FHL

Sans pouvoir aller dans tous les détails des travaux qui ont été réalisés, il convient de retenir qu'un grand nombre de calculs a déjà été réalisé, sur base d'hypothèses et de scénarii multiples. Exemples d'hypothèses pour les calculs :

- Introduction d'une période de stage, avec et sans les contraintes du salaire social minimum
- Allongement des carrières
- Définition de populations à prendre en considération
- Impact près de la FP de l'abolition de la majoration d'indice
- Revalorisation de certaines carrières FP et prise en compte de la réforme FP avec calcul de l'incidence sur une vie professionnelle
- Revalorisation des carrières soignantes dans la grille de carrière FHL en tenant compte de l'équivalence de leurs diplômes
- Idem, mais en appliquant la progression au niveau des carrières administratives constatée auprès de la Fonction Publique à la carrière administrative auprès de la FHL
- Etc.

La FHL a également commencé les travaux en vue de la transposition de cette enveloppe, de nouveau sur base d'hypothèses et de scénarii multiples.

Autres

- Etude MFPPRA : En ce qui concerne la détermination de l'Enveloppe FP, le MFPPRA (Ministère de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative) a souhaité 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 techniques avec des représentants du MFPPRA respectivement de l'APE (Administration du Personnel de l'Etat), une première approche a pu être validée sur les données FHL à considérer ainsi que sur la façon de les prendre en compte. Un test de faisabilité a été réalisé sur une quinzaine de salariés. Les résultats dudit test étaient peu concluants : les différences entre les deux secteurs étaient notables, tant dans un sens que dans l'autre, sans que l'on puisse tirer de conclusions. Afin de préserver la protection de la vie privée de ses salariés, la FHL n'a montré son accord pour la poursuite des travaux de calcul que si les données des salariés seraient anonymisées. Il avait été annoncé que le logiciel de calcul des traitements serait adapté en ce sens sur base d'un cahier des charges en vue de la migration informatique des données précisant notamment les règles relatives à la structuration des données. Le MFPPRA semble avoir abandonné le projet alors que malgré plusieurs rappels, il n'y a plus eu de retours sur le devenir de l'étude sollicitée par le MFPPRA.
- Simulation Masse Salariale : A partir du moment où les méthodologies et hypothèses à prendre en considération se concrétiseront, il sera important d'effectuer des calculs se rapprochant le plus possible de la réalité, notamment dans un contexte d'Enveloppe Budgétaire Globale. La FHL a ainsi participé au projet « simulation masse salariale » initié par certains établissements au niveau de Luxith, afin de permettre à la FHL de réaliser des calculs sur des chiffres réels. Le cahier des charges par rapport aux besoins FHL a ainsi été élaboré et a pu être intégré dans le projet. L'outil de simulation permettra d'évaluer l'impact financier sur base des données RH intégrées au niveau de SIRHIUS. Ces données seraient mises à disposition de la FHL sous forme anonymisée.
- Rémunération par Fonctions : 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.
- Sauvegarde de l'emploi : Un projet de texte final a été élaboré par la FHL. Il n'a pas pu être discuté avec les syndicats alors qu'ils souhaitaient d'abord finaliser les travaux de la commission paritaire CCT FHL en lien avec la détermination de l'ENV FP / ENV CCT.
- Obligation Générale : A noter encore qu'un Règlement Grand-Ducal du 25 juin 2015 a pour la première fois dans son existence déclaré la CCT FHL d'obligation générale pour tout le secteur.

1.1.3 LES PERSPECTIVES 2016

Si les échanges en 2015 étaient majoritairement techniques en vue d'affiner les méthodologies de calcul, les échanges début 2016 sont essentiellement conceptuels. Tant les syndicats que la FHL ont documenté les grandes lignes de leurs méthodologies respectives.

La FHL a pris acte de la décision du Gouvernement de reconnaître l'équivalence des diplômes. Il s'agit toutefois d'évaluer l'impact financier de cette mesure. FHL et syndicats n'ont pas pu se mettre d'accord sur une méthodologie de calcul uniforme, la FHL souhaitant prendre en compte le fait que les carrières CCT FHL ne sont pas identiques à celles de la Fonction Publique et les Syndicats se limitant strictement aux carrières Fonction Publique.

La CCT FHL expirant le 30 juin 2016 et afin de permettre au secteur d'avancer, la FHL a soumis aux syndicats la proposition suivante :

- Prolongation de la CCT FHL d'une durée de 18 mois, c'est-à-dire jusqu'en décembre 2017
- Paiement au mois de juin / juillet 2016 de la prime unique de 0,9 % à tous les salariés du secteur hospitalier
- Augmentation rétroactive au 1er janvier 2016 de la valeur du point de 2,2 %, ceci pour les années 2016 et 2017

- Mise en attente du dossier de la revalorisation des carrières en attendant les orientations et conclusions qui seront prises au niveau de la Commission Paritaire du secteur SAS (secteur d'aides et de soins) – la loi de financement ASFT de ce secteur prévoyant en effet que des représentants de certains Ministères participent à la détermination de l'«Enveloppe Fonction Publique» à considérer

Un certain nombre de détails techniques autour des différents paiements devront bien évidemment encore être abordés de façon paritaire.

Les syndicats ont refusé cette proposition.

En sachant que les syndicats revendiquent la revalorisation des carrières telle qu'elle a été transposée auprès 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. Il faudra ainsi 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. Une première réunion de la Commission Paritaire CCT SAS a eu lieu début juin 2016.

1.2 COMMISSION PARITAIRE CCT FHL

Les travaux de la commission paritaire CCT FHL ainsi que de son sous-groupe technique ont principalement porté sur l'essai de la détermination de l'Enveloppe Financière à considérer au regard de l'Accord Salarial ainsi que de la Réforme dans la Fonction Publique. (cf. point 1.1.)

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 2016, de la surprime 2015 et validation des demandes PRML, PRMS et PRMI 2016 de la part des différents établissements membres de la FHL.

Les travaux de traduction du texte coordonné vers l'allemand ont également été poursuivis.

2 VOLET OPERATIONNEL DE LA GRH DANS LES ETABLISSEMENTS

Le volet opérationnel de la GRH est abordé au niveau de la FHL dans le cadre des travaux de la Commission du Personnel (CPERS), regroupant les responsables RH des différents établissements membres. La présidence de la Commission est assurée par M. Luc Gindt (HIS).

Les activités en 2015 ont porté essentiellement sur les points suivants :

- Redéfinition des missions de la CPERS : veille juridique, plate-forme d'échange de bonnes pratiques et plate-forme d'échanges par rapport à des sujets d'actualité RH
- Echanges sur l'application concrète de certaines dispositions de la CCT FHL (not. Modification du plan, OPTS, surprime, etc.)

- Collaboration avec le SIST FHL (visites d'embauche des stagiaires et jobs vacances, visites de reprise, échange de données administratives, absentéisme aux visites SIST)
- Réseaux sociaux – premières réflexions en vue d'un éventuel code de conduite sectoriel
- Travail intérimaire
- Dématérialisation des fiches de salaire
- Loi reclassement – une séance de présentation de la nouvelle loi avec des membres de la commission mixte a été organisée début 2016.

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

Il est bien entendu que la communication d'informations ayant trait aux ressources humaines ou aux décisions jurisprudentielles en matière de droit du travail a été poursuivie.

A noter finalement que la conseillère juridique « RH » est intervenu en tant que formateur sur la thématique de la CCT FHL au niveau de la Formation Managériale pour le Secteur Hospitalier organisée conjointement par l'IUIL et la FHL, ainsi qu'au niveau du programme de formation continue ordinaire du CFPC DeWidong. Elle est également membre du Conseil d'Administration du CPFC DeWidong en qualité d'administrateur délégué.

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).

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:

1 INVENTAIRE DES POSTES À RISQUES

Le GTS avait élaboré dans le cadre de ses travaux un outil de travail baptisé «VALDECA» (Valorisation Analytique Localisée et DEtaillée des Critères d'Accidents). L'outil récompensé en 2014 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. Il permet également l'intégration du dépistage des risques psychosociaux. Les travaux du sous-groupe « postes à risque » ne se sont bien évidemment pas arrêtés avec l'élaboration de l'outil VALDECA. Ainsi, les travaux autour des postes en nettoyage OP ont été validés, ceux autour des postes en pédiatrie et en psychiatrie ont été entamés.

2 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 réalisé en vue d'un questionnaire permettant de réaliser un benchmark entre établissements. Les finalités de ce benchmark sont 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 suivantes ont été recensées (en nombres – pour 2014) :

- AES (Accidents Exposant au Sang),
- Chutes (plain-pied / hauteur),

- TMS (Troubles Musculo Squelettiques – recensement des accidents résultant des mécanismes de survenu suivants : effort ou manutention charges, effort ou manutention patient, faux mouvement),
- Trajets (avec / sans lésion),
- Agressions.

Une première prise de connaissance des chiffres a permis de préciser certains items du questionnaire, qui sera réutilisé pour recenser les données 2015. L'analyse portera notamment sur la fréquence, le taux de gravité, la répartition entre personnels ainsi que la répartition entre types d'accidents. Les résultats de cette analyse pourront normalement être présentés en 2016.

3 FORMATION

Le groupe a repris les réflexions en vue de la mise en place d'un cycle de formations spécifique pour les travailleurs désignés et préposés à la sécurité du secteur hospitalier. En effet, les différentes formations proposées au Luxembourg ne prennent pas en compte le contexte particulier du secteur hospitalier. Des échanges plus concrets ont eu lieu sur base desquels les premières formations vont normalement pouvoir être proposées à partir d'automne 2016.

4 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:

- Ebola : le virus d'Ebola a fait rage en 2015. Le groupe GTS s'est penché sur certains aspects liés audit virus, à savoir le traitement des déchets infectés par Ebola ainsi que la protection du personnel.
- 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 – projet RENITA. Tous les établissements sont concernés alors que les prescriptions ITM 1501.3, 1502.3 et 1503.3, non spécifiques au secteur hospitalier, le prévoient. Seule une première offre pour un établissement a pu être obtenue de la part du fournisseur. Le coût pour le secteur étant conséquent, le financement devra être inclus au niveau des demandes budgétaires des différents établissements.
- 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 Cattenom : sous la coordination du responsable de la cellule Physique Médicale de la FHL, plusieurs réunions ont eu lieu notamment avec la Direction de la Santé. Beaucoup de questions restent ouvertes qu'il s'agira de clarifier encore.
- Exercice d'évacuation : participation des membres du GTS en tant qu'observateurs à un exercice d'évacuation et partage au niveau du groupe du retour d'expérience.

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

5 PERSPECTIVES 2015

Le groupe propose de travailler en 2016 prioritairement sur les sujets suivants:

- Accidents du 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 en 2014 au vu du rôle croissant joué par le GIE Luxith dans le contexte des projets informatiques sectoriels. Certains de ces projets ont en effet un impact en termes de «protection des données». Par ailleurs, sur le plan juridique, un règlement européen sur la protection des données est en phase de finalisation en vue de son adoption fin 2015. Les règlements européens ne nécessitent pas de transposition en droit national pour entrer en application. Les grandes lignes dudit projet de règlement sont déjà connues et vont amener des changements importants notamment en termes de structuration et de gouvernance de l'information dans l'organisation, entre autres, de nos établissements hospitaliers. La responsabilité du groupe est assurée par M. Christophe Chaudy (CHEM).

