

RAPPORT ANNUEL
2018



www.fhlux.lu





TABLE DES MATIÈRES

LES FAITS MARQUANTS 2018	5
La loi hospitalière	6
Les services d'urgence	9
Les négociations CCT-FHL	11
CGDIS	13
GDPR	14
NOS INSTANCES DE GOUVERNANCE	15
Assemblée Générale Ordinaire du 26 juin 2018	16
Assemblée Générale Extraordinaire du 4 décembre 2018	18
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION	22
LE BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	25
LES PLATEFORMES DES DIRECTEURS	28
Plateforme des Directeurs des Soins	28
Plateforme des Directeurs Médicaux	33
Plateforme des Directeurs Administratifs et Financiers	35
PRÉSENTATION DES GRANDES ACTIVITÉS DE LA FHL	38
Physique médicale	39
Achats Communs	43
Ressources humaines	46
Financement	49
Normes et Qualité	57
Service interentreprises de Santé au Travail	61
LES ÉVÉNEMENTS	66
NOS ACTIONS DE FORMATION	68
NOTRE VIE INTERNE	70

INFORMATIONS RÉDACTIONNELLES	73
------------------------------	----





LOI HOSPITALIÈRE



Tout au long du processus de genèse de la nouvelle loi hospitalière, la Fédération des hôpitaux luxembourgeoise a fait entendre sa voix de façon sereine et professionnelle en plaçant sa campagne d'information et de sensibilisation sous le thème : « Des hôpitaux transparents et bien organisés pour une prise en charge de qualité des patients ».

La Chambre des Députés ayant, en date du 7 février 2018, adopté le projet de loi hospitalière, il incombait à tous les acteurs de donner vie à ce texte législatif important. Les hôpitaux sont en effet des organisations complexes faisant réaliser des actes compliqués par des équipes pluridisciplinaires.

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.

Dans ce contexte, les points suivants ont plus particulièrement été relevés par la FHL :

Médecine hospitalière intégrée et attrayante

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.

Dans ce contexte et conformément à la volonté du législateur, il importe que la FHL et l'AMMD tombent d'accord pour mettre en place un contrat de collaboration type sur base duquel les médecins libéraux sont agréés par les établissements hospitaliers et qui respectera le contenu essentiel défini par la loi. Ainsi, tout en gardant le patient au cœur de nos préoccupations, nous pourrons affronter les défis technologiques, organisa-

tionnels et européens auxquels notre secteur devra faire face, ceci dans un monde qui se transforme à un rythme accéléré.

Des incitants financiers doivent également 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.

La FHL a insisté sur le fait que la loi du 8 mars 2018 impose aux hôpitaux une obligation de résultat de sécurité institutionnelle et prévoit également la mise en place d'une organisation de la présence médicale dans l'institution sous la responsabilité du gestionnaire, ce qui devra conduire à repenser l'organisa-

tion de la médecine hospitalière. Par conséquent, la FHL a revendiqué une refonte du contrat-type FHL/AMMD, ceci dans le respect des dispositions légales (art. 33 de la loi du 8 mars 2018) en vue d'aboutir à un contrat d'objectifs et de moyens entre l'établissement hospitalier et les différentes spécialités médicales hospitalières. De même la mise en œuvre concrète et rapide de la transparence de la facturation médicale établie dans le cadre des prestations médicales hospitalières (art. 38 de la loi du 8 mars 2018) s'impose.

Globalement l'objectif est d'aboutir à une meilleure valorisation de la médecine hospitalière avec mise en place d'incitatifs ceci par rapport à la médecine de ville, sachant que les médecins hospitaliers sont confrontés aux contraintes liées aux gardes, astreintes et services intrahospitaliers d'intérêt de santé publique et autres missions administratives et organisationnelles.

La philosophie générale de la nomenclature médicale est actuellement défavorable à un fonctionnement hospitalier desservant une mission de santé publique. Un système de rémunération qui favorise des actes fréquents et des actes techniques avec des mélanges de location d'appareils au détriment d'un système qui récompense une participation à un système de garde et de collaboration ef-

ficiente dans l'organisation hospitalière n'est ni favorable à un environnement hospitalier solidaire ni à un concept de réseaux de compétences.

En conséquence, la FHL a revendiqué une refonte complète de la nomenclature médicale suivie d'une mise à jour régulière. De même elle a insisté pour que la présence médicale sur place imposée par la loi soit financée par l'Etat par le biais d'une enveloppe budgétaire supplémentaire allouée aux établissements hospitaliers à charge pour ceux-ci de la gérer et non pas par le Conseil Médical qui n'a pas cette compétence légale.

La FHL a aussi plaidé pour un modèle de rémunération mixte, c'est-à-dire un paiement à l'acte pour l'activité dite libérale et un salaire/forfait pour l'activité de garde sur place, respectivement les astreintes.

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 compétence

L'introduction de réseaux de

compétences devant assurer une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie déterminée, amènera les hôpitaux à renforcer leur coopération dans le domaine médical, ceci dans l'intérêt du patient. Il est à espérer que le comité de gestion interhospitalière, réunissant sur une base large tous les acteurs du secteur et qui a notamment pour mission de soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences et d'en retenir les modalités organisationnelles, réussira à concrétiser ce volet important de la loi hospitalière

Le principe de l'EBG, suivant une philosophie d'un budget de dépenses, n'est pas acceptable isolément dans un système totalement libre par ailleurs.

Les directions hospitalières sont soumises à l'enveloppe budgétaire globale sans avoir les moyens pour réguler l'activité médicale disposant de la liberté thérapeutique, de la liberté de prescription et bénéficiant d'une prise en charge quasi illimitée de leurs actes. En conséquence, la FHL a revendiqué un système de financement affiné et flexible en fonction de l'activité réalisée et documentée de façon transparente (coût/patient/pathologie).

La FHL a aussi rappelé certaines

interférences avec le secteur hospitalier qu'il convient d'éviter.

Il est difficilement acceptable que les conventions établies d'un commun accord entre la CNS et des acteurs du secteur extrahospitalier, à savoir par exemple les laboratoires et les médecins, aient un impact sur l'organisation hospitalière, alors que les hôpitaux sont ex-

clus de ces négociations. (par ex. convention AMMD/CNS, convention FLLAM/CNS, etc.).

En conséquence, la FHL a revendiqué une revue afférente des dispositions y relatives dans le code de la sécurité sociale. D'autre part la FHL a accordé la plus grande importance à la continuité des soins, au maintien d'une qualité élevée de la prise en charge des patients

et au contrôle qualitatif de la prestation médicale. En conséquence, la FHL a revendiqué le maintien de l'équipement medicotechnique lourd à l'hôpital (High-Tech, High-Cost, High-Risk à l'hôpital).

LES SERVICES D'URGENCE



Plateforme nationale de coordination urgences (PNCU)

Il avait été annoncé que les Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale allaient mettre en place une plateforme intégrant tous les acteurs concernés pour garantir le suivi de l'étude « services d'urgence ».

Il reste à espérer que les instances de tutelle politique et financière sauront en retirer les éléments qui permettront aux hôpitaux de fonctionner efficacement pour leurs services d'urgences.

L'objectif de cette plateforme sera de garantir le suivi de l'étude notamment au niveau de la coordination des différents projets à définir. La plateforme pourra également donner de l'input en se dotant de sous-groupes de travail selon des thématiques ou des acteurs spécifiques.

Les deux ministères ont élaboré une priorisation des actions

à mener ainsi qu'une timeline. La composition de cette plateforme sera identique que celle du COPIL « étude services d'urgence » (MiSa, MSS, IGSS, CNS, LIH, FHL, hôpitaux, représentants médicaux) avec la seule différence que ce sera à l'AMMD de désigner les représentants médicaux dans cette plateforme (au niveau du COPIL, c'était le cercle des médecins urgentistes qui représentait le corps médical).

La plateforme aura une base officielle par la publication d'une décision prise en Conseil de Gouvernement. Les membres seront officiellement nommés.

Définir des normes pour débloquer des moyens

La FHL a rappelé les soucis des hôpitaux et les points à traiter en urgence pour solutionner les problèmes au niveau des terrains, c'est-à-dire obtenir rapidement les moyens en surfaces et en personnel. La FHL revendique un rapide déblocage

des moyens financiers. Mais pour cela il nous faudra des normes qui nous permettront de faire pression par rapport à un système transposable.

Le point de discussion « normes » devra être le premier point à débattre. Les normes retenues devront alors être officialisées via règlement grand-ducal comme cela est d'ailleurs prévu dans le texte de la nouvelle loi hospitalière. Néanmoins, si la Commission des normes avançait rapidement, les normes convenues paritairement à ce niveau pourraient être officialisées au niveau du document fixant les normes de dotation. L'essentiel est que les choses bougent et qu'elles bougent dans le bon sens. Les normes à officialiser devront tout autant concerner les ressources infir-

miers que médecins.

Préparatifs relatifs à l'avant-projet de règlement grand-ducal « services d'urgence »

Une réunion de travail au Ministère de la Santé - Division de la Médecine Curative a eu lieu concernant l'avant-projet de règlement grand-ducal sur les normes minimales des services d'urgences, et plus particulièrement la partie sur les normes minimales de dotation du personnel soignant.

En résumé on peut retenir que la réunion a été très positive pour les établissements hospitaliers, les demandes des établissements hospitaliers ayant été considérées presque dans leur intégralité. Aux dotations reprises, il convient d'ajouter encore un responsable soignant pour le service des urgences.

Bien évidemment le texte devra encore être revu en interne au Ministère de la Santé et devra aussi encore être discuté

notamment avec la CNS. C'est pourquoi il va tout de même falloir rester vigilants, rien n'étant définitivement acquis.

La FHL a fait remarquer qu'il faudra quand-même signaler que le volet de l'infrastructure hospitalière est du domaine de compétence des directions hospitalières et pas des médecins.

LES NÉGOCIATIONS CCT-FHL



Suite à la signature du protocole d'accord en date du 21 juin 2017 pour le renouvellement de la CCT sur une durée de 3 ans jusqu'au 30 juin 2020, les parties avaient convenu d'entamer une discussion au sein de la commission paritaire sur l'amélioration de l'organisation du temps de travail et de sa gestion. Les parties s'étaient engagées à analyser ensemble et dans sa globalité tous les éléments liés à une meilleure organisation du temps de travail dans les établissements hospitaliers, de faire un premier bilan au 31 mars 2018 et de prendre les conclusions au 30 juin 2018. Les parties n'ont pas pu se mettre d'accord sur l'amélioration du temps de travail et de sa gestion.

Plusieurs avenants ont été signés :

Un premier avenant au protocole d'accord a été signé le 2 mars 2018 précisant certaines règles pour le changement de carrière tel qu'il est prévu par le protocole d'accord. Il a éga-

lement été constaté que, pour les salariés qui subissent une perte, d'un point de vue cumulé, due au changement de carrière entre l'ancienne carrière et la nouvelle carrière, des solutions doivent être trouvées.

Concernant la méthodologie de calcul de la valeur du point CCT FHL il a été décidé d'adopter la même méthodologie de calcul que celle applicable près de la fonction publique.

Un deuxième avenant a été signé le 12 juin 2018 pour transposer l'augmentation du point CCT (1er janvier 2018) et adopter la même nouvelle méthodologie de calcul que celle applicable près de la fonction publique pour la valeur du point au 1er janvier 2018.

Un troisième avenant a été signé en date du 16 juillet 2018 retenant une solution pour compenser « les pertes » subies par les personnes qui, d'un point de vue cumulé, présentent un solde négatif entre l'ancienne et

la nouvelle carrière au moment du départ en retraite fictif fixé à 38 ans de carrière professionnelle, ainsi que la modification du calcul de l'indemnité de maladie suite à la loi du 8 avril 2018 modifiant l'article L.121-6 du code du travail.

Suite aux revalorisations des carrières dans la CCT, les associations professionnelles des biologistes (Société luxembourgeoise de biologie clinique asbl), des pharmaciens hospitaliers (Association des pharmaciens hospitaliers du Luxembourg asbl) et des experts en physique médicale (Association luxembourgeoise de physique médicale asbl) se sont manifestées afin de voir leurs carrières revalorisées. Le Conseil d'administration de la FHL a élaboré des recommandations pour une valorisation

des carrières hors CCT des professionnels ci-avant et a décidé de soumettre ces nouvelles recommandations à la CNS pour validation, étant donné que ces nouvelles carrières doivent être financées par la CNS.

Dans l'arrêt MATZAK, la CJUE s'est prononcée sur la notion de temps de travail définie par l'ar-

ticle 2 de la Directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant l'aménagement du temps de travail et son application par les Etats membres, notamment en matière de temps de garde et temps d'astreinte. La CJCE a répondu que le temps de garde d'un travailleur à domicile obligé de répondre aux appels de l'em-

ployeur dans un délai bref doit être considéré comme « temps de travail ». Cette décision de la CJCE pourrait avoir un impact au niveau national et sur le système des permanences tel qu'actuellement prévu par la CCT-FHL.

CORPS GRAND-DUCAL D'INCENDIE ET DE SECOURS



Au 1er juillet 2018 la loi du 27 mars 2018 portant organisation de la sécurité civile et création d'un Corps grand-ducal d'incendie et de secours (CGDIS) est entrée en vigueur. Le CGDIS est en charge de l'organisation des secours et du SAMU à partir de cette date.

L'article 88 alinéa 2 prévoit que, pour assurer sa couverture médico-soignante, le CGDIS élabore un contrat-type de collaboration à conclure avec les établissements hospitaliers, un organisme représentatif des hôpitaux demandé en son avis.

Depuis juin 2018, la FHL est en discussion avec le CGDIS pour établir une telle convention-cadre, étant donné que les infirmiers salariés de l'hôpital continuent à assurer la mission SAMU tel qu'ils l'ont fait auparavant.

Le CGDIS avait prévu de conclure une collaboration, non seulement avec les hôpitaux, mais aussi avec les médecins concer-

nés (2 types de convention). Concernant le volet « coûts », l'Etat mettra en principe à disposition un budget de 100 millions d'Euros pour le CGDIS.

Après une première lecture du projet de contrat « CGDIS-Etablissements hospitaliers », il est constaté déjà un problème majeur si la future collaboration se déroule conformément au texte proposé. Les soignants qui travailleront pour le CGDIS ne pourront plus exercer d'autres activités au sein de l'hôpital car ils devront être constamment sur le départ de possibles interventions (endéans des délais extrêmement courts).

Un autre problème déjà constaté est celui de la nature de la relation des soignants avec le CGDIS. Ils seront salariés de l'hôpital délégués aux besoins du CGDIS. Quelle sera la nature de cette relation ? Est-ce que ce sera un prêt de main d'œuvre ? Une telle configuration est liée à des contraintes juridiques non négligeables. Le projet de

contrat de collaboration est inacceptable dans sa teneur actuelle.

Un groupe de travail ad hoc a été constitué, composé des représentants soignants, médicaux et administratifs des 4 établissements hospitaliers concernés.

