



REHAZENTER

LUXEMBOURG

CENTRE NATIONAL
DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
ET DE RÉADAPTATION
Établissement Public

Rapport d'activité 2015

**Centre National
de Rééducation Fonctionnelle
et de Réadaptation**

Rehazenter - Établissement Public

Validé par le Conseil d'Administration en sa séance du 26 mai 2016

TABLE DES MATIERES

1. LE CENTRE NATIONAL DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET DE READAPTATION	3
1.1. PROJET D'ETABLISSEMENT 2011-2015	3
1.2. LES ORGANES DE GESTION.....	9
1.3. LES AUTRES COMITES ET CONSEILS DE GESTION.....	10
2. LA PRISE EN CHARGE EN REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION AU CNRFR BILAN 2015 DES ACTIVITES MEDICALES ET MEDICO-TECHNIQUES	14
2.1. NOS CHIFFRES-CLES EN 2015	14
2.2. ACTIVITES GLOBALES	14
2.3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE EN 2015	15
2.4. L'OFFRE DE SOINS EN REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION EN HOSPITALISATION EN 2015	19
2.5. L'OFFRE DE SOINS EN REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION EN AMBULATOIRE EN 2015	29
2.6. ACTIVITES MEDICALES	35
2.7. ACTIVITES MEDICO-TECHNIQUES.....	36
3. ACTIVITES TRANSVERSES	41
3.1. COMITE D'EVALUATION ET D'ASSURANCE QUALITE DES PRESTATIONS HOSPITALIERES	41
3.2. COMITE DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES.....	42
4. LE PERSONNEL	46

1. LE CENTRE NATIONAL DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET DE READAPTATION

1.1. PROJET D'ETABLISSEMENT 2011-2015

Le premier projet d'établissement du Centre fut élaboré en 2005 pour servir de phare aux années 2006 à 2010. Les objectifs de délocalisation du Centre de Hamm vers le plateau du Kirchberg ainsi que les objectifs de sectorisation entre services de rééducation à orientation neurologique et rééducation traumatologique et orthopédiques ont été atteints.

Ces objectifs sont poursuivis par une réflexion, depuis 2012, sur une amélioration de la qualité des prises en charge des patients en secteur hospitalisation et secteur ambulatoire.

Un nouveau projet d'établissement a été élaboré entre septembre 2010 et mars 2011 selon une démarche participative qui a impliqué des représentants de l'organe de gestion, de l'encadrement et du personnel.

Le processus d'élaboration s'est appuyé sur :

- un recensement des attentes du personnel et de l'organe de gestion, par le biais d'interviews auprès de 37 personnes (soit environ 15 % des collaborateurs) ;
- une analyse des informations relatives aux contextes politiques, économiques, sociaux et législatifs du Centre, notamment des besoins et attentes de toutes les parties prenantes, internes et externes ;
- une synthèse des forces, faiblesses, opportunités, et menaces ;
- une journée stratégique à laquelle participait des représentants de l'encadrement, des différents métiers, du personnel et de l'organe de gestion ;
- une journée stratégique sur le projet médical qui fait partie intégrante du projet d'établissement. Cette journée a réuni tous les médecins et chefs de service.
- une concertation continue avec les acteurs internes concernés ;
- des revues au sein du comité de direction.

Cette démarche s'est ainsi inscrite parfaitement dans les principes fondamentaux sous-tendant le modèle EFQM d'excellence.

Notre projet d'établissement définit les objectifs stratégiques pour les années 2011 à 2015 qui permettront au Centre d'évoluer et de bien se positionner auprès des autres acteurs de la santé, dans l'intérêt général.

Missions du Centre

La mission principale du Centre est de proposer aux personnes accidentées de la vie une prise en charge spécialisée dans le domaine de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation, selon une approche multidisciplinaire intégrant les dimensions médicales, médico-soignantes, thérapeutiques, psychiques et médico-sociales en stationnaire et en ambulatoire, et s'inscrivant dans une filière de soins nationale en rééducation.

Les missions associées à cette mission principale sont :

- d'accueillir, d'accompagner, d'enseigner et de communiquer pour diffuser et développer le savoir et les pratiques en matière de rééducation fonctionnelle et de réadaptation, et de tout ce qui y est lié ;
- de réaliser et participer à des programmes scientifiques de recherche en matière de rééducation fonctionnelle et de réadaptation, et dans les domaines associés.

En outre, le Centre est engagé dans une politique de responsabilité sociétale.

Parties prenantes du Centre

Les parties prenantes recouvrent l'ensemble des acteurs internes et externes concernés directement ou indirectement par les activités du Centre : son personnel, les clients auxquels le Centre délivre des services, les autorités qui lui fixent des objectifs et des règles et lui allouent des ressources, les partenaires qui lui procurent la valeur ajoutée nécessaire pour délivrer ses services, ainsi que les représentants de la société avec lesquels il interagit.

Valeurs du Centre

La culture interne de l'établissement est fondée sur des valeurs institutionnelles, qui définissent les principes de comportement à respecter par chaque collaborateur dans le cadre de son travail, à l'égard des patients, des collègues et de toute personne extérieure :

- respect et écoute de l'autre ;
- cordialité et empathie ;
- solidarité, partage et coopération avec les collègues ;
- professionnalisme, responsabilité et engagement au travail ;
- équité des choix et des décisions.

Chacune de ces valeurs est déclinée et développée dans une charte sous forme d'attitudes et de comportements individuels à adopter par tout un chacun.

Vision du Centre en 2015

En 2015, le CNRFR est un centre national visible, connu et reconnu par les patients et les autres parties prenantes pour sa valeur ajoutée et sa spécificité en rééducation fonctionnelle et en réadaptation dans les domaines du diagnostic et du traitement, de l'enseignement et de la recherche. Il se positionne dans les filières de soins nationales en rééducation à la fois comme une plateforme spécialisée et complémentaire, et comme un point de passage pour orienter les patients. En tant que Centre de compétence et d'expertise, à la pointe des connaissances et des pratiques, il est une référence au niveau national.

Positionnement externe

Le Centre contribue, avec d'autres acteurs externes, à la réintégration du patient dans son lieu de vie et à sa réinsertion sociale et professionnelle. En tant que centre national, il assure un rôle de coordination de filières de soins nationales en rééducation, ainsi qu'un rôle de conseil et d'expert. Son offre de service spécialisée comprend quatre types de prise en charge : en hospitalisation, en ambulatoire, en bilan, et en avis et suivi médical.

La prise en charge commence précocement dès l'installation des lésions et ne se termine qu'après la réinsertion.

Engagé auprès de ses partenaires et de la société, le Centre entretient des relations étroites avec des acteurs de la santé situés en amont et en aval des filières hospitalières et de rééducation, ainsi qu'avec des acteurs de l'emploi, de l'enseignement, de la recherche et du monde associatif, dans le cadre de conventions de partenariats et de coopération.

Organisation et fonctionnement interne

Grâce à l'organisation mise en place en interne et avec les partenaires, la durée de séjour au Centre est optimisée et les patients bénéficient de délais d'attente courts. Ils sont pris en charge de manière globale au sein de parcours de soins internes définies pour répondre aux besoins identifiés, depuis la rééducation précoce jusqu'à la réinsertion socio-familiale et professionnelle.

Dans le cadre des partenariats noués avec les acteurs des filières, des consultations et des consultations pluridisciplinaires sont assurées à la fois par les médecins du Centre dans les autres hôpitaux et par des médecins d'autres spécialités venant au Centre.

Pour coordonner efficacement ses activités et ses ressources, le Centre s'appuie sur :

- une délégation appropriée des responsabilités définie dans le règlement général ;
- un pilotage des activités par processus ;
- une gestion optimisée des compétences et des moyens.

Les connaissances et les pratiques professionnelles des collaborateurs sont régulièrement mises à niveau, harmonisées et partagées. Le personnel est informé et s'informe régulièrement de ce qui se décide et se passe au sein du Centre, grâce à une communication efficace et transparente. Le personnel est en outre régulièrement impliqué dans le processus de consultation interne ; il est reconnu pour ses efforts.

Stratégie du Centre

Pour réaliser sa vision en 2015, le Centre a défini 9 objectifs stratégiques.

Trois objectifs définissent comment le Centre veut se présenter à ses clients et ses partenaires :

- proposer et promouvoir une offre de soins de qualité, différenciée et complémentaire ;
- positionner le Centre dans les filières de soins nationales vis-à-vis des autres acteurs comme centre de compétence ;
- accroître la contribution du Centre aux activités d'enseignement et de recherche.

Deux objectifs visent l'organisation interne :

- faire fonctionner le Centre en parcours de soins internes ;
- optimiser l'utilisation des compétences et des moyens.

Quatre objectifs concernent les ressources (compétences, connaissances, personnel, information, budget) à développer pour fonctionner efficacement en interne :

- harmoniser les pratiques professionnelles et capitaliser les connaissances en interne ;
- améliorer l'information, l'implication, la responsabilisation et la reconnaissance du personnel ;
- assurer l'équilibre budgétaire des activités relevant de la partie opposable ;
- assurer l'autofinancement des activités liées à la partie non-opposable.

L'atteinte de chacun des objectifs stratégiques nécessite la réalisation d'actions stratégiques qui sont définies ci-dessous :

	Objectifs stratégiques	Initiatives stratégiques
Résultats finaux	Le Centre est reconnu par les patients et les autres acteurs comme un centre national de référence et d'expertise en rééducation et réadaptation fonctionnelle, à la pointe. Les finances sont assurées.	
Clients Partenaires	Proposer et promouvoir une offre de soins de qualité, différenciée et complémentaire	Promouvoir le Centre à l'extérieur
	Positionner le Centre dans les filières de soins nationales vis-à-vis des autres acteurs comme centre de compétence	Formaliser et développer des partenariats avec les autres acteurs des filières de soins en rééducation et réadaptation fonctionnelles du pays Obtenir l'appui des autorités de la Santé pour positionner le Centre comme coordinateur et point de passage dans les filières de soins nationales en rééducation
	Accroître la contribution du Centre aux activités d'enseignement et de recherche	Mettre en place l'organisation nécessaire pour assurer les rôles de coordination, de conseil et d'expertise au sein des filières de soins nationales en rééducation Engager des partenariats avec des organisations d'enseignement et de recherche dans les domaines de spécialisation, et dans les domaines associés
Processus internes	Faire fonctionner le Centre en parcours de soins internes	Formaliser et engager le projet médical Identifier les parcours de soins en cohérence avec le projet médical Poursuivre la mise en place des processus : description, analyse, documentation et pilotage
	Optimiser l'utilisation des effectifs, des compétences et des moyens	Assurer la coordination et le suivi des activités par objectifs
Ressources	Harmoniser les pratiques professionnelles et capitaliser les connaissances en interne	Identifier, standardiser et partager les bonnes pratiques professionnelles par métier Identifier, formaliser et transmettre les connaissances métier des collaborateurs qui vont partir : définition des compétences clés, mise en place de plans de succession et de back-up
	Améliorer l'information, l'implication, la responsabilisation et la reconnaissance du personnel	Renforcer chez les responsables les pratiques de management participatif, de délégation et d'animation d'équipe Déployer les valeurs du Centre auprès de tous les collaborateurs du Centre Mettre en place un système de réunions, d'information et de consultation des équipes
	Assurer l'équilibre budgétaire des activités relevant de la partie opposable	Maîtriser les coûts de fonctionnement pour ne pas dépasser le budget opposable alloué
	Pouvoir aux ressources permettant d'autofinancer la partie non opposable	Assurer les ressources permettant d'autofinancer la partie non opposable

Les politiques qui suivent définissent les lignes directrices, les principes et les règles de fonctionnement à appliquer pour mettre en œuvre les processus et les activités internes du Centre dans les différents domaines de gestion. Ces politiques sont reprises dans le règlement général et dans les procédures internes en précisant les modalités pratiques d'exécution au sein de l'établissement.

Gestion de la qualité des prestations globales

La maîtrise de la qualité des prestations du Centre repose sur un système transversal de mesure, d'analyse et d'amélioration continue qui intègre la gestion des risques a priori et a posteriori, la gestion des processus et des projets, la gestion documentaire, le suivi des résultats par tableaux de bord, les audits et les enquêtes, et la gestion de crise.

Le système d'amélioration continue du Centre est alimenté par les résultats des autoévaluations EFQM réalisées tous les deux ans depuis 2006.

Gestion des ressources humaines et politique sociale

La planification et la gestion des ressources humaines visent à assurer l'adéquation optimale entre les besoins du Centre et les compétences de ses collaborateurs. Pour y parvenir, le Centre s'appuie sur le renforcement des compétences managériales, la gestion prévisionnelle des compétences, la motivation et la mobilisation des collaborateurs, ainsi que sur la reconnaissance et le traitement équitable des personnes.

L'offre de formation continue vise à mettre en concordance les compétences requises avec les compétences disponibles pour assurer les missions du Centre. La formation s'adresse à tous les collaborateurs du Centre. Le Centre veut être pour ses collaborateurs un lieu de travail, de santé et de bien-être au travail, ainsi qu'un employeur socialement responsable.

Gestion des partenariats

Afin de se positionner comme Centre national et de compétence, et assurer sa responsabilité sociétale, le Centre engage et développe des partenariats avec des acteurs du monde de la Santé et le secteur associatif, partenariats consolidés par des conventions.

