

Règlement général

2020 - 2024

Version approuvée par le conseil de direction le 29.06.2020

Version approuvée par le conseil d'administration le 13.07.2020



Note préliminaire

Le présent règlement général a été mis à jour au terme d'un processus de travail participatif. L'objectif visait à recueillir les attentes des directions, du conseil médical et de la délégation du personnel. Ce document rassemble l'ensemble des informations relatives à l'organisation et au fonctionnement interne au Centre Hospitalier du Nord (CHdN) permettant la mise en œuvre de ses missions et son projet d'établissement.

En conformité avec la législation et la réglementation en vigueur, ce document présente :

- la structure organisationnelle de l'établissement qui définit la répartition des responsabilités et des compétences, à savoir les différents organes décisionnels et consultatifs contribuant à la prise de décision et au pilotage des activités ainsi que les structures internes (départements, unités et services) ;
- le mode de fonctionnement interne : modalités de gestion, de suivi et d'évaluation des activités internes de l'établissement ;
- les politiques et règles de fonctionnement interne, générales ou spécifiques, applicables au fonctionnement des structures de l'établissement et aux modalités de gestion des activités internes.

Note explicative concernant les documents d'application du règlement général

Pour sa mise en application effective, le présent règlement général se réfère aux documents en vigueur, applicables au sein du CHdN par tous les acteurs concernés tels les règlements internes, chartes, procédures, guides des bonnes pratiques, standards, fiches techniques, plans, formulaires. Il constitue le cadre de référence organisationnel en vue de guider les décisions, les choix et les actes de chacun dans l'exercice de ses missions et fonctions.

Les textes externes (lois, règlements, directives) et les documents internes (procédures, règlements internes, etc.) référencés dans le règlement général peuvent évoluer. Les documents d'application internes font l'objet d'un processus d'approbation distinct de celui du règlement général. La plupart de ces documents ont déjà été approuvés à différentes dates mentionnées sur les documents ou devront être approuvés ultérieurement selon la même procédure impliquant le conseil de direction (CdD), le conseil médical (CM), le comité paritaire dialogue social (CPDIS) et le conseil d'administration (CA). Les nouveaux documents d'application qui viendront s'y ajouter ou les documents déjà approuvés qui seront révisés dans les prochaines années seront traités de la même façon.

Note préliminaire	2
1. Le système de gouvernance et de management	4
1.1. Le conseil d'administration (CA)	4
1.2. Le bureau exécutif	4
1.3. Qualité et sécurité des patients	5
1.3.1 La commission qualité (QM-AG)	5
1.3.2 Le comité de prévention de l'infection nosocomiale (CPIN)	5
1.4 Le comité paritaire dialogue social (CPDIS)	5
1.5 La commission interne paritaire pour la formation continue (CIFPC)	5
1.6 Le conseil de direction (CDD)	5
1.7 Les autres comités obligatoires et organes consultatifs	6
1.7.1 La délégation du personnel	6
1.7.2 Le conseil médical	6
1.7.3 Le comité d'éthique	6
1.7.4 Le comité médico-pharmaceutique et comité du matériel médical	7
1.7.5 Le comité transfusionnel (CTF)	7
1.7.6 La plateforme de cancérologie	8
1.7.7 Les groupes de travail « Investissement - budget pluriannuel » et « budget investissement »	8
1.7.8 Le groupe de travail « Software strategy »	8
1.7.9 La commission des dons	8
1.7.10 La commission interne « Protection des données »	9
1.7.11 La commission interne « Sécurité des systèmes d'information » (SSI)	9
1.7.12 Le comité de pilotage « Gestion des risques et des crises (RisC) »	9
1.7.13 Le comité sécurité et santé «#Bewosst_Sécher_Gesond»	10
1.7.14 Le commission de traitement des conflits	10
2. La structure du chdn	11
2.1. Structure organisationnelle	11
2.2. Structure de la gestion des processus	11
2.3. L'organisation fonctionnelle	12
2.3.1 Le directeur général	12
2.3.2 Les directeurs	12
2.3.3 Les adjoints aux directeurs	12
2.3.4 Les cadres intermédiaires et chefs de service	13
2.3.5 La fonction de médecin-coordonateur	13
3. La gestion des activités de l'établissement	14
3.1 Définition des activités	14
3.2 Documentation des activités	14
3.3 Pilotage et suivi des activités	14
3.4 Evaluation des activités	14
4 Les politiques et les règles de fonctionnement interne	15
4.1 Politique relative à la qualité globale des prestations	15
4.1.1 Prise en charge globale du patient	15
4.1.2 Prise en charge médicale du patient	20
4.1.3 Prise en charge soignante du patient	20
4.1.4 Prise en charge administrative du patient	21
4.2 Politique de gestion globale des risques	21
4.3 Politique de protection et prévention	22
4.4 Politique de gestion du personnel salarié	23
4.4.1 Gestion des ressources humaines	23
4.4.2 Développement des compétences	24
4.5 Politique sociale et sociétale	25
4.5.1 Dimension sociale	25
4.5.2 Dimension sociétale	26
4.6 Politique de gestion du corps médical	26
4.7 Politique de gestion financière	27
4.8 Politique de gestion des médicaments et des produits associés	28
4.9 Politique de gestion standardisée des équipements et du matériel	29
4.10 Politique de gestion de l'information et de la connaissance	30
4.10.1 La politique de communication	30
4.10.2 La politique de gestion documentaire et de l'information	31
4.11 Politique de gestion des partenariats externes	31
4.11.1 Partenaires santé	31
4.11.2 Partenaires externes	32
4.11.3 Politique de gestion des systèmes d'information (POGSI)	32
4.12 Politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI)	32

1. Le système de gouvernance et de management

1.1. Le conseil d'administration (CA)

Conformément à l'article 4 de la loi du 20 avril 2009 portant création de l'établissement public « Centre Hospitalier du Nord », l'établissement est administré par un CA qui assume les fonctions d'organisme gestionnaire au sens de la loi hospitalière.

Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement dans le respect des lois, règlements et conventions applicables.

(2) Il statue notamment sur les points suivants :

1. l'acceptation et le refus de dons et de legs ;
2. le budget prévisionnel à négocier avec l'organisme gestionnaire de la Caisse nationale de santé.
3. les actions judiciaires et les transactions ;
4. l'engagement, la désignation et le licenciement du directeur général, des chefs de département, du chargé de direction du site de Wiltz et du personnel spécialisé ou à responsabilité particulière
5. l'engagement ou l'agrément des médecins ;
6. les règles relatives à la composition du conseil médical ;
7. les projets d'acquisition d'appareils et équipements coûteux soumis à une planification nationale en vertu de la loi hospitalière ;
8. la fixation des modalités selon lesquelles l'établissement sera obligé à l'égard des tiers ainsi que la délégation de signatures ;
9. le règlement général, conforme à la loi hospitalière, qui comporte entre autres :
 - a) le règlement intérieur ;
 - b) l'organigramme ;
 - c) les descriptions de poste du directeur général, des chefs de département, du chargé de direction du site de Wiltz et des différentes catégories de personnel.

(3) Le conseil d'administration statue sur les points suivants sous réserve de l'approbation du ministre :

1. le bilan et les comptes de profits et pertes ;
2. les emprunts ;
3. les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles et leur affectation, les conditions des baux de plus de neuf ans ;
4. les projets de création, transformation et suppression de services ;
5. les grands projets de travaux de construction, de démolition ou de transformation et les grosses réparations ;
6. les indemnités des membres du conseil d'administration.

(4) Le conseil d'administration représente l'établissement judiciairement et extrajudiciairement, poursuite et diligence de son président.

1.2. Le bureau exécutif

Le bureau exécutif est un organe restreint du Conseil d'Administration composé par le président et le vice-président du Conseil d'Administration ainsi que par le directeur général. Le bureau exécutif peut se faire assister par des invités. Le bureau exécutif est chargé :

- de proposer un ordre du jour des réunions du Conseil d'Administration
- de préparer les réunions du Conseil d'Administration
- de faire le suivi des décisions du Conseil d'Administration.

1.3. Qualité et sécurité des patients

1.3.1 La commission qualité (QM-AG)

La commission qualité a pour mission d'assurer les tâches suivantes :

- la fixation et l'analyse des indicateurs internes du CHdN ;
- l'élaboration et l'analyse des différentes enquêtes ;
- la préparation et la rédaction des rapports qualité et la participation au programme incitant qualité national ;
- des propositions pour décision du conseil de direction pour tous les thèmes traitant de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques ;
- le suivi, l'évaluation et la promotion des mesures pour optimiser la qualité des prestations ;
- la mise en place de structures et mécanismes de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables.

1.3.2 Le comité de prévention de l'infection nosocomiale (CPIN)

Conformément à l'article 25 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, dans chaque hôpital, l'organisme gestionnaire met en place des structures et des mécanismes de gestion des risques, d'évaluation et de promotion de la qualité des prestations, ainsi que de prévention, de signalement et de lutte contre les événements indésirables, y inclus la prévention et le contrôle des infections nosocomiales.

Le comité de prévention de l'infection nosocomiale est un comité consultatif dont la mission est de définir les grandes options et d'en informer en continu le conseil d'administration et la direction du CHdN de l'état en matière de prévention des infections nosocomiales. Il formule des avis sur les questions d'hygiène hospitalière de manière proactive et réactive (à la demande). Les modalités de fonctionnement du CPIN sont précisées par un règlement interne conforme à la législation en vigueur sur les établissements hospitaliers.

1.4 Le comité paritaire dialogue social (CPDIS)

Le CPDIS de l'établissement a pour mission générale la sauvegarde et la défense des intérêts des salariés en matière de conditions de travail, de sécurité de l'emploi et de statut social. En outre, il jouit d'un droit d'information et de consultation sur la vie de l'entreprise et en matière technique, économique et financière. Il participe à certaines décisions. Ses attributions sont précisées dans la loi du 23 juillet 2015 portant réforme du dialogue social (voir également sous délégation du personnel).

1.5 La commission interne paritaire pour la formation continue (CIPFC)

Conformément à la convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers membres de la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeoise, une commission interne paritaire pour la formation continue (CIPFC) assure le droit d'accès du personnel à la formation continue.

Cette commission valide la politique de formation continue dont l'objectif est de développer les compétences de tous les salariés du CHdN indépendamment de leur sexe, de leur statut, de leur profession ou de leur fonction de travail et de l'ancienneté du service.

La CIPFC se compose paritairement des membres des directions, des membres de la délégation du personnel et du gestionnaire de formation continue. Ses modalités de fonctionnement sont intégrées dans un règlement interne.

1.6 Le conseil de direction (CdD)

Le conseil de direction est l'organe exécutif du CHdN. Chargé de la coordination de l'activité hospitalière, telle que définie par la loi portant création de l'établissement public "Centre Hospitalier du Nord" et dans la loi en vigueur sur les établissements hospitaliers, il assure la gestion journalière de l'établissement.

Le conseil de direction est composé du directeur général, du directeur médical, du directeur administratif et financier et du directeur des soins et ainsi que de leurs adjoints respectifs.

1.7 Les autres comités obligatoires et organes consultatifs

1.7.1 La délégation du personnel

Conformément à la loi du 23 juillet 2015 portant réforme du dialogue social à l'intérieur des entreprises,

(1) la délégation du personnel a pour mission générale de sauvegarder et de défendre les intérêts du personnel salarié de l'entreprise en matière de conditions de travail, de sécurité de l'emploi et de statut social.

(2) Dans ce contexte, et sous réserve d'autres attributions qui lui sont réservées par d'autres dispositions légales, la délégation du personnel est appelée notamment :

1. à prévenir et à régler, dans un esprit de coopération, les différends, individuels ou collectifs pouvant surgir entre l'employeur et le personnel salarié ;
2. à présenter à l'employeur toute réclamation, individuelle ou collective ;
3. à saisir, à défaut d'un règlement des différends susmentionnés, l'Inspection du travail et des mines de toute plainte ou observation relative à l'application des dispositions légales, réglementaires, administratives et conventionnelles relatives aux conditions de travail, aux droits et à la protection des salariés dans l'exercice de leur profession.