Des réunions d'échange de points de vue ont eu lieu avec le CGDIS.

De plus, des réunions internes ont eu lieu afin d'élaborer des propositions d'amendements constructives, transmises ensuite au CGDIS.

A la fin de l'année, les discussions n'avaient pas abouti et continuaient en 2019.

PROTECTION DES DONNÉES GENERAL DATA PROTECTION REGULATION



Le volet de la protection des données est abordé au niveau de la GDPR Taskforce de Luxith qui est devenu le Groupe de Travail « General Data Protection Regulation » (GT GDPR) de la FHL en décembre 2018 suite à la décision du Conseil d'administration de faire chapeauter les grandes thématiques sectorielles GDPR par la FHL. Luxith et FHL se partagent provisoirement un data protection officer ou délégué à la protection des données (DPO).

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 sont poursuivis en 2018 pour préparer l'organisation et la mise en conformité avec le règlement général sur la protection des données personnelles entrant en vigueur le 25 mai 2018.

Le groupe de travail a commencé à travailler sur l'élaboration d'un plan d'action sectoriel de mise en conformité.

Une cartographie des traitements réalisés par la FHL a été dressée et reportée dans le registre des traitements de la FHL.



NOS INSTANCES DE GOUVERNANCE

LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES



Assemblée générale ordinaire du 26 juin 2018

M. le Prof. Dr Hans-Joachim Schubert est élu nouveau Vice-Président de la FHL, pour une durée d'une année.

M. Sylvain Vitali est nommé Secrétaire Général Adjoint.

L'Assemblée générale approuve à l'unanimité l'adhésion de la

Fondation Emile Mayrisch asbl pour le Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC).

Le mandat du réviseur d'entreprise RSM est reconduit pour une durée d'une année. Un appel d'offres sera réalisé pour la révision des comptes 2019.



Mandats du Conseil d'Administration

Etablissement	Membre effectif		Durée	Membre suppléant		Durée
	Prénom	Nom	Mandat	Prénom	Nom	Mandat
FHL	Paul	JUNCK	Président			2017-2021
CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	Vice-Président			2018-2019
CHL	Monique	BIRKEL	2018-2022	Alain	ALBRECHT	2017-2021
CHL	Romain	NATI	2017-2021	Martine	GOERGEN	2017-2021
CHL	Jean-Paul	FREICHEL	2015-2019	Pierre	LAVANDIER	2015-2019
CHEM	Claude	BIRGEN	2015-2019	Patrizia	ASCANI	2015-2019
CHEM	Michel	NATHAN	2015-2019	Daniel	CARDAO	2015-2019
CHEM	Serge	HAAG	2018-2022	Hansjörg	REIMER	2018-2022
HRS	Claude	SCHUMMER	2017-2021	Gregor	BAERTZ	2017-2021
HRS	Sandra	THEIN	2018-2022	Danila	RISTOCK	2018-2022
HRS	Christian	KIRWEL	2018-2022	Alain	PLUMAT	2018-2022
CHdN	Georges	BASSING	2018-2022	Paul	WIRTGEN	2018-2022
CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	2015-2019	Patrick	AGNES	2018-2022
CHdN	René	HAAGEN	2015-2019	Nathalie	CHOJNACKI	2018-2022
CHNP	Franck	GANSEN	2017-2021	Denis	LALOY	2018-2022
HIS	Luc	GINDT	2015-2019	Fabienne	VALET	2016-2020
CFB	Michel	UNTEREINER	2018-2022	Gilles	SOMMERHALTER	2016-2020
INCCI	Arnaud	CHARPENTIER	2016-2020	Anne	RISCH	2018-2022
CNRFR	Anja	DEKANT-HÜBNER	2015-2019	Thomas	HENKELS	2018-2022
CRCC	Jean-Philippe	SCHMIT	2018-2022	Xavier	DEMOISY	2018-2022

Assemblée générale extraordinaire du 4 décembre 2018

Modification des statuts de la FHL

Les membres de l'Assemblée générale adoptent la modification des statuts telle que proposée comme suit :

L'article 2 est modifié comme suit :

L'association a pour objet le groupement des établissements hospitaliers luxembourgeois, la défense des intérêts professionnels de ses membres et la réalisation sous toutes ses formes du progrès hospitalier pour concourir notamment au bien-être du patient. Elle le fera dans un esprit de parfaite indépendance politique et confessionnelle et pourra se doter à cette fin des structures nécessaires pour remplir ses missions.

Par établissement hospitalier, dans le sens des présents statuts, il faut entendre un établissement répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- être régi par la loi du 8 mars 2018 sur les établissements hospitaliers et la planification hospitalière ;
- être régi par les conventions entre la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) et la Caisse Nationale de Santé (CNS) ou autres organismes de Sécurité Sociale, ainsi que par la Convention Collective

de Travail concernant son personnel.

Est visée également d'une façon générale toute institution ou structure publique ou privée qui n'est pas expressément désignée dans les présents statuts à condition cependant de poursuivre une activité dans le domaine médical, de la santé ou des soins en lien avec le secteur hospitalier.

L'association a notamment, dans le cadre de son objet défini ci-dessus, comme mission :

1. d'élaborer la stratégie commune à moyen et à long termes pour le secteur hospitalier, de constituer à cet effet une plateforme d'échange et de concertation étroite entre ses membres ayant pour objectif d'arriver à un accord sur les dossiers majeurs du secteur,
2. d'assurer, de piloter et de faciliter la mise en œuvre concrète des décisions prises en son sein pour mettre en pratique la stratégie commune retenue et intervenir en ce sens auprès des acteurs publics et privés,
3. de mener pour le compte

des membres les négociations en vue de la passation avec les institutions de la sécurité sociale des conventions prévues par les lois et de servir d'intermédiaire pour les questions de principe se posant dans les relations entre ses membres d'une part et les autorités publiques et les institutions de sécurité sociale d'autre part,

4. de représenter ses membres vis-à-vis de tiers pour les prises de position et actions décidées en commun et de mener pour le compte de ses membres les négociations en vue de la passation de conventions de tous genres avec des tiers,
5. d'œuvrer ensemble avec ses membres pour favoriser le progrès technique et scientifique ainsi que l'innovation,
6. d'organiser et de développer les rapports avec les associations hospitalières étrangères et d'adhérer aux organismes internationaux visant des buts analogues,
7. d'une manière générale, de veiller et répondre aux intérêts communs et aux besoins particuliers de tous

ses membres en tenant compte des dispositions légales et réglementaires notamment en matière de santé publique.

L'article 6 est modifié comme suit :

L'Assemblée générale ordinaire se réunit chaque année et au plus tard dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice social précédent.

Les membres sont convoqués par courrier postal et/ou électronique par le Conseil d'Administration avec communication de l'ordre du jour au moins dix jours francs avant la date de la réunion.

L'article 11 est modifié comme suit :

Dans les Assemblées générales, chaque membre dispose d'un nombre de voix proportionnel au montant total des cotisations et participations financières payées pour l'année précédente.

Le droit de vote devient effectif à dater de la réunion de l'Assemblée générale ordinaire qui suit l'Assemblée générale qui a approuvé l'adhésion du nouveau membre.

L'article 15 est modifié comme suit :

Les délibérations et décisions de l'Assemblée générale sont actées dans un registre ad hoc que tous les membres et les tiers peuvent consulter au siège

social et qui est signé par le Secrétaire Général ou le Secrétaire Général Adjoint ainsi que par le Président du Conseil d'Administration ou à son défaut par le Vice-Président respectivement par l'administrateur le plus ancien en rang et, à parité entre plusieurs, l'administrateur le plus âgé.

L'article 16 est modifié comme suit :

L'association est administrée par un Conseil d'Administration. Les membres de l'association y sont représentés soit de manière directe soit de manière indirecte. Le Conseil d'Administration est composé comme suit :

- Chaque centre hospitalier a droit à 3 membres ;
- Chaque établissement hospitalier spécialisé, budgétisé et constitué en personne morale indépendante, a droit à un membre.

L'association est présidée par un Président, et en son absence par un Vice-Président, librement choisi par l'Assemblée générale parmi les candidats proposés par ses membres. Pour autant que le Président ne soit pas issu d'un établissement membre, il a la qualité d'administrateur s'ajoutant au nombre d'administrateurs résultant de l'alinéa précédent.

Chaque administrateur dispose d'une voix au Conseil d'Administration.

Les candidats pour les postes d'administrateurs sont soumis au vote de l'Assemblée générale.

Cette composition peut être révisée par l'Assemblée générale en cas d'admission de nouveaux membres ou en cas de démission de membres.

Le Conseil d'Administration peut s'adjoindre d'experts ou de conseillers qui auront une voix consultative.

L'article 18 est modifié comme suit :

La durée du mandat du Président est de quatre années, renouvelable.

La durée du mandat du Vice-Président est de deux années, renouvelable.

En l'absence du Président et du Vice-Président, l'administrateur effectif le plus ancien en rang et, à parité entre plusieurs, l'administrateur effectif le plus âgé est investi des fonctions de la présidence.

Les fonctions de Président, Vice-Président et d'administrateur peuvent donner droit à des indemnités et/ou des jetons de présence.

Si le Président de l'association ne peut plus exercer son mandat ou s'il y renonce, le Vice-Président exercera provisoirement le mandat de Président jusqu'à la prochaine Assemblée générale ordinaire ou extraordinaire

qui statuera définitivement sur son remplacement.

L'article 20 est modifié comme suit :

Le Conseil d'Administration délègue certains de ses pouvoirs à un Bureau.

Le Bureau a notamment comme mission de préparer les réunions du Conseil d'Administration et de veiller au suivi des décisions prises lors des réunions du Conseil d'Administration. En cas d'urgence et/ou en l'absence de réunion du Conseil d'Administration, le Bureau pourra prendre toutes décisions qui s'imposent dans l'intérêt de l'association et de ses membres.

Le Bureau est composé comme suit :

- Le Président du Conseil d'Administration,
- Les directeurs généraux des centres hospitaliers,
- 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 :

- Les coordinateurs des plateformes (médicale, soins, administrative et financière),

- Le Secrétaire Général,
- Le Secrétaire Général Adjoint,
- Le Bureau du Conseil d'Administration peut s'adjoindre d'experts ou de conseillers qui auront une voix consultative.

Le règlement général détermine le fonctionnement ainsi que les domaines d'actions du Bureau.

L'article 22 est modifié comme suit :

Le Conseil d'Administration délègue la gestion journalière de l'association à un secrétariat général sous la direction et sous la responsabilité d'un Secrétaire Général et d'un Secrétaire Général Adjoint. Le Secrétariat Général assiste les organes de l'association dans leurs travaux et en assure le volet opérationnel.

Pour le cas où le Secrétaire Général et le Secrétaire Général Adjoint ne seraient plus à même d'exercer leurs fonctions, le Conseil d'Administration peut charger une ou plusieurs personnes de procéder, conformément à ses directives, à l'expédition des affaires journalières.

L'article 25 est modifié comme suit :

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président ou, à défaut de celui-ci, du Vice-Président, aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige et en principe quatre fois par an.

Il ne pourra valablement sta-

tuer que si la majorité de ses membres est présente ou représentée. Le mandat écrit donné par un administrateur à un de ses collègues de le représenter aux délibérations dudit Conseil n'est valable que pour une seule séance. Un même membre du Conseil ne peut représenter qu'un seul de ses collègues.

Chaque personne membre du Conseil d'Administration peut également se faire représenter par un membre suppléant préalablement nommé par l'Assemblée générale. Cette règle ne s'applique cependant pas pour le poste de Président.

Chaque personne membre du Conseil d'Administration ne peut être représentée qu'une seule fois, soit par son suppléant, soit par procuration.

Les décisions sont prises à la majorité absolue des voix des administrateurs présents ou représentés; en cas de parité de voix, celle du Président ou de celui qui le remplace est prépondérante. Le vote se fait par main levée, sauf si des personnes physiques sont directement concernées à titre individuel. Dans ces cas, le scrutin secret peut être demandé.

Les résolutions du Conseil d'Administration sont consignées dans des procès-verbaux rédigés par le secrétariat général et communiqués à tous les administrateurs.

Il est rajouté un nouvel article 28 qui prend la teneur suivante :

L'assemblée générale ne peut valablement délibérer sur les modifications aux statuts que si celles-ci sont expressément indiquées dans la convocation et si l'assemblée générale réunit au moins deux tiers des membres présents ou représentés.

Les modifications des statuts ainsi que leur publication s'opèrent conformément aux dispositions afférentes de la loi du 21 avril 1928, telle que modifiée.

L'ancien article 28 devient le nouvel article 29.

Il est rajouté un nouvel article 30 qui prend la teneur suivante :

Pour tous les points non réglés par les présents statuts, l'association déclare se soumettre aux dispositions de la loi du 21 avril 1928, telle que modifiée, ainsi

que, le cas échéant, au règlement général en vigueur.

Marchés Publics

La modification de la résolution du 22 mai 2012 autorisant le Conseil d'Administration à déléguer au Secrétaire Général sa compétence pour prendre les décisions dans les procédures d'achats publics afin de l'étendre au Secrétaire Général Adjoint est adoptée à l'unanimité.

Représentation

Les changements au niveau du Conseil d'Administration suivants sont adoptés :

Pour les HRS :

- Mme Sandra Thein comme membre effectif en remplacement de M. Christian Oberlé,
- Mme Danila Ristock comme membre suppléant en remplacement de M. Paul Hoffman,

- M. Christian Kirwel comme membre effectif en remplacement de M. Marc Schlim,
- M. Alain Plumet comme membre suppléant en remplacement de M. Christian Kirwel.

Pour le CHdN :

- Dr Paul Wirtgen comme membre suppléant de M. Georges Bassing en remplacement de Dr Marcel Bauler.

Pour le Rehazenter :

- M. Thomas Henkels confirmé comme membre suppléant.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION



Composition du Conseil d'Administration

Etab.	Membre effectif		Membre suppléant	
	Prénom	Nom	Prénom	Nom
FHL	Paul	JUNCK	Président	
CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	Vice président	
CHL	Monique	BIRKEL	Alain	ALBRECHT
CHL	Romain	NATI	Martine	GOERGEN
CHL	Jean-Paul	FREICHEL	Pierre	LAVANDIER
CHEM	Claude	BIRGEN	Patrizia	ASCANI
CHEM	Michel	NATHAN	Daniel	CARDAO
CHEM	Serge	HAAG	Hansjörg	REIMER
HRS	Claude	SCHUMMER	Gregor	BAERTZ
HRS	Sandra	THEIN	Danila	RISTOCK
HRS	Christian	KIRWEL	Alain	PLUMAT
CHdN	Georges	BASSING	Paul	WIRTGEN
CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	Patrick	AGNES
CHdN	René	HAAGEN	Nathalie	CHOJNACKI
CHNP	Franck	GANSEN	Denis	LALOY
HIS	Luc	GINDT	Fabienne	VALET
CFB	Michel	UNTEREINER	Gilles	SOMMERHALTER
INCCI	Arnaud	CHARPENTIER	Anne	RISCH
CNRFR	Anja	DEKANT-HÜBNER	Thomas	HENKELS

2018 en bref

Nombre de réunions : 5

Nouveau(x) membre(s) :

Représentation de l'INCCI au CA de la FHL :

- Mme Anne Risch, en tant que membre suppléant.

