



R A P P O R T
A N N U E L
2 0 1 6



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

www.fhlux.lu

TABLE DES MATIÈRES



Introduction	4
Système et politique de santé	5
Les services d'urgence	6
Loi hospitalière	10
Protection des données	12
Gestion de la qualité et activités liées	14
Approche paritaire de la qualité	15
Les médecins coordinateurs	18
Collaborations dédiées à la Qualité	18
Achats communs	19
Physique médicale, DACS, PET-CT	23
Ressources humaines	27
Pilotage Santé au travail	28
Rapport du SIST-FHL	29
Sécurité au travail et sécurité des patients	37
Normes de dotation en personnel	38
Convention collective de travail / Négociations avec les syndicats	42
Volet opérationnel de la GRH dans les établissements	45
Formations	46
Financement	48
Contrats d'objectifs et de moyens	49
Négociations budgétaires / Budgets hospitaliers	49
Télépathologie	49
Comptabilité	49
Comptabilité analytique	50
Tableau des fonctionnalités	50
Investissements	50
Facturation et prise en charge	51
Relations publiques et internationales	52
L'Assemblée Générale du 28 juin 2016 et l'AGE du 6 décembre 2016	53
Journée Deloitte	54
Événements et relations publics et internationaux	54
Stratégie de communication	56
Zoom FHL	57

INTRODUCTION



2016 : UNE ANNÉE DE RÉFLEXION QUANT À LA DURABILITÉ ET À L'AVENIR DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Le secteur hospitalier est en perpétuelle évolution : il s'adapte sans cesse aux progrès liés à la médecine, à la science et aux nouvelles technologies dans un monde de plus en plus globalisé. On constate par ailleurs, avec la pyramide des âges, qui affiche une proportion de plus en plus marquée de personnes âgées, et les flux migratoires, une progression constante de la population.

De nouvelles pathologies, une espérance de vie prolongée et une augmentation des maladies chroniques entraînent une demande accrue des prestations de soins de santé dans un environnement de plus en plus réglementé.

Dans ce contexte, nos objectifs sont avant tout :

- la garantie du maintien d'un haut niveau de qualité de vie pour les générations futures,
- la garantie de la durabilité de notre système.

Pour pérenniser notre système de santé, nous devons l'adapter et le rendre suffisamment compétitif, nous devons miser sur des pratiques innovatrices et maintenir le mieux possible un équilibre financier.

Ce défi de durabilité n'est pas seulement national, il est européen, voire mondial.

Les 13 et 14 octobre 2016, à Bologne en Italie, l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH-EAHM-EVKD) a d'ailleurs choisi de débattre sur ce sujet lors de son 26e congrès réunissant des intervenants d'Europe et même au-delà de ses frontières. Un système de santé durable exige de la prise de responsabilités et de la compétence. La thématique est planétaire et les défis à relever nous concernent d'autant plus au niveau du Grand-Duché que nous sommes des petits et vulnérables face à des voisins ayant un environnement économique plus diversifié. Si nous voulons rester compétitifs nous devons faire les bons choix. Le secteur de la santé est un secteur prometteur sur lequel il faut savoir miser. Les demandes en soins de santé ne cesseront d'augmenter. Il va donc falloir agir en considération d'un double objectif :

- éviter l'écroulement de notre système de santé et, en même temps,
- profiter des nouveaux besoins pour développer de nouveaux services de mieux en mieux adaptés à ce qui est souhaité et recherché.

Nous mettrons en œuvre notre savoir-faire et nos compétences mais nous n'arriverons à faire évoluer notre système et notre secteur vers plus de compétitivité

que si nous trouvons une voie reposant sur un consensus national axé sur la qualité et l'efficacité.

Au Grand-Duché de Luxembourg la loi hospitalière sera amendée pour y intégrer la planification hospitalière des prochaines années. Depuis la publication de l'avant-projet de loi relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière en janvier 2016, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts et le projet de loi déposé à la Chambre des Députés en date du 7 septembre 2016 a été retravaillé en profondeur et esquisse certaines pistes qui vont engendrer des débats passionnés en 2017.

La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, tout au long de l'année 2016, s'est positionnée comme un acteur essentiel et incontournable dans le secteur hospitalier et de la santé. D'importants efforts ont été entrepris au niveau de la communication et la trame du présent rapport d'activité a été revue en conséquence, aussi avec un nouveau lay out. Désormais le rapport d'activité est structuré par thèmes et plus suivant les travaux des différentes plateformes et groupes de la FHL.

Marc HASTERT
Secrétaire Général de la FHL

SYSTÈME ET POLITIQUE DE SANTÉ



LES SERVICES D'URGENCE : UN DES PROJETS PHARE DE L'ANNÉE 2016



Le projet phare de l'année 2016 a été celui des « urgences » tant adultes que pédiatriques. En effet, l'organisation des soins de santé au Grand-Duché de Luxembourg prévoit une accessibilité aux services d'urgence du pays :

- Pour le Nord et respectivement le Sud, elle est assurée par le CHdN et le CHEM, 365 jours par an, 24h/24.
- Par contre, pour la région Centre, depuis 2016 et en accord avec le Ministère de la Santé, elle est répartie entre les HRS et le CHL selon un plan de garde défini à raison de 50-50.

PATIENTS ACCUEILLIS PAR JOUR :

(2016 PROJECTIONS SUR BASE 6 MOIS)

Région Sud : 233

Région Centre : 244 (+ 99 pour le service national urgences pédiatriques)

Région Nord : 140

+/- 16 % des patients adultes sont hospitalisés

(+/- 6 % des patients pris en charge dans le service national des urgences pédiatriques sont hospitalisés)

DES BESOINS QUI DIFFÈRENT, DES ATTENTES QUI ÉVOLUENT

De par cette mission de santé publique, les services d'urgence doivent s'adapter et répondre à des besoins de santé très différents :

- traumatologies routière et domestique,
- pathologies aiguës (ex. : infarctus, AVC, urgences psychiatriques) et saisonnières (ex. : pneumopathies),
- nouveaux contextes (ex. : croissance

de notre population, vieillissement, handicap, incidence des maladies cérébrales dégénératives, addiction et toxicomanie, exclusion sociale, précarité et phénomènes migratoires, fin de vie),

- nouvelles relations avec l'hôpital.

D'un côté, on assiste à un changement important ces dernières années dans les attentes et besoins des patients en termes

de service attendu par rapport à une prise en charge au service des urgences. D'un autre côté, le contexte professionnel est en pleine mutation et la sécurité des soins va de pair avec la sécurité du personnel, le tout ayant un impact sur la vision d'une prise en charge professionnelle au niveau de nos services d'urgence.

LES SERVICES D'URGENCE, C'EST :

- Une mission de santé publique
- L'accueil et la prise en charge de toute personne, sans sélection ni discrimination, se présentant en situation d'urgence vraie ou ressentie (y compris les cas d'urgences psychiatriques)
- Le droit pour le patient à une information éclairée
- La prise en charge des accompagnants

UNE AUGMENTATION CONTINUE DU NOMBRE DE PATIENTS

Les services d'urgence des différents hôpitaux se sont modernisés aussi bien dans leur organisation quotidienne que dans leurs infrastructures afin de rendre possible l'augmentation continue du nombre journalier de patients faisant appel aux urgences.

Véritables lieux de transition entre la ville et l'hôpital, leur permanence d'accès aux soins, et leur devoir d'accueil de tous sans discrimination renforcent leur perméabilité aux situations d'insécurité : adaptation aux flux des patients, cohabitation de patients avec des niveaux d'urgence variables, tout comme la typologie de tableaux cliniques, favorisent un climat anxiogène pour les patients peu habitués au milieu des urgences, et à des situations d'agressivité verbale et physique de plus en plus fréquentes.

Les équipes subissent un stress important et il est parfois difficile de faire face à celui des patients et des familles. Il n'est plus rare d'observer dans les équipes

des signes de burnout, un absentéisme croissant, des mutations internes voire des démissions. Le turnover est élevé, le recrutement difficile et le maintien des compétences est fragile.

La direction est confrontée à une insatisfaction et à une frustration des professionnels qui se plaignent de ne pas avoir les moyens d'assurer une prise en charge globale.

Les soignants expriment un sentiment d'impuissance face aux reproches exprimés par les patients, les politiques : comment faire pour répondre aux attentes ? Dans un contexte professionnel en pleine mutation avec des besoins de santé très différents, des vigilances professionnelles pointues, une gestion des risques omniprésente, la sécurité des soins et la sécurité du personnel sont difficiles à maintenir. Le risque d'erreur professionnelle grandit.

Patients non-programmés accueillis (triés dans les services d'urgence au Luxembourg)

(sans urgences gynéco-obstétrique et Pédiatrie)

Progression sur 4 années : 11,90 %



2016 (projections sur base 6 mois) : (+35000 pour le service national urgences pédiatriques)

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Les services d'urgence sont organisés en filières de prise en charge :

- urgences vitales,
- urgences médicales,
- urgences chirurgicales,
- urgences gériatriques,
- urgences psychiatriques.

Une sectorisation géographique et une allocation de ressources spécifiques sont définies en ce sens.

- Dans la salle de déchoquage, une équipe pluridisciplinaire prend en charge les patients en détresse vitale, les patients avec un degré d'urgence 1, les patients polytraumatisés (Traumanetzwerk) pour lesquels la mobilisation rapide d'un ensemble d'intervenants est requise sans interruption du flux habituel des patients ;

- Les patients avec un degré d'urgence 5 sont orientés, pour la plupart vers une filière de consultation médicale ;
- Une filière courte permet de prendre en charge plus rapidement des patients se présentant avec des symptômes d'AVC, ou d'infarctus ;
- Une filière « longue » pour les patients nécessitant des examens complémentaires ;
- Une filière traumatologie avec une prise en charge rapide par des spécialistes en traumatologie.

Une organisation spécifique est définie en cas d'afflux important d'ambulances et de prise en charge de nombreuses victimes. Malgré les efforts consentis par les hôpitaux et les services d'urgence pour améliorer leurs infrastructures et leurs

organisations, avec les moyens dont ils disposent, il est impossible pour les équipes soignantes :

- de répondre au mieux à leur mission de santé publique.
- de répondre aux besoins réels et attentes des patients.
- d'assurer un plan de soin structuré pour le patient.

Malgré les efforts d'amélioration déployés au niveau des infrastructures et de l'organisation, les limites d'optimisation sont atteintes avec nos moyens actuels



QUADRIPARTITE DU 26 OCTOBRE 2016

Lors de la quadripartite du 26 octobre 2016, la FHL a insisté sur sa volonté d'optimisation des services d'urgences :

Organisation optimale des flux/filières de prise en charge :

- Structuration des différents flux/filières (urgence vitale, urgence chirurgicale, urgence pédiatrique, urgence psychiatrique, Maison Médicale...)
- Flux/filière séparé(e) pour prise en charge médicale légère

Processus organisationnel de la prise en charge :

- Accueil clinique + triage (+ accueil administratif) -> détermination de la priorité de prise en charge
- Prise en charge médico-soignante (diagnostic, traitement, soins)
- Gestion de la sortie (retour à domicile, hospitalisation, transfert)
- Information éclairée du patient et de ses proches

La FHL a également fait part de ses attentes :

Condition sine qua non :

- Valorisation adéquate de l'activité médicale hospitalière
- Financer les dotations et compétences nécessaires en personnel soignant (Infirmier « trieur »; Infirmier pour salle d'urgence, Infirmier Anesthésiste, Infirmier Coordinateur et en charge de l'information des patients/ accompagnants, gypsothérapeute)

Temps moyen de prise en charge soignante par patient adulte trié :

65 minutes

Temps moyen de prise en charge soignante par patient pédiatrique trié :

77 minutes

Et des besoins pour le :

Personnel médical :

- Doter les services d'urgences d'une ressource médicale supplémentaire
- Garantir une indemnisation attractive (cf. médecins Maisons Médicales)
- Prévoir des incitatifs pour les médecins (spécialistes) participants au service de garde/urgences

Personnel soignant :

- Nos besoins sur base des minutes de prise en charge (uniquement sites avec accueil SAMU, sans urgences gynéco-obstétriques et Pédiatrie) : 153 ETP = notre besoin de fonctionnement.



Besoin supplémentaire «immédiat» :

- + 4 ETP par site de garde pour 2017 (total : 16 ETP)
- + 4 ETP supplémentaires par site de garde pour 2018 (total : 16 ETP)
- + 5 ETP pour service national urgences Pédiatriques (CHL) pour 2017
- + 4 ETP supplémentaires pour service national urgences Pédiatriques (CHL) pour 2018

SITUATION ACTUELLE

Actuellement, les urgences se concentrent essentiellement sur la gestion des flux, les actes techniques en lien avec le motif de recours, la réalisation d'examens complémentaires, l'information et la documentation. Ce qu'elles peuvent faire aujourd'hui pour assurer la sécurité des soins est limité et le sentiment d'insécurité est omniprésent (dans le sens du risque d'erreur). Pour répondre aux exigences relatives aux services d'urgences et compte tenu des éléments qui précèdent, une proposition a été élaborée pour une norme de dotation permettant d'assurer la prise en charge des patients se présentant aux urgences (adultes et pédiatriques), construite sur des besoins en nombre de ressources humaines et de compétences, avec pour objectifs :

- l'amélioration des soins
- l'amélioration des prises en charge
- la diminution des temps de prise en charge
- le désengorgement des services d'urgence
- l'amélioration de la satisfaction des patients et des équipes médico-soignantes.

LA MESURE DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Il fallait se pencher 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, en relation avec les outils de mesure de charge de travail et les évolutions futures dans le cadre du financement des établissements hospitaliers luxembourgeois.

Tel que cela a été communiqué à la CNS, les procédures de validation en vigueur nécessitent une révision profonde, notamment au niveau de la traçabilité des actions réalisées ainsi que des arguments scientifiques obligatoirement présents pour expliciter les décisions prises par les validateurs.

« La problématique des services d'urgence a occupé le devant de la scène ces dernières semaines. Dans un contexte de mission de santé publique, les hôpitaux doivent organiser un accueil et une prise en charge de toute personne sans sélection et discrimination se présentant en situation d'urgence vraie ou ressentie, et être prêts à fournir au patient une information éclairée de même qu'à prendre en charge ses accompagnants.

En 2016, les hôpitaux ont ainsi vu affluer 226 000 patients dans leurs services d'urgence auxquels il faut ajouter 35 000 patients pour le service national d'urgences pédiatriques. Face à des patients peu habitués aux services d'urgences et confrontés à des temps d'attente ressentis comme inappropriés, des situations de démotivation et d'insatisfaction des professionnels de santé pouvant aller jusqu'à des cas de burn-out apparaissent de plus en plus souvent.

Pour prévenir cet état de choses et en vue d'assurer une prise en charge qualitative à tout patient dans des temps d'attente acceptables tout en offrant aux professionnels de santé un cadre de travail sécurisé et attrayant, la FHL revendique une dotation en ressources additionnelles évaluée pour 2017 à 4 ETP (équivalents temps plein) par site de garde au niveau du personnel de soins ainsi que d'une ressource médicale supplémentaire par site tout en prévoyant des incitatifs adéquats aux médecins participant aux services de garde/urgence. »

*Paul Junck
Président de la FHL*

Source : FHL-Info n° 36 – décembre 2016

LOI HOSPITALIÈRE :

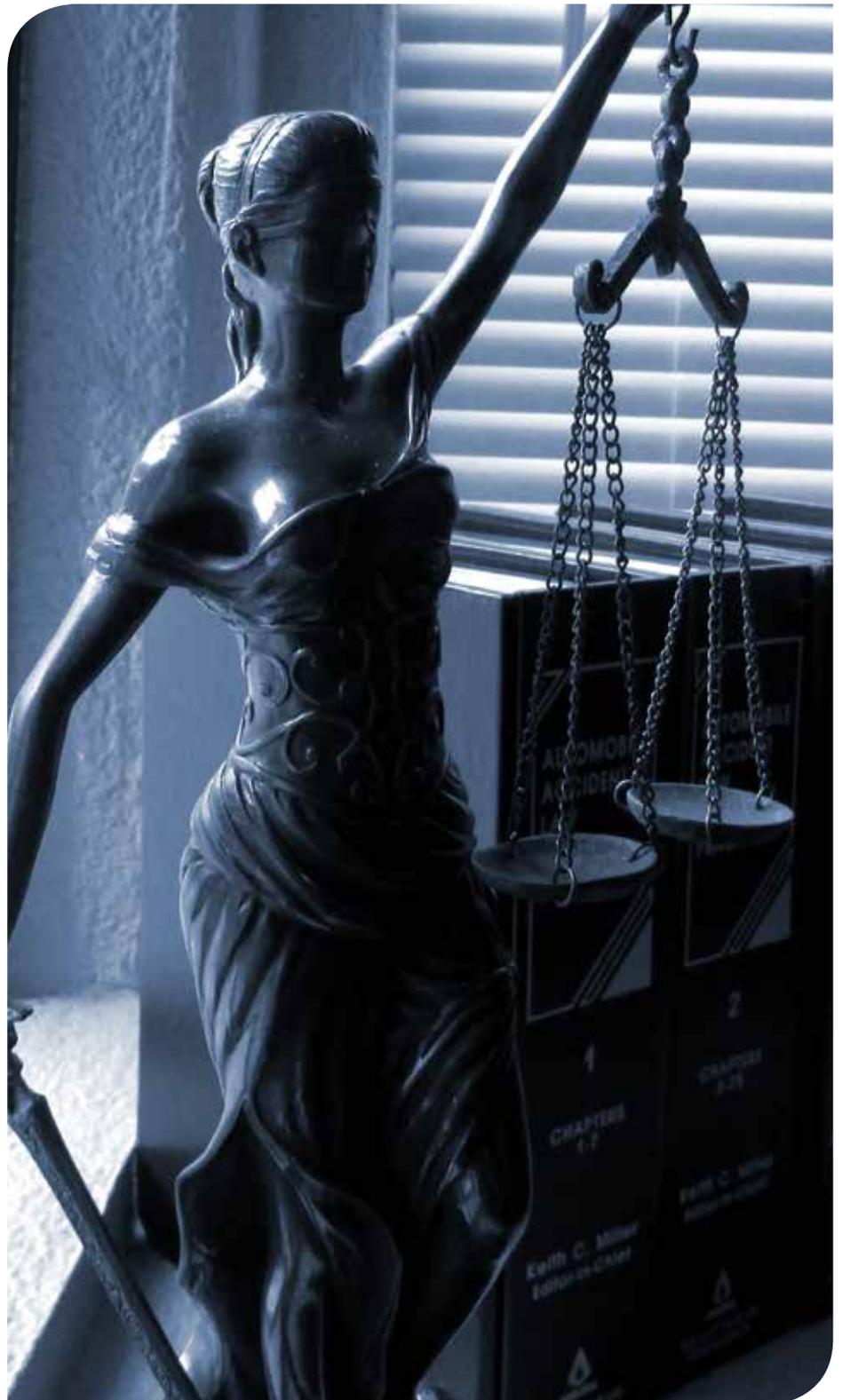
L'AVANT-PROJET DE LOI DEVIENT LE PROJET DE LOI NO. 7056 RELATIF AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET À LA PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

UN AVANT-PROJET DE LOI AU CŒUR DES DÉBATS

L'avant-projet de loi hospitalière a systématiquement figuré à l'ordre du jour des principales réunions de travail de la FHL courant 2016, notamment des réunions du Conseil d'administration et du Bureau du CA mais aussi des plateformes PF-DM, PF-DS et PF-DAF. En sus des travaux en Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH), la FHL a aussi rencontré différents acteurs au niveau du Ministère de la Santé et de la CNS à ce propos.