(3) Dans l'exercice de ses attributions, la délégation du personnel veille au respect rigoureux de l'égalité de traitement au sens du Titre V du Livre II en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelles ainsi que la rémunération et les conditions de travail.

(4) Le chef d'entreprise est tenu de communiquer à la délégation du personnel les renseignements nécessaires à la bonne exécution de sa mission et susceptibles d'éclairer les membres qui la composent sur la marche et la vie de l'entreprise, dont l'évolution récente et l'évolution probable de ses activités ainsi que de sa situation économique.

(5) Le chef d'entreprise est tenu de communiquer à la délégation du personnel et au délégué à la sécurité et à la santé toutes les informations nécessaires pour informer les membres qui la composent concernant :

1. les risques pour la sécurité et la santé ainsi que les mesures et activités de protection et de prévention concernant tant l'entreprise en général que chaque type de poste de travail ou de fonction ;
2. les mesures de protection à prendre et, si nécessaire, le matériel de protection à utiliser ;
3. l'évolution du taux d'absence.

1.7.2 Le conseil médical

Conformément à l'article 32 de la loi du 8 mars 2018 sur les établissements hospitaliers et la planification hospitalière (Mémorial A N°222 du 28 mars 2018), le CHdN dispose d'un conseil médical.

Le conseil médical est l'organe représentant les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire exerçant à l'hôpital, par lequel ceux-ci peuvent collaborer à la prise de décision à l'hôpital.

Les membres du conseil médical sont élus par les médecins exerçant à l'hôpital ainsi que par les pharmaciens et chefs de laboratoire.

Le conseil médical fait régulièrement rapport sur l'exécution de son mandat devant l'assemblée de ses électeurs convoquée à cet effet.

Le conseil médical veille à la discipline des professionnels qu'il représente, au respect des dispositions légales et réglementaires et des règles de déontologie les concernant ainsi qu'aux bonnes relations entre les médecins, les pharmaciens et les chefs de laboratoire, sans préjudice des attributions du Collège médical, du directeur général et directeur médical.

1.7.3 Le comité d'éthique

Conformément à l'article 26 de la loi du 8 mars 2018 sur les établissements hospitaliers et à la planification hospitalière (Mémorial A N° 222 du 28 mars 2018), tout hôpital doit se doter, seul ou en association avec un ou plusieurs autres hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés, d'un comité d'éthique hospitalier.

L'organisme gestionnaire compose le comité d'éthique de manière à assurer une diversité des compétences tant dans le domaine médical qu'à l'égard des questions éthiques, sociales et juridiques. Il est mis en place

par l'organisme gestionnaire de l'hôpital, ou, dans le cas d'un comité compétent pour plus d'un hôpital, par décision conjointe de leurs organismes gestionnaires. Le comité peut comprendre tant des membres extérieurs à l'hôpital que des membres attachés à celui-ci.

Le comité d'éthique hospitalier a pour attribution :

- de fournir, en l'absence de disposition de fin de vie ou de directive anticipée une aide à la décision au patient ou à ses proches, si le patient n'est plus en état de s'exprimer, ainsi qu'aux médecins traitants hospitaliers, chaque fois qu'une pluralité de démarches peut être envisagée du point de vue médical et que le choix entre elles donne lieu à des dilemmes éthiques ;
- de préparer des orientations internes à l'hôpital pour autant qu'elles concernent des questions d'éthique.

Tout membre du personnel ainsi que tous les médecins exerçant à l'hôpital peuvent émettre des suggestions au comité d'éthique hospitalier en vue de l'établissement de ces orientations internes.

Dans l'exercice de sa mission définie, le comité d'éthique émet ses avis en toute indépendance de l'organisme gestionnaire et de la direction de l'hôpital. Ces avis sont confidentiels et non contraignants. Le comité d'éthique est en droit d'obtenir communication des éléments médicaux et autres du dossier du patient concerné dont il a besoin pour se prononcer en connaissance de cause.

1.7.4 Le comité médico-pharmaceutique et comité du matériel médical

Conformément à l'article 14 du règlement grand-ducal du 1^{er} mars 2002 relatif à la pharmacie hospitalière et au dépôt hospitalier de médicaments, dans les établissements hospitaliers disposant d'une pharmacie hospitalière, il est institué un comité médico-pharmaceutique et un comité du matériel médical.

Le comité médico-pharmaceutique a entre autres pour mission :

- l'établissement et la mise à jour d'un formulaire thérapeutique, liste obligatoire de médicaments, sélectionnés de manière raisonnée et économiquement justifiée, disponibles en permanence, afin de répondre aux besoins diagnostiques et thérapeutiques ;
- la standardisation des procédures relatives à l'utilisation des médicaments.

Le comité du matériel médical a pour mission :

- l'établissement et la mise à jour du matériel médico-chirurgical ;
- la standardisation des procédures relatives à l'utilisation du matériel médico-chirurgical.

Sont obligatoirement membres de ces comités : le directeur de l'établissement et/ou son représentant médecin, le pharmacien-gérant ou son représentant, un médecin au moins représentant le corps médical, le directeur des soins ou son représentant. Le gestionnaire de l'établissement peut décider de fusionner les deux comités en un seul comité, appelé comité des médicaments et du matériel médical qui exerce les compétences des deux premiers.

1.7.5 Le comité transfusionnel (CTF)

Le comité transfusionnel (CTF) est un organe consultatif multidisciplinaire agissant de manière indépendante vis-à-vis des structures hiérarchiques existantes.

Conformément au règlement grand-ducal du 25 janvier 2006 établissant des normes de qualité et de sécurité pour la collecte, le contrôle, la transformation, la conservation, la distribution et la transfusion du sang humain et des composants sanguins, le CTF est chargé d'assurer la sécurité transfusionnelle. Ledit comité a pour mission d'organiser l'hémovigilance et d'élaborer des guides de bonnes pratiques transfusionnelles. Pour assurer cette mission, le CTF veille aux bonnes pratiques transfusionnelles. Il standardise et optimise les procédures relatives à la manipulation et à la gestion des produits sanguins labiles, évalue régulièrement les pratiques transfusionnelles, analyse les accidents, incidents et presque incidents en relation avec la transfusion sanguine, veille à la contribution active à l'hémovigilance nationale (récolte centralisée des notifications) et propose à la direction une politique transfusionnelle répondant aux besoins du CHdN.

1.7.6 La plateforme de cancérologie

Dans le cadre du registre national du cancer, une plateforme de cancérologie au sein des hôpitaux est instituée.

La plateforme de cancérologie CHdN a les missions principales suivantes :

- amélioration des pratiques de prise en charge de tout patient cancéreux ;
- développer le passage en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) / Tumor Board des dossiers de patients cancéreux ainsi qu'améliorer la qualité des RCP, par délégation du Conseil médical du CHdN ;
- développement du monitoring de l'activité de cancérologie et discuter les résultats d'activités ;
- identifier les problèmes rencontrés lors de la prise en charge des patients cancéreux et proposer des solutions ;
- amélioration de la liaison en amont et en aval de l'établissement pour les patients cancéreux ;
- réaliser des revues de morbidité, mortalité pour les patients cancéreux ;
- organisation avec la cellule qualité, des audits qualité internes sur la prise en charge des patients cancéreux et analyser les résultats ;
- mise en place des informations à destination des patients ;
- réalisation du rapport annuel de cancérologie ;
- représentation de la cancérologie du CHdN au sein du comité Scientifique du Registre National du cancer.

La plateforme est composée de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients cancéreux. Cependant, elle peut être dirigée par un comité plus restreint et se dote d'un président qui pilote les travaux.

1.7.7 Les groupes de travail « Investissement - Budget pluriannuel » et « Budget investissement »

Le groupe de travail « Investissement - Budget pluriannuel » donne, sur chaque nouveau projet d'une certaine envergure, un avis global couvrant les aspects investissement, ressources humaines, architectural, consommables et activité. Chaque nouveau projet d'une certaine envergure doit d'abord passer par ce groupe de travail avant d'être soumis au conseil de direction. Il traite également les perspectives, innovations, investissements futurs et le projet de budget investissement pluriannuel.

Le groupe de travail « Budget investissement » est chargé de la réalisation des investissements retenus dans le budget investissement, en conformité à la procédure d'acquisition définie dans le règlement financier du CHdN approuvé par le conseil d'administration.

Les deux groupes de travail se composent de représentants du département administratif et financier, du département médical et du département de soins.

1.7.8 Le groupe de travail « Software Strategy »

Le groupe de travail « Software Strategy » a comme mission d'identifier et de prioriser les activités autour du sujet software au CHdN. Ce groupe de travail est la plateforme unique pour le traitement des demandes autour du sujet « Software » et pour l'élaboration des demandes annuelles budgétaires Software.

Le groupe de travail est sous la coordination du CIO (Chief Information Officer) et se compose de représentants du Département Administratif et Financier, du Département Médical, du Département de Soins, du Conseil Médical et de la Délégation du Personnel.

Les comptes rendus sont soumis au Conseil de Direction pour validation.

1.7.9 La commission des dons

Le Centre Hospitalier du Nord, créé par la loi du 20 avril 2009 (articles 8 et 10) en tant qu'établissement public, peut recevoir des dons en espèces déductibles dans le chef des donateurs comme dépenses spéciales conformément à l'article 109, de la loi du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu. Ils sont utilisés pour financer des dépenses engagées au-delà des crédits budgétaires accordés par la Caisse nationale de santé (CNS), servant à améliorer la prestation hospitalière, à augmenter la qualité des examens médicaux ou de soins et en rapport avec le service pour lequel le don est destiné.

La commission des dons a pour mission principale de garantir une gestion appropriée, parcimonieuse et transparente des dons reçus dans l'intérêt d'une amélioration de la prise en charge des patients. Ses activités sont publiées annuellement sur les sites intranet et internet du CHdN.

La commission des dons se compose d'un représentant de la société civile, de deux membres du conseil d'administration, de deux médecins agréés désignés par le conseil médical, de deux membres du département de soins, de deux membres de la direction et d'un membre du plateau financier avec voix consultative.

1.7.10 La commission interne « Protection des données »

La commission interne « Protection des données » a été créée par le Conseil de Direction du CHdN du 29 janvier 2018. Elle est composée du Directeur Administratif et Financier (DAF), d'un membre de la Direction des Soins, du Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Informations (RSSI), du Chief Information Officer (CIO), du médecin en charge de la documentation hospitalière (DIM) et du Data Protection Officer (DPO). Le DPO en tant que coordinateur propose les sujets à présenter à l'ordre du jour des réunions. Chaque membre peut demander à ajouter des points à l'ordre du jour. Le compte rendu rédigé par le DPO est avalisé par tous les membres de la commission règlement général sur la protection des données (RGDP) et ensuite soumis à l'aval du conseil de direction du CHdN.

Les missions de la commission :

- sensibiliser en interne sur les enjeux RGDP ;
- contribuer à la plateforme d'échange, de débats et d'informations, avec pour objectif de rendre des avis sur les problèmes rencontrés ou les questions soulevées en interne ;
- adopter des actions, des solutions préventives ou correctives ou des modifications et donner son avis sur les suggestions, priorités d'actions proposées par le DPO et les autres membres de la commission ;
- prendre connaissance de l'application des mesures approuvées sur base du reporting du DPO ;
- rapporter au Conseil de Direction du CHdN sur l'avancée du projet RGDP et le respect des échéances via la transmission des comptes rendus des réunions de la commission. Les comptes rendus reprendront toutes les mesures proposées, acceptées, postposées ou refusées par la commission.

1.7.11 La commission interne « Sécurité des systèmes d'information » (SSI)

La commission interne « Sécurité des systèmes d'information » a été créée par le Conseil de Direction au 29 janvier 2018. Cette commission est composée par le Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI), le Chief Information Officer (CIO), le Directeur des Soins et le Directeur Médical. Sous la coordination du RSSI, la commission a les tâches suivantes:

- revue finale des chartes et politiques autour de la sécurité des systèmes d'information avant remise au Conseil de Direction pour validation finale ;
- traitement d'incidents de sécurité des systèmes d'information nécessitant un plan d'action important au niveau du CHdN (Incidents SSI).

1.7.12 Le comité de pilotage « Gestion des risques et des crises (RisC) »

Le comité de pilotage RisC a été mis en place par décision du Conseil de Direction au 10 février 2020. Il se compose de représentants de tous les départements, la coordination est assurée par le Chef du service « Protection et prévention ».