Nouveau membre effectif et nouveau membre suppléant pour représenter la Fondation Emile Mayrisch, organisme gestionnaire du Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC) après l'AGO du 26 juin 2018 :

- M. Jean-Philippe Schmit et M. Xavier Demoisy.

Travaux

Les travaux du Conseil d'Administration courant 2018 furent principalement axés sur les thématiques suivantes (voir aussi

Présentation du Conseil d'Administration

Président : M. Paul Junck

Vice-Président : Dr Marc Graas jusqu'en mai 2018

M. le Prof. Dr Hans-Joachim Schubert depuis juin 2018



La FHL compte actuellement 10 membres, incluant 4 centres hospitaliers, 3 centres nationaux (radiothérapie, chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle, rééducation fonctionnelle et réadaptation) et 3 établissements spécialisés avec un total de 2750 lits de soins aigus et de moyen séjour pour un pays d'une surface de 2.586 km² avec une population de +/- 600.000 habitants auxquels s'ajoutent quotidiennement +/- 200.000 frontaliers.

Le Centre de réhabilitation du Château de Colpach est officiellement devenu membre de la FHL via la Fondation Emile Mayrisch asbl le 26 juin 2018 et ses représentants participent aux travaux de la FHL depuis cette date.

les faits marquants développés ci-avant) :

La loi hospitalière (cf. faits marquants)

- Premières réflexions quant au contrat de collaboration type hôpitaux/médecins
- Documentation hospitalière
- Entrée en vigueur de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière
- Conventions de collaboration interhospitalière

Les services d'urgence (cf. faits marquants)

La Convention collective de travail FHL (cf. faits marquants)

- Négociations « gestion du temps de travail » et revendications des syndicats pour des adaptations ponctuelles des carrières pour les « cas de rigueur », resp. les cas de « manque à gagner »
- « Carrières universitaires

hors CCT »

- Modification de l'avenant 3 du protocole d'accord CCT-FHL concernant les dispositions sur le complément mensuel individuel à payer dans le cadre des "cas de pertes"

CGDIS (cf. faits marquants)

- Future collaboration
- Nouvelle version du contrat-type de collaboration
- Négociations
- Nomination d'un représentant disposant d'une activité clinique, idéalement en relation avec le SAMU ou la médecine d'urgence, pour faire partie du comité de sélection qui choisira les médecins SAMU

GDPR (cf. faits marquants)

- Travaux Task-Force GDPR

Relations avec le Ministère de la Santé/Sécurité Sociale et avec la CNS

- Etat des travaux de la CPH /

Nouvelle composition de la délégation FHL

- Enveloppe budgétaire globale (cf. partie Financement)
- Adaptation des dispositions transitoires applicables dans le cadre de la nouvelle nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique à partir du 1er janvier 2018
- Mise en conformité avec le Règlement (UE) 2016/679 (RGPD) du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données
- Note au formateur, Monsieur Xavier Bettel concernant l'évolution du secteur hospitalier et dernières nouvelles concernant le futur Gouvernement

Commissions paritaires FHL/CNS

- Etat des travaux pour la révision du cahier des charges

annexé à la convention FHL/CNS

- Demande du Rehazenter de thématiser le point « norme de dotation pour le service de documentation hospitalière »
- Etat des travaux « Services d'urgence »
- Etat des travaux « Normes Services administratifs »
- Etat des travaux de la Commission des Normes quant aux documents fixant les normes de dotations 2019-2020 / Mandats à conférer aux représentants de la FHL
- Etat des travaux de la Commission d'évaluation / Prime qualité relative à l'IQ 2015 / Programme qualité 2018
- Etat des travaux de la Commission technique d'investissements, volet médico-technique
- Mise à jour de la convention-cadre FHL/CNS

Stratégie « Troisième Révolution

Industrielle » Plateforme thématique Santé

Attributions relatives à l'exercice de la profession d'infirmier (cf. PF-DS)

Recherche d'un modus vivendi pour une collaboration efficace des hôpitaux avec la Service Central d'Assistance Sociale (SCAS)

Contrats d'objectifs et de moyens (COM)

Achats

- Affaire "Implant files"- répercussions au GDL
- Mises à jour des délégations de compétence dans le cadre des nouveaux marchés publics

Rencontre des établissements spécialisés

Nominations, représentations, délégations de compétence :

- Nomination des membres des Commissions de validation des acquis de l'expérience

- Nomination d'un représentant effectif et un suppléant au Comité National Antibiotiques
- Nomination d'un membre effectif et d'un membre suppléant représentant les hôpitaux luxembourgeois à la Commission consultative de la documentation hospitalière
- Nomination d'un représentant disposant d'une activité clinique, idéalement en relation avec le SAMU ou la médecine d'urgence, pour faire partie du comité de sélection qui choisira les médecins SAMU (cf. Faits marquants : CGDIS)

LE BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Etab.	Membre effectif		Fonction
	Prénom	Nom	
FHL	Paul	JUNCK	Président, membre effectif
HIS	Luc	GINDT	membre effectif
CHEM	Michel	NATHAN	membre effectif
CHL	Romain	NATI	membre effectif
CHEM	Hansjörg	REIMER	membre effectif
CHdN	Hans-Joachim	SCHUBERT	membre effectif
HRS	Claude	SCHUMMER	membre effectif

2018 en bref

Nombre de réunions : 9

Nouveau(x) membre(s) :

Dr Hansjörg Reimer (CHEM)

Travaux

Le bureau du CA a pris position ou fait des propositions concernant les points suivants :

La loi hospitalière (cf. faits marquants)

- Préparation des prochaines négociations pour un contrat de collaboration type « hôpitaux-médecins »

- Documentation hospitalière
- Comité de pilotage DCSH
- Commission consultative de la documentation hospitalière
- Projet de règlement grand-ducal « Gestion des données d'identification »
- Priorités après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi
- Conventions à conclure en application des dispositions de l'annexe 2 : proposition de la Direction de la Santé que la FHL joue un rôle "facilitateur" en la matière, en proposant un modèle générique de convention inte-

rhospitalière adaptable aux diverses situations

Services d'urgence (cf. faits marquants)


- Suivi des recommandations issues de l'audit urgences
- Activation de la plateforme « urgences » (invitation officielle diffusée par le Ministère de la Santé et/ou le Ministère de la Sécurité Sociale)

CGDIS (cf. faits marquants)

- Contrats entre hôpitaux et CGDIS (mise à disposition d'infirmiers/matériel)
- Proposition pour un contrat de collaboration
- Prise de position FHL pour un contrat de collaboration
- Nouvelle version du projet de convention
- Nature juridique du contrat-type de collaboration (Mi-

Présentation du bureau du Conseil d'Administration

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
- Le Secrétaire Général Adjoint.

nistre du Travail)

La Convention collective de travail FHL (cf. faits marquants)

- Adaptation de l'Enveloppe Budgétaire Globale
- Carrières pharmaciens, biologistes et experts en physique médicale
- Volet « temps de travail »
- Cas de rigueur CCT-FHL
- Compte-rendu verbal de l'entrevue avec la Direction du LTPS

GDPR/DSP/Agence eSanté (cf. faits marquants : Protection des données)

- GDPR/DPO et relations hôpitaux – Parquet-SCAS

Relations FHL/CNS

- Convention-cadre FHL/CNS :
- Etat des travaux pour la finalisation du cahier des charges annexé à la convention-cadre FHL/CNS et documentation hospitalière
- Propositions d'amendements

- Organisation fin juin 2018 d'une réunion avec la CNS dédiée à des propositions d'amendements
- Amendement de plusieurs articles
- Enveloppe budgétaire globale (cf. Financement)
- Avis de la CNS
- Etat des opérations en vue de sa fixation

CTI-mdt

- Avenir de la CTI-mdt
- Enveloppe CTI-mdt : Consensus à trouver conc. la répartition de l'enveloppe
- Enveloppe CTI-mdt : projet de lettre à la CNS

Secrétariat Général de l'AEDH/EAHM

Imagerie médicale

- Dossier IRM : Prise de position FHL par rapport au projet d'avis de la CPH

Elections législatives 2018

- Analyse sommaire des programmes des partis poli-

tiques concernant le secteur Santé

- Analyse de la situation suite au résultat des élections du 14 octobre 2018
- Suggestion de la COPAS pour une procédure de réquisition du personnel en cas de crise majeure
- Programme gouvernemental : dernières nouvelles

Transports secondaires médicalisés

Démarche de l'ULC en rapport avec les parkings des hôpitaux

Etude TIRLux

Développement d'activités hôtelières sur les sites hospitaliers par les gestionnaires d'hôpitaux ou des sous-traitants.

Frais de parkings des hôpitaux (cf. PF-DAF)

Projet de lettre à la Ministre de la Santé

Projet de règlement grand-ducal DSP ; projet d'avis FHL, nouvelle version

Commission des Normes

- Normes « Urgences » et « Autres » (cf. faits marquants)
- Normes de dotation (cf. Conseil d'Administration et Normes et qualité)

Commission d'évaluation (cf. CE)

- Décision du Comité Directeur de la CNS de refuser la proposition du Conseil d'administration de la FHL de changer le poids des modules avec un transfert vers le module EFQM à cause de la nécessité de revoir la valorisation du module transparence liée à une réalisation insatisfaisante du système de codage, vu les incertitudes existantes à un niveau national
- Programme Qualité 2018

Innovation et digitalisation dans les hôpitaux

Etat des travaux FHL pour une stratégie nationale

Gardes sur place prévues dans la législation

Questions parlementaires et position FHL

Achats

Implant files- suivi de l'actualité <http://tele.rtl.lu/v/3145085>

Divers

- Loi du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux
- Projet de création d'un GIE "Promotion des produits agricoles luxembourgeois dans les cuisines collectives et privées"
- Solution « déchets hospitaliers
- Quadripartites du 30 mai 2018 et du 11 novembre 2018
- Préparation de l'AGO 2018
- Campagnes publicitaires transfrontalières « Cliniques privées » et projets pour des nouveaux centres médicaux offrant notamment des services d'imagerie médicale

Nominations, représentations, adhésions, collaborations

- Présidence de la Commission des budgets FHL-CNS : recherche d'un nouveau Président
- Adhésion du Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC) à la FHL
- Représentation de la FHL à la CPH ; proposition des HRS
- Désignation d'un adjoint au Secrétaire Général de la FHL
- Modalités de fonctionne-

ment de la future collaboration FHL/AEDH-EAHM dans le contexte « Secrétariat Général EAHM »

- Nomination d'un membre effectif et d'un membre suppléant représentant les hôpitaux luxembourgeois à la Commission consultative de la documentation hospitalière
- Prise de contact du LNS pour une éventuelle adhésion à la FHL
- Nomination d'un représentant suppléant FHL pour le groupe de travail « traitement, diagnostic, prévention et éducation en santé humaine » (Dr Marcel Bauler a déjà été nommé membre effectif)
- Agence eSanté/Luxith : Remplacement de M. Christian Oberlé
- Commission permanente pour le Secteur hospitalier (CPH) ; nomination des représentants FHL et blocage gouvernemental qui se poursuit

PLATEFORME 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 (plate-

forme 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.



Plateforme des Directeurs des Soins

Etab.	Membre effectif		Fonction
	Prénom	Nom	
CHL	Monique	BIRKEL	membre effectif
CRCC	Xavier	DEMOISY	membre effectif
CFB	Frédéric	DOMAREZKI	membre effectif
INCCI	Daniel	GERARD	membre effectif
CHEM	Serge	HAAG	membre effectif
CHdN	René	HAAGEN	membre effectif
HRS	Christian	KIRWEL	membre effectif
CHNP	Vincent	NEYSEN	membre effectif
HIS	Claudia	ROMOSAN	membre effectif

Dernière mise à jour 31 décembre 2018

2018 en bref

Nombre de réunions : 5

Nouveau(x) membre(s) :

- M. Xavier Demoisy (CRCC)
- M. Christian Kirwel (HRS)
- M. Patrick Schwartz (CNRFR)
- Départ de M. Marc SCHLIM et remplacement en cours du coordinateur élu de la PF-DS.

Travaux

Les services d'urgence

(cf. faits marquants)

Présentation de la Plateforme 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'Evaluation, 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, pour l'année 2018 : Monsieur Marc Schlim, et le conseiller soins, Monsieur Sylvain Vitali. Le coordinateur de la PF-DS est membre invité du Bureau du Conseil d'Administration de la FHL.

Révision des attributions de la profession d'infirmier

La PF-DS a participé aux travaux de révision des attributions de la profession d'infirmier en vue de la modification du règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier.

Le groupe a tout d'abord réalisé une analyse critique. Les actes infirmiers actuels ont été classés et ventilés selon une nouvelle répartition. Par ailleurs, de nouveaux actes ont été ajoutés afin de mieux répondre au contexte actuel.

Un courrier a été adressé au Ministre de la Santé. Ce courrier faisait état des écarts entre l'exercice décrit à travers les attributions actuelles et la réalité du terrain, amenant la PF-DS à transmettre à Madame la Ministre, les ajustements à considérer pour sécuriser l'exercice

de la profession infirmière en milieu hospitalier.

En effet depuis la publication du règlement grand-ducal sur l'exercice de la profession d'infirmier en 1998, le monde hospitalier a connu de nombreux développements organisationnels et en termes de techniques médicale et soignante.

A titre d'exemples :

1. L'extension de prescriptions médicales individualisées vers la mise en application de protocoles standardisés regroupant plusieurs prescriptions dans un même protocole.
2. Le développement des cliniques monothématiques telles que la clinique de la douleur, la clinique du diabète, la clinique de l'obésité et bien d'autres avec des

rôles soignants spécifiques : cette nouvelle activité, qui est une activité de consultation infirmière dans le cadre du rôle de prévention à la santé et d'éducation thérapeutique, fait que l'infirmier doit prendre des décisions d'ajustement d'un plan thérapeutique en concertation avec le médecin traitant. Cette activité doit permettre une relation thérapeutique singulière.

3. Le développement et la spécialisation des différentes polycliniques au sein desquelles les soignants utilisent aujourd'hui des techniques et appareils médicaux encore inexistants en 1998 : ainsi nous pourrions citer les actes en polyclinique de dermatologie, en polyclinique ophtalmologie, en polyclinique ORL, en polycli-

nique neurologie et autres. Des examens auparavant réalisés en cabinet médical privé le sont aujourd'hui en polyclinique spécialisée, à l'hôpital, par le personnel soignant. Sur base des compétences acquises (formations continues, formations certifiantes et diplômantes) et tout au long de sa carrière professionnelle, l'infirmier doit être autorisé à manipuler et à utiliser des appareils médicaux apparaissant sur le marché au fil du temps et liés aux progrès technique et médical, alors que ces mêmes gestes ne faisaient pas forcément partie de sa formation initiale.