LA POSITION DE LA FHL

La FHL s'est toujours positionnée pour une gouvernance hospitalière adaptée aux exigences liées aux objectifs affichés par le législateur dans le cadre de la médecine hospitalière. Les prérequis nécessaires pour la mise en place des futurs centres/réseaux de compétence et du système de documentation hospitalière doivent être garantis. La FHL rejoint dans les grandes lignes le point de vue de la CNS pour consolider le rôle des directions et mieux responsabiliser les médecins. Des propositions de texte ont été rédigés (gouvernance, laboratoires hospitaliers, etc.). Dans sa prise de position officielle, la FHL a tenu compte des avis exprimés par les organes politiques de ses établissements membres (points de vue exprimés directement par les organismes gestionnaires ou via leurs directions en considération des mandats leurs conférés en ce sens).



LE DÉPÔT DU TEXTE

A l'automne 2016 le texte a été officiellement déposé à la Chambre des Députés et présenté à la Commission Santé de la Chambre avec pour objectif d'être voté en 2017. La FHL s'était déjà positionnée par rapport au texte de l'avant-projet mais une prise de position additionnelle par rapport au nouveau texte restait possible. La FHL a constaté avec satisfaction que le texte a beaucoup changé depuis la version de l'avant-projet. Ainsi par exemple, les centres de compétences sont devenus des réseaux de compétences et les propositions faites par la FHL pour ce qui est de la gouvernance hospitalière ont été en

grande partie considérées mais l'AMMD a rapidement fait savoir qu'elle s'opposera formellement au renforcement des pouvoirs des directions hospitalières au regard de la médecine hospitalière, souhaitant renforcer les pouvoirs des Conseils médicaux. Concernant les comités d'éthique hospitaliers, la FHL a constaté un passage du local vers le national avec l'idée de vouloir standardiser l'éthique. La FHL a exprimé ses craintes à ce propos, soulignant que cette approche ne garantira pas un travail avec une grande réactivité. Les établissements hospitaliers ne sont pas prêts à renoncer à leurs comités d'éthique lo-

caux. De toute façon la composition est totalement différente telle qu'annoncée au niveau national qu'actuellement au niveau local. Le Comité d'éthique local reste donc utile et nécessaire. Un autre point, qui a suscité beaucoup de questions/réactions, fut de savoir quelles seront les compétences réelles du futur Comité de gestion interhospitalière, notamment en ce qui concerne l'agrément des médecins hospitaliers? Il n'y en aura qu'un au niveau national et il aura un pouvoir sur tous les hôpitaux. Ce sera donc une superstructure qui aura un réel pouvoir.

LA DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE

Concernant la documentation hospitalière, la FHL a constaté le problème suivant : deux conventions (avenants) ont été signées, l'une entre la CNS et la FHL, l'autre entre la CNS et l'AMMD. Le médecin codifie les diagnostics suivant la classification ICD-10-CM et les interventions et examens médicaux suivant la classification ICD-10-PCS. Le DIM supervise cela. Mais le texte du projet de loi est formulé de telle façon que l'on pourrait en dé-

duire que le médecin est seulement tenu de mettre à jour son dossier médical. La charge de gérer l'activité de codage risque donc de retomber sur l'hôpital! En effet, au niveau du service d'information médicale, le texte n'impose rien directement aux médecins. Dans le texte du projet de loi la seule obligation pour les médecins qui y soit contenue est la suivante : «Les médecins agréés ou salariés ainsi que les professionnels de santé des éta-

blissements hospitaliers transmettent ce dossier au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement hospitalier». Mais dans les conventions avec la CNS ce sont les médecins qui codent. La FHL a rendu attentif au fait qu'il faudra impérativement veiller à ce que le texte de loi ne mette pas hors d'application les deux conventions précitées !

LES ACTIONS DE LOBBYING DE LA FHL PAR RAPPORT AU PROJET DE LOI

Suite aux nombreuses réactions exprimées après la publication du texte du projet de loi no. 7056, notamment de l'AMMD, la FHL a sollicité des entrevues auprès des groupes parlementaires CSV, LSAP, Déi Gréng et DP pour exposer et

débattre ses points de vue quant à cet important texte de loi que sera la nouvelle loi hospitalière. Ces entrevues se sont déroulées courant janvier-février 2017.

PROTECTION DES DONNÉES

Le volet de la Protection des Données est abordé au niveau de la FHL dans le cadre des travaux du Groupe Coordinateurs Protection des Données (CPD), regroupant les personnes en charge de la thématique de la protection des données dans les différents établissements membres. L'activité a été gérée en étroite collaboration avec le RSSI du GIE Luxith.



ACCÈS REGISTRE NATIONAL PERSONNES PHYSIQUES (RNPP)

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 cer-

tain nombre de citoyens se sont déjà manifestés auprès des établissements pour connaître le pourquoi des accès renseignés. Un projet de courrier de réponse au citoyen a été élaboré.

Le groupe CPD a évoqué la problématique avec la CNPD ainsi qu'avec la CNS voire le CCSS. Plusieurs réunions ont eu lieu en 2016 mais aucun accord n'a pu être trouvé. Il a été demandé à la FHL d'introduire une demande unique au nom de tous les établissements afin de leur accorder un droit d'accès direct aux données « RNPP ». Pour autant que ledit droit d'accès soit accordé, les pourparlers continueront sur la transposition technique : application séparée « RNPP » ou maintien de l'inté-

gration des données dans les applications mises à disposition par la CNS mais avec revue de certaines modalités.

A la demande de la CNS, les établissements ont mis à jour la liste des utilisateurs ayant accès aux applications mises à disposition par la CNS. Dans le même contexte, les établissements ont identifié et communiqué à la FHL leurs besoins en termes d'accès aux données des patients ainsi que les finalités sous-jacentes. Une synthèse sera préparée par la FHL en vue de la demande d'accès direct aux données RNPP.

CONVENTION ÉTABLISSEMENTS / AGENCE eSANTÉ DANS LE CADRE DU DOSSIER DE SOINS PARTAGÉ (DSP)

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 aucune 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. Le texte final a enfin pu être validé courant 2016. A l'heure actuelle, la convention DSP pilote est signée par trois établissements (HRS, CHL et CHdN).

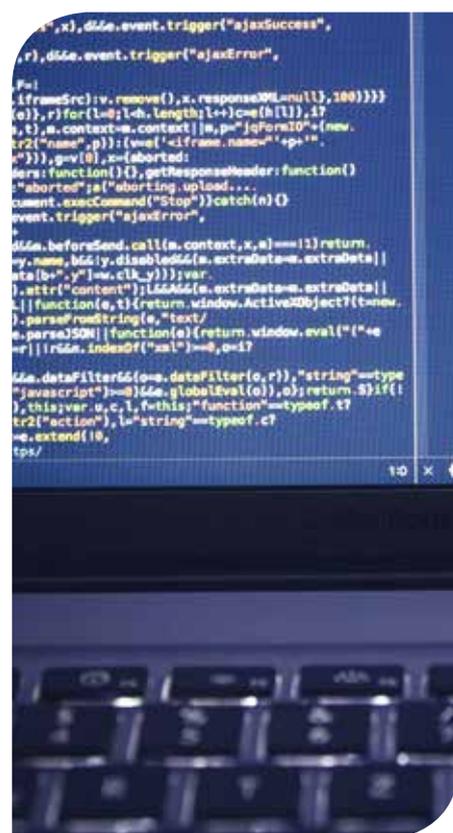
GENERAL DATA PROTECTION REGULATION (GDPR)

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 l'automne 2015, 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. D'autres formations ont eu lieu en 2016 à l'attention des membres du Bureau du CA, des Directeurs Administratifs et Financiers, ainsi que des personnes actuellement en charge de la protection des données dans les établissements, l'objectif principal étant de sensibiliser les différentes parties prenantes à la problématique des traitements de données à caractère personnel, afin que ledit aspect

soit spontanément inclus pour le moins au niveau de chaque nouveau projet.

En vue d'une certaine démarche sectorielle dans la matière, les établissements ont fait l'acquisition commune d'un logiciel spécifique, SCORE. Les fonctionnalités ont été analysées en commun et des approches communes ont été élaborées pour les différents éléments dudit logiciel. Il servira d'outil aux établissements notamment dans la constitution du registre des traitements ainsi que la réalisation du PIA (Privacy Impact Assessment) imposés par la GDPR.

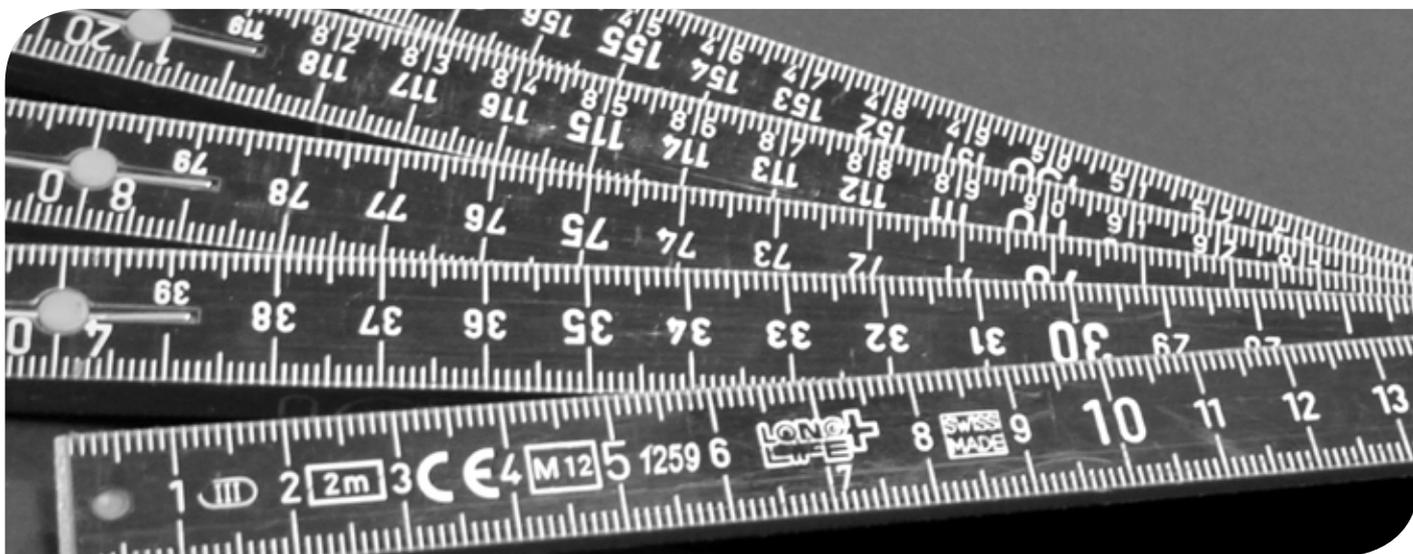
Le groupe a également contribué à l'élaboration d'un profil du futur DPO pour les hôpitaux, ayant ainsi permis aux établissements de revendiquer ledit poste dans le cadre de leurs négociations budgétaires. Le poste, le cas échéant en fonction de la taille de l'établissement, sera pris en charge par la CNS à partir de l'année budgétaire 2018.



GESTION DE LA QUALITÉ ET ACTIVITÉS LIÉES



APPROCHE PARITAIRE DE LA QUALITÉ



PROGRAMME INCITANTS QUALITÉ (IQ) 2016

Les détails du programme IQ pour l'année 2016, qui a été géré selon les dispositions des articles respectifs de la nouvelle Convention-cadre FHL-CNS, ont été suivis par l'ensemble des établissements hospitaliers membres de la FHL.

Un assésment externe EFQM, confié à

« EFQM-Bruxelles » et ses experts évaluateurs, a également été réalisé. Les rapports individuels des experts ont été transmis aux hôpitaux dans les délais fixés dans le contrat de prestation de services. Un rapport national est prévu d'être présenté début 2017.

PUBLICATION DES INDICATEURS NATIONAUX

Une stratégie de communication quant aux résultats des indicateurs nationaux est en cours de détermination. La FHL a 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 sans pour autant négliger les risques inhérents à une telle publication si elle n'est pas correctement préparée et accompagnée d'éléments clarifiant l'interprétation des résultats.

Dans ce contexte, la FHL a mis en avant :

- qu'on nécessite de résultats basés sur des données robustes et vérifiables ;
- qu'il convient de lier les résultats annuels à une vision des tendances sur plusieurs années ;
- la nécessité de commenter et d'expliquer les résultats ;

- qu'il conviendra de déterminer quelles informations seront transmises à qui ;
- qu'il faudra déterminer les résultats publiables comme ceux qui doivent être utilisés avec réserve.

Le programme Qualité 2016 s'articule en différents volets :

- Les volets « Efficience » et « Transparence », gérés par la CNS ;
- Le volet « Sécurité patients » (plus particulièrement : identitovigilance et sécurité médicamenteuse), géré par la FHL.
- Un volet « Qualité » (comprenant notamment la remise d'indicateurs)

Les préalables à réaliser au niveau de la politique de santé pour garantir une atteinte des objectifs déterminés dans la Convention Cadre FHL-CNS, au niveau de

la qualité du management et des prestations, de l'efficience et de la transparence, sont notamment :

- 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.

Les éléments-clés à considérer pour le programme IQ 2016 ont été fixés comme suit par la CE :

VOLET EFFICIENCE

Le programme IQ 2016 est à considérer comme une prochaine préparatoire en vue d'atteindre l'objectif d'une mesure de l'efficacité. Les tâches principales auxquelles les hôpitaux devaient répondre étaient les suivantes :

- Application du plan comptable normalisé
- Application des règles de comptabilité analytique
- Enregistrement nominatif des articles chers



VOLET TRANSPARENCE

Pour le volet « transparence » les établissements hospitaliers mettent en place la fonction de documentation médicale sous la responsabilité d'un médecin ceci en considération que sur base d'un consensus entre la CNS, la FHL et l'AMMD, a été mis en place un modèle de documentation hospitalière s'inspirant du modèle belge et qui se base sur les ICD 10-CM et l'ICD 10-PCS et des règles de codage qui en dépendent. A cette fin une convention CNS-FHL a été signée. Celle-ci détermine les droits et obligations des partenaires respectifs. Afin de garantir que les médecins en exercice dans les hôpitaux deviennent des acteurs actifs et collaborent avec les établissements hospitaliers et la

CNS pour garantir la réussite du codage ICD 10 et ICD 10-PCS, une convention a aussi été signée entre la CNS et l'AMMD. Les tâches principales auxquelles les hôpitaux devaient répondre étaient :

- Tous les établissements hospitaliers mettent en œuvre les moyens nécessaires pour permettre de respecter les termes de la convention FHL-CNS concernant la codification médicale selon ICD 10-CM et ICD 10-PCS.
- Les établissements hospitaliers évalueront leur besoin en ressources humaines (DIM et assistants de codage) et réaliseront le recrutement y relatif dans le respect de la norme de dotation déterminée par la Com-

mission des Normes FHL/CNS et applicable dès 2016. Les établissements débuteront à former les DIM et les assistants de codage aux ICD 10-CM et ICD 10-PCS et règles de codage y relatifs.

- Les établissements hospitaliers préparent le volet informatique relatif au codage et vérifient la compatibilité de l'outil choisi pour la codification avec le système d'information hospitalière en place.

VOLET SÉCURITÉ PATIENTS : PARTIE IDENTITOVIGILANCE

La CE a défini l'identitovigilance comme un système de surveillance et de prévention des erreurs et risques liés à l'identification des patients. L'identitovigilance s'applique à tous les aspects de la prise en charge du patient quels que soient les supports utilisés. L'objectif national final de l'identitovigilance étant le concept du « bon soin au bon patient ».