1 RELATIONS AVEC LA CNPD

La CNPD (Commission Nationale pour la Protection des Données) a reçu une nouvelle composition fin 2014, avec notamment une nouvelle Présidente en la personne de Madame Tine A. Larsen. Afin de faire mutuellement connaissance mais aussi afin de faire le point sur les différents travaux en cours, deux entrevues ont été organisées. Les points essentiels abordés lors de ces entrevues furent les suivants :

- Lien thérapeutique - définition du concept d'équipe prévu dans la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient.
- Authentification forte – statut de la mise en place au niveau des différents établissements et planning prévisionnel
- Projet ANIM
- Registres Nationaux
- Identitovigilance (principalement sur le point spécifique de la gestion de la photo des patients)
- Registre National des Personnes Physiques (RNPP)

Dans le contexte de l'avènement de la future réglementation européenne sur la protection des données, une séance d'information tenue par des membres de la CNPD a pu être proposée aux personnes concernées dans les établissements sur ce qu'il faut entendre par PIA (Privacy Impact Assessment) ou DPIA (Data Protection Impact Assessment).

1.1 RELATIONS AVEC L'AGENCE ESANTÉ

La CNPD a tranché début 2015 que le cadre légal actuel permet aux établissements hospitaliers de communiquer des données à l'Agence eSanté dans le contexte de la mise en œuvre du DSP (Dossier de Soins Partagé) de préfiguration. Sur cette base, l'Agence est venue présenter l'avancement des travaux de leur côté dans ce contexte, notamment en termes de

PIA et de DSP de préfiguration. Le lancement de la phase pilote du DSP a été annoncé par les Ministres compétents en date du 11 mai 2015.

A partir de juillet 2015, le groupe a travaillé sur l'analyse du projet de Convention de Partenariat dans le cadre de la mise en place du DSP de préfiguration tel qu'il a été proposé aux établissements par l'Agence. Le processus s'est avéré long et fastidieux avec de nombreuses réunions tant internes qu'en présence des représentants de l'Agence. Une très grande majorité des points soulevés par la FHL ont pu trouver l'accord de l'Agence qui a adapté le projet de texte. Certains points, principalement juridiques, étaient restés litigieux de sorte que la FHL les a exposés officiellement dans un courrier adressé fin 2015 à l'Agence. Lesdits points ont trait :

- A la base légale du DSP : seuls les articles 60ter et 60quater peuvent être repris au titre de base légale, à l'exclusion de la loi sur les droits et obligations des patients.
- Aux notions de cercle médical de confiance ainsi que d'accompagnateur DSP, alors qu'elles ne sont prévues par aucun texte de sorte que le secret n'est pas levé à leur égard.
- A la possibilité pour le patient de masquer certaines informations sans que cela ne soit précisé, ne permettant ainsi pas aux établissements hospitaliers de rendre le patient attentif aux éventuels risques que peut engendrer un tel masquage.

Une nouvelle version du projet de convention est parvenue à la FHL au printemps 2016. Ce nouveau texte a encore fait l'objet de commentaires par le groupe et d'une réplique par l'Agence.

1.2 RELATIONS AVEC LA CNS / LE CCSS

Lors de l'admission d'un patient dans un établissement, une base de données du CCSS est interrogée via un logiciel mis à disposition par le CCSS dans le but de vérifier l'affiliation des patients. Il s'avère que ledit logiciel transmet automatiquement en cas de recherche une trace de cette demande d'information au Registre National des Personnes Physiques (RNPP), alors même qu'il n'y a aucun accès audit registre. Cette trace est générée même si le personnel à l'admission n'a accès qu'à l'affichage d'une liste de personnes ayant le même nom ou la même date de naissance. Depuis début novembre 2015, lesdites traces sont consultables par le citoyen via MyGuichet.lu. Un certain nombre de citoyens s'est déjà manifesté auprès des établissements pour connaître le pourquoi des accès renseignés. Le groupe CPD a évoqué la problématique avec la CNPD ainsi qu'avec la CNS voire le CCSS. Les pourparlers sont toujours en cours.

1.3 GDPR – RGPD : RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

La version définitive du texte a été publiée en avril 2016 de sorte que ledit règlement général sera d'application automatique dans tous les Etats membres de l'Union Européenne à partir du 25 mai 2018. Les entreprises disposent d'un délai jusqu'à cette date pour se conformer à la nouvelle réglementation. Dès automne, Luxith a organisé une formation sur le sujet à l'attention des membres du groupe CPD afin de prendre connaissance des éléments essentiels dudit texte. Au vu de l'ampleur de la tâche qui incombera aux responsables du traitement, il a paru utile de se doter d'un outil commun aux différents établissements sous forme d'un logiciel. L'année 2016 permettra notamment de se mettre d'accord sur des terminologies et compréhensions communes afin d'aboutir à terme à une démarche sectorielle dans la matière.

Il y a également eu, comme dans le passé, 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. 1er. 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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE OU LE GROUPE D'ENTREPRISES

Nom :	FHL : FEDERATION DES HOPITAUX LUXEMBOURGEOIS
Matricule Nationale :	1965 61 00 284 99
Adresse :	ZA 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

	Nombre de travailleurs	Nombre de travailleuses	TOTAL
CENTRE HOSPITALIER EMILE MAYRISCH : sites de Esch/Alzette, de Nieder Korn et de Dudelange	397	1 441	1 838
CENTRE HOSPITALIER DE LUXEMBOURG (CHL + EICH)	1561	571	2132
HOPITAUX ROBERT SCHUMAN	487	1 682	2 169
CENTRE HOSPITALIER DU NORD : sites d'Ettelbruck et de Wiltz	217	760	977
HOPITAL INTERCOMMUNAL DE STEINFORT	28	164	192
CENTRE HOSPITALIER NEURO-PSYCHIATRIQUE	167	360	527
INSTITUT NATIONAL DE CHIRURGIE CARDIAQUE ET DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE	34	71	105
FEDERATION DES HOPITAUX	7	20	27
LUXITH	6	1	7
CENTRE FRANCOIS BACLESSE	22	36	58
REHAZENTER	86	182	268
TOTAL	3012	5288	8300
TOTAL en %	36.28	63.71	100

2.2 RELEVÉ DES EXAMENS MÉDICAUX RÉALISÉS DANS LE CONTEXTE DU CODE DU TRAVAIL 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 \geq 150 salariés : 1 an
- Et pour les entreprises $<$ 150 salariés : 3 ans

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	En attente	Sans conclusion	Total
Embauches	575	0	0	0	3	10	588
Jeunes travailleurs **	202	1	39	0	0	7	249
Embauches étudiants en médecine	0	0	0	0	0	0	0
Périodiques	2 557	129	64	0	0	19	2769
Demande salarié	5	20	13	1	0	57	96
Demande employeur	4	7	1	0	0	6	18
Demande médecin du travail	80	162	35	0	0	31	308
Demande médecin traitant	0	2	1	0	0	3	6
Reprises du travail	404	162	42	1	0	60	669
Total	3827	483	195	2	3	193	4703

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 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. Cette année nous en avons réalisé 669. 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, s'il le désire, 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 669 visites de reprise se répartissent comme suit :

■ Visites de pré-reprise après maladie :	32
■ Visites de reprise après accident de travail :	2
■ Visites de reprise après maladie :	358
■ Visites de reprise après AT.....	2
■ Reprise à temps plein après mi-temps thérapeutique	45
■ Réintégration après congé sans solde	15
■ Reprise après congé de maternité.....	79
■ Réintégration après congé parental	136

2.3 EXAMENS PARTICULIERS

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

Capables	Incapables	Total
0	47	47

Sur les 47 personnes vues dans le cadre de la procédure de reclassement, 10 étaient déjà aménagées notamment à mi-temps thérapeutique pendant la procédure, les 37 autres étaient en arrêt de travail, une personne a été vue deux fois car son état n'était pas stabilisé. Personne n'a été reconnu apte alors que sa procédure de reclassement était en cours.

Sur les 47 personnes vues dans ce cadre, 6 personnes ont bénéficié d'un reclassement externe pour dépassement des 52 semaines de congés de maladie ou dépassement du quota des salariés reclassés dans l'entreprise, les autres ont été reclassées en interne.

2.3.2 EXAMENS POUR RECLASSEMENT INTERNE OU EXTERNE :

Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	Total
0	52			52

Une personne a été vue deux fois car le poste proposé n'était pas assez précis.

Plusieurs personnes ont été reclassées en interne ou en externe début 2015 alors que la procédure avait débuté en 2014 ou reclassées début 2016 alors que la procédure avait commencé fin 2015.

2.4 FEMMES ENCEINTES*** :

Apte	Aménagement de poste	Mutation de poste	Dispense de travail	Pas de conclusion	Total
9	43	1 sur un poste de jour	212	10	275

Sur les 275 personnes enceintes, seules 9 ont pu continuer à travailler car elles travaillaient dans l'administration (secrétaires, employées administratives).

La plupart a été dispensée (212/275)

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

Dix 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
0			

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.

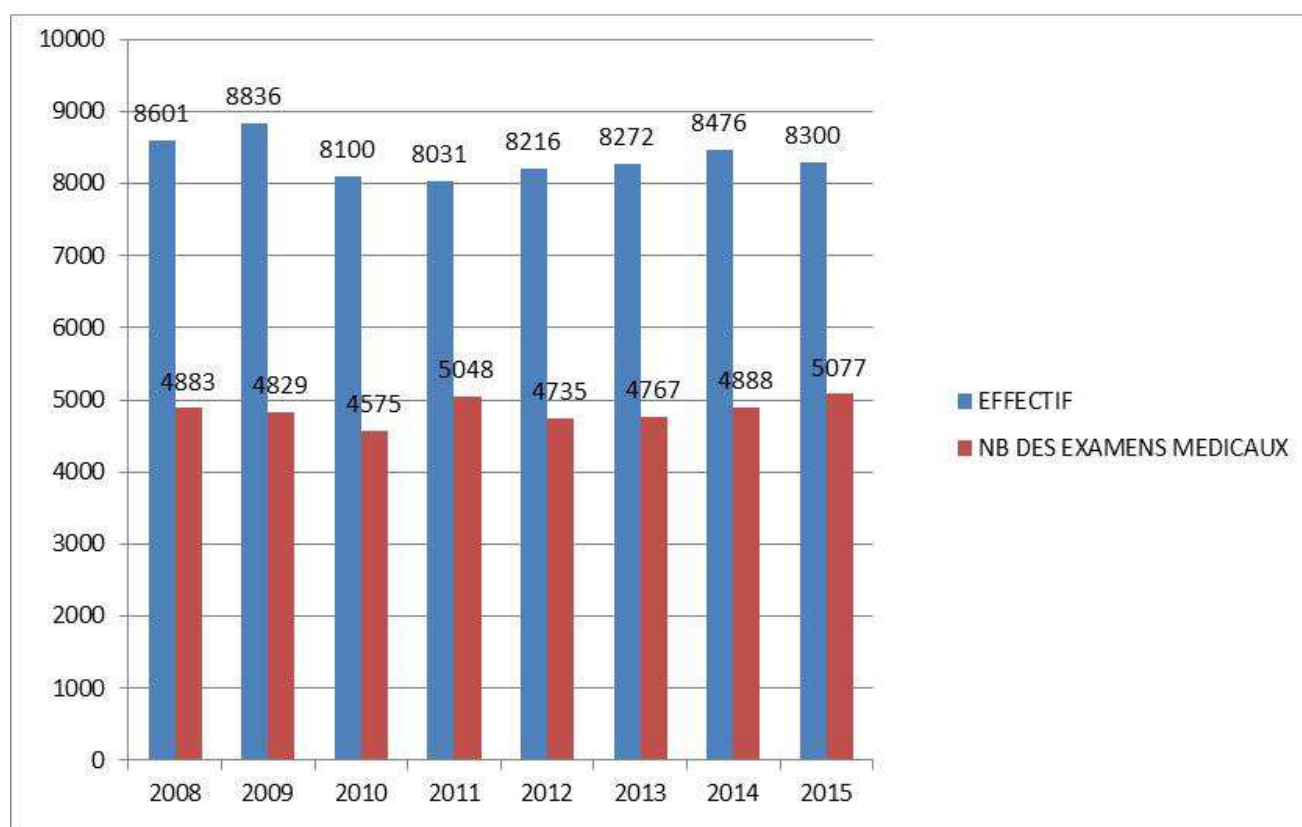
* Code de Travail (Livre V, Titre V – Emploi de travailleurs incapables d'occuper leur dernier poste de travail art. L-552-2)