Les missions sont:

- coordination des différentes analyses de risques institutionnelles à réaliser ;
- coordination de l'élaboration des plans d'urgence à réaliser ;
- coordination de la réalisation d'exercices en relation avec les plans d'urgence ;
- élaboration de plans d'actions suite à des analyses de risques et des élaborations de plans d'urgences.

Les comptes rendus du comité de pilotage sont soumis au Conseil de Direction pour validation.

1.7.13 Le comité sécurité et santé «#Bewosst_Sécher_Gesond»

Les missions sont :

- mise en œuvre de la culture « Vision Zero » ;
- promotion de la sécurité, de la santé et du bien-être au travail ;
- établissement d'un plan d'actions avec priorisation ;
- coordination et surveillance sur la réalisation des actions ;
- proposition des thèmes du mois sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail ;

Composition du comité «#Bewosst_Sécher_Gesond»:

- directeur général ;
- représentant de la direction administrative et financière ;
- représentant de la direction des soins ;
- représentant de la direction médicale ;
- chef de service ressources humaines (RH - compétences et formation) ;
- salariés désignés ;
- délégué à la sécurité ;
- 2 - 3 membres du département de soins ;
- 1 - 2 membres du département administratif et financier ;
- médecin du travail (sur invitation).

1.7.14 La commission de traitement des conflits

Considérant le fait que le conseil de direction ne tolère aucune forme de harcèlement au sein de l'entreprise et qu'il est de la responsabilité de chacun des salariés et dirigeants de veiller à ce que des actes de harcèlement ne se produisent pas sur le lieu de travail et que disposer d'une politique de prévention et d'un organe de gestion des cas de harcèlement constitue une obligation légale, le CHdN s'est doté d'une commission interne de traitement des conflits.

Cette commission interne est active lors de présomption de harcèlement moral sur le lieu du travail, harcèlement sexuel et conflits interpersonnels dans lesquels une aide est requise par au moins un des acteurs.

La commission se propose de sensibiliser les travailleurs et les dirigeants via les différents modes de communication interne disponibles.

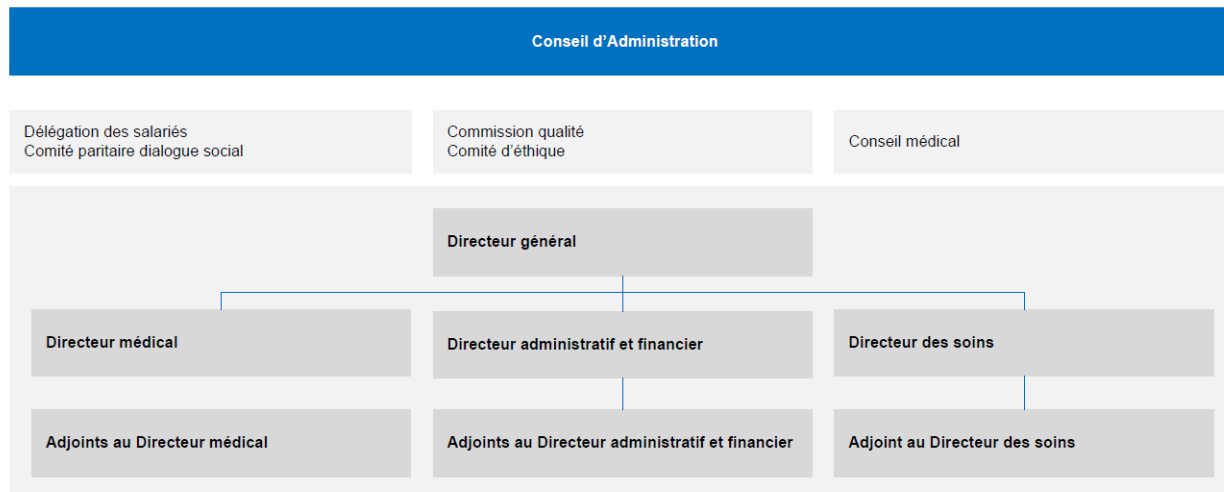
La commission est une commission paritaire désignée par le conseil de direction, composée de deux membres principaux et de deux suppléants représentant le personnel et issus de la délégation du personnel et de deux membres principaux et de deux suppléants issus des services ressources humaines et protection et prévention et représentant l'employeur.

Les membres de la commission sont formés aux techniques de médiation et offrent une garantie de neutralité et d'impartialité dans le traitement des plaintes. La confidentialité est de mise. La médiation est privilégiée comme outil de traitement de conflit et comme outil de prévention des risques psychosociaux.

2. La structure du CHdN

L'organisation du CHdN se distingue d'une part via une forme traditionnelle et d'autre part, le CHdN a entamé progressivement une organisation orientée processus.

2.1. Structure organisationnelle

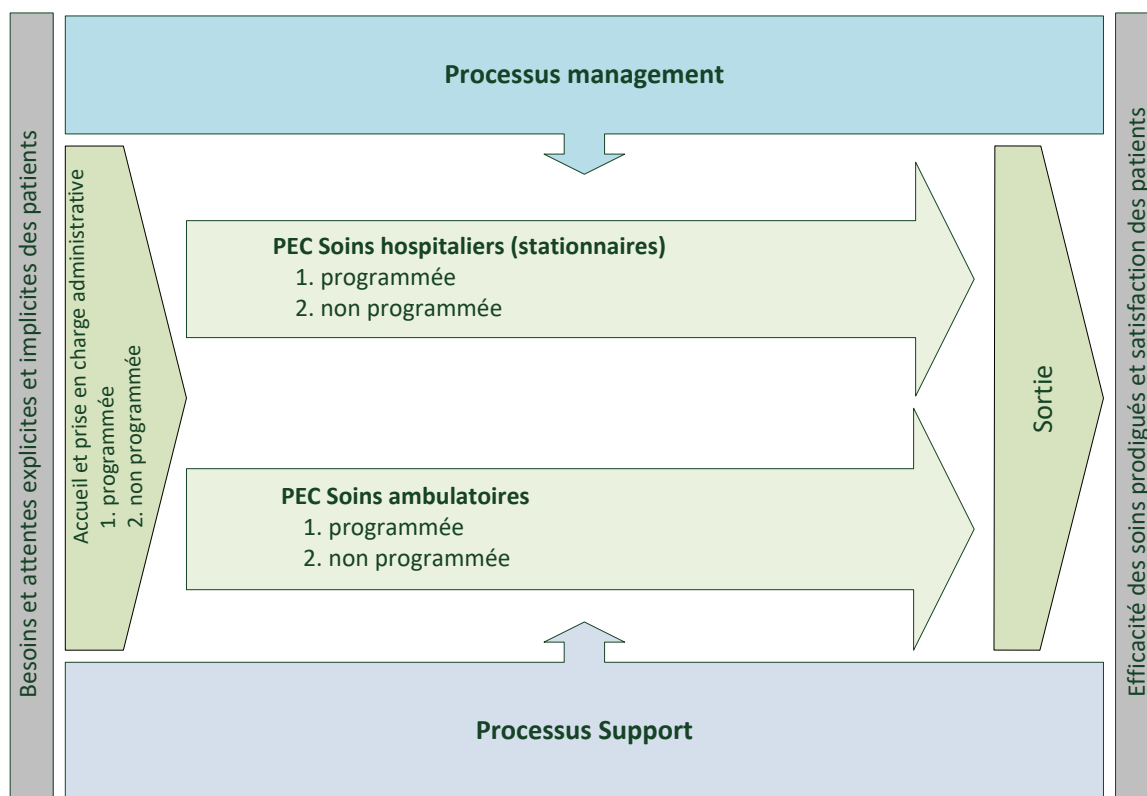


2.2. Structure de la gestion des processus

Les activités internes (ou processus) de l'établissement relèvent de trois types :

- les processus/activités de gestion ;
- les processus/activités clés (ou processus clés) de prise en charge des patients directement liées aux missions de l'établissement ;
- les processus/activités de support.

Chaque unité ou service de l'établissement a identifié dans son projet de service/d'unité les activités nécessaires pour assurer ses missions et délivrer les services attendus.



2.3. L'organisation fonctionnelle

2.3.1 Le directeur général¹

Conformément à la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, dans chaque hôpital la direction est confiée à un directeur général, nommé par l'organisme gestionnaire et exclusivement responsable devant celui-ci.

Le directeur général veille à ce que la continuité des missions imparties à l'hôpital soit assurée pendant toute la durée de la présence des patients faisant appel à ses services.

Le directeur général est chargé d'exécuter les décisions de l'organisme gestionnaire et de régler toutes les affaires lui dévolues par celui-ci. Il assure la gestion journalière de l'établissement et organise son fonctionnement. L'organisme gestionnaire définit les attributions du directeur général devant lui permettre d'assumer la mise en œuvre de ses missions. Le directeur général rend compte à l'organisme gestionnaire de sa gestion et sur les activités de l'établissement.

2.3.2 Les directeurs²

Conformément à la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, le directeur général est assisté par le directeur médical, le directeur administratif et financier et le directeur des soins. Il est le supérieur hiérarchique du directeur médical, du directeur administratif et financier et du directeur des soins.

Les directeurs des soins, médical ainsi qu'administratif et financier répondent de leur gestion au directeur général.

Chaque hôpital de plus de 200 lits est structuré en trois départements: un département médical, un département des soins et un département administratif et technique.

Le département médical se trouve sous l'autorité du directeur médical, le département des soins sous l'autorité du directeur des soins et le département administratif et technique sous l'autorité du directeur administratif et financier.

Un conseil de direction comprenant tous les directeurs est institué en vue de la coordination de l'activité hospitalière. Le conseil de direction et le conseil médical visés à l'article 32 se réunissent au moins six fois par an afin de se concerter sur toutes les questions relatives à l'organisation médicale.

Sous l'autorité du directeur général, les directeurs de département ont les tâches et responsabilités suivantes :

- organisation, planification et contrôle des activités de leur département respectif ;
- coordination des activités de soins, médicales, administratives, techniques et logistiques en conciliant les besoins spécifiques avec les contraintes économiques et budgétaires ;
- répondent de leur gestion au directeur général ;
- information régulière du directeur général sur leurs départements ;
- membres du conseil de direction ;
- participent aux réunions officielles du conseil d'administration avec voix consultative ;
- gestion du personnel de leurs départements ;
- participation à l'établissement du budget prévisionnel pour leur département et à son exécution ;
- application de la politique générale de gestion de la qualité et des risques dans leurs départements.

Les attributions particulières des directeurs font l'objet de descriptions de poste individuelles.

2.3.3 Les adjoints aux directeurs

Chaque directeur peut nommer un ou plusieurs adjoints. Les attributions particulières des adjoints font l'objet de descriptions de poste individuelles.

¹Réf. loi sur les établissements hospitaliers en vigueur

²Réf. loi sur les établissements hospitaliers en vigueur

2.3.4 Les cadres intermédiaires et chefs de service

Au sein des départements, l'encadrement du personnel salarié repose sur deux niveaux :

- les cadres intermédiaires ;
- les cadres de proximité : chefs de service et leurs adjoints, teamleaders et référents.

Les attributions particulières et les rôles font l'objet de descriptions de poste individuelles.

2.3.5 La fonction de médecin-coordonateur

Conformément à l'article 31 (paragraphe 6, 7) de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers, l'organisme gestionnaire peut nommer des médecins-coordonateurs. Ils participent au sein du département médical et sans préjudice des attributions de la direction médicale, au développement et à la coordination de l'activité médicale d'un service ou d'un groupement de services hospitaliers.

Au CHdN, les adjoints au directeur médical peuvent exercer la fonction de médecin coordonnateur.

3 La gestion des activités de l'établissement

La manière d'identifier, de décrire, de gérer et d'améliorer les activités de l'établissement s'oriente, dans la mesure du possible, vers l'application des standards du référentiel **ACI**, les normes internationales et lignes directrice de l'ISO et les principes du modèle EFQM.