Les tâches principales auxquelles les hôpitaux devaient répondre étaient :

- Les hôpitaux définissent la politique institutionnelle relative au domaine de l'identitovigilance par la mise en place d'un modèle d'une charte dé-

terminée par la CE

- Les hôpitaux mettent en place une structure de pilotage
- Les hôpitaux déclinent leur politique institutionnelle à travers des procédures
- Les hôpitaux réalisent une autoévaluation sur base d'une grille d'évaluation commune définie par la CE
- Les hôpitaux, suivant leur propre culture de gestion des événements indésirables, monitorent les évolutions des événements indésirables (EI) liés à la thématique de l'identitovigilance

- Les hôpitaux fournissent leur procédure de monitoring des EI liés à la thématique de l'identitovigilance. Ce processus permettra d'évaluer les variations et tendances au niveau des EI à la thématique de l'identitovigilance et de dégager des actions d'améliorations

VOLET SÉCURITÉ PATIENTS : PARTIE SÉCURITÉ MÉDICAMENTEUSE

Pour la partie sécurité médicamenteuse, la CE a arrêté que le concept de la Sécurité de la prise en charge médicamenteuse doit assurer au bon patient, l'apport du bon médicament, selon la bonne posologie, selon la bonne voie d'administration, au bon moment, avec la bonne documentation et au meilleur coût. La Commission d'Évaluation a retenu qu'il est indispensable d'aider les établissements à identifier, au travers des critères abordés, des niveaux de risque (sans pondération de criticité) tant au niveau de la pharmacie hospitalière qu'au niveau des différentes unités de soins, d'en dégager les enjeux et de planifier et de mener les actions

d'amélioration nécessaires et d'en mesurer la progression.

Les tâches principales auxquelles les hôpitaux devaient répondre étaient :

- Les hôpitaux prouvent la mise en place des procédures relatives à la gestion des « médicaments à haut risque » suivant un référentiel reconnu et en assurent le suivi
- Les hôpitaux évaluent la mise en place des procédures suivant le plan d'action retenu en interne.
- Les hôpitaux, suivant leur propre culture de gestion des événements indésirables, monitorent les évolutions des événements indésirables

(EI) liés à la thématique des médicaments à haut risque.

- Les hôpitaux fournissent leur procédure de monitoring EI liés à la thématique des médicaments à haut risque. Ce processus permettra d'évaluer les variations et tendances au niveau des EI à la thématique des médicaments à haut risque et de dégager des actions d'améliorations.

La Commission d'Évaluation s'est appuyée pour la réalisation de ces travaux sur le groupe des Coordinateurs Qualité en tant qu'experts méthodologiques.

Réalisation d'un Memorandum of understanding « On the Formation and Governance Model of a Joint Stakeholder-Run Verification System of Pharmaceutical Products in Luxembourg », en collaboration avec l'association des pharmaciens hospitaliers luxembourgeois (APHL) (Juillet 2016)

L'EMVO (European Medicines Verification Organisation) – l'Association sans but lucratif dont le siège social se trouve à Luxembourg – a, en concertation avec le Ministère de la Santé, sollicité la mise en place d'un système de traçabilité des médicaments. L'EMVO a pour mission d'établir et de gérer la plateforme européenne (« Hub ») du système des répertoires et de coopérer avec les parties prenantes concernées à la mise en œuvre de la Directive 2011/62/UE sur les médicaments falsifiés. Un « Memorandum of understanding » a été élaboré avec les partenaires suivants : Innovator industry (APL) ; Pharmaciens (SPL) ; Grossistes (GGRLPP) ; Pharmaciens Hospitaliers (APHL/FHL).

Des discussions sont en cours pour la création d'une LMVO – Luxembourg Medicines Verification Organisation – l'association nationale sera constituée afin de gérer – conformément à un service level agreement à signer avec BeMVO – le dépôt de données (supra-) national qui sera in fine connecté au hub central européen. Il servira de plate-forme de vérification pour contrôler l'authenticité des médicaments à chaque maillon de la chaîne d'approvisionnement dans l'EEE. Les membres de l'association seraient : L'APHL (Association des Pharmaciens Hospitaliers du Luxembourg) ; l'APL (Association Pharmaceutique Luxembourgeoise) ; BACHI (Belgian Association of the Consumer Healthcare Industry) ; BAPI (Belgian Association of Parallel Importers) ; FeBelGen (Association regroupant les sociétés de médicaments génériques et biosimilaires établies en Belgique) ; la FHL (Fédération des hôpitaux luxembourgeois) ; le GGRLPP (Groupement des Grossistes Répartiteurs luxembourgeois en produits pharmaceutiques) ; le SPL (Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois). Un projet de statuts sera discuté courant 2017.

PRIME QUALITÉ IQ 2016

Pour l'année IQ 2016, la prime maximale pouvant être obtenue sera déterminée comme suit :

- Le volet qualité comptera pour 40% (base : prime relative à l'IQ 2015),
- Les volets sécurité, efficacité et transparence comptent chacun pour 20% dans le calcul de la prime.

LES MÉDECINS COORDINATEURS



La CNS a réclamé des indicateurs de performance liés à l'activité des médecins coordinateurs. Les représentants de la CNS voulaient savoir quelle sera la plus-value de la mise en place des médecins-coordinateurs par rapport à la Qualité des services médicaux, la prévention et le suivi des infections nosocomiales, etc. La CNS insistait pour avoir communication

de propositions d'indicateurs mesurables. La PF-DM a exprimé le point de vue que chaque hôpital fixe d'ores et déjà en début d'année un contrat d'objectifs avec précision d'indicateurs et réalisation d'un bilan en fin d'année, de sorte qu'il serait superfétatoire d'en considérer encore d'autres.

La PF-DM a aussi élaboré un profil de

poste du médecin coordinateur tout en précisant qu'il ne vise bien entendu pas à remplacer le règlement grand-ducal relatif aux médecins coordinateurs. Il fut rendu attentif au fait qu'il y a plutôt lieu d'intervenir auprès des organes de tutelle (MISA) pour le mettre à jour et en conformité avec les contrats déjà existants.

COLLABORATIONS DÉDIÉES À LA QUALITÉ

Comité National de Coordination de l'Assurance Qualité des Prestations Hospitalières (CoNaQual-PH)

Il n'y a pas eu de réunion du CoNaQual-PH en 2016. Seuls les mandats des membres FHL ont été revus. Les représentants FHL sont :

- Mme Monique Birkel
- M. Serge Haag
- Prof. Dr Hans-Joachim Schubert
- M. Christian Oberlé
- M. Sylvain Vitali (comme expert).

Mammographie

La Cellule Physique Médicale participe activement aux groupes de travail relatifs au programme de dépistage du cancer du

sein par mammographie.

Le service de mammographie du CHL est en étroite collaboration avec la Cellule Physique Médicale dans le cadre de leur certification ISO9001 (Conseil et accompagnement sur base annuelle lors du renouvellement de la certification).

MLQE

Le Mouvement Luxembourgeois pour la Qualité et l'Excellence A.s.b.l. (MLQE) oeuvre pour la promotion de la qualité et l'excellence au Grand-Duché du Luxembourg. Elle se traduit notamment par une reconnaissance de la performance des organisations luxembourgeoises avec l'attribution chaque année du Prix Luxembourgeois de la Qualité et de l'Excellence. Le Mouvement Luxembourgeois pour la

Qualité et l'Excellence A.s.b.l. (MLQE) assure la mise en œuvre du processus d'évaluation. Le prix est décerné par le Ministre de l'Économie.

La FHL en tant que membre fondateur contribue à l'essor de cette dynamique.

PET-CT

Le service de médecine nucléaire du CHL et le Centre National PET (CNP) est en étroite collaboration avec la Cellule Physique Médicale dans le cadre de leur certification ISO9001 (Conseil et accompagnement sur base annuelle lors du renouvellement de la certification).

ACHATS COMMUNS



STRATÉGIE DE MUTUALISATION

L'activité achats communs est un domaine 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.

L'ensemble des activités d'achat mutuali-

sées au niveau national sont réalisées au niveau de la FHL.

La stratégie de l'activité « achats communs » de la FHL repose sur :

- la mise en place d'une segmentation des achats des hôpitaux,
- la réalisation d'analyses par volet afin d'identifier des démarches de mutualisation permettant d'améliorer le rapport coût / qualité des achats,
- la mise en œuvre, sur base d'en-

gagements contractuels avec ses membres, des démarches permettant l'obtention de conditions d'achat communes, notamment par la conclusion de marchés communs.

En 2016, la FHL a consolidé sa stratégie en la documentant plus spécifiquement dans le cadre des travaux sur le contrat d'objectifs et de moyens.

OBJET DE L'ACTIVITÉ

Dans l'exercice de son activité :

- la FHL met en place une structure collaborative, basée sur la complémentarité et la mutualisation des compétences,
- la FHL rend principalement à ses membres des services de conseil et de gestion de projet.

En 2016, la FHL a amélioré ses outils d'analyse et sa méthode de définition des segments d'articles objets de marchés communs. Elle s'est mise en mesure

de développer en 2017/2018 un outil de gestion incluant des fonctionnalités de reporting et connecté aux systèmes d'information hospitaliers.

Les ressources engagées ont développé en 2016 leurs compétences spécialisées, notamment au niveau des types de procédure mises en œuvre (telles que dialogue compétitif), des modèles contractuels (tels qu'accords-cadres extensibles, ITaaS) et des outils de gestion des marchés.

MARCHÉS



Segment pharmacie

Marchés conclus en 2016

- Fourniture d'amoxicilline / acide clavulanique :
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, HRS,
 - Envergure du marché : plus de 150.000.- EUR HT par an,
 - Durée du marché : 2 ans,
 - Procédure mise en œuvre : procédure négociée avec publication d'un avis de marché,
 - Comité de marché : pharmaciens-gérants,
 - Date de conclusion du marché : 31 mai 2016,
 - Résultat : économies supérieures à 10% avec augmentation du niveau de qualité.
- Filtres de dialyse :
 - Établissements participant au projet : CHL. Le contrat mis en place est un accord-cadre extensible aux autres Établissements membres de la FHL,
 - Envergure du marché : plus de 250.000.- EUR HT par an,
 - Durée : 3 ans, marché reconductible tacitement pour une durée d'un an,
 - Procédure mise en œuvre : procédure ouverte,
 - Comité de marché : pharmaciens du CHL,
 - Date de conclusion du marché : 14 mai 2016.
 - Résultat : économies supérieures à 30% à qualité constante.
- Marchés négociés ayant pour objet divers médicaments :
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS,
 - Envergure du marché : plus de 10.000.000.- EUR HT par an,
 - Durée : variable en fonction des marchés,
 - Procédure mise en œuvre : négociée sans publication d'avis (médicaments sous droits d'exclusivité),

- Comité de marché : pharmaciens-gérants,
 - Date de conclusion du marché : du 2ème au 4ème trimestre 2016,
 - Résultat : économies supérieures à 10% malgré le fait que les médicaments soient sous droits d'exclusivité.
- Fourniture de produits de nutrition et services associés (produits de nutrition entérale et dispositifs associés, et produits diététiques) :
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, CHNP, CNRFR, et HRS,
 - Envergure du marché : plus de 250.000 EUR HT par an,
 - Durée du marché : 4 ans,
 - Procédure mise en œuvre : procédure négociée avec publication d'un avis de marché,
 - Comité de marché : pharmaciens-gérants et diététiciens des Établissements participant au projet,
 - Date de conclusion du marché : 26 juillet 2016,
 - Résultat : économies réalisées avec un niveau de qualité stable.

Procédures en préparation en 2016

- Dérivés plasmatiques :
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, HRS,
 - Envergure approximative du marché : 3.000.000.- EUR HT par an,
 - Procédure envisagée : procédure ouverte,
 - Durée envisagée : 4 ans,
 - Comité de marché : pharmaciens-gérants des Établissements participants,
 - Date prévisionnelle de début de la procédure : décembre 2017.
 - Prestations en 2016 : discussions dans un groupe de travail impliquant les autorités et la Croix-Rouge luxembourgeoise sur la conception du futur marché par rapport à l'offre existante et aux contraintes liées à l'utilisation du plasma collecté au Luxembourg dans la matière de départ des produits. Lancement d'une prospection du marché par publication d'un avis de préinformation.
 - Résultats attendus : autosuffisance nationale en sang et en produits sanguins, avec maîtrise des coûts et garantie d'approvisionnement malgré l'augmentation des besoins.
- Fourniture de matériel médical stérile à usage unique
 - Établissements participants : CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS,
 - Envergure du marché : 3.600.000.- EUR HT,
 - Durée du marché : en cours de définition,
 - Procédure envisagée : restreinte,
 - Comité de marché : pharmaciens spécialistes du matériel médical,
 - Date prévisionnelle de début de la procédure : second semestre 2017,
 - Prestations en 2016 : élaboration et revue de fiches techniques par lot, précision des spécifications tech-

- niques, établissement d'un projet de cahier spécial des charges.
- Résultats attendus : maintien des niveaux qualité/prix.
- Nutrition parentérale
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, HRS,
 - Envergure annuelle approximative du marché : 600.000.- EUR HT,
 - Durée envisagée : 4 ans,
 - Procédure envisagée : procédure négociée sans publication d'un avis de marché,
 - Groupe de travail : pharmaciens-gérants,
 - Date prévisionnelle de début de la procédure : 1er semestre 2017,
 - Prestations en 2016 : recensement des besoins, allotissement, élaboration des documents de soumission,
 - Résultats attendus : générer des économies tout en maintenant un niveau de qualité répondant aux besoins des Établissements.
- Fourniture de solutions pour perfusion (solutions I.V.), de solutions d'irrigation et d'additifs pour solutions pour perfusion
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, CHNP, HRS,
 - Envergure annuelle approximative du marché : 460.000.- EUR HT,
 - Durée envisagée : 4 ans,
 - Procédure envisagée : procédure ouverte,
 - Groupe de travail : pharmaciens-gérants,
 - Date prévisionnelle de début de la procédure : 1er trimestre 2017,
 - Prestations en 2016 : discussions sur l'allotissement,
 - Résultats attendus : ajout de nouvelles fournitures, maintenir un niveau qualité / coût des fournitures.

Segment non-medical

Marchés Conclus en 2016

- Consultation pour l'évaluation de la réalisation du Module Incitant Qualité 2015 par les Établissements :
 - Établissements participant au projet : tous,
 - Envergure du marché : 154.000.- EUR HT,
 - Durée du marché : exécution sur le second semestre 2016,
 - Procédure mise en œuvre : procédure ouverte infructueuse, puis passage à la procédure négociée avec publication d'un avis de marché,
 - Comité de marché : Commission d'Évaluation,
 - Date de conclusion du marché : 10 juin 2016,
 - Résultat : économie supérieure à 30%, malgré le niveau élevé d'exigences en termes de capacités des évaluateurs, sans modification de la teneur des prestations par rapport aux marchés antérieurs.

Procédures en cours

- Archivage et partage d'imagerie médicale :
 - Établissements participant au projet : CFB, CHEM, CHL,

- CHdN, CNRFR, HRS,
- Envergure du marché : 1.000.000.- EUR HT / an,
- Durée du marché : 5 ans, avec option de renouvellement pour 5 ans,
- Procédure mise en œuvre : dialogue compétitif,
- Comité de marché : groupes de spécialistes hospitaliers et responsables de projet Luxith,
- Date prévisionnelle de conclusion du marché : juin 2017,
- Prestations en 2016 : gestion de la procédure de dialogue compétitif, sur tous les aspects des solutions proposées : techniques et contractuelles,
- Résultats attendus : définition d'une solution technique mutualisée et interopérable avec le DSP d'eSanté, et définition d'un modèle économique performant. D'un point de vue méthodologique, bénéficiaire des potentialités du dialogue compétitif.

Procédures en préparation en 2016

- DACS national : outil de suivi local et national de l'irradiation en vue de prévenir la surexposition des patients exposés à des rayonnements ionisants et alimentant de façon homogène le Carnet Radiologique Électronique.
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, CNRFR, HRS,
 - Envergure approximative du marché : 500.000- EUR HT par an (provisoire),
 - Durée envisagée : à définir,
 - Procédure envisagée : en cours de définition,
 - Comité de marché : radiologues, administrateurs PACS, informaticiens spécialistes et experts en physique médicale,
 - Date prévisionnelle de début de la procédure : 1er semestre 2017.
 - Prestations en 2016 : assistance à la rédaction du projet de cahier des charges, conseil sur le choix de la procédure,
 - Résultats attendus : outil complet et évolutif, avec modèle économique performant au regard des investissements antérieurement effectués par les Établissements.
- Service externalisé commun de data center :
 - Établissements participant au projet : tous, ainsi que Luxith,
 - Envergure approximative du marché : 2.000.000- EUR HT par an,
 - Durée envisagée : 5 ans,
 - Procédure envisagée : négociée avec publication d'avis,
 - Groupe de travail : informaticiens hospitaliers spécialistes,
 - Date prévisionnelle de début de la procédure : mars 2017,
 - Prestations en 2016 : assistance à la rédaction du projet de cahier des charges, assistance dans les relations avec le consultant Luxith, conseils sur le choix de la procédure,
 - Résultats attendus : outil adapté aux performances attendues par les Établissements avec un modèle « Infrastructure as a service », « pay as you go ».