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

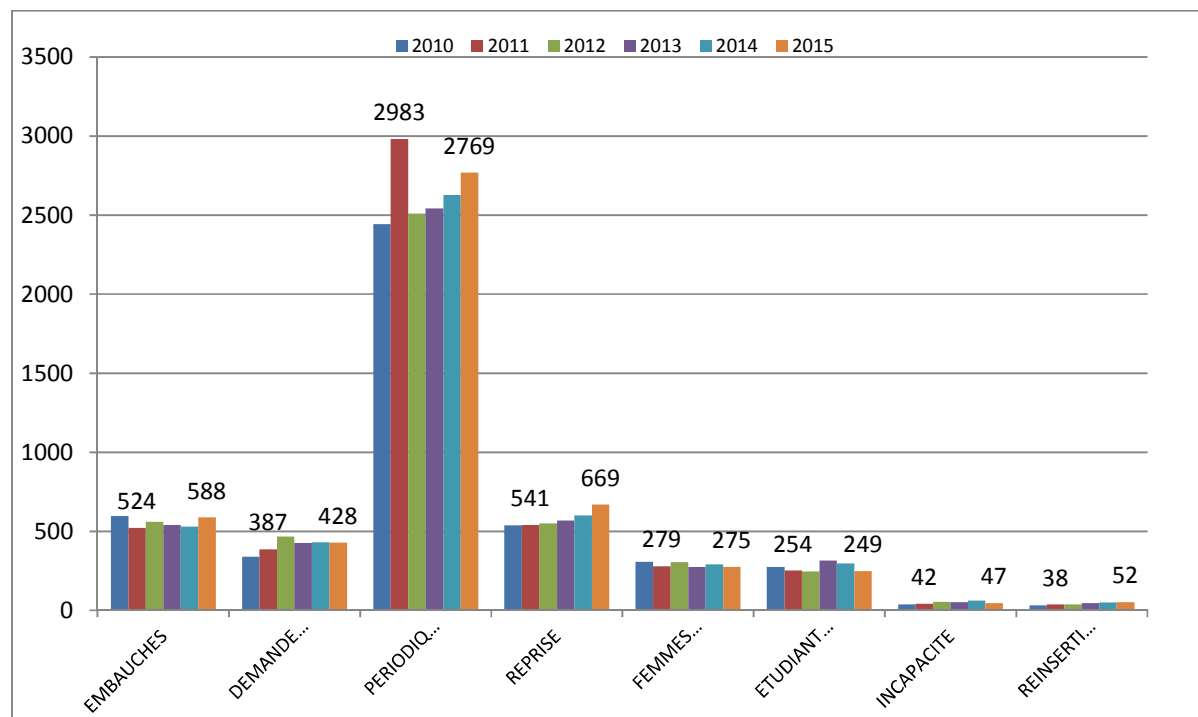
*** Code de Travail (Livre III, Titre III – Emploi de personnes enceintes, accouchées ou allaitantes)

TOTAL DE TOUTES LES VISITES : 5075

3 EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DE L'ACTIVITE MEDICALE



4 REPARTITION DE L'ACTIVITE MEDICALE DE 2010 A 2015



Sur ces graphiques, on s'aperçoit que les effectifs diminuent mais pas l'activité du SIST. Le nombre de visites à la demande augmentent ainsi que les visites de reprise. Grâce à une incitation des ressources humaines auprès des salariés qui prennent plus leurs rendez-vous, le nombre des visites périodiques a augmenté aussi.

Cependant, nous avons encore beaucoup trop d'absences au rendez-vous fixés :

Motifs des visites	2014	2015
Périodiques	446	459
Embauches	95	110
Reprise après maladie	54	54
Demande médecin du travail	44	64
Embauche emploi vacances	51	38
Réintégration congé parental	31	44
Reprise après maternité	22	26
Occasionnelle femme enceinte	7	10
Demande du salarié	3	7
Pré reprise demande de la CNS (commission mixte)	3	0
Demande de l'employeur	2	4
Embauche étudiant en médecine	2	1
Pré-reprise maladie	1	0
Réintégration congé sans solde	1	7
Demande du médecin traitant	1	1
Reprise post-mi-temps thérapeutique	0	3
Total	763	828

Les rendez-vous classés «absents » sont les rendez-vous non honorés, sans excuses ou prévenus le jour même ou la veille au soir ce qui ne nous donne pas la possibilité de donner le rendez-vous à un autre salarié. Seuls les rendez-vous pour les

visites périodiques et les embauches peuvent être fixés arbitrairement; tous les rendez-vous des reprises (toutes les catégories et surtout celles en amont de la reprise) sont la plupart du temps fixés en accord avec le salarié.

5 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES SPÉCIFIQUES DE SURVEILLANCE MÉDICALE PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE

5.1 NOMBRE D'EXAMENS BIOLOGIQUES (HORS SANGUINS)

■ Bandelettes urinaires.....	3202
■ Coproculture/parasitologies des selles.....	39
■ ECBU	45
■ Uroculture.....	6

5.2 NOMBRE D'EXAMENS BIOLOGIQUES (SANGUINS) :

■ Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux agents cytostatiques	53
■ Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux gaz anesthésiques	84
■ Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux radiations ionisantes	94
Bilans réalisés dans le cadre de la réglementation de la restauration collective :	
■ Sérologie hépatite A	72
■ Sérologie complète de l'hépatite B.....	423
■ Titrage d'AChBs (contrôle de l'immunité après vaccination)	101
■ Sérologie l'hépatite C	151
■ Sérologie autre (rubéole(25), varicelle(14), rougeole(16)) (exposition aux enfants)	
■ Examens sanguins réalisés en fonction de l'examen clinique :	
▪ Bilan sanguin :	10
▪ NF PI :	8
▪ Glycémie, HB glyquée :	3
▪ Bilan hépatique (ASAT ALAT, GGT) :	6
▪ Bilan thyroïdien :	9
■ Quantiferon (tests tuberculiniques sanguins) :	843
■ Quantiféron (en 2eme intention pour suivi après exposition au BK)	129

5.3 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. 17 prélèvements ont été effectués et un s'est révélé faiblement positif mais qui s'est négativé lors d'un contrôle ultérieur, tous les autres étaient négatifs.

5.4 NOMBRE D'EXAMENS RADIOLOGIQUES :

■ Radiographies pulmonaires à l'embauche ou dans le cadre d'un suivi post-exposition tuberculinique :	302
■ Radiographies pulmonaires de contrôle:	7
■ Radiographies des grosses articulations (surveillance caisson hyperbare) :	6

5.5 NOMBRE D'AUTRES EXAMENS :

■ Visiotests :	3460
■ Examens demandés dans le cadre du caisson hyperbare :	
▪ Ex ORL avec audiogramme:	19
▪ EEG :	6
▪ EFR :	13
▪ ECG d'effort :	6
■ Examen visuel spécifique dans le cadre d'une exposition aux RI :	3

5.6 NOMBRE D'AVIS EXTERNES (APRÈS DÉCOUVERTE DE SIGNES LORS DE L'EXAMEN MÉDICAL) :

■ Médecin traitant	39
■ Cardiologue	19
■ Pneumologue : (essentiellement pour des Quantiférons positifs)	13
■ Allergologue	4
■ Autres (médecin de la CNS)	3
■ Psychiatre	3
■ ORL	3
■ Neurologue	3
■ Dermatologue - dermatoses semblant avoir des relations professionnelles	1
■ Ophtalmologue	1
■ Médecin rééducateur	1
■ Chirurgien/neurochirurgien	1
■ Neurologue	3
■ Rhumatologue	2
■ Neurochirurgien	1
■ Endocrinologue	1

5.7 VACCINATIONS RÉALISÉES PAR LE SIST :

■ Boostrix Polio	4
■ Grippe	13
■ Hépatite B	2

Nous proposons souvent des vaccinations que les personnes vont faire par le médecin de leur choix.

5.8 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	Incidence **		
	Nombre de salariés concernés parmi ceux qui ont été examinés sur la période de référence		
Domaine de la pathologie	Nombre	DONT	Maladies en relation avec le travail
Cancérologie	26	Dont 5 cancers de la peau et 9 cancers du sein	
Cardiologie	62	Dont 37 HTA, 1 infarctus, 2 embolies pulmonaires	
Dermatologie	19		
Endocrinologie	31	Essentiellement des problèmes thyroïdiens ou de diabète	
Gastro-entérologie	28	Dont 3 maladies de Crohn et des interventions sur hernies inguinales	
Gynécologie	15		
Hématologie	3		
Lésions traumatiques	111	Dont 28 fractures, 12 ruptures de la coiffe des rotateurs, 20 entorses (cheville ou genou)	
Maladies infectieuses	12	Dont une tuberculose pulmonaire, 3 borrélioses 1 coqueluche	
Neurologie	45	Dont 18 canaux carpiens opérés, 4 sclérose en plaques	
Ophtalmologie	6		
O.R.L.	12		
Pneumologie	5	Dont 1 sarcoïdose	
Psychiatrie	83	Essentiellement des dépressions - Légères (19), moyennes (36) sévères (10)	3 burn out
Rhumatologie	159	Arthroses de diverses localisations op ou non, atteintes des disques cervicaux ou lombaires op ou non 6 polyarthrites,	
Urologie- néphrologie	11		
TOTAL	628		

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

Lors des visites périodiques nous enregistrons les pathologies des salariés dans les deux dernières années et en général, celles-ci sont stabilisées et n'ont pas entraîné de grande modification de leur aptitude ; c'est le cas pour les HTA, quelques troubles cardiaques, certaines interventions sur des hernies ou des pathologies infectieuses par exemple.

Les salariés en arrêt de maladie de plus 6 semaines, viennent nous voir en visite de reprise voire de pré-reprise, si la pathologie est susceptible de provoquer des difficultés à leur poste de travail.

Parmi les pathologies les plus fréquentes, on retrouve toutes celles qui touchent l'appareil locomoteur que ce soit traumatique (111) ou plus chronique (159) entraînant très souvent des interventions assez conséquentes et la plupart du temps un reclassement. Ces pathologies d'usure qui touchent l'épaule, le dos ou le genou sont quelquefois provoquées ou exacerbées par les gestes répétitifs comme mobiliser les patients pour les transferts ou même simplement les relever, ou transporter les chariots comme les chariots de cuisine.

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 légères à sévères. Dans ce dernier cas une hospitalisation est la règle et la reprise se fait au moins en mi-temps thérapeutique et la plupart du temps avec un reclassement.