Gestion de l'information

Le système d'information du Centre permet d'assurer la communication opérationnelle nécessaire à la coordination des activités du Centre, la communication interne avec les patients et le personnel, ainsi que la communication externe. Le Centre s'appuie sur des canaux de la communication avec notamment pour objectif d'informatiser l'information relative au patient.

Gestion financière

La politique de gestion financière du Centre a pour priorités la maîtrise du risque financier et l'autofinancement des parties non-opposables. Elle responsabilise les référents budgétaires en matière de maîtrise des coûts.

Approvisionnement et gestion des stocks

La politique d'approvisionnement du Centre est de garantir la disponibilité permanente des produits nécessaires à son activité en gérant de manière différenciée les produits uniques et les produits stockés. Cette politique implique une bonne maîtrise des relations avec les fournisseurs et les prestataires, ainsi qu'une gestion optimisée des stocks.

En ce qui concerne la gestion des médicaments, le Centre a pour objectif d'assurer le suivi médicamenteux global des patients en maîtrisant les risques d'erreurs en aval et en amont de leur distribution au patient.

Gestion des infrastructures, des installations et des équipements

La gestion technique garantit la disponibilité, la fiabilité et la sécurité du bâtiment, des installations et des équipements techniques, médico-techniques et informatiques. Un outil de « facility management » soutient la politique de gestion des ressources matérielles du Centre, qui consiste en une utilisation optimisée des installations et en une recherche de la standardisation des équipements.

Développement durable

Les politiques du Centre à l'égard du développement durable portent sur sa responsabilité sociétale, environnementale et économique, au niveau national et grande région. Ces politiques se concrétisent à travers des initiatives à différents niveaux : solidarité, enseignement, recherche, culture, sport, mobilité, recyclage des déchets, ressources énergétiques, emplois.

La stratégie du Centre est déployée selon deux dimensions : les processus internes identifiés dans une cartographie des processus et les projets de service :

Déploiement de la stratégie au travers des processus internes

Chaque processus du Centre contribue à la réalisation d'un ou plusieurs objectifs stratégiques. La contribution globale d'un processus permet de déterminer ses objectifs de performance et ses indicateurs de pilotage associés, ainsi que d'identifier les processus « clés » du Centre les plus contributeurs à la stratégie.

Déclinaison du projet d'établissement au travers des projets de service

Le présent projet d'établissement est porté par le projet médical qui définit l'offre de soins, la patientèle cible et les domaines de spécialisation à développer par le Centre dans les cinq prochaines années. Sa mise en œuvre sera réalisée au travers des projets de service qui définissent la contribution des différentes entités internes aux actions stratégiques du projet d'établissement et aux axes de développement du projet médical.

Chaque projet de service présente les objectifs, les indicateurs de pilotage et le plan d'actions annuel de l'entité. Ce plan recouvre les contributions au projet d'établissement et au projet médical ainsi que les actions spécifiques de l'entité.

Les indicateurs de pilotage et les plans d'actions sont suivis et rapportés régulièrement au comité de direction.

PROJET MÉDICAL

Le projet médical soutient directement le projet d'établissement et les objectifs stratégiques qui le concernent. Il définit la patientèle-cible et l'offre de services de soins voulus par le Centre, ainsi que les domaines de spécialisation, les pôles de compétence fonctionnelle que le Centre veut développer en sa qualité de centre national. Le projet médical propose les axes de développement et des actions nécessaires à sa réalisation.

La patientèle - cible

Le Centre veut orienter son offre de services et sa valeur ajoutée sur les patients présentant un projet de rééducation et la capacité de participer à des programmes de rééducation multidisciplinaire avec des objectifs de réinsertion et de réadaptation sociale, familiale, professionnelle, et d'amélioration de la qualité de vie.

Le Centre n'accueille pas les patients qui ne répondent pas à ces critères.

De même il n'accueille pas les patients dont la prise en charge en rééducation relève d'autres structures hospitalières ou d'autres organismes spécialisés et adaptés.

Ne sont donc pas inclus :

- les personnes présentant des difficultés à suivre une rééducation en raison de leur état général, de leur âge physiologique ou de facteurs de comorbidité ;
- les patients présentant une instabilité clinique et/ou un risque vital, comme des états infectieux évolutifs, ou relevant des urgences, de la réanimation et/ou de soins palliatifs ;
- les patients présentant des affections primaires cardio-respiratoires et des pathologies psychiatriques ;
- les patients présentant des addictions actives, se traduisant notamment par une instabilité, avec des répercussions sociales et psychiques.

Compétences fonctionnelles à développer

Le Centre veut développer des pôles de compétence fonctionnelle qui concernent l'évaluation et le traitement des déficiences fonctionnelles, intégrant l'autonomisation et la rééducation à l'effort :

- désordres du mouvement : locomotion, gestualité du membre supérieur et préhension ;
- troubles de la posture et de l'équilibre ;
- désordres cognitifs ;
- dysfonctionnements pelvi-périnéaux ;
- troubles de la déglutition et de la phonation ;
- dysfonctionnements liés à la douleur chronique ;
- dysfonctionnements rachidiens : déviations vertébrales et cervico-dorso-lombalgies complexes.

Pour développer ces pôles de compétence fonctionnelle, le Centre doit se maintenir à l'avant-garde des dernières avancées technologiques, des techniques et des outils qui y sont associés, notamment :

- les techniques d'analyse quantifiée de la marche, et d'évaluation des désordres du mouvement ;
- les blocs neuro-moteurs : injections d'agents neurolytiques, toxine botulinique, ... ;
- la stimulation électrique fonctionnelle ;
- les aides instrumentalisées à la marche, les aides instrumentalisées à la préhension ;
- les techniques d'échographie de l'appareil locomoteur ;
- les techniques d'appareillage, l'adaptation de prothèses et orthèses, les aides techniques.

Le Centre veut enfin poursuivre le développement de la prise en charge liée à une orientation fonctionnelle ou sociale du patient sur les aspects suivants :

- évaluation et réinsertion professionnelle du patient ;
- évaluation et prise en charge en vue de la conduite automobile ;
- adaptations au domicile et de l'environnement ;
- évaluation et réinsertion sportives.

Organisation pour réaliser l'offre de service de soins

L'offre de service de soins est délivrée au travers de parcours de soins internes qui sont la mise en œuvre pratique et adaptée à chaque patient du processus opérationnel clé « Prendre en charge la personne accidentée de la vie ».

Des pôles de compétence fonctionnelle sont intégrés dans des centres de compétence nationaux.

La mise en œuvre des parcours de soins internes est assurée grâce à la mise à disposition des moyens, des effectifs et des compétences métier nécessaires dans un cadre organisationnel adapté, développé progressivement.

Axes de développement

Deux grands axes de développement sont retenus, avec les actions spécifiques à réaliser pour les mettre en œuvre :

- harmoniser et maintenir à la pointe les pratiques professionnelles et les techniques associées dans les pôles de compétence fonctionnelle ;
- améliorer l'organisation et la coordination pour piloter le flux de patients dans leurs prises en charge.

1.2. LES ORGANES DE GESTION

1.2.1. L'organisme gestionnaire

Le conseil d'administration du CNRFR est composé de treize membres effectifs et de treize membres suppléants, dont :

- cinq membres proposés par le conseil de gouvernement, dont deux pour représenter les intérêts des usagers ;
- six membres représentant chacun un hôpital régional/général/spécialisé ;
- un membre proposé par le conseil médical de l'établissement ;
- un membre représentant le personnel non-médical, proposé par la délégation du personnel.

Au 31 décembre 2015, le Conseil d'Administration se composait comme suit :

	Membres effectifs	Membres suppléants
Ministère de la Santé	Marguerite SCHOLTES-LENNERS Présidente	Guy SCHMITZ
Ministère de la Santé	Pierre MISTERI	Dr Dorothee KNAUF-HÜBEL
Inspection Générale des Finances	Serge HOFFMANN Vice-président	
Délégué intérêts des usagers	Michel COLIN	Andrée BILTGEN
Délégué intérêts des usagers	Luciano FRATINI	Raymond REMAKEL
Centre Hospitalier de Luxembourg	Monique BIRKEL	Dr Nicolas CALTEUX
Centre Hospitalier Émile Mayrisch	Serge HAAG	Dr Claude BIRGEN
Centre Hospitalier du Nord	Dr Marcel BAULER	Georges BASSING
Hôpital Kirchberg	Dr Paul WIRTGEN	Norbert NICK
ZithaKlinik	Dr Carine FEDERSPIEL	Dr Nerverla MARCIC
INCCI	Dr Jean BEISSEL	Dr Arnaud CHARPENTIER
CNRFR - conseil médical	Dr Françoise PAQUET	Dr Jean-Paul SCHMIZ
CNRFR - délégation du personnel	Monique PEGELS	Cidalia MAGHALHAES

Le conseil d'administration s'est réuni 4 fois en 2015.

1.2.2. Comité de direction

La gestion quotidienne du CNRFR est assurée par un directeur assisté d'un comité de direction. Le directeur assure aussi la fonction de directeur médical.

Le comité de direction s'est réuni 29 fois en 2015.

En plus des questions de gestion quotidienne les membres du comité ont traité de nombreux sujets relevant :

- de la politique et de stratégies internes d'entreprise ainsi que de leurs revues avec notamment en fin d'année une « revue de direction » avec des dirigeants, des représentants des médecins du Centre et d'autres ressources-clés. Les axes retenus vont être intégrées début 2016 en vue de la préparation du prochain projet d'établissement ;
- de la gouvernance du CNRFR;
- de l'organisation des réunions avec le conseil d'administration du CNRFR et avec les partenaires externes ;
- de la préparation, de la participation et du suivi des différentes réunions, commissions, plateformes, bureaux du conseil d'administration et conseils d'administration de la FHL ;
- du suivi en continu des indicateurs tant en ce qui concerne les activités et les finances tant de la partie opposable que de la partie non opposable ;
- de la préparation et de la négociation des budgets;
- des décomptes budgétaires ;
- des dossiers de ressources humaines (étude sur l'absentéisme, suite de l'enquête satisfaction personnel, formation continue, engagement des dirigeants) ;
- de la qualité avec entre autre la gestion globale et intégrée des risques, le suivi de l'évaluation externe EFQM, de l'enquête satisfaction patients et la gestion des plaintes ;
- de la préparation et du suivi à des comités de gérance ;
- d'échanges et d'élaborations de stratégies communes avec les autres établissements notamment les hôpitaux spécialisés ;
- du développement et de l'évolution de nos partenariats.

1.3. LES AUTRES COMITES ET CONSEILS DE GESTION

1.3.1. Comité mixte et délégation du personnel

La délégation du personnel

Les membres de la Délégation se sont réunis 3 fois avec les membres de la direction.

Les thèmes principaux se résument comme suit :

- Introduction de la loi de juillet 2015 concernant le dialogue social dans les entreprises, fonctionnement de la délégation et composition des différentes commissions
- Désignation des membres représentant la délégation du personnel au sein du Conseil d'Administration
- Analyse de l'utilisation par le personnel des infrastructures sportives du Centre
- Organisation de la fête de Saint Nicolas pour les enfants des membres du personnel
- Présentation d'une offre avantageuse au personnel d'une assurance complémentaire
- PRML/PRMS/PRMI 2016
- Rédaction d'un flyer délégation du personnel
- Participation à des manifestations sociales (vernissages, etc.)
- Négociation de la CCT
- Sécurité et santé au travail
- Elaboration d'un concept mobilité
- Circulation au niveau de la rue André Vésale.

Le délégué à la sécurité a procédé à 9 tournées de sécurité et 5 entretiens avec des consultants sur la sécurité en entreprise.

Les rapports concernant les tournées ont été rédigés et transmis au chef d'établissement.

La délégation du personnel était représentée par un membre à toutes les sessions du conseil d'administration du RehaZenter, à l'exception d'une.

Toutes les demandes des membres du personnel ont été traitées. Les rapports des réunions direction-délégation ont été établis. Un travail de préparation pour toutes les réunions a été fourni.

Objectifs pour 2016 :

- PRML/PRMS/PRMI 2017
- Fête de Saint Nicolas pour les enfants des membres du personnel
- Sécurité et santé au travail (plan d'évacuation, activation d'un comité sécurité)
- Négociation pour la prochaine CCT
- Réorganisation de la délégation du personnel suite à la modification de la loi sur le dialogue social dans les entreprises
- Modification du flyer de la délégation du personnel
- Finalisation du concept mobilité.

Le comité mixte

Les membres du comité mixte se sont réunis 6 fois.

Les thèmes principaux se résument comme suit :

- Nomination des nouveaux membres du comité mixte et des comités mixtes restreints
- Validation du plan de formation continue 2016
- Activation de la commission harcèlement moral à l'occasion des relations de travail
- Intégration au module SIRHIUS-formation continue
- Définition d'une nouvelle procédure pour la visite médicale
- Revue de la note au personnel concernant les plans de travail
- Mise en place des OPTS
- Validation et définition de nouveaux profils de poste.

Un travail de préparation et de recherche pour toutes les réunions a été réalisé. Les procès-verbaux ont été établis.

Objectifs pour 2016 :

- Validation du plan de formation 2017
- Revue du règlement intérieur
- Intégration au module SIRHIUS-formation continue
- Activation de la commission harcèlement moral au cours des relations de travail
- Définition d'une procédure pour les missions
- Définition des critères pour le congé sans solde (comme pour les temps partiel)
- Validation et définition de profils de poste
- Validation et définition des critères d'embauches et de promotion.