3.1 Définition des activités

Les activités internes (ou processus) de l'établissement relèvent de trois types :

- les activités (ou processus) de management qui fournissent aux acteurs internes le cadre nécessaire à la réalisation des activités et des tâches liées à leurs postes ou fonctions : projet et stratégie d'établissement, lignes directrices, politiques de gestion interne, objectifs, moyens alloués, instructions, priorités, décisions et arbitrages ;
- les activités (ou processus) de prise en charge des patients, de recherche et d'enseignement, directement liées aux missions de l'établissement. Les activités de prise en charge des patients sont structurées en services, définis par la loi hospitalière du 8 mars 2018 et autorisés par le Ministre de la Santé. Un service se définit par le type de pathologie pris en charge, d'où la correspondance avec les spécialités médicales ;
- les activités (ou processus) de support qui mettent à disposition des structures internes de l'établissement, unités et services, les ressources nécessaires à l'exécution de leurs missions, activités et tâches : compétences (recrutement, formation), produits et prestations de service externes (achats), budget (finances), infrastructures, équipements, matériels, maintenance, stérilisation, technologies, méthodes, systèmes d'information, données, informations et connaissances.

Chaque unité ou service de l'établissement a identifié dans son projet de service/d'unité les activités nécessaires pour assurer ses missions et délivrer les services attendus.

3.2 Documentation des activités

Les règles, les procédures et les modalités d'organisation et de fonctionnement interne d'un service médical ou d'une entité de soins peuvent être rassemblées dans un document unique appelé règlement interne. Ce dernier constitue le document de référence pour tous les acteurs du service ou de l'entité, notamment en ce qui concerne l'organisation du travail, la circulation de l'information et l'emploi des ressources allouées. Ce document doit être connu et accessible par tous au sein de l'entité. Il est systématiquement présenté aux nouveaux collaborateurs. Dans le cas des règlements d'entité de soins : ce règlement interne est tenu à jour par le chef de service et son cadre intermédiaire respectif. .

L'introduction et toute modification d'un règlement interne d'une entité de soins doivent être systématiquement validées par le CPDIS.

3.3 Pilotage et suivi des activités

Les activités soignantes réalisées au sein des unités et services sont suivies par l'encadrement de proximité. Il assure au quotidien la planification, l'organisation, la répartition des tâches, le suivi et la coordination des acteurs, ainsi que le contrôle de la qualité des services délivrés.

Le pilotage des activités est assuré à l'échelle des directions au moyen de plannings, de réunions de coordination et d'indicateurs de suivi.

A l'échelle de l'établissement, le conseil de direction suit régulièrement le tableau de bord stratégique rassemblant les indicateurs clés de gestion.

3.4 Evaluation des activités

Chaque année, un rapport d'activité est élaboré pour présenter les faits marquants de l'année, les principales réalisations et les résultats obtenus. En outre, des auto-évaluations et des évaluations externes selon le modèle européen d'excellence EFQM ainsi que les audits ACI permettent régulièrement de suivre l'évolution de la performance globale de l'établissement, ainsi que d'identifier ses points forts et ses domaines

d'amélioration. Enfin, la performance de certaines entités du CHdN a été reconnue par une certification, une accréditation ou tout autre audit externe.

4 Les politiques et les règles de fonctionnement interne

Pour chaque fonction interne de l'établissement, fonctions managériales, fonctions liées aux activités hospitalières, fonctions de support, une politique définit les principes et les lignes directrices pour encadrer et orienter à moyen et long terme la manière de réaliser les missions, activités et tâches de chacun.

4.1 Politique relative à la qualité globale des prestations

4.1.1 Prise en charge globale du patient

La qualité globale des prestations dépend d'une part de la qualité fournie individuellement par l'ensemble des différents acteurs mais également de par la qualité de la collaboration entre ceux-ci. La politique en matière de qualité de prestations est résumée dans la charte qualité de l'établissement :

CHARTE QUALITE DU CENTRE HOSPITALIER DU NORD

L'établissement se fixe comme objectif la réalisation de soins et de services d'une qualité très élevée. Cet objectif, partagé par l'ensemble des collaborateurs, repose sur une dynamique basée sur une démarche participative et sur la reconnaissance des compétences de ceux-ci.

Pour ce faire l'établissement s'engage à :

- répondre aux droits et obligations des patients³ ;
- offrir un niveau constant de qualité 24 h / 24 h et 365 jours par an, répondant aux attentes et besoins de la population et des fournisseurs de soins ;
- mettre en œuvre une politique d'évaluation des prestations fournies au patient et à son entourage ;
- rechercher la performance clinique et financière ;
- optimiser les partenariats ;
- développer la politique de gestion des risques et des plaintes ;
- être socialement responsable et développer un projet social conforme aux valeurs du CHdN ;
- développer le niveau de satisfaction et l'intensité de coopération des partenaires internes ;
- assurer la continuité de fonctionnement de l'infrastructure médicotechnique et hôtelière.

Chaque secteur d'activité (médical, soins, médicotechnique, administratif et financier, logistique et technique) s'engage à :

- recenser les risques et à les prévenir ;
- concourir à la qualité globale des services dispensés dont la prise en charge du patient et de son entourage ;
- mettre en place des mesures pour objectiver les niveaux de qualité atteints ;
- fixer des taux de progression et en vérifier la progression ;
- définir et se doter des moyens nécessaires et suffisants pour atteindre ces objectifs suivant les ressources budgétaires.

La contribution des différents acteurs à la charte qualité est définie sous la forme d'objectifs afin de répondre de manière équilibrée aux attentes et besoins de l'ensemble des parties prenantes clés et principalement le patient et son entourage. La gestion/la maîtrise des risques et la volonté d'amélioration continue de la qualité des prestations délivrées au sein de chaque processus sont traduites dans les divers projets d'amélioration comme les projets de prestations de service et les projets d'unité, accompagnés d'un système de mesure, d'analyse et de réajustement.

³Réf. loi portant sur les droits et obligations des patients en vigueur

La charte qualité préconise l'évaluation des prestations fournies, la mesure des résultats pour objectiver les niveaux de qualité atteints ainsi que la fixation de taux de progression et le suivi de la progression de la qualité par rapport aux objectifs fixés (mesure de l'écart planifié - réalisé). A ces engagements s'ajoute, dans la mesure du possible, la comparaison des performances de l'établissement par rapport à des établissements nationaux et/ou internationaux d'envergure similaire (*benchmarking*).

La qualité de très haut niveau visée au sein des prestations de soins et de services délivrés repose de manière fondamentale sur les dispositions suivantes :

- la qualification et le développement continu des compétences des différents acteurs concernés ;
- la conception des soins ;
- un système d'évaluation type « peer review » ;
- les réunions filières, les différents groupes de travail ;
- le respect du code de déontologie et des attributions des différentes professions de la santé ;
- l'application des dispositions retenues dans les documents internes approuvés décrivant les modalités d'organisation et de fonctionnement pour mettre en œuvre les déroulements des différents types de prise en charge ;
- le respect des règles de comportement détaillées dans le projet d'établissement.

L'évaluation de la qualité des prestations globales se base sur le projet d'établissement.

a) Principes généraux relatifs à la prise en charge du patient

Extraits de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient *Art. 4. Accès à des soins de santé de qualité*

Sans préjudice des priorités dues au degré d'urgence, le patient jouit d'un égal accès aux soins de santé que requiert son état de santé. Les soins de santé sont prodigués de manière efficace en toute conformité aux données acquises de la science et aux normes légalement prescrites en matière de qualité et de sécurité. L'organisation des soins de santé doit garantir la continuité des soins en toutes circonstances.

Art. 5. Libre choix du prestataire de soins de santé

Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 6, et sous réserve des impératifs d'organisation de la prestation des soins (p.ex. prise en charge en urgence), chaque patient a le droit de choisir librement le prestataire de soins de santé par lequel il désire être pris en charge en vue de la prestation de soins de santé. Ce choix peut être modifié à tout moment.

Pour tous les actes médicaux prestés à l'intérieur d'un établissement hospitalier, ce choix est limité aux prestataires agréés par l'établissement.

Art. 6. Refus de prise en charge d'un patient et continuité des soins

Le prestataire de soins de santé peut refuser la prise en charge d'un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles. Il refuse toute prise en charge lorsqu'il estime ne pas pouvoir utilement prodiguer les soins requis.

A la demande du patient, le prestataire assiste ce dernier dans la recherche d'un autre prestataire de soins de santé apte à assurer les soins requis.

Le refus de prêter des soins de santé ne peut en aucun cas être lié à des considérations discriminatoires.

Lorsque le patient peut présenter des éléments de fait de nature à présumer l'existence d'une discrimination, il incombe au prestataire de soins de santé de justifier sa décision de refus par des éléments objectifs non discriminatoires.

En cas d'affection incurable ou terminale, le médecin traitant doit apaiser les souffrances du patient par des traitements appropriés, en évitant tout acharnement thérapeutique sans espoir et en maintenant autant que possible la qualité de survie en concertation avec le patient et son entourage en tenant compte des éventuelles dispositions de fin de vie.

Le comité d'éthique peut être saisi pour traiter les situations complexes résultant de l'activité hospitalière et donnant lieu à des conflits ou des questions d'ordre éthique.

b) Continuité des soins

La continuité des soins consiste à éviter toute rupture dans le suivi du patient.

La prise en charge du patient et ou de son entourage s'appuie sur une approche interdisciplinaire et multidisciplinaire.

Elle est assurée par la coordination et la succession de tous les acteurs intervenant auprès du patient tout au long de sa prise en charge jusqu'à sa sortie et son suivi par son entourage privé. En outre, plusieurs antennes mobiles prennent le relais en post-hospitalier pour des prises en charge spécifiques.

De manière pratique, le CHdN assure :

- l'attribution d'un **médecin traitant** à chaque patient : un médecin hospitalier référent est affecté à chaque patient dès l'admission. Ce médecin est clairement identifié dans le dossier du patient. Cette affectation initiale peut être modifiée selon les besoins médicaux du patient en procédant au changement de médecin traitant ;
- la mise en place de **traitements parallèles coordonnés** par le médecin traitant : cette disposition concourt à la prise en charge globale du patient et garantit la mise en œuvre d'approches et de pratiques harmonisées ;
- la planification et la coordination de la **garde médicale**, soignante, administrative et technique ;
- en ce qui concerne la coordination de la garde médicale et des congés des médecins, les responsabilités des médecins sont fixées par les contrats de collaboration. La direction médicale en supervise le bon déroulement ;
- la culture de la pluridisciplinarité et de l'interdisciplinarité entre spécialités, qui peut recourir à des réunions pluri- et interdisciplinaires entre médecins, professionnels de santé et administratifs. Le dossier patient informatisé constitue le facteur clé de la continuité des soins ;
- l'application de bonnes pratiques professionnelles ;
- la coordination de la prise en charge de la personne soignée en urgence et en programmé ;
- la mise à jour des connaissances et des compétences du personnel ;
- des visites médicales et de soins structurés.

c) Gestion des risques patients

Les risques patients recouvrent à la fois les risques :

- liés à l'état physique et psychosocial du patient, comme le risque d'escarres, de chutes, de dénutrition, de dépendance, d'infections, de douleur ressentie, de fugues, de suicide, d'allergies ;
- associés aux soins et traitements ;
- liés à l'identitovigilance.

Les risques patients sont décelés dès l'anamnèse biographique, puis gérés tout au long du parcours clinique afin d'éviter leur réalisation. Pour ce faire, une culture « Sécurité des patients » est promue et vécue par l'ensemble des acteurs.

Le patient et son entourage éventuel, participant à la prestation optimale des soins de santé, en adhérant et en collaborant à sa prise en charge, sont reconnus comme un élément à part entière dans la gestion des risques.

Une éducation et une information adéquate permettent aux patients et à leur entourage de prendre des décisions en connaissance de cause et de consentir de façon éclairée à leur prise en charge thérapeutique proposée.

Pour assumer de manière optimale sa politique de gestion des risques patients, le CHdN s'oriente aujourd'hui vers les dispositifs suivants :

- la qualification et la sensibilisation des acteurs internes et externes concernés ;
- dans la mesure du possible, les standards de la « **ACI** » ;
- la gestion des vigilances : l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'identitovigilance ;
- le recensement et l'analyse des risques critiques à priori (en amont) pour les activités sensibles afin de les prévenir ;
- l'identification et l'analyse systémique pluridisciplinaire des événements sentinelles ;

- un système d'audit interne/externe pour s'assurer de l'application correcte des mesures définies pour prévenir les risques ;
- une culture de communication pluridisciplinaire de qualité.