Même si l'origine des problèmes psychiatriques n'est que rarement, purement professionnelle, l'augmentation des exigences tant en terme d'exécution, de précision, d'enregistrement de tous les actes réalisés, et des conditions environnementales qui sont parfois difficiles (interruptions des tâches, patients déments, ordres et contre-ordres, effectif restreint...) peut conduire à des « burn out ».

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.

6 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)

6.1 MALADIES INFECTIEUSES :

- Exposition tuberculeuse : 299 personnes ont été exposées à 8 patients contagieux et ont bénéficié d'un suivi spécifique. Une salariée a eu une tuberculose mais qui n'a pas été considérée comme maladie professionnelle. On a observé un virage tuberculinique, elle a donc été mise sous traitement préventif.
- AES : 143 ont été déclarés en 2015 contre 178 en 2014. Aucune séroconversion n'a été constatée.

6.2 RISQUES PSYCHO-SOCIAUX :

Lors de nos visites périodiques, le stress est très souvent cité par les salariés. Il peut être expliqué par :

- 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 surtout sans erreur et sans oubli notamment au niveau de l'enregistrement sur le dossier (maintenant informatisé) du patient
- Le sentiment d'insatisfaction du soignant qui « n'a plus le temps d'être auprès du patient »
- Le travail en trois postes, horaires décalés et le week-end peut favoriser les troubles du sommeil, fatigue, difficultés familiales...
- Les conflits éventuels qui ajoutent du stress au stress

Une bonne organisation des tâches, et un bon management arrivent souvent à améliorer la situation. La communication et l'écoute auprès du médecin du travail mais aussi au niveau de la hiérarchie permet au salarié de trouver un soutien. Néanmoins il sera parfois nécessaire d'orienter le salarié vers une structure d'aide psychologique extérieure.

6.3 ACCIDENTS DE TRAVAIL

Accidents de trajet			
Mécanismes de survenue	Avec arrêt	Sans arrêt	TOTAL
Accident avec véhicule	46	79	125
Agression par tiers	0	0	0
Choc avec un élément fixe	0	1	1
Chute/glissade dénivelé	11	14	25
Chute/glissade plain-pied	14	23	37
Faux mouvement	0	1	1
Objet en mouvement	1	2	3
TOTAL	72	120	192
Accidents de travail			
Accident avec véhicule	0	3	3
AES	2	142	144
Agression par tiers	0	0	0
Appareil de cuisson	1	2	3
Autre	1	1	2
Choc avec élément fixe	9	23	32
Chute/glissade dénivelé	10	4	14
Chute/glissade plain-pied	22	19	41
Contact malade agité	9	39	48
Contact produits toxiques	2	12	14
Effort/manutention charges	11	2	13
Effort/manutention malade	32	30	62
Electricité	0	2	2
Faux mouvement	14	11	25
Manip. objets/outils Hors AES	3	16	19
Objet en mouvement	19	42	61
Récipient avec liquide chaud	1	0	1
Total des accidents de travail sauf trajets	136	348	484

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, les efforts pour mobiliser les patients, le contact avec les patients agités, les chutes et glissades sur des sols mouillés ou souillés viennent ensuite.

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.

7 ACTIONS DES MÉDECINS DU TRAVAIL:

- Participation à une présentation sur la prévention des risques post-traumatiques au forum de santé et sécurité en avril 2015
- 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 détour de plaintes particulières décrites lors des examens médicaux.

Relations publiques & internationales

1 L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 16 JUIN 2015 ET L'A.G.E. DU 15 DÉCEMBRE 2015

L'Assemblée Générale Ordinaire de la FHL s'est tenue le mardi, 16 juin 2015.

Une Assemblée Générale Extraordinaire s'est tenue le mardi, 15 décembre 2015 pour statuer sur les points suivants :

- La validation de la durée du mandat du Vice-président pour la mettre en adéquation avec son mandat d'administrateur.
- Le vote du budget 2015-2016 rectifié.
- Le choix d'un réviseur externe pour les comptes de la FHL, pour l'année 2015.
- La mise à jour et l'officialisation du règlement général de la FHL.



La composition du Conseil d'administration a été renouvelée en 2015. La liste actualisée après l'A.G.E. se trouve en page 8 du présent rapport.

2 JOURNÉE DELOITTE

Deloitte a organisé le mercredi 28 janvier 2015, en collaboration avec La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, une matinée d'échange mettant de nouveau le patient au cœur de la réflexion. La matinée s'est tenue en présence de Madame Lydia Mutsch, Ministre de la Santé et de l'Égalité des Chances.

La conférence était structurée autour des principaux résultats de la troisième enquête lancée par Deloitte qui s'est intéressée cette année au regard que portent les professionnels de santé sur l'état actuel du système luxembourgeois et ses évolutions.

La conférence a été complétée par deux tables rondes, une première table ronde sur le sujet des «Healthcare Analytics», les possibilités liées au Big Data et une deuxième table ronde sur le sujet « Santé, Soins et Social : les besoins en Leadership d'un secteur en constante évolution ».

3 RELATIONS INTERNATIONALES

3.1 EAHM(AEDH)/HOPE/AEMH :

3.1.1 DÜSSELDORF (EAHM-HOPE-AEMH) 3RD EUROPEAN HOSPITAL CONFERENCE

The 3rd JOINT EUROPEAN HOSPITAL CONFERENCE (EHC) took place as part of MEDICA 2015 and the 38th German Hospital Conference. As a separate event the EHC was directed by the Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag (GDK) and held in the Congress Center East (CCD East) on the exhibition grounds of Messe Düsseldorf.

High-ranking speakers from the European Hospital and Healthcare Federation (HOPE), the European Association of Hospital Managers (EAHM) and the European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH) took a detailed stance on the following topics:

- Patient-Oriented Hospital Care in the Future
- Patient-Oriented Hospital Care in Practice

All presentations were translated simultaneously into English, French and German.

Dr Michel Nathan and Dr Raymond Lies participated as chairman and speaker in the conference.

3.1.2 FORMATION MANAGÉRIALE AEDH/IUIL « MANAGER UN HÔPITAL À L'HEURE EUROPÉENNE »



PREVIOUS NOTICE
19 NOVEMBER 2015

3rd EUROPEAN HOSPITAL CONFERENCE

- > Patient-oriented Hospital Care in the future
- > Patient-oriented Hospital Care in the practice



L'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (EAHM-AEDH-EVKD) et l'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL) ont lancé le mardi, 22 septembre 2015 une nouvelle formation intitulée « Manager un hôpital à l'heure européenne ».

Les dirigeants d'institutions hospitalières en Europe se voient de plus en plus confrontés à des contraintes liées à certaines directives européennes émanant de Bruxelles. L'Institut Universitaire International Luxembourg (IUIL), en tant qu'institution de formation continue et de recherche appliquée, a développé en collaboration avec l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH) et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) l'idée d'une formation transfrontalière regroupant des cadres d'hôpitaux de la Grande Région. La démarche bénéficie également du soutien de la « European Hospital and Healthcare Federation » (HOPE) et de l'« European Health Public Procurement Alliance » (EHPPA).

La formation a pour objectif de mener les dirigeants d'hôpitaux au niveau européen à gérer leur institution dans une perspective transfrontalière, en adaptant leur activité aux diverses directives européennes émanant de Bruxelles. La revue des différents processus de gestion abordés est développée sur base du modèle de travail IMPO

(Input, Management, Processes, Outcomes), adopté par l'AEDH dans ses activités.

Les dirigeants auront un accès direct à des informations récentes et concrètes concernant l'impact des directives européennes sur leurs activités. Considérant que chacun des participants bénéficie d'une large expertise dans le secteur dans son institution et son pays d'origine, chaque module de la formation inclura des plateformes de discussion thématiques. Ces différents temps de débat et échanges seront menés et animés par plusieurs experts internationaux (fédérations nationales et européennes, institutions diverses, universités,...

Pour cette formation transfrontalière pour cadres d'hôpitaux unique en Europe, 6 journées thématiques sont prévues en présentiel à raison d'1 jour/mois.

Les modalités pédagogiques : apport théorique + plateformes de discussion thématiques + Wiki via plateforme pédagogique

La langue véhiculaire est le français

3.1.3 HAPPI : HEALTHY AGEING PUBLIC PROCUREMENT OF INNOVATIONS



UN CONSORTIUM EUROPÉEN DE 7 CENTRALES D'ACHAT HOSPITALIÈRES ATTRIBUE À 3 PME INNOVANTES LE PREMIER APPEL D'OFFRES TRANSFRONTALIER DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Représentant plusieurs milliers de lits dans des structures hospitalières et médico-sociales, les centrales d'achat membres du consortium HAPPI (*Healthy Ageing Public Procurement of Innovations*) – Resah (*France*), NHS Commercial Solutions (*Royaume-Uni*), Mercur'Hosp (*Belgique*), SRC Piemonte (*Italie*), Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (*Luxembourg*), rejointe dans une seconde phase projet par BBG Federal Procurement Agency (*Autriche*) et EHPPA (*European Health Public*

Procurement Alliance) - se sont constituées en groupement d'achat coordonné par le Resah et ont mis en commun leurs besoins en termes de produits ou solutions innovantes dans le domaine du bien-vieillir afin de lancer le premier appel d'offres transfrontalier dans le domaine de la santé.

A l'issue de la procédure, le consortium a attribué les marchés relatifs au projet HAPPI à trois PME innovantes (deux françaises, une néerlandaise). Pour la première fois, toute organisation européenne ayant le statut de pouvoir adjudicateur et agissant dans le secteur hospitalier ou médico-social peut accéder à ces marchés en s'adressant à l'une des centrales d'achat membres du consortium.

LE PROJET HAPPI

Répondant à un appel à projets de la Commission Européenne lancé en 2011, HAPPI vise à développer à l'échelle européenne une politique d'achat public conjoint d'innovation dans le secteur de la santé. Face au vieillissement de la

population européenne, l'achat de solutions innovantes peut concourir à améliorer sensiblement la santé et les conditions de vie des seniors, ainsi que les conditions de travail de leurs soignants ou aidants, dans un contexte de réduction des dépenses publiques.

C'est la raison pour laquelle en 2012, la FHL a souhaité participer à ce projet européen, financé et soutenu par la Commission européenne dont l'une des priorités est de favoriser le développement de l'écosystème industriel en permettant notamment à des PME PMI d'accéder potentiellement à de nouveaux marchés.

Afin de concrétiser cette initiative unique en Europe, un consortium composé des 7 centrales d'achat et de cinq organismes institutionnels et

académiques spécialisés en innovation et PME: BPI France (France), EHESP (France), ICLEI (Allemagne), Université de Turin (Italie), BITECIC (GB) a travaillé pendant deux ans afin de permettre:

- l'identification des besoins fonctionnels communs des établissements de santé et médico-sociaux européens;
- la mise en place d'une plateforme de *sourcing* créée par les centrales d'achat avec le soutien technique de BITECIC (UK);
- l'identification de plus de 140 solutions innovantes en faveur du bien vieillir, majoritairement portées par des PME;
- l'appréciation des solutions déposées sur la plateforme par un comité d'experts en médico technique et gérontologie;



- la réalisation d'une étude réalisée par les juristes des différentes centrales d'achats en collaboration avec l'Université de Turin afin de définir les documents de marché conformes aux réglementations des différents pays membres du consortium avant la rédaction d'un cahier des charges en trois langues (anglais, français et italien).

LES 3 SOLUTIONS RETENUES

A l'issue de ce premier appel d'offres, trois marchés viennent d'être attribués.