4. Le développement de nouvelles techniques avec l'utilisation d'équipement réservé naguère à l'usage par le médecin. On pourrait citer comme exemple l'utilisation d'un appareil à ultrason pour la détection du résidu vésical ou pour aide à la ponction d'une fistule artério-veineuse en dialyse. Pour pouvoir utiliser ces nouvelles techniques l'infirmier doit avoir l'autorisation de l'acquisition de l'image.

5. Le renforcement du rôle propre dans les consultations à visée préventive, l'éducation du patient et de sa famille, la contribution au consentement éclairé du patient, l'évaluation de pro-

blèmes réels ou hypothétiques du patient.

6. La clarification du rôle propre et/ou délégué dans les cas de mise en place de mesures de contention sous toutes ses formes (non médicamenteuses) à titre préventif pour garantir la sécurité du patient et de son entourage.

7. La préparation d'actes « sous prescription médicale » sur base de la situation du patient nécessitant une action directe permettant au médecin de disposer dans les meilleurs délais de données objectives pour clarifier le diagnostic du patient. Ceci est notamment valable dans le cadre du tri des patients dans les services d'urgence. Dans le travail en collaboration avec le médecin, l'infirmière est autorisée à assurer une étape du parcours clinique « procédé » (algorithmique). Dans ce contexte elle doit pouvoir commencer le processus de prise en charge du patient non programmé.

8. Depuis 1998, les procédures de soins se sont complexifiées et sont devenues plus invasives. Ceci augmente l'exigence envers l'infirmier par rapport à la technique, la technologie et la surveillance y relative. Par le futur texte, il sera nécessaire de

garantir une sécurité médico-légale pour ces prestations de soins qui font partie de la surveillance clinique du patient 24h/24. A titre d'exemple, on pourrait citer l'application de mesures et de soins liés au maintien de la température corporelle qui, aujourd'hui, peut se faire par mesures traditionnelles mais également par mesures invasives (hypothermie dans le cadre de l'arrêt cardiaque) et pour lesquelles il faudrait donc également différencier les rôles et responsabilités médico-soignantes.

9. Il existe aujourd'hui de nouvelles compétences acquises nécessaires à la prise en charge non médicamenteuse de certains symptômes physiques ou psychologiques par des techniques de la thérapie comportementale.

10. Le développement de la chirurgie ambulatoire fait, qu'aujourd'hui, les hôpitaux sont amenés à mettre en place une consultation infirmière par voie téléphonique/informatique où l'infirmier doit organiser une prise en charge et/ou répondre à des problèmes urgents des patients après leur retour à domicile. Actuellement, les techniques modernes permettent une surveillance des paramètres

à domicile, des conférences par télémedecine et bien d'autres moyens.

11. La réalisation d'examens en utilisant des appareils de radiologie et qui, maintenant, se font sans présence d'assistants techniques en imagerie médicale, mais uniquement en présence du médecin et du personnel infirmier : à titre d'exemple, on pourrait citer ici la réalisation d'examens sous scopie en endoscopie (ERCP) ou la réduction d'une luxation de l'épaule sous scopie au service des urgences. Ainsi, il faudra déterminer les conditions légales autorisant l'infirmier à procéder à l'utilisation des appareils de rayonnements ionisants dans un cadre prédéfini.

Tous ces changements des champs d'activité du personnel infirmier en milieu hospitalier nécessitent une révision des attributions de ce dernier et pour lequel nous devons assumer la responsabilité au quotidien en tant que directeurs des soins.

Travaux en relation avec la Commission des Normes

Dans ses séances, la PF-DS a préparé la position des directeurs des Soins par rapport à l'ensemble des normes relatives au personnel tombant sous la responsabilité des Directions des Soins.

Ces positions ont été défendues vis-à-vis de la CNS au niveau des réunions de la Commission des Normes. (cf. Normes et qualité).

Enseignement clinique et interventions des tuteurs-infirmiers : organisation

Ce point a été abordé lors de la réunion organisée le 12 juin 2018 entre la PF-DS et le Lycée Technique pour professions de Santé (LTPS).

La PF-DS a par la suite débuté ses travaux pour revoir le concept l'enseignement clinique qui devra se situer autour des axes de réflexion suivants :

En respect des directives européennes, la formation pour profession de santé au Luxembourg comprend des heures d'enseignements théorique et clinique permettant de conduire l'étudiant en fin de formation à être un novice expérimenté. Elle donne la garantie que le professionnel concerné a acquis les connaissances et les aptitudes nécessaires au développement de compétences spécifiques de la profession.

L'enseignement clinique a pour but de préparer l'étudiant infirmier à développer des compétences professionnelles pour répondre aux défis de santé. Le stage lui permet de rencontrer des situations de soins authentiques intra et extrahospitalières, et les partenaires qui l'y accompagnent jouent un rôle

essentiel dans ses développements professionnel et identitaire. L'objectif de l'enseignement clinique consiste en une mise en situation « professionnalisante » de l'élève/étudiant pour l'accompagner à acquérir une posture réflexive le conduisant en permanence à interroger sa pratique et faire émerger de nouveaux savoirs.

L'environnement hospitalier est en mouvement et en évolution constants et demande une adaptation permanente de nos savoirs et approches : le tuteur reconnu comme expert de l'enseignement clinique est confronté en permanence à ces changements et s'adapte à ces situations au fil de leurs évolutions. L'enseignant du LTPS peut s'appuyer sur cet expert de l'enseignement clinique.

Ainsi, pour atteindre les objectifs de l'enseignement clinique, et pour passer d'un novice inexpérimenté à un novice expert, un nouveau modèle d'enseignement clinique fondé sur un travail en partenariat avec le LTPS, doit voir le jour et permettre de construire une pédagogie active pour donner au futur professionnel de santé une appétence à l'apprentissage, à l'exercice de leur métier et à leur formation.

Ce modèle engage une plus grande responsabilité des acteurs de l'enseignement clinique de l'hôpital et demande à être reconnu comme une plus-value

centrée sur des objectifs de formation communs au bénéfice des professions de santé.

Compte tenu de la réforme en cours qui va vers une plus grande autonomie des soignants par une révision de leurs attributions (pratiques avancées), il est demandé au professionnel de terrain une plus grande adaptation qui nécessite de développer un accompagnement et encadrement soutenu pour former les nouveaux professionnels de demain.

L'activité de formation des étudiants constitue une des missions du LTPS et nécessite un investissement en temps d'enseignement clinique qui n'est pas pris en charge par la CNS (caisse nationale de santé). Le financement actuel ne permet pas d'assurer pleinement cette

mission. La charge financière doit relever du LTPS et des ministères en charge de cet enseignement.

Les établissements de soins se sont engagés conjointement avec le LTPS à présenter et à défendre ce nouveau modèle au ministère de l'éducation nationale et au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (MEN et EnsSup).

Ce projet vise à la construction de sens pour chacun des partenaires impliqués dans l'enseignement clinique et a, pour point de mire, l'excellence dans le prendre soin.

La finalisation de travaux et négociations avec le LTPS sur les termes de ce contrat est prévue pour le 1er trimestre 2019.

CGDIS

(cf. faits marquants)

Dans ses séances, la PF-DS a préparé la position des Directeurs des Soins par rapport aux discussions avec le CGDIS sur le contrat de collaboration avec les établissements hospitaliers et plus particulièrement concernant les compétences, les missions et les activités des infirmiers anesthésistes participant au SAMU.

Programme de travail 2019 et perspectives 2019

Le programme de travail 2019 sera fixé lors des premières réunions de 2019 ensemble avec le nouveau coordinateur désigné par la PF-DS.



Plateforme des Directeurs Médicaux PF-DM

Etab.	Membre effectif		Fonction
	Prénom	Nom	
HRS	Gregor	BAERTZ	membre effectif
CHdN	Marcel	BAULER	membre effectif
CRCC	José	BIEDERMANN	membre effectif
CHEM	Claude	BIRGEN	membre effectif
HRS	Claude	BRAUN	membre effectif
CNRFR	Anja	DEKANT-HÜBNER	membre effectif
CHL	Martine	GOERGEN	membre effectif
INCCI	Anne	RISCH	membre effectif
CHNP	Mark	RITZEN	membre effectif
CFB	Michel	UNTEREINER	membre effectif
CHdN	Paul	WIRTGEN	coordinateur/secrétaire
FHL	Marc	HASTERT	secrétaire

2018 en bref

Nombre de réunions : 3

Nouveau(x) membre(s) :

José Biedermann (CRCC) ; Nerva Marcic (HRS) ; Didier Van Wymersch (CFB) et Dr Paul Wirtgen (CHdN).

Travaux

■ Projet « Délire » ; présentation du projet et prise de position quant à un soutien FHL (présentation par Mes-

sieurs Kickert et Dewes)

- Présentation d'un projet « Digitalisation des Services Hospitaliers » avec Microsoft
- Projet DACS-FHL ; décision à prendre suite à la lettre de la FHL du 22 décembre 2017 (cf. circ. PF-DM 025/2017 du 22.12.2017)
- Projet de COM avant acquisition d'équipements lourds (IRM) (cf. circ. PF-DM no. 002/2018 du 16.01.2018)

- Approche commune quant à l'utilisation du solde de l'enveloppe CTI-mdt
- Carrières des universitaires hospitaliers Pharmaciens, Biologistes et Experts en physique médicale
- Projet de loi n° 7056 ; premières réflexions à mener pour l'élaboration d'un contrat-type de collaboration hôpitaux/médecins (cf. circ. PF-DM no. 003/2018 du 16.01.2018)
- Enveloppe CTI-mdt suite au vote de la nouvelle loi hospitalière
- Besoins en RCP Managers 2019-2020
- Projet d'avis FHL concernant le projet de règlement grand-ducal DSP (cf. circ. Bureau du CA n° 001/2018 du 15.01.2018)
- Recherche d'une procédure avec les acteurs médecins à impliquer pour les choix à faire dans le cadre de l'innovation technologique ; recherche d'un concept à officialiser.
- Rémunération des gardes médicales.

- Conventions interhospitalières prévues dans la loi du 8 mars 2018
- Physique médicale ; présentation et aval du nouveau Contrat d'objectifs et de moyens « COM Physique Médicale »
- Transports secondaires médicalisés

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.



Plateforme des Directeurs Administratifs et Financiers

Etab.	Membre effectif		Fonction
	Prénom	Nom	
CHdN	Georges	BASSING	membre effectif
CHEM	Daniel	CARDAO	membre effectif
CHL	Jean-Paul	FREICHEL	coordinateur
CHNP	Fränk	GANSEN	membre effectif
HIS	Luc	GINDT	membre effectif
CNRFR	Tom	HENKELS	membre effectif
CRCC	Jean-Philippe	SCHMIT	membre effectif
CFB	Gilles	SOMMERHALTER	membre effectif
HRS	Sandra	THEIN	membre effectif
INCCI	Joséphine	ZOCCOLO	membre effectif
FHL	Laure	PELLERIN	secrétaire

2018 en bref

(cf. Finances)

Nombre de réunions : 15.

Pas de nouveau membre en 2018.

Mutualisations

Contrats d'objectifs et de moyens

(cf. Finances)

2.8.3. Travaux

La loi hospitalière

La Convention collective de travail FHL

Impact financier revalorisation des carrières.

Budgets 2017/2018

Suivi des négociations

Cahier des charges (à la convention cadre)

- Document de travail proposé par la CNS

Calcul du coût par patient

- Cahier des charges pour nouvelle mission préparé par la CNS/KPMG (première réunion en 2018)

Documentation et classification des séjours hospitaliers (DCSH)

(cf. Finances)

Normes administratives + Normes sécurité (Préposé/Travailleur désigné)

(cf. Normes et qualité)

Programme IQ

(cf. Normes et 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

(cf. Finances)

Enveloppes d'investissement

(cf. Finances)

Déploiement du dossier patient informatisé

Les principes de financement des projets d'investissements

Commission Finances.

- 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 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 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.





PRÉSENTATION DES GRANDES ACTIVITÉS DE LA FHL

CELLULE PHYSIQUE MÉDICALE



Plateforme liée : PF-DM

Projets

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



Bloc opératoire et radiologie interventionnelle

- Formation
(cf. Nos actions de formation)
- Accompagnement et conseil en matière de radioprotection

Suite aux formations en radioprotection prestées durant les années 2015-2016, la CPM a démarré fin 2016 des visites aux blocs opératoires afin d'analyser l'efficacité des formations et déterminer les besoins supplémentaires des services.

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

Cette approche d'accompagnement et de conseil ainsi qu'une partie « Optimisation dose » ont été réalisées en 2018. Un rapport d'intervention par site a été réalisé avec des recommandations d'optimisation et des propositions d'amélioration au niveau de la radioprotection.

▪ **Optimisation dose**

Cette partie a été traitée en même temps ensemble que la partie « accompagnement et conseil en matière de radioprotection »

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 a travaillé pour les années 2017-2018 sur l'opti-

misation de l'utilisation des systèmes hybrides, notamment sur les protocoles de la partie CT du SPECT-CT.

La cellule de physique médicale en accord avec les responsables du CHEM a optimisé les protocoles d'examens pour le nouveau SPECT-CT.

Le nouveau PET CT (TOF) a été testé en 2018.

**Projet « DACS »
(Dose archiving and communication system)**

▪ **Achat groupé**

Le Groupe de Travail « Dose archiving and communication system » (GT DACS) a assisté à 4 présentations de prospection technique et commerciale par des prestataires.

Concomitamment à la pros-

pection de marché, le GT DACS 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 (PF-DM).

En 2018, plusieurs réunions avec des fournisseurs et le GT DACS ainsi que les membres de la PF-DM ont été réalisées. La FHL a reçu l'avis concernant la conformité du projet par rapport au GDPR.



Activités et chiffres-clés

Programme de contrôle qualité des appareils d'imagerie médicale

Contrôle qualité des appareils d'imagerie médicale

Année	Nombre d'appareils d'imagerie médicale	Nombre de rapports contrôle qualité
2017	257	313
2018	257	305

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

Radiothérapie par radioisotopes

Patients vus dans le cadre de radiothérapies par radioisotopes

Année	Nombre de patients vus
2017	61
2018	52

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

Radioprotection patient

Calculs de dose Patient

Année	Nombre de dossiers traités
2017	2
2018	4 calculs dose patients 1 CT et 2 table télécommandées ont été optimisées

Radioprotection personnel/ locaux : calculs réalisés

Calcul de blindage

6 salles, dont :

- 1 salle de SPECT-CT
- 3 salles de radiologie conventionnelle
- 1 salle PET-CT
- 1 salle de radiologie interventionnelle

Contrôle de blindage

- 1 porte salle de radiologie
- 1 salle de radiologie

Contrôle qualité équipement de matériel individuel et collectif

Les tabliers plombés sont annuellement contrôlés par les Assistants Techniques Médicaux Contrôle Qualité (ATM CQ) dans

les établissements, suivant les procédures de la CPM.