La déclaration, l'analyse, et la gestion des incidents ou des quasi-incidents se font dans un climat de confiance réciproque et selon une approche de traitement juste, en conformité avec les standards de la **ACI** et le « Systems analysis of clinical incidents : the London Protocol ».

Toute plainte d'un patient ou de son entourage est prise au sérieux. Elle doit constituer une opportunité d'amélioration et est traitée dans un délai approprié en établissant une relation de confiance réciproque. Dans ce but, nous nous conformons au document de référence : « Communiquer et agir après un incident : document consensuel publié par les hôpitaux de Harvard ».

Le CHdN dispose d'un comité de pilotage « Gestion des risques et des crises (RisC) » qui réalise régulièrement des analyses de risques institutionnels dans lesquels les risques patients sont particulièrement évalués.

d) Prise en charge de la douleur

Dans le cadre de la prise en charge globale du patient, la lutte contre la douleur répond avant tout à un objectif humaniste, éthique et de dignité humaine.

La prise en charge de la douleur est une obligation réglementaire pour tout établissement de santé et tous les professionnels de santé, en conséquence :

- la personne soignée est préservée de toute douleur évitable. Elle est soulagée lors de l'apparition d'une douleur aiguë ou l'existence d'une douleur chronique ;
- la prise en charge ne se limite pas à la douleur physique, mais elle doit impérativement s'occuper également des répercussions psychosociales, dont l'aspect émotionnel tel que l'anxiété.
- des actions de sensibilisation, de la formation et de la prévention sont entreprises.

Evaluation : L'évaluation de la douleur est assurée conformément à la ligne de conduite à tenir pour l'application de l'évaluation de la douleur. Cette évaluation doit notamment être :

- standardisée : utilisation des mêmes outils par tous les professionnels d'un service ;
- effectuée à des intervalles pertinents en fonction de la pathologie et de la pharmacocinétique des antalgiques administrés ;
- notée dans le dossier patient informatisé ;
- transmise pour déclencher une prescription médicale ;
- les échelles d'évaluation existantes ne sont que des outils d'aide au diagnostic. Elles ne remplacent pas une écoute attentive.

L'assurance qualité est matérialisée par :

- l'évaluation de la prise en charge de la douleur via l'enquête de satisfaction auprès des patients ;
- des audits de dossiers ;
- des études de cas (notamment en cas d'incidents) ;
- la participation à des projets de benchmark externe.

Pour soutenir l'assurance qualité et son développement, un réseau de personnes de référence, dans toutes les unités, est établi. Les dysfonctionnements peuvent être remontés par des déclarations d'incidents.

e) Prévention de la dépendance

Le CHdN met en place un ensemble de moyens matériels, humains et organisationnels pour prévenir la perte d'autonomie du patient.

En application des concepts de prise en charge globale et d'approche individualisée adoptés par l'établissement, les traitements et les soins prodigués visent à maintenir l'autonomie du patient, en favorisant ses ressources personnelles et/ou celles de son entourage.

De manière pratique, le patient est évalué à partir de ses ressources et ses déficits en se référant au modèle des 14 besoins de Virginia Henderson ou à des échelles gériatriques adaptées. Il en résulte un bilan

d'autonomie qui servira de base pour définir un projet de santé de façon à maintenir les ressources du besoin spécifique ou au moins à compenser les déficits par des actions et des aides matérielles.

Evaluation : Les soignants évaluent systématiquement les stades d'autonomie du patient à son arrivée, durant son séjour et à son départ. Sur base de ces évaluations, des actions d'amélioration sont réalisées le cas échéant.

f) Information liée au patient : l'environnement dossier patient informatisé

L'environnement **dossier patient** informatisé est l'ensemble des applications informatiques qui permettent de rassembler toutes les informations relatives au diagnostic et à la thérapie médicale, ainsi qu'aux soins et à la prise en charge administrative du patient. Ces supports constituent le dossier individuel et unique du patient conformément à l'article 37 de la loi du 28 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Il permet d'assurer une organisation médicale et soignante de manière cohérente dans l'ensemble du CHdN. Le contenu minimal du dossier individuel du patient hospitalier et du résumé clinique de sortie est déterminé par le règlement grand-ducal du 13 janvier 2019.

Les éléments de qualité essentiels du dossier patient informatisé sont :

- la prescription multimodale ;
- la distribution unitaire nominative des médicaments ;
- la planification centralisée des rendez-vous du patient et des autres ressources cliniques ;
- l'archivage central des informations cliniques par patient au niveau d'un archivage médical neutre, doté d'un Clinical Viewer certifié Medical Device ;
- standardisation de l'interopérabilité des systèmes.

Les différents systèmes d'information constituant l'environnement du dossier patient informatisé doivent répondre aux exigences du CHdN en matière de **sécurité**, de **disponibilité** et d'**intégrité**. Les exigences se définissent par :

- l'application des règlements en vigueur (ex : RGDP) ;
- le suivi des recommandations d'audits externes (Healthcare Information and Management Systems Society HIMSS, auditeurs, European Foundation for Quality Management EFQM, ACI) ;
- l'orientation de la gestion des systèmes d'information aux standards tels que ISO 27001.

Evaluation : La politique de gestion de l'information est suivie par le biais d'indicateurs, d'audits.

g) Information et éducation du patient

Afin de permettre au patient d'exercer son droit à l'auto-détermination, il est informé de façon adéquate, de manière utile et nécessaire sur toutes les mesures diagnostiques et thérapeutiques le concernant et cela en conformité avec les recommandations scientifiques, légales, déontologiques et éthiques reconnues et admises. Il incombe en premier lieu au médecin traitant d'assurer cette information délivrée dans le plus grand respect du secret médical et professionnel.

Pour assurer l'éducation des patients et de leur entourage, dans le but de garantir la continuité des soins et de préserver l'autonomie du patient, le CHdN s'est fixé les objectifs suivants :

- utilisation de prestations optimales des services de santé ;
- attribution d'un rôle actif aux patients dans le dialogue avec le médecin et les professionnels de santé ;
- accompagnement du patient dans l'acceptation du caractère éventuellement chronique de la maladie ;
- respect des contraintes d'une surveillance régulière et de certains dépistages ;
- prise en charge des traitements en concertation avec les professionnels de la santé ;
- prévention des complications ;
- amélioration de l'adhésion au traitement ;
- motivation du patient à changer certaines habitudes de vie.

Le CHdN s'engage à mettre à disposition pour tout acte diagnostique et thérapeutique les mesures et les moyens d'information et d'éducation du patient aux fins d'atteindre le consentement éclairé comme prévu par la loi.

Evaluation : Le CHdN évalue sa politique d'information et d'éducation du patient par le biais d'indicateurs, d'audits et du taux de satisfaction des patients et/ou de leur entourage.

4.1.2 Prise en charge médicale du patient

A chaque patient pris en charge au CHdN est attribué un médecin traitant.

Dans l'établissement, le médecin traitant est la personne de référence pour le patient qu'il a pris en charge. Il peut demander à un ou plusieurs médecins de lui donner un avis ou d'effectuer des traitements parallèles. Le médecin traitant reste le coordinateur de toutes les décisions et des informations médicales relatives à son patient dans le respect du code de déontologie médicale (cf. notamment l'article 66 – chapitre IV sur la continuité des soins et l'article 109 du chapitre X sur la collaboration avec d'autres professionnels de santé). Pour optimiser la qualité de ses prestations, le médecin traitant se réfère aux guides des bonnes pratiques cliniques, 'clinical pathways', EBM, guidelines ou recommandations écrites et aux approches de médecine personnalisée pour assurer la prise en charge d'une pathologie donnée conforme aux acquis de la science. La qualité médicale repose également sur la mise à jour régulière et assurée de manière interdisciplinaire, d'un formulaire thérapeutique reprenant les médicaments essentiels toujours disponibles. Il reste toutefois libre de ses choix thérapeutiques et de ses prescriptions dont il a la responsabilité.

Lorsque la prise en charge du patient dépasse ses compétences professionnelles ou incombe à la spécialité d'un confrère, le médecin traitant propose le transfert de la prise en charge vers un confrère spécialisé disposant de compétences et de moyens professionnels plus adaptés à l'état du patient, afin de garantir la continuité des soins. (cf. article 66 du chapitre IV du code de déontologie médicale). Ce médecin devient le nouveau médecin traitant du patient.

La prise en charge médicale du patient prend fin dans les cas suivants :

- la sortie du patient de l'établissement ;
- la volonté du patient, selon le principe du libre choix ou contre décharge dûment signée.

4.1.3 Prise en charge soignante du patient

La qualité des prestations de soins repose d'abord sur la qualification des professionnels de santé et sur la mise à jour régulière de leurs connaissances et de leur savoir-faire.

Elle repose sur le respect des principes de l'approche personnalisée du patient et de son entourage, ainsi que sur le respect des attributions et des conditions d'exercice des professions de santé selon la législation en vigueur.

La qualité de prestation des soins s'appuie sur l'application de standards, de l'Evidence-Based Nursing (EBN) et des guides de bonnes pratiques de soins.

Pour prêter des soins de qualité, l'importance de l'évaluation des ressources du patient et de son entourage est reconnue. Ces ressources sont identifiées et utilisées lors de la prise en charge dont le but consiste à aider le patient et/ou son entourage à recouvrir le plus tôt possible son indépendance ou un état de santé accepté tout en tenant compte de son projet de vie.

Au CHdN, le modèle conceptuel adopté en tant que guide à la pratique, à la formation, à la recherche et à la gestion des soins infirmiers se définit selon les principes de soins suivants :

- le patient et son entourage bénéficient d'une information et d'une éducation structurées adaptées ;
- le patient et/ou son entourage sont considérés comme des partenaires responsables participant activement au traitement et à la prévention des facteurs de risques ;
- le patient est un individu unique ;
- le patient est respecté dans sa dignité ;
- la qualité de vie (survie), l'indépendance, l'autodétermination et l'auto-soin (D. Orem, 1991) constituent un souci permanent ;
- l'environnement contribuant à l'autonomie du patient est recherché ;
- chaque intervenant est reconnu comme un maillon essentiel dans la chaîne des prestations de soins ;
- la prise en charge des personnes avec des capacités de discernement réduites est adaptée à leurs ressources.

La réponse aux 14 besoins fondamentaux définis par Virginia Henderson (1964) constitue le rôle propre du professionnel de santé.

L'application des soins est assurée par des concepts de soins bien définis (aroma soins, stimulation basale, kinaesthetics).

La prestation de soins est maîtrisée grâce à l'anamnèse soignante, la planification journalière du soin, la définition d'objectifs ainsi que des visites médicales structurées avec les professionnels de santé concernés.

4.1.4 Prise en charge administrative du patient

Le patient bénéficie d'un accueil de qualité au CHdN. Il est pris en charge à son arrivée par le service accueil/réception centralisée. Afin de garantir son confort et de respecter son intimité, un accueil individuel lui est réservé. En application de la procédure interne d'identitovigilance son identité est contrôlée.

Les informations relatives à l'identité, la couverture sociale, l'éventuelle assurance complémentaire, et toute autre information essentielle sont consignées dans le dossier patient informatisé. Ce dernier constitue le support informatisé qui rassemblera toutes les informations durant le séjour du patient. Ce traitement des données s'effectue dans le strict respect du Règlement (UE) 2016/679 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 et de la loi du 1er août 2018 transposant ce règlement (ci-après RGDP).

Les admissions sont planifiées par le service gestion admissions/contact center, qui s'occupe de l'organisation des rendez-vous ambulatoires, hospitaliers et post-hospitaliers.

L'activité est facturée sur base de la convention cadre FHL-CNS, de la procédure de prise en charge des séjours hospitaliers et toute autre convention applicable pour la facturation hospitalière.

Le dossier patient informatisé est accessible conformément à la législation en vigueur (à savoir la loi sur les droits et obligations des patients et le RGDP).