Segment medico-technique

Procédures en cours

- Instrumentation chirurgicale :
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, CNRFR, HRS,
 - Envergure approximative du marché : plus de 1.500.000.- EUR par an,
 - Procédure envisagée : négociée,
 - Durée : à définir,
 - Comité de marché : responsables des achats médico-technique,
 - Date prévisionnelle de fin des travaux : 3ème trimestre 2017,
 - Prestations en 2016 : négociations avec 4 fournisseurs,
 - Résultats attendus : harmonisation des remises, augmentation du champ des fournitures et services couverts par les remises, maîtrise des augmentations et indexations de prix.

Procédures en préparation en 2016

- Fourniture, installation, mise en service et maintenance de 4 IRM dédiées :
 - Établissements participant au projet : CHEM, CHL, CHdN, HRS,
 - Envergure du marché : 2.000.000.- EUR TTC (investissement, hors maintenance),
 - Procédure envisagée : à définir,
 - Comité de marché : radiologues responsables RX et spécialistes des achats médico-techniques,
 - Date prévisionnelle de début de la procédure : en cours de définition,
 - Prestations en 2016 : Établissements d'un projet complet de documents de soumission,
 - Résultats attendus : acquisition d'appareils répondant au maximum de besoins des Établissements sans flexibilité budgétaire. 1.500.000.- EUR par an,
 - Procédure envisagée : négociée,

ANALYSE DES RÉSULTATS

En 2016, la CNS et la FHL ont précisé leurs attentes communes dans le cadre de la négociation de la convention d'objectifs et de moyens. La FHL a affiné la présentation de ses résultats, de l'augmentation de la représentativité des achats communs et des économies générées. Elle a perfectionné sa méthode de définition et de présentation de la feuille de route de l'activité, et des besoins corrélatifs en ressources.

Dans le segment pharmacie, une analyse exhaustive des achats de médicaments a été effectuée. Ces travaux ont eu pour résultats :

- de calculer un taux de représentativité à plus de 64% dans le domaine des médicaments,
- d'identifier un nouveau segment d'articles, à savoir les produits de nutrition parentérale, où un projet de marché commun a été proposé.
- de fixer un plan d'analyse des autres

articles non achetés en commun parmi les articles constituant des besoins partagés par plusieurs Établissements.

La CTF a validé l'approche ainsi documentée, qui servira de fondement aux discussions à venir sur la fixation des objectifs et des moyens de l'activité achats communs.

PHYSIQUE MÉDICALE, DACS, PET-CT



ACTIVITÉ PR1 : PROGRAMME DE CONTRÔLE QUALITÉ DES APPAREILS D'IMAGERIE MÉDICALE

Le programme de contrôle qualité est décrit par le RGD de 2001. La CPM surveille et contrôle tous les appareils d'imagerie médicale des établissements, c'est-à-dire:

1. de radiologie (tables télécommandées, arceaux, mobiles, CT scanners, appareils de mammographie, numériseurs, plaques-images à phosphore, tables de biopsie, OPT...),
2. de médecine nucléaire (Gamma caméra, SPECT CT, PET CT, activimètre...),
3. de visualisation (consoles d'interprétation),
4. d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Réalisation		
Année	Nombre d'appareils d'imagerie	Nombre de rapports CQ NB
2015	257	305
2016	257	280

ACTIVITÉ PR2 : RADIOTHÉRAPIE PAR RADIOISOTOPES

La CPM accompagne et conseille le personnel et le patient en matière de radioprotection pour les traitements de la thyroïde avec l'iode 131. Chaque patient est vu par l'EPM avant son traitement afin de s'assurer de la bonne compréhension des règles de radioprotection à respecter notamment après sa sortie. De cette façon la sécurité de ses proches ainsi que du pu-

blic est aussi assurée.

La CPM conseille et suit la mise en place des nouvelles procédures de radiothérapie (comme par exemple, l'application des microsphères dans le foie).

Année	Nombre de patients vus
2015	48
2016	70

ACTIVITÉ PR3 : RADIOPROTECTION

PATIENT

La CPM effectue les calculs de dose patient suite aux demandes des hôpitaux, des patients ou en cas de surexposition accidentelle.

Année	Nombre de patients vus
2015	4
2016	5



ACTIVITÉ PR4 : RADIOPROTECTION/ PERSONNEL/LOCAUX

1. Calculs de blindage

La CPM effectue des calculs de radioprotection des salles de radiologie et de médecine nucléaire afin de garantir la sécurité du personnel, des patients et des tiers.

2. Contrôle qualité : équipement de matériel individuel et collectif

Les tabliers plombés sont annuellement contrôlés par les ATM CQ dans les établissements, suivant les procédures de la CPM.

ACTIVITÉ PR5 : FORMATION POUR LE PERSONNEL EN MATIÈRE DU CONTRÔLE QUALITÉ ET EN MATIÈRE DE RADIOPROTECTION

A. Radioprotection de base pour le personnel

B. Radioprotection pour médecins spécialistes en collaboration avec le ministère de la santé et l'institut universitaire luxembourgeois (IUIL)

C. Formation en radioprotection pour ATM Radiologie

D. Formation en contrôle qualité pour les ATM référents de contrôle qualité

E. Formation en radioprotection pour les responsables de contrôle physique

	Date	Lieu	durée	Nombre de participants
A.	19.09.2015	HRS	4h	20
	21.11.2015	HRS		9
	16.04.2016	FHL		10
	28.05.2016	FHL		21
	06.05.2016	FHL		25
	01.10.2016	FHL		25
	03.10.2016	FHL		8
Total	7			118
B.	06-07.03.2015	CHL	16h	18
	27-28.03.2015	HRS		13
	02-03.10.2015	CHdN		11
	06-07.11.2015	CHEM		10
	07-08.10.2016	CHEM		16
	18-19.11.2016	CHL		10
Total	6			78
C.	21-22.10.2016	FHL et HRS	16h	12
D.	<i>planifier pour 2017</i>			
E.	<i>planifier pour 2018</i>			

PROJET 1 : CERTIFICATION ISO 9001:2015 DU SERVICE ASSURANCE CONTRÔLE QUALITÉ DES APPAREILS D'IMAGERIE MÉDICALE

Préparation de la CPM

Mise en place d'un système qualité ISO 9001 à partir de 2015 jusqu'à fin 2016

Audits internes

Effectués jusqu'à la fin 2016.

1ere phase audit documentaire

- 17 janvier 2017 : Audit effectué par ESCM sur les processus PP Pilotage; PA Amélioration;
- PR1 Contrôle qualité des équipements d'imagerie médicale et PS2 Gestion de l'équipement

2ème phase audit final

- 16 mars 2017 Réalisation de l'audit final par ESCM
- 18 mars 2017 Avis positif pour la certification ISO 9001:2015 pour la CPM
- 18 avril 2017 remise de la certification ISO 9001:2015

PROJET 2 : BLOC OPÉRATOIRE ET RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Le personnel au bloc opératoire et radiologie interventionnelle est exposé principalement aux rayonnements secondaires diffusés essentiellement par le patient et par toutes les structures environnantes. Par ailleurs, dans le cas des examens complexes et difficiles (où l'opérateur principal réalise des interventions sous contrôle radiologique), le temps de scopie peut être long et le nombre de clichés élevés, ce qui contribue à l'augmentation de la dose du patient. La surveillance de l'exposition professionnelle se fait par la dosimétrie externe.

En général au bloc opératoire, les niveaux d'exposition du personnel sont inférieurs aux limites réglementaires. Toutefois, des audits récents réalisés par des responsables de contrôle physique et les EPM ont montré que :

- Les pratiques élémentaires de radioprotection pour le personnel ne sont pas toujours respectées,
- Les recommandations internatio-

nales respectivement les guides de bonnes pratiques concernant la radioprotection des patients ne sont pas toujours respectées.

Les objectifs du projet bloc opératoire sont repris dans les Workpackages suivants :

WP1 Formation

Mettre en place des formations adaptées et un accompagnement durables (présence de l'EPM) afin de sensibiliser les acteurs aux risques d'exposition et d'améliorer leurs pratiques (Voir activité PR5 Formation ci-dessus).

WP2 Accompagnement et conseil en matière de radioprotection

Suite aux formations en radioprotection prestées durant les années 2015-2016, la

CPM a démarré fin 2016 des visites aux blocs opératoires afin d'analyser l'efficacité des formations et déterminer les besoins supplémentaires des services.

Un accompagnement lors des différentes interventions chirurgicales a été réalisé à l'aide d'un système de surveillance de dose en temps réel. Les résultats et des conseils en matière de radioprotection ont été discutés avec les acteurs concernés.

Cette approche d'accompagnement et de conseil sera maintenue dans le futur.

WP3 Optimisation dose

Optimiser la dose (suivi de la dose patient, optimisation des protocoles utilisés...).

PROJET 3 : MÉDECINE NUCLÉAIRE

WP1 Procédures de contrôle qualité (SPECT CT et PET CT TOF)

Le remplacement des appareils d'imagerie médicale dans les services de médecine nucléaire par des machines utilisant des nouvelles technologies (SPECT CT et

PET CT TOF) nécessite une revue des pratiques. Dans ce sens la cellule de physique médicale, en synergie avec les établissements et la division de la radioprotection du ministère de la santé, souhaite établir un état de lieu de la pratique de médecine nucléaire à Luxembourg et en continuation améliorer les pratiques et les procédures utilisées.

WP2 L-QUANUM (QUality Assurance in NUClear Medicine)

L-Quantum est un système de qualité et d'audit dans les services de médecine nucléaire du Luxembourg.

La CPM conseille et aide les groupes de travail de chaque hôpital pour la préparation des audits ainsi que l'amélioration des pratiques.

Pour les années 2015-2016 deux audits à blanc par service, 8 en total ont été effectués. Le projet continuera pour les années 2017-2018

WP3 Etude de poste pour les services de médecine nucléaire et de Radiothérapie métabolique

En MN les extrémités des doigts est la partie la plus irradiée du corps. La CPM a fourni pour les années 2015-2016 des dosimètres-bagues pour l'ensemble du

personnel travaillant en MN d'un site (7 ATM et 3 médecins) afin d'évaluer la dose reçue aux extrémités.

PROJET 4 : FORMATION CONTINUE ATM DE RADIOLOGIE

Voir activité PR5 Formation

PROJET 5 : PLATEFORME DE COMMUNICATION ET DE SUIVI DE PROJET

Un environnement SharePoint a été mis en place pour assurer le suivi des services, des projets, le partage structuré des informations et gérer la communication entre

les parties prenantes au projet en garantissant la confidentialité nécessaire vis-à-vis de chaque établissement impliqué. Actuellement ce outil est utilisé pour tra-

cer les frais de route et le partage des documents dans le projet L-QUANUM.

PROJET 6 : DOSE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEM (DACS)

Dans le cadre du plan cancer / groupe CRE, la cellule physique médicale a été mandatée à réaliser une proposition pour la mise en place d'un DACS national (Dose archiving and communication system). Cet outil de travail permettra aux acteurs d'imagerie médicale (exploitants, médecins, Experts en physique médicale, ATM de radiologie...) de mettre en place une démarche de traçabilité, de justification et de gestion des risques. Dans le même

objectif la division de la radioprotection du ministère de la santé recommande de suivre et d'enregistrer les données de sécurité du patient (e.g. irradiation et événements indésirables...), elle soutient également le développement et la mise en place d'une base de données sous forme d'un registre national contenant le dossier patient (images, compte-rendu, dose délivrée...) pour faciliter l'échange d'information entre les professionnels de

santé. Afin de répondre à ce besoin, il est nécessaire d'implémenter une solution DACS à l'échelle nationale, permettant dans un premier temps de collecter et d'analyser la dose délivrée aux patients pendant les examens radiologiques, scannographiques et scintigraphiques et dans un second temps elle peut aider à optimiser les protocoles des différents examens.

PS1 RESSOURCES HUMAINES

RSNA Congrès	RSNA	27/11/2016-03/12/2016	Chicago
Mission Visite système DACS	GE	09.06.2016	Strasbourg
Mission Visite système DACS	GE	19.10.2016	Nancy
Mission Visite système DACS	Bayer	15.11.2016	Basel
Mission Euraloc	Euraloc	27-28/01/2016	Nijmegen
Congrès de Mammographie	Euref	20-22/06/2016	Malmö
VII symposium scanner volumique	imagerie Guilloz	25-26/01/2016	Nancy

RESSOURCES HUMAINES



PILOTAGE SANTÉ AU TRAVAIL



- La PF-DM, élargie aux DRH des principaux établissements et à des représentants de la PF-DS se réunira dorénavant au moins 2 fois par an, et plus si nécessaire, pour accompagner l'activité du SIST-FHL. Il sera veillé à ce que les médecins du travail considèrent à un même niveau les soucis des salariés et ceux des employeurs. Cette proposition a été avalisée le 27 septembre 2016 par le CA de la FHL.
- Une procédure simplifiée pourrait être envisagée pour tous les stagiaires et apprentis (actuellement seuls les stagiaires et apprentis affectés à des postes à risques doivent passer une visite médicale).
- Enfin la PF-DM élargie a donné un avis favorable à la demande du STM pour une collaboration devant permettre dans l'avenir au STM d'envoyer le personnel de son service en examens d'embauche et périodique au SIST-FHL et vice-versa (pour éviter qu'un service de médecine du travail n'évalue son propre personnel). Cette proposition a été avalisée le 6 décembre 2016 par le CA de la FHL.

RAPPORT DU SIST-FHL



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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE OU LE GROUPE D'ENTREPRISES

Nom :
Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois

Matricule National :
1965 61 00 284 99

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

Téléphone : 42 41 42 12
Fax : 42 41 42 82
Service de Santé au Travail : SIST-FHL

MÉDECINS DU TRAVAIL

HRS, CHdN et HIS

- Dr Anne-Marie Braun
à 80 % jusqu'au 30/09/2016
- Dr Philippe Favrot
à 100% depuis le 01/10/2016

CHL et INCCI

- Dr Carole Picard
à 60% puis à 70% depuis le
01/10/2016

CHEM, CNRFR, CFB et CHNP

- Dr Marie-Joseph Riondé
à 100% puis à 80% depuis le
01/10/2016

Après le départ du Dr Braun, la répartition des hôpitaux a été différente, car le Dr Riondé est passée de 100% à 80%

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

Effectifs de l'entreprise en activité

	Nombre de travailleurs	Nombre de travailleuses	Nombre d'apprentis (hommes et femmes)	Totaux
CFB	22	37	1	60
CHdN	223	753	1	977
CHEM	385	1 375	27	1 787
CHL	570	1 616	23	2 209
CHNP	181	376	1	558
CNRFR	89	184	1	274
FHL	7	20	-	27
HIS	31	144	7	182
HRS	483	1 668	26	2 177
INCCI	39	72	-	111
Luxith	6	1	2	9
Totaux	2036	6246	89	8371
Totaux (en %)	24%	75%	1%	100%

Effectifs autres 2016

	Elèves infirmiers anesthésistes ou ATM chir.		Etudiants en médecine		Médecins en voie de spécialisation		Etudiants job d'été		Stagiaire poste à risque		Elève infirmier de soins		Eleve ATM radio		Elèves sage-femmes			
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
CFB	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CHdN	11	-	5	-	4	-	27	-	23	-	213	-	6	-	10	-	-	299
CHEM	8	20	5	12	7	3	46	84	44	99	40	122	-	-	-	12	-	502
CHL	31	-	-	-	55	62	90	-	-	660	-	-	-	-	-	-	-	898
CHNP	15	-	-	-	-	-	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73
CNRFR	-	-	-	-	2	-	14	-	45	-	14	-	-	-	-	-	-	75
FHL	-	-	-	-	-	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
HIS	-	-	-	-	-	2	6	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
HRS	-	31	76	-	40	-	133	-	-	-	338	-	14	-	-	15	-	647
INCCI	4	6	-	5	1	3	-	-	4	6	-	1	1	-	-	-	-	31
Luxith	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Totaux	69	57	86	17	110	71	377	96	116	765	605	123	21	-	10	27	-	2 550

Dans les hôpitaux les étudiants et élèves en stage sont très nombreux et pour l'instant ne sont pas vus par le SIST-FHL. Seuls les apprentis de tous les hôpitaux et les médecins en voie de spécialisation du CHL sont vus par nos soins. Si la loi nous obligeait à voir également tous ces stagiaires, cela occuperait un médecin à 80% que nous n'avons pas

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

	Apte	Aménagement	Restriction	Inapte	En attente	Sans conclusion	Totaux
Embauche	574	1	3	-	7	12	597
Jeunes travailleurs**	241	-	22	-	-	13	276
Embauche étudiant en médecine	1	-	-	-	-	-	1
Périodiques	2 310	129	90	-	1	22	2 552
Demande salarié	8	21	15	2	-	66	112
Demande employeur	8	14	3	1	3	9	38
Demande de la délégation	-	-	1	-	-	-	1
Demande médecin du travail	101	127	38	2	-	18	286
Demande médecin traitant	-	4	2	1	-	4	11
Reprise du travail	405	179	48	9	-	67	708
Totaux	3 648	475	222	15	11	211	4 582

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 708 visites de reprise sont beaucoup plus systématiques qu'auparavant, qu'elles soient après un arrêt de plus de 6 semaines ou après un congé de maternité ou parental, car les ressources humaines nous en informent. Elles peuvent se dérouler avant la reprise (visite de

pré-reprise) surtout si un aménagement doit être prévu au moment de la reprise, mais c'est le salarié lui-même qui prend rendez-vous auprès du SIST car il ne peut pas être convoqué. Cette disposition est beaucoup plus efficace en terme d'organisation au niveau de son service et il y a moins de temps perdu. Les visites de reprise se répartissent comme suit :

Visites de pré-reprise après maladie	43
Visites de pré-reprise après accident de travail	3
Visites de reprise après accident de travail	10
Visites de reprise après maladie	351
Reprise à temps plein après mi-temps thérapeutique	53
Réintégration après congé sans solde	11
Reprise après congé de maternité	71
Réintégration après congé parental	166

Les inaptitudes à la reprise ont fait l'objet d'un reclassement à la demande du médecin du travail.