1.3.2. Conseil médical

Le conseil médical s'est réuni 8 fois en 2015.

En février, une réunion a eu lieu avec la présidente du conseil d'administration dans le cadre des discussions sur le médecin coordinateur.

L'ensemble des médecins sont systématiquement invités aux réunions du conseil médical.

Les sujets discutés concernaient entre autre le rôle et la fonction du médecin coordinateur, le changement de direction au départ du Dr Grenot, le budget d'investissement du laboratoire d'exploration du mouvement.

Avis élaborés par le CM

A la demande de la direction, le conseil médical a donné son accord quant à la réduction de temps de travail d'un médecin.

Il a validé la procédure « sortie à l'insu du personnel » de prévention de fugue d'un patient et de sa recherche en cas de disparition.

Il a discuté et donner son avis sur le projet de nouveau règlement général, le nouvel organigramme et les profils de postes concernant les nouvelles fonctions de coordinateurs médicaux et de la prise en charge des patients.

Le conseil médical a par ailleurs décidé que le Dr Françoise Paquet continuerait à le représenter au nouveau conseil d'administration du RehaZenter qui entrera en fonction en 2016.

Réunion avec l'AMMD

Présence à la réunion de la commission hospitalière des conseils médicaux de l'AMMD en juin.

1.3.3. Comité consultatif de gestion

En 2015, 3 réunions du comité consultatif de gestion se sont tenues. Lors de ces réunions ont été présentés :

- le rapport financier 2014 ;
- le rapport d'activité 2014 ;
- le plan de formation 2015.

1.3.4. Conseil scientifique

Le conseil scientifique ne s'est pas réuni courant 2015.

1.3.5. Comité d'Éthique mixte CNRFR/HIS

Le comité d'éthique mixte a siégé à 3 reprises en réunion ordinaire en 2015.

Bilan d'activité 2015

Le comité d'éthique a été saisi 3 fois en 2015.

- Ordonnance de non-réanimation
Une réponse a été envoyée au directeur médical en proposant de diffuser l'avis au sein du service concerné.
- Contention des patients
Demande d'avis au comité d'éthique sur la contention d'un patient contre sa volonté.
Réponse à la saisine en se référant au texte de la CCDH concernant les traitements sous contraintes et mesures de contention et d'isolement.
- Demande d'autorisation au comité d'éthique pour faire une étude sur « l'évaluation de l'efficacité de la plateforme de stabilométrie Satel, pour les personnes ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche ». Le comité d'éthique a donné une suite favorable à la demande.
- Le port du piercing chez le personnel soignant.
Demande d'avis au comité d'éthique sur la réglementation en matière de piercing chez le personnel soignant. Les discussions sont en cours.

Autres activités

- Elaboration de l'Ethikszeitung numéro 3. Ce bulletin d'information a pour objectif de faire connaître les activités du comité d'éthique et de sensibiliser le personnel des deux institutions CNRFR et HIS au questionnement éthique.
- Participation de différents membres à des conférences.

Objectifs pour 2016

- Le comité d'éthique se donne pour principal objectif 2016 de maintenir le fonctionnement du comité et de mieux faire connaître ses fonctions.
- Obtenir un intérêt accru du personnel pour des questions d'éthique.
- Organiser ou assister à des conférences d'éthique et faire participer par le biais d'une nouvelle édition de l'Ethikzeitung le personnel des deux institutions à leur vécu.

2. LA PRISE EN CHARGE EN REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION AU CNRFR

BILAN 2015 DES ACTIVITES MEDICALES ET MEDICO-TECHNIQUES

2.1. NOS CHIFFRES-CLES EN 2015

- Nombre de lits: 72 – Appartements thérapeutiques : 3
- 519 patients en hospitalisation
- Taux d'occupation global des lits : 94,8%
- 2376 patients ambulatoires
- Nombre de patients ambulants: +/- 650 patients par semaine
- Durée globale de prise en charge quelque soit le mode de prise en charge: 82,1 jours
- Nombre de collaborateurs au 31 décembre 2015: 280
- Nombre d'ETP au 31 décembre 2015: 260,53
- Heures de formation continue réalisées en 2015: 8 179 heures

	2013	2014	2015
Nombre de lits :			
- Hospitalisation	72	72	72
- Appartements thérapeutiques	3	3	3
Patients en hospitalisation	545	524	519
Taux d'occupation global des lits	94,4%	94,6%	94,8%
Patients ambulatoires	2 577	2 553	2 376
Durée globale de prise en charge quelque soit le mode de prise en charge	75,6 jours	77,5 jours	82,1 jours
Nombre de collaborateurs	274	275	280
Nombre d'ETP	242,31	249,21	260,53
Heures de formation continue réalisées	6 251	7 503	8 179

2.2. ACTIVITES GLOBALES

2.2.1. Chiffres 2015

- 519 patients en hospitalisation ;
- 2376 patients en ambulatoire ;
- 5063 consultations médicales ;
- 6839 explorations fonctionnelles.

2.2.2. Mode de prise en charge

	2013		2014		2015		Variation 2015/2014
Hospitalisation	545	17%	524	17%	519	18%	-1,7%
Ambulatoire	2577	83%	2553	83%	2376	82%	-6,9%
Total	3122		3077		2895		

2.3. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DE LA POPULATION PRISE EN CHARGE EN 2015

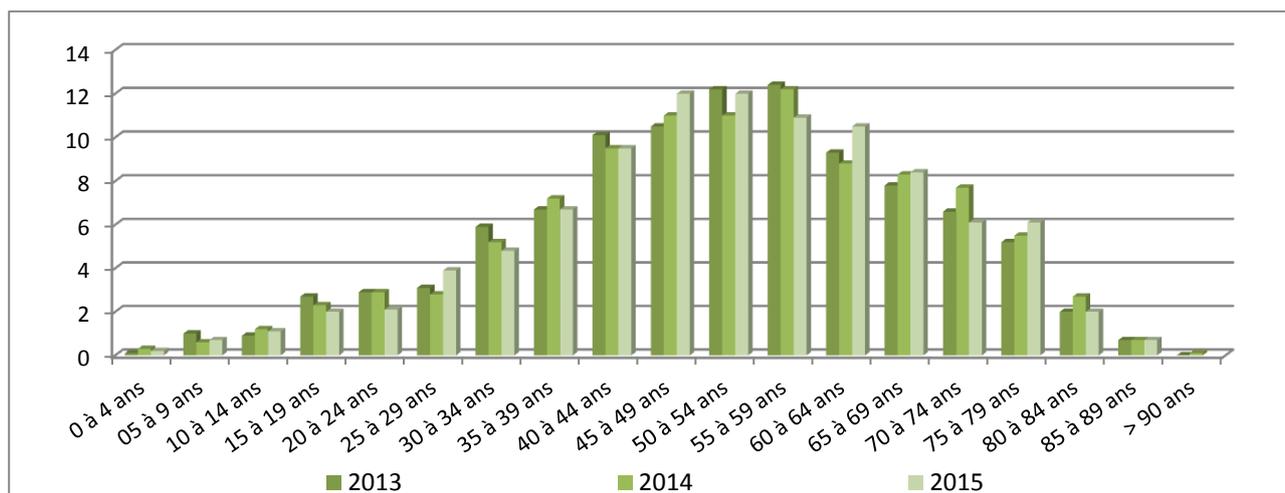
(Données globales quelque soit le mode de prise en charge)

2.3.1. Age de la population

	Population totale
Age moyen	52 ans
Médiane	52 ans
Age maximum	89 ans
Age minimum	1 an

	2013	2014	2015
Age moyen	51 ans	52 ans	52 ans
Médiane	52 ans	53 ans	52 ans
Age maximum	89 ans	95 ans	89 ans
Age minimum	3 mois	1 an	1 an

2.3.2. Classes d'âges

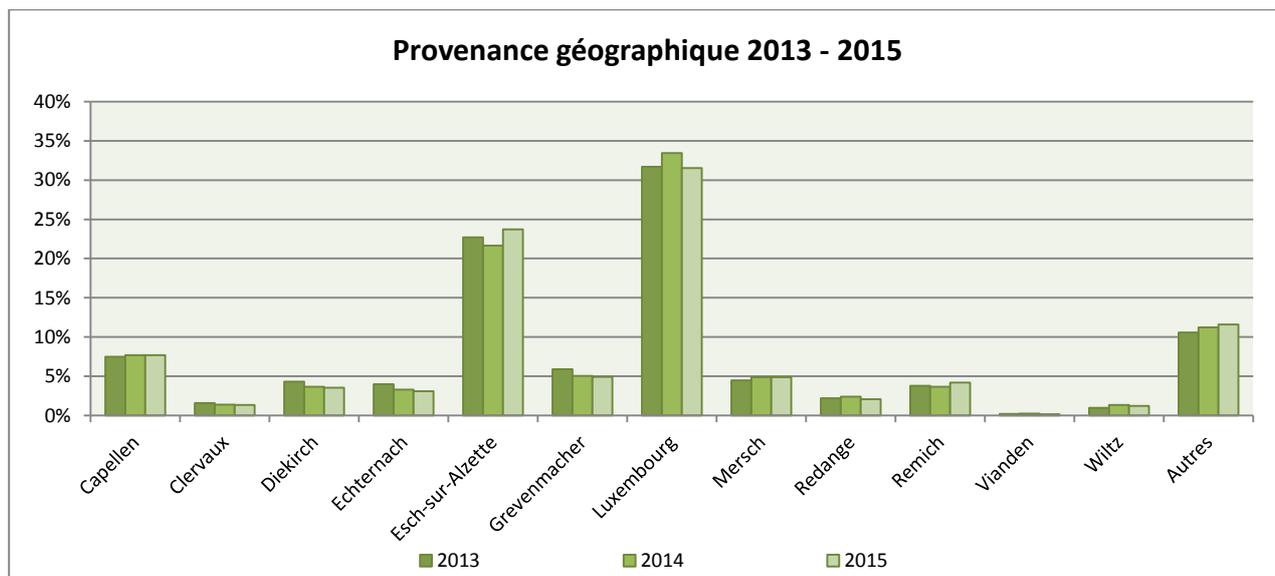


2.3.3. Population « jeunes »

	2013	2014	2015
0 à 4 ans	4	8	7
5 à 9 ans	30	17	19
10 à 14 ans	29	37	33
15 à 19 ans	83	72	59
Total	146	132	118
% des patients pris en charge	4,7%	4,4%	4,1%

En 2015, la population des « jeunes » pris en charge reste proportionnellement plus ou moins constante par rapport à l'année précédente.

2.3.4. Provenance géographique des patients



Les dernières trois années on constate une diminution de la population du canton d'Esch-sur-Alzette et une augmentation des patients en provenance du canton de Luxembourg et de la Grande-Région.

2.3.5. Provenance hospitalière des admissions

Provenance	pourcentage 2013	pourcentage 2014	pourcentage 2015	nombre 2015
Hôpitaux luxembourgeois	45,3%	44,4%	45,9%	1330
CHEM	5,8%	6,4%	13,1%	174
CHL	37,2%	39,1%	34,7%	462
Hôpitaux Robert Schuman			50,3%	669
Centre Hospitalier du Nord	2,3%	1,2%	1,9%	25
CNRFR Ambulatoire	2,7%	2,7%	1,8%	53
Etablissement à séjour continu	0,06%	0,03%	0,1%	4
Hôpitaux étrangers	2,6%	2,4%	1,8%	53
Centres de rééducation à l'étranger	0,2%	0,2%	0,07%	2
Domicile (méd. généralistes, méd. spécialistes ou autres origines)	49,0%	50,2%	50,3%	1453

2.3.6. Durée globale de prise en charge quelque soit le mode d'admission

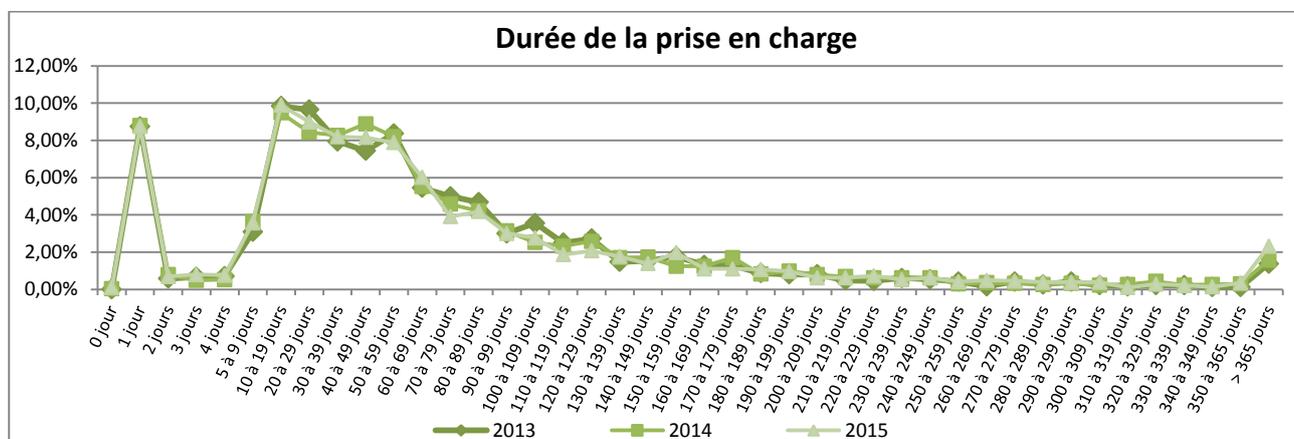
237 639 journées de prise en charge ont été recensées pour les 2895 patients sortis en 2015 (238 567 pour les patients sortis en 2014).