Gestion de l'équipement

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.

Gestion de l'équipement		
<i>Année</i>	<i>Calibration des équipements de la FHL</i>	<i>Vérification des équipements des établissements</i>
2018	3	10

ACHATS COMMUNS



Les travaux de la cellule marchés

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 mas-

sification 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 courant 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 réa-

lise 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 plu-

sieurs 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 profession-

nels 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 / qua-

lité 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.

RESSOURCES HUMAINES



Les négociations CCT-FHL

(cf. Faits marquants)

Corps grand-ducal d'incendie et de Secours (CGDIS)

(cf. Faits marquants)

Protection des données - General Data Protection Regulation (GDPR)

(cf. Faits marquants)

Santé et Sécurité au Travail

(cf. Médecine du Travail)

Le volet de la sécurité et de la santé au travail est abordé au niveau de la FHL dans le cadre des travaux du Groupe de Travail Sécurité (GTS), regroupant les travailleurs désignés et les délégués à la sécurité des différents établissements membres ainsi que les médecins du Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-FHL).

Evaluation des risques d'accidents

L'application concrète de l'outil

VALDECA (Valorisation Analytique Localisée et Détaillée des Critères d'Accidents) développé par des membres du GTS a été présentée au sein du GTS.

Accidents du travail

Les différents établissements ont réalisé un benchmark sur les accidents du travail. Le groupe a constaté que le benchmark n'apportait pas les effets attendus et qu'il était impossible d'établir un comparatif entre établissements sur base de ce benchmark. Le but de ces statistiques était de pouvoir établir un catalogue des mesures de prévention par thématique.

Les établissements se sont rendu compte que la définition de l'accident du travail n'était pas la même pour tous. Il a été décidé de travailler en 2019 sur la définition de l'accident du travail ensemble avec l'Association d'Assurance Accident (AAA) et de développer un guide de bonnes pratiques en matière de prévention des accidents du

travail au niveau sectoriel en se basant sur les benchmarks et les différentes mesures mises en place par les établissements hospitaliers selon les différentes catégories : AES (accident d'exposition au sang), chutes (plain-pied/hauteur), TMS (troubles musculo-squelettiques) accidents de trajet (avec et sans lésion), agressions. Le groupe a estimé que ce catalogue pouvait se faire en l'absence de chiffres. Le groupe recensera, par catégorie professionnelle et par catégorie d'accident, les mesures prises par les différents établissements pour éviter ou réduire les risques d'accident afin d'établir un guide de bonnes pratiques courant 2019.

Dans ce contexte, le groupe a également répondu au questionnaire Safety Measures



transmis par le Ministère de la Santé relatif à la législation et aux pratiques luxembourgeoises ayant trait à l'utilisation des médicaments cytostatiques ainsi qu'aux questions du Ministère de la Santé (Division de la Santé au Travail) ensemble avec le SIST concernant les mesures prises pour réduire les accidents du travail.

Infrastructures critiques et RENITA

Dans le cadre de ses travaux, le GTS a contacté le Haut-Commissariat à la protection nationale (HCPN) concernant la mise en place dans les établissements hospitaliers du règlement grand-ducal du 21 février 2018 déterminant les modalités du recensement et de la désignation des infrastructures critiques ; et, du règlement grand-ducal du 21 février 2018 fixant la structure des plans de sécurité et de continuité de l'activité des infrastructures critiques. Le HCPN devait d'abord consulter le Ministère de la Santé pour la mise en place

des règlements. Des groupes de travail seront créés par la suite (courant 2019).

Dans le contexte de la planification et de la mise en service d'installations de couverture radioélectrique pour le Réseau national intégré de radiocommunication (RENITA) à l'intérieur de bâtiments, un nouveau formulaire a été mis en place : il faut d'abord procéder à la catégorisation du bâtiment avant d'entamer les démarches d'autorisation.

Le groupe de travail a également suivi l'évolution du projet de loi n° 7248 relative au financement des travaux d'extension et de perfectionnement du RENITA pour les services de sécurité et de secours luxembourgeois et portant modification de la loi du 20 mai 2014 relative au financement du RENITA pour les services de sécurité et de secours luxembourgeois.

Commission paritaire

La Commission paritaire a poursuivi ses travaux récurrents au niveau de la CCT-FHL : détermination des PRMN 2019, de la surprime du pécule de vacances 2018, et validation des demandes de PRML, PRMS et PRMI 2018 de la part des différents établissements hospitaliers.

Commission du personnel (CPERS)

Le volet opérationnel de la GRH a été abordé au niveau de la FHL dans le cadre des travaux de la CPERS, regroupant les directeurs et responsables RH des différents établissements membres.

La majorité des membres de la CPERS étant également membre du comité de pilotage SIRHIUS, une partie des activités de la CPERS a été transférée au comité de pilotage. Ceci concerne surtout les impacts de la loi ou de la CCT sur le calcul des salaires. La CPERS, quant à elle, échange sur les nouveautés législatives et interprétations jurisprudentielles en matière de droit du travail et droit de la sécurité sociale. En dehors des réunions de la CPERS, le conseiller juridique de la FHL conseille et donne des avis aux établissements hospitaliers qui en font la demande. En 2018, elle a mis en place un catalogue de recommandations en matière d'application et d'interprétation de la CCT et du droit du travail, document qui sera

évolutif et mis à jour au fur et à mesure.

Les membres de la CPERS restent des partenaires privilégiés pour la collecte de données statistiques concernant les ressources humaines dans les établissements membres. En 2018, les données statistiques suivantes ont été produites par les établissements hospitaliers et compilées au niveau de la FHL :

- Questionnaire surprime : données concernant le nombre de points allocation de famille payées dans le secteur,
- Etude OCDE Health Data : rapport annuel par catégorie CNS/emploi ressortant le brut total annuel, l'ETP moyen annuel et le salaire moyen brut annuel par ETP,
- Tableau du personnel en vue du rapport de l'IGSS : nombre d'ETP réel à une date précise réparti en fonction des carrières/professions CCT,
- Rapport d'activité SIST : effectif présent au 01/01 de l'année et nombre d'étudiants et de stagiaires.

La loi du 8 avril 2018 sur les incapacités de travail, modifiant les dispositions du code du travail relatives au calcul de l'indemnisation en cas de maladie, remplace les dispositions prévues par la convention collective de travail en la matière. La moyenne à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité maladie sera désormais celle prévue par la loi, soit 6 mois au lieu des 3 mois prévus par la CCT.

La loi du 10 août 2018 relative à la reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques est entrée en vigueur au 1er janvier 2019 et a aboli le mi-temps thérapeutique. A la différence du mi-temps thérapeutique, le médecin du travail n'intervient plus dans le processus de décision. (cf. encadré de la partie Médecine du travail)

Le règlement grand-ducal du 6 novembre 2018 déterminant le statut, les attributions et les règles de l'exercice de la profession de santé de masseur-kinésithérapeute prévoit que, dorénavant, l'accès à la profession réglementée de masseur-kiné-

sithérapeute est subordonnée à l'obtention préalable d'un diplôme de master sanctionnant une formation d'enseignement supérieur dans le domaine massage-kinésithérapie d'un total de 300 ECTS au minimum ou d'un titre d'enseignement supérieur de niveau équivalent au grade de master dans le domaine massage-kinésithérapie. Ces titres doivent sanctionner une formation comportant des stages pratiques d'au moins 45 ECTS ou l'équivalent de 1'125 heures de stage sous l'encadrement d'un masseur-kinésithérapeute agréé par l'établissement d'enseignement supérieur.

La loi du 7 mai 2018 prévoit que les élections sociales qui auraient dû avoir lieu en 2018 sont reportées en 2019.

FINANCEMENT



Plateforme liée : PF-DAF

Contrats d'objectifs et de moyens

La convention cadre FHL/CNS prévoit que la Commission Technique Financière (CTF) élabore des approches de mutualisation pour des activités spécifiques. Chaque projet de mutualisation fait l'objet d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) entre la FHL et la CNS.

Le COM achats 2017/2018 a été validé en janvier 2018 par le Comité directeur de la CNS. Un sous-groupe de travail a été créé. Il a pour mission la détermination de la structure et du

contenu du rapport d'activité portant sur le COM achat (voir chapitre sur l'achat en commun).

Les travaux sur les COM 2019/2020 ont démarré en octobre 2018 et devront être finalisés courant 2019. Ci-dessous est repris la situation des COM 2019/2020 :

Négociations budgétaires / Budgets hospitaliers 2019/2020

Enveloppe budgétaire globale (EBG)

Lors des négociations budgétaires des années précédentes,

la CNS avait, à plusieurs reprises, refusé certaines demandes arguant l'insuffisance de l'EBG. La FHL a donc modifié son approche en ce qui concerne la préparation des négociations budgétaires 2019/2020 qui ont eu lieu en octobre et novembre 2018. Elle a rencontré l'IGSS à trois reprises au courant du premier semestre 2018. Ces rencontres visaient à informer l'IGSS des besoins des établissements hospitaliers à considérer au niveau de l'enveloppe budgétaire globale. Lors des réunions avec l'IGSS, la FHL a mis l'accent sur l'impact de la revalorisation des carrières et la hausse des frais variables notamment la chimiothérapie, et sur un besoin de plus en plus pressant de personnel supplémentaire qui s'est cristallisé suite au gel de presque 10 ans de certaines

Projet de mutualisation	Nom	Date de validation du contenu	Signature
Physique Médicale	COM Physique Médicale 2019/2020	10 janvier 2019	Non
Informatique	COM Informatique 2019/2020	25 octobre 2018	Non
Achats	COM Achats 2019/2020	En cours*	Non*

*présentation prévue en CTF pour le 20 juin 2019

Perspectives 2019 - Rectifications budgétaires

Lors de la finalisation des négociations, il était déjà prévu qu'il faudrait réaliser un certain nombre de rectifications budgétaires (en partie courant du premier semestre 2019) pour les budgets 2019/2020. Ces rectifications concernent les points suivants :

L'impact de la revalorisation des carrières : les frais de personnel accordés doivent tenir compte de l'impact de la revalorisation des accords.

Il a été retenu lors des négociations budgétaires 2019/2020 de recalculer la part des frais de personnel non adapté (annexe 9 des contrepropositions de la CNS) sur base de l'année 2018 comme il s'agit de la première année complète de paiement des salaires sur base des nouvelles carrières.



Certaines normes, et en premier lieu les normes administratives/informatiques, ont été présentées courant 2018 à la CNS, mais, selon cette dernière, trop tard pour être prises en considération lors des négociations. La CNS a annoncé à plusieurs reprises vouloir conclure des accords supplémentaires une fois ces normes finalisées.

Nouvelles études laboratoires en vue d'analyser les potentiels d'économies et de mutualisations. Sur base des conclusions de cette étude, la CNS pourrait donner des accords complémentaires au niveau des dotations.

L'impact des autorisations d'exploitation et de services qui ont été émises au début de l'année 2019.

dotations.

Les demandes budgétaires ont été remises à la CNS le 30 juin 2018, qui, sur base des demandes, a transmis une synthèse à l'IGSS le 15 juillet 2018. En février 2018, la CNS avait présenté aux établissements un tableau pour structurer le renseignement des différentes demandes à remettre également le 30 juin 2018 ensemble avec les autres documents requis. Le tableau a permis, en particulier, d'identifier plus clairement les nouvelles demandes et les hausses demandées pour les différentes catégories de frais : frais de personnel/dotations, frais variables/activité, etc. Il a ainsi facilité la création de la syn-

thèse à remettre à l'IGSS.

Dans son rapport d'analyse prévisionnel des établissements hospitaliers du 23 août 2018, l'IGSS a proposé une hausse de l'enveloppe budgétaire de 10,5 % pour 2019 par rapport à EBG 2018 et une hausse de 4,4 % pour 2020 par rapport à la proposition 2019.

Les réunions de la FHL avec l'IGSS ont porté leurs fruits. L'IGSS a retenu comme base l'entièreté de l'EBG 2018, l'estimation de la CNS correspondant à l'EBG 2018 soit 1'033.9 millions d'Euros. La réserve, correspondant à 2 % des budgets, est à considérer comme moyen supplémentaire et est ainsi réservée pour les éléments non connus à ce

stade. L'IGSS a également prévu une hausse importante de 10 % pour la chimiothérapie. Globalement, la hausse prévisionnelle est de 3,2 % en 2019 et 3,3 % en 2020 pour les frais variables. Au niveau des frais de personnel, l'IGSS a aussi considéré une hausse complémentaire de l'impact revalorisation des carrières par rapport à l'impact 2018. En plus de la hausse des dotations résultant de la hausse de l'activité (environ 62 ETP en 2019 et en 2020), l'IGSS a prévu une hausse de 223 ETP en 2019 et 15,5 ETP en 2020 résultant de l'adaptation des normes (effet de rattrapage suite au gel de certaines dotations). La différence entre les demandes budgétaires des établissements hospitaliers et

l'EBG proposée par l'IGSS s'élève à 20,6 millions d'Euros en 2019 et 17,8 millions d'Euros en 2020 et concerne surtout les charges externes, frais de personnel et frais variables.

Dans son avis publié le 15 septembre 2018, la CNS « estime que les taux proposés par l'IGSS sont trop élevés. En considération des évolutions de l'EBG pour les années 2017 et 2018, une fixation des taux pour 2019 à 7,3 % et pour 2020 à 3.5 % lui semble indiquée. »

Le gouvernement a, au final, fixé les EBG 2019/2020 à 1'127,7 millions d'Euros et 1'182,9 millions d'Euros, ce qui correspond à une hausse de 9,1 % respectivement 4,9 %.

Négociations

Une réunion de concertation entre la CNS et la FHL a eu lieu début octobre. La CNS a informé les établissements du processus de négociations. Le solde prévu par la CNS pour les négociations budgétaires (après déduction de la réserve et de la prime annuelle) s'élève à 1'062.2 millions d'Euros en 2019 et 1'140,7 millions d'Euros en 2020.

Les négociations budgétaires relatives aux années 2019 et 2020 ont eu lieu en octobre 2018 pour les frais variables et en novembre 2018 pour les frais fixes. Certaines réunions ont dû être reportées à cause d'un envoi tardif des contreproposi-

tions (CP) par la CNS. Les centres hospitaliers n'ont pas reçu de contreproposition relative à l'année 2020.

La CNS a envoyé les CP2, qui tiennent compte des accords donnés lors des négociations, seulement fin décembre 2018 aux établissements. Le 28 décembre 2018, la CNS a aussi envoyé une déclaration de litige à caractère conservatoire au président de la Commission des budgets. Dans ce courrier, la CNS a demandé « à tous les établissements hospitaliers de lui faire part avant le 18 janvier 2019 des points budgétaires litigieux devant le cas échéant être soumis à la commission des budgets hospitaliers. »

Etant donné l'insatisfaction générale des hôpitaux avec les accords de la CP2, des réunions de négociations complémentaires ont eu lieu en janvier 2019. Tous les établissements ont signalé au mois de février 2019 qu'ils allaient accepter les accords donnés suite à ces réunions.