EXAMENS PARTICULIERS

Travailleurs incapables d'occuper leur dernier poste de travail*

Nombre total de travailleurs :		Nombre total de consultations
capables	incapables	
-	51	53

Les médecins du travail ont réalisé 53 consultations dans le cadre d'un reclasse-

ment mais 3 personnes ont été vues deux fois car leur état de santé n'était pas stabilisé pour se prononcer. Deux personnes ont été renvoyées auprès du contrôle médical car le SIST a jugé que leur état de santé n'était pas compatible avec un reclassement mais plutôt avec une invalidité. Six personnes qui travaillaient déjà sur un poste aménagé à mi-temps thérapeutique ont vu leur aménagement provisoire se transformer en reclassement avec une diminution du temps de travail. Sur les 53 consultations, 18 reclassements

ont été fait à la demande des médecins du travail, telle que la nouvelle loi le permet depuis janvier 2016. Pour les autres, la demande de reclassement a été initiée par le contrôle médical.

Une personne a été vue dans le cadre d'une invalidité retirée donc elle n'avait plus de contrat avec aucun hôpital et a donc reçu un reclassement externe.

Quatre personnes ont reçu un reclassement externe car elles avaient dépassé leur 52 semaines, toutes les autres ont été reclassées en interne.

Examens pour reclassement interne ou externe

	Nombre total de travailleurs :				Nombre total de consultations
	aptes	avec aménagement	avec restriction	inapte	
Reclassement interne	-	60	1	-	62
Reclassement externe	-	-	-	-	-

Une personne a été vue deux fois car le poste proposé ne convenait pas. La « restriction » correspond à une demande auprès de la commission mixte pour une réduction supplémentaire du temps de

travail. Au moins une dizaine des visites de reprise au moment du reclassement ont été faites début janvier sur des procédures examinées à la fin de l'année 2015.

Examens pour reclassement interne ou externe

Apte	Aménagement de poste	Mutation de poste	Dispense de travail	Pas de conclusion	Total
13	39	-	198	10	260

Sur les 260 personnes enceintes, seules 13 ont pu continuer à travailler normalement, car elles travaillaient dans l'administration (secrétaires, employées administratives) ou des soignantes qui occupaient des fonctions d'encadrement ou de gestion, 39 ont été aménagées mais certaines ont été arrêtées pendant toute la durée de leur grossesse qui était patho-

logique.

La plupart a été dispensée (198/260).

Les aménagements ont consisté en restrictions 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.

Femmes enceintes et travail de nuit***

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

Toutes les salariées enceintes travaillant la nuit ont été mutées de jour, mais la plupart du temps comme elles étaient exposées à plusieurs autres risques ne pouvant

pas être évités, elles ont donc bénéficié d'une dispense ou d'un aménagement.



TOTAL DE TOUTES LES VISITES : 4'957

* 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)

Examens complémentaires spécifiques de surveillance médicale pendant la période de référence

Nombre d'examens biologiques (hors sanguins)		3 130
Bandelettes urinaires		3 045
Coproculture/parasitologies des selles		36
ECBU		44
Uroculture		5
Nombre d'examens biologiques (sanguins)		1 948
Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux agents cytostatiques		41
Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux gaz anesthésiques		78
Examens sanguins réalisés dans le cadre d'une surveillance pour une exposition aux radiations ionisantes		94
Sérologie hépatite A		70
Sérologie complète de l'hépatite B		399
ADN viral de l'hépatite B		
Titrage d'AcHBs (contrôle de l'immunité après vaccination)		67
Sérologie l'hépatite C		303
ARN viral hépatite C		-
Sérologie autre (exposition aux enfants) :		52
- Rubéole	25	
- Varicelle	5	
- Rougeole	14	
- Varicelle	8	
Sérologie coqueluche (1)		
Examens sanguins réalisés en fonction de l'examen clinique :		31
- Bilan sanguin	9	
- NF Pl	9	
- Bilan lipidique	3	
- Glycémie, HB glyquée	2	
- Bilan thyroïdien	8	
Quantiféron (tests tuberculiques sanguins)		727
Quantiféron (en 2eme intention pour suivi après exposition au BK)		86
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 de iodothérapie du CHL.		
Sur 36 examens réalisés, deux se sont révélés faiblement positifs dans un établissement. Une 1ère série de 8 frottis de surface a été effectuée qui a montré un résultat positif. Un nettoyage a été programmé et des frottis de contrôle ont cette fois été négatifs.		
Nombre d'examens radiologiques		144
Radiographies pulmonaires à l'embauche		138
Radiographies pulmonaires de contrôle et /ou scanner		1
Radiographies des grosses articulations (surveillance caisson hyperbare)		5
Nombre d'autres examens		3 291
Visiotests		3 248
Examens demandés dans le cadre du caisson hyperbare		
Ex ORL		15
EEG		6
EFR		8
ECG d'effort		4
Examen visuel spécifique dans le cadre d'une exposition aux RI :		10
Nombre d'avis externes (après découverte de signes lors de l'examen médical)		66
Médecin traitant		17
Cardiologue		17
Pneumologue (essentiellement pour des Quantiférons positifs)		11
Psychiatre		5
Orthopédiste		4
Dermatologue (dermatoses semblant avoir des relations professionnelles)		
Ophthalmologue		3
Autres (médecin de la CNS)		2
Endocrinologue		2
Médecin rééducateur		1
Chirurgien		1
Gynécologue		1
Rhumatologue		1
Adem		1

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 **		
	dont	Nombre	Total
Cancérologie			34
	Sein	19	
	Utérus	4	
	Thyroïde	3	
	Vessie	2	
	Caecum	1	
	Cérébral	1	
	Hypophyse	1	
	Parathyroïde	1	
	Rein	1	
	Leucémie	1	
Cardiologie			130
	HTA	93	
	Trouble du rythme	16	
	infarctus	3	
	Angine de poitrine	3	
	Embolie pulmonaire	4	
	Anomalie valvulaire	6	
	AVC	3	
	Péricardite	2	
Dermatologie			15
	Psoriasis	4	
	Eczéma	7	
	Allergie	3	
	Amylose	1	
Endocrinologie			70
	DNID	8	
	DID	3	
	Problèmes thyroïdiens	58	
	Trouble des parathyroïdes	1	
Gastro-entérologie			21
	Reflux G-E	9	
	Pancréatites	2	
	RCH	2	
	Résections de polypes intestinaux	2	
	Diverticuloses	2	
	Fistules anales	3	
	Maladie caeliaque	1	
Gynécologie			19
	Endométrioses,	3	
	Interventions sur fibrome utérins	8	
	Kystes ovariens	2	
	Curetages sur grossesse arrêtée	6	
Hématologie			5
	Anémies		
	Thrombopénies ou autres anomalies des globules blancs		
Lésions traumatiques			116
	Fractures	36	

	Traumastimes de l'épaule	20
	Problèmes de ménisques	18
	Entorses ou tendinites	42
Maladies infectieuses		17
	Tuberculoses latentes	4
	MINI	2
	Pneumopathies	6
	Borrélioses	2
	Toxoplasmoses	1
	Hépatite C	1
	CMV	1
Neurologie		48
	SEP	2
	Epilepsies	2
	Tumeurs de nerfs	2
	Algo-neurodystrophies	2
	Dégénérescence cérébrale précoce	1
	Apnées du sommeil	3
	Migraines	6
	Dysfonctions neurologiques de la vessie	2
	Fibromyalgie	1
	Canaux carpiens opérés	24
	Atteintes cubitales	2
	Nerf radial	1
Ophthalmologie		8
	Affections rétinienne	4
	Glaucomes	3
	Kératocône	1
O.R.L.		15
	Syndromes vertigineux	10
	Acouphènes,	3
	Surdités	2
Pneumologie		9
	Asthmes	8
	Sarcoïdose	1
Psychiatrie		71
	Dépressions légères à majeures dont 5 avec signes psychotiques	
	Syndromes phobiques	9
	Bipolaires	2
	Syndromes dépressifs suite à des facteurs de stress importants (burn out)	12
Rhumatologie		185
	PR	6
	SPA	2
	Pathologies de la colonne cervicale et lombaire	
	Coxarthrose et gonarthrose	
	Interventions sur hallux valgus	19
Urologie- néphrologie		6
	Pathologies prostatiques	4
	Lithiases	2
TOTAL		769

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

Depuis que nous voyons les personnels en visite de reprise ou de pré-reprise nous avons une vision bien meilleure de leur pathologie et nous pouvons constater qu'un nombre important de salariés a des maladies graves et/ou invalidantes. Les pathologies les plus fréquentes en dehors des traumatismes touchent l'appareil locomoteur que ce soit des pathologies plus ou moins professionnelles comme les problèmes d'épaule pour le personnel soignant ou du transport, de dos pour ceux qui manipulent des charges lourdes ou mobilisent des patients. En dehors des accidents de travail, il ne nous a pas été possible cependant de discerner exactement la part de la responsabilité du travail dans la survenue de ces pathologies. Certains salariés, souvent jeunes peuvent souffrir de rhumatismes inflammatoires.

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

Les pathologies psychiatriques sont la deuxième pathologie la plus fréquente. Ce sont la plupart du temps des dépressions qui vont de la dépression simple ou réactionnelle à un évènement, à des manifestations très sévères. L'ambiance de travail, la pression, l'inégalité dans le management, les conflits peuvent accentuer ou être à l'origine de ces troubles dépressifs. De même la surcharge de travail ou plus souvent l'organisation du travail, le manque de soutien peuvent entraîner un burn out. Ces pathologies peuvent engendrer un absentéisme important, parfois de plus de 6 mois à l'issue duquel la

reprise n'est pas facile et demande souvent un aménagement ou un changement de service.

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. La nouvelle loi sur le reclassement de 2016, offre la possibilité de réaliser un reclassement provisoire qui permet au salarié de retravailler pendant sa convalescence et de réévaluer son aptitude ultérieurement.

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)



Maladies infectieuses

Maladies infectieuses	Nombre	Commentaires
	406	
Exposition tuberculeuse	255	255 personnes ont été exposées à 11 patients contagieux et ont bénéficié d'un suivi spécifique mais aucun virage tuberculinique n'a été observé.
AES	151	2 personnes se sont blessées avec un patient séropositif au VIH et ont pris un traitement préventif et ont dû arrêter le travail car ils supportaient mal le traitement. Aucune séroconversion n'a été constatée en 2016. "

Risques psycho-sociaux

Tous les facteurs de risques psycho-sociaux sont retrouvés dans le monde hospitalier, c'est d'ailleurs à l'hôpital qu'on a décrit pour la première fois le BURN OUT en raison justement de tous ces facteurs :

L'intensité et la complexité des tâches

- où la concentration est nécessaire, et la responsabilité grande.
- La mise en place de protocoles standards peut apporter une aide alors que chaque médecin a ses habitudes, chaque spécialité est « spéciale » alors que tout le monde doit être polyvalent.
- L'interruption dans la réalisation des tâches est très fréquente, par le téléphone, la visite des médecins, les sonnettes, les urgences, les transports. L'organisation des tâches est

alors très importante pour diminuer ces interruptions mais doit être respectée par tous.

- Certains services cumulent des charges mentales, physiques et psychologiques très importantes, d'autres sont très physiques et contraignants comme la gériatrie.

Les horaires difficiles

- L'hôpital étant pour certains ouverts 24h/24, 365 jours/an il y a des multiples horaires et pas seulement en 3 postes, mais aussi des astreintes ou permanences qui quelquefois amènent des salariés à enchaîner des heures de nuit et une journée normale de travail. On peut comprendre la fatigue de nos soignants et l'organisation familiale difficile qui en découle.
- L'alternance du travail du matin, de

l'après-midi et de la nuit peut entraîner des troubles du sommeil avec un déficit chronique en sommeil source de multiples problèmes médicaux comme les troubles cardio-vasculaires, des troubles de l'alimentation avec un risque important d'obésité, des troubles de l'humeur, voire dépressifs.

Les exigences émotionnelles

- La confrontation avec la souffrance, la maladie et la mort.
- L'exigence des patients et l'agressivité qui est de plus en plus fréquente avec un irrespect qui n'existait pas auparavant.

Rapports sociaux dans l'entreprise

- Rapports avec les collègues ; solidarité, remplacements mutuels ou simplement pour des absences pour



maladie. Plus l'absentéisme est grand dans le service, moins les salariés se sentent solidaires. Il y a lieu de comprendre cet absentéisme pour agir sur lui et non pas seulement sanctionner ou menacer.

- Rapports avec la hiérarchie : importance du management communicatif et juste. La gestion du planning est trop souvent source de chantage.
- Rapports avec la direction : bonne

communication des objectifs et des contraintes.

Conflits de valeurs

- Incompréhension des soignants qui ont le sentiment de passer plus de temps sur l'ordinateur qu'auprès de leurs patients.
- Incompréhension vis-à-vis de certaines thérapeutiques.

Accidents du travail

Mécanismes de survenue	Accidents de trajet			Accidents de travail			Totaux généraux
	Avec arrêt	Sans arrêt	Total	Avec arrêt	Sans arrêt	Total	
Accident avec véhicule	54	93	147	-	3	3	150
AES	-	-	-	2	149	151	151
Agression par tiers	-	-	-	-	1	1	1
Appareil de cuisson	-	-	-	-	-	-	-
Autre	-	-	-	-	6	6	6
Choc avec élément fixe	-	1	1	6	23	29	30
Chute/glissade dénivelé	9	7	16	8	11	19	35
Chute/glissade plain-pied	14	13	27	16	27	43	70
Contact malade agité	-	-	-	14	65	79	79
Contact produits toxiques	-	-	-	1	9	10	10
Effort/manutention charges	-	-	-	10	9	19	19
Effort/manutention malade	-	-	-	19	24	43	43
Electricité	-	-	-	1	1	2	2
Eléments sous pression	-	-	-	1	-	1	1
Faux mouvement	1	-	1	9	12	21	22
Manip. objets/outils Hors AES	-	-	-	7	14	21	21
Objet en mouvement	1	2	3	20	40	60	63
Récipient avec liquide chaud	-	-	-	3	1	4	4
Totaux généraux	79	116	195	117	395	512	707

Si on considère les accidents avec ou sans arrêt de travail, les AES sont toujours les plus nombreux mais leur nombre reste stable d'années en années.

Ensuite les accidents par contacts avec des malades agités sont les plus fréquents et 17% entraînent un arrêt de travail, ce qui est en nette augmentation (69 contre 48 en 2015 mais leur gravité était la même 18% d'arrêts de travail). Ces accidents se retrouvent essentiellement aux urgences, mais aussi en psychiatrie (surtout en psychiatrie infantile, juvénile) et en gériatrie. Même les soignants les plus aguerris peuvent être traumatisés à force de subir la répétition de telles agressions surtout s'ils ne se sentent pas reconnus comme victimes mais comme simples « aléas du métier ».

Les objets qui tombent ou les chariots qui heurtent les personnes, les efforts pour mobiliser les patients, 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 objets en mouvements puis les accidents lors des mobilisations de patients, les chutes et glissades sont les plus nombreux il est donc nécessaire d'axer la prévention sur les formations à la manutention des patients et à l'utilisation de matériel adapté.

Actions des médecins du travail

Au sein des hôpitaux :

- Présentation du rapport d'activité au comité mixte
- Participation aux comités d'hygiène et de sécurité et de radioprotection dans les hôpitaux où ils existent
- Mise à jour de l'inventaire des postes à risques avec les préposés à la sécurité
- Réunions diverses avec les responsables souvent lors des reclassements
- Visites des locaux surtout lors de leur transformation ou rénovation ou au décours de plaintes particulières décrites lors des examens médicaux.

SÉCURITÉ AU TRAVAIL ET SÉCURITÉ DES PATIENTS



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.

Registre de sécurité

Le groupe a identifié l'utilité de se mettre d'accord sur une trame commune par rapport au registre de sécurité. Les différents membres du groupe ont partagé avec leurs collègues les travaux préparatoires qu'ils avaient déjà réalisés, respectivement les formations auxquelles ils avaient participé. Au final, le groupe a pu se mettre d'accord sur une trame commune.

Il est précisé que la mission des travailleurs désignés se limite à documenter dans le registre de sécurité les services dans lesquels les détails sont gérés et archivés avec identification des responsables pour le contrôle et l'entretien. Il ne relève pas de leur mission d'archiver au niveau du registre tous les documents ou d'effectuer eux les contrôles en lien avec l'entretien ou la maintenance.

Echange d'expériences

Lors de chaque réunion, un point relatif

à l'échange d'expériences est fait. C'est ainsi que pour 2016, les enseignements tirés des expériences suivantes ont pu être échangés :

- Série de départs de feu au CHNP (mai 2016)
- Plan nombreuses victimes déclenché à Differdange (juin 2016)
- Incident au monoxyde de carbone au CHEM (juin 2016)
- Incident poudre blanche au CHL (juin 2016)

Avant-projet de règlement grand-ducal « Hélistation »

Le Ministre du Développement Durable et des Infrastructures a soumis l'avant-projet de RGD relatif à l'exploitation et la supervision continue des hélistations à l'avis de la FHL. Les différents éléments à prendre en compte en vue dudit avis ont été élaborés par le GTS. L'élément essentiel de l'avis tient à la définition des « abords » d'une hélistation : espace d'un rayon de 4000 mètres autour de l'hélistation et dépassant l'altitude de celle-ci ». Il s'agirait dès lors d'une surface de plus de 12 km², donc bien au-delà des limites de sa propriété, sur laquelle l'établissement hospitalier serait soumis à un certain nombre d'obligations. Par ailleurs un certain nombre d'autres éléments sont rédigés de façon tellement stricte voire générale à rendre l'exploitation d'une hélistation impossible pour un hôpital. L'avis FHL a été communiqué au Ministre début 2017 – jusqu'ici aucun retour n'a été reçu.