4.2 Politique de gestion globale des risques

Le CHdN dispose d'un comité de pilotage « gestion des risques et des plans d'urgences ». La politique de gestion des risques englobe la politique de gestion des risques patients et la politique de protection et de prévention et vise à assurer la maîtrise des risques de tout ordre, notamment ceux relatifs :

- à la sécurité et à la sûreté des biens et des personnes ;
- à la sécurité de l'exploitation des infrastructures ;
- à l'hygiène alimentaire ;
- à l'hygiène hospitalière ;
- à l'eau, l'air et l'environnement ;
- au matériel et aux équipements utilisés ;
- aux interfaces et partenaires externes ;
- aux patients et à leur entourage ;
- au personnel et médecins agréés ;
- à la collectivité ;
- à l'activité financière ;
- à l'activité administrative, médicale et paramédicale ;
- à l'origine naturelle, environnementale et sanitaire (par exemple : intempéries graves, inondations et pandémies) ;
- à l'origine technologique (par exemple : défaillance d'un processus, rupture de l'alimentation en énergie, dysfonctionnement des systèmes informatiques) ;
- aux actes malveillants (par exemple : attaque cyber, intrusion, sabotage, attaques terroristes).

(Règlement grand-ducal du 21 février 2018 fixant la structure des plans de sécurité et de continuité de l'activité des infrastructures critiques.) Annexe - Chapitre 2 - Section 1 – 2°. Les dispositions en vigueur en matière de gestion des risques, de sécurité, de sûreté, d'ordre intérieur, d'hygiène et de déchets, sont traduites dans différents documents :

- plans et procédures d'hygiène ;
- guide HACCP (hazard analysis and critical control points) ;
- guides des mesures de protection à respecter lors de la manipulation de produits dangereux ;
- relevé des instructions de sécurité existantes à l'établissement ;

- gestion des accès (badges d'identification du personnel) ;
- plan de gestion des déchets.

L'analyse des risques liés aux risques d'origine naturelle, environnementale, sanitaire, technologique et d'actes malveillants se base sur le règlement grand-ducal du 21 février 2018 fixant la structure des plans de sécurité et de continuité de l'activité des infrastructures critiques et la normes ISO 31000.

Pour faire face aux catastrophes et événements analogues, l'établissement tient à jour et communique les plans suivants :

- plan d'urgence interne en cas de catastrophe en cas d'attaque terroriste ;
- plan d'urgence interne en cas d'alerte à la bombe ;
- plan d'urgence interne en cas d'incendies dans les différents services ;
- plan d'urgence interne en cas d'inondation ;
- plan d'urgence interne en cas d'intervention urgente ;
- plan d'urgence interne en cas de victimes nombreuses ;
- plan d'urgence interne en cas de pandémie ;
- plan d'urgence interne en cas de décontamination NRBC (Nucleated Red Blood Cells) des victimes avant entrée à l'hôpital ;
- plan d'urgence interne en cas de catastrophe nucléaire.

Selon l'analyse des risques et sur base des plans d'urgence interne l'établissement peut établir des plans d'urgence interne spécifique pour faire face à un risque restant.

Conformément au règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique. - Annexe 4.7 Afflux de patient / Situations de catastrophe - l'établissement doit former le personnel affecté aux urgences sur le fonctionnement du « Plan blanc » y compris en cas de menace chimique, radiologique, nucléaire et sur le rôle et les missions qui sont les siennes lors de son déclenchement. Pour réaliser cette formation continue l'établissement effectue annuellement :

- un exercice de mise en œuvre du « Plan Blanc » au sein de l'établissement ;
- un exercice d'accueil de patients contaminés radioactifs ou chimiques à l'accueil du service d'urgence de l'établissement.

L'établissement des plans de sécurité et de continuité de l'activité des infrastructures critiques est piloté par le comité pour la gestion des risques et des crises.

4.3 Politique de protection et prévention

L'établissement doit prendre toutes les mesures pour assurer et améliorer la protection de la santé physique et psychique de tous les salariés, avec la finalité d'influencer positivement la qualité de vie au travail des salariés et la durabilité des performances de l'organisation, notamment en assurant des conditions de travail ergonomiques suffisantes, en évitant dans la mesure du possible le travail répétitif, en organisant le travail de manière appropriée, et en prenant les mesures nécessaires afin que les salariées soient protégées de manière efficace. Elle s'applique à tous les acteurs présents dans les locaux de l'établissement : personnel salarié et médecins du CHdN, partenaires externes du CHdN, visiteurs et patients.

Dans le cadre de ses responsabilités, l'établissement prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des salariés, y compris les activités de prévention des risques professionnels, d'information et de formation.

La politique de protection et de prévention est soutenue par les principes de prévention des risques, de conformité à la réglementation et de protection des personnes.

Elle s'appuie sur l'approche suivante :

- minimisation des risques ;
- évaluation des risques qui ne peuvent pas être évités et combattre les risques à la source ;
- adaptation du travail aux membres du personnel, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de

production, en vue notamment d'atténuer le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;

- suivi de l'état d'évolution de la technique ;
- remplacement des objets ou outils dangereux ;
- planification de la prévention en visant un ensemble cohérent qui intègre dans la prévention la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants au travail ;
- prise de mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle ;
- mise à disposition d'instructions appropriées aux salariés en étroite collaboration avec la gestion de la formation continue.

Dans le domaine de la protection et de la prévention, les orientations suivantes ont été fixées :

- harmonisation et intégration des différentes techniques de surveillance sur une plateforme informatique commune pour faciliter la manipulation aux agents de sécurité et d'avoir une redondance sur les sites d'Ettelbruck et de Wiltz en cas d'intervention d'urgence ;
- intégration d'un système d'E-Learning pour adapter des formations actuelles en présentiel dans des parcours de « blended learning ». Proposer des formations au personnel salarié et aux médecins du CHdN, aux partenaires externes du CHdN et aux patients ;
- développement de la coopération interservices, avec le service des ressources humaines. Dans le cadre de la VISION ZERO, transposée en interne sous #Bewusst_Sécher_Gesond, mise en œuvre, au nom et pour le compte de l'employeur de toutes mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et le bien-être au travail des salariés.

Vision Zero 7 règles d'or :

1. Faire preuve de leadership – montrer son engagement
2. Identifier les dangers – évaluer les risques
3. Définir les objectifs – élaborer des programmes
4. Garantir un système sûr et sain – être organisé
5. Assurer la sécurité et la santé sur les machines, les équipements et les lieux de travail
6. Améliorer les qualifications – développer les compétences
7. Investir dans la personne – motiver par la participation

La direction a été formée à cette vision, de manière à ce que la vision top down puisse fonctionner.

De nombreux projets sont des projets interservices qui permettent de faire collaborer étroitement les services ressources humaines et protection et prévention pour déployer des projets qui touchent à la santé, la sécurité et le bien-être de nos salariés en investissant tous les aspects, de l'organisation de journées, cours, ateliers et conférences en passant par le volet information et formation.

4.4 Politique de gestion du personnel salarié

4.4.1 Gestion des ressources humaines

Le service des ressources humaines a pour mission de mettre à disposition des services de l'établissement des collaborateurs qualifiés, compétents et motivés, aptes à tenir leurs postes.

La politique de gestion des ressources humaines s'appuie sur :

- la gestion des carrières des collaborateurs : carrières, mutations et promotions ;
- l'administration du personnel : temps de travail, congés, rémunération ;
- le recrutement, accueil, évaluation et intégration des nouveaux engagés ;
- l'analyse et description de postes ;
- les informations pratiques destinées à l'ensemble des collaborateurs ;
- l'accompagnement des salariés qui requièrent un appui dans leurs démarches ;
- la tenue des dossiers personnels standardisés contenant la qualification (diplôme, autorisation d'exercer), la description de poste, l'historique professionnel, les attestations de formation continue ;
- les entretiens annuels (« Mitarbeitergespräche » et « Zielvereinbarungsgespräche ») ;
- l'application d'une charte de traitement juste ;

- la VISION ZERO, transposée en interne sous #Bewusst_Sécher_Gesond, mise en œuvre, au nom et pour le compte de l'employeur toutes mesures nécessaires pour la sécurité, la santé et le bien-être au travail des salariés.

La politique de gestion des ressources humaines est soutenue par les principes directeurs suivants : intégrité, orientation au service des salariés, esprit d'ouverture et de communication, coopération interservices, conformité réglementaire, respect de la confidentialité, respect mutuel.

Les orientations à moyen terme dans le domaine des ressources humaines sont :

- mise en œuvre d'une politique de ressources humaines interdépartementale commune à l'ensemble du personnel salarié : décloisonnement des différentes directions dans la gestion des ressources humaines ;
- harmonisation des pratiques de recrutement, de développement professionnel pour l'ensemble du CHdN ;
- intégration du bilan de compétences comme outil d'accompagnement des projets professionnels des salariés ;
- systématisation de la pratique de la médiation dans la gestion des conflits.

4.4.2 Développement des compétences

Ce travail se fait en étroite collaboration avec le service de protection et prévention.

Le développement des compétences s'appuie sur une culture commune d'apprentissage, de progression des connaissances et des compétences de tous les salariés pour répondre aux besoins de l'organisation et des individus et assurer la sécurité, la qualité et la qualité de vie au travail.

La politique de la formation continue recouvre les activités suivantes :

- ancrage de la politique de formation continue dans la stratégie du CHdN ;
- recensement et analyse des besoins en formation pour le développement des compétences de tous les salariés ;
- élaboration d'une offre de formation ;
- conception d'un plan de formation en fonction des besoins de l'établissement et du personnel ;
- gestion administrative et financière de la formation ;
- planification, organisation, mise en œuvre et pilotage des actions des formations ;
- implication, information et communication auprès des différents acteurs ;
- évaluation et réadaptation du plan de formation ;
- accompagnement personnalisé des acteurs dans leur démarche de développement personnel du début à la fin des relations de travail ;
- développement d'un plan d'accompagnement aux changements.

La politique de formation continue est validée par la commission interne paritaire formation continue. Elle est encadrée par les principes directeurs suivants : respect mutuel, droit individuel à la formation, développement personnel et développement organisationnel.

La politique de formation continue porte l'ambition d'axer l'organisation sur l'apprentissage, l'innovation, la créativité et la motivation, et de soutenir les évolutions stratégiques du CHdN.

En cohérence avec le projet d'établissement, les orientations à moyen terme de la formation du personnel sont les suivantes :

- encouragement des acteurs à jouer un rôle de plus en plus actif dans le développement de leur parcours professionnel et en contexte de changement ;
- perfectionnement du portfolio de compétences comme outil d'accompagnement des projets professionnels des acteurs ;
- maintien de la motivation des salariés à un niveau élevé par un accompagnement dans le développement professionnel et une offre de formation individualisée et appropriée ;
- diversification des modes d'apprentissage proposés, et favoriser des nouvelles modalités d'accompagnement dans les étapes du processus de formation comme le coaching, tutorat, supervision, audits, workshops participatifs, E-learning, blended learning, etc. ;

- démultiplication de la formation en interne et externe avec la réalisation de kits pédagogiques pour l'adaptation aux exigences nouvelles en matière professionnelle ;
- investissement au niveau national dans la plateforme de formation dans le domaine de la santé ;
- garantie du dialogue social pour créer une culture de communication avec les acteurs, les responsables et la hiérarchie.

La mise en œuvre de la politique de formation continue est suivie et évaluée par l'ensemble des acteurs, la commission interne paritaire de la formation continue et le groupe qualité au travers des indicateurs clés de gestion et indicateurs de performance de la formation.

4.5 Politique sociale et sociétale

Le terme « responsabilité » est au centre de la conscience collective du CHdN. L'établissement démontre sa responsabilité dans les deux dimensions sociale et sociétale.

4.5.1 Dimension sociale

La politique sociale du CHdN se base sur les dispositions de la convention collective de travail des salariés occupés dans les établissements hospitaliers et dans les établissements membres de la FHL (texte coordonnée du 24 juillet 2019), notamment pour toutes les questions relatives au temps de travail, aux différents types de congés, à la rémunération, aux facilités accordées au personnel. La conception des conditions de travail respecte l'ergonomie et le développement personnel. Le CHdN, par un accompagnement adéquat de ses salariés, participe à leur polyvalence en les soutenant dans leurs projets de mutations internes.