Le premier, remporté par la solution «Visualisation et Alerte de Chute» (VAC) de la PME française C2S, est un système de détection de chute extrêmement novateur, qui constitue une vraie rupture technologique par rapport aux systèmes existants. Innovante, fiable, peu onéreuse et respectueuse de l'intimité des utilisateurs tout en facilitant le travail du personnel soignant ou des aidants, la solution VAC retenue a été développée pour répondre à un besoin identifié par les unités de soins. Le VAC associe un capteur optique à un software pour détecter tout type de chute ou de perte de conscience. L'alerte est donnée dans les dix secondes à une centrale ou à un téléphone mobile, par un mail ou un texte accompagné d'une photo floutée pour garantir la discrétion. Grâce à un micro bidirectionnel, une communication est établie immédiatement avec la personne qui a chuté, pour réduire au maximum le taux de fausses détections. Quant à la personne dont la chambre ou le logement est équipé par le VAC, il n'a plus à porter de bracelet ni de collier contraignant et se trouve plus libre de ses mouvements.

Le parcours de marche DM3® de la PME française Alter Éco Santé, atelier d'équilibre qui permet de recouvrer de l'autonomie et de réduire la peur de la chute, ainsi que le C-Mill, tapis de rééducation à la marche de Forcelink, sont les deux autres titulaires des marchés HAPPI.

Les premiers acheteurs des produits et solutions innovantes retenus par les centrales d'achat membres du consortium pourront bénéficier d'une réduction de prix grâce à une subvention complémentaire de la Commission européenne, d'un montant global de 500.000 €.

Pour obtenir de plus amples informations ou accéder aux marchés, les établissements intéressés peuvent d'ores et déjà écrire à info@fhlux.lu.

4 50 ANS FHL 11 MARS 2015

Le 11 mars 2015 la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois a fêté à la Philharmonie de Luxembourg le 50ième anniversaire de sa constitution comme structure juridique de droit privé (asbl), en présence du couple grand-ducal héritier et de très nombreux invités du monde de la santé et de la scène politique et sociale.

La séance académique a été modérée par Madame Nathalie Reuter et le Docteur Henri Kugener, éminent spécialiste de l'histoire médicale, a retracé la naissance et l'évolution des hôpitaux du Grand-Duché de Luxembourg au cours des siècles passés jusqu'à aujourd'hui.

Monsieur Paul Junck, en sa qualité de Président de la FHL, a plus particulièrement retracé les étapes décisives liées à l'évolution hospitalière au cours des dernières années avec un regard en arrière sur les 5 décennies d'existence de la FHL/EHL tout en soulignant l'importance des défis encore à relever.

Monsieur Junck a rappelé que le cadre législatif et réglementaire dans lequel nous agissons n'a cessé de se renforcer, ceci tant sur le plan national qu'europpéen. Je ne citerai ici qu'à titre d'exemple une directive européenne de 2011 transposée en droit luxembourgeois en 2014 qui permet au patient national de profiter plus facilement de soins de santé

transfrontaliers. Notre secteur – qui vivait jusque-là sur un marché protégé – doit désormais s'ouvrir à la concurrence européenne.

De même – et ceci dans un contexte économique et financier plus précaire – le secteur hospitalier est soumis depuis quelques années au système de l'enveloppe budgétaire globale qui incite à une utilisation efficiente et judicieuse des ressources financières mises à notre disposition par la CNS.

Le montant alloué pour 2015 s'élève ainsi à 860 millions d'euros. Ce montant constitue donc la limite supérieure à l'intérieur de laquelle les hôpitaux doivent arriver à couvrir tant leurs frais fixes que variables et offrir des prestations de qualité à leurs patients.

Enfin et même si la population résidente est encore relativement jeune – grâce à l'immigration notamment – il faut être conscient que le taux de personnes âgées augmentera et, parallèlement, le recours aux soins, lesquels – à leur tour – deviennent de plus en plus sophistiqués et donc coûteux.

Face à tous ces défis sur les plans scientifique, réglementaire, financier et démographique, le rôle de la FHL doit être celui d'un catalyseur, ce concept englobant notamment les missions suivantes:

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

Tant le législateur que nos autorités de tutelle et le public en général attendent de notre secteur qu'il renforce sa coopération tant sur le plan de l'organisation médicale que sur celui des activités de support et qu'il s'oriente vers un système de gouvernance commun évitant les doubles emplois et favorisant la recherche de synergies.

Les hôpitaux luxembourgeois, fédérés au sein de la FHL, sont bien conscients des défis qui les attendent et ont prouvé de par le passé qu'ils peuvent y faire face.

Une approche holistique impliquant et responsabilisant tous les acteurs du système à savoir patients, médecins et hôpitaux sera de mise pour pérenniser notre système.

5 FHL INFO

Parallèlement aux importants projets en cours, notamment concernant les mutualisations engagées, la FHL souhaite développer une stratégie de communication efficace qui lui permettra de mieux se positionner sur l'échiquier national. Nous devons avoir recours à des moyens de communication adaptés aux nouvelles technologies et bien entendu aux attentes de tous ceux qui souhaitent être informés en temps réel des évolutions dans notre secteur. Nous pourrions alors diffuser des messages ciblés qui trouveront un écho auprès des organes de presse pour un relai de l'information à tous les niveaux et bien entendu aux patients et potentiels patients que nous sommes tous.

FHL-info évoluera aussi dans cette optique avec à partir de 2015 une parution augmentée à 4 éditions annuelles et une redéfinition de la ligne éditoriale pour les années suivantes. Les périodes de parution sont désormais mars, juin, septembre et décembre.

Revue hospitalière luxembourgeoise

fhl info

Fédération des hôpitaux luxembourgeois



FHLinfo - 4 parutions par an

La revue hospitalière luxembourgeoise à l'attention des acteurs hospitaliers et du secteur de la Santé paraîtra quatre fois par an, c.à d. en mars, en juin, en septembre et en décembre 2016.

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.ciaccia@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.ciaccia@fhlux.lu
site: www.fhlux.lu

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

KEEP GOING 2016

31

septembre 2015
www.fhlux.lu

BBC-FHL

PROGRAMME DES MATCHS BASCOL, DIVISION 3, CHAMPIONNAT 2015/2016

MATCHS ALLER

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
STAATER LEIWEN	BBC-FHL	30/09/2015	18.30	GARE	72 : 54
BBC-FHL	BANK OF NEW YORK	12/10/2015	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	47 : 74
EUROBASKET B	BBC-FHL	10/11/2015	20.15	BEGGEN	66 : 55
BBC-FHL	BLACK LIONS B	16/11/2015	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	46 : 69
BBC-FHL	CACEIS B-BALL	07/12/2015	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	70 : 36

MATCHS RETOUR

Equipe A	Equipe B	Date	Heure	Lieu	Résultats
BBC-FHL	STAATER LEIWEN	11/01/2016	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	35 : 37
BANK OF NEW YORK	BBC-FHL	02/02/2016	18.30	GARE	20 : 00
BBC-FHL	EUROBASKET B	22/02/2016	20.15	REHAZENTER, Kirchberg	38 : 62
BLACK LIONS B	BBC-FHL	29/02/2016	20.30	DUDELANGE	48 : 46
CACEIS B-BALL	BBC-FHL	13/04/2016	20.15	GARE	20 : 00

CLASSEMENT

	Équipe	Joué	Gagné	Nul	Perdu	Forfait	Points	Égalité	Diff. points	Diff 1	Diff 2	Off	Def
1	<u>Caceis</u>	10	9	0	1	0	19.0					588	413
2	<u>Eurobasket B</u>	10	8	0	2	0	18.0					585	493
3	<u>Black Lions B</u>	10	5	0	5	0	15.0					526	573
4	<u>Bank of NewYork</u>	10	4	0	6	0	14.0	3	11			583	545
5	<u>Staater Léiwen</u>	10	4	0	6	0	14.0	3	-11			497	574
6	<u>BBC FHL</u>	10	0	0	10	2	8.0					357	538

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

* Diff. points: Différence de points offensifs/défensifs en considérant uniquement les matches 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 => nbr 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

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

M. Alain AREND, alain.arend@chem.lu



2^{ème} partie

Annexes

COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL DE LA FHL

TYPE DE GROUPE	
I GROUPES FHL	
<u>Organes statutaires</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Bureau du CA • Conseil d'Administration (CA) • PF des Directeurs Administratifs et Financiers • PF des Directeurs Médicaux • PF des Directeurs Soins 	
<u>Comités et Commissions</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Comité Pilotage « Achat Central » • Commission Stratégique GRH + Négociation CCT • Commission Finances • Commission du Personnel 	
<u>Groupes de travail de la FHL (nombre variable)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinateurs Protection des Données (CPD) • Coordinateurs Qualité/GT Sécurité médicamenteuse • Groupe Technique Sécurité (GTS) • Groupes MCT • Groupements d'Achat • Groupes de Travail Achat (marchés) • Groupe Ad Hoc Normes administratives • Groupe Ad Hoc Enveloppes des investissements 	
II GROUPES PARITAIRES	
<u>Commissions paritaires FHL/CNS</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Commission des Normes • Commission d'Evaluation • Commission Technique d'Investissement Volet Médico-technique • Commission Technique d'Investissement Volet Informatique • Commission Technique Financière (Commission Paritaire Statistique jusqu'en 2012) • Commission des Budgets 	
<u>Commissions paritaires FHL/Syndicats (CCT FHL)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Commission paritaire (art 28) <p>Plates-formes reprises dans la CCT FHL mais inactives en 2015 :</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	2011	2012	2013	2014	2015
Assemblée Générale	1	1	1	2	2
Conseil d'Administration	11	9	5	4	4
Directeurs Hôpitaux Généraux / Bureau du CA	5	8	9	9	9
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	9	6	8	8	6
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	16	16	15	14	11
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)	NC	NC	7	7	3
Total	42	40	45	44	35

Commissions paritaires FHL / CNS :					
Commission des Normes FHL/CNS (avec réunions prép.)	14	19	16	11	7
Commission d'Evaluation FHL/CNS	7	8	5	5	4
Commission Technique d'Investissement Médico-Technique FHL/CNS	3	2	3	3	2
Commission Technique d'Investissement Informatique FHL/CNS	1	1	2	1	3
Commission Technique Financière (y inclus négociation conv. Cadre FHL/CNS)	18	10	14	15	11
Total	43	40	40	35	27

Ressources Humaines (hors SIRHIUS) et Sécurité et Santé au Travail					
Commission Stratégique GRH (y compris négociations CCT)	5	7	7	18	19
Groupes techniques CCT FHL					8
Commission du Personnel	3	2		1	3
Groupe Technique Sécurité GTS	8	5	4	4	5
Total	16	14	11	23	35

TYPE DE REUNION	2011	2012	2013	2014	2015
-----------------	------	------	------	------	------

Achat Central/Groupements d'achat/Groupes de travail :					
Comité de Pilotage Achat Central	5	5	8	9	9
Groupe d'achat « Médical »	8	4	4	4	4
Groupe d'achat « Médico-technique »	4	5	8	7	7
Groupe d'achat médicaments				3	3
Groupe d'achat « Non-médical »				3	
Groupes de travail Pharmacie	13	26	24	24	17
Groupes de travail Non Médical	1	1	5	1	1
Groupes de travail Informatique	9				12
Groupes de travail Médico-technique		16	8	23	15
Total	40	57	57	74	68