Bonnes pratiques

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

- Evolution future du réseau national de radiocommunication : le réseau national de radiocommunication analogique actuel (GERRI) basculera à court terme vers une transmission

digitale basée sur la technologie TETRA – 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. Des discussions sont encore en cours pour savoir si le mode digital via RENITA pour les communications à l'intérieur des hôpitaux sera retenu ou si un mode de communication directe pourrait constituer une option, réduisant les frais en infrastructures. La décision de savoir si les établissements hospitaliers sont à considérer comme infrastructures critiques n'a pas non plus encore été prise par les autorités publiques.

- Plan d'Urgence NRBC (Nucléaire, Radioactif, Biologique, Chimique) : 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.

Plan Cattenom

Les hôpitaux ont été sensibilisés sur la mise en place du plan Cattenom. Ils sont notamment responsables pour la mise en place de procédures adéquates. Ces procédures nécessitent des investissements en matériel (achat de filtres etc) et une coordination avec les institutions de l'état. Un groupe de travail sur le plan Cattenom avait déjà établi les besoins et évaluer l'enveloppe budgétaire nécessaire.

NORMES DE DOTATION EN PERSONNEL



L'objectif de toutes les réflexions en la matière sera de proposer des normes de dotation à présenter en Commission des Normes afin de permettre aux établissements hospitaliers de disposer des 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.

Des négociations difficiles

L'année 2016 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 2017/2018.

Pour illustrer cette situation, un échange musclé avec la CNS a été entamé et les demandes de la FHL ont été transmises au Président de la CNS.

La position de la FHL

Notre position pouvait être résumée comme suit :

a. Application sans restriction des obligations légales, réglementaires et conventionnelles (délégation du per-

sonnel, sécurité, médecin coordonnateur, plan cancer, DIM, etc.)

b. Accord de la part de la FHL pour la proposition de la CNS d'élaborer jusqu'au 31/12/2016 de nouvelles normes pour urgences, kinésithérapie, consultations infirmiers spécialisés et cliniques monothématiques et de les appliquer pour les budgets 2017/2018 en cas d'accord des deux parties.

c. Garantir l'application sans restriction des normes suivantes : salle d'accouchement, bloc opératoire, salle de réveil, policlinique endoscopique, pharmacie, hémodialyse, chimiothérapie ambulatoire.

d. Accord de la part de la FHL pour la proposition de la CNS de dégeler les dotations des policliniques, kinésithérapie et imagerie médicale suivant valeur seuil.

e. Dégel de la norme transports patients.

f. Adaptation de la valeur seuil aux heures à travailler 2017/2018.

g. Application sans restrictions de ces valeurs seuils.

h. A défaut d'un accord en Commission des Normes sur de nouvelles normes pour urgences, kinésithéra-

pie, consultations infirmiers spécialisés et cliniques monothématiques, garantir l'application sans restrictions de la valeur seuil y relative.

i. Maintien et application du calcul des dotations avec la méthode PRN avec les exceptions suivantes :

1. aucune baisse des effectifs par rapport à l'accordé 2016, donc gel des effectifs pour tous les établissements hospitaliers dont les résultats de mesure de charge de travail engendreront une baisse des effectifs par rapport à l'accordé 2016.
2. disposer d'une dotation fonctionnelle garantissant la continuité ainsi que la sécurité des soins pour les patients afin :
 - d'éviter que des unités dotées selon la norme en vigueur doivent compenser des manques d'effectifs d'autres unités dont les dotations actuelles sont déjà en dessous de ces seuils de dotation minimale de fonctionnement (p. ex néonatalogie, rééducation gériatrique, pédiatrie, certaines unités spécialisés ORL ou ophtalmologie, etc.),
 - de garantir une équité de l'offre de soins aux patients.



j. Nous souhaitons que la CNS garantisse une mise en application des normes dans un délai proche des décisions prises par des organes officiels.

Résultats des discussions

Il faut considérer que la CNS a donné satisfaction à la FHL par rapport aux points b, c, d, e, f, h et partiellement par rapport aux points a et j.

Concernant une problématique spécifique pour deux hôpitaux relatifs à une perte prévisible substantielle d'effectifs dans les soins normaux et intensifs, la CNO a retenu d'analyser si cette problématique est d'ordre systémique.

Ainsi il a été convenu que la CNS avec la FHL réalise une analyse commune sur base de données factuelles par rapport à l'évolution de la charge de travail, de l'activité et des dotations sur les dernières années. Bien évidemment sera considérée également les situations spécifiques comme p. ex. les problématiques liées au turn-over important des auditeurs PRN en relation avec leur maturité pour procéder à une cotation PRN adéquate.

Si après cette analyse, il s'avérerait que la problématique était systémique, ce serait alors la FHL qui devrait se pencher sur la

situation.

En cas de problématique individuelle, la CNS essaierait alors de trouver des solutions avec les deux établissements concernés au niveau des négociations budgétaires.

De l'autre côté il faut retenir que le concept des normes et les calculs de dotations y relatives ont été maintenues et pérennisées.

Fixation des heures à travailler

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 2017 et 2018

Mesure de charge de travail

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

Contestations des établissements

La CNO a dû se positionner par rapport aux contestations de certains établissements par rapport aux validations des mesures de charge de travail réalisées par EROS.

La FHL a constaté que certaines procédures en vigueur dans le cadre de la validation des audits PRN n'ont pas été respectées par EROS ce qui amène que les hôpitaux ont seulement pris connais-

sance de certaines décisions (retrait ou changements de facteurs) à la réception de leur rapport de validation. D'un autre côté on constate qu'EROS ne considère pas à sa juste valeur des ordonnances médicales par rapport à des soins à réaliser pour répondre à une prise en charge optimale des patients et ceci bien que les soignants ne peuvent pas refuser une telle ordonnance que dans des cas où il y aurait un risque pour le patient. De plus il est contesté qu'EROS refuse des actions de prise de charge par des professionnels de santé dont il existe dans les dossiers des patients et dans les procédures et références internes des liens et des précisions concernant l'objectif de ces soins données. Ceci vaut également dans le sens où EROS refuse des soins sous prétexte « non scientifiquement basé » mais qui pourtant ont été validés par des comités officiels internes aux établissements respectivement qui se basent sur preuves scientifiques voire même de l'EBM ou de l'EBN.

Les procédures de contestation ont été finalisés par la mise en place d'un médiateur désigné d'un commun accord entre les parties FHL et CNS. Le rapport du médiateur a été accepté et ses conclusions ont été appliquées.

Au vu des problèmes de traçabilité des décisions d'EROS dans le cadre de ces validations et afin de permettre aux établissements de se situer au plus près de la validation par rapport aux facteurs validés avec ou sans changement respectivement des facteurs en suspens, la Commission des Normes a validé un nouveau texte élaboré par la FHL et qui pourra répondre à ces objectifs.

Norme pour les services d'urgence

Les travaux du deuxième semestre étaient essentiellement axés autour des discussions d'une norme pour les services d'urgence adultes et pédiatriques. (Voir aussi la partie 2 « Système et politique de santé »)

La FHL a présenté son point de vue qui



consultations infirmières spécialisées ou dans des cliniques monothématiques. Ces deux développements soutenant le virage ambulatoire reposent sur une approche philosophique prenant en compte non seulement l'aspect « santé publique » de la maladie, mais également le rôle plus actif que le patient est amené (des fois contre son gré) à jouer pour augmenter sa qualité de vie et reculer l'apparition des complications.

L'infirmier coordinateur/L'infirmière coordinatrice

L'élargissement des compétences a comme suite une démultiplication du nombre d'intervenants. Les patients et leurs proches se disent perdus dans le parcours clinique.

Afin de répondre d'une manière professionnelle à cette situation, nous avons besoin 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 par rapport 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

s'axe autour des éléments suivants :

- Précision entre degré d'urgence et « besoin en maison médicale »
- Besoin de profession de santé pour garantir la prise en charge
- Actuellement la durée de prise en charge moyenne est de 3,5 heures
- Problème de dotations en personnel qualifié en considération que la norme actuelle prévoit +/- 29 minutes par patient et que les besoins de présence soignante auprès du patient en urgence sont de 65 minutes.

La FHL a insisté pour que les discussions en Commission des Normes se focalisent sur les professions soignantes nécessaires pour garantir une prise en charge qualitative et efficiente.

En vue d'un accord avec la CNS, la PF-DM a prêté son assistance pour normer l'activité au niveau des services d'urgence des hôpitaux. Une prise de position a été élaborée à ce propos afin de faire pression et de trouver une solution au plus vite.

La CNS et son Comité Directeur n'ont pas suivi la FHL dans ses revendications. Ceci a eu comme conséquence que la FHL avait fait une intervention remarquée au niveau du Comité Quadripartite d'octobre 2016 sur ce sujet.

Au niveau politique, le Ministère de la Sécurité Sociale a mis à disposition une enveloppe supplémentaire de 1 Mio d'Euros pour les services d'urgences qui avait été distribué également entre les 4 hôpitaux concernés dans le cadre des négociations budgétaires.

Les discussions sur cette thématique des urgences n'ayant pas abouti au niveau de la Commission des Normes, et d'autres acteurs (p. ex. le Ministère de la Santé) étant directement concernés par la thématique, il avait été conclu d'un commun

accord entre les parties concernées de réaliser une étude sur les services d'urgence – à réaliser par une expertise externe et neutre – ayant également comme objectif de proposer une norme de dotation.

Virage ambulatoire

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.

Élargissement des compétences cliniques

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

L'élargissement des compétences cliniques est international. C'est le résultat de la révision 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

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

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.

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, d'acquérir une maturité en matière de gestion de sa santé y compris dans la prise de décision.

Besoins en ressources supplémentaires

La FHL a revendiqué une nécessité absolue que les besoins supplémentaires en ressources humaines soient mis à disposition des établissements hospitaliers concernés dès le 1er janvier 2017.

La FHL a souligné que la norme actuelle pour les polycliniques/urgences ne peut pas permettre de « valoriser » les temps de prise en charge pour les patients aux urgences. De ce fait les Directions hospitalières – en bon gestionnaire - ont déjà fait tous les efforts internes nécessaires pour répondre aux défis mis en avant.

Il est rappelé que chaque patient né-

cessite une surveillance par un personnel soignant qualifié même si des actes médicaux ne sont pas en cours. Dans ce contexte il convient de ne pas mélanger les situations/spécificités des urgences avec ceux de la polyclinique.

Concernant les locaux disponibles et le corps médical en place ou supplémentaire ceci aura comme conséquence logique un besoin croissant de personnel soignant.

Il est rappelé que les risques d'erreurs ne sont pas en relation directe avec le nombre de salles et de patients mais en relation directe avec le ratio patients/soignants. Plus il y aura de patients avec moins de ressources soignantes disponibles pour les prendre en charge plus le risque d'erreurs augmentera.

La FHL a mis l'accent sur le fait que les Ministères de la Santé (infrastructures) et de la Sécurité Sociale (personnel via CNS/CNO) ont été sensibilisés à la problématique et qu'il convient maintenant de trouver rapidement les solutions qui s'imposent notamment une augmentation conséquente des dotations en personnel. La FHL précise également que la nouvelle norme devra être dynamique afin de répondre aux évolutions et à la croissance prévisionnelle de l'activité des services d'urgence.



CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL / NÉGOCIATIONS AVEC LES SYNDICATS

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

NÉGOCIATION DE LA CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL

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.

La CCT FHL a été dénoncée fin mars 2015 tant par la FHL que par les syndicats avec effet au 30 juin 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, transposer/concrétiser l'accord signé en 2012 et son impact sur l'article 36 de la CCT FHL.

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.

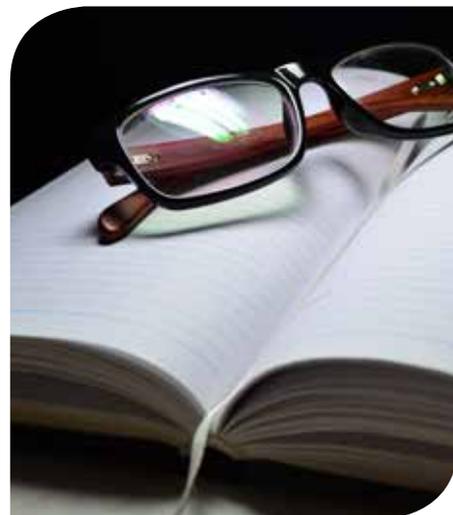
En présence d'une revalorisation des carrières près de la FP, traduisant en fait une équivalence des diplômes en respect de la législation européenne, la FHL propose d'accorder aux carrières soignantes, dans le contexte des calculs de l'ENV CCT, les mêmes grilles de carrières CCT FHL que les carrières administratives actuelles en fonction de la reconnaissance des diplômes retenue près 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'un 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 près de la FP. Ainsi notamment elle ne tient pas compte de l'avance que la CCT FHL a par rapport à la FP, notamment 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 près 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 seront pas les mêmes 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).

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 scénarios multiples.

L'ANNÉE 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 et 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 2016.
- 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.

Les syndicats ont refusé cette proposition et ont organisé une grande manifestation en date du 4 juin 2016. Ils ont su mobiliser un grand nombre de personnes pour y participer (jusqu'à 9.000 personnes).

Dans la foulée de cette manifestation, la commission paritaire CCT SAS s'est enfin réunie une première fois. Un consensus sur la méthodologie de calcul de l'impact financier n'avait pas tout de suite pu être trouvé. Les pouvoirs publics y ont fait des affirmations contradictoires en ce qui concerne l'impact financier de la réforme FP : le Ministre de la Sécurité Sociale / IGSS partent du principe que le reclassement des carrières générera un coût additionnel autour de 30 % de la masse salariale concernée, qu'ils proposent de répartir sur 30 annuités de 1 %. Par contre, les représentants du Ministère de la Fonction Publique à la Commission Paritaire CCT SAS estiment que le coût additionnel se limite à 0,58 % pendant 10 ans.

Vu l'expiration imminente de la CCT FHL (une convention collective survit pendant 12 mois après sa dénonciation), les syndicats ont saisi l'Office Nationale de Conciliation avec le dossier. Les partenaires so-

ciaux se sont vu pour une seule réunion à l'ONC lors de laquelle chacune des parties a exposé sa méthodologie de calcul. La proposition de soumettre de façon paritaire les deux approches aux instances de financement n'a pas été acceptée par les syndicats. La mission de l'ONC est expirée le 4 novembre 2016 (délais prévus par le code du travail) – à partir du 5 novembre, chaque partie aurait pu unilatéralement prononcer la non-conciliation avec comme conséquence que la CCT FHL serait abolie avec ses effets futurs. La FHL a décidé de ne pas aller dans cette direction.

Entretemps, les travaux de la commission paritaire CCT SAS ont pu aboutir et une méthodologie de calcul a été retenue : c'est l'approche des syndicats qui a été retenue en ce qu'il y a lieu de comparer uniquement le Nouveau Régime Fonction Publique avec l'Ancien Régime Fonction Publique, peu importe la réalité de la convention collective de travail. La commission a également retenu et valorisé un certain nombre de mesures d'économies intervenues près de la Fonction Publique. Afin de permettre à la FHL de réaliser des calculs plus concrets et plus proches de la réalité, sur base le cas échéant de l'ap-

proche SAS, la FHL a obtenu l'autorisation pour recevoir une synthèse nationale de toute la population en service au niveau des établissements hospitaliers (hormis la direction et les médecins prescripteurs), répartie sur les différentes carrières actuelles en tenant compte de leurs échelons actuels. Les chiffres ont été obtenus pour 2014, 2015 et 2016, avec calcul d'une moyenne sur les trois années, afin de lisser l'effet suivant lequel les premières années EBK, il y a à chaque fois davantage de recrutements additionnels que les années paires. Sur base de ces données, la FHL a pu réaliser des calculs d'impact se rapprochant de la réalité.

Pour fin septembre, le Gouvernement en conseil a déterminé l'Enveloppe Budgétaire Globale pour les années 2017 et 2018. La revalorisation des carrières y est prise en considération, au titre de 2% de la masse salariale des professionnels de santé du secteur hospitalier en 2017 et 1% en 2018. Le rapport de l'IGSS fait référence à une estimation des coûts additionnels de 30%, tels qu'indiqués au niveau des travaux parlementaires autour des textes de loi transposant la réforme dans la Fonction Publique. Ce coût serait à répartir sur des annuités de 1%, avec un



démarrage possible sur 2%.

Dans le contexte des négociations autour des budgets hospitaliers 2017/2018, les partenaires sociaux ont signé fin 2016 une lettre commune à la CNS dans laquelle ils prient la CNS de ne pas considérer le volume relatif à la prime unique de 0,9% au niveau de l'EBG 2017, mais de le provisionner par un simple jeu d'écritures comptables sur l'exercice 2016 en vue de son paiement en 2017, le cas échéant via rectification budgétaire générale sur l'exercice 2016 liée à la CCT FHL. Ainsi, le même volume de 0,9% prévu dans l'EBG 2017 devrait pouvoir être mis à disposition du secteur pour répondre à d'autres nécessités, et plus particulièrement les besoins en dotations du personnel. Le volume relatif à l'augmentation de la valeur du point de 2,2% en 2016, prévue dans l'EBG 2016, devrait également pouvoir

être provisionné, alors qu'il est dû tout comme la prime unique de 0,9%.

