

RAPPORT ANNUEL
2017



TABLE DES MATIÈRES

LOI HOSPITALIÈRE	6
LES SERVICES D'URGENCE	9
LES NÉGOCIATIONS CCT-FHL	12
CERTIFICATION ISO 9001 : 2015 DE LA CELLULE PHYSIQUE MÉDICALE DE LA FHL	14
LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES	16
Assemblée Générale Ordinaire du 27 juin 2017	16
Assemblée Générale Extraordinaire	17
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	18
LE BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	20
PLATEFORME DES DIRECTEURS DES SOINS	22
PLATEFORME DES DIRECTEURS MÉDICAUX	24
PLATEFORME DES DIRECTEURS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS	27
CELLULE PHYSIQUE MÉDICALE	30
ACHATS COMMUNS	34
FINANCEMENT	36
NORMES ET QUALITÉ	41
COMMISSION D'EVALUATION	45
SERVICE INTERENTREPRISE DE SANTÉ AU TRAVAIL	47
LES ÉVÉNEMENTS	52
Événements nationaux	52
Les réunions « Quadripartites »	53
Événements Internationaux	55
Nos actions de Formation	57
LA VIE INTERNE DE LA FHL	58
INFORMATIONS RÉDACTIONNELLES	59



LES FAITS MARQUANTS 2017

LOI HOSPITALIÈRE



Nouvelle loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers

L'année 2017 a été marquée par un redoublement des efforts pour parvenir à un texte final qui aboutirait à la nouvelle loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Le sujet a systématiquement figuré à l'ordre du jour des différentes réunions du Conseil d'administration (CA) et la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois a régulièrement exprimé son point de vue via diverses prises de positions préparées par le Bureau du CA :

- Prise de position de la FHL
- Prise de position par rapport aux avis de l'AMMD et du Conseil d'Etat
- Propositions d'amendements FHL au texte du projet de loi n° 7056
- Préparation des entrevues avec les groupes parlementaires
- Préparation des entrevues avec la Ministre de la Santé

Le Conseil d'administration, assisté du Bureau du CA, a ensuite préparé une conférence de presse (cf. encadré : communiqué de presse du 6 mars 2018 p.8) qui a permis à la FHL d'exposer sa position par rapport à cet important projet.

Gouvernance

Afin de pouvoir assurer une organisation cohérente et structurée des processus à l'intérieur de l'hôpital, le rôle et les pouvoirs des directions hospitalières doivent être clairement définis. La réforme envisagée doit mettre à disposition des directions les outils de pilotabilité de l'activité hospitalière afférents en vue d'une gestion orientée vers des soins de qualité. Une implication sans exception de tous les acteurs est requise pour aboutir à un mode de fonctionnement hospitalier transparent et responsable de sa qualité.

Médecine hospitalière intégrée

À l'heure actuelle, l'hôpital met à disposition du médecin son « outil de travail » (équipement et personnel) et ceci à titre gratuit. Pourtant, l'hôpital est responsable de l'organisation du personnel, de la sécurité, de l'hygiène, de la continuité des services et de l'enveloppe budgétaire qui en découle directement, ce qui n'est pas le cas pour les médecins.

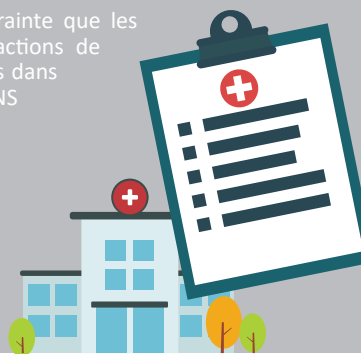
Le médecin est l'un des acteurs les plus importants dans un hôpital. Il doit donc être bien intégré dans son organisation pour que son action soit optimale. Les soins médicaux se conçoivent dorénavant en processus coordonnés par une équipe multidisciplinaire de médecins, de soignants et de gestionnaires et non plus comme une action individualiste et indépendante sans respect de l'organisation globale. Il est illusoire de vouloir attendre ou même exiger des directions le respect

La documentation hospitalière : un sujet récurrent du Conseil d'administration

Parallèlement aux discussions menées dans le cadre des travaux pour la finalisation de la nouvelle loi hospitalière, le sujet "documentation hospitalière" a occupé les débats du CA à plusieurs reprises.

Un des principaux soucis exprimés au niveau de la FHL fut la crainte que les acteurs médecins ne s'investissent pas suffisamment dans les actions de documentation à mener conformément aux dispositions contenues dans les conventions signées entre la CNS et l'AMMD ainsi qu'entre la CNS et la FHL. Il fallait que la future loi hospitalière soit sans équivoque à ce sujet et, idéalement, que des sanctions soient prévues pour les récalcitrants.

A noter qu'il avait été retenu en réunion du CA que la FHL serait représentée au Comité de pilotage par les personnes suivantes : Monsieur Paul Junck, Docteur Claude Schummer et Docteur Michel Nathan.



d'un cadre sécuritaire, qualitatif ou budgétaire sans impliquer le corps médical de manière structurée dans l'organisation et tout autant sans clarifier les moyens ou responsabilités des directions.

Dans ce cadre le médecin assume la responsabilité thérapeutique et la FHL défend l'idée qu'il doit pouvoir disposer des moyens pour ce faire. Quant au directeur de l'hôpital, il assume une responsabilité de qualité, de sécurité et de budget et la FHL défend l'idée qu'il puisse disposer lui-aussi des moyens pour ce faire et donc diriger l'hôpital comme il se doit.

Médecine hospitalière attrayante

Des incitants financiers doivent être prévus pour les médecins confrontés aux contraintes liées aux gardes, astreintes et services intrahospitaliers de santé publique. Leurs missions administratives et organisationnelles doivent également être rémunérées, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Liberté thérapeutique

La liberté thérapeutique du médecin n'est à aucun moment remise en

question par la FHL. Il y a toutefois lieu de ne pas interpréter la liberté thérapeutique comme une indépendance organisationnelle tout court, ce qui est inacceptable dans un hôpital soucieux de la qualité et de la sécurité pour le patient. L'achat et le choix du matériel médical doivent être basés sur des critères scientifiques définis par le corps médical (evidence based medicine) tout en respectant les règles procédurales que l'hôpital a définies dans l'intérêt du patient.

Documentation hospitalière rigoureuse

La FHL salue la mise en place d'une documentation de l'activité médicale en milieu hospitalier. Dans l'intérêt du patient, cette documentation garantit une transparence dans la prise en charge en recueillant des informations détaillées de l'activité médicale et de la pathologie traitée.

Réseaux de compétences


Une clarification du projet sous revue s'impose notamment au niveau du choix des pathologies retenues et du rôle et des compétences du futur comité de gestion interhospitalière.

Lits hospitaliers

La FHL plaide pour une approche flexible dans ce domaine. En effet, vu la croissance et le vieillissement de la population, le nombre de lits hospitaliers devrait pouvoir être adapté progressivement en fonction des éventuels nouveaux besoins nationaux. »

La Commission Santé de la Chambre des Députés a clôturé ses travaux en juin 2017 et a adopté un grand nombre d'amendements. Il fut constaté que le texte est essentiellement un document politique. Le système n'est pas libre et les directions des établissements hospitaliers sont reléguées au rang d'exécutants plutôt que d'entrepreneurs.

Concernant le futur contrat de collaboration type « hôpitaux-médecins », il fut retenu au niveau du Conseil d'administration de constituer un groupe ad hoc / Task Force comprenant notamment plusieurs juristes en vue des réflexions à mener pour la négociation du futur contrat-type. Chaque Centre Hospitalier y sera représenté.



Communiqué de presse du 6 mars 2017

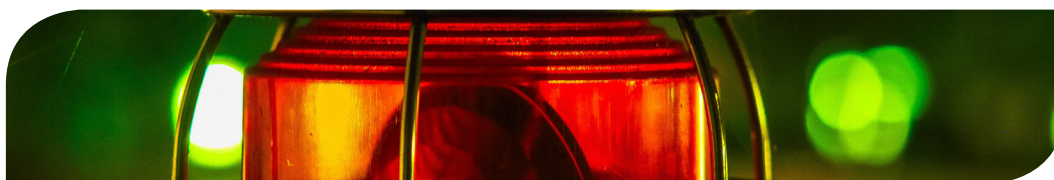
« Les hôpitaux sont des organisations complexes faisant réaliser des actes compliqués par des équipes pluridisciplinaires. Chacun des 4 grands ensembles hospitaliers compte en moyenne environ 2000 employés, 200 médecins hospitaliers et gère un budget d'environ 200 mio par an.

Pour être en mesure d'offrir des soins de qualité, tous les acteurs à l'intérieur de l'hôpital doivent coordonner et harmoniser leur travail respectif. Des études scientifiques ont montré qu'une grande majorité d'erreurs médicales relèvent d'une mauvaise organisation. Le fonctionnement de l'organisation hospitalière doit offrir aux patients des soins de qualité dans un environnement sûr.

L'organisation hospitalière est sujette à 4 contraintes essentielles : la qualité, la sécurité, la continuité des soins et le cadre économique, budgétaire. Cette considération est d'importance primordiale pour chaque patient s'adressant à l'hôpital et requiert des moyens importants 24h/24 ainsi qu'une organisation complexe. Le patient est en droit d'exiger le respect sans faille de cette organisation. Les directeurs d'hôpitaux exigent que le projet de loi no. 7056 relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière leur permette de garantir ce cadre et partant, d'assumer leurs responsabilités organisationnelles.

Ainsi, en gardant le patient au cœur de ses préoccupations, la FHL prend position par rapport aux discussions actuelles concernant le projet de loi. »

LES SERVICES D'URGENCE



Étude sur les services d'urgence

Problématique

- L'engorgement des urgences malgré une optimisation des processus de prise en charge ;
- L'insatisfaction des patients ;
- Le temps d'attente ;
- La croissance des plaintes ;
- L'agressivité ;
- L'insatisfaction du personnel médical et soignant ;
- La démotivation et le désistement des acteurs médicaux ;
- La diminution de la qualité de vie ;
- L'absentéisme et les demandes de mutation ;
- Les phénomènes de burn-out ;
- Les risques d'erreur ;
- Les dotations soignantes insuffisantes (la Commission des Normes n'ayant pas donné son aval pour parler cette problématique) ;
- Le financement médical inapproprié (disparités de rémunérations par ex. entre maisons médicales et

services de garde des urgences).

Étude sur les services d'urgence : pourquoi ?

- Cadre : 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, doit être garantie. Ceci inclut le droit à une information éclairée et la prise en charge des accompagnants ;
- Les négociations ayant eu lieu au niveau de la Commission des Normes s'étaient clôturées par un désaccord ;
- Les travaux du Ministère de la Santé relatifs au désengorgement des urgences n'avaient pas été concluants ;
- Nous étions face à un problème de santé publique ;
- Le sujet avait été médiatisé ;
- Il existait une volonté politique (Ministères de la Santé et de la Sé-

curité Sociale, Caisse Nationale de Santé) ;

- Une solution devait être proposée pour la prochaine Quadripartite ;
- Il s'agissait d'une volonté FHL/Hôpitaux ;
- Il fallait prévoir le financement des ressources (dont une norme de dotation pour juin 2017).

Élaboration du cahier des charges pour l'expert devant mener l'étude sur les services d'urgence

Afin de déterminer un cadre bien défini pour la réalisation de l'étude, il avait été décidé de réaliser un cahier des charges à destination de l'expert. La FHL avait mis en avant ses attentes et les résultats attendus :

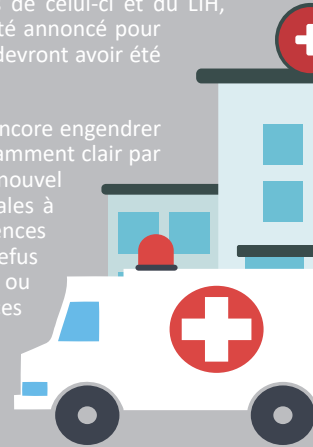
- Garantir un processus de prise en charge de haute qualité et de sécurité vis-à-vis du patient, des accompagnants et du personnel ;
- Démontrer la complexité de la prise en charge des patients et

Le Comité de Pilotage « Services d'urgence »

Le Conseil d'administration a suivi de près les travaux du Comité de pilotage « Services d'urgence ». Malgré deux rapports intermédiaires de la part de l'expert et énormément de ressources investies au niveau des établissements pour répondre aux sollicitudes de celui-ci et du LIH, aucune idée concrète n'a été développée en 2017. Un rapport final a été annoncé pour janvier 2018 tout en ne perdant pas de vue que les normes 2019/2020 devront avoir été finalisées pour avril 2018.

Il fut aussi rappelé que certains passages du nouveau texte pourraient encore engendrer des difficultés aux directions hospitalières en l'absence d'un cadre suffisamment clair par rapport au corps médical et en l'absence de moyens. Tel est le cas du nouvel article 45 relatif aux services d'urgence qui énonce des sanctions pénales à l'encontre des personnes responsables d'organiser le service des urgences d'un hôpital ou chargée de participer à cette organisation en cas de refus ou omission de prendre ou faire prendre tout ou partie des mesures ou dispositions nécessaires pour assurer le fonctionnement normal de ces services.

La FHL mettra donc tout en œuvre pour amener les organes de tutelle à accorder aux hôpitaux les moyens pour gérer correctement les urgences.



accompagnants par l'équipe médico-soignante et les équipes de support dans le respect des droits et devoirs des patients ;

- Bénéficier des ressources adéquates (équipe pluridisciplinaire, en temps utile, infrastructure, etc.) ;
- Mettre en place une norme de dotation pour juin 2017 ;
- Garantir à la population un droit d'accès équitable aux soins d'urgence

L'étude

Après validation du cahier des charges par le Comité de pilotage « Services d'urgence » (composé de représentants des Ministères de la Santé et de la Sécurité Sociale, de la Caisse Nationale de Santé MiSa, de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, des hôpitaux et des médecins urgentistes), les travaux ont débuté au mois d'avril 2017. Les experts désignés ont été Mme Marie-Lise Lair et la firme Unity. L'étude était supervisée par le Comité de Pilotage qui s'est réuni mensuellement jusqu'en fin décembre 2017. Les hôpitaux ont investi beaucoup de

ressources internes dans les préparatifs et les réunions de groupes de travail qui étaient au nombre de 9.

Les premières conclusions de l'étude et les principaux constats

Mi-décembre 2017 un rapport final préliminaire était discuté en Comité de Pilotage. Les Ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale ont présenté leurs visions des actions à privilégier sur base de ce rapport préliminaire lors d'une conférence de presse le 15 décembre 2017.

L'étude a tout d'abord dévoilé que la qualité de la prise en charge par les équipes médico-soignantes n'était pas remise en cause. Ensuite, l'étude a mis en avant que le Luxembourg offrait à sa population une organisation du système de santé, certes perfectible, mais capable de répondre aux sollicitations dans un délai qui demeure dans la moyenne de ce qui peut être observé dans d'autres pays européens. En effet, le délai moyen le plus élevé entre l'heure d'admission aux services d'urgence et l'heure de sortie après prise en charge médicale est de 3 h 49, soit en-dessous de la durée moyenne

de 4 heures constatée à l'étranger. Pour 75 % des sollicitations, la durée entre l'heure d'admission et l'heure de sortie est de 3 heures ou moins. Ce taux devrait être augmenté à 80 % pour correspondre aux références internationales.