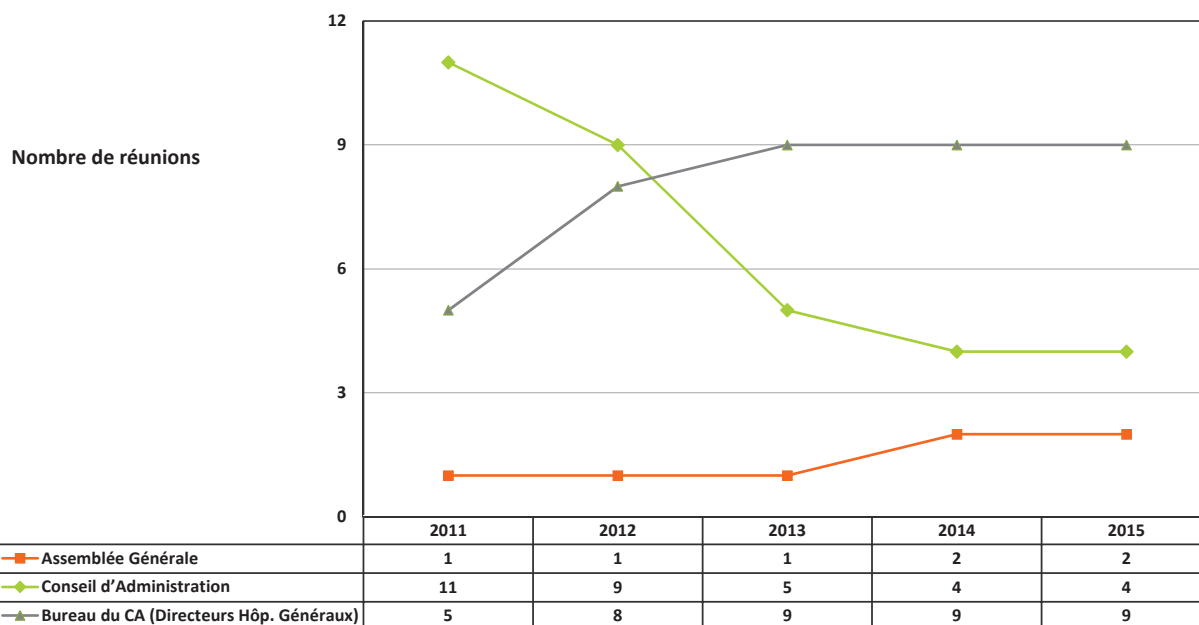
Commissions et Groupes de travail					
Commission Finances	12	18	12	9	7
Coordinateurs qualité	8	15	20	22	5
Groupes MCT (y inclus réunions IA/PRN)	6	31	23	21	7
Coordinateurs Protection des Données	2		1	2	12
Plate-forme Stratégie Laboratoire/projet de mutualisation		1	3	3	0
Groupe Ad Hoc Normes administratives			4	4	0
Groupe Ad Hoc Enveloppes des investissements			3	1	0
Total	28	65	66	62	31

CIRCULAIRES

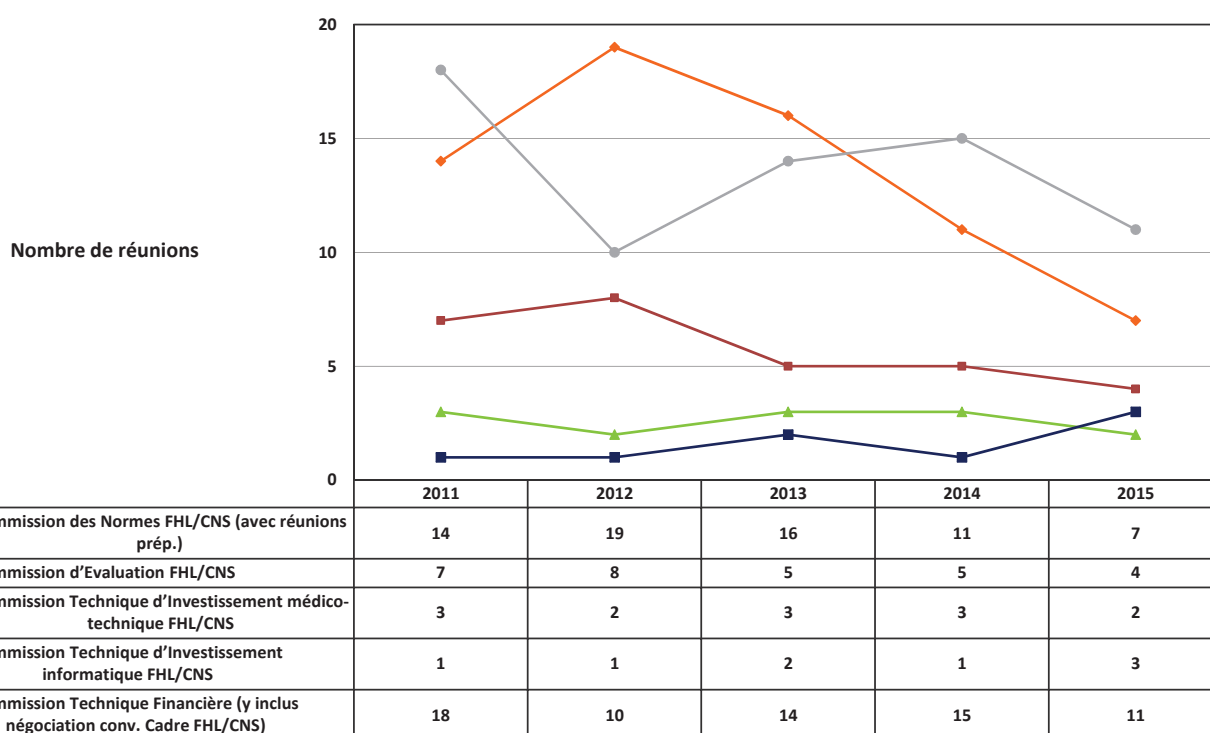
	2011	2012	2013	2014	2015
Bureau du CA		43	56	52	40
Conseil d'Administration (CA)	217	170	119	110	84
EHL/FHL	85	68	51	50	64
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	163	215	130	175	107
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)	15	27	21	44	35
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	47	48	23	38	34
Commission des Normes	54	42	22	37	28
Commission d'Evaluation	39	30	24	20	17
Commission Technique Financière (CTF/CSTAT)	23	35	46	59	37
Commission Technique d'Investissement (mdt + info)	24	4	17	6	13
Commission Finances	104	136	88	58	47
Commission Stratégique GRH (+négociation CCT)	28	16	13	114	68
Commission du Personnel	62	36	33	45	42
Groupe de Travail Sécurité (GTS)	38	33	20	42	23
CP Achat central	40	19	31	45	57
Groupements d'Achat	39	41	30	45	43
Physique médicale	3	12	5		
Coordinateurs Protection des Données (CPD)	14	5	1	19	44
Coordinateurs Qualité	14	42	36	17	10
GT Déchets Hospitaliers + Conditions Générales		8			
NOMBRE TOTAL DE CIRCULAIRES (SANS LES CIRCULAIRES DES COMMISSIONS/GROUPES INFORMATIQUES)	1009	1030	766	976	793

COURRIER

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de courriers rentrés:	2180	2311	2002	1420	1442
Nombre de lettres envoyées:	225	246	121	122	112