Le CHdN a eu à cœur de faciliter l'équilibre vie professionnelle - vie privée de ses salariés en mettant en place, dès 1989, le travail à mi-temps. Depuis, d'autres taux d'occupation ont été mis en place. La possibilité offerte à certains services de travailler selon l'horaire mobile participe également à cette volonté de concilier vie professionnelle et vie privée.

La crèche d'entreprise se met au service des salariés afin d'accueillir les enfants du personnel durant ses heures de travail dans une structure familiale qui place l'enfant au centre de ses préoccupations.

Le bien-être des salariés est l'une des préoccupations majeures du Centre Hospitalier du Nord. Une cellule d'assistance KIT, en charge de la gestion des risques psychosociaux, a été mise en place. Une aide professionnelle et anonyme peut être apportée à tout salarié en situation difficile.

La mise en place de la vision zéro, sous l'appellation #Bewusst_sécher_gesond, s'emploie à faire vivre une politique sociale basée sur la santé, la sécurité et le bien-être des salariés, plaçant l'humain au centre de préoccupations.

L'ensemble des acteurs du CHdN s'emploie à faire vivre cette politique sociale en valorisant une communication authentique, basée sur le respect de l'autre et concentrée sur un objectif : le bien-être du patient.

Différents points de rencontres sont organisés entre les représentants de salariés et les représentants du CHdN, au travers de groupes de travail dans un climat de dialogue et d'ouverture.

L'opinion du personnel est mesurée par des enquêtes de satisfaction internes dont les résultats sont ventilés par secteurs d'activité. Des mesures d'amélioration sont décidées sur base des résultats des enquêtes de satisfaction. Les « *Mitarbeiter-/Zielvereinbarungsgespräche* » sont des occasions pour chacun de s'exprimer. En complément, les indicateurs prédictifs suivants sont suivis : nombre de départs volontaires de l'établissement, taux d'absentéisme, nombre d'accidents du travail, taux de formation continue.

4.5.2 Dimension sociétale

Le CHdN est un employeur multiculturel. Au sein du personnel, une vingtaine de nationalités reflètent la diversité des cultures dans la maison. En tant que plus grand employeur dans le Nord, il offre un apprentissage et des formations appropriés.

Effectivement, le CHdN est une institution formatrice. L'ensemble des salariés participe à mettre en œuvre cette politique sociétale en accompagnant chaque année des stagiaires dans les domaines médical, des soins et de l'administration. Les salariés participent ainsi à l'éducation des générations suivantes et à la perpétuation d'un niveau de qualité élevé dans les services rendus aux patients. Par ailleurs, le CHdN, offre des jobs d'été aux jeunes. Un appui logistique est en outre apporté aux bénévoles qui interviennent auprès des patients du CHdN.

Les relations avec les partenaires externes sont gérées de manière respectueuse (voir §4.11 Politique de gestion des partenariats externes).

Le CHdN s'efforce d'utiliser de façon efficiente les ressources publiques mises à la disposition du CHdN.

Une politique de traitement des déchets, reposant sur un tri rigoureux et respectueux de l'environnement, est en place. Tous les acteurs sont sensibilisés à la prévention des déchets par une politique de réduction des gaspillages de toute nature menée auprès du personnel. La mise en application de ces mesures est contrôlée par les personnes responsables. Le tri et l'évacuation des déchets sont supervisés par un groupe de travail interdépartemental. La gestion des déchets est contrôlée par la «SuperDrecksKëscht» et par l'administration de l'environnement.

Par ailleurs, le CHdN veille à l'utilisation respectueuse des ressources non-renouvelables comme l'énergie ou l'eau, dans un souci de développement durable. La gestion de l'énergie est un processus continu, qui vise à la réduction de la consommation. A cette fin, une analyse constante est effectuée et permet de réagir en temps réel. L'eau chaude, la ventilation, l'humidité sont régulées selon les besoins du service 24 heures/24. L'ensemble du personnel est sensibilisé aux économies d'énergie.

4.6 Politique de gestion du corps médical

La politique de gestion du corps médical est élaborée conformément aux dispositions légales, réglementaires, au code de déontologie et au contrat de collaboration.

Les médecins exercent en général au CHdN en *mode libéral*.

Les médecins exercent dans le cadre des *services médicaux* autorisés par le ministre de la Santé. Dans certains cas, des médecins spécialistes peuvent être agréés pour une *activité spécialisée*, sans qu'un service correspondant ne soit autorisé au CHdN.

Les recrutements des médecins spécialistes se font en fonction des besoins de ces services.

Conformément au projet d'établissement 2020-2024, les besoins en terme de recrutement médical sont liés à la stratégie de développement médical et sont objectivés tant que possibles par une cartographie des activités et une cartographie des besoins ; la pyramide d'âge des médecins agréés est également un facteur d'attention.

Les médecins sont soit :

- pleinement agréés, assurant des activités ambulatoires et stationnaires (assurant la fonction de « médecin traitant » de ses patients stationnaires)
- ou consultants, assurant uniquement des activités ambulatoires et des avis ; ces médecins ne sont pas médecins traitants de patients stationnaires.

Un médecin agréé ou consultant peut être remplacé en cas de besoin par un médecin remplaçant.

Tout médecin travaillant au CHdN doit disposer d'un contrat de collaboration, soit de médecin agréé, soit de consultant, soit de remplaçant. Seule exception est un médecin intervenant de façon exceptionnelle (le plus souvent un expert étranger), travaillant dans ce cas sous le régime de l'autorisation de prestation de service temporaire.

Les détails de l'organisation du travail des médecins sont précisés, si besoin, dans un règlement interne du service en question (ex : règlement interne du Service des Urgences).

L'encadrement d'un nouveau médecin se fait selon les règles mises en place par la Direction médicale.

4.7 Politique de gestion financière

La politique de gestion financière est élaborée conformément aux dispositions légales et réglementaires spécifiquement applicables aux établissements hospitaliers. Le Centre Hospitalier du Nord (CHdN) dispose de la personnalité juridique et jouit de l'autonomie financière et administrative sous tutelle du ministre ayant la Santé dans ces attributions. Le CHdN est géré dans les formes et d'après les méthodes du droit privé.

Les ressources financières sont constituées par :

- les recettes pour prestations de services fournis ;
- les donations et legs ;
- les emprunts ;
- les participations financières de l'Etat et des institutions de sécurité sociale.

Les **ressources financières** sont planifiées, gérées et recherchées en fonction de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière, de la convention cadre FHL – CNS conclue en exécution de l'article 74 et suivants du code de la sécurité sociale, du projet d'établissement et du règlement général du CHdN, ainsi que du règlement financier du CHdN.

La mise en œuvre de la politique de gestion financière est suivie par le conseil de direction (CdD) et le conseil d'administration (CA) par :

- les comptes annuels et le rapport du réviseur d'entreprises agréé ;
- le rapport analytique et financier ;
- le budget prévisionnel et le suivi budgétaire.

Le conseil **d'administration** (organisme gestionnaire) statue au niveau financier sur :

- le bilan et les comptes de profits et pertes ;
- l'affectation du résultat annuel ;
- les emprunts ;
- l'acceptation et le refus de dons et de legs ;
- le budget prévisionnel à négocier avec la Caisse nationale de santé (CNS) ;
- les actions judiciaires et transactions ;
- les indemnités du conseil d'administration ;
- la fixation des délégations de signatures.

Sous condition d'approbation du ministre, le conseil **d'administration** statue également sur :

- les projets d'acquisition d'appareils et d'équipements coûteux soumis à une planification nationale en vertu de la loi hospitalière ;
- les grands projets de travaux de construction, de démolition ou de transformation et les grosses réparations ;
- les projets de création, transformation ou suppression de services.

Le conseil **médical** est appelé à donner son avis au niveau financier sur :

- le budget prévisionnel de l'établissement, le bilan et les comptes de profits et pertes ;
- les projets de constructions, grosses réparations et transformations ;
- les créations, transformations ou suppressions des services médicaux ou médico-techniques ;
- l'acquisition des appareils et équipements visés à l'article 14 paragraphe 1 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

La **commission finances du CHdN**, qui se compose du conseil d'administration exécutif, du directeur du département administratif et financier, ainsi que de l'adjoint du directeur administratif et financier responsable pour les finances, statue sur :

- les modifications fondamentales des règles de comptabilisation en comptabilité générale ;
- les emprunts bancaires à proposer au conseil d'administration ;

- les placements bancaires ;
- l'affectation du résultat annuel à proposer au conseil d'administration ;
- les actions judiciaires et transactions pouvant avoir une incidence financière (discussion et décision de créer une provision aux comptes de profit et pertes) ;
- les provisions pour litiges et autres provisions ;
- le règlement financier du CHdN (adaptation du règlement) ;
- l'audit financier.

Le directeur **administratif et financier et son adjoint responsable des finances** veillent :

- au respect des législations afférentes en matière financière ;
- au respect du règlement financier ;
- à l'élaboration d'un suivi budgétaire et d'une gestion budgétaire rigoureuse ;
- à l'élaboration d'un budget d'investissement avec une planification pluriannuelle ;
- à la publication transparente des documents financiers dans l'Intranet ;
- à la publication transparente des affectations des dons ;
- à l'évaluation des risques financiers.

Les missions du **plateau financier**, regroupant les services comptabilité, facturation, contrôle de gestion et achat sont :

- assurer la mise en œuvre de la politique de gestion financière, telle que définie dans le règlement général du CHdN, ainsi que toutes les politiques du règlement général touchant une des missions du plateau financier ;
- veiller au respect du règlement financier du CHdN ;
- veiller au respect de la politique achat du CHdN ;
- veiller au respect des accords budgétaires avec la CNS et mesurer les écarts entre les chiffres réels et le protocole d'accord signé avec la CNS ;
- veiller au respect des délais financiers ;
- veiller au respect de la procédure de prise en charge des frais de séjours hospitaliers ;
- fournir une information chiffrée claire et fiable sur les finances du CHdN, avec suivi des indicateurs financiers ;
- élaborer les statistiques et reportings officiels du CHdN.

Les missions du plateau financier se trouvent détaillées d'avantage dans le projet d'unité du plateau financier.

4.8 Politique de gestion des médicaments et des produits associés

La politique de gestion des consommables est élaborée conformément aux dispositions et réglementations applicables aux établissements hospitaliers, notamment le règlement grand-ducal relatif à la pharmacie hospitalière du 3 avril 2002.

La mise en œuvre de la politique de gestion standardisée des équipements et du matériel doit être conforme.

- au règlement financier du CHdN ;
- à la stratégie telle que retenue dans le projet d'établissement du CHdN ;
- aux contrats d'objectifs et de moyens signés au niveau national entre la FHL et la CNS.

La politique de gestion des consommables fixe les objectifs suivants :

- gestion rationnelle et économique des consommables ;
- prévention des risques d'approvisionnement et des ruptures de stocks.
- fournir les consommables adaptés à la prise en charge des patients.

Pour atteindre ces objectifs, différentes procédures sont ancrées dans le règlement financier du CHdN.

Aucun nouvel article tombant sous la responsabilité de la pharmacie hospitalière, tel que retenu dans la loi du 1er mars 2002 sur la pharmacie hospitalière, n'est introduit à l'hôpital sans avoir eu l'accord au préalable par un pharmacien et/ou la direction médicale, ainsi que la direction administrative et financière.

Des marchés nationaux sont négociés par la centrale d'achats nationale.

Les décisions en matière de choix des consommables sont prises par le comité médico-pharmaceutique du CHdN ou le comité du matériel médical du CHdN.

Pour les médicaments, le concept de la sécurité de prise en charge médicamenteuse se base sur le système de distribution unitaire nominative journalière automatisée, ainsi que sur la prescription informatisée et la validation pharmaceutique des prescriptions.

Le service pharmacie veille à :

- procurer aux médecins et au personnel médical les médicaments et le matériel nécessaires pour prodiguer les soins aux patients en garantissant la sécurité par un choix optimal de ces médicaments et de ce matériel ;
- assurer la continuité de l'approvisionnement ;
- assurer le suivi de la pharmacovigilance et de la matériovigilance au sein de l'établissement.