Les Ministres ont indiqué qu'ils prenaient ce dossier très au sérieux. Il s'agit du droit fondamental de chaque citoyen d'avoir accès à des soins de qualité, surtout au moment où il en a le plus besoin. « Notre but à atteindre endéans les 2 prochaines années est de faire en sorte que la durée de présence du patient au service d'urgence, entre son admission et sa sortie, ne dépasse pas les 2,5 heures » ont annoncé les deux ministres.

Un autre constat a été que les services d'urgence du Luxembourg sont confrontés à un taux de sollicitation particulièrement élevé par rapport à l'étranger, ce qui impacte également les délais d'attente. 18,5% des sollicitations concernent des situations présentant un taux de gravité peu élevé.

75% des demandes sont traitées en moins de 3 heures

2h30 temps d'attente moyen visé pour 2020

Des mesures d'amélioration à court, moyen et long terme

Les Ministres ont précisé qu'il s'agissait maintenant de mettre en place à court terme tous les moyens afin d'assurer une prise en charge aussi rapide que possible du patient, dès son admission, par un meilleur triage et des instruments pour améliorer les informations au patient, ainsi qu'à ses proches. Mais aussi d'élaborer une stratégie afin d'améliorer davantage le fonctionnement des services d'urgence à moyen et long terme de manière durable.

À court terme, le ministère de la Santé mettra en place des campagnes d'information ciblées et régulières sur l'opportunité de solliciter les services d'urgence et les structures alternatives en place et élaborera une brochure d'information générale sur le système de santé luxembourgeois.

Le rôle du médecin traitant sera renforcé et valorisé, entre autres par la promotion des cabinets de groupe et par le lancement d'une application pour téléphone mobile permettant de localiser rapidement les cabinets médicaux qui sont ouverts dans l'entourage immédiat du patient.

A également été souligné l'importance de l'implication de toutes les parties prenantes, ainsi la réduction des délais d'attente dans les services d'urgence est une priorité qui est partagée par toutes les parties prenantes. L'étude permet de déceler les pistes les plus viables pour offrir

des soins de qualité dans les meilleurs délais lorsque les personnes en ont le plus besoin.

Les Ministres ont aussi rappelé les efforts déjà réalisés, notamment l'allocation d'un montant de 2 millions d'euros qui fut intégrée dans l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les années 2017 et 2018, permettant ainsi d'engager du personnel supplémentaire destiné spécifiquement aux services d'urgence.

Les Ministres ont conclu qu'il s'agissait maintenant de continuer sur cette voie joignant les efforts de tous les acteurs impliqués, y compris les partenaires sociaux – représentés au sein de la Caisse Nationale de Santé – et les autres ministères concernés.

L'implémentation de ces mesures d'amélioration constitue une des priorités de santé publique pour 2018. Ainsi, il a été prévu de débiter les travaux dès janvier 2018 ensemble avec tous les acteurs concernés.

Étude du fonctionnement des services d'urgence :

Volet I : <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2017/12/urgences/etude-urgences-synthese-volet-01.pdf>

Volet II : <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2017/12/urgences/etude-urgences-synthese-volet-02.pdf>

LES NÉGOCIATIONS CCT-FHL



Convention collective de travail FHL

Dans le cadre du renouvellement de la Convention collective de travail FHL (CCT-FHL), le Bureau du CA a mené de nombreuses concertations quant à l'état des négociations CCT et préparé les débats à mener en Conseil d'administration. Il a retenu de proposer à celui-ci une approche qui a consisté à prévoir de nouvelles carrières sans distinction entre employés administratifs/soignants, de mettre en suspens la revendication « rémunération par fonction » et de contenir les coûts au niveau des mesures transitoires.

Le sujet a fréquemment figuré à l'ordre du jour des réunions du Conseil d'administration et, dans ce contexte également, celui la revalorisation des carrières revendiquée par les syndicats. La réunion du Conseil d'administration du 22 mars 2017 a même été principalement dédiée à la thématique CCT.

Il a incombé à la Commission Stratégique GRH dans sa composition de délégation de négociation de mener les négociations sous la présidence

du président de la FHL. Un premier catalogue de revendications avait été échangé au printemps 2014, puis recommuniqué au printemps 2015. Une cinquantaine de réunions ont eu lieu.

Après une menace de grève bien concrète, les calculs relatifs à « l'Enveloppe Fonction Publique » ont pu être finalisés en 2017.

En ce qui concerne les différentes variantes envisageables au niveau de la méthodologie de calcul, l'assistance de l'IGSS a été appréciée (Memorandum of Understanding pour obtenir une garantie de financement), notamment dans le cadre des chiffrages spécifiques et très techniques à réaliser sur la revalorisation des carrières. Un accord a été trouvé, notamment grâce à l'intervention du Directeur de l'IGSS qui a réussi à convaincre les syndicats de la nécessité de considérer une période transitoire. Ceci prouve à suffisance que dans l'avenir les négociations avec les syndicats pour le renouvellement de la CCT ne pour-

ront se faire qu'en présence d'un représentant de l'Etat.

Il a également été retenu que le volet de l'organisation du temps de travail serait intégré au niveau d'une commission paritaire avec pour mission d'arriver à un accord en 2018 (30 juin 2018).

Le protocole d'accord CCT FHL a finalement été signé en date du mercredi, 21 juin 2017 (Renouvellement sur une durée de 3 ans – jusqu'au 30 juin 2020). Un deuxième accord actera une reconduction pure et simple pour couvrir la période du 1er juillet 2015 au 30 juin 2017.

Le renouvellement de la Convention Collective comporte deux aspects :

- Le premier est la transposition des deux accords salariaux conclus entre le syndicat des fonctionnaires et le Ministre de la fonction publique et concerne la valeur du point ainsi que deux primes uniques. Ceci a été et sera transposé dans les hôpitaux de la façon

suivante :

- En juillet 2017, augmentation rétroactive au 1er janvier 2017 de 2,2% sur la valeur du point qui a nécessité un recalcul de tous les éléments de la rémunération depuis janvier 2017 et dont vous avez vu le résultat sur les bulletins de salaires de juillet 2017 (nombreuses lignes additionnelles).

- En novembre 2017, application rétroactive de l'augmentation de la valeur du point et prise en compte des primes uniques décidées pour la Fonction Publique. Vous toucherez ainsi 3 primes uniques

- Prime unique de 0,9% sur 2014

- Prime unique de 2,2% sur 2015 (rétroactivité valeur du point)

- Prime unique de 3,2% sur 2016 (rétroactivité valeur du point et prime unique de 1%)

Ces différentes primes uniques vous seront versées avec le salaire de novembre 2017. Elles seront calculées sur base de la rémunération brute que vous avez touchée de la part de votre employeur.

Elles seront considérées comme un revenu non périodique pour les cotisations sociales mais bénéficieront du taux d'imposition pour revenus extraordinaires.

- Le second aspect est la transposition de la refonte de toutes les carrières de la Fonction Publique, ainsi que d'une revalorisation de certaines professions dont les professions de la Santé. Avec cette revalorisation, le traitement des fonctionnaires a été adapté au niveau des études conduisant au diplôme et donc à l'autorisation d'exercice dans ces professions.

Ces diplômes homologués par le Ministère de l'Éducation Nationale sont par ailleurs repris dans les directives européennes permettant la libre circulation.

Les principes suivants ont été retenus :

- Simplification des grilles : 10 carrières au lieu de 16, intégrant une carrière universitaire,

- Reconnaissance de la valeur des diplômes, sans différenciation, au niveau du nombre de points, entre administratifs, soignants et ouvriers,

- Prise en compte des aides-soignants et sages-femmes non reprises par la Réforme de la Fonction Publique,

- Abolition des carrières « ouvriers » et augmentation de la carrière ouvrière la moins élevée,

- Calculs réalisés sur base d'une vie professionnelle entière – nouvelles carrières en équilibre avec les anciennes carrières, seules les carrières revalorisées étant plus favorables.

Nous avons ainsi réalisé une redistribution des fonds générés par les carrières soignantes de la Fonction Publique aux soignants FHL dont le diplôme n'avait pas été reconnu jusqu'ici.

Il ne s'agit donc pas d'une revalorisation généralisée pour tous les salariés, ni d'une augmentation linéaire mais d'une simple reconnaissance de diplômes.

Les diplômes ayant déjà bénéficié d'une reconnaissance sous l'ancienne CCT ne bénéficient d'aucune revalorisation.

Des mesures transitoires ont été prévues, comme il en a été pour les fonctionnaires.

Concrètement, les nouvelles carrières seront mises en œuvre au 1er octobre 2017 et les règles suivantes seront appliquées :

- Le principe est que le nombre de points actuel soit la valeur de référence pour opérer le classement à l'échelon en nombre de points immédiatement supérieur dans la

nouvelle carrière.

- Au cas où un changement de biennale est prévu au 1er octobre, il sera appliqué avant d'effectuer le classement dans la nouvelle carrière. Il s'ensuit que l'anniversaire d'échéance des biennales n'est pas modifié par ces changements de carrières.

- Une nouvelle fiche de carrière vous sera adressée, laquelle ne reprendra que l'évolution future. Il n'y aura pas de recalcul de carrière.

- Pour les carrières dites universitaires dorénavant classées en CA10 ou CS10, le classement se fait à l'échelon en valeur égale ou immédiatement supérieur. La possession d'un diplôme de type Master n'entraîne aucune automaticité dans le classement dans ces 2 dernières. La fonction et le niveau de diplôme requis tels que publiés constituent les références.

- Pour les salariés ayant atteint le dernier échelon de leur ancienne carrière, le nombre d'échelons passés en fin de carrière dans l'ancienne carrière sera rajouté à l'échelon obtenu suivant la règle de classement à l'échelon immédiatement supérieur.

Par ailleurs, il a été adressé une fiche renseignant l'état des différents compteurs en heures au 30 septembre 2017. Le principe de récupération de ces heures n'est pas modifié. Seul leur paiement, s'il intervient, sera effectué au taux du 30 septembre 2017.

Enfin, une augmentation de la valeur du point de 1,5% au 1er janvier 2018 est conditionnée au vote d'une loi. Si ceci se réalise, des calculs rétroactifs au 1er janvier 2018 seront effectués en temps utile.



CERTIFICATION ISO 9001 : 2015 DE LA CELLULE PHYSIQUE MÉDICALE DE LA FHL



ISO 9001:2015

La Cellule de Physique Médicale (CPM) de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois a obtenu en avril 2017 la certification ISO 9001 : 2015. La cellule existe depuis 2002 et est à présent composée de cinq Experts en Physique Médicale (EPM), et d'un Assistant Technique Médical en radiologie (ATM). Les compétences de la cellule couvrent tous les domaines médicaux utilisant les rayonnements ionisants sur les patients, c'est-à-dire la radiologie conventionnelle, interventionnelle et la médecine nucléaire, ainsi que les rayonnements non ionisants comme l'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique). La mission et



activité principale de la cellule est de mettre en œuvre et de procéder aux contrôles qualité selon un programme d'assurance qualité conformément au Règlement grand-ducal du 16 mars 2001.

La norme ISO 9001 : 2015 a été choisie par la CPM comme un outil d'amélioration continue, une optimisation des performances et une standardisation du travail. Le suivi réglementaire et scientifique, l'harmonisation et l'évaluation des pratiques, la satisfaction des clients et la maîtrise des risques et des non-conformités sont quelques points forts de ce système de management par la qualité (SMQ). Un suivi régulier des indicateurs de qualité et d'activité permet d'assurer la bonne conduite et la fiabilité de la CPM, d'autant plus que la certification est à réévaluer et à renouveler annuellement.

Le premier défi de la CPM est de certifier le processus de contrôle de qualité des appareils d'imagerie médicale, ainsi que tous les processus

de support (gestion des ressources humaines, gestion des équipements, gestion de l'informatique, achats, maîtrise des documents, veille scientifique, infrastructure). Les processus d'amélioration et de pilotage sont réussis. La norme ISO 9001 : 2015 assure le développement d'un mode de fonctionnement de la CPM cohérent et orienté besoins et obligations réglementaires. Dans un second temps la CPM entamera sa démarche d'accréditation des autres processus de réalisation relatifs à son activité, notamment la radioprotection du patient, du personnel et de la population ainsi que la formation continue du personnel.





NOS INSTANCES DE GOUVERNANCE

LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES



Assemblée Générale Ordinaire du 27 juin 2017



Lors de son allocution d'introduction, Monsieur Paul Junck, Président de la FHL, a rappelé les faits marquants des derniers mois et des dernières semaines, c'est-à-dire principalement les travaux autour du projet de loi n° 7056 relatif aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière et aussi les travaux qui ont abouti au renouvellement de la convention collective de travail FHL avec la signature d'un protocole d'accord le 21 juin 2017.

Le procès-verbal de l'AGE du 6 décembre 2016 a ensuite été approuvé et le Secrétaire Général a exposé le rapport d'activité 2016 qui a aussi été remis sous format papier aux membres de l'assistance. Un nouveau layout ainsi qu'une nouvelle structuration ont été choisis.

La Conseillère économique a présenté les comptes annuels 2016 et le rapport des réviseurs d'entreprise. Les comptes 2016 ont été approuvés et décharge fut donnée aux membres du Conseil d'administration ainsi qu'aux réviseurs, ceci à

l'unanimité des membres présents et représentés.

La Conseillère économique a aussi exposé les éléments essentiels en lien avec le budget rectifié 2017-2018 sur base d'une présentation PowerPoint. Après quoi, le budget rectifié tel que présenté a été approuvé à l'unanimité des membres présents et représentés.

Le dernier point qui figurait à l'ordre du jour était la nomination et/ou la

prolongation d'administrateurs effectifs et suppléants. Le tableau de la composition du Conseil d'administration a été mis à jour en ce sens. Il convient de relever que le mandat de Monsieur Paul Junck, Président du Conseil d'administration, a été prolongé pour une nouvelle période de 4 années (2017-2021).

A la clôture de l'Assemblée Générale, l'assistance a été invitée à un verre de l'amitié à l'occasion duquel les membres du Conseil d'administration ayant quitté leurs fonctions au cours de l'année écoulée ont été honorés.

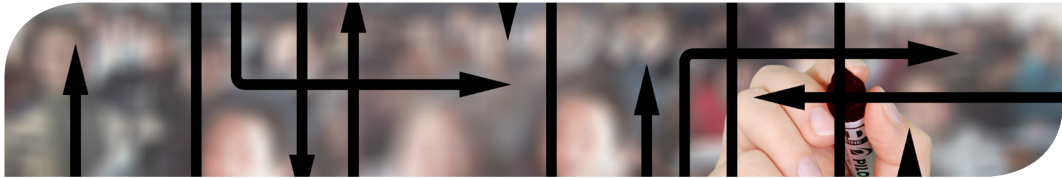


Assemblée Générale Extraordinaire

Une Assemblée Générale Extraordinaire avait été programmée pour décembre 2017 afin de procéder à une adaptation budgétaire 2017-2018. Il a finalement été retenu de ne pas la tenir mais de se limiter à la seule AGO en 2017, les éléments nécessaires pour un nouvel aval de budget rectifié n'ayant pas été donnés.



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION



Présentation et Travaux

Président : M. Paul Junck

Vice-Président : Dr Marc Graas

La FHL compte actuellement 16 membres, incluant 4 centres hospitaliers régionaux, 1 hôpital général, 3 centres nationaux (radiothérapie, chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle, rééducation fonctionnelle et réadaptation) et 4 établissements spécialisés (gynécologie-obstétrique, psychiatrie, moyen séjour) avec un total de 2621 lits de soins aigus et de moyen séjour pour un pays d'une surface de 2.586 km² avec une population de +/- 500.000 habitants auxquels s'ajoutent journalièrement +/- 150.000 frontaliers.