La durée moyenne de séjour par patient s'élève à 82,1 jours (77,5 jours en 2014).

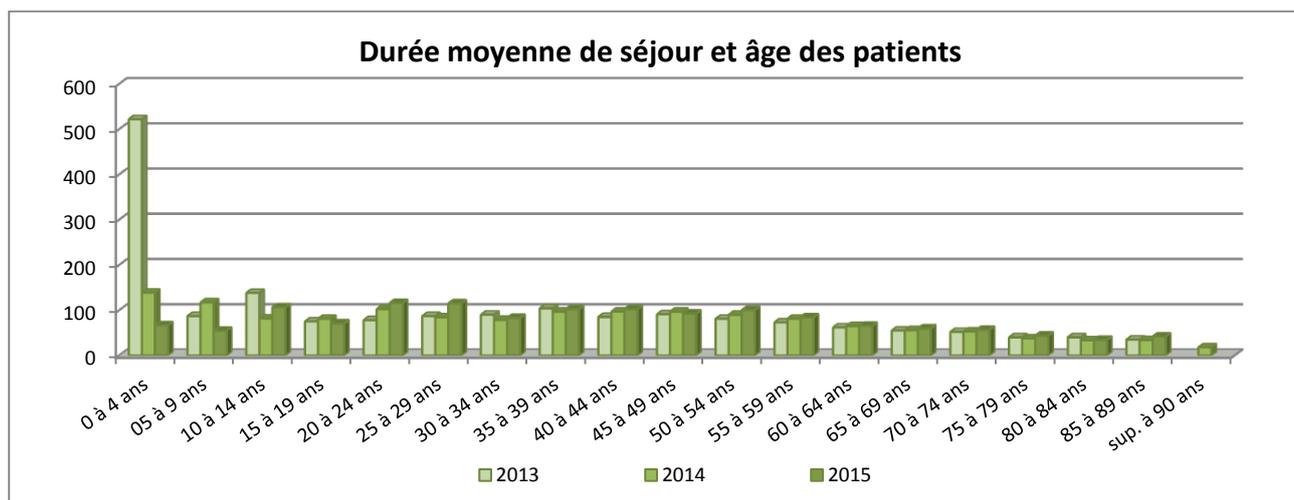
	DMS		Nombre moyen réel de jours de traitement		Nombre de patients	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Neurologie	96	108	37	43	964	794
Traumatologie/Orthopédie	69	72	28	29	2095	2101
Total	78	82	31	33	3059	2895

Le nombre moyen réel de jours de traitement s'élève à 32,59 jours (30,82 jours en 2014).

	2013	2014	2015
Nombre moyen réel de jours de traitement	30	31	33



Population totale par âge :



2.3.7. Diagnostic global à l'admission par groupe pathologique

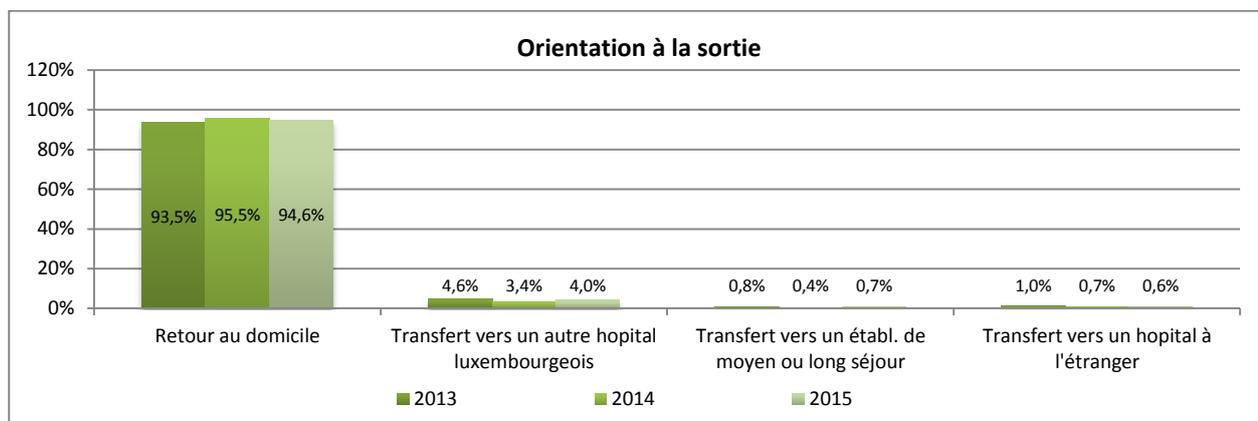
	Total		Hospitalisation		Ambulatoire	
Traumatologie – Orthopédie						
Polytraumatismes	99	3,42%	42	8,09%	57	2,40%
Membres supérieurs	442	15,27%	5	0,96%	437	18,39%
Fractures du bassin	12	0,41%	4	0,77%	8	0,34%
Hanches	383	13,23%	121	23,31%	262	11,03%
Genoux – jambes – pieds	691	23,87%	148	28,52%	543	22,85%
Algoneurodystrophies	22	0,76%	1	0,19%	21	0,88%
Amputations	42	1,45%	20	3,85%	22	0,93%
Rachis	246	8,50%	3	0,58%	243	10,23%
Rhumatismes inflammatoires – Polyarthrites rhumatoïdes	13	0,45%			13	0,55%
Brûlures	4	0,14%			4	0,17%

Neurologie						
Accidents vasculaires cérébraux	292	10,09%	72	13,87%	220	9,26%
Traumatismes crano-encéphaliques graves et dysfonctionnements cérébraux	67	2,31%	16	3,08%	51	2,15%
Lésions médullaires	123	4,25%	41	7,90%	82	3,45%
Scléroses en plaques	43	1,49%			43	1,81%
Maladies de Parkinson	13	0,45%			13	0,55%
Polyradiculonévrites aiguës – syndrome de Guillain Barré	16	0,55%	4	0,77%	12	0,51%
Polyradiculonévrites subaiguës et chroniques	50	1,73%	13	2,50%	37	1,56%
Scléroses latérales amyotrophiques	1	0,03%			1	0,04%
Autres						
Affections cardio-vasculaires	4	0,13%	2	0,38%	2	0,08%
Scolioses	9	0,31%	1	0,19%	8	0,34%
Pathologies non classées par ailleurs	238	8,22%	26	5,01%	212	8,92%
Douloureux chroniques	85	2,94%			85	3,58%

	Total			Hospitalisation			Ambulatoire		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Traumatologie – Orthopédie									
Polytraumatismes	3,1%	3,3%	3,4%	6,8%	6,7%	8,1%	2,4%	2,7%	2,40%
Membres supérieurs	14,1%	15,1%	15,3%	1,6%	1,9%	1,0%	16,8%	17,8%	18,39%
Fractures du bassin	0,3%	0,3%	0,4%	0,7%		0,8%	0,2%	0,4%	0,34%
Hanches	12,2%	12,4%	13,2%	24,6%	26,5%	23,3%	9,6%	9,5%	11,03%
Genoux – jambes – pieds	20,7%	23,6%	23,9%	26,8%	26,5%	28,5%	19,4%	23,0%	22,85%
Algoneurodystrophies	0,8%	0,9%	0,8%			0,2%	1,0%	1,1%	0,88%
Amputations	1,4%	1,3%	1,5%	1,5%	2,3%	3,9%	1,4%	1,1%	0,93%
Rachis	10,5%	9,4%	8,5%	2,2%	2,5%	0,6%	12,2%	10,8%	10,23%
Rhumatismes inflammatoires – Polyarthrites rhumatoïdes	0,4%	0,3%	0,5%				0,4%	0,3%	0,55%
Brûlures	0,2%	0,3%	0,1%	0,4%	0,2%		0,1%	0,3%	0,17%
Neurologie									
Accidents vasculaires cérébraux	11,3%	10,2%	10,1%	14,1%	14,9%	13,9%	10,7%	9,2%	9,26%
Traumatismes crano-encéphaliques graves et dysfonctionnements cérébraux	3,1%	2,9%	2,3%	6,2%	4,2%	3,1%	2,5%	2,6%	2,15%
Lésions médullaires	3,3%	4,1%	4,3%	6,1%	6,7%	7,9%	2,8%	3,6%	3,45%
Scléroses en plaques	1,9%	1,6%	1,5%	0,2%	0,2%		2,2%	1,9%	1,81%
Maladies de Parkinson	0,7%	0,4%	0,5%	0,5%			0,7%	0,5%	0,55%
Polyradiculonévrites aiguës – syndrome de Guillain Barré	0,7%	0,3%	0,6%	1,1%	0,8%	0,8%	0,6%	0,2%	0,51%
Polyradiculonévrites subaiguës et chroniques	2,0%	1,2%	1,7%	2,8%	1,1%	2,5%	1,8%	1,2%	1,56%
Scléroses latérales amyotrophiques	0,1%	0,1%	0,03%				1,0%	0,2%	0,04%
Autres									
Affections cardio-vasculaires	0,1%	0,3%	0,1%		0,8%	0,4%	1,0%	0,2%	0,08%
Scolioses	0,03%	0,2%	0,3%			0,2%	0,04%	0,3%	0,34%
Pathologies non classées par ailleurs	9,9%	9,7%	8,2%	4,4%	4,6%	5,0%	11,0%	10,7%	8,92%
Douloureux chroniques	3,4%	2,1%	2,9%		0,2%		4,1%	2,5%	3,58%

2.3.8. Orientation à la sortie

	2013		2014		2015	
	Nombre	pourcentage	Nombre	pourcentage	Nombre	pourcentage
Transfert vers un autre hôpital luxembourgeois	145	4,7%	104	3,4%	117	4,0%
Retour au domicile	2920	93,5%	2938	95,5%	2736	94,6%
Transfert vers un hôpital à l'étranger	32	1,0%	23	0,7%	18	0,6%
Transfert vers un établissement de moyen ou long séjour	25	0,8%	12	0,4%	20	0,7%



2.4. L'OFFRE DE SOINS EN REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION EN HOSPITALISATION EN 2015

2.4.1. Patients hospitalisés

	2013	2014	2015
Nombre total de patients hospitalisés	545	524	519
Nombre de patients hospitalisés en rééducation neurologique	191	171	149
Nombre de patients hospitalisés en rééducation traumatologique/orthopédique	354	353	370

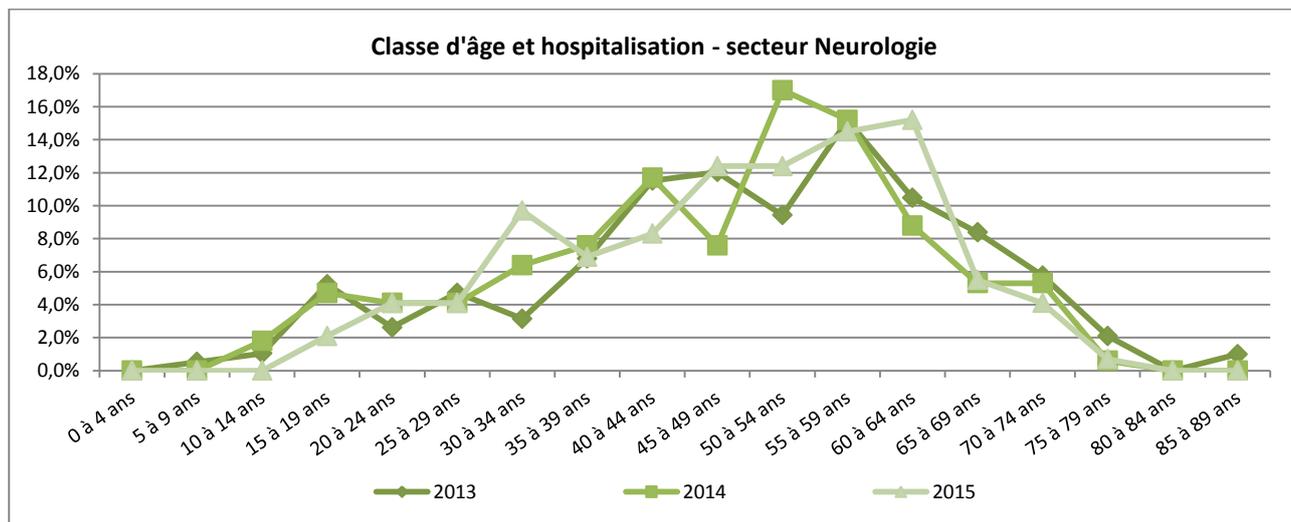
2.4.2. Age de la population hospitalisée