Le Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC) est devenu membre de la FHL en 2018. La loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière prévoit le financement du CRCC par la CNS. La négociation de son premier budget en 2018 s'est avérée particulièrement compliquée ce qui a retardé les négociations des budgets

2019/2020. Ces dernières ont été reportées à 2019.

Il est constaté que, comme par le passé, les délais prévus pour les négociations budgétaires n'ont pas été respectés (voir aussi convention cadre FHL/CNS).

Les budgets accordés aux neuf établissements membres de la FHL s'élèvent à 1'010,6 millions d'Euros en 2019 et à 1'039,4 millions d'Euros en 2020 (sans le CRCC, la maison Omega et le LNS).

Nouvelles entités fonctionnelles

Il a été décidé en 2018 de créer de nouvelles entités fonctionnelles. Les urgences sont sorties de la policlinique et l'entité fonctionnelle « hôpital de jour » (HDJ) (anc. : « places de surveillance ambulatoire ») a été séparée en HDJ chirurgical/non-chirurgical/pédiatrique. Lors des négociations, les tarifs et les activités ont été fixés pour ces entités fonctionnelles. En 2019, la CNS fera valider la création de ces entités fonctionnelles par son CA. Il faudra également résoudre certains problèmes en relation avec la séparation de l'activité, le calcul des tarifs (dont les tarifs RCAM) et la facturation.

Budgets hospitaliers/EBG 2018

Le gouvernement a décidé une hausse de l'EBG 2018 de 99

millions d'Euros. La hausse s'explique, selon la CNS, surtout par les éléments suivants :

- La revalorisation des carrières (accord CCT FHL).
- L'enveloppe mensuelle prévue pour LNS/Colpach a été intégrée dans l'EBG. Le montant global annuel s'élève à 36 millions d'Euros.
- Les réserves de 1,5 million d'Euro pour la documentation hospitalière et 11 millions d'Euros pour les frais variables (surtout chimiothérapie) pour les décomptes des établissements hospitaliers.

La CNS n'a pas accepté les rectifications de tarifs d'unités d'œuvre (UO) de 2018 demandées en 2017. Elle s'est basée sur la convention cadre qui stipule que les rectifications des frais variables auraient dû être réalisées jusqu'à la fin de l'année 2017. Selon la CNS, la hausse de l'EBG aurait été votée seulement en 2018. Afin de résoudre le problème de trésorerie des établissements, la CNS a payé des avances aux établissements sur l'exercice 2018.

En 2018, en plus des rectifications individuelles spécifiques à chaque établissement, les rectifications générales suivantes ont été réalisées au cours de l'année:

- La hausse de la valeur du point de 1,5 % à partir 1er janvier 2018.

- Le changement du taux de cotisation de l'assurance maladie.
- L'adaptation des dotations en urgences sur base de la nouvelle norme (à partir du 1er août seulement).

Les frais de personnel 2018 sont à décompter pour tenir compte de l'impact de la revalorisation des carrières. Une simulation des frais de personnel 2018 sur base des anciennes carrières est à réaliser au début de l'année afin de déterminer l'impact réel de la revalorisation.

Documentation hospitalière

Le projet s'inscrit dans le cadre de l'article 74 du code de la sécurité sociale. Dans ce domaine, les établissements ont qualité de « fournisseurs 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. Le projet a démarré le 1er juillet et les fichiers relatifs au 2e semestre 2017 ont été transmis à la CNS en 2018. Certaines données à transmettre à la CNS sont considérées comme optionnelles étant donné qu'elles ne sont en principe pas disponibles dans tous les hôpitaux.

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 notamment grâce à des comparaisons entre hôpitaux, par exemple au

niveau des Durées Moyennes de Séjour (DMS) - ou à la classification des traitements. 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 dans plusieurs pays dont les Etats-Unis, l'Espagne et la Belgique.

Dans une première phase le projet ne concernait que le secteur aigu, c'est-à-dire les quatre centres hospitaliers, l'INCCI et le CFB. Début 2019, il a été annoncé que le projet serait élargi à tous les établissements.

La convention cadre FHL/CNS a été modifiée en 2016 pour tenir compte de la documentation hospitalière. Dans ce cadre, il a été retenu 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 vont continuer en 2018.

Convention cadre FHL/CNS

La CNS avait 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 tenait 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 devait également définir les protocoles des fichiers à transmettre à la CNS par les établissements. Certains points devaient encore être clarifiés notamment les impacts « protection des données » et « loi hospitalière ». Une application au 1er janvier 2019 n'était toutefois pas encore envisageable.

La nouvelle version du cahier des charges définit aussi les données à transmettre à la CNS dans le cadre du projet documentation hospitalière. La validation du cahier des charges par le CA de la CNS a été reportée à plusieurs reprises. En milieu d'année, la CNS a pris la décision de le présenter à son CA avec la convention cadre FHL/CNS. La révision de la convention a débuté en juin 2018. La FHL avait demandé un changement des délais prévus pour les négociations budgétaires, les rectifications et les décomptes. La CNS était d'accord sur le principe de revoir les délais. Un change-

ment des délais aurait cependant été contraire au code de la sécurité sociale. Ce dernier devrait être modifié avant de revoir les délais prévus par la convention cadre FHL/CNS.

A la fin de l'année la CNS était en attente d'une réponse de son service juridique concernant la convention cadre FHL/CNS.

Comptabilité analytique

Calcul coût par patient

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

En 2017, la CNS a proposé de compléter 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 deux options : soit de se focaliser sur un

domaine (par exemple le Bloc opératoire), soit de se concentrer sur la répartition d'un certain type de frais tels que les frais de personnel.

Les membres FHL ont recommandé de mandater un consultant pour réaliser ce travail sur la méthodologie, recommandation suivie par la CNS. Le projet a été réalisé par KPMG. La réunion de kick-off a eu lieu le 12 mars 2018. Cette réunion a été suivie par des entretiens entre KPMG et les établissements. Seuls les 4 centres hospitaliers et l'INCCI (à cause de l'importance de ses frais variables) ont été rencontrés par KPMG. Différentes réunions du COPIL et du groupe de travail ont eu lieu au cours du printemps et de l'été 2018. Les conclusions du projet ont été présentées le 28 septembre 2018. Le manuel des règles de calcul est à actualiser sur base des conclusions. La FHL et les établissements sont cependant toujours en attente de cette nouvelle version.

A la fin du projet, la CNS a an-



La Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH)

Tout établissement hospitalier ayant l'intention d'acquérir ou d'utiliser, un équipement ou un appareil hospitalier, ou un équipement ou appareil médical, dont le coût dépasse 250'000 Euros doit soumettre son projet à l'autorisation du ministre qui sollicite l'avis de la Commission permanente pour le secteur hospitalier. La demande d'autorisation doit être accompagnée d'une analyse des coûts et des charges du personnel qui utilise cet équipement ou appareil, des coûts de formation de ce personnel et des coûts d'entretien relatifs à cet équipement ou appareil.

noncé l'engagement d'un nouveau collaborateur dont une des missions portera sur le calcul du coût par séjour.

La CNS a également réalisé plusieurs visites en Belgique pour s'informer du système déjà introduit en Belgique dans le cadre du projet :

- 18 mai- visite de ULB : Le développement du projet lancé par l'ULB a été démarré il y a une quinzaine d'années. Le calcul des frais est spécifique à l'ULB, beaucoup plus détaillé que ce que le Luxembourg a prévu et les clés utilisées sont plus fines. Etant donné les différences entre le modèle prévu par la CNS et le modèle belge, il a été jugé impossible de se rallier à ce modèle.
- 5 juin- visite de 3M : Le modèle CAMS utilisé par 3M est basé sur une approche top-down. Les frais sont identifiés et répartis ensuite sur l'activité. Le modèle 3M diffère fortement de celui utilisé par l'ULB. Il n'y a pas de modèle unique en Belgique. Il est difficile de se lier à l'un des deux modèles respectivement de transposer un élément de ces modèles au Luxembourg.

Un des objectifs du projet 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.

Les objectifs de la consultance visent également 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.

Investissements

Enveloppes d'investissement

La nouvelle loi hospitalière est entrée en vigueur le 8 mars 2018. Elle redéfinit le périmètre et les modalités d'investissement (cf. encadré). L'IGSS a été sensibilisée sur le fait que les enveloppes d'investissements ne permettaient pas de couvrir les besoins, en particulier au niveau des évolutions technologiques. C'est particulièrement critique pour l'enveloppe d'investissements courants qui doit suppléer à tout besoin des établissements sans jamais être revalorisée.

Sur décision de leurs organismes gestionnaires respectifs, des établissements hospitaliers peuvent mettre en commun des

activités et bénéficier à ce titre de subventions, lorsqu'ils procèdent à des investissements communs.

Les demandes de subvention sont instruites par la Commission Permanente pour le secteur Hospitalier. La subvention est allouée par décision du ministre.

Un fonds pour le financement des infrastructures hospitalières a également été institué. Les dépenses imputables au fonds font l'objet d'une programmation pluriannuelle par le gouvernement.

Enveloppe d'investissements médico-techniques

La CNS a proposé d'intégrer le montant de l'enveloppe dédiée aux investissements médico-techniques, de 3,5 millions d'Euros, au niveau des enveloppes pour les investissements courants des 4 établissements généraux. Elle a établi une clé de répartition pour le solde 2018-2019 estimé à 5 millions d'Euros. Cette clé se base sur l'activité des salles OP, imagerie médicale, IRM, médecine nucléaire, avec comme année de référence, 2016. Les membres de la FHL ont donné leur accord pour 2018-2019 mais ont demandé à travailler sur une clé de distribution plus pertinente pour 2020, une clé prenant par exemple en compte une pondération plus importante de l'activité en imagerie médicale.

Le secteur a également indiqué sa volonté de conserver la Commission technique d'investissement médico-technique (CTI-mdt). Ses missions pourraient être de travailler sur de nouvelles modalités de financement comme le pay for performance et le leasing et d'identifier comment prendre en considération les innovations techniques ou encore comment adresser les demandes d'investissements medicotechniques des établissements spécialisés.

Facturation et prise en charge

Facturation CNS

La Convention cadre FHL/CNS a été modifiée en 2016 pour tenir compte de la documentation hospitalière. 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 ICD-10-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 ICD-10-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 avaient 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 nomenclature. La CNS devra relayer le message auprès des médecins.

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

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 RCAM. Une première réunion avait eu lieu le 25 janvier 2018. Un programme des entretiens

établi par JIC, consultant engagé par le RCAM/BEI, avait été transmis à la CNS et à la FHL avant la réunion. Dans ce programme, JIC avait demandé des informations concernant l'environnement hospitalier et le système de tarification et des coûts des prestations hospitalières. Le système de tarification avait été expliqué et il avait été annoncé que le projet « Documentation et classification des séjours hospitaliers » permettrait de déterminer des coûts avec une granularité plus fine. Il faudrait compter 3 à 5 ans pour la finalisation du projet.

Il avait été retenu que la Commission technique se réunisse une fois par an, les réunions se tenant en fonction des demandes des parties signataires de la convention.

A la fin de l'année 2018, le ministère des Affaires étrangères et européennes avait sollicité le support de l'IGSS dans le cadre des échanges entre les représentants des institutions européennes au Grand-duché et la FHL. En date du 17 décembre 2018, l'IGSS avait invité les parties concernées, les communautés européennes (CE), la Banque européenne d'investissement (BEI), la CNS, la FHL et les centres hospitaliers à une réunion de concertation. Lors de cette réunion, il avait été retenu que :

- la CNS mette à disposition des

CE et de la BEI les données financières à la base de l'élaboration des tarifs,

- la Commission technique procéderait à une revue des subdivisions des unités d'œuvre,
- la classification des actes serait revue,
- les pondérations des subdivisions seraient à reconsidérer.

Les CE et la BEI avaient été informées de l'introduction de nouvelles entités fonctionnelles permettant de mieux discerner les coûts relatifs.

NORMES ET QUALITÉ



Commission des Normes

Les travaux 2018 de la Commission des Normes se sont focalisés jusqu'au mois de novembre 2018 sur la finalisation du document déterminant les normes de dotation pour les budgets 2019/2020.

Norme pour les services d'urgence

Le volet le plus difficile à négocier avec la CNS était la norme pour les services d'urgence adultes et pédiatriques.

En effet, il a fallu l'intervention musclée des Directions Générales vis-à-vis des représentants du Comité Directeur de la CNS lors de deux réunions extraordinaires de la Commission des Normes pour finaliser cette norme en octobre 2018.

La norme pour les services d'urgence est d'application depuis août 2018. Cette norme devait aussi prendre en considération les obligations légales par rapport aux sites des services d'urgence en relation avec l'organisation réelle de la prise en

charge des patients et s'articule comme suit :

1. Service d'urgence dûment autorisé selon les dispositions de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière :

60 minutes par patient non programmé et trié selon l'échelle de triage et de gravité arrêtée sur le plan national, peu importe s'il s'agit d'un jour de garde ou de non garde.

2. Service d'urgence pédiatrique – service national :

Par patient pédiatrique non programmé et trié selon l'échelle de triage et de gravité arrêtée sur le plan national :

- 70,2 minutes par patient pédiatrique non-programmé et trié se présentant au service national d'urgence pédiatrique (à l'exclusion des patients orientés vers la maison médicale pédiatrique)
- 10 minutes par patient pé-

diatrique non programmé, trié et orienté par le personnel du service national d'urgence pédiatrique vers la maison médicale pédiatrique au CHL.

- Sollicitations d'un service médico-technique en charge des patients ambulatoires non programmés faisant l'objet d'un tri selon la grille de tri canadienne
- 52,4 minutes par patient non-programmé et trié peu importe s'il s'agit d'un jour de garde ou de non garde.
- Il faut néanmoins retenir que l'application et le financement de cette norme est conditionnée par les éléments suivants :
- Obligation d'affecter ces ressources effectivement aux services repris aux points 1-3 ci-dessus. Dans le cas où un

établissement n'affecterait pas les dotations résultant de l'application de la présente norme au service pour lequel cette norme est applicable, le nombre d'ETP accordés sera réduit au nombre d'ETP effectivement occupés dans le service en question.

- Obligation d'utiliser, pour le triage des patients se présentant aux urgences, l'échelle de triage et de gravité arrêtée sur le plan national.
- Les données d'activités utilisées pour l'application de ces normes seront soumises à vérification (notamment au niveau du respect des règles de comptage et triage des patients) selon un audit dont le protocole sera à déterminer par la Commission des Normes.

Evolution document budgétaire 2019/2020 par rapport à 2017/2018

1. Principes généraux

- Toutes notions de gel ont été enlevées à la demande de la FHL, ceci vaut pour les dotations fixes comme pour les dotations calculées ;
- Les heures à travailler ont été adaptées aux données réelles 2017 en considération des heures théoriques à travailler en 2019 et 2020 dans les secteurs FHL et fonction publique ;
- Adaptation des références à la nomenclature médicale à celle en vigueur depuis 2017 (norme endoscopie) ;

- Intégration du CRCC dans les normes de dotation ;
- Adaptation des carrières de référence à la CCT-FHL en vigueur (maintien de la cohérence entre anciennes et nouvelles carrières p. ex. CA 5 = CA 9).