2017 en bref

Nombre de réunions : 9

2 nouveaux membres en 2017 :

- Dr Claude Schummer, nouveau Directeur Général des Hôpitaux Robert Schuman (HRS)
- Le CA a compté Mme Joséphine

Zoccolo comme nouveau membre suppléant du CA, sans droit de vote en attendant une prochaine AG qui officialisera la situation (en 2018).

Travaux

Les travaux du Conseil d'Administration courant 2017 furent principalement axés sur les thématiques suivantes (voir aussi les faits marquants développés ci-avant) :

- La loi hospitalière
- La documentation hospitalière
- La Convention collective de travail FHL
- Litiges budgétaires 2017/2018

3 litiges ont été déclarés : HRS, HIS et CHEM. Une saisine de la Commission des budgets FHL/CNS a toutefois pu être évitée, des accords étant finalement intervenus en amont avec la CNS.

- Le fonctionnement des Commissions paritaires FHL/CNS

Les représentants de la FHL qui siègent au niveau des différentes

commissions paritaires FHL/CNS ont éprouvé de plus en plus de difficultés pour faire avancer les travaux de manière constructive. Il fut constaté que le problème est plus particulièrement lié au fait que les représentants de la CNS viennent en réunions sans avoir de mandats clairs et précis de leur Comité directeur. Quant aux représentants des partenaires sociaux, ils n'assistent pour ainsi dire jamais aux réunions. Le Conseil d'administration a donc décidé de réagir, la situation étant devenue ingérable tant d'un point de vue calendrier que d'un point de vue « missions FHL ». Une réunion au sommet FHL/CNS a été organisée afin de tenter de débloquer la situation.

- Les services d'urgence
- Les demandes budgétaires en vue de l'acquisition d'IRM supplémentaires :

Le Conseil d'administration a suivi de près les discussions menées au niveau de la CTI-mdt en vue de l'acquisition d'IRM supplémentaires et le volte-face de la CNS, son Comité

Composition du Conseil d'Administration

	Etablissement	Membre effectif		Durée	Membre suppléant		Durée
		Prénom	Nom		Prénom	Nom	
1.	CHL	Monique	BIRKEL	2014-2018	Alain	ALBRECHT	2017-2021
2.	CHL	Romain	NATI	2017-2021	Martine	GOERGEN	2017-2021
3.	CHL	Jean-Paul	FREICHEL	2015-2019	Pierre	LAVANDIER	2015-2019
4.	CHEM	Claude	BIRGEN	2015-2019	Patrizia	ASCANI	2015-2019
5.	CHEM	Michel	NATHAN	2015-2019	Daniel	CARDAO	2015-2019
6.	CHEM	Serge	HAAG	2014-2018	Josiane	TOZZI	2014-2018
7.	HRS	Claude	SCHUMMER	2017-2021	Gunar	JAMROS	2015-2019
8.	HRS	Christian	OBERLE	2016-2020	Gregor	BAERTZ	2017-2021
9.	HRS	Marc	SCHLIM	2016-2020	-----	-----	2017-2021
10.	CHdN	Georges	BASSING	2014-2018	Marcel	BAULER	2015-2019
11.	CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	2015-2019	-----	-----	2017-2021
12.	CHdN	René	HAAGEN	2015-2019	Nathalie	CHOJNACKI	2014-2018
13.	CHNP	Marc	GRAAS	2015-2019	Frank	GANSEN	2017-2021
14.	HIS	Luc	GINDT	2015-2019	Fabienne	VALET	2016-2020
15.	CFB	Michel	UNTEREINER	2014-2018	Gilles	SOMMERHALTER	2016-2020
16.	INCCI	Arnaud	CHARPENTIER	2016-2020	-----	-----	2017-2021
17.	CNRFR	Anja	DEKANT-HÜBNER	2015-2019	-----	-----	2017-2021

directeur étant revenu sur l'accord intervenu au niveau de la CTI-mdt.

- Préparation des réunions des Comités de Quadripartie
- Organisations de réunions au Sommet (Ministre de la Santé, Président de la CNS)

Le Conseil d'administration a aussi donné un aval sur les points suivants:

- Les contrats d'objectifs et de moyens 2017-2018, finalisés pour les volets « Achats en commun », « Informatique » et « Physique médicale » ont été avalisés par le Conseil d'administration.
- La finalisation d'un avis FHL concernant les hélistations (mars 2017).
- Une prise de position concernant l'accès des médecins n'exerçant

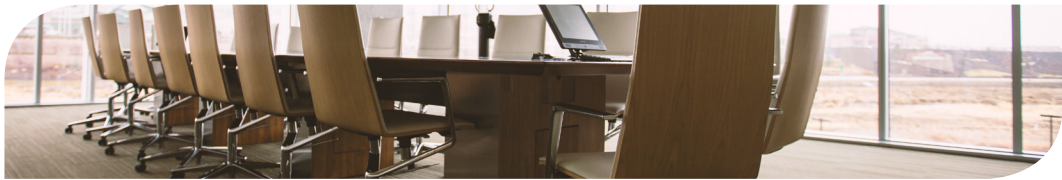
plus à l'hôpital au volet médical du dossier du patient hospitalisé.

- Une prise de position « Collection Plan Cancer » et organisation de réunions avec des représentants de l'IBBL en vue d'une analyse commune des points pratiques à solutionner.
- Une nouvelle composition de la délégation FHL à la CPH : M. Christian Oberlé remplace Dr Paul Wirtgen, membre suppléant.
- Achat commun : Extension des délégations de compétence au Secrétaire Général. Plusieurs délégations de compétence pour de nouveaux marchés ou des prolongations de marchés ont été actées courant 2017.
- La validation du programme IQ, module 2017.
- Une intervention auprès de la CNS pour une modification des statuts de la CNS à cause d'un nombre

exagéré de refus de prise en charge « rééducation » de patients du CNRFR et du HIS.

- Validation de la participation de la FHL comme membre fondateur du LMVO (Luxembourg Medicines Verification Organisation).
- Un avis concernant le projet de règlement grand-ducal relatif à la radioprotection.
- La désignation du Dr Marc Graas pour représenter la FHL au sein de la Conférence Européenne de Psychiatrie.
- Une prise de position relative au projet de règlement grand-ducal précisant les modalités et conditions de mise en place du Dossier de Soins Partagé (un avis y relatif sera finalisé en 2018).

LE BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Présentation

Le Bureau est composé comme suit:

- Le Président du Conseil d'Administration,
- Les directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux et hôpital général tels que repris dans le plan hospitalier,
- Un directeur général d'un établissement hospitalier spécialisé tel que repris dans le plan hospitalier et représentant les établissements hospitaliers spécialisés.

Les membres du Bureau doivent avoir la qualité d'administrateur effectif. Participent également aux réunions du Bureau à titre d'invités:

- Le Vice-Président,
- Les coordinateurs des plateformes (médicale, soins, administrative et financière),
- Le Secrétaire Général.

Les plateformes des directeurs

Les directions médicales, soignantes et administratives-financières des établissements hospitaliers constituent pour leurs domaines respectifs des plateformes de concertation sur des sujets d'intérêt commun. Les trois plateformes PF-DM (plateforme des directeurs médicaux), PF-DS (plateforme des directeurs soins) et PF-DAF (plateforme des directeurs administratifs et financiers) préparent, organisent et coordonnent les travaux pour le Bureau et pour le Conseil d'Administration dans leurs domaines d'activité respectifs et en assurent le suivi. L'activité de chaque plateforme est pilotée par un coordinateur choisi parmi les membres effectifs du Conseil d'Administration. Les travaux des commissions et des groupes de travail de la FHL sont supervisés par les plateformes des directeurs en considération de leurs domaines d'activités. Certaines commissions sont supervisées par plusieurs plateformes en raison de la nature mixte de leur activité.

2017 en bref

Nombre de réunions : 15

Travaux

- La loi hospitalière
- Réflexions en vue d'une stratégie commune pour une implémentation du projet de documentation et de classification des séjours hospitaliers
 - Il fut retenu que la FHL suivra de près l'évolution des travaux au niveau du Comité de pilotage et n'écartera pas d'emblée l'éventualité de mettre en place en son sein un service y relatif, ce qui lui permettrait d'être plus participatif avec un rôle proactif.
 - Le workshop du 21 août 2017 pour clarifier la question des conséquences pour les médecins qui ne respecteraient pas de manière systématique les dispositions de la convention CNS-AMMD en matière de codage a été préparé et suivi en réunion du Bureau du CA.

- Le Bureau du CA a œuvré pour l'envoi d'une lettre à la Ministre de la Santé ainsi qu'à la Présidente de la Commission de la Santé, de l'Egalité des Chances et des Sports pour rappeler les soucis de la FHL face au constat lié aux difficultés recensées. Cette lettre a été complétée par des prises de position relatives aux amendements 18, 24, 25 et 28 du projet de loi n° 7056 (en sus de la prise de position relative à l'amendement 31).

■ La CCT-FHL

- Revendication des pharmaciens hospitaliers, des biologistes et des experts en physique médicale pour la reconnaissance de carrières universitaires spécifiques les concernant

- Le Bureau du Conseil d'administration a retenu de procéder à un « fact finding » à ce propos.

■ Préparation et suivi des réunions « Quadripartite »

■ Réunion avec Deloitte concernant la Cyber-sécurité

- De nos jours de plus en plus de dossiers sont interconnectés et de plus en plus vulnérables à des attaques. D'un autre côté, le nouveau règlement communautaire GDPR ouvre une nouvelle voie pour assurer la protection des données. Il convient de sensibiliser tous les acteurs concernés à ce sujet et de prendre les mesures qui s'imposent, ceci à tous les niveaux. Le secteur de la Santé arrive en tête au niveau des attaques subies.

Préparation de la visite du Professeur Hirobumi Kawakita, Président du « Japan Council for Quality Health Care » le 6 octobre 2017

- Présentation de la nouvelle association « Luxembourg Medicines Verification Organisation » (LMVO) au Bureau du CA le 21 septembre 2017

- Monsieur Hendrik Kühne, Secrétaire Général de l'APL (futur directeur du LMVO) et Monsieur Jan Janssens, futur Président de la LMVO. Messieurs Kühne et Janssens ont exposé l'objet de la création de la LMVO via une présentation PowerPoint. L'intérêt de la constitution de la LMVO avec la FHL comme un des membres fondateurs fut bien compris. La FHL travaillera main dans la main avec l'Association des Pharmaciens Hospitaliers Luxembourgeois (APHL) qui est également membre fondateur sur ce dossier. Les obligations financières de la FHL seront limitées à +/- 900 Euros par an.

■ Recrutement EPM :

- Suite à un congé pour longue maladie, il fut nécessaire de recruter au niveau de la Cellule de Physique Médicale de la FHL un expert en physique médicale sous contrat CDD. Le Bureau du CA a marqué son accord pour procéder ainsi.

■ IRM :

Décision de rédiger un courrier à l'attention des Ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale par rapport à la situation de blocage devenue intenable. La FHL avait déjà adressé le 16 mars 2017 un dossier complet sur le sujet des IRM à Monsieur Paul Schmit, Président de la CNS. La FHL a exprimé son soutien pour débloquent rapidement la situation. Malgré les promesses verbales des organismes de tutelle, la FHL a rappelé dans sa lettre la nécessité de tenir compte de tous les éléments du dossier, y compris les frais liés à l'installation de ces équipements supplémentaires. Il fut rappelé dans ce contexte que les quatre centres hospitaliers avaient remis leurs projets d'investissements mobiliers et immobiliers respectifs mais au jour de l'envoi de la lettre ils n'avaient pas encore été traités au niveau de la Commission Permanente du Secteur Hospitalier (CPH).

- Préparation et suivi de la réunion du 10 novembre 2017 au Ministère de l'Intérieur en vue de l'entrée en vigueur de la loi portant création de la sécurité civile (CGDIS) :

- Mise en application de conventions entre le CGDIS et les établissements hospitaliers concernant le SAMU. Ces conventions seront basées sur une convention-type qui sera négociée entre la FHL et le Ministère de l'Intérieur. Le Bureau du CA a désigné les Plateformes des Directeurs des Soins (PF-DS) et des Directeurs Médicaux (PF-DM) pour procéder à une analyse plus poussée des points à surveiller. La PF-DM devra aussi se pencher sur la situation concernant la problématique des transports secondaires médicalisés.

■ Mise en conformité des locaux de la FHL

- Suite au départ de Luxith des locaux de la FHL, il fut décidé de réaliser la mise en conformité des locaux du SIST-FHL ainsi que d'apporter des améliorations aux locaux de la FHL (agrandissement du secrétariat et création d'une salle de réunion supplémentaire).

■ Réunions du Bureau du CA

- Décision de faire débiter les réunions du Bureau du CA à partir de 17 heures en 2018.

PLATEFORME DES DIRECTEURS DES SOINS



PF-DS

2017 en bref

7 réunions en 2017

Travaux

Travaux en relation avec la Commission des Normes

La PF-DS a piloté les travaux dans son domaine et géré des groupes de travail internes dans le cadre du planning défini des normes à réviser ou développer pour les budgets hospitaliers 2019/2020.

Enquête du Ministère du Développement durable concernant les blessés graves de la route selon MAIS 3+

La PF-DS a fourni les données sous rubrique au MDDI. Les données sont issues des bases de données des 4 Centres Hospitaliers participant tous au Traumaregister de la DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie).


Travaux de révision des attributions de l'infirmier

La PF-DS a débuté ses travaux autour de la révision des attributions de l'infirmier. En effet les attributions actuelles datent de 1998 et nécessitent une mise à jour fondamentale par rapport aux évolutions de la profession et des modèles de prise en charge en considération d'une collaboration multidisciplinaire qui se développe constamment et qui nécessite que l'infirmier dispose des moyens nécessaires au niveau de ses attributions pour jouer le rôle charnière qui lui revient.

Travaux sur la fonction de cadre du département des soins :

La PF-DS a entamé des discussions et des travaux sur la fonction du cadre du département des soins afin de disposer dans le futur d'un profil de compétences en adéquation avec l'évolution de cette fonction. Les tendances d'évolution du métier peuvent être résumées comme suit :

- Les facteurs-clés à moyen terme qui ont des conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences ;
- Le développement du travail en binôme avec le corps médical et son représentant ;
- Le développement de la visibilité et de l'attractivité interne et externe des prestations de soins de son unité ;
- Le renforcement des contraintes juridiques et réglementaires ;
- L'acquisition de connaissances juridiques (droit des patients) ;
- Le regroupement d'activités par pôle et fonctionnement interprofessionnel
- Les nouveaux modes de management partagé (médical, soignant, administratif) ;
- L'augmentation de la connaissance interprofessionnelle ;
- Le développement des compétences économiques et financières ;
- Les évolutions technologiques



Présentation de la plateforme des directeurs des soins

La PF-DS est constituée de l'ensemble des Directeurs des Soins des établissements hospitaliers membres de la FHL. Les missions principales qui se concrétisent par des actions proactives et réactives sont notamment la préparation des réunions du Conseil d'Administration, du Bureau du CA et des commissions paritaires FHL/CNS (Commission des Normes, Commission d'Évaluation, etc.).