Pour offrir une prestation de qualité, le CHdN réalise les activités suivantes :

- distribution unitaire journalière sur base d'une prescription informatisée. La préparation des traitements se fait de manière automatisée ;
- analyse et validation pharmaceutiques de toutes les prescriptions ;
- consultation de pharmacie clinique à la pré-hospitalisation (actuellement projet pilote pour 2 chirurgiens et pour des hospitalisations électives).

Cette activité consiste en une anamnèse médicamenteuse afin de clairement identifier les médicaments pris par le patient à son domicile.

- la délivrance extra-hospitalière de médicaments particuliers sur base d'une ordonnance médicale individuelle à des patients ne séjournant pas à l'hôpital ;
- cette délivrance est accompagnée d'une éducation thérapeutique du patient.

D'autres activités se font également avec la même rigueur :

- préparation de chimiothérapies sur base d'un logiciel ;
- décommissionnement par le biais d'un outil informatique.

4.9 Politique de gestion standardisée des équipements et du matériel

La politique de gestion standardisée des équipements et du matériel est élaborée conformément aux dispositions et réglementations applicables aux établissements hospitaliers.

La mise en œuvre de la politique de gestion standardisée des équipements et du matériel doit être conforme :

- au règlement financier du CHdN ;
- à la stratégie telle que retenue dans le projet d'établissement du CHdN ;
- au budget d'investissement validé par le conseil d'administration ;
- aux contrats d'objectifs et de moyens signés au niveau national entre la FHL et la CNS.

La politique de gestion standardisée des équipements et du matériel fixe les objectifs suivants :

- standardisation et rationalisation du matériel sur les deux sites tout en respectant les règles de marché public et le règlement financier du CHdN ;
- maintenir des infrastructures modernes de manière optimale ;
- optimiser les ressources disponibles.

La **gestion des équipements medicotechniques** est assurée par le responsable GMAO (gestion de la maintenance assistée par ordinateur).

4.10 Politique de gestion de l'information et de la connaissance

4.10.1 La politique de communication

Cette politique définit les grands principes et s'adresse tant aux acteurs et usagers internes qu'externes. Les principaux objectifs de la communication sont de veiller à ce qu'elle soit :

- accessible et ciblée en fonction des besoins et des attentes des publics concernés ;
- cohérente aux valeurs, missions, vision du projet d'établissement et aux lignes directrices du règlement général ;
- pragmatique (claire, transparente) ;
- actuelle.

Dans sa communication, chaque acteur se préoccupe de véhiculer une image positive et professionnelle de l'établissement tout en respectant le secret professionnel et la confidentialité.

La gestion des connaissances est partagée au travers des groupes de travail (Workshops, réunions de service, groupes pluridisciplinaires et/ou interdisciplinaires, ...).

Les entretiens individuels (Mitarbeitergespräche/Zielvereinbarungsgespräche MAG/ZVG) et l'enquête du personnel (Mitarbeiterbefragung : MAB) annuels permettent d'apprécier cette politique et la fixation d'objectifs individuels de formation et collectifs.

La communication interne et externe

Le CHdN mène une communication claire et transparente, tout en véhiculant un message continu de responsabilité, de compétence et de proximité correspondant aux valeurs et aux visions directrices du CHdN. Primordiale dans la promotion de l'image de marque du CHdN, la communication externe se base sur une stratégie de communication transparente, claire et accessible. Afin de consolider son image de marque, le CHdN cherche à créer des multiplicateurs. Les relations publiques ont ainsi la mission d'approfondir et de créer des liens et réseaux tout en favorisant une intégration durable des partenaires.

Les missions de la communication externe :

- élaborer une stratégie de communication en cohérence avec les priorités stratégiques du CHdN ;
- conseiller la direction en matière de communication institutionnelle
- développer un réseau de communication externe
- consolider les liens avec les médias et les parties prenantes
- renforcer la sensibilisation et la prévention par le biais d'actions et de campagnes
- réaliser et entretenir des outils et des supports orientés vers les publics cibles (site web, rapports annuels etc.)
- communiquer de manière systématique sur les activités du CHdN
- conseiller la direction en communication de crise

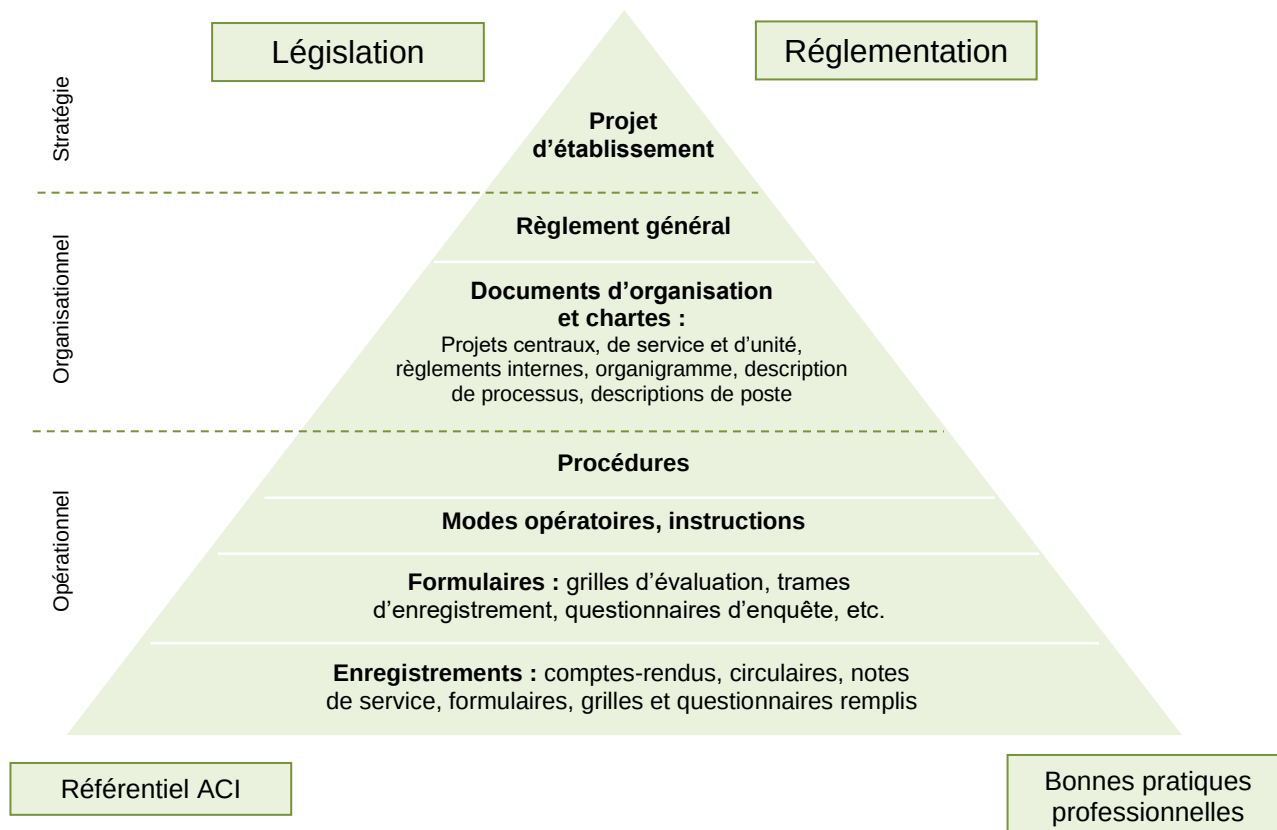
Le directeur général est le porte-parole vers l'extérieur du CHdN.

La communication interne est de la compétence des directeurs de département concernés.

4.10.2 La politique de gestion documentaire et de l'information

La documentation organisationnelle et technique capitalise l'ensemble des connaissances et des savoir-faire nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement et de ses services, ainsi qu'à la réalisation des activités et des tâches de chaque collaborateur.

Le système de gestion documentaire du CHdN repose sur la logique suivante :



L'information et les données relatives aux patients et au personnel sont protégées dans le cadre des systèmes d'information mis en place (voir plus loin). Tout acteur du CHdN est tenu au secret professionnel et au respect de la confidentialité des données.

4.11 Politique de gestion des partenariats externes

4.11.1 Partenaires santé

Le CHdN a engagé depuis plusieurs années une politique d'ouverture vers l'environnement extérieur en vue de proposer une offre de santé élargie assurant à la fois une prise en charge plus globale et une continuité des soins prolongée depuis l'amont de l'établissement -au domicile du patient-, jusqu'en aval, selon le cas au domicile ou dans des établissements de moyen et long séjour.

Le CHdN continuera à intensifier et à développer de nouveaux partenariats, sur base des contacts déjà engagés avec :

- les médecins généralistes ;
- les autres établissements spécialisés du pays ;
- les réseaux de compétence
- les hôpitaux universitaires des pays voisins ;
- les lycées des professions de santé ;
- les établissements de moyen et long séjour ;
- les réseaux de soins ;
- les associations conventionnées ;
- le corps Grand-Ducal incendie et secours (CGDIS).

Cela permet de favoriser une prise en charge optimale du patient un retour dans de bonnes conditions à domicile et la continuité des soins.

4.11.2 Partenaires externes

Des partenariats externes sont conclus pour diverses prestations de services achetées (gardiennage, catering, nettoyage, lingerie, transport intersites...). La politique de prestation de services achetés consiste à intégrer le personnel des partenaires-dans les flux de travail et ceci, dans un climat de respect, de sécurité et de compréhension mutuelle. Concernant les contrats de nettoyage et de Catering, la collaboration est fondée sur des cahiers de charges qui sont les socles des prestations.

Un grand nombre d'éléments viennent s'ajouter à ces critères purement opérationnels dans le but de créer un contexte de partenariat propice à l'amélioration des résultats et des conditions de travail. Des indicateurs RH, un contrôle des conditions contractuelles des équipes des partenaires pour garantir des emplois de qualité aux équipes des sous-traitants partenaires sont mis en place.

Des attentes en termes environnementaux et en termes de développement durable sont exprimées dans les soumissions de façon à garantir une approche commune au CHdN et aux partenaires.

Des réunions mensuelles formelles sont organisées pour le suivi des projets et la réalisation des actions correctives demandées.

Des rencontres quasi-journalières sont réalisées pour le day-to-day business.

4.11.3 Politique de gestion des systèmes d'information (POGSI)

Le CHdN dispose d'une Politique d'Organisation et de Gestion des Systèmes d'Information (POGSI), document qui renseigne sur :

- les missions des sous-entités du secteur SI ;
- les missions des acteurs clés du secteur SI ;
- les instances organisationnelles au sein du secteur SI ;
- représentation du secteur SI dans le groupes de travail ;
- les instruments clés d'organisation et de gestion du secteur SI.

Le secteur SI est composé par deux entités principales dont les missions sont :

Le **plateau des systèmes d'information (PSI)** a comme mission principale de veiller à ce qu'un support informatique performant, fiable et techniquement adapté, sera garanti tout au long des processus clés du CHdN, ceci en accord avec le projet d'établissement et le règlement général du CHdN, ainsi que les lois et règlements en vigueur en matière des systèmes d'information.

Le PSI est le prestataire principal des services informatiques au CHdN. Le service est composé de 3 piliers qui sont : infrastructure, software et ServiceDesk.

Le service **sécurité des systèmes d'information (SSI)** a comme missions principales de garantir la **sécurité**, la **disponibilité** et l'**intégrité** de l'information au CHdN, conformément aux lois et règlements en vigueur en la matière et en alignement avec le règlement général et le projet d'établissement du CHdN.

Les missions détaillées de ces deux entités et des acteurs clés du domaine sont décrites dans le projet d'unité du Secteur SI, respectivement dans les descriptions de postes respectives.

4.12 Politique de sécurité des systèmes d'information (PSSI)

Le CHdN dispose d'une Politique de Sécurité des Systèmes d'Information (PSSI) qui se compose de différentes politiques individuelles ségrégées par la catégorisation de la norme ISO 27001, à laquelle s'oriente le secteur SI.

Les différentes politiques ont l'objectif de contribuer à la **sécurité**, la **disponibilité** et l'**intégrité** des systèmes d'information au CHdN.

Les politiques élaborées sous la coordination du secteur SI sont validées par la commission « Sécurité des systèmes d'information » avant d'être soumis au Conseil de Direction pour validation finale.