2. Nouveautés 2019/2020

- Norme services d'urgence et pour patients non programmés et triés ;
- Prise en considération du supplément des heures supplémentaires (SHS) par le biais du décompte budgétaire si l'effectif autorisé a été dépassé lié à ces SHS ;
- Adaptation de la norme « Cadre Intermédiaire services administratifs » pour CHdN afin de garantir une cohérence avec les dotations des autres centres hospitaliers (passe de 1 à 2 ETP) ;
- Adaptation de la norme « psychiatrie fermée » à la situation des nouveaux services de psychiatrie juvénile des HRS à partir de 2020 ;
- Adaptation de la norme « assistante sociale » pour le CHdN à la situation réelle (30 lits de rééducation vs 15 lits en 2017) ;
- Intégration dans la norme « pharmacie » de la fonction « pharmacie clinique » pour les établissements CHEM, CHdN, CHL, HRS et CHNP ;
- Modification et adaptation de

la norme « coordinateur de construction » :

- Intégration dans la norme hémodialyse d'une norme pour la plasmaphérèse ;
- Adaptation de la norme « data-manager cancer » aux évolutions des cas de cancer au Luxembourg ;
- Création d'une norme pour les services de documentation valable à partir de 2018 prenant en considération les évolutions fixées dans ce domaine (p. ex. intégration du codage des patients ambulatoires) ;
- Adaptation de la norme « représentation syndicale » en enlevant la notion de comité mixte et la formule de calcul y relative à partir de la constitution des nouvelles délégations ;
- Dotation pour répondre aux obligations du règlement européen concernant les « falsified medicines » ;
- Nouvelle norme travailleur désigné/préposé à la sécurité/sécurité laser, hélistation ;
- Adaptation de la norme bloc op-anesthésie ;
 - Prise en considération de l'obligation légale pour les services d'obstétrique avec plus de 1'500 accouchements de présence médicale sur place ce qui nécessite également une présence soignante supplémentaire sur place pour faire fonctionner une salle de bloc opératoire.
- Adaptation de la norme en-

doscopie

- Intégration d'un forfait complémentaire pour le nettoyage/la désinfection des endoscopes pour répondre aux exigences de la norme ISO et garantir la traçabilité.
- Nouvelle norme Case-manager cancer
 - 1 ETP par 80 cas complexes de cancer à gérer ;
- Adaptation à la hausse de la norme Cadres intermédiaires « Services administratifs »
- Adaptation de la norme services administratifs
 - La demande initiale de la FHL introduite en 2017 n'a pas pu être discutée par la CNS. Ainsi la CNS a proposé de dégeler la norme actuelle et accepte une diminution de l'intervalle entre la borne inférieure et supérieure.

3. Normes à définir pour 2019/2020 et à finaliser

La CNO s'était fixé en automne 2016 une liste des normes à réviser en les attribuant à l'instance (CNS ou FHL) qui serait en charge de l'élaboration de ces normes. Une liste de priorisation a été réalisée par chaque instance par rapport aux normes lui étant attribuées.

La FHL a rempli ses engagements et a produit des demandes – dossier à l'appui – pour l'ensemble des normes (avec priorité 1 et en sus 1 norme avec priorité 2) qui lui avaient été attribuées.

La CNS, bien que disposant des données et dossiers, n'a pas accepté ou n'a pas pu prendre position, par rapport aux travaux fournis par la FHL alors que des réunions de travail supplémentaires avaient été programmées.

Les arguments avancés par la CNS sont divers comme p. ex. le manque de ressources internes, le délai restreint entre le dépôt d'un dossier et les discussions en CNO pour la finalisation du document budgétaire, le manque de compétences internes ne permettant pas une analyse détaillée des éléments avancés par la FHL, l'absence de mandat des représentants de la CNS en CNO, voire l'absence de partenaires sociaux et enfin que toute négociation en CNO avec la FHL, nécessite par après une négociation par les représentants de la CNS au niveau de leur Comité Directeur.

Ainsi la liste des normes à finaliser avant le 31/12/2018 comporte à 90 % des dossiers/demandes de normalisation de la FHL remis soit depuis plusieurs années, soit courant 2017/2018. Ces normes à finaliser sont, entre autres, les suivantes :

- Cliniques monothématiques
 - Demande FHL avec dossier complet datant de 2015/2016
- Consultations infirmière spécialisée
 - Demande FHL avec dossier complet datant de 2015/2016

■ Norme pour hôpitaux de jour chirurgicaux et médicaux

- Demande FHL avec dossier incluant une méthodologie de calcul en 2018 en considération de l'impact du virage ambulatoire sur les dotations stationnaires

■ Service informatique

- Demande FHL de 2018, en attente d'une contreproposition de la CNS

Commission d'Evaluation

La Commission d'Evaluation s'est consacrée au suivi des détails du programme qualité pour l'année 2018 qui a été géré selon les dispositions des articles respectifs de la nouvelle Convention Cadre FHL-CNS.

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'Evaluation tient de publier officiellement dans le futur (par ex. sur le site web de la FHL) certains résultats d'indicateurs.

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 utiliser avec réserves.

Concernant le programme qualité 2018, 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.

Pour l'année 2018, la CE a déterminé que la prime maximale pouvant être obtenue sera déterminée comme suit :

Le volet qualité comptera pour 40 % en considérant que l'année 2018 sera suivie d'une autoévaluation externe en 2019 pour le module EFQM. Les volets sécu-

rité, efficacité et transparence comptent chacun pour 20 % dans le calcul de la prime.

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

Suivant la planification des primes à liquider, en 2018 aurait dû être payée la prime relative au Programme qualité 2015.

La Commission d'Évaluation avait procédé à l'évaluation des dossiers qualité remis et avait proposé un tableau de liquidation de la prime.

Ce tableau a été refusé par le Comité Directeur de la CNS qui n'acceptait pas l'approche de la Commission concernant le module « Transparence ». En effet le programme 2015 prévoyait des activités et critères en relation avec la documentation hospitalière à gérer avec les ICD 10 et la CCAM. Etant donné que courant 2015 le projet a été modifié sur l'initiative de la CNS vers le modèle ICD 10-CM et ICD 10-PCS, certains éléments à fournir par les établissements hospitaliers prévus initialement dans le programme sont devenus obsolètes. Le Comité Directeur de la CNS a dès lors estimé qu'il ne faudra considérer le module Transparence qu'à hauteur de

50 % de sa valeur initiale. La FHL n'a pas été d'accord avec cette approche et n'a pas accepté que la CNS change rétroactivement la donne. La FHL a insisté pour maintenir le module dans sa valeur initiale. Après plusieurs échanges, le Comité Directeur de la CNS a donné son accord pour la valorisation du module sous rubrique à 75 % de sa valeur initiale avec la condition d'une publication au grand public des résultats des indicateurs de performance prévus dans le programme 2015.

La FHL – après concertation de ses instances – s'est prononcée favorablement quant à cette approche en limitant néanmoins la publication à un set d'indicateurs à définir par la FHL et à valider en Commission d'Évaluation.

Ce set d'indicateurs a été élaboré et transmis à la CNS, mais en fin 2018, aucune décision n'a été prise par le Conseil d'Administration de la CNS quant à la liquidation de cette prime.

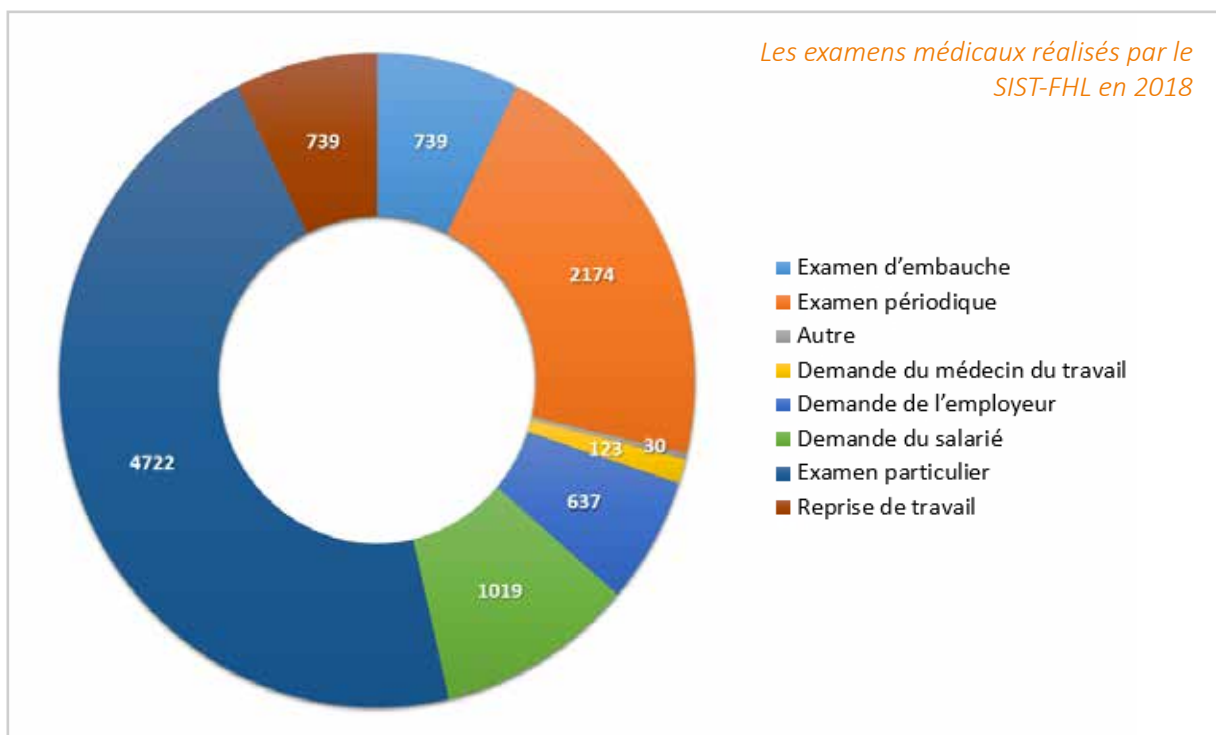
SERVICE INTERENTREPRISES DE SANTÉ AU TRAVAIL

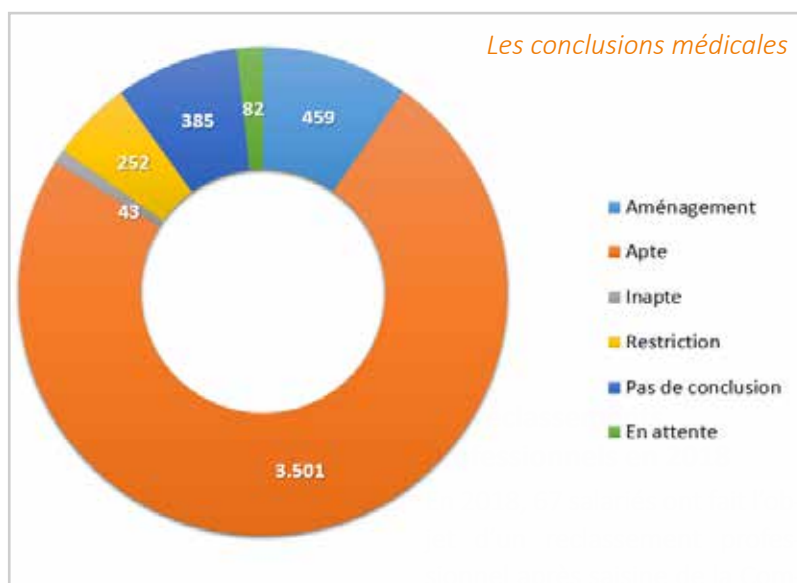


Les examens médicaux réalisés par le SIST-FHL en 2018

En 2018, les médecins du Service Interentreprises de Santé au Travail de la FHL (SIST-FHL) ont effectué 4'722 examens médicaux, soit une légère baisse (- 4 %), par rapport à 2017, expliquée principalement par la

vacance d'un poste médical durant près de deux mois. Dans près de la moitié des cas, le motif de consultation concernait un examen périodique. Les reprises du travail après un arrêt de maladie, un accident du travail, un congé de maternité ou un congé parental marquent un repli de 10 % par rapport à 2017.





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 représenté 5 % des avis rendus par les médecins du SIST-FHL et les aptitudes avec aménagement de poste ont diminué d'environ 12 % par rapport à 2017.

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

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

mission Mixte. Les médecins du SIST-FHL ont également procédé à 19 réévaluations d'aptitudes de salariés reclassés, telles que prévues dans l'article L-326-9 du Code de la Sécurité Sociale.