La PF-DS élabore des projets spécifiques en relation avec les rôles et missions des Directeurs des Soins notamment au niveau de sujets relatifs au management, à la gestion des départements des soins et aux métiers des professions de santé.

La PF-DS émet des avis sur des thématiques actuelles tant au niveau législatif que réglementaire et conventionnel.

La gestion de la PF-DS est assurée conjointement par un coordinateur élu parmi les membres de la PF-DS, actuellement Monsieur Marc Schlim, et le conseiller soins – normes et qualité, Monsieur Sylvain Vitali. Le coordinateur de la PF-DS est membre invité du Bureau du Conseil d'Administration de la FHL.

des équipements, des matériels et des pratiques ;

- L'évolution des professions de soins dans le cadre des transferts d'activité et de compétence.

Ces tendances peuvent avoir un impact sur l'évolution des activités du cadre et de ses compétences :

- Nouveau mode de management axé sur le développement de la compétence de codécision.
- Augmentation de la connaissance interprofessionnelle.
- Développement des compétences économiques et financières.
- Acquisition d'une compétence managériale assurant la productivité, la compétitivité et la rentabilité de son unité.
- Attention accrue sur l'application des protocoles et la traçabilité des activités.
- Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge, des profils de postes et des responsabilités au sein des équipes.
- Veille sur les évolutions techniques, nécessité de formation continue sur les nouveaux matériels.

PLATEFORME DES DIRECTEURS MÉDICAUX



PF-DM

2017 en bref

5 réunions en 2017.

Travaux

Pertinence et justification des prescriptions pour l'imagerie médicale.

La PF-DM s'est prononcée par rapport à la réalisation d'un audit de la conformité des prescriptions d'exams d'imagerie médicale à 2 volets (Volet A : Audit de la conformité formelle des ordonnances médicales et volet B : Plan d'action pour la mise en place de recommandations de prescriptions en imagerie médicale (la pertinence des prescriptions)). Il fut notamment retenu de s'inspirer du formulaire standardisé national pour les demandes radiologiques réalisé par le groupe « Carnet Radiologique » qui sera étudié avant de la proposer à la CNS comme modèle à appliquer pour tout le pays. Le volet « pertinence des indications » sera à discuter dans un deuxième temps.

Prise de position et recherche d'une solution par rapport aux difficultés d'utilisation du logiciel 3M pour la documentation médicale suite au constat d'incohérences par rapport à un relevé de l'état de santé de la population luxembourgeoise

Il fut constaté que certaines données ne pouvaient être encodées car le logiciel générait de fausses statistiques. S'il y a trop de disparités dans le codage, il ne sera pas possible de procéder à des comparatifs. Les formations gérées par la CNS n'ont pas permis d'avancer sur ce point. Le programme 3M est paramétrable mais il va falloir le paramétrer correctement. Il fut retenu d'aborder ce problème avec l'expert Müller lorsqu'il ferait le tour des établissements.

Prise de contact de Trauerwee a.s.b.l. avec la FHL

Les représentants de Trauerwee souhaitant faire connaître davantage leur a.s.b.l. et sensibiliser le personnel de santé et le secteur


hospitalier à leurs missions, il fut retenu de contacter le groupe des psychologues hospitaliers qui se réunissent régulièrement à la FHL pour organiser ensemble une entrevue avec les représentants de cette association (courant 2017).



Dans le cadre de ses activités de suivi de la Cellule de Physique Médicale de la FHL, la PF-DM s'est penchée sur le projet DACS-FHL (contrôle de dose)

Dans sa lettre du 28 avril 2017 le CHL avait demandé à ce que le projet soit rediscuté d'un point de vue fonctionnel en considérant une intégration dans une architecture eSanté. Dans sa lettre du 16 juin 2017 le CHL a listé un certain nombre d'éléments à considérer/clarifier tout en

Présentation de la plateforme des directeurs médicaux



La plateforme des directeurs médicaux (PF-DM) est une structure essentielle de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois dans le cadre de sa nouvelle gouvernance. Une implication adéquate du corps médical dans les actions stratégiques et pratiques à mener est une des priorités de la FHL qui souhaite consolider les efforts déjà réalisés à ce niveau et progresser avec des acteurs médecins décideurs et responsables.

La plateforme des directeurs médicaux mise sur la multidisciplinarité et travaille de concert avec les autres structures stratégiques de la FHL, en particulier le Bureau du Conseil d'administration et la plateforme des directeurs des soins (PF-DS) ainsi que la plateforme des directeurs administratifs et financiers (PF-DAF).

La plateforme des directeurs médicaux organise régulièrement des réunions de travail avec les présidents des Conseils médicaux des hôpitaux qui sont des partenaires privilégiés pour le suivi des actions et des dossiers à gérer. La plateforme des directeurs médicaux est actuellement coordonnée par Monsieur le Docteur Claude Birgen, directeur médical du Centre Hospitalier Emile Mayrisch. Le coordinateur de la PF-DM est membre invité du Bureau du Conseil d'Administration de la FHL.

concluant qu'il souhaitait participer activement à ce projet dans le respect d'une méthodologie qui permettra d'en garantir sa réussite. Sur proposition du CHL il fut retenu de transcrire le cahier des charges en matrice lequel fut soumis aux 4 ou 5 fournisseurs de produits susceptibles d'apporter un nouvel outil, afin de clôturer la prospection de marché et de permettre de bien comparer les différentes solutions possibles. Le groupe de travail ad hoc a été réactivé en ce sens. En parallèle une analyse plus poussée a été réalisée concernant le volet « Protection des données ».

Entrevue avec les représentants de l'IBBL pour débattre des aspects spécifiques pour les hôpitaux dans le cadre du plan collection cancer

Après que l'IBBL ait expliqué le cadre du projet « Collection Plan Cancer », les discussions ont tourné autour des conventions à conclure avec les hôpitaux et le LNS pour la mise en place d'une thumorotheque ainsi qu'autour des volets « responsabilité » et « budget ». Les médecins et les soignants devront être impliqués.

Entrevue avec Maître Patrick Goergen de la firme MEOPIN concernant son projet de mettre en place un outil de type Tripadvisor – Santé.

L'objectif de l'outil développé par MEOPIN est de trouver rapidement des réponses à des questions courantes, comme par exemple « où trouver le médecin adéquat et pour quoi? ». En sus des rendez-vous en ligne, il sera alors aussi possible de réaliser des évaluations des différents prestataires. MEOPIN recherche un partenariat avec les prestataires pour un résultat WIN-WIN. Cela permettra aussi d'augmenter la vocation du Luxembourg comme hub pour les nouvelles des technologies. Actuellement MEOPIN a pour vocation de couvrir uniquement l'aspect "perception des patients", "satisfaction ou non" des patients envers les prestataires (1 à 5 étoiles: 1 = mauvais ; 5 = excellent ; des cotations décimales sont possibles – 0,1 à 0,9). Le service sera gratuit pour les patients avec deux niveaux : une fonction « outil de recherche » et une fonction « lecture d'articles généraux ». Si un rendez-vous est pris en ligne, le patient

devra s'enregistrer avec un code, une adresse e-mail. Sinon il ne pourra pas écrire de commentaires. Pour les hôpitaux, le service sera payant > abonnements de 78€ à 158€/mois (prix gradués). Cela permettra aux hôpitaux et aux prestataires d'apparaître sur le site. La PF-DM a fait remarquer à Maître Goergen qu'il est parfois très difficile de rester objectif. Quels seront les critères à considérer ? Qui va juger de ce qui est publiable ou non ? C'est une question de nuances. Et qu'en est-il de la concurrence avec DOCTENA ? Il fut globalement retenu en PF-DM que le projet sera suivi de près et avec l'esprit critique qui s'impose tout en sachant que les projets liés à la digitalisation s'invitent de plus en plus dans tous les domaines de la société.

Prise de position par rapport au projet de règlement grand-ducal « mise en place du DSP »

La phase pilote a permis de tester le projet sur une population de quelque 40.000 personnes. Avec l'entrée en vigueur du nouveau règlement grand-ducal, ce seront près de 700.000 personnes qu'il faudra

considérer. Il s'agit donc d'un projet ambitieux pour la population protégée au niveau de notre système de Santé et il va sans dire que sa mise en place relèvera d'un niveau de complexité non négligeable. Il fut retenu de rédiger un avis FHL qui reprendra les considérations de la PF-DM, les éventuelles remarques des DPO des établissements pouvant aussi y être intégrées. Après avoir été gardé en suspens en 2017, l'avis de la FHL a été officialisé en 2018.

La PF-DM a approuvé le projet de visite du BlueHealth Innovation Center à Genk en Belgique.

La visite, initialement programmée pour novembre 2017, a finalement eu lieu le 2 février 2018.



PLATEFORME DES DIRECTEURS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS



PF-DAF

2017 en bref

Nombre de réunions : 15

Travaux

- Loi hospitalière
- Accord CCT FHL
 - Impact financier revalorisation des carrières.
 - Budgets 2017/2018
 - Suivi des négociations (lien Finances)
- Mutualisations
- Contrats d'objectifs et de moyens (lien Finances)
- Cahier des charges (à la convention cadre)
 - Document de travail proposé par la CNS
- Calcul du coût par patient
 - Cahier des charges pour nou-

velle mission préparé par la CNS/ KPMG (première réunion en 2018)

- Documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH) (lien Finances)
- Normes administratives + Normes sécurité (Préposé/Travailleur désigné) (lien Normes)
- Programme IQ (lien Qualité)
 - Programme IQ 2017 ;
 - Programme IQ 2016 : classification uniforme des dispositifs médicaux ;
 - Programme IQ 2015 : Enregistrement nominatif des articles chers ;
 - Programme IQ 2014/2015: module efficience.
- Nouvelles entités fonctionnelles « Places de surveillance » / création EF « médicaments chers »

■ Article 74 du Code de la Sécurité Sociale : données transmises par la CNS; (lien Finances)

- Enveloppes d'investissement (lien Finances)
 - Déploiement du dossier patient informatisé ;
 - Les principes de financement des projets d'investissements ;
 - CFIN.

■ Taux de TVA pour « matériel hospitalier »

■ Projet Hélistation

■ RCAM

- Système tarifaire
- Demande d'activation de la commission technique

■ Comptes et budget FHL

■ Accès des hôpitaux aux données de la CNS et du CCSS (RA, PEN2 et

Présentation de la Plateforme est constituée des Directeurs Administratifs et Financiers



La Plateforme est constituée des Directeurs Administratifs et Financiers des établissements hospitaliers membres de la FHL. La Plate-forme a pour mission de coordonner les actions des directions administratives et financières des membres de la fédération, de préparer les actions communes et d'en réaliser le suivi. Les actions portent principalement sur les questions budgétaires et financières et les domaines opérationnels tels que l'achat, l'informatique et la logistique.

La Plate-forme formule régulièrement des avis notamment sur les modifications législatives, réglementaires et conventionnelles ainsi que les normes de personnel.

La gestion de la PF-DAF est assurée conjointement par un coordinateur élu parmi les membres de la PF-DAF, actuellement Monsieur Jean-Paul Freichel et par le conseiller économique, Madame Laure Pellerin. Le coordinateur de la PF-DAF est membre invité du bureau du Conseil d'Administration de la FHL.

API)

■ Waste management – solution
OxysClean

■ Suivi des travaux de groupes et
commissions FHL :

- CNO ;
- CE ;
- CTF (*Tableau de relevé des décisions prises en CTF*) ;
- CTI-mdt ;
- CTI-i ;
- CP Achat commun ;
- CS-GRH : CCT;
- CG LuxITH GIE.



PRÉSENTATION DES GRANDES ACTIVITÉS DE LA FHL

CELLULE PHYSIQUE MÉDICALE



Les projets de la cellule de physique médicale

Plateforme liée : PF-DM

Bloc opératoire et radiologie interventionnelle

Formation

Cf. partie « Formation » du présent rapport d'activité.

- Accompagnement et conseil en matière de radioprotection

Suite aux formations en radioprotection prestées durant les années 2015 et 2016, la Cellule Physique Médicale (CPM) a entrepris 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.

Ces approches d'accompagnement et de conseil seront maintenues

pour l'année 2018.

Médecine nucléaire

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

Les protocoles de contrôle qualité pour les deux appareils SPECT-CT installés en 2015 ont été mis en place. La CPM travaille pour les années 2017 et 2018 sur l'optimisation de l'utilisation de systèmes hybrides,



notamment sur les protocoles de la partie tomographie à émission de positons (PET) du SPECT-CT.

Au cours du 2^e semestre 2017, la CPM, en accord avec les responsables des deux hôpitaux (HRS-ZK et CHL-HM), a collecté les protocoles d'acquisition des examens pour les 2 SPECT-CT (partie utilisant le CT ainsi que les statistiques de doses pour des examens réalisés pendant 3 mois. Une étude comparative a été réalisée et les résultats ont été présentés le 6 novembre 2017 en présence des représentants des deux sites. L'objectif final était d'uniformiser et d'optimiser les protocoles d'examen des deux sites. Cette démarche sera reconduite pour les deux nouvelles machines SPECT-CT qui seront installées courant 2018.

L'installation définitive du PET-CT (TOF) est prévue pour mi 2018.

Certification ISO 9001:2015 du service assurance contrôle qualité des appareils d'imagerie médicale



Projet « DACS » (Dose archiving and communication system)

Achat groupé

Le Groupe de Travail a assisté à 4 présentations de prospection technique et commerciale par des prestataires.

Concomitamment à la prospection de marché, le Groupe de Travail a progressé dans l'expression des besoins des établissements et de la FHL

par la réalisation d'une « description technique d'un DACS national ». Ce travail a été réalisé notamment lors de 4 réunions datant du 17 février 2016, 20 avril 2016, 2 août 2016 et 20 janvier 2017.

Dans ce sens, une matrice technique DACS FHL a été finalisée et envoyée aux différents fournisseurs DACS. Le GT DACS a évalué les réponses et a rapporté les résultats à la Plateforme des Directeurs Médicaux.

Mise en place

La mise en place du DACS FHL est prévue fin 2018. Après son installation, celui-ci sera encadré par la CPM.

Activités et chiffres-clés

Programme de contrôle qualité des appareils d'imagerie médicale

Le programme Contrôle Qualité (CQ) est décrit par le règlement grand-ducal de 2001. La Cellule Physique Médicale (CPM) surveille et contrôle tous les appareils d'imagerie médicale des établissements, c'est-à-dire :

- de radiologie (tables télécommandées, arceaux mobiles, CT scanners, mammographes, numériseurs, plaques-images à phosphore, tables de biopsie, OPT, etc.),
- de médecine nucléaire (gamma caméra, SPECT-CT, PET-CT, activateur, etc.),

- de visualisation (consoles d'interprétation),
- d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

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'Expert en Physique Médicale (EPM) avant son traitement afin de s'assurer de la bonne compréhension des règles de radioprotection à respecter suite à sa sortie. De ce fait, la sécurité de ses proches ainsi que du public est respectée. La CPM conseille et suit la mise en place des nouvelles pro-

cédures de radiothérapie comme l'application de microsphères dans le foie.