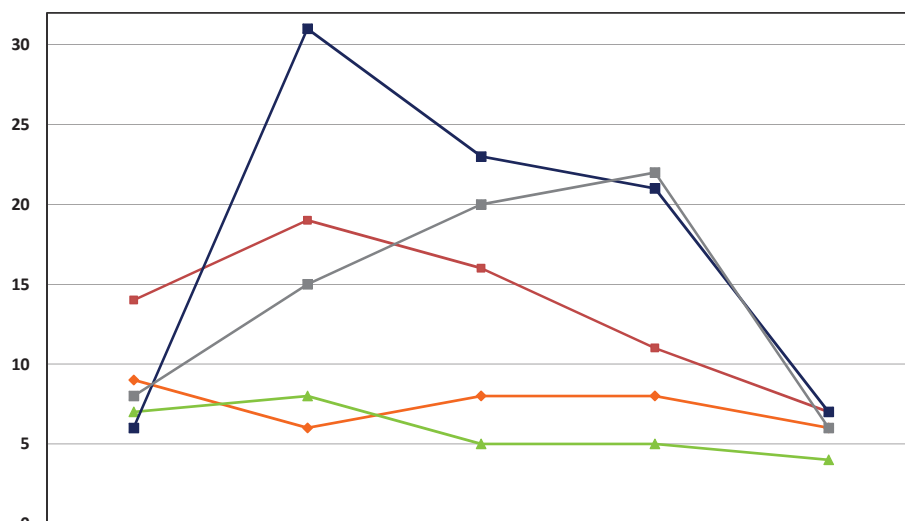


Commissions paritaires FHL/CNS



Normes et Qualité

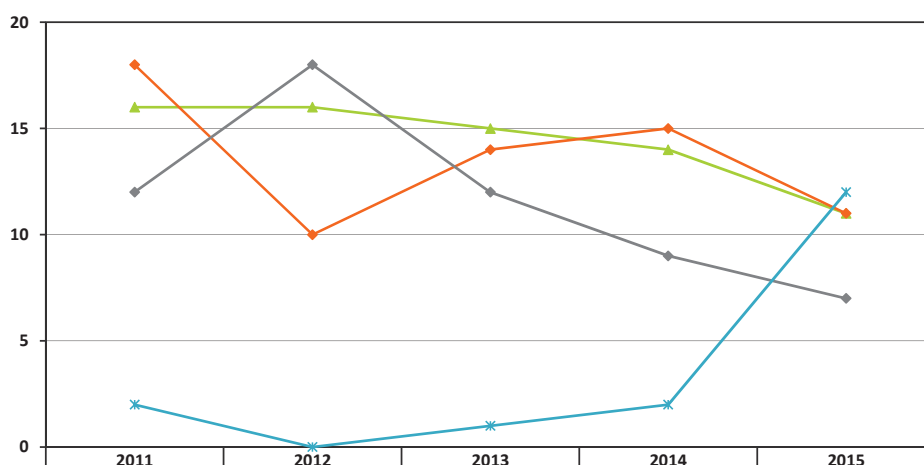
Nombre de réunions



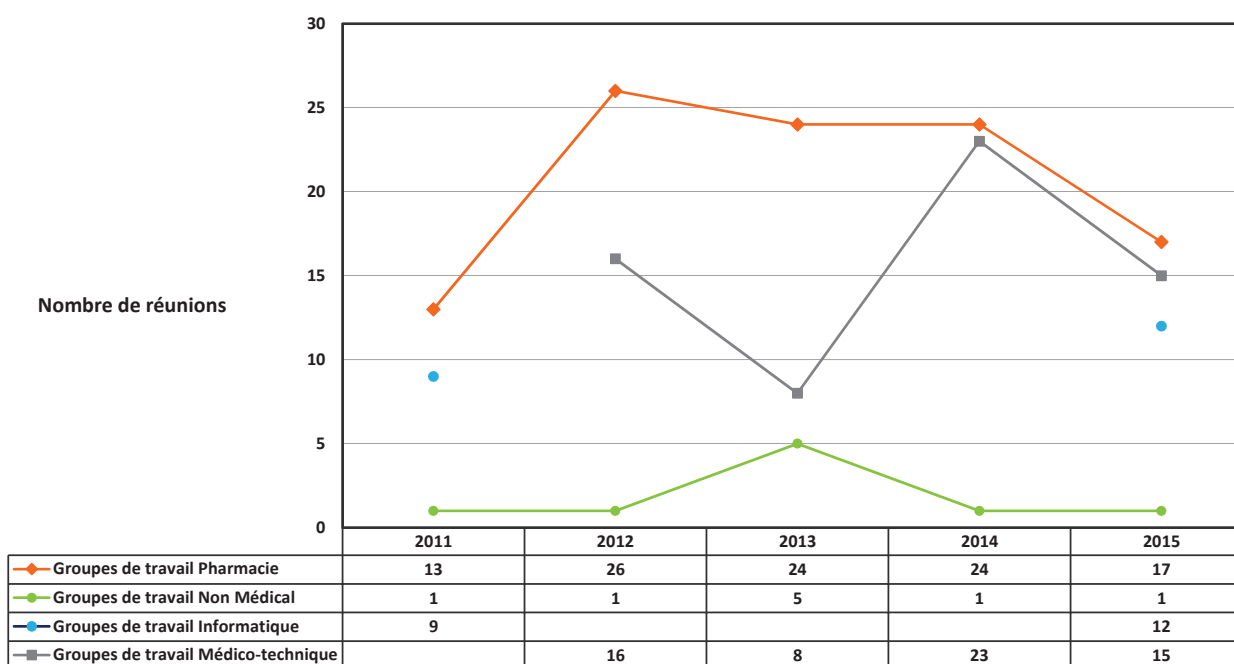
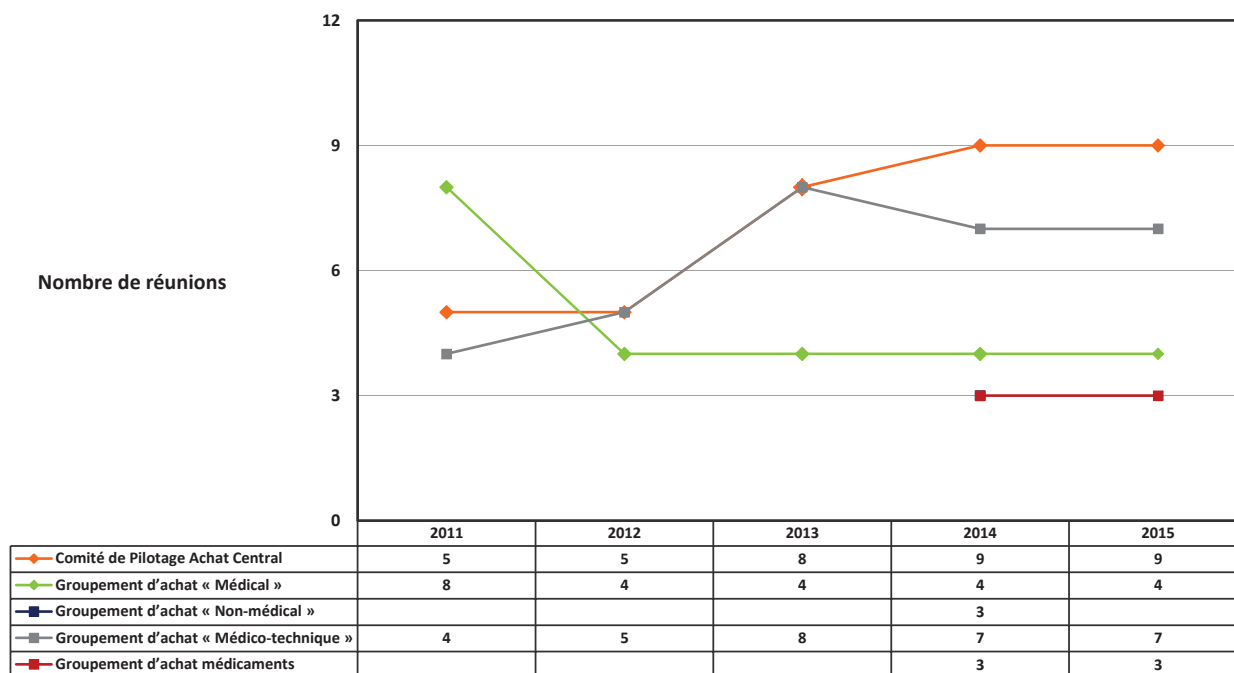
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	9	6	8	8	6
Commission des Normes FHL/CNS (avec réunions prép.)	14	19	16	11	7
Commission d'Evaluation FHL/CNS	7	8	5	5	4
Groupes MCT (y inclus réunions IA/PRN)	6	31	23	21	7
Coordinateurs qualité	8	15	20	22	6

Administratif et Financier

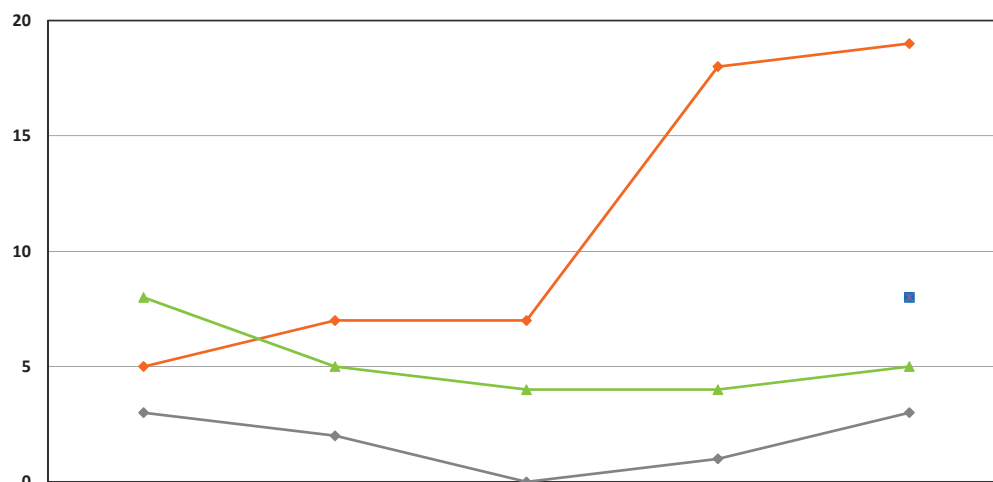
Nombre de réunions



PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	16	16	15	14	11
Commission Technique Financière (y inclus négociation conv. Cadre FHL/CNS)	18	10	14	15	11
Commission Finances	12	18	12	9	7
Coordinateurs Protection des Données	2	0	1	2	12

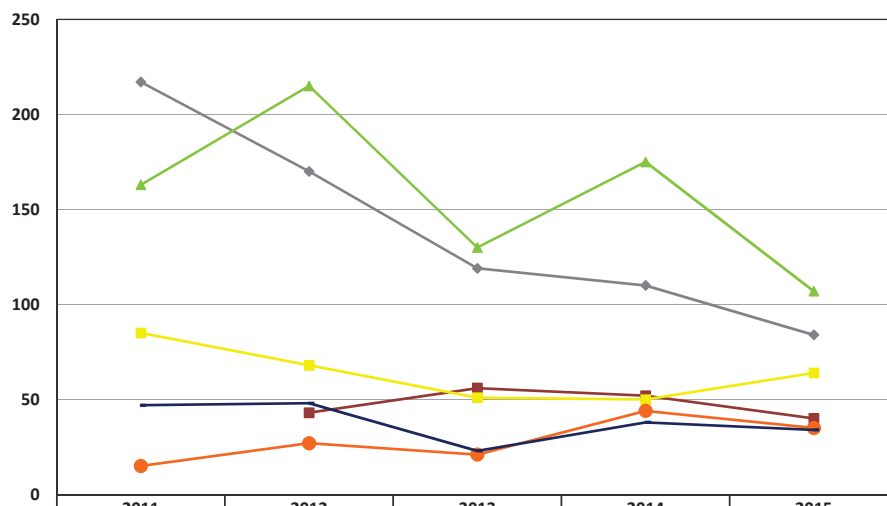


Nombre de réunions



Commission Stratégique GRH (y compris négociations CCT et groupe restreint)	5	7	7	18	19
Groupes techniques CCT FHL					8
Commission du Personnel	3	2	0	1	3
Groupe Technique Sécurité GTS	8	5	4	4	5

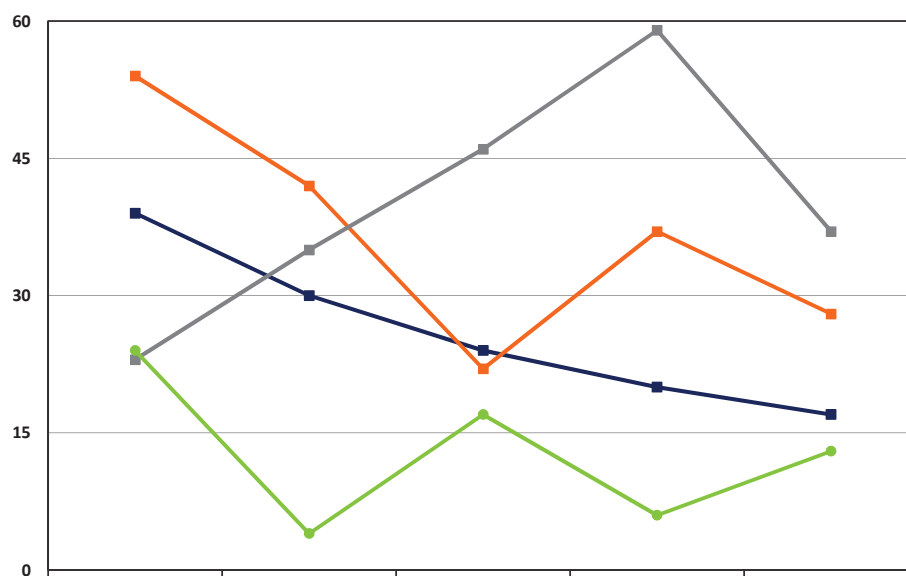
Nombre



Conseil d'Administration (CA)	217	170	119	110	84
Bureau du CA		43	56	52	40
EHL/FHL	85	68	51	50	64
PF-DAF (Plate-Forme des Directeurs Administratifs et Financiers)	163	215	130	175	107
PF DM (Plate-Forme des Directeurs Médicaux)	15	27	21	44	35
PF-DS (Plate-Forme des Directeurs Soins)	47	48	23	38	34

Circulaires Commissions paritaires FHL/CNS

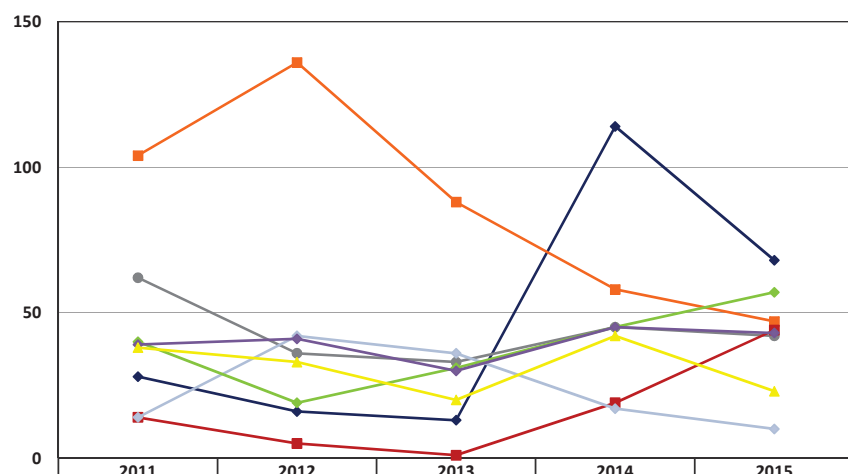
Nombre



	2011	2012	2013	2014	2015
Commission d'Evaluation	39	30	24	20	17
Commission des Normes	54	42	22	37	28
Commission Technique Financière (CTF/CSTAT)	23	35	46	59	37
CTI (mdt + info)	24	4	17	6	13