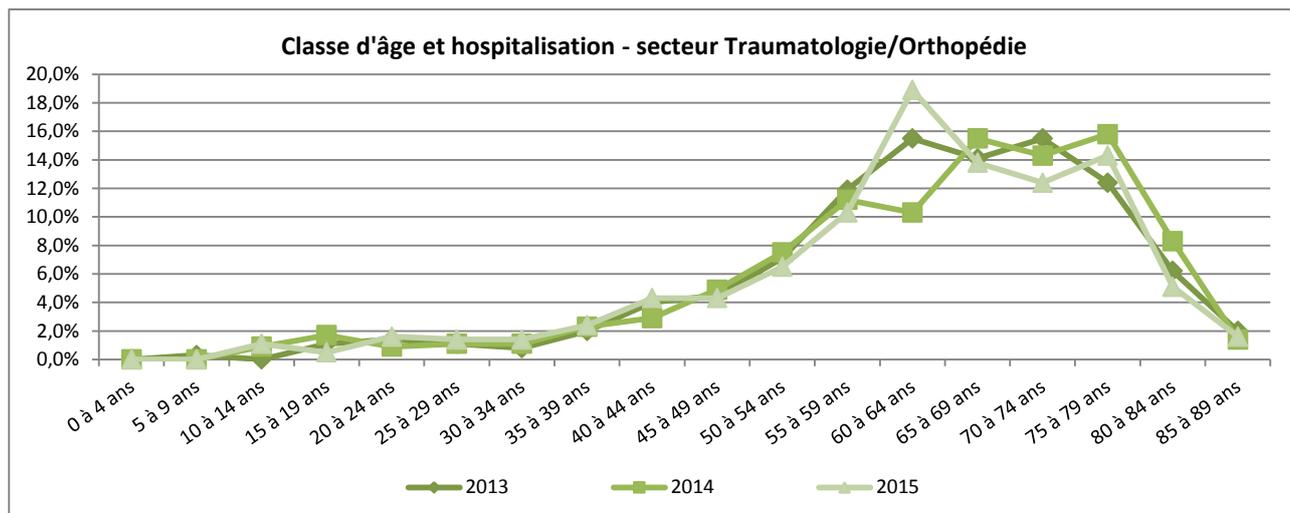
	Population totale	Pôle « Neuro »	Pôle « Traumato »
Age moyen	58	49	62
Médiane	61	51	70
Age maximum	87	77	87
Age minimum	10	16	10

	2013	2014	2015
Age moyen des patients hospitalisés	58 ans	58 ans	58 ans
Age moyen des patients hospitalisés en rééducation neurologique	49 ans	47 ans	49 ans
Age moyen des patients hospitalisés en rééducation traumatologique/orthopédique	63 ans	63 ans	62 ans

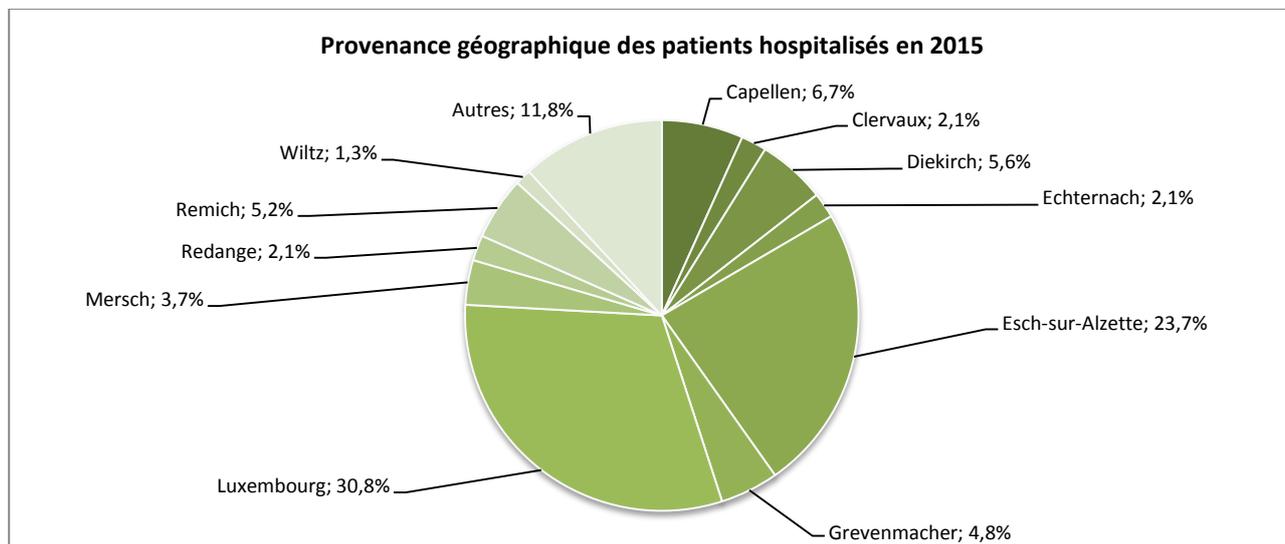
2.4.3. Classes d'âge en hospitalisation

	Total Hospitalisation		Neurologie		Traumatologie/ Orthopédie	
0 à 4 ans						
5 à 9 ans						
10 à 14 ans	4	0,77%			4	1,08%
15 à 19 ans	5	0,96%	3	2,01%	2	0,54%
20 à 24 ans	12	2,31%	6	4,03%	6	1,62%
25 à 29 ans	11	2,12%	6	4,03%	5	1,35%
30 à 34 ans	19	3,66%	14	9,40%	5	1,35%
35 à 39 ans	19	3,66%	10	6,71%	9	2,43%
40 à 44 ans	28	5,39%	12	8,05%	16	4,32%
45 à 49 ans	34	6,55%	18	12,08%	16	4,32%
50 à 54 ans	42	8,09%	18	12,08%	24	6,49%
55 à 59 ans	61	11,75%	23	15,44%	38	10,27%
60 à 64 ans	93	17,92%	23	15,44%	70	18,92%
65 à 69 ans	59	11,37%	8	5,37%	51	13,78%
70 à 74 ans	53	10,21%	7	4,70%	46	12,43%
75 à 79 ans	54	10,40%	1	0,67%	53	14,32%
80 à 84 ans	19	3,66%			19	5,14%
85 à 89 ans	6	1,16%			6	1,62%





2.4.4. Provenance géographique des patients hospitalisés



2.4.5. Provenance hospitalière des patients hospitalisés

Provenance	pourcentage en 2013	pourcentage 2014	pourcentage en 2015	nombre 2015
Hôpitaux luxembourgeois	85,9%	83,8%	88,2%	458
CHEM	5,3%	7,7%	13,8%	63
CHL	39,1%	36,7%	32,5%	149
Hôpitaux Robert Schuman	22,9%	19,6%	50,9%	233
Centre Hospitalier du Nord	2,8%	2,5%	2,8%	13
CNRFR Ambulatoire	0,4%	0,6%	0,4%	2
CNRFR Hospitalisation		0,4%		
Centre de convalescence de Colpach		0,2%		
Hôpitaux étrangers	7,2%	6,3%	4,0%	21
Centres de rééducation à l'étranger	0,6%	0,6%	0,3%	1
Domicile (méd. généralistes, méd. spécialistes ou autres origines)	6,1%	8,2%	7,1%	37

2.4.6. Durée de séjour en hôpital aigu avant admission au Rehazenter

Pour les 422 patients renseignés, la durée moyenne de séjour en hôpital aigu avant admission au Rehazenter était de 22,1 jours.

	Nombre de patients	Durée
Durée moyenne de séjour en hôpital aigu avant admission au Rehazenter	422	22,1
Durée moyenne de séjour en hôpital aigu avant admission au Rehazenter – rééducation neurologique	111	29,7
Durée moyenne de séjour en hôpital aigu avant admission au Rehazenter – rééducation traumatologique/orthopédique	311	19,3

	Nombre	Durée moyenne en hôpital aigu
Polytraumatismes	40	23,32
Membres supérieurs	3	8,66
Fractures du bassin	4	22,50
Hanches	117	13,83
Genoux – jambes – pieds	144	14,18
Amputations	17	46,94
Rachis	2	23,50
Accidents vasculaires cérébraux	44	28,72
Traumatismes cranio-encéphaliques graves et dysfonctionnements cérébraux	13	33,69
Lésions médullaires	26	13,84
Polyradiculonévrites aiguës – syndrome de Guillain Barré	4	25,50
Polyradiculonévrites subaiguës et chroniques	8	78,50

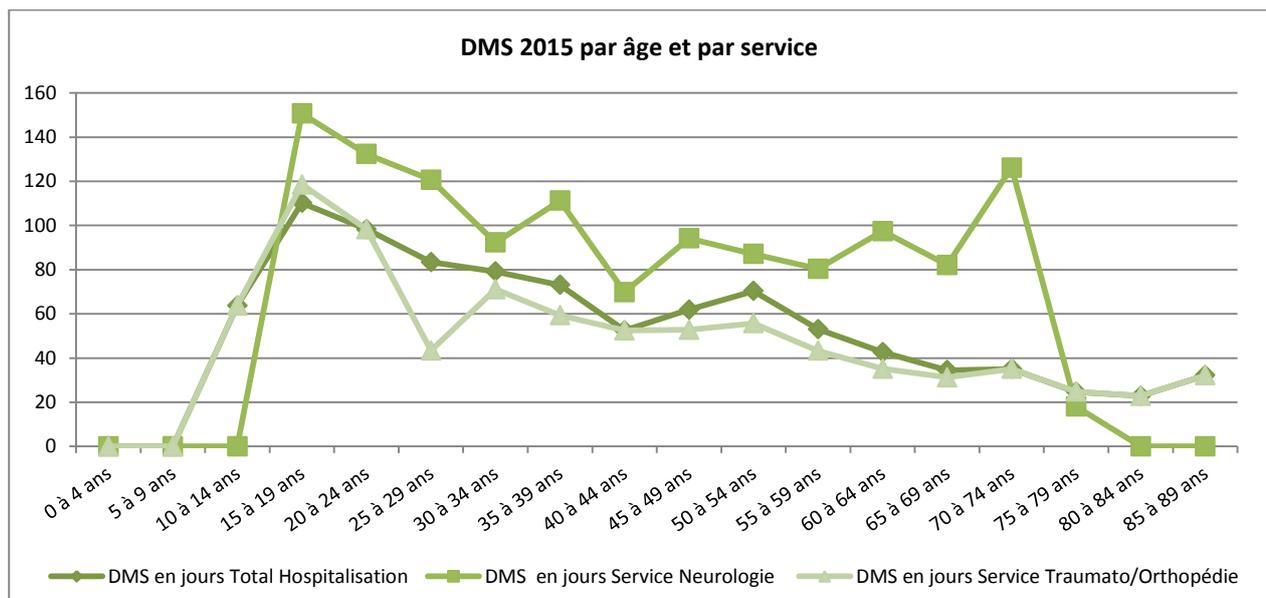
2.4.7. Taux d'occupation des lits

	Total Unités de soins normaux	Appartements Thérapeutiques	Total général
Nombre de lits	72	3	75
Nombre maximum de journées d'hospitalisation	26 280	1 095	27 375
Nombre effectifs de journées d'hospitalisation	24 901	1 046	25 947
Taux d'occupation 2015	94,8%	95,5%	94,8%
Taux d'occupation 2014	94,7%	91,0%	94,6%
Taux d'occupation 2013	94,5%	92,6%	94,4%

2.4.8. Durée moyenne d'hospitalisation

	2013	2014	2015
DMS en hospitalisation	49 jours	49 jours	49 jours
DMS en rééducation neurologique	88 jours	92 jours	95 jours
DMS en rééducation traumatologique/orthopédique	28 jours	28 jours	31 jours

Ages	DMS en jours Total Hospitalisation	DMS en jours Service Neurologie	DMS en jours Service Traumatologie/ Orthopédie
0 à 4 ans			
5 à 9 ans			
10 à 14 ans	64		64
15 à 19 ans	110	151	50
20 à 24 ans	98	132	64
25 à 29 ans	83	121	39
30 à 34 ans	79	92	42
35 à 39 ans	73	111	31
40 à 44 ans	52	70	39
45 à 49 ans	62	94	26
50 à 54 ans	70	87	58
55 à 59 ans	53	80	38
60 à 64 ans	43	97	25
65 à 69 ans	35	82	27
70 à 74 ans	35	126	23
75 à 79 ans	25	18	25
80 à 84 ans	23		23
85 à 89 ans	32		32



2.4.9. Diagnostic des patients pris en charge en hospitalisation par groupe pathologique et DMS

	Patients hospitalisés		Journées d'hospitalisation	DMS
	nombre	%	nombre	jours
Traumatologie – Orthopédie				
Polytraumatismes	42	8,1%	1333	32
Membres supérieurs	5	1,0%	192	38
Fractures du bassin	4	0,8%	96	24
Hanches	121	23,3%	3516	29
Genoux – jambes – pieds	148	28,5%	3396	23
Algoneurodystrophies	1	0,2%	25	25
Amputations	20	3,9%	1054	53
Rachis	3	0,6%	78	26
Neurologie				
Accidents vasculaires cérébraux	72	13,9%	6972	97
Traumatismes cranio-encéphaliques graves et dysfonctionnements cérébraux	16	3,1%	1813	113
Lésions médullaires	41	7,9%	4484	109
Polyradiculonévrites aiguës – syndrome de Guillain Barré	4	0,8%	319	80
Polyradiculonévrites subaiguës et chroniques	13	2,5%	805	62
Autres				
Affections cardio-vasculaires	2	0,4%	127	63
Scolioses idiopathiques	1	0,2%	18	18
Pathologies non classées par ailleurs	26	5,0%	1246	48

	2013		2014		2015	
	%	DMS	%	DMS	%	DMS
Traumatologie – Orthopédie						
Polytraumatismes	6,8%	41	6,7%	59	8,1%	32
Membres supérieurs	1,7%	22	1,9%	34	1,0%	38
Fractures du bassin	0,7%	45			0,8%	24
Hanches	24,6%	24	26,5%	22	23,3%	29
Genoux – jambes – pieds	26,8%	26	26,5%	23	28,5%	23
Algoneurodystrophies					0,2%	25
Amputations	1,5%	34	2,3%	53	3,9%	53
Rachis	2,2%	47	2,5%	25	0,6%	26
Brûlures	0,4%	43	0,2%	134		
Neurologie						
Accidents vasculaires cérébraux	14,1%	102	14,9%	91	13,9%	97
Traumatismes cranio-encéphaliques graves et dysfonctionnements cérébraux	6,2%	90	4,2%	98	3,1%	113
Lésions médullaires	6,1%	91	6,7%	102	7,9%	109
Scléroses en plaques	0,2%	9	0,2%	37		
Maladies de Parkinson	0,6%	66				
Polyradiculonévrites aiguës – syndrome de Guillain Barré	1,1%	99	0,8%	113	0,8%	80
Polyradiculonévrites subaiguës et chroniques	2,8%	58	1,2%	74	2,5%	62

Autres					
Affections cardio-vasculaires			0,8%	32	0,4% 63
Scolioses idiopathiques					0,2% 18
Pathologies non classées par ailleurs	4,4%	52	4,6%	87	5,0% 48
Douloureux chroniques			0,2%	62	

2.4.10. Taux de gain d'indépendance fonctionnelle à la sortie en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée

Depuis le 1er janvier 2007 l'accord de prise en charge d'un patient hospitalisé au CNRFR est tributaire d'un rapport médical et d'une évaluation de la dépendance fonctionnelle au moyen de l'instrument M.I.F. (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle) ou « M.I.F. d'entrée ».