Fin 2016, les syndicats ont encore soumis une première proposition de nouvelles carrières pour le secteur. Elle représente un impact de 46 MIO EUR en salaire de base brut (sans charges patronales et à valeur du point indiciaire invariable). La FHL y répondra par une proposition alternative, avec un impact financier moindre. Vu qu'aucune partie ne pouvait légitimer l'ampleur de sa proposition, il a été retenu de réaliser dans le détail les calculs sur l'Enveloppe Fonction Publique à considérer. C'est ce qui a été fait en 2017, avec de nouveau un certain nombre de difficultés, allant jusqu'à l'annonce d'une grève par les syndicats.

Outre ces travaux autour de la détermination de l'ENV CCT, la Commission Paritaire CCT FHL a poursuivi des travaux liés aux

thèmes récurrents issus de la CCT FHL: Détermination des PRMN 2017, de la surprime 2016 et validation des demandes PRML, PRMS et PRMI 2017 de la part des différents établissements membres de la FHL.

VOLET OPÉRATIONNEL DE LA GRH DANS LES ÉTABLISSEMENTS

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

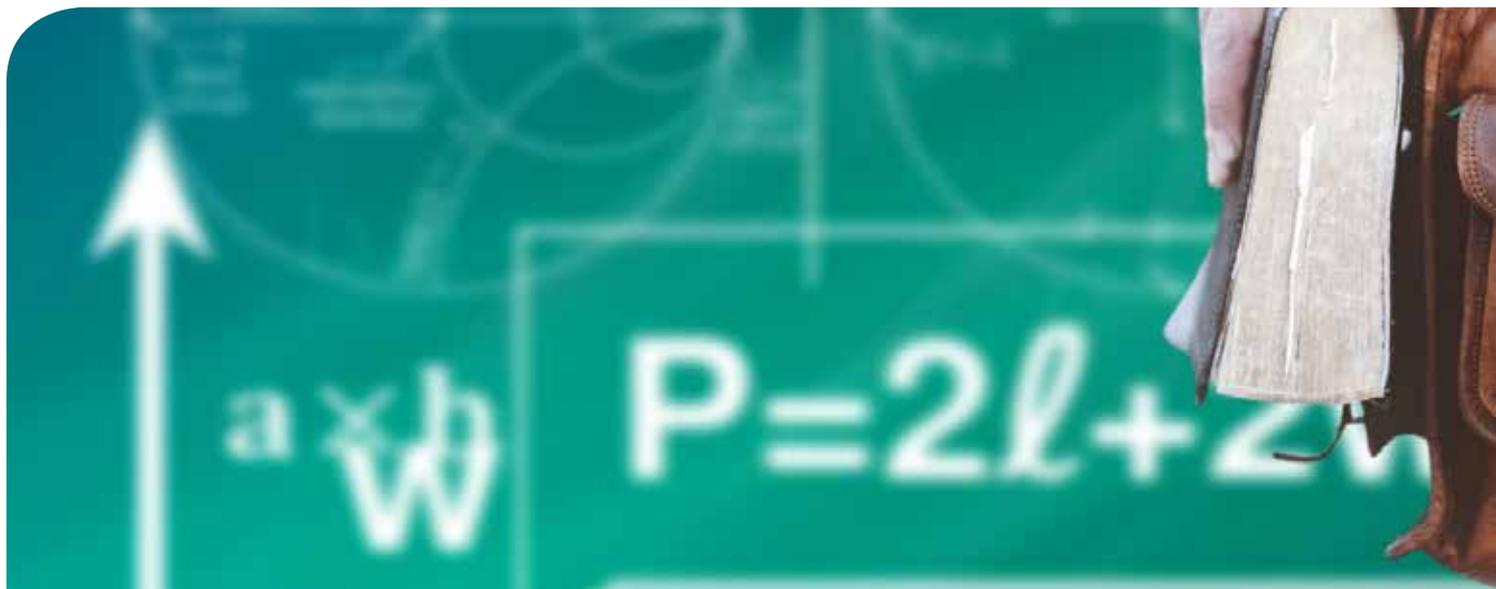
- Questionnaire surprime : données concernant le nombre de points allocation de famille payés dans le secteur
- Etude OCDE Health Data : Rapport Annuel par catégorie CNS / emploi ressortant le brut total annuel, l'ETP moyen annuel et le Salaire moyen brut annuel par ETP
- Tableau du personnel en vue 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.



FORMATIONS



« Formation Managériale pour le Secteur Hospitalier » (IUIL)

5ème promotion – à partir du 25 février 2016

L'évolution du contexte socio-économique du Grand-Duché fait que les hôpitaux luxembourgeois se trouvent aujourd'hui confrontés aux mêmes contraintes que le secteur privé, qu'elles soient d'ordre organisationnel, financier ou social, mais se doivent de placer au centre de leur approche managériale globale, le patient, personne responsable avec des attentes quant à la qualité des prestations à recevoir par rapport à son bien le plus précieux, sa santé.

Le secteur hospitalier met tout en œuvre pour répondre de la manière la plus adéquate aux conséquences de cette évolution. Afin d'accompagner les hôpitaux dans les changements qu'ils connaissent actuellement et de rendre leur gestion encore plus efficace à l'avenir, le secteur a choisi de promouvoir auprès des cadres hospitaliers le développement des compétences managériales de haut niveau.

C'est dans ce contexte que l'IUIL et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) collaborent depuis plus de 10 ans à la conception et à la promotion d'une formation managériale entièrement dédiée au secteur hospitalier luxembourgeois.

La formation a pour objectif de mettre en évidence les spécificités du secteur hospitalier luxembourgeois afin de permettre

au cadre d'identifier son rôle et ses missions, tout en lui fournissant les outils nécessaires à la gestion optimale de son équipe.

La FHL est représentée au niveau du Comité de Pilotage et du jury et intervient sur le volet « comprendre son environnement » (cadre juridique général, CCT FHL, etc.).

« Les soins pharmaceutiques : le futur du métier du pharmacien » (IUIL)

26 avril 2016

Incontestablement, le métier de pharmacien est en pleine évolution depuis quelques années. Suite à ce constat, l'IUIL, en coopération avec l'association pharmacare.lu asbl, a pris la décision de promouvoir ce concept de soins pharmaceutiques au Luxembourg. D'une part, ce dernier valorise l'importance du métier de pharmacien et de l'autre, il place le patient au centre de l'intérêt.

Formation de l'infirmier tuteur (IUIL/LTPS)

22 septembre 2016

Au travers d'une étude qualitative menée par l'IUIL fin 2015, les acteurs du secteur hospitalier rapportent un certain besoin d'amélioration de l'efficacité de l'ensei-

gnement clinique au Luxembourg. Pour répondre à ce besoin, le LTPS et l'IUIL ont développé une formation continue de type court pour les professionnels encadrant les étudiants en soins infirmiers du LTPS. En tenant en compte des spécificités contextuelles, la démarche vise à former le participant au référentiel de compétences du LTPS, au positionnement pédagogique du tuteur, aux techniques de communication et de feedback, et à l'évaluation des étudiants. Cette démarche, initiée par le LTPS, a été soutenue par la FHL.

Formation continue « Spécificités du secteur hospitalier pour professionnels de santé » (IUIL/DeWidong)

29 septembre 2016

Dans le cadre de leur nouvelle collaboration, l'IUIL et le CFPC DeWidong ont présenté cette formation commune destinée aux professionnels du secteur de la santé en septembre 2016.

L'objectif était de transmettre tant aux nouveaux salariés qu'aux personnes déjà en fonction les informations liées au contexte et aux spécificités hospitalières luxembourgeoises et ce afin d'optimiser et d'accélérer l'intégration des différents professionnels de santé.

Ici encore, la FHL intervient sur certains sujets (réglementation des professions de



santé, droits et obligations des patients, Dossier de Soins Partagé (DSP), CCT FHL, etc.)

Cours donnés par nos collaborateurs experts en leurs matières respectives

En leur qualité d'experts, des intervenants FHL ont pu transmettre au cours de l'année 2016 leurs connaissances en collaboration avec nos structures partenaires.

Secrétaire Général (IUIL)

- Contexte juridique général

Cellule Juridique RH (De Widong/IUIL)

- Les droits et obligations des patients
- Le Dossier de Soins Partagé (DSP)
- La Convention Collective de Travail du Secteur Hospitalier (CCT FHL)

Cellule Physique Médicale (LTPS)

- Technologie du scanner RX, statistiques de doses et contrôle qualité réglementaire.
- Technologie en mammographie et contrôle qualité réglementaire.

TRAVAILLEUR DÉSIGNÉ/PRÉPOSÉ À LA SÉCURITÉ

Le groupe GTS a repris et poursuivi 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, ce qui les oblige actuellement d'aller se former à l'étranger. Des échanges plus concrets ont eu lieu sur base desquels les premières formations vont normalement pouvoir être proposées à partir de 2018. Les thèmes suivants ont été retenus comme prioritaires : évaluation des risques, risques psychosociaux.

FINANCEMENT



CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

La convention cadre FHL/CNS prévoit que la Commission technique financière élaborera des approches de mutualisation pour certaines activités. Chaque projet de mutualisation fait l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens (COM) entre la FHL et la CNS.

Projet de mutualisation	Nom	Date de validation du contenu	Signature
Physique Médicale	COM Physique Médicale 2015/2016	Décembre 2015	Oui
Informatique	COM Informatique 2015/2016	Février 2016	Oui
Achats	COM Achats 2015/2016	Septembre 2016*	Non*

**En novembre la CNS a indiqué qu'elle n'avait plus l'intention de soumettre le COM Achats 2015/2016 à son comité directeur pour approbation puisqu'on arrivait en fin de période. Le COM 2015/2016 n'a donc pas été signé. La CNS a néanmoins précisé qu'elle respectera les engagements pour lesquels elle a déjà donné son accord. Le travail réalisé servira de base au COM 2017/2018*

NÉGOCIATIONS BUDGÉTAIRES BUDGETS HOSPITALIERS

Les établissements ont transmis leurs demandes budgétaires fin juin à la CNS. Une première réunion de concertation a eu lieu le 14 juillet. Lors de cette réunion la CNS a présenté sa synthèse des demandes budgétaires qui a par la suite été transmise à l'IGSS. L'IGSS a publié son rapport d'analyse prévisionnel en septembre. Lors de la fixation de l'EBG, le gouvernement s'est basé sur ce rapport, tout en ajoutant des moyens supplémentaires pour les urgences à hauteur de 1 million €. La hausse de l'EBG 2017 tient également compte du dossier télépathologie (LNS), de la maison de convalescence de Colpach ainsi que des besoins de revalorisation des carrières dans le secteur hospitalier.

Les négociations budgétaires relatives aux années 2017 et 2018 ont eu lieu en octobre (frais variables) et novembre (frais fixes) 2016. La CNS a dès le début des négociations précisé que sa marge de manœuvre est fixée par le gouvernement au travers de l'EBG et que cette dernière était plus limitée que par le passé. Aucun établissement n'ayant signé de protocole d'accord à la fin de l'année, la CNS a saisi la Commission des budgets à titre conservatoire le 29 décembre 2016. L'ensemble des établissements a signé les budgets en début 2017 après de longues et difficiles négociations.

En ce qui concerne le rapport de l'IGSS, il a été déploré que celui-ci n'ait pas tenu

compte des demandes et besoins réels des établissements hospitaliers. La Commission technique financière a constaté que les demandes individuelles des hôpitaux ne ressortent pas clairement des informations transmises par la CNS à l'IGSS en juillet 2016. Pour la fixation de la prochaine EBG de 2019/2020, la CNS propose d'identifier clairement les hausses demandées pour les différentes catégories de frais (frais de personnel/dotations, frais variables/activité,...) et ce, pour chaque établissement. Début 2017, la CNS a également annoncé son intention de revoir l'organisation des négociations pour respecter le timing prévu par le code de la Sécurité Sociale.

TÉLÉPATHOLOGIE

Le projet pilote luxembourgeois de télépathologie vise à renforcer la collaboration avec les anatomo-pathologistes du LNS et leur présence au sein des quatre hôpitaux. Ce projet a été officialisé par la signature d'une convention entre le LNS et chaque établissement concerné.

Cette convention entre le LNS et les établissements hospitaliers prévoit de nouvelles dispositions pour les ressources humaines et le financement. L'activité sera financée via les budgets des hôpitaux. L'activité effectuée par le LNS est actuellement financée via le budget du LNS et

ne fait pas partie de l'EBG. Il est précisé que les frais qui passent dans les budgets des hôpitaux devraient être neutralisés au niveau de l'EBG.

COMPTABILITÉ

Taux de TVA pour « matériel hospitalier »

Certains fournisseurs facturent désormais au taux de 17 % un certain nombre d'articles qui étaient auparavant au taux super réduit se basant sur la nouvelle liste des biens et services soumis au taux su-

per réduit. La liste en question ne précise pas dans le détail les articles concernés. L'impact financier de ce changement n'étant pas négligeable, il a été retenu d'identifier les articles qui bénéficiaient précédemment du régime de taux super réduit, de contacter le ministère pour comprendre le contexte du changement

(si changement) et de faire par la suite un courrier officiel expliquant les impacts au niveau hospitalier.

Modèle pour l'automatisation de l'interface Hôpitaux – CNS

Les travaux débutés en 2015 se sont pour-

suivis en 2016. L'objectif primaire de l'instauration d'un système de transfert automatisé de données est en premier lieu d'éviter le travail manuel qui est source

de beaucoup d'erreurs et en second lieu de faciliter le travail pour les deux parties concernées.

COMPTABILITÉ ANALYTIQUE

Places de surveillance/ Médicaments chers

La CTF a retenu en 2016 de créer une entité fonctionnelle «médicaments chers», les médicaments chers sont à imputer sur cette nouvelle entité fonctionnelle afin de rendre les tarifs « places de surveillance » comparables entre les hôpitaux. Dans un premier temps il faudra créer une liste avec les médicaments à considérer quelle que soit l'entité fonctionnelle.

Article 74 du code de la sécurité sociale: actes prestés aux patients par les médecins

Le paragraphe 10 de l'article 74 du code de la sécurité sociale prévoit 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 disposition de l'établissement hospitalier le relevé des actes prestés aux patients par les médecins y agréés». La CNS est d'avis qu'elle peut fournir les données par patient mais pas par médecin pour des raisons de confidentialité.

TABLEAU DES FONCTIONNALITÉS

La CNS a présenté une proposition de modifications du tableau des fonctionnalités. Elle souhaite être informée des dotations réelles par fonctionnalité et par carrière qui diffèrent souvent des dotations accordés. La CNS vise par cette demande l'ensemble des fonctionnalités et prioritairement les dotations en urgence/polyclinique.

INVESTISSEMENTS

Enveloppes d'investissement

La mise en place du plan Cattenom nécessitera des investissements conséquents en matériel (achat de filtres etc). Il n'y a pourtant à ce jour aucun financement de prévu et les dépenses sont à prendre en charge par défaut sur le budget d'investissement.

Des échantillons de patients ont été transmis aux établissements par la CNS et sont en cours d'analyse.

Calcul coût par patient

Le manuel des règles de calcul établit déjà certaines règles concernant le calcul du coût par patient. La CNS a distribué en mai 2016 un set de documents concernant la suite des travaux pour le calcul du coût par patient.

- Un premier document concerne l'imputation directe d'articles tels que les médicaments, produits sanguins, implants, etc. sur le patient respectivement l'imputation indirecte sur les patients (frais de personnel et autres frais)
- Un deuxième document présente un exemple pour le calcul du coût par patient. La CNS a précisé qu'il s'agit plutôt d'un calcul d'un coût moyen par diagnostic et non par patient. Par exemple son objectif est le calcul du coût d'une prothèse et non le calcul d'un coût pour chaque patient individuellement.

La thématique sera abordée en 2017. La Commission Finances recevra la mission d'établir un avis.





viduelles a été confirmé. Les données recensées ont permis de constater qu'une différence entre le montant facturé et les frais déduits ne correspondait pas au résultat net réalisé par les établissements, mais également la nécessité intégrer d'autres éléments de frais comme exemple, les autres frais non-opposables en relation avec les chambres individuelles respectivement les éléments de confort.

Le 8 décembre, une réunion s'est tenue au ministère de la santé pour discuter les modalités de financement des biens mobiliers et immobiliers. Les pistes envisagées visent l'étalement des financements et la mise en place de nouveaux moyens tels les leasings.

Enveloppe d'investissements médico-technique

La FHL fut confrontée à une remise en cause du plan quinquennal qui avait été retenu.

La FHL et les hôpitaux ont constaté leur impuissance face à l'intransigeance de la CNS dans certains dossiers. La PF-DM a donc plaidé pour conserver la mise en place d'une stratégie commune concernant la politique d'investissements au ni-

veau médicotechnique.

Pour mémoire, le plan quinquennal qui avait été communiqué à la CNS en date du 23 septembre 2014 visait à couvrir les besoins en matière de renouvellement des équipements d'imagerie lourde supérieurs à 300 000. Euros tout en dotant le parc hospitalier luxembourgeois d'équipements innovants, ce qui, dans le contexte de la concurrence accrue en matière de soins de santé (cf directive transfrontalière en matière de soins), doit devenir une priorité pour attirer des compétences médicales spécifiques et garder la patientèle au Grand-Duché. Pour la CNS, le plan quinquennal proposé par les établissements est à considérer comme une roadmap et les accords budgétaires sont donnés dans le cadre budgétaire des biennales.