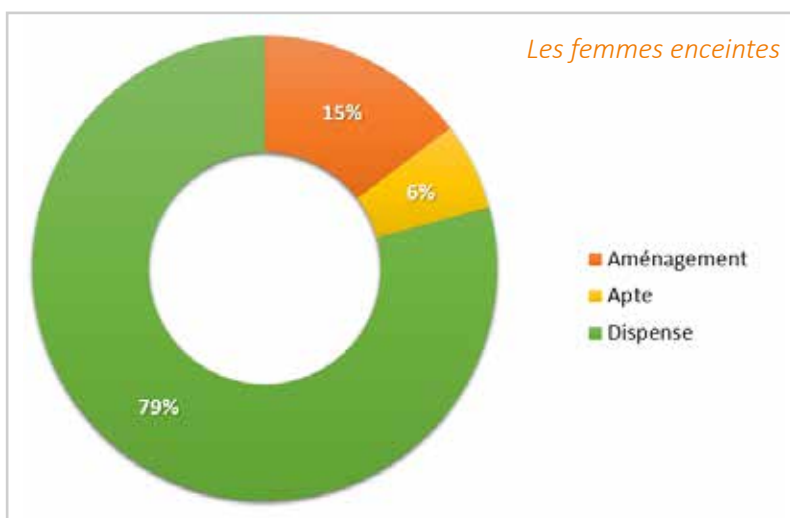
Les femmes enceintes

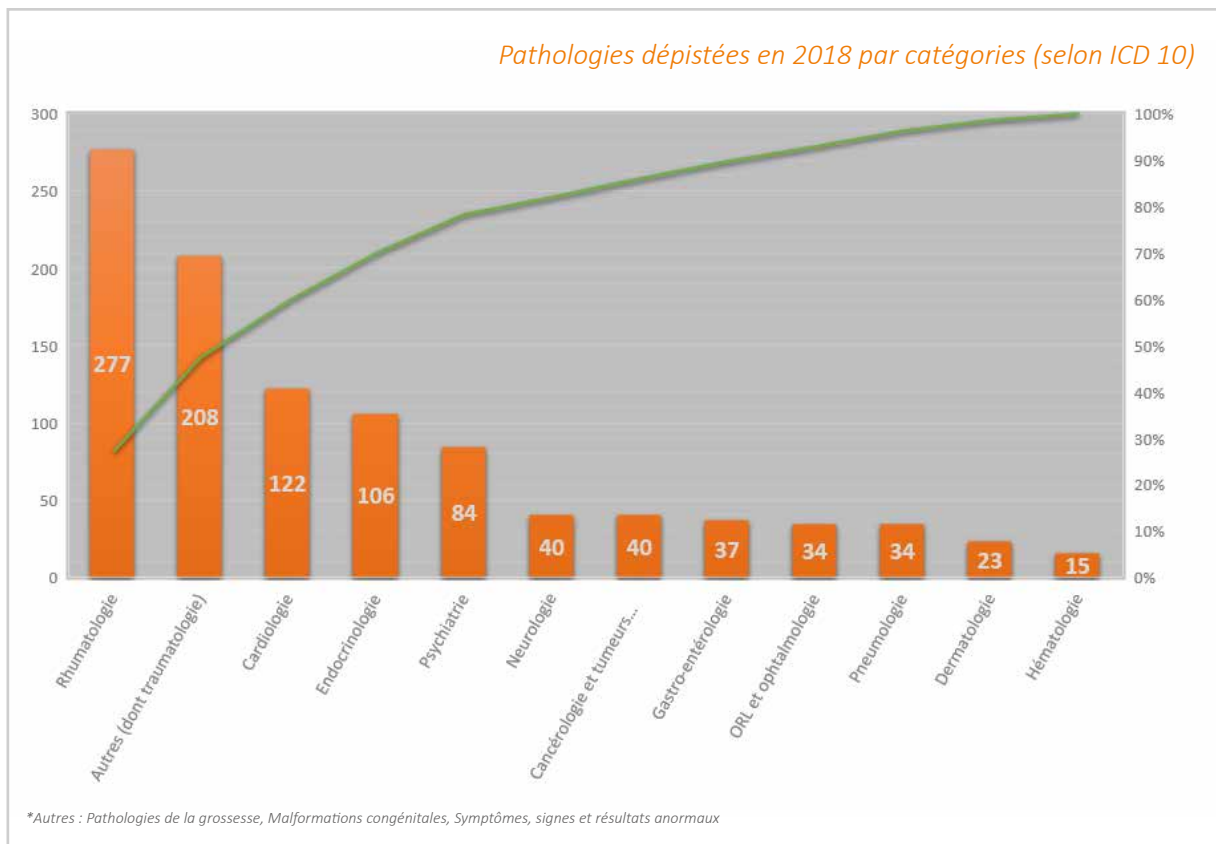
231 femmes enceintes ont fait l'objet d'une visite médicale ou d'un traitement administratif de leur dossier en 2018. Une grande majorité d'entre elles

ont été dispensées de travail compte-tenu de leurs risques professionnels (infirmières, ATM de chirurgie ou de radiologie, etc.). 34 femmes ont été maintenues dans une activité professionnelle mais avec une adaptation de leur poste et 14 ont été laissées 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 2018

La comparaison entre l'année 2017 et l'année 2018 révèle un moins grand nombre de pathologies nouvellement déclarées en 2018 (- 10 %), quelle que soit la discipline médicale considérée (à l'exception de la cancérologie). Cette diminution n'est





pas explicable par la seule diminution d'activité de consultation (- 4 %). Une diminution de l'incidence globale des pathologies peut en être la cause mais une perte d'information au moment de la saisie du dossier médical ne saurait être exclue. Un rappel sur l'importance de la saisie informatique des pathologies des salariés examinés sera communiqué à l'ensemble de l'équipe du SIST-FHL.

Les accidents du travail

Notre service a enregistré quelques 709 accidents du travail subis par le personnel des établissements membres de la FHL durant l'année écoulée. Ce chiffre est en légère diminution par rapport à l'année 2017 (- 3

%). Cette baisse est principalement expliquée par une diminution importante des accidents d'exposition au sang (- 17 %) et des accidents de trajet (- 7 %), bien que ces catégories restent les deux principales pourvoyeuses d'accidents du travail en 2018, représentant respectivement 19 % et 21 % de l'ensemble des accidents.

Concernant la nature des lésions observées, les plaies et blessures superficielles constituent heureusement la catégorie la plus importante, suivie par les entorses, foulures et luxations.

Suivi des salariés en contact avec des patients tuberculeux

potentiellement contagieux

En 2018, 240 salariés ont été exposés à 10 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 240 salariés surveillés, 7 ont fait l'objet d'un traitement antituberculeux préventif mais aucun ne présentait de risque de contamination pour ses collègues.

Il faut également noter que 10 salariés ont fait l'objet d'un contact professionnel avec un patient atteint d'une méningite due à un méningocoque. L'ensemble des salariés concernés a fait l'objet d'une prophylaxie

antibiotique.

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 rendez-vous ne sont pas honorés par leurs collaborateurs.

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 2018, sur les 7'346 convocations qui ont été transmises par le SIST-FHL aux salariés des hôpitaux membres de la FHL, 1'249 rendez-vous ont été annulés (et le plus souvent accordés à d'autres salariés), ce qui représente un taux d'annulation

de 17 %, mais 748 rendez-vous n'ont pas été honorés, soit un absentéisme de 10 %.

Les annulations de rendez-vous s'effectuent principalement par téléphone et leur remplacement requiert également de nombreux appels téléphoniques de la part de notre secrétariat, le rendant indisponible à d'autres appels ou d'autres tâches.

La reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques

Le 1er janvier 2019, est entrée en vigueur la loi du 10 août 2018 modifiant le code du travail et le Code de la Sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée.

Sur base d'un certificat médical de son médecin traitant, un salarié peut soumettre à la Caisse Nationale une demande de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques, si les conditions suivantes sont remplies :

- L'employeur doit avoir donné son accord à cette reprise ;
- Le salarié doit avoir été en incapacité pendant au moins un mois sur les trois mois précédant sa demande ;
- La reprise de travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du salarié.

La reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques est accordée par la Caisse Nationale de Santé sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Contrairement à l'ancien mi-temps thérapeutique (disparu depuis l'entrée en vigueur de cette nouvelle loi), et dont les heures de travail étaient prises en charge par l'employeur, le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie sera désormais intégralement maintenu pendant la période de reprise progressive de travail (y compris pour les heures travaillées) (art. 14bis du Code de la Sécurité sociale). Les bénéficiaires sont assurés dans le cadre des régimes spéciaux de l'assurance accident (art. 91 du Code de la Sécurité sociale).



Etant donné que le médecin du travail ne peut en aucun cas vérifier le bien-fondé d'un congé de maladie (art. L.325-2 du Code du travail) et étant donné que les bénéficiaires d'une reprise progressive de travail pour raisons thérapeutiques continuent à toucher des indemnités pécuniaires pour cause de maladie, cette période de reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques n'est pas à considérer comme reprise de travail dans le sens de l'article L.326-6 du Code du Travail et le médecin du travail ne peut donc pas émettre un avis d'aptitude ou d'inaptitude au poste de travail.



COLLABORATIONS ET PARTICIPATIONS À
DES ÉVÉNEMENTS

LES ÉVÉNEMENTS



Les événements Nationaux



10e Conférence Nationale Santé

La FHL a participé à la 10e Conférence Nationale Santé avec un stand FHL dans le hall du Centre de Conférences.

Les réunions «Quadripartites»

Le comité quadripartite s'est réuni, à chaque fois sous la présidence du ministre de la Sécurité sociale, Romain Schneider, en étroite collaboration avec la ministre de la Santé, Lydia Mutsch :

- le mercredi 30 mai 2018
 - Lieu : Chambre de Commerce à Luxembourg.

Composition de la délégation FHL : M. Paul Junck, Président ; M. Marc Hastert, Secrétaire Gé-

néral ; M. Jean-Paul Freichel, Directeur administratif et financier CHL ; Dr Hansjörg Reimer, Directeur Général CHEM et Dr Claude Schummer, Directeur Général HRS.

- le mercredi 7 novembre 2018
 - Lieu : Domaine Thermal à Mondorf-les-Bains.

Composition de la délégation FHL : M. Paul Junck, Président ; M. Marc Hastert, Secrétaire Général ; M. Jean-Paul Freichel, Directeur administratif et financier CHL ; Dr Hansjörg Reimer,



Directeur Général CHEM et Dr Hans-Joachim Schubert, Directeur Général CHdN ; Dr Claude Schummer, Directeur Général HRS.

Les événements internationaux

Visite du BlueHealth Innovation Center à Genk (Belgique - 2 février 2018)

BlueHealth Innovation Center est une asbl qui vise à stimuler l'innovation et l'entrepreneuriat partout en Flandre, à partir des technologies de l'information et du "serious gaming", et tout spécialement dans les institutions de soins de santé (care – cure – well being).

27th EAHM Congress (Cascais Portugal – du 26 au 28 septembre 2018)

www.eahm-cascais2018.com

EAHM Conference : Leadership and Digital Transformation Executive Event (Dublin – 28 & 29 mars 2018)

<http://eahm.eu.org>

NOS ACTIONS DE FORMATION



Formations assurées par la FHL

Formation managériale pour le secteur hospitalier – promo 6

(4 & 5 octobre 2017 - Cellule juridique Ressources Humaines)

Cette formation avait pour objectif de mettre en évidence les spécificités du secteur hospitalier luxembourgeois afin de permettre au cadre d'identifier son rôle et ses missions, mais également de lui apporter les outils nécessaires à une gestion optimale de son équipe. Le conseiller juridique de la FHL a assuré la partie suivante : « Connaître le contexte hospitalier luxembourgeois ainsi que son environnement juridique ».

Les spécificités du secteur hospitalier

(29 mai & 8 juin 2018 - Cellule juridique Ressources Humaines)

En collaboration avec DeWidong, l'IUIL a développé une formation sur les spécificités du secteur hospitalier luxembourgeois pour les professionnels du secteur de la santé: infirmiers, ATM en chirurgie, infirmiers anesthésiste, ATM en radiologie, sages-femmes, services administratifs,

cadres etc. .

L'objectif était de transmettre tant aux nouveaux salariés qu'aux personnes déjà en fonction les informations liées au contexte et aux spécificités hospitalières luxembourgeoises et ce afin d'optimiser et d'accélérer l'intégration des différents professionnels de santé dans les institutions hospitalières luxembourgeoises. Le Conseiller juridique de la FHL a assuré la partie en rapport avec la CCT FHL et le droit du travail, le dossier de soins partagé (DSP) ainsi que les droits et devoirs des patients (cf. programme ci-dessous).

Formations internes FHL

5 décembre 2018 et 29 janvier 2019 : Formation «réagis!»

Tous les jours, au moins une personne subit un arrêt cardiaque soudain au Luxembourg en dehors de l'hôpital. Sans prise en charge immédiate, plus de 97 % des patients meurent des suites de l'arrêt cardiaque. Seuls 20 % des témoins d'un arrêt cardiaque font des gestes qui sauvent la vie. 4 victimes sur 5 qui survivent à un arrêt cardiaque ont bénéficié des premiers gestes de secours simples

réalisés par le témoin.

La campagne «réagis!» a été initiée par le Luxembourg Resuscitation Council (LRC) une association (ASBL) qui regroupe des représentants de divers domaines de la Santé.

La FHL a souhaité que l'ensemble de son personnel participe à cette formation dont l'un des messages phares est « une heure suffit pour apprendre à sauver une vie ».

Agrément organisme formateur et formations organisées par la FHL

En juillet 2018, la FHL a obtenu l'agrément du Ministre de l'Education nationale, de l'enfance et de la jeunesse pour organiser des cours de formation professionnelle continue.

La FHL a organisé les formations suivantes en 2018 pour les établissements hospitaliers :

Radioprotection de base pour le personnel

(3 février, 4 mai, 24 avril, 27 septembre, 8, 13, 26 & 27 octobre 2018 - Cellule physique médicale)

Formation en radioprotection pour ATM Radiologie

(19 & 20 janvier 2018 - Cellule physique médicale)

Formation en contrôle qualité niveau A pour les ATM référents du contrôle qualité

(7 juillet et 3 septembre 2018 - Cellule physique médicale)

Radioprotection de base pour le personnel : actualisation

(28 et 31 mai 2018- Cellule phy-

sique médicale)

Radioprotection pour le personnel travaillant en U23 Iodothérapie

(29 mai 2018- Cellule physique médicale)

Formation à l'utilisation d'un logiciel en mammographie

(9, 22, 30 mars, 10, 12, 19 avril, 28 mai & 1er juin 2018- Cellule physique médicale)

Les marchés publics : définition et concepts fondamentaux

(2 juillet 2018 – Cellule Marchés)

Les marchés publics : exemples de documents de marché

(9 juillet 2018 – Cellule Marchés)



VIE INTERNE

NOTRE VIE INTERNE



Statuts FHL

(cf. Assemblées Générales)

Les statuts de la FHL ont été modifiés lors de l'assemblée générale du 4 décembre 2018.

Règlement interne et introduction de l'horaire mobile

L'horaire mobile pour tous les salariés a été négocié avec la délégation du personnel en novembre 2018 pour être mis en place dès le 1er janvier 2019.

Parallèlement, la FHL a mis en place un logiciel de pointage et de gestion des congés.

Par ailleurs, la FHL a élaboré un règlement interne en collaboration avec la délégation du personnel. Ce règlement interne a été approuvé par le Bureau du CA le 14 février 2019.

Convention FHL-STM - Visite d'entreprise et Inventaire des postes à risques

La FHL et le STM (service de San-

té au Travail Multisectoriel) étant à la fois employeur et service de santé au travail pour leur entreprise, ils ont décidé de conclure une convention de collaboration pour l'examen de leurs salariés respectifs. Cette convention intervient afin de pallier d'un point de vue déontologique à une pratique discutable et afin de prévenir un éventuel conflit d'intérêts pour les salariés des entreprises concernées. La collaboration est effective depuis août 2018.

En collaboration avec le médecin du travail du STM une visite d'entreprise a été organisée et le médecin du travail du STM a pu prodiguer des conseils aux salariés et un inventaire des postes à risques a été réalisé fin 2018 pour tous les salariés de la FHL.

Départs et arrivées

Mme Carole Simon, expert en physique médicale, entrée au 1er janvier 2018 ;

Mme Patty Geisen, conseiller ju-

ridique, entrée au 15 avril 2018 ;

Mme Danièle Welter, conseillère juridique, sortie au 30 avril 2018 ;

Dr Pascale Meunier, médecin du travail, sortie au 31 août 2018 ;

Dr Jean-François Roger, médecin du travail, entrée au 15 octobre 2018 ;

M. Virgile Borel, conseiller juridique, entrée au 1er novembre 2018.





INFORMATIONS RÉDACTIONNELLES

Rédacteurs

- Philippe Favrot
- Jean Ferring
- Patty Geisen
- 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 :

- Pixabay.com
- Photos FHL

Imprimé par nos soins