Patients vus dans le cadre de radiothérapies par radioisotopes	
Année	Nombre de patients vus
2016	70
2017	61

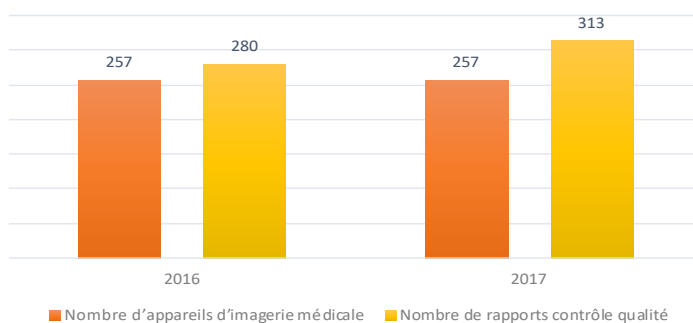
Radioprotection patient

Calculs de dose Patient	
Année	Nombre de dossiers traités
2016	5
2017	2

Radioprotection personnel/locaux : calculs réalisés

- Calcul de blindage :
 - 10 salles de radiologie conventionnelle
 - 3 salles de mammographie
 - 6 salles de bloc opératoire
 - 1 salle d'endoscopie
- Estimation du blindage : 1 salle de table télécommandée ; 1 salle de SPECT-CT
- Contrôle qualité équipement de matériel individuel et collectif : les

Contrôle qualité des appareils d'imagerie médicale



tabliers plombés sont annuellement contrôlés par les Assistants Technique Médicaux Contrôle Qualité (ATM CQ) dans les établissements, suivant les procédures de la CPM.

Gestion de l'équipement

- Calibration des équipements de la FHL : 4
- Vérification des équipements des établissements : 9

- Calibration des équipements des établissements : 9

La gestion de l'équipement consiste à assurer la conformité des appareils de mesure et la fiabilité des résultats des mesures faites avec l'appareillage (dosimétrie) de la FHL et des hôpitaux.

ACHATS COMMUNS



Les travaux de la cellule achats communs

Plateforme liée : PF-DAF

Domaine thématique

L'activité achats communs est l'un des principaux projets de mutualisation d'activités hospitalières au Luxembourg. Il s'agit de l'une des activités objet d'une « organisation nationale » au sens de la convention cadre FHL/CNS.

Contexte

L'activité achats communs s'inscrit dans une recherche de production de valeur par la fonction achats communs, et plus spécifiquement d'amélioration du rapport qualité coût des achats hospitaliers. La stratégie mise en place consiste à analyser des segments d'achat (pharmacie, non médical et médico-technique) afin de définir des groupes de fournitures ou de services sur lesquels peuvent être produits des effets de massification et de standardisation par la réalisation de marchés communs. Le modèle coopératif mis en place est axé sur la complémentarité des compétences

et sur la communication entre les utilisateurs, acheteurs, et gestionnaires de procédure d'achat. La mise en commun des connaissances et des expériences permet d'améliorer la connaissance du marché, la définition des besoins, la circonscription des facteurs de coût, le choix des produits et services, ainsi que la réalisation de bilans de l'activité.

Porteur/Donneur d'ordre

Les pharmaciens hospitaliers sont les moteurs historiques de l'activité. Le segment pharmacie en est toujours le fer de lance (médicaments et dispositifs médicaux stériles). Il a été rejoint par des initiatives d'envergure dans les domaines des services informatiques en coopération avec Luxith GIE, et dans le domaine des investissements lourds en imagerie médicale (dossiers CTI). Le modèle de centrale d'achat mis en œuvre requiert des accords individuels des directions de tous les Établissements participant aux actions d'achats communs.

Budget

La majeure partie des ressources internes de la FHL affectée à l'activité achats communs est prise en charge par la CNS dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens. Au cours de l'année 2017, la FHL et la CNS ont mis au point un tel contrat, pour finalisation début 2018.

Objectifs

Les principaux objectifs sont l'amélioration du rapport qualité coût des achats hospitaliers par la mise en place de marchés communs, et l'utilisation des techniques variées des achats publics pour proposer aux adhérents des outils à même de répondre aux enjeux de santé publique et à la technicité de leur environnement professionnel, ainsi qu'à leurs contraintes budgétaires.

Activités principales

Les principales activités prestées par

la FHL dans le cadre des services récurrents à ses membres sont :

- Le recensement d'opportunité d'action d'achats communs, moyennant si nécessaire une analyse préalable de masse d'achats.
- La réalisation d'études de marché dans l'objectif d'affiner l'évaluation de potentiel d'achats communs.
- La réalisation de procédures de passation de marchés publics communs où la FHL réalise les diligences incombant aux pouvoirs adjudicateurs et signent les contrats au nom et pour le compte des Établissements.
- La réalisation de bilans d'activité indiquant notamment les impacts qualitatifs et financiers des actions effectuées, ainsi que la représentativité des achats communs au niveau du secteur.
- La professionnalisation continue de tous les intervenants dans le contexte spécifique des achats publics.

Les principales activités prestées par la FHL dans le cadre des projets



sectoriels en matière d'achats communs sont :

- L'accompagnement du projet de mise en place d'une classification uniforme des dispositifs médicaux, notamment au niveau de la négociation et du suivi d'exécution d'un contrat de service avec un prestataire externe.
- L'évaluation de la faisabilité

et des plus-values potentielles d'achats transfrontaliers.

- La recherche d'une solution logicielle d'assistance à l'analyse de données d'achat, à l'établissement de rapports d'analyse et à la gestion de procédure de passation de marchés.

Résultats obtenus/attendus

Les principaux résultats obtenus dans le passé et attendus dans le futur consistent dans la réalisation d'économies d'échelle par la massification et la standardisation des achats. Pour les groupes d'articles de service où une massification n'est pas possible, l'objectif d'action de standardisation des conditions tarifaires est de maîtriser les coûts d'acquisition tout en permettant aux secteurs d'accéder aux technologies innovantes disponibles sur le marché.

Chargés du dossier

Au niveau du secrétariat général de la FHL, les principaux responsables de l'activité sont les membres de la cellule marchés, dont la fonction consiste essentiellement à appuyer les établissements membres de la FHL dans la réalisation des démarches transactionnelles d'achats communs. La cellule documente, rédige les documents procéduraux et contractuels, diligente les procédures de passation des marchés, et établit les rapports d'analyse comportant les bilans des actions réalisées. En 2017, la composition de la cellule était stable depuis plusieurs années, malgré l'augmentation de l'activité et l'ajout des prestations en rapport avec la négociation du contrat d'objectifs et de moyens, ainsi que le reporting associé.

Partenaires du projet

L'activité s'appuie, dans un cadre pluridisciplinaire, sur les compétences des acheteurs, pharmaciens hospitaliers et professionnels du secteur de la santé, ainsi que sur l'expertise des conseillers et experts

en physique médicale FHL et responsables de projet Luxith.

Durée et statut

Les établissements membres de la FHL ont mis en œuvre depuis le début des années 1990 des actions d'achat communs ayant amélioré le rapport coût / qualité de leurs achats. L'envergure et la représentativité des achats couverts par des processus, une documentation et un reporting standardisés et caractéristiques des achats publics a connu une progression constante. L'objectif de l'activité dans les différents volets d'achats communs consiste à augmenter le champ des achats couverts. En 2017, l'envergure des produits pharmaceutiques couverts par des marchés communs a augmenté. Le marché des dispositifs médicaux achetés par les pharmacies a adopté la structure de la procédure restreinte prévue par les textes sur les marchés publics. Deux marchés d'envergure, soutenant des projets informatiques mutualisés, ont été conclus en 2017. Il s'agit d'une part de la mise en place d'une archive nationale neutre (VNA) de l'imagerie médicale pour 6 établissements membres avec mutualisation et migration des archives existantes et partages de données permettant notamment un accès aux images dans le cadre du dossier de soins partagé (DSP) déployé par l'agence eSanté. Il s'agit d'autre part de la mise en place d'un service externalisé commun de data Center.

FINANCEMENT



Contrats d'objectifs et de moyens

La convention cadre FHL/CNS prévoit que la Commission Technique Financière (CTF) élabore 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.

Dans le tableau ci-dessous est repris la situation des COM 2017/2018 :

Négociations budgétaires / Budgets hospitaliers 2017/2018

■ Négociations

Les négociations budgétaires relatives aux années 2017 et 2018 ont eu lieu en octobre (frais variables) et

novembre (frais fixes) 2016. Aucun établissement n'ayant signé de protocole d'accord à fin 2016, la CNS a saisi la Commission des Budgets à titre conservatoire le 29 décembre 2016. L'ensemble des établissements a cependant signé les budgets début 2017 après de longues et difficiles négociations sur les CP2 et CP3 et la déclaration d'intention de litige par trois établissements.

■ Impact CCT

L'accord CCT signé en juin 2017 a impacté les Enveloppes Budgétaires Globales (EBG) de la manière suivante, en effet :

- Les primes uniques des années 2014/2015/2016 ont été imputées sur les EBG des années respectives.

La revalorisation des carrières relative à 2017 a été répartie sur les EBG 2015/2016.

- La revalorisation des carrières relative à 2018 a été imputée sur l'EBG 2018, celle-ci a dû être adaptée.

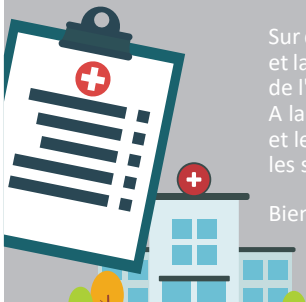
En 2014, 2015, et 2016, le solde de l'EBG était suffisant car le budget accordé prévoyait déjà l'accord CCT et une échéance de l'échelle mobile des salaires.

La FHL a introduit deux rectifications générales : la première est relative à la hausse de la valeur du point en juillet ; la seconde est une rectification concernant la revalorisation des carrières, en octobre. Le coût de la revalorisation des carrières est estimé pour 2017 à 10 millions d'Euros.

L'impact de la hausse de la valeur du point qui aurait déjà dû intervenir en 2015 et 2016 devra être intégré dans la base de calcul des EBG 2019/2020.

Projet de mutualisation	Nom	Date de validation du contenu	Signature
Physique Médicale	COM Physique Médicale 2017/2018	novembre 2017	Oui
Informatique	COM Informatique 2017/2018	Septembre 2017	Oui
Achats	COM Achats 2017/2018	En cours*	Non*

*La revue du COM n'a pu être finalisée pour des questions d'agenda et a été reportée à janvier 2018.



Rôle des médecins dans le cadre de la documentation hospitalière

Sur demande des médecins, il a été prévu une séparation entre la documentation et la tarification. La mission du médecin traitant est de codifier les actes sur base de l'ICD10-PCS. Le DIM vérifie seulement la codification réalisée par le médecin. A la fin de chaque traitement, le médecin traitant établit le diagnostic principal et les diagnostics auxiliaires sur base de l'ICD10-CM. Dans une deuxième étape, les séjours seront regroupés via le groupeur APR-DRG.

Bien que la convention CNS/AMMD prévoie l'obligation de codification et qu'il s'agisse d'une obligation légale prévue par la nouvelle loi hospitalière, les établissements ne disposent pas de moyens de motiver les médecins.

■ Impact Chimiothérapie

La CNS a constaté que l'EBG 2017 risquait de ne pas être suffisante étant donné l'évolution des frais de chimiothérapie (hausse du prix des médicaments d'immunothérapie). La FHL a recommandé que l'adaptation de l'EBG en 2018 tienne compte de ce besoin budgétaire.

Négociations budgétaires / Budgets hospitaliers 2019/2020

Pour la FHL, l'EBG est une contrainte unilatérale pour le secteur hospitalier qui a montré ses limites et devrait être remplacée. C'est un problème politique lié au pacte de stabilité européen qui requiert une limitation des budgets. Cependant, seuls les hôpitaux sont concernés par une telle contrainte.

En 2017, les limites imposées par le pacte de stabilité européen n'ont pas permis à l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS) de prévoir une hausse plus importante de l'EBG pour tenir compte des demandes budgétaires. Le Comité Directeur de la CNS, quant à lui, s'est montré favorable au maintien de l'EBG. La seule marge de manœuvre consisterait donc dans une optimisation des procédures.

La CNS a indiqué que pour la prochaine EBG 2019/2020, elle souhaitait :

- trouver une solution pragmatique concernant les litiges budgétaires car les délais prévus par la

procédure de la convention cadre ne sont pas respectés ;

- revoir la documentation à transmettre à l'IGSS en juillet et notamment la synthèse des demandes budgétaires pour aboutir à des demandes budgétaires avec une plus grande standardisation (notamment au niveau de la motivation et de l'argumentation permettant ainsi à la CNS de mieux préparer le rapport pour l'IGSS. Il faudrait en particulier identifier plus clairement les nouvelles demandes et les hausses demandées pour les différentes catégories de frais : frais de personnel/dotations, frais variables/activité, etc.).

Documentation hospitalière

Le projet a démarré le 1er juillet et le document final du projet sera publié fin mars/début avril 2018. Il s'inscrit dans le cadre de l'article 74 du code de la sécurité sociale. Dans ce domaine, les établissements ont qualité de « fournisseur de données » et la CNS est à qualifier quant à elle de « responsable du traitement », cette dernière fixant les finalités et les moyens du traitement.

L'objectif principal du projet est la mise en place d'une documentation de l'activité effectuée dans les hôpitaux et une plus grande transparence (avec des comparaisons entre hôpitaux, par exemple au niveau des Durées Moyennes de Séjour (DMS) grâce à la classification des traitements). Il n'est pas prévu d'introduire un nouveau système de

financement. Le choix s'est porté sur l'outil APR-DRG développé et géré par 3M. Il s'agit d'un outil utilisé depuis une vingtaine d'années par plusieurs pays dont les Etats-Unis, l'Espagne et la Belgique.

La convention cadre FHL/CNS a été modifiée en 2016 pour tenir compte de la documentation hospitalière. Il a été prévu d'établir un protocole précisant les modalités d'échange des données pour clarifier l'article 47bis de la convention cadre FHL-CNS : les travaux ont débuté en 2017 et doivent être finalisés en 2018.

Convention cadre FHL/CNS

La CNS a fait une proposition en octobre 2017 concernant le cahier des charges à la convention cadre FHL/CNS, lequel date de 1996 et n'avait pas été adapté en 2012, quand des modifications avaient été apportées à la Convention. La proposition de la CNS tient compte de la documentation hospitalière et des informations à transmettre par la CNS aux établissements hospitaliers selon l'article 74 du code de la sécurité sociale. Le cahier des charges à la convention cadre FHL/CNS doit également définir les protocoles des fichiers à transmettre à la CNS par les établissements. Certains points doivent encore être clarifiés dont par exemple les impacts « protection des données » et « loi hospitalière ». Une application au 1er janvier 2018 n'est pas encore possible.

Protection des données / Accès au Registre National des Personnes Physiques (RNPP)

La Convention cadre FHL/CNS prévoit la mise à disposition de certaines informations par la CNS aux hôpitaux via l'accès aux données du Centre Commun de la Sécurité Sociale (CCSS) (constituant pour partie une copie des données obtenues via le Registre National des Personnes Physiques (RNPP) au travers des deux applications PEN2 et RA. Il n'y a cependant pas de base légale qui justifie l'accès des hôpitaux aux données RNPP. Des travaux en collaboration avec la CNS et l'IGSS ont débuté dès 2017 et se poursuivent en 2018 pour préparer l'organisation et la mise en conformité avec le GDPR (General Data Protection Regulation : règlement général sur la protection des données personnelles entrant en vigueur le 25 mai 2018).

Comptabilité

- Transmission des informations au STATEC (Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg)

La Loi du 10 juillet 2011 relative au STATEC habilite celui-ci à recevoir les données des différents secteurs (voir articles 13 et 16 de ladite Loi). Le transfert de données vers Eurostat est quant à lui réglementé suivant le règlement européen 549/2013 du 21 mai 2013.