Les dossiers 2016 portaient sur les IRM dédiées, IRMs, upgrades SPECT et tables radiologiques. Le dossier IRM dédiées fut discuté à la fois en CTI-mdt et en CPH. Pour le dossier des tables radiologiques, les membres ont indiqué que la mise en place d'un marché commun ne pouvait pas être envisagée en raison d'une trop grande disparité au niveau des spécificités des machines.

FACTURATION ET PRISE EN CHARGE

Régime Commun d'Assurance Maladie des Institutions Européennes (RCAM)

Les assurés RCAM se sont plaints auprès de leurs organismes respectifs que les prestations hospitalières facturées leur semblaient en général excessives par rapport aux prestations réalisées.

Lors d'une réunion de suivi en octobre, il a été rappelé que les hôpitaux ne font qu'appliquer les modalités de calcul fixées par la CNS. L'interlocuteur pour toute demande de changement du système est la CNS. Les membres FHL ont proposé que les assurés veillent à demander à leur médecin des devis détaillés des prestations.

Prestations exclues du cadre de l'assurance maladie

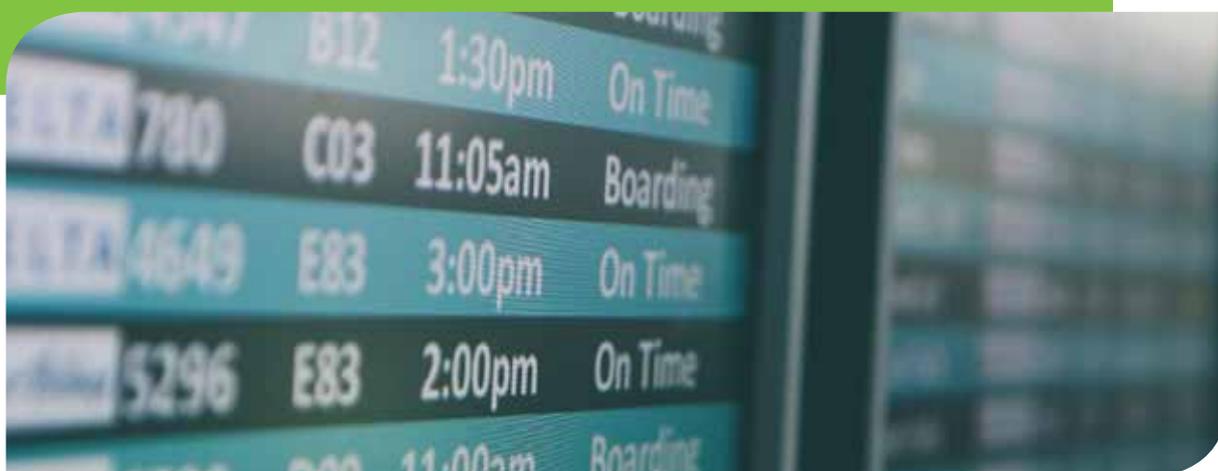
La CNS a envoyé un questionnaire à l'ensemble des établissements pour recevoir plus d'informations sur les prestations exclues du cadre de l'assurance maladie.

Elle a en effet constaté qu'elle a accepté dans le passé la prise en charge d'actes exclus du cadre de l'assurance maladie comme par exemple des actes de chirurgie esthétique. La CNS a indiqué vouloir mettre en place un système qui permettrait de détecter de tels cas dans le futur et elle envisage de vérifier la facturation de l'année 2015 afin d'identifier d'autres cas potentiels.

Frais d'interprétariat

Suite à une question parlementaire sur le refus de prise en charge des patients par les établissements hospitalier pour raisons linguistiques, la FHL a précisé au ministère de la Santé l'approche retenue au niveau du service d'interprétariat. Il s'agit plutôt d'une question d'organisation que de coûts générés. Sur les potentiels refus, la FHL n'a pas communiqué étant donné qu'il est impossible de tracer les potentiels refus. La Direction de la Santé n'a pas demandé d'information complémentaire.

RELATIONS PUBLIQUES ET INTERNATIONALES



L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 28 JUIN 2016 ET L'AGE DU 6 DÉCEMBRE 2016

L'Assemblée Générale Ordinaire de la FHL s'est tenue le mardi, 28 juin 2016. Le Conseil d'administration a été renouvelé comme suit :

MEMBRES EFFECTIFS

FHL	Paul	JUNCK	2013-2017
CHL	Monique	BIRKEL	2014-2018
CHL	Romain	NATI	2013-2017
CHL	Jean-Paul	FREICHEL	2015-2019
CHEM	Claude	BIRGEN	2015-2019
CHEM	Michel	NATHAN	2015-2019
CHEM	Serge	HAAG	2014-2018
HRS	Paul	WIRTGEN	2016-2020
HRS	Christian	OBERLE	2016-2020
HRS	Marc	SCHLIM	2016-2020
CHdN	Georges	BASSING	2014-2018
CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	2015-2019
CHdN	René	HAAGEN	2015-2019
CHNP	Marc	GRAAS	2015-2019
HIS	Luc	GINDT	2015-2019
CFB	Michel	UNTEREINER	2014-2018
INCCI	Arnaud	CHARPENTIER	2016-2020
CNRFR	Anja	DEKANT-HÜBNER	2015-2019



MEMBRES SUPPLÉANTS

CHL	Alain	ALBRECHT	2013-2017
CHL	Catherine	BOISANTE	2013-2017
CHL	Pierre	LAVANDIER	2015-2019
CHEM	Daniel	CARDAO	2015-2019
CHEM	Patrizia	ASCANI	2015-2019
CHEM	Josiane	TOZZI	2014-2018
HRS	Gunar	JAMROS	2015-2019
HRS	Gregor	BAERTZ	2013-2017
HRS	Tom	HENKELS	2013-2017
CHdN	Marcel	BAULER	2015-2019
CHdN	Nathalie	CHOJNACKI	2014-2018
CHNP	Frank	GANSEN	2013-2017
HIS	Fabienne	VALET	2016-2020
CFB	Gilles	SOMMERHALTER	2016-2020
INCCI	André	PUTZ	2013-2017
CNRFR	Patrick	REINERT	2015-2019
CNRFR	Anja	DEKANT-HÜBNER	2015-2019

Une Assemblée Générale Extraordinaire s'est tenue le mardi, 6 décembre 2016 pour statuer sur les points suivants :

- Fixation des cotisations 2016 sur base du budget 2016 rectifié
- Listing des projets 2017 en vue de la préparation des budgets 2017-2018

L'AGE a aussi pris acte du départ à la retraite de Dr Catherine Boisanté (CHL) et du remplacement de Dr Paul Wirtgen par Dr Claude Schummer (HRS). Ces changements seront officialisés lors de l'AGO 2017.

JOURNÉE DELOITTE

Deloitte a organisé le mercredi 28 janvier 2016, 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.

Cette 5ème édition de la conférence était structurée autour de la thématique « Integrated care ou la gestion intégrée des soins » au travers de différentes interventions. Des professionnels du secteur de la santé, des représentants de l'industrie pharmaceutique ainsi que des porteurs de projets destinés à améliorer le parcours de soins des patients, sont venus chacun partager leurs expériences concrètes dans ce domaine.

Les sujets suivants ont été plus particuliè-

rement abordés :

Les principales tendances en matière de santé à l'horizon 2020

La présentation des principaux concepts de la gestion intégrée des soins au service du patient

Interventions individuelles sous forme de retour d'expérience de :

- Mme Magdalene Rosenmöller, Coordinatrice du projet INTEGRATE au sein de l'International Foundation for Integrated Care (IFIC) et Professeur en Gestion du Secteur de la Santé à l'IESE Business School de Barcelone,
- M. Jean-Marc Bourez, Responsable Esanté, Direction Performance et Innovation chez SANOFI France et Président de la commission TIC & Santé Paris Région.

Une table ronde était organisée sur le thème : Integrated Care – Défis pour l'avenir et enjeux pour le Luxembourg (Participants : Mme Magdalene Rosenmöller, IFIC ; Mme Marie-Lise Lair, Coordinatrice du Plan National Cancer Luxembourg ; Dr Marc Graas, Directeur Général du Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique (CHNP) ; M. Jean-Marc Bourez, SANOFI France ; M. Robert Wildanger, Chef de la Division « Soins et encadrement » de SERVIOR).

5 start-ups ont ensuite présenté leurs projets respectifs en matière d'«Integrated Care»

La conférence s'est clôturée par un cocktail déjeunatoire.

EVÉNEMENTS ET RELATIONS PUBLICS ET INTERNATIONAUX

EAHM/AEDH/EVKD

(ASSOCIATION EUROPÉENNE DES DIRECTEURS D'HÔPITAUX)

- Participation de la FHL au 2ème Congrès EAHM-AEDH-EVKD du 13 au 14 octobre 2016 à Bologne (Italie) sur le thème de la durabilité en matière de soins de santé.
- Participation de la FHL aux travaux des Sous-Commissions « Affaires Européennes », « Scientifique » et « Santé Mentale » (Dr Michel Nathan, Prof. Hans-Joachim Schubert, Dr Marc Graas)
- Participation de la FHL à la Conférence IMPO le 17 novembre 2016 à Düsseldorf, durant la Medica, sur le thème « Patient Safety – Risk Management »
- Formation managériale AEDH/IUIL « Manager un hôpital à l'heure euro-

péenne » : cette formation a été lancée en septembre 2015, ensemble avec l'IUIL et continuée en 2016 (cf. rapport d'activité FHL 2015).

- Il s'agit d'une 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.
- Une prochaine promotion est programmée pour 2017-2018. En attendant l'AEDH et l'IUIL organiseront une journée thématique en septembre 2017.
- Le site WEB de l'AEDH a été restruc-

turé, en collaboration avec la FHL. Des discussions sont en cours pour un possible transfert du siège opérationnel de l'AEDH vers Luxembourg.

Pour toute information complémentaire : www.eahm.eu.org



EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS

HOPE (EUROPEAN HOSPITAL AND HEALTHCARE FEDERATION)



Implication de la FHL au niveau du « Board of Governors » et participation aux travaux des « Liaison officers » sur les thèmes suivants :

- Transposition de la législation de l'UE concernant le secteur de la santé et des hôpitaux.
 - Lobbying auprès des institutions de l'UE pour défendre les points de vue des hôpitaux et participation aux débats lorsqu'il s'agit de textes qui seront transposés dans les législations nationales (règlements UE, directives UE, décisions). Les interventions de HOPE se font à 3 niveaux : lors de la première discussion ; lorsqu'une proposition de texte est adoptée ; lorsque la législation est adoptée.
 - HOPE a réalisé un suivi au niveau des différents pays membres de la transposition des directives « Santé trans-
- frontalière et droits des patients » ; « Public procurement » ; « Protection des données » ; « Safety features appearing on the packaging of medicinal products for human use » ; « medical devices » ; « in vitro diagnostic » ; « directive sur le temps de travail ».
 - HOPE a aussi débattu des sujets suivants pour lesquels l'UE a seulement émis des recommandations : « Patient safety » ; « Anti-microbial resistance » ; « Health workforce » ; « eHealth » ; « Standardisation » ; « Ageing or chronic diseases »
 - HOPE a aussi été impliqué courant 2016 dans toute une série de projets spécifiques, que ce soit comme partenaire ou comme expert, par exemple la « Joint Action on Patient Safety and Quality of Care (PaSQ) » ou comme organisateur (study tours, AGORA, Exchange Program, projets pilotes, etc.)

Pour toute information complémentaire : www.hope.be

IHF/FIH (FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES HÔPITAUX)

L'AEDH, en directe collaboration avec la FHL et l'IUIL a, courant 2016, pris en considération l'étude initiée par la FIH pour la mise en place au niveau international d'un processus d'évaluation des compétences professionnelles en exercice et sur la base du volontariat afin d'apporter à ces professionnels un atout professionnel supplémentaire et un processus forçant à une évaluation sur des critères précis. Cette approche participe aussi à un soutien pour la mobilité internationale dans un secteur qui va certainement évoluer dans la prochaine décennie. La journée thématique organisée en septembre 2017 à Esch/Alzette traitera de cette thématique (cf. programme de formation AEDH-IUIL).



**International
Hospital
Federation**

RÉÉDUCATION GÉRIATRIQUE : SHOWROOM HAPPI



Le 29 avril 2016, l'Hôpital Intercommunal de Steinfort, en collaboration avec la FHL, a eu l'honneur d'organiser une journée thématique basée sur la rééducation gériatrique. Cet événement visait à rassembler les acteurs hospitaliers afin de leur permettre d'échanger sur les pratiques et la prise en charge rééducative du patient âgé ainsi que présenter et tester les solutions retenues dans le cadre du projet HAPPI (Healthy Ageing-Public Procurement of Innovations), projet qui a reçu le support de la Commission Européenne.

ACHATS COMMUNS : COLLABORATIONS ET PARTENARIATS

En 2016, la FHL a poursuivi ses recherches sur le fonctionnement des centrales d'achat hospitalières à l'étranger. Dans le contexte des relations avec des institutions similaires par leur envergure et leur stratégie, la FHL est entrée en contact avec la centrale de marché bruxel-

loise Iris-Achats. Il a été envisagé d'effectuer sur 2017 une étude des potentiels de collaboration.

La FHL a également contacté des centrales d'achat d'envergure nationale en France et en Allemagne pour se mettre en mesure de proposer à ses membres des

alternatives aux marchés communs dans les domaines non consolidables au niveau national.

STRATÉGIE DE COMMUNICATION



La FHL souhaite continuer de développer une stratégie de communication qui lui permettra de mieux se positionner sur l'échiquier national. Nous avons 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. L'objectif est de 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 a évolué dans cette optique avec

à partir de 2015 une parution augmentée à 4 éditions annuelles. Les périodes de parution sont désormais mars, juin, septembre et décembre. Une redéfinition de la ligne éditoriale pour les années suivantes a été discutée en 2016 et sera mise en application courant 2017-2018.

SITE INTERNET : WWW.FHLUX.LU

COMPTE FACEBOOK : [HTTPS://WWW.FACEBOOK.COM/FHLUX](https://WWW.FACEBOOK.COM/FHLUX)

COMPTE TWITTER : [HTTPS://TWITTER.COM/FHLUXLU](https://TWITTER.COM/FHLUXLU)

ZOOM FHL

Départs

Dr Anne-Marie BRAUN, Médecin du Travail est partie en retraite le 30/09/2016.

Embauches

Deux personnes ont été embauchées en CAE (Contrat Appui Emploi) : Nadia BEHLER (du 18/01/2016 au 07/09/2016) et Jean-Philippe SAQUET (depuis le 07/11/2016).

Un nouveau médecin du travail, Dr Philippe FAVROT, a rejoint l'équipe du SIST-FHL en remplacement de Dr Braun depuis le 01/10/2016.

Mme Géraldine FRIANT est venue com-

pléter la Cellule Achats Communs de la FHL (CDD – remplacement congé maternité).

M. Felix MENDES est venu compléter le secrétariat de la FHL (CDD – remplacement congé maternité).

Stages

La Cellule Physique Médicale a accueilli la stagiaire Mme Nathalie GALES du 22/02/2016 au 01/04/2016.

Ancienneté

Mme Nathalie Rollin et Mme Paula Rosa ont fêté leurs 20 ans d'ancienneté tandis

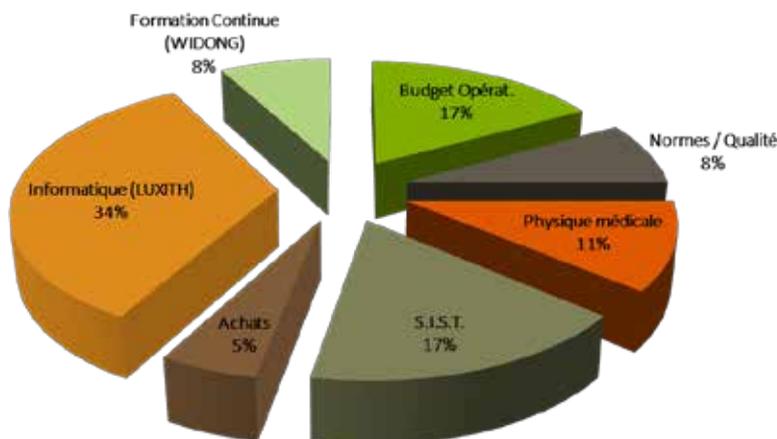
que Dr rer. nat. Alex Meyer a fêté ses 10 ans d'ancienneté.

LE BUDGET EN CHIFFRES

	2015	2016
Budgets	6747	7154

Chiffres en milliers d'Euros

RÉPARTITION BUDGÉTAIRE



La FHL affiche une bonne santé financière, ce qui lui permettra d'entamer en 2017 des réflexions sur la digitalisation de ses services. Le premier volet de ces réflexions visera à consolider ses activités en restructurant son système d'information sur les trois prochaines années.

Les effectifs sont stables.

Ont participé à la réalisation du rapport d'activité 2016 de la FHL :

Rédaction : Jean Ferring, Marc Hastert, Alex Meyer, Laure Pellerin, Marie-Joseph Riondé, Sylvain Vitali, Luc Waisse, Danièle Welter

Coordination et relecture : Nathalie Iltis

Mise en page : Julie Iltis

Images : <https://pixabay.com>, Archives HOPE, Archives FHL.

Imprimé par nos soins.



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

Tél. : 42 41 42-11
Fax : 42 41 42-81

www.fhlux.lu