Chaque demande de prolongation de prise en charge est accompagnée d'une évaluation intermédiaire ou « M.I.F. intermédiaire ».

De même à la sortie le patient fait l'objet d'une évaluation ou « M.I.F. de sortie ».

La M.I.F. évalue les fonctions motrices à l'aide de 13 items moteurs et les fonctions cognitives à partir de 5 items cognitifs.

Chaque item est évalué sur une échelle de 1 à 7, la note la plus élevée indiquant une meilleure autonomie par rapport à cet item. Par addition des 18 items, la note fonctionnelle totale varie de 18 (patient le plus dépendant) à 126 (patient le plus autonome).

(Ne sont pas pris en compte les séjours en hospitalisation inférieurs ou égaux à 5 jours ou les séjours égaux ou supérieurs à 120 jours.)

	Domaines	Sous-échelles	Ecart des notes
Motrice	Soins personnels	Se nourrir Entretien de sa personne Se laver S'habiller – membres supérieurs S'habiller – membres inférieurs Utiliser les toilettes	De 6 à 42
	Utilisation du sphincter	Gérer les fonctions de la vessie Gérer les fonctions des intestins	De 2 à 14
	Transferts	Lit, chaise, fauteuil roulant Toilettes Baignoire ou douche	De 3 à 21
	Se déplacer	Marche/fauteuil roulant Escaliers	De 2 à 14
	Fourchette des notes pour la fonction motrice		De 13 à 91
Cognitive	Communication	Compréhension Expression	De 2 à 14
	Fonction cognitive sociale	Interaction sociale Résolution de problèmes Mémoire	De 3 à 21
	Fourchette des notes pour la fonction cognitive		De 5 à 35
Total			De 18 à 126

Données globales

	2013	2014	2015
Taux de progression de l'indépendance fonctionnelle gagnée pendant la période de prise en charge de rééducation fonctionnelle et de réadaptation	13,9%	13,8%	12,9%
Médiane	10,2%	11,1%	10,2%
Taux minimum	-20,5%	-23,1%	-14,8%
Taux maximum	93,5%	84,3%	93,5%

Données secteur rééducation traumatologique/orthopédique

	2013	2014	2015
Taux de progression de l'indépendance fonctionnelle gagnée pendant la période de prise en charge de rééducation fonctionnelle et de réadaptation en traumatologie/orthopédie	10,6%	11,4%	10,7%
Médiane	9,3%	10,2%	9,3%
Taux minimum	-20,4%	-13,0%	-14,8%
Taux maximum	73,2%	65,7%	90,7%

Données secteur rééducation neurologique

	2013	2014	2015
Taux de progression de l'indépendance fonctionnelle gagnée pendant la période de prise en charge de rééducation fonctionnelle et de réadaptation en neurologie	21,6%	20,6%	20,8%
Médiane	11,1%	15,7%	14,8%
Taux minimum	-17,6%	-23,1%	-10,2%
Taux maximum	91,7%	84,3%	93,5%

Taux moyen de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée selon l'âge :

Ages	Nombre	Taux moyen	Taux minimum	Taux maximum	Médiane
10 à 14 ans	3	20,4%	1,9%	30,6%	28,7%
15 à 19 ans	4	27,5%	0,0%	56,5%	37,0%
20 à 24 ans	9	17,4%	0,0%	76,9%	15,7%
25 à 29 ans	8	8,1%	-5,6%	30,6%	8,3%
30 à 34 ans	16	20,6%	-5,6%	93,5%	14,8%
35 à 39 ans	15	14,7%	-8,3%	81,5%	7,4%
40 à 44 ans	24	12,3%	-10,2%	59,3%	10,2%
45 à 49 ans	27	13,7%	-2,8%	65,7%	10,2%
50 à 54 ans	32	11,1%	-4,6%	44,4%	12,0%
55 à 59 ans	50	13,7%	-14,8%	63,0%	9,3%
60 à 64 ans	78	13,6%	-1,9%	65,7%	11,1%
65 à 69 ans	53	13,7%	-9,3%	73,1%	11,1%
70 à 74 ans	46	9,1%	-13,9%	49,1%	7,4%
75 à 79 ans	51	13,4%	-8,3%	87,0%	10,2%
80 à 84 ans	19	9,1%	0,0%	18,5%	9,3%
85 à 89 ans	6	10,0%	6,5%	14,8%	9,3%

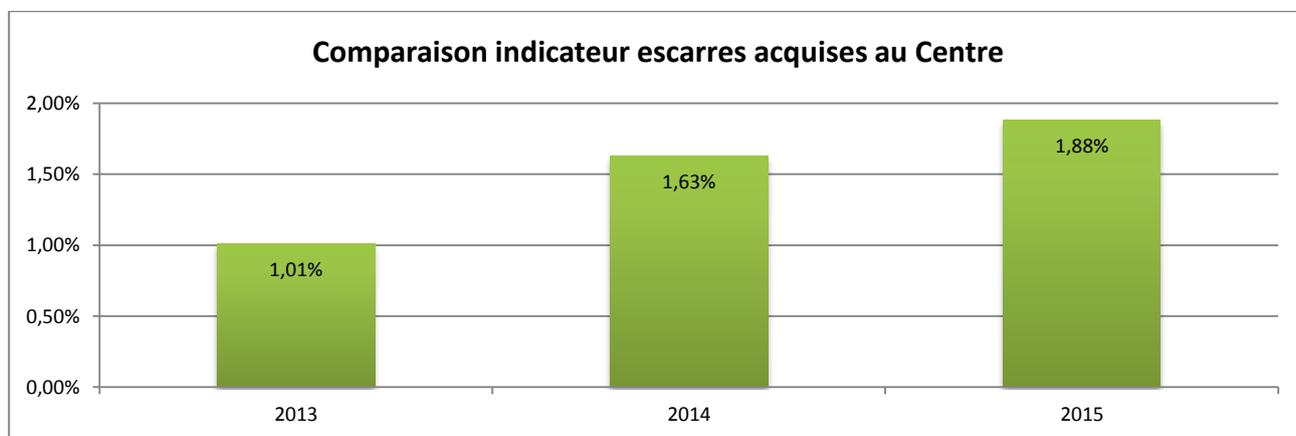
Taux moyen de gain d'indépendance fonctionnelle en fonction de l'indépendance fonctionnelle à l'entrée selon les pathologies :

	Nombre	Moyenne	Taux minimum	Taux maximum	Médiane
Polytraumatismes	39	14,9%	-3,7%	90,7%	12,0%
Membres supérieurs	4	9,5%	0,0%	13,9%	13,0%
Fractures du bassin	4	21,1%	7,4%	45,4%	22,2%
Hanches	111	10,6%	-14,8%	87,0%	10,2%
Genoux – jambes – pieds	143	9,6%	-13,9%	30,6%	9,3%
Algoneurodystrophies	1	12,0%	12,0%	12,0%	12,0%
Amputations	15	11,9%	0,0%	65,7%	10,2%
Rachis	3	20,7%	-6,5%	44,4%	24,1%
Accidents vasculaires cérébraux	48	17,4%	-10,2%	81,5%	13,0%
Traumatismes cranio-encéphaliques graves et dysfonctionnements cérébraux	10	20,3%	-2,8%	76,9%	
Lésions médullaires	25	13,4%	-9,3%	50,9%	5,6%
Polyradiculonévrites aiguës – syndrome de Guillain Barré	1	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%
Polyradiculonévrites subaiguës et chroniques	12	34,4%	7,4%	69,4%	34,3%
Affections cardio-vasculaires	2	15,3%	12,0%	18,5%	
Scolioses	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Pathologies non classées par ailleurs	22	20,4%	-5,6%	93,5%	16,7%

2.4.11. Taux d'escarres et de chutes

	2013	2014	2015
Nombre de journées-patient audité par le PRN n'ayant pas d'escarre à l'admission	495	490	533
Nombre de patients différents ayant une escarre acquise au Centre lors des audits PRN	5	8	10
Indicateur en %	1,01%	1,63%	1,88%

Taux d'escarres au décours d'une hospitalisation de plus de 24h sur base des journées auditées PRN en 2015.



Il y a des escarres acquises au Centre. L'objectif 0% serait idéal, mais difficile à atteindre vu la spécificité de nos patients.

En 2015, nous pouvons remarquer qu'il y a une petite hausse dans l'acquisition du taux d'escarre.

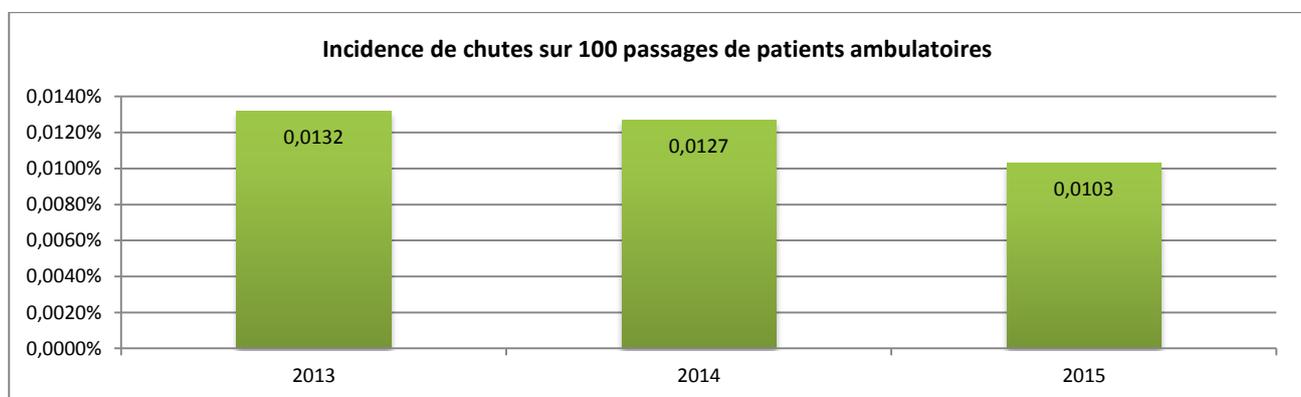
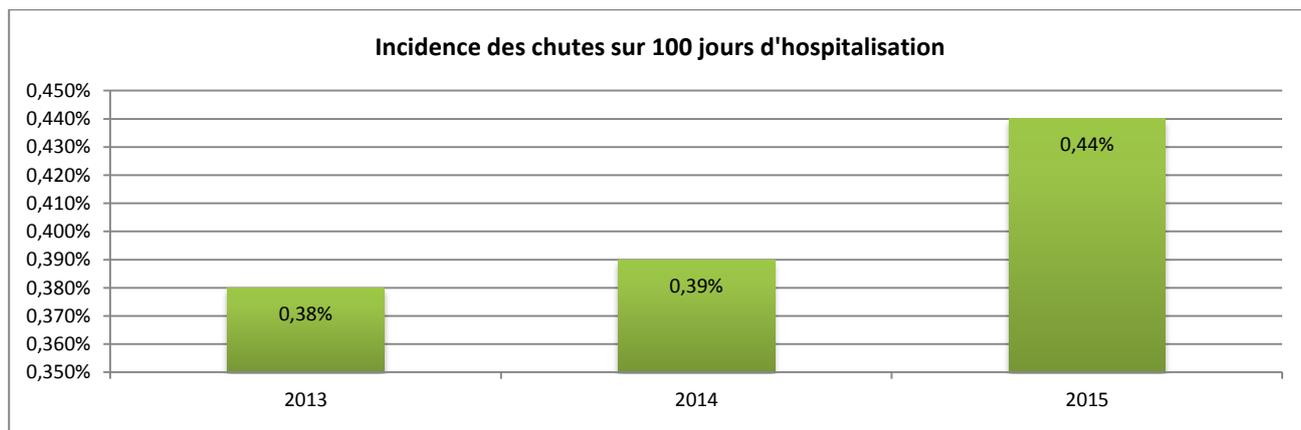
L'objectif 2016 sera donc de :

- resensibiliser tous les collaborateurs ;
- développer une déclaration systématique de l'apparition d'escarres acquises au Centre en hospitalisation ;
- de réaliser un suivi et une analyse des facteurs déclenchants et des causes.