Jusqu'à présent, le STATEC reçoit de la CNS les données relatives au secteur hospitalier (le bilan et les comptes de pertes et profits). La granularité des informations est suffisante et la qualité des données satisfaisante. Les établissements hospitaliers ont donné leur accord pour continuer la transmission des données au STATEC par la CNS. Ces données seront intégrées dans la catégorie « Santé humaine et Action sociale » des publications du STATEC, le secteur n'ayant pas sa propre rubrique.

Comptabilité analytique

- 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 a confirmé qu'elle pouvait fournir les données par patient mais pas par médecin pour des raisons de confidentialité.

Des échantillons de patients ont été transmis aux établissements par la CNS et l'analyse des données a permis de préciser le projet « Documentation hospitalière ».

- Calcul coût par patient

Le manuel des règles de calcul, établi avec le soutien de KPMG en 2012 lors du projet Compatibilité analytique des établissements hospitaliers (CAEH) comportait déjà certaines règles concernant le calcul du coût par patient.

En 2017, la CNS a proposé de définir les informations encore manquantes et de se mettre d'accord sur une méthodologie qui permette de se rapprocher de l'objectif final, à savoir, le calcul d'un coût réel par séjour. Il a été proposé de soit se focaliser sur un domaine (par exemple le Bloc opératoire) soit se concentrer sur la répartition d'un certain type de frais tel que les frais de personnel.

Les membres FHL ont fait ressortir que :

- *le projet est à interfacer avec la documentation hospitalière et dépend donc de son avancement. L'acte médical réalisé est crucial pour le calcul d'un coût du séjour ;*

- *les systèmes entre hôpitaux sont très hétérogènes et rendent complexe un consensus sur une méthodologie.*

Les membres FHL ont recommandé de mandater un consultant pour réaliser ce travail sur la méthodologie, recommandation suivie par la CNS. Le projet qui sera élaboré par KPMG sera validé par la CTF au début de l'année 2018. L'objectif consiste, entre autres, à alléger la cascade budgétaire et à imputer plus de frais directement aux patients. Les calculs APR-DRG (all patient refined - diagnosis related groups) permettront d'apprécier l'activité réalisée et d'ajuster en conséquence les financements des budgets de frais variables et de frais fixes.

Plus précisément, les objectifs de la consultance visent à compléter et préciser les règles et modalités d'imputations directe et indirecte à l'unité finale d'imputation, clarifier la caractérisation des séjours sur base des classifications ICD-10-CM et ICD-10-PCS, prendre en compte dans le manuel du calcul du coût par patient la caractérisation des séjours et analyser quelles seraient les modifications nécessaires au système d'information comptable.

Tableau des fonctionnalités

La CNS avait présenté en 2016 une proposition de modification du tableau des fonctionnalités. Elle avait demandé à être informée des dotations réelles par fonctionnalité et par carrière qui diffèrent souvent des dotations accordées. La CNS visait par cette demande l'ensemble des fonctionnalités et prioritairement les dotations en urgence/polyclinique.

Des travaux ont été menés en 2017, notamment pour préciser les besoins au niveau des fonctions administratives et informatiques afin de documenter les demandes budgétaires. En ce qui concerne les propositions pour le personnel soins (fonctionnalités 8), il est prévu qu'elles soient discutées en Com-



mission des Normes.

La Plate-Forme PF-DS a travaillé sur une homogénéisation des sous fonctionnalités, a réalisé un e-tableau reprenant la situation actuelle transposée dans la nouvelle approche définie en commun et élaboré une prise de position commune concernant la fonctionnalité 8 :

Actes médico-techniques et actes infirmiers

- Les actes infirmiers inhérents à la réalisation d'un acte médico-technique sont compris dans l'unité de comptabilisation.
- Les actes infirmiers :
 - isolés (sans acte médico-technique) déclenchent une unité de comptabilisation ;
 - réalisés en sus des actes infirmiers inhérents à la réalisation d'un acte médico-technique déclenchent une unité de comptabilisation.
- Le classement des actes médico-techniques et/ou infirmiers se fait sur une logique de spécialités médicales et non sur une logique géographique.
- La référence pour le classement des actes médico-techniques est la nomenclature des actes médicaux.
- Pour les actes infirmiers les références sont des listes spécifiques élaborées par les hôpitaux.

Actes réalisés dans le cadre de cliniques monothématiques et consultations infirmières spécialisées :

- Ils se font sur une logique de spécialités médicales nécessaires pour répondre aux critères y relatifs et non sur une logique géographique ;
- Le listing des cliniques monothématiques et consultations infirmières spécialisées est à arrêter selon les possibilités de la nouvelle loi hospitalière (Projet de loi n° 7056) ;
- Ce listing est à considérer comme séparé de la logique de classement par spécialités médicales ;

- Les actes médico-techniques et infirmiers sont comptabilisés selon les mêmes principes que ceux au point 1 ;
- Pour les actes infirmiers, les références sont des listes spécifiques élaborées par les hôpitaux (notamment en prenant en considération l'éducation et la coordination de cette activité).

Ceci permettra de distinguer et de classer d'une façon homogène toutes les activités dans les grands groupes suivants :

- Les services d'urgence seront sortis de l'approche actuelle de mélange urgences/polycliniques ;
- Activités en relation avec examens complémentaires et traitements ;
- Activités en relation avec les actes éducation à la santé et coordination (Cliniques monothématiques et consultations infirmières spécialisées).

Celle-ci a été transmise à la CNS début 2018.

Investissements

- Enveloppes d'investissement

Pour mémoire, une réunion s'était tenue le 8 décembre 2016 au Ministère de la santé pour discuter des modalités de financement des biens mobiliers et immobiliers. Les pistes envisagées visaient l'étalement des financements et la mise en place de nouveaux moyens tels les leasings. La nouvelle loi hospitalière, dont l'entrée en vigueur est prévue pour 2018, va redéfinir le périmètre et les modalités d'investissement.

- Enveloppe d'investissements médico-technique

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 2017 en suspens concernent les IRM dédiées et les OPT. Un point de discussion sera le devenir du budget « CTI » après le vote de la loi hospitalière qui exige une autorisation préalable du Ministère de la Santé concernant l'acquisition d'équipements dont la valeur est supérieure à 250.000 Euros.

Facturation et prise en charge

- Facturation CNS

La Convention cadre FHL/CNS a été modifiée en 2016 pour tenir compte de la documentation hospitalière (voir point 4). Les articles 46 et 47 ont été adaptés et ne tiennent plus compte de la facturation de l'activité ambulatoire. Les médecins n'ont plus d'obligation de fournir le code de la nomenclature relative au traitement effectué en ambulatoire.

La CNS a considéré la codification des médecins comme non-fiable et ne permettant pas la réalisation d'analyses et de comparaisons. Il n'est donc pas prévu, à ce stade, d'utiliser la classification ICD10-PCS et la nomenclature en parallèle. L'activité ambulatoire - exclue dans une première phase de la documentation hospitalière - sera considérée ultérieurement. Quant aux normes basées sur les actes, il est prévu de les adapter aux codes ICD10-PCS, et de créer un mapping entre la nomenclature des actes des médecins et les codes PCS. Pour mémoire, la première phase du projet de documentation hospitalière concernait tous les services à l'exception de la

psychiatrie, de la rééducation fonctionnelle et gériatrique et les soins palliatifs. Les types d'hospitalisation concernés sont : séjour stationnaire avec nuitée, usage effectif d'un lit hospitalier/unité de soins d'un service hospitalier et entrée et sortie le même jour.

Les établissements hospitaliers ont fait valoir l'utilisation du code de nomenclature dans différents processus de gestion et qu'il n'était pas possible d'abandonner les codes dès le 1er juillet 2017. En effet, les établissements ont besoin, que durant une phase de transition, les médecins agréés indiquent toujours les codes de la nomenclature. La CNS devra relayer le message auprès des médecins.

- RCAM (Régime Commun d'Assurance Maladie des Institutions de l'Union Européenne)

Les assurés RCAM ont indiqué à leurs organismes respectifs que les prestations hospitalières facturées leur semblaient, de manière générale, excessives par rapport aux prestations réalisées. Selon eux le système serait non-conforme à la directive européenne relative aux soins transfrontaliers. Pour la CNS, le régime RCAM ne serait pas concerné par la directive européenne relative aux soins transfrontaliers. En effet, une note de l'Office de Gestion et de liquidation des droits individuels de la Commission européenne du 19 novembre 2013 précise que le Régime commun d'assurance maladie "est totalement indépendant des régimes nationaux de sécurité sociale de Etats membres. Il ne relève pas du règlement (CE) n° 883/2004." (Règlement du Parlement européen et du Conseil portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale).

Dans les faits, les hôpitaux appliquent les modalités de calcul fixées par la CNS. Les tarifs sont calculés par la CNS sur base des budgets de frais des hôpitaux. La classification est pondérée sur base de la lourdeur des interventions. La

classification/pondération des actes a été établie par une Commission technique paritaire en 1996/97 composée de représentants de la FHL (anc. EHL), de la CNS (anc. UCM) et du RCAM. Elle n'a pas changé depuis les années 90.

Le projet de documentation hospitalière va également impacter la facturation RCAM. Il est prévu de revoir la classification sur base du ICD10-PCS et de définir une valorisation de codes PCS. Pour la facturation RCAM, les établissements ont besoin de l'ensemble des actes effectués. Dans le cas de la facturation CNS, l'acte principal est suffisant pour la génération d'une Unité d'œuvre. La création de cette table de classification nécessite toutefois, au préalable, une analyse de correspondance entre la nomenclature actuelle et la classification ICD10-PCS. Cette analyse requiert une approche commune entre la FHL, la CNS et le RCAM.

La CNS a proposé de revoir le modèle et le RCAM a demandé la réactivation de la Commission technique FHL/CNS/RCAM prévue à l'article 4 de la Convention.

- Rééducation fonctionnelle et réadaptation, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque

Dans un courrier du 29 mai 2017, la CNS a informé que la règle relative au caractère préalable des demandes de prise en charge serait suspendue pour les demandes introduites avant le 15 juin 2017 et relatives aux traitements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ainsi que pour la rééducation gériatrique et la rééducation cardiaque. Les prises en charge refusées dans le passé seront remises au Contrôle médical. Ces demandes seront également autorisées par la CNS sous condition d'un avis positif du Contrôle médical.

NORMES ET QUALITÉ

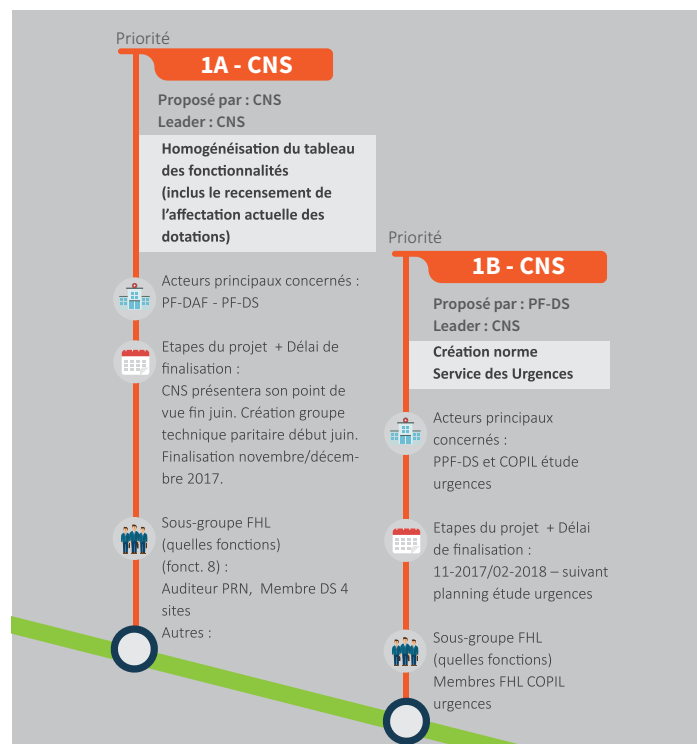


Commission des Normes

Plateformes liées : PF-DS et PF-DAF

La Commission des Normes s'est donné une roadmap pour déterminer les travaux à réaliser dans le cadre de l'élaboration du document fixant les normes de dotation pour les budgets 2019-2020.

Cette roadmap fixait les éléments respectivement les normes à revoir ou à développer en indiquant les acteurs en charge ainsi qu'un timing.







Sur base de ce planning, l'ensemble des acteurs au niveau de la FHL ont débuté leurs travaux, dont notamment la PF-DAF dans le cadre de la révision de la norme des services administratifs, des cadres intermédiaires, des services de sécurité et santé au travail, des coordinateurs de constructions.

La PF-DS a été le coordinateur des actions à mener et des groupes de travail à superviser dans le cadre de l'ensemble des normes à déterminer tombant sous le champ d'action des Directions des Soins.

Il faut retenir que la FHL et les Plateformes DAF et DS ont respecté le timing prévu et livré leurs documents et propositions de normes dans les délais fixés.

Au niveau des travaux et réalisations au niveau opérationnel en relation avec la Commission des Normes on peut retenir e.a. les activités suivantes :

- Coordination et secrétariat de la Commission des Normes ;
- Calculs spécifiques de dotation sur base du PRN sur demande individuelle des établissements ;
- Détermination des consignes de réalisation des mesures de charge de travail pour 2017 ;
- Préparation et suivi (en collaboration avec le LIH) des validations des facteurs PRN de l'audit 2016 ;
- Analyse (en collaboration avec le LIH) des problèmes de cotation rencontrés lors de la validation ;

■ Actualisation permanente du guide des mesures de charge de travail en vigueur ;

■ Vérification des calculs des mesures de charge de travail réalisés par le LIH (bloc OP + dialyse + chimiothérapie) ;

■ Travaux de coordination et préparation des groupes en vue d'élaboration de nouvelles normes, resp. de révision des normes existantes.

COMMISSION D'ÉVALUATION



La Commission d'Évaluation s'est consacrée à suivre les détails du programme IQ pour l'année 2017 qui a été géré selon les dispositions des articles respectifs de la nouvelle Convention Cadre FHL-CNS.

Les rapports individuels des experts relatifs à l'assessment réalisé en 2016 ont été transmis aux hôpitaux dans les délais fixés dans le contrat de prestation de services et un rapport national a été présenté début 2017.

La Commission a retenu qu'il sera opportun de déterminer sa stratégie de communication quant aux résultats des indicateurs nationaux. 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 dès lors de résultats basés sur des données robustes et vérifiables sans oublier qu'il convient de lier les résultats annuels à une vision des tendances sur plusieurs années sans oublier la nécessité de commenter et expliciter les résultats. Il conviendra également de déterminer quelles informations seront transmises à qui comme il sera nécessaire de déterminer les résultats publiables comme ceux qui sont à être utilisés avec réserves.

Concernant le programme Qualité 2017, la CE a maintenu l'approche de confier à la CNS la préparation des volets sur l'efficacité et la transparence, la FHL étant en charge des volets en lien avec la sécurité des patients et plus particulièrement l'identitovigilance et la sécurité médicamenteuse.