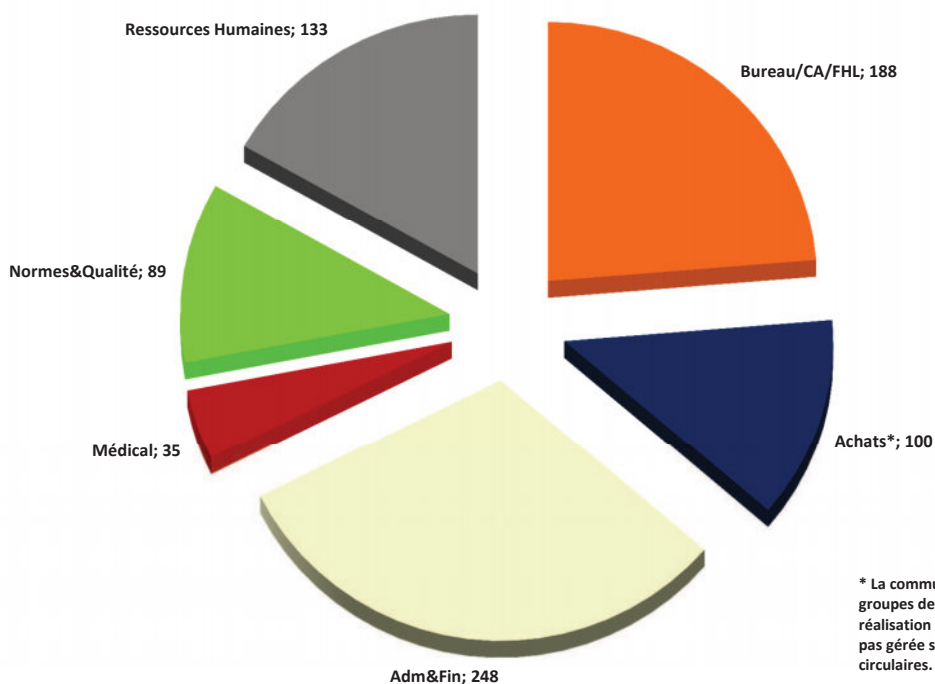
Circulaires Commissions/Groupes de travail interne

Nombre

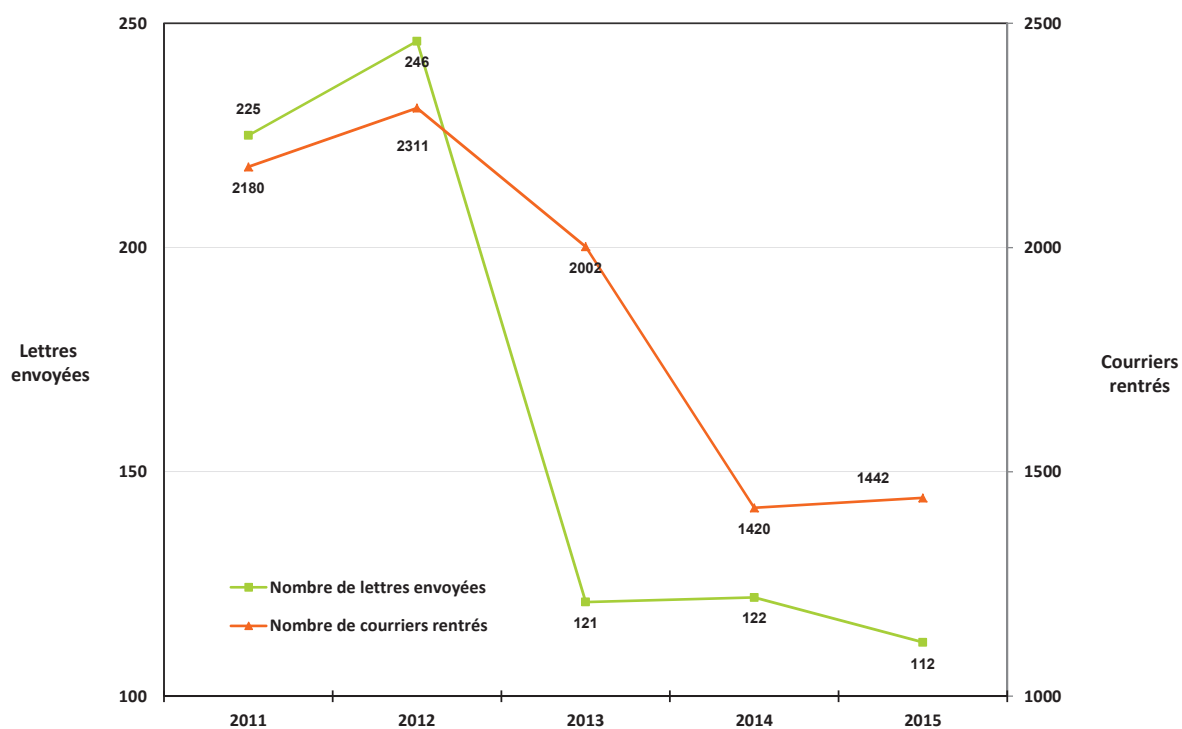


	2011	2012	2013	2014	2015
Commission Stratégique GRH (+négociation CCT)	28	16	13	114	68
Commission du Personnel	62	36	33	45	42
Commission Finances	104	136	88	58	47
Coordinateurs Protection des Données (CPD)	14	5	1	19	44
Coordinateurs Qualité	14	42	36	17	10
CP Achat central	40	19	31	45	57
Groupements d'achat	39	41	30	45	43
Groupe de Travail Sécurité (GTS)	38	33	20	42	23

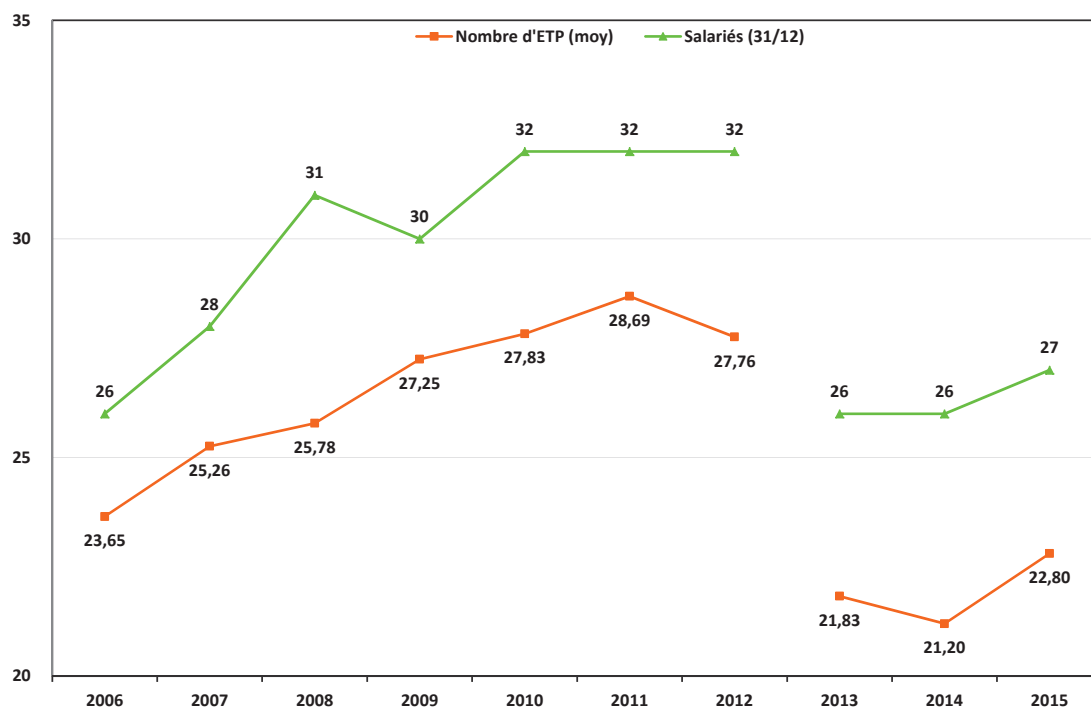
Circulaires Répartition par domaine



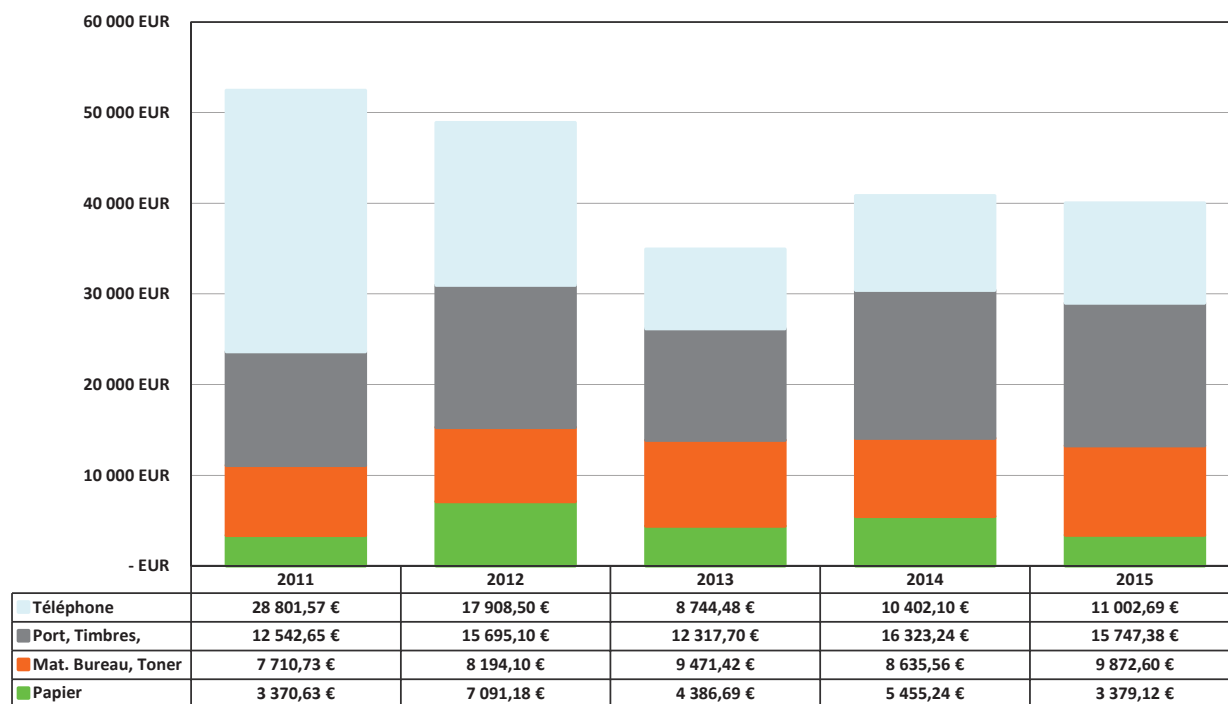
Courriers et Lettres



Nombre de salariés à la FHL sans le service informatique (LUXITH) en 2013/2014/2015



Frais de fonctionnement en Euro





5, rue des Mérovingiens

Z.A. Bourmicht

L-8070 Bertrange

FHL

☎ [+352 42 41 42-11]

☎ [+352 42 41 42-81]

✉ [fhl@fhlux.lu]

SIST-FHL

☎ [+352 42 41 42-12]

☎ [+352 42 41 42-82]

✉ [sist@fhlux.lu]