Taux de chutes lors des audits PRN (indicateur national) :

	2013	2014	2015
Nombre de journées-patient d'hospitalisation audité par le PRN	559	551	569
Nombre patients chuteurs lors des jours d'audit	5	0	3
Indicateur en %	0,9%	0%	0,53%

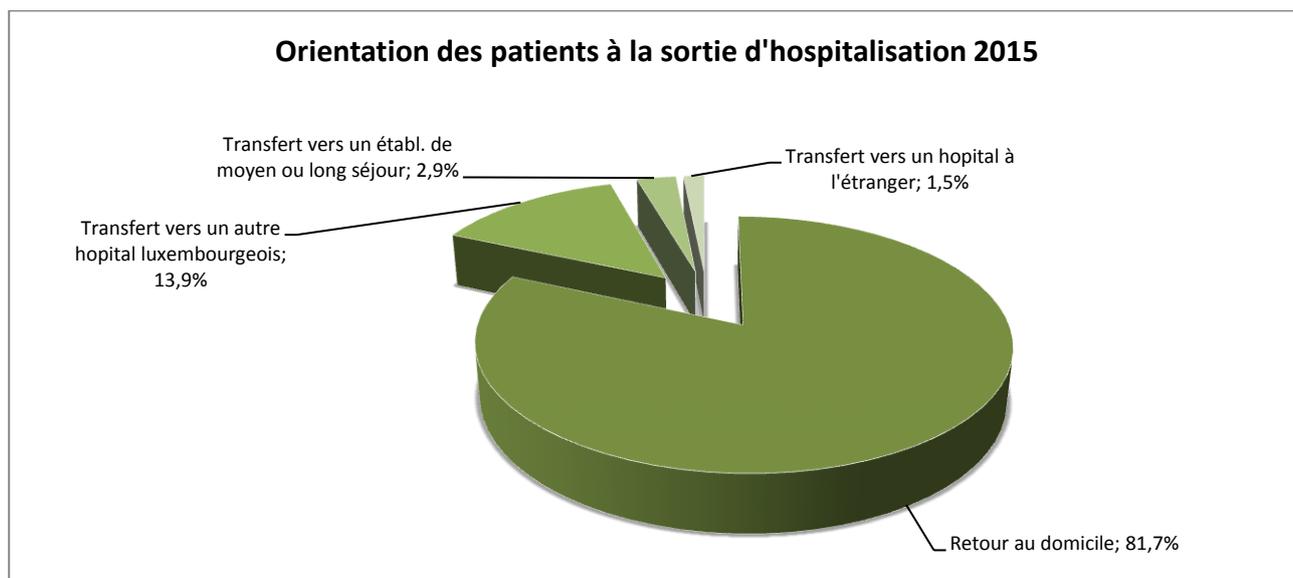
Ce taux n'est pas représentatif pour le Centre. Nous utilisons donc des indicateurs internes qui proviennent d'un projet transversal « chute » déployé dans le Centre depuis 2007. Ce projet nous amène divers indicateurs pertinents qui nous permettent par la suite d'améliorer la sécurité et la prise en charge des patients.



Les objectifs 2015 sont atteints surtout par la motivation, la sensibilisation du personnel et le nombre d'actions réalisées durant l'année suite au suivi continu de cet indicateur.

Les objectifs « chute » 2016 restent identiques. Des actions directes d'amélioration sont prévues en continu.

2.4.12. Orientation à la sortie des patients hospitalisés



	2013	2014	2015
Retour au domicile	77,8%	83,2%	81,7%
Transfert vers un autre hôpital luxembourgeois	17,6%	13,4%	13,9%
Transfert vers un établissement de moyen ou long séjour	2,4%	1,0%	2,9%
Transfert vers un hôpital à l'étranger	2,2%	2,5%	1,5%

2.5. L'OFFRE DE SOINS EN REEDUCATION FONCTIONNELLE ET READAPTATION EN AMBULATOIRE EN 2015

2.5.1. Patients ambulatoires

	2013	2014	2015
Nombre total de patients ambulatoires	2577	2553	2376
Nombre de patients ambulatoires en rééducation neurologique	885	800	645
Nombre de patients ambulatoires en rééducation traumatologique/orthopédique	1692	1753	1731

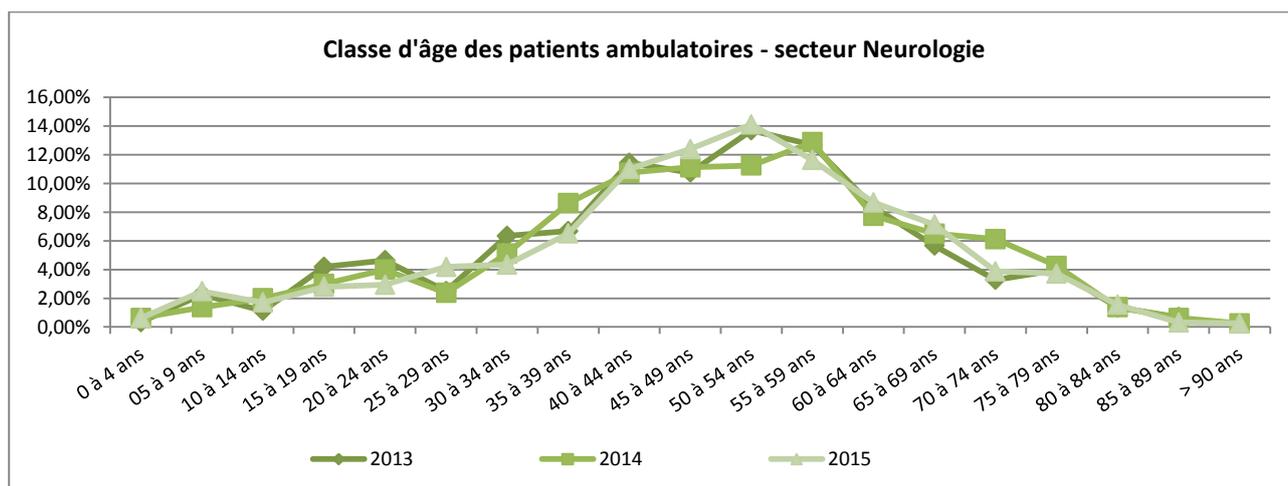
2.5.2. Age de la population ambulatoire

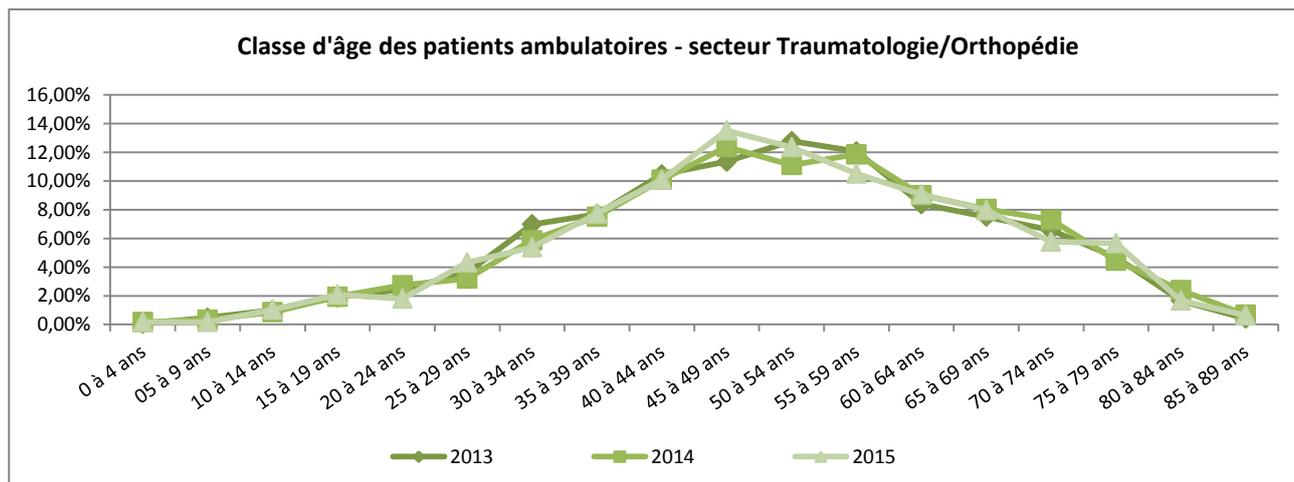
	Population totale	Pôle « Neuro »	Pôle « Traumato »
Age moyen	50	48	51
Médiane	50	50	51
Age maximum	89	87	89
Age minimum	1	1	2

	2013	2014	2015
Age moyen des patients ambulatoires	50 ans	51 ans	50 ans
Age moyen des patients ambulatoires en rééducation neurologique	48 ans	49 ans	48 ans
Age moyen des patients ambulatoires en rééducation traumatologique/orthopédique	51 ans	51 ans	51 ans

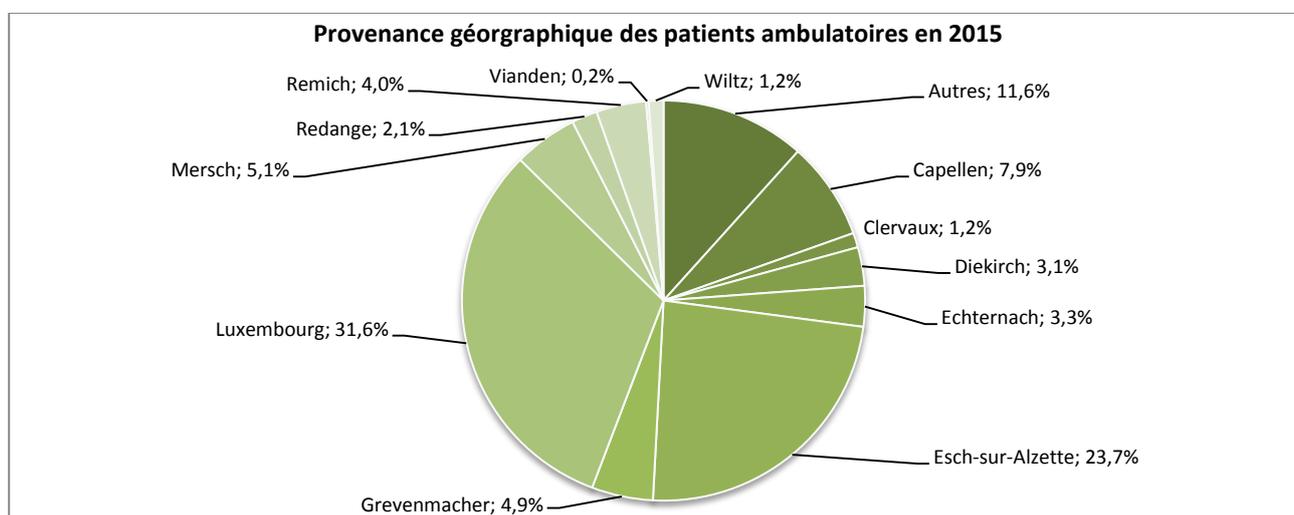
2.5.3. Classes d'âge en ambulatoire

	Total Ambulatoire		Neurologie		Traumatologie/ Orthopédie	
0 à 4 ans	7	0,3%	4	0,6%	3	0,2%
5 à 9 ans	19	0,8%	16	2,5%	3	0,2%
10 à 14 ans	29	1,2%	11	1,7%	18	1,0%
15 à 19 ans	54	2,3%	18	2,8%	36	2,1%
20 à 24 ans	50	2,1%	19	2,9%	31	1,8%
25 à 29 ans	102	4,3%	27	4,2%	75	4,3%
30 à 34 ans	121	5,1%	28	4,3%	93	5,4%
35 à 39 ans	176	7,4%	42	6,5%	134	7,7%
40 à 44 ans	246	10,4%	71	11,0%	175	10,1%
45 à 49 ans	314	13,2%	80	12,4%	234	13,5%
50 à 54 ans	305	12,8%	91	14,1%	214	12,4%
55 à 59 ans	257	10,8%	75	11,6%	182	10,5%
60 à 64 ans	213	9,0%	56	8,7%	157	9,1%
65 à 69 ans	184	7,7%	46	7,1%	138	8,0%
70 à 74 ans	125	5,3%	25	3,9%	100	5,8%
75 à 79 ans	122	5,1%	24	3,7%	98	5,7%
80 à 84 ans	39	1,6%	10	1,6%	29	1,7%
85 à 89 ans	13	0,5%	2	0,3%	11	0,6%