La CE a confirmé les préalables à réaliser au niveau de la politique de santé pour garantir une atteinte des objectifs de la Commission tels que déterminés dans la Convention

Cadre FHL-CNS, au niveau de la qualité du management et des prestations, de l'efficacité et de la transparence, notamment afin d'évoluer vers des résultats permettant une comparaison interhospitalière nationale et internationale :

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

La CE a réitéré son approche que l'évaluation de l'Incitant Qualité de 2017 ne comportera pas une comparaison interhospitalière, plus particulièrement le set actuel des indicateurs nationaux ne se prêtant pas à un benchmarking national,

en vue de répondre aux objectifs de la Commission d'Évaluation tels que déterminés dans la Convention Cadre FHL-CNS.

Pour l'année IQ 2017, la CE a déterminé que 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 éléments-clés à considérer pour le programme IQ 2017 ont été fixés comme suit par la CE :

- Le programme IQ 2017 est à considérer comme une étape préparatoire en vue d'atteindre l'objectif d'une mesure de l'efficacité.
- Le programme IQ 2017 pour la partie « transparence » retient que 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.

■ Pour la partie « sécurité patients », la CE a décidé de la faire évoluer dans le sens que l'ensemble des éléments à considérer se basera sur les 6 IPSG de la JCI.

■ Afin de permettre à l'ensemble des 4 centres hospitaliers de s'identifier avec le programme qualité (en considération que 3 centres hospitaliers ont opté pour le modèle JCI et 1 a pris l'option de se référer au modèle ACI), un groupe de travail et le groupe des Coordinateurs Qualité ont élaboré des critères qui reprennent les références des deux modèles susmentionnés.

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

Pour soutenir les travaux de la Commission d'Évaluation dans le cadre de l'approbation nécessaire relative à la liquidation de la prime qualité 2014 par le Comité Directeur de la CNS, la Commission d'Évaluation a élaboré un rapport relatif à l'atteinte des critères définis.

Ce rapport contenait les éléments essentiels fournis par les établissements au sujet des 4 modules du programme IQ 2014.

La prime qualité relative au programme 2014 a été liquidée au cours du 1er semestre 2017 et était de 1.82% (moyenne nationale) des budgets opposables 2014.

Afin de répondre aux exigences du Comité Directeur de la CNS concernant la transparence des actions voire des résultats inhérents aux programmes qualité, la Commission d'Évaluation retient de publier dans le futur officiellement (par ex. sur le site web de la FHL) certains résultats d'indicateurs.

SERVICE INTERENTREPRISE DE SANTÉ AU TRAVAIL



Rapport d'activité 2017 SIST

Les examens médicaux réalisés par le SIST-FHL en 2017

En 2017, les médecins du SIST-FHL ont effectué 4934 examens médicaux, soit un nombre à peu près stable par rapport à 2016. Dans près de la moitié des cas, il s'agissait d'un examen périodique. Cette année a été marquée par une aug-

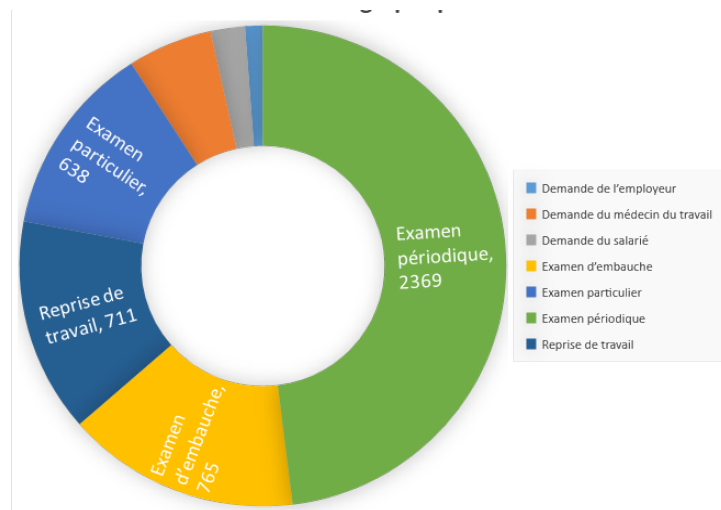
mentation significative des examens d'embauche (+ 4 % par rapport à 2016). Les reprises du travail après un arrêt de maladie, un accident du travail, un congé de maternité ou un congé parental n'ont pas évolué. Les examens particuliers, qui recouvrent des entités aussi diverses que les reclassements professionnels, les examens de femmes enceintes et

les emplois d'étudiants, ont légèrement progressé par rapport à 2016 (+ 1 %).

Les conclusions médicales

Dans près de 75 % des cas, les médecins du travail ont rendu des avis d'aptitude sans restriction. Les avis d'aptitude avec restriction ont re-

Visites médicales effectuées par le SIST en 2017



4934 examens médicaux en 2017

+ 4% d'examens d'embauche par rapport à 2016

- 8% d'accidents du travail par rapport à 2016

présenté moins de 5 % des avis rendus par les médecins du SIST-FHL et les aptitudes avec aménagement de poste ont représenté environ 11 % des conclusions médicales.

Il est à noter que les avis « sans conclusion » concernent :

- des salariés venus consulter les médecins du SIST-FHL pour recevoir un conseil ou un avis,
- des salariés en arrêt de travail et ne pouvant pas encore reprendre leur activité professionnelle,
- des salariés ayant quitté l'établissement hospitalier sans avoir réalisé les examens demandés par le médecin du travail.

Les reclassements professionnels en 2017

En 2017, 69 salariés ont fait l'objet d'un reclassement professionnel après saisine de la Commission Mixte. Cette dernière a été saisie, pour moitié par les médecins du Contrôle médical de la CNS et pour moitié par les médecins du travail du SIST-FHL, dans le cadre d'une inaptitude au dernier poste de travail. Les médecins du SIST ont également procédé à des réévaluations d'aptitudes de salariés reclassés après le 1er janvier 2016, telles que prévues dans l'article L-326-9 du Code de la Sécurité Sociale

Cf. Encadré

Les femmes enceintes

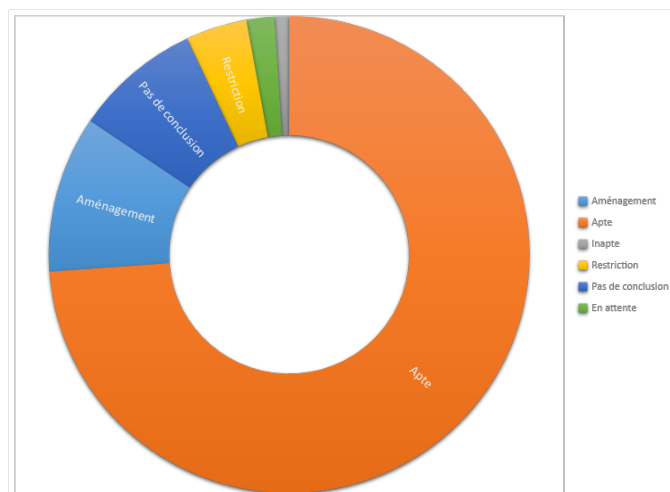
281 femmes enceintes ont été examinées dans notre service en 2017 (soit une augmentation de 8 % par rapport à 2016). Une grande majorité d'entre-elles ont été dispensées de travail compte-tenu de leurs risques professionnels (infirmières, ATM de chirurgie ou de radiologie, etc.). 32 femmes ont été maintenues dans une activité professionnelle mais avec une adaptation de leur poste et 10 ont été jugées aptes à leur poste qui ne comportait pas

de risque spécifique pour la grossesse (il s'agissait principalement d'employées administratives ou de personnel d'encadrement).

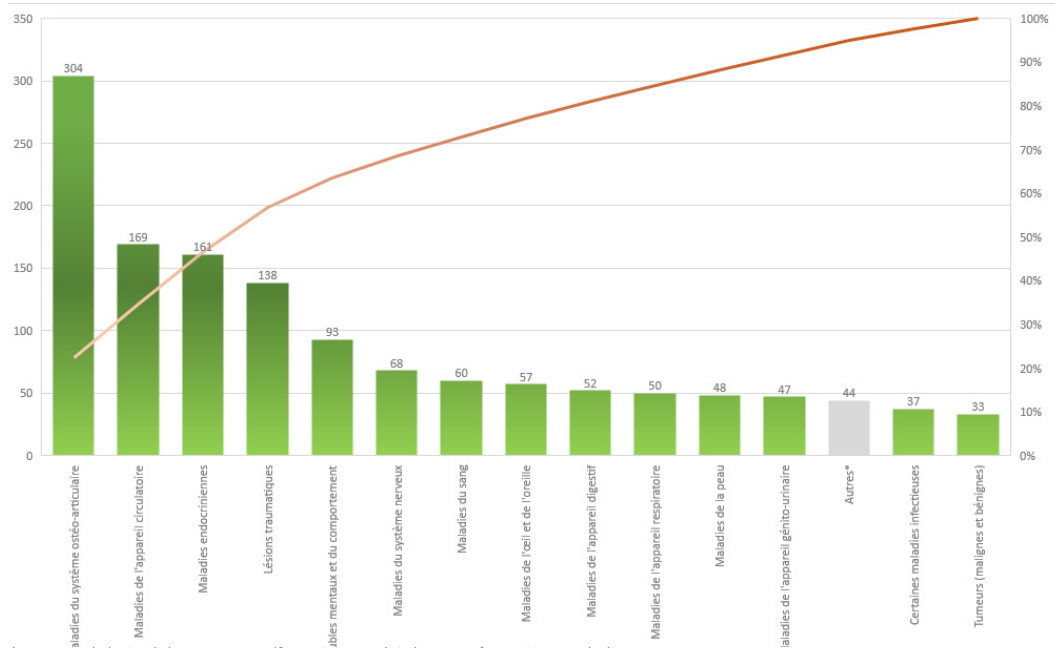
Les catégories de pathologies les plus fréquemment déclarées au sein du personnel hospitalier en 2017

Graphique (Diagramme de Pareto)
Nous avons regroupé les 1361 nouvelles pathologies déclarées par les salariés du secteur hospitalier en 2017 selon les catégories de l'ICD (CIM) 10. Le diagramme de Pare-

Conclusions des visites médicales en 2017



Pathologies dépistées en 2017 par catégories (selon ICD 10)



*Autres : Pathologies de la grossesse, Malformations congénitales, Symptômes, signes et résultats anormaux

to figurant ci-dessus révèle que les pathologies ostéo-articulaires sont de très loin les plus fréquemment représentées (il s'agit principalement des pathologies de la colonne vertébrale et des troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs). Les pathologies de l'appareil circulatoire (dominées par les hypertension artérielles), les pathologies endocriniennes (dominées par les dysthyroïdies et les diabètes) et les lésions traumatiques suivent ensuite par ordre de fréquence. Les troubles mentaux apparaissent comme la 5e cause de pathologies en 2017. On notera également que les tumeurs (bénignes et malignes) ne représentent que 2 % des pathologies déclarées l'an dernier.

Les accidents du travail

Notre service a enregistré quelque 651 accidents du travail durant l'année écoulée parmi le personnel des établissements membres de la FHL. Ce chiffre révèle une diminution si-

gnificative des accidents par rapport à l'année 2016 (- 8 %). Cette baisse est principalement due à une forte diminution du nombre d'agressions du personnel par des malades agités ou agressifs (- 30 % par rapport à 2016) ainsi qu'une forte diminution des accidents survenus après un effort lié à la manutention d'un malade (- 23 % par rapport à 2016). Les actions de prévention menées par les établissements hospitaliers dans ces deux domaines commencent probablement à porter leurs fruits et méritent d'être soulignées. Les accidents d'exposition au sang et les accidents de trajet impliquant la conduite d'un véhicule automobile restent les deux principaux pourvoyeurs d'accidents du travail en 2017, représentant respectivement 23 % et 22 % de l'ensemble des accidents.

Concernant la nature des lésions observées, les plaies et blessures superficielles constituent heureusement la catégorie la plus impor-

tante, suivie par les entorses, foulures et luxations.

Suivi des salariés en contact avec des patients tuberculeux potentiellement contagieux

En 2017, 236 salariés ont été exposés à 13 patients atteints de tuberculose active. Tous les salariés ont été informés par notre service et invités à effectuer deux examens biologiques de surveillance (Quantiféron®) à 3 mois d'intervalle. Sur les 236 salariés surveillés, 7 ont présenté des modifications de leur valeur de Quantiféron® et 3 d'entre eux ont fait l'objet d'un traitement antituberculeux préventif mais ne présentaient aucun risque de contamination pour leurs collègues.

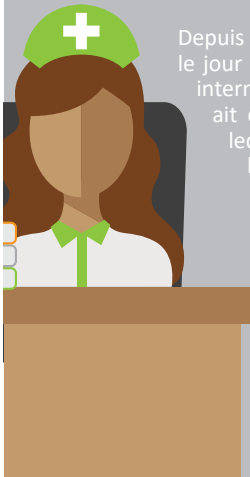
Absentéisme aux visites médicales

Nous souhaitons compléter les données concernant l'activité du SIST-FHL par les chiffres de l'absentéisme

des salariés aux visites médicales. Cette information nous semble importante car elle permet de sensibiliser nos hôpitaux membres qu'un nombre important de salariés ne sont pas présentés à leurs rendez-vous.

Au niveau de notre système informatique, un salarié est considéré comme « absent » s'il annule sa venue moins de 24 heures avant l'heure de son rendez-vous ou qu'il ne se présente pas à son rendez-vous, et « annulé » (et excusé) si le service est prévenu plus de 24 heures avant le rendez-vous.

En 2017, sur les 6851 convocations adressées par le SIST-FHL aux salariés des hôpitaux membres de la FHL, 1106 salariés ont annulé leur rendez-vous (souvent remplacés par d'autres salariés) mais 764 ne se sont pas présentés, soit un absentéisme de 11,15 %.



Nouvelle loi sur le reclassement professionnel

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs, occupant au moins vingt-cinq travailleurs le jour de la saisine de la Commission Mixte, sont tenus de procéder au reclassement interne d'un salarié déclaré inapte pour son poste de travail, à condition que le salarié ait été occupé pendant au moins dix ans dans l'entreprise et que le poste pour lequel il est déclaré inapte soit un poste à risques. Pour apprécier, le cas échéant, l'inaptitude, le médecin du travail compétent examine l'intéressé et procède à une étude détaillée du poste. Le médecin du travail établit ensuite un avis motivé constatant l'inaptitude du salarié pour le poste à risques occupé. Dans son avis, le médecin du travail se prononce sur les capacités de travail résiduelles du salarié, sur une réduction du temps de travail éventuelle, sur les possibilités de mutation et d'adaptation éventuelles du poste de travail, sur le caractère transitoire ou définitif de l'inaptitude et il arrête la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à une réévaluation médicale. Lors de chaque réévaluation médicale le médecin du travail peut modifier la périodicité arrêtée initialement. La périodicité doit être de moins de deux ans, à moins que les restrictions aient un caractère définitif.



COLLABORATIONS ET PARTICIPATIONS À DES ÉVÉNEMENTS

LES ÉVÉNEMENTS



Événements nationaux

Les rencontres avec les groupes parlementaires CSV, LSAP, DP et Déi Géng concernant le projet de loi n°7056 « Loi hospitalière et planification hospitalière »

Le premier groupe parlementaire rencontré fut la LSAP (16.01.2017). Mme Cécile Hemmen, Présidente de la Commission Santé, était présente, ensemble avec le député Engel. L'entrevue s'est déroulée de manière très factuelle. Ce fut ensuite au tour de la CSV (16.01.2017) avec les députés Jean-Marie Halsdorf et Dr Martine Mergen. La

FHL a ensuite rencontré le groupe parlementaire de « Déi Gréng » (30.01.2017) et a eu un échange de propos très constructif avec Madame Josée Lorsché. Enfin, la FHL a rencontré le groupe parlementaire du Parti Démocratique (07.02.2017) avec les députés Gusty Graas et Edy Mertens. Dr Alex Kriepps n'a malheureusement pas pu participer à l'entrevue. Il ressort de toutes ces entrevues que la FHL a pu rencontrer des personnes très majoritairement ouvertes à discuter de manière constructive.

La Conférence de presse de la FHL le 6 mars 2017 concernant le projet de loi n°7056 « Loi hospitalière et planification hospitalière »

La conférence de presse fut bien fréquentée et les échos dans la presse ont été positifs. Le message est bien passé mais les décisions prises à un niveau politique ne sont pas toujours le reflet du message à faire passer.

Les réunions « Quadripartites »

La réunion du Comité de Quadripartite du 3 mai 2017 à la Chambre de Commerce

La FHL était représentée par les personnes suivantes : Monsieur Paul Junck, Monsieur Marc Hastert, Monsieur Jean-Paul Freichel, Docteur Michel Nathan, Docteur Claude Schummer. Il fut constaté que les réserves financières de la CNS sont importantes et que la palette des prestations prises en charge va être élargie. Les laboratoires regroupés au niveau de la FLLAM ont fait savoir qu'ils souhaiteraient récupérer une partie de l'activité actuellement réalisée par le LNS.

La réunion du Comité de Quadripartite du 18 octobre 2017 à la Chambre de Commerce

La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois a pris la parole à cette occasion pour exprimer sa déception quant au contenu du projet de loi n°7056 tel qu'il a été amendé alors que le projet initial contenait des dispositions qui répondaient mieux aux soucis des directions hospitalières. La FHL a rappelé que les directions hospitalières doivent garantir la qualité dans leur enceinte mais elles n'en ont pas les moyens, alors que notamment les données relatives à l'activité des médecins font défaut.

La FHL a aussi dénoncé comme autre point de critique que les directions des hôpitaux ne disposent pas de moyens suffisants pour influencer les processus. Elles n'ont donc pas d'emprise sur des médecins qui ne remplissent pas leurs obligations. La FHL a de ce fait exprimé ses craintes que pour cette raison le projet de la documentation hospitalière va se solder par un échec. Le paiement à l'activité ne sera pas possible avec un texte de loi dans sa teneur actuelle. En outre, le texte ne

permet pas d'obliger un médecin à utiliser des standards, ce qui constitue néanmoins l'une des pièces angulaires de la réduction des coûts hospitaliers.

Concernant le fonctionnement des services d'urgence, la FHL a exprimé ses remerciements pour le travail qui a été réalisé, quoiqu'à son avis la prise de décision prenne trop de temps, notamment en ce qui concerne des gardes parallèles ou alternatives à Luxembourg-ville.

Concernant les demandes d'acquisition de nouvelles IRM, la FHL a rappelé l'urgence de débloquent la situation alors que le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un examen IRM varie entre deux et quatre mois au Luxembourg et qu'il serait utile d'intensifier le processus de mise en place des 4 IRM supplémentaires qui avaient été accordées.

L'entrevue du 17 mars 2017 avec la Ministre de la Santé

L'entrevue a porté sur le projet de loi n°7056 « Loi hospitalière et planification hospitalière ». La FHL a simplement pu exposer ses différentes doléances – aucune prise de position par la Ministre n'a été faite.

L'entrevue du 2 mai 2017 avec la Ministre de la Santé

L'entrevue portait essentiellement sur la prise en charge des urgences pédiatriques, le point déclenchant ayant été le dossier du petit Enzo. Il a été souligné que la prise en charge à l'hôpital doit pouvoir être et rester de haut niveau. Il convient de pouvoir garantir une couverture territoriale efficace. Malheureusement le pays doit faire face à un manque de disponibilité en pédiatres. Des solutions ad hoc ont certes pu être trouvées, mais elles ne sont pas durables. Ce qui importe, c'est que le

modèle qui sera finalement choisi fonctionne.

L'entrevue du 4 mai 2017 avec le Président de la CNS

L'entrevue a porté sur les sujets suivants :

La documentation hospitalière :

La FHL a souligné l'importance d'avoir la garantie que les médecins joueront le jeu, c'est-à-dire qu'ils réaliseront effectivement les opérations de codification pour lesquelles ils se sont engagés au niveau de l'avenant qui a été signé par l'AMMD concernant la convention cadre CNS/AMMD. Sachant que la convention deviendra applicable à partir du 1^{er} juillet 2017, ce prérequis essentiel était à clarifier au plus vite.

La CNS a souligné que par leurs signatures les parties concernées, y compris le corps médical, ont arrêté les principes pour la gouvernance des opérations. Certes, tout ne pourra pas être parfait d'un jour à l'autre. Il s'agit d'une activité en tripartisme et beaucoup de mécanismes seront en jeu. Les parties sont confrontées à une obligation légale doublée d'une obligation conventionnelle. L'objectif visé par la CNS est la transparence des coûts. Pour garantir le succès du projet il va falloir miser sur une information adéquate, une bonne formation des acteurs concernés et des contrôles/sanctions (si nécessaire).

Il fut précisé que des réunions d'information seront organisées courant 2017 en présence des acteurs « Direction de la Santé », « AMMD », « CNS » et « FHL ». Il convient en effet de bien montrer que le projet est soutenu à 100% par tous ces acteurs. Une validation externe des encodages est prévue. Cela mettra de la pression sur le corps médical.

La CNS a aussi souligné que sa première priorité est la transparence des coûts.

En conclusion, concernant la documentation hospitalière, il a été retenu de considérer les étapes suivantes :

- Organisation de séances d'information à l'attention du corps médical.
- Consolidation des équipes DIM (1 médecin et 3 techniciens au départ) et coordination avec les acteurs « médecins coordinateurs », etc.
- Codification des traitements stationnaires à partir du 1^{er} juillet 2017 (toute journée d'hospitalisation, c'est-à-dire prise en compte des patients qui occupent un lit d'hôpital, voire seulement dans un premier temps ceux qui restent une nuit à l'hôpital – cela dépendra de ce qui est gérable).

Les problèmes liés aux difficultés rencontrées dans le cadre des travaux des commissions paritaires :

- Il a été retenu avec la CNS que la convention cadre FHL/CNS sera

amendée pour y remédier, notamment par rapport au volet « Commission des budgets ».

Accès des hôpitaux aux données de la CNS et du CCSS

Des messages erronés avaient été constatés sur le site de consultation. Les données étaient générées dans le cadre de l'utilisation des données de facturation. Il s'agit d'un problème de « protection des données à caractère personnel ». La CNS a déclaré en être consciente et recherchera une solution au problème.

Les négociations pour le renouvellement de la CCT-FHL

Il fut constaté que tout le monde est conscient qu'il s'agit d'un sujet hautement politique mais qu'il ne faudra pas perdre de vue qu'une solution trop généreuse constituera une grosse hypothèque pour l'avenir.

Décomptes budgétaires : le respect des échéances légales et conventionnelles

La FHL a rendu attentif à un problème de calendrier. Il fut retenu que ce point sera géré dans le cadre d'un amendement à la convention

cadre FHL/CNS.

Désignation des membres et du Président de la Commission des budgets

Il fut retenu que les procédures liées aux modalités de désignation des membres de la Commission des budgets et à la durée des mandats seront revues.

Événements Internationaux

Visite au Luxembourg du Professeur Hirobumi Kawakita, Président du « Japan Council for Quality Health Care », le 6 octobre 2017

Le Directeur de la Santé avait informé la FHL que le Professeur Hirobumi Kawakita, Président du Japan Council for Quality Health Care » visitera le Luxembourg le 6 octobre 2017 et qu'il souhaitait s'entretenir avec les responsables du secteur hospitalier luxembourgeois et visiter un hôpital. Avant de visiter un hôpital le Professeur Kawakita s'est rendu dans les locaux de la FHL où l'approche Qualité telle qu'elle est gérée au niveau des hôpitaux luxembourgeois lui a été exposée. L'échange de points de vues et d'expériences fut très intéressant.

Les travaux avec la Fédération Européenne des Hôpitaux et des Soins de Santé (HOPE)



La Fédération Européenne des Hôpitaux et des Soins de Santé s'est réunie au niveau de son Bureau des Gouverneurs en date du 13 juin 2017 à Dublin et du 15 novembre 2017 à Düsseldorf.

La réunion du 13 juin 2017 à Dublin fut combinée avec l'AGORA 2017 organisée sur le thème de « l'Innovation dans les hôpitaux et dans les soins de Santé ».

À l'issue de la réunion du 15 novembre 2017 précitée s'est tenue la 4e Conférence Commune des Hôpitaux Européens (4th Joint European

Hospital Conference), sur le thème « Chances et défis de l'e-Santé » co-organisée par la Fédération Européenne des Hôpitaux et des Soins de Santé (HOPE), l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH) et l'Association Européenne des médecins hospitaliers (AEMH).

En 2017, HOPE a principalement travaillé sur les sujets suivants :

- La publication d'un rapport sur l'Hôpital du futur ;
- Un benchmark du prix des achats et des services de soins de santé ;
- L'e-Santé ;
- etc.

Les travaux de la Fédération Internationale des Hôpitaux (FIH-IHF)

La FHL ne participe en principe pas aux réunions de la Fédération Internationale des Hôpitaux (FIH) mais suit de près ses travaux. Tel fut no-



tamment le cas concernant le projet lié aux compétences managériales et les conclusions à ce propos ont été intégrées dans les réflexions menées dans le cadre de la Journée thématique « L'avenir des professions de Santé : Quels seront les profils de compétences nécessaires à l'horizon 2010-2025 ? », coorganisée par la FHL, l'AEDH et l'IUIL le 28 septembre 2017 à Esch-Belval.

Les travaux avec l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH-EAHM-EVKM)

En 2017 l'AEDH s'est réunie au niveau de son Comité exécutif le 12 juin 2017 à Dublin et le 15 no-

vembre 2017 à Düsseldorf. L'AEDH a notamment travaillé sur les sujets suivants :



EUROPEAN ASSOCIATION OF HOSPITAL MANAGERS

- La prévention en tant qu'activité hospitalière (Séminaire IMPO du 15 novembre 2017) ;
- L'enquête "Clinical Risk Management and Assessment in European Hospitals" et la réalisation d'une étude avec BBraun pour un plan d'amélioration et d'optimisation des procédures y relatif dans les hôpitaux ;
- European Medicine Verification System ;
- Possibles conséquences du Brexit sur les soins de Santé ;
- Premiers préparatifs pour le Congrès de Cascais en septembre 2018 sur le thème « Redéfinir le rôle des hôpitaux – Innover en Santé Publique » ;
- etc.

L'AEDH a aussi participé à l'organisation et à la tenue de la 4e Conférence Commune des Hôpitaux Européens (4th Joint European Hospital Conference) en novembre 2017 à Düsseldorf (cf. ci-avant dans la rubrique consacrée à HOPE).

La Journée thématique « L'avenir des professions de Santé : Quels seront les profils de compétences nécessaires à l'horizon 2010-2025 ? »

La FHL a organisé conjointement avec l'AEDH et l'IUIL une journée thématique sur le thème « Le futur des professions de santé : quelles sont les compétences requises ? ».

Voilà la question centrale autour

de laquelle l'IUIL, en collaboration avec l'AEDH et la FHL, a organisé le 28 septembre 2017 sur le site de Belval, une journée thématique à caractère transfrontalier. Destinée aux managers d'institutions hospitalières européennes, cette journée a permis de discuter entre collègues et avec des experts à renommée internationale les prévisions quant aux développements RH dans ce secteur pour les années à venir.

Au centre de la discussion : l'aspect managérial opérationnel, l'impact des nouvelles variables sur le développement des profils de compétence mais aussi la problématique de la gestion des âges.

La journée fut aussi un moment privilégié pour les participants de nouer de nouveaux contacts et de tirer profit de l'expérience de leurs homologues face aux mêmes problématiques.

En 2016, l'IUIL et l'AEDH avaient organisé une première promotion de la formation « Manager un hôpital à l'heure européenne », avec l'objectif de mener les dirigeants d'hôpitaux au niveau transfrontalier et européen à gérer leur institution dans une perspective transfrontalière, en adaptant leur activité aux directives européennes émanant de Bruxelles. Lors de la journée thématique, la reconduite de cette formation a été annoncée pour octobre 2018.

Le succès de la conférence – on avait rassemblé une quarantaine de participants cadres et une dizaine d'experts internationaux – promet une belle promotion de la formation pour la fin d'année.



Nos actions de Formation



- Réalisation de la promotion 5 de la Formation managériale pour le secteur hospitalier (FMSH) avec l'IUIL ;
- Lancement de la promotion 6 de la Formation managériale pour le secteur hospitalier (FMSH) avec l'IUIL ;
- Formation « Introduction au contexte hospitalier luxembourgeois pour médecins » ; promotion 1 avec l'IUIL ;
- Lancement avec l'IUIL d'une analyse des besoins en formation pour le secteur hospitalier luxembourgeois (résultats à présenter courant 2018) ;
- Cellule Physique Médicale :
 - *Radioprotection de base pour le personnel,*
 - *Radioprotection pour médecins spécialistes en collaboration avec le ministère de la santé et l'institut universitaire international Luxembourg (IUIL)*
 - *Formation en contrôle qualité pour les ATM référents du contrôle qualité,*
 - *Radioprotection de base pour le personnel : actualisation,*
 - *Protection du personnel contre les rayonnements ionisants,*
 - *Formation en radioprotection pour les responsables de contrôle physique,*
 - *Prévu pour 2018 : Formation en radioprotection pour ATM Radiologie.*



LA VIE INTERNE DE LA FHL



Départs

Dr Marie-Joseph Ronde, Médecin du Travail et Mme Danielle Ciacia, Assistante Administrative, sont parties en retraite en septembre et décembre 2017.

Embauches

Un nouveau médecin du travail, Dr Pascale Meunier, a rejoint l'équipe du SIST-FHL en remplacement de Dr Riondé depuis le 18 septembre 2017.

Stages

La Cellule Physique Médicale a accueilli le stagiaire M. Thimothée Cados du 1^{er} juin 2017 au 07 juillet 2017.

La FHL a accueilli la stagiaire Mme Eléonore Bernez du 28 août 2017 au 20 octobre 2017.

Ancienneté

Mme Rossana Lippolis a fêté ses 30 ans d'ancienneté, Mme Yvette Frank et Dr Marie-Joseph Riondé ont fêté leur 20 ans d'ancienneté tandis que M. Octavian Dragusin et Dr Carole Picard ont fêté leur 10 ans d'ancienneté.



INFORMATIONS RÉDACTIONNELLES

Rédacteurs :

- Philippe Favrot
- Jean Ferring
- Marc Hastert
- Alex Meyer
- Laure Pellerin
- Sylvain Vitali
- Luc Waisse

Coordination et relecture :

- Nathalie Iltis

Mise en page et création graphique :

- Julie Iltis

Crédit images :

- Freepik.com
- Pixabay.com
- Photos 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



www.fhlux.lu



*Fédération des hôpitaux
luxembourgeois*

5, rue des Mérovingiens
Z.A. Bourmicht
L-8070 BERTRANGE
Tél. : 42 41 42-11
Fax : 42 41 42-81
www.fhlux.lu