2.5.4. Provenance géographique des patients ambulatoires



2.5.5. Provenance hospitalière des ambulatoires

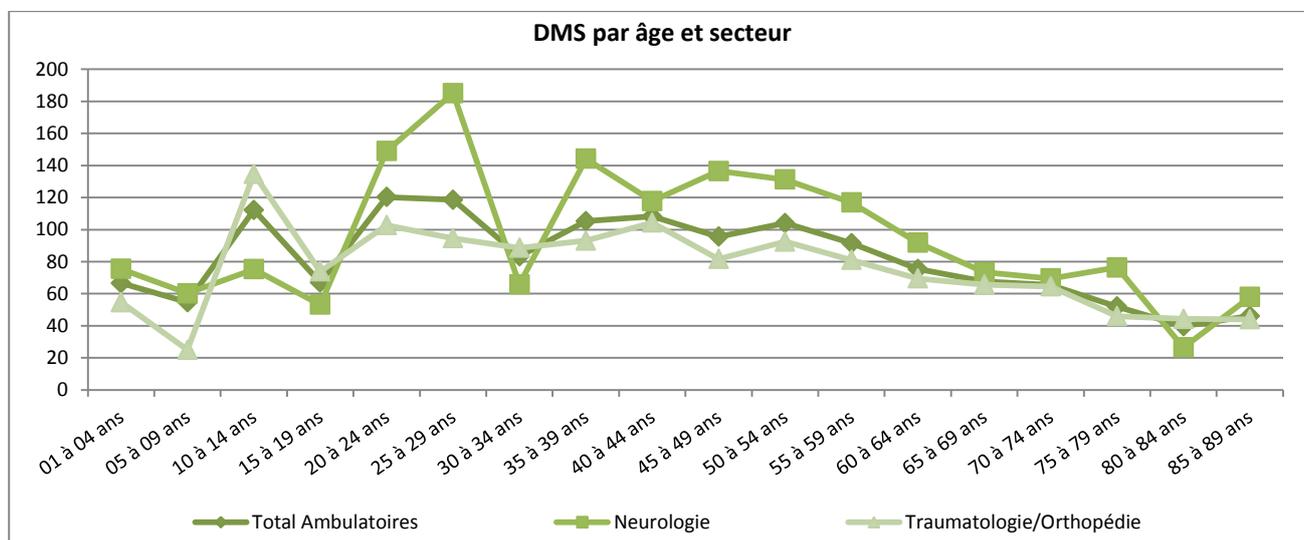
Provenance	pourcentage 2013	pourcentage 2014	pourcentage 2015	nombre 2015
Hôpitaux luxembourgeois	36,8%	36,3%	36,7%	870
CHEM	6,0%	5,8%	12,8%	111
CHL	36,3%	40,3%	36,0%	313
Hôpitaux Robert Schuman			49,9%	434
Centre Hospitalier du Nord	0,7%	0,5%	1,4%	12
CNRFR Ambulatoire	3,2%	3,1%	2,1%	51
Etablissement à séjour continu	0,1%	0,1%	0,2%	6
Hôpitaux étrangers	1,6%	1,6%	1,3%	32
Centres de rééducation à l'étranger	0,1%	0,1%	0,04%	1
Domicile (méd. généralistes, méd. spécialistes ou autres origines)	58,1%	58,9%	59,6%	1416

2.5.6. Durée moyenne de séjour et de prise en charge en ambulatoire

	DMS	Nombre moyen réel de jours de traitement	Nombre de patients
En ambulatoire	89	31	2376
Rééducation neurologique	110	35	645
Rééducation traumatologique/orthopédique	81	29	1731

	2013	2014	2015
DMS total en ambulatoire	81	83	89
DMS en rééducation neurologique	92	97	110
DMS en rééducation traumatologique/orthopédique	76	77	81

	2013	2014	2015
Nombre moyen réel de jours de traitement en ambulatoire	27	29	31
Nombre moyen réel de jours de traitement en rééducation neurologique	26	29	35
Nombre moyen réel de jours de traitement en rééducation traumatologique/orthopédique	27	29	29



Ages	DMS en jours Total Ambulatoires	DMS en jours Neurologie	DMS en jours Traumatologie/ Orthopédie
0 à 4 ans	67	76	55
5 à 9 ans	55	60	25
10 à 14 ans	112	75	135
15 à 19 ans	67	53	74
20 à 24 ans	120	149	103
25 à 29 ans	119	185	95
30 à 34 ans	83	66	89
35 à 39 ans	105	144	93
40 à 44 ans	108	118	104
45 à 49 ans	96	136	82
50 à 54 ans	104	131	92
55 à 59 ans	92	117	81
60 à 64 ans	75	92	69
65 à 69 ans	68	73	66
70 à 74 ans	65	69	65
75 à 79 ans	52	76	46
80 à 84 ans	40	27	44
85 à 89 ans	46	58	44

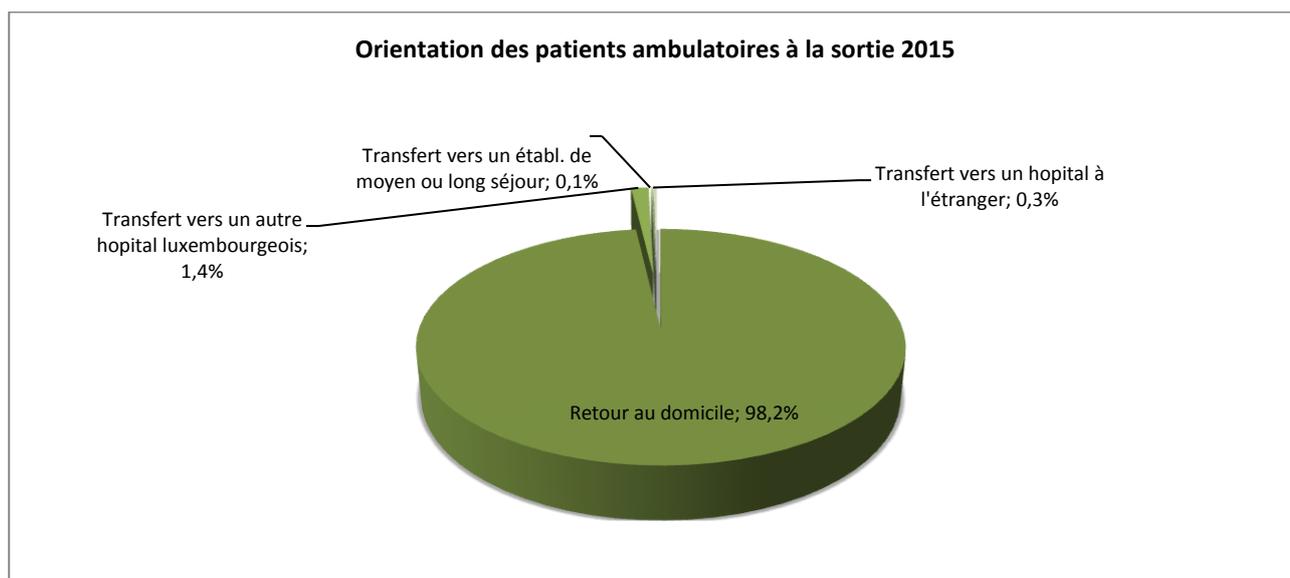
2.5.7. Diagnostic des patients pris en charge en ambulatoire par groupe pathologique

	Patients ambulatoires		Journées nombre	DMS jours	Jours de traitement jours
	nombre	pourcentage			
Traumatologie – Orthopédie					
Polytraumatismes	57	2,4%	6714	118	45
Membres supérieurs	437	18,4%	37682	86	31
Fractures du bassin	8	0,3%	827	103	39
Hanches	262	11,0%	17832	68	28
Genoux – jambes – pieds	543	22,9%	39177	72	28
Algoneurodystrophies	21	0,9%	2713	129	53
Amputations	22	0,9%	1362	62	20
Rachis	243	10,2%	19175	79	24
Rhumatismes inflammatoires – Polyarthrites rhumatoïdes					
Brûlures	4	0,2%	344	86	31
Neurologie					
Accidents vasculaires cérébraux	220	9,3%	27278	124	46
Traumatismes cranio-encéphaliques graves et dysfonctionnements cérébraux	51	2,1%	5546	109	36
Lésions médullaires	82	3,5%	8968	109	37
Scléroses en plaques	43	1,8%	10525	245	70
Maladies de Parkinson	13	0,5%	1064	82	23
Polyradiculonévrites aiguës – syndrome de Guillain Barré	12	0,5%	1708	142	50
Polyradiculonévrites subaiguës et chroniques	37	1,6%	3943	107	36
Scléroses latérales amyotrophiques	1	0,04%	22	22	2

Autres					
Affections cardio-vasculaires	2	0,08%	101	51	16
Scolioses	8	0,3%	1235	154	26
Pathologies non classées par ailleurs	212	8,9%	17604	83	20
Douloureux chroniques	85	3,6%	7847	92	18

2.5.8. Orientation à la sortie des patients ambulatoires

	Nombre 2015	Pourcentage 2015	Pourcentage Neurologie	Pourcentage Traumatologie/Orthopédie
Transfert vers un autre hôpital luxembourgeois	45	1,9%	3,1%	1,4%
Transfert vers un hôpital à l'étranger	10	0,4%	0,8%	0,3%
Transfert vers un établissement de moyen ou long séjour	5	0,2%	0,5%	0,1%
Retour à domicile	2316	97,5%	95,7%	98,2%

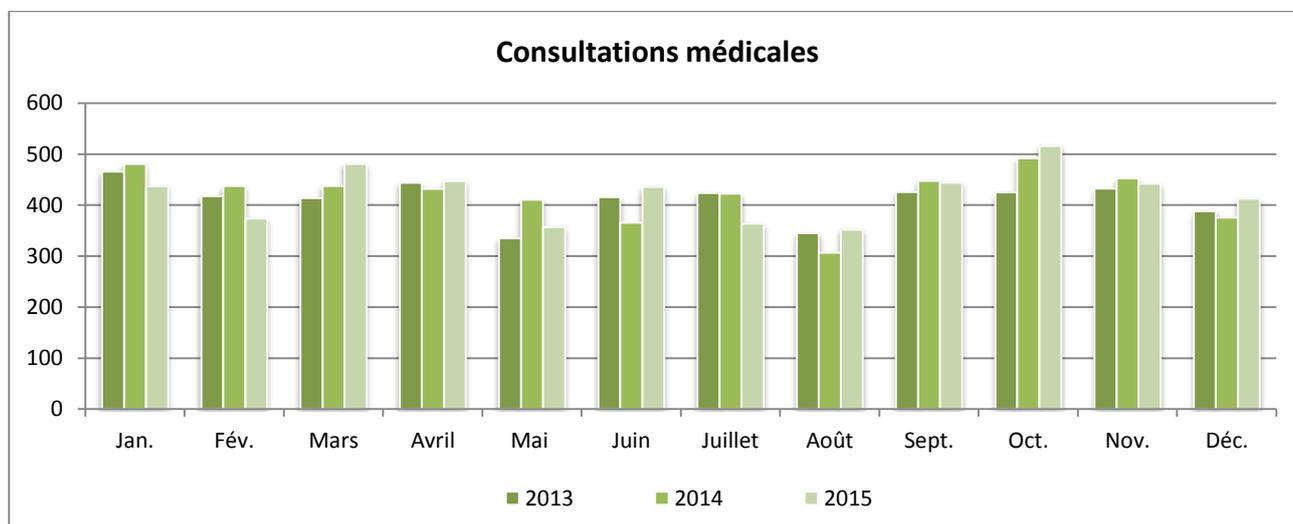


	2013	2014	2015
Retour au domicile	96,9%	98,0%	97,5%
Transfert vers un autre hôpital luxembourgeois	1,9%	1,3%	1,9%
Transfert vers un établissement de moyen ou long séjour	0,4%	0,3%	0,2%
Transfert vers un hôpital à l'étranger	0,9%	0,4%	0,4%

2.6. ACTIVITES MEDICALES

2.6.1. Consultations médicales

5063 consultations hors prise en charge ont été assurées en 2015 pour des avis en vue d'un diagnostic, d'une rééducation ou pour des suivis après rééducation (5065 consultations en 2014).



	Jan.	Fév.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Total	437	374	481	447	357	436	364	352	444	516	442	413
Neurologie	164	135	142	153	126	139	101	114	137	142	152	121
Traumatologie/Orthopédie	273	239	339	294	231	297	263	238	307	374	290	292

	2013	2014	2015
Consultations médicales	4 934	5 065	5 063

2.6.2. Activités 2015 en policlinique explorations fonctionnelles

Activités policlinique explorations fonctionnelles	2013	2014	2015
Passages en policlinique explorations fonctionnelles	4 197	5 636	7 285

Activités policlinique explorations fonctionnelles	2013	2014	2015
Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intra-pelvien	3291	4679	5879
Electrocardiogramme	337	311	344
Electromyographie	88	96	97
Potentiel évoqué visuel			
Potentiel évoqué sensitif	7	10	11
Potentiel évoqué moteur	1	6	2
Débitmétrie mictionnelle	32	70	65
Bilan urodynamique	1	2	

Bilan urodynamique + Débitmètrie + Pression différentielle	125	150	150
AQM avec analyse cinématique tridimensionnelle	2	1	1
AQM avec analyse cinématique et cinétique	5	12	9
AQM avec analyse EMG par électrodes de surface	59	80	68
AQM avec analyse EMG par électrodes fils	7	10	5
Analyse quantifiée statique et dynamique des troubles de la posture et équilibre	172	152	186
Analyse quantifiée statique et dynamique baropodométrique et baropodométrie	69	57	22
Bilan électro physiologique neuro-sexologique	1	0	
Actes techniques			446

2.6.3. Activités 2015 en imagerie médicale

Activités en imagerie médicale	2013	2014	2015
Passages en radiologie	1003	836	734
Passages en échographie	235	174	190

2.6.4. Activités 2015 en endoscopie

Activités en endoscopie	2013	2014	2015
Passages en endoscopie	100	126	92

2.7. ACTIVITES MEDICO-TECHNIQUES

2.7.1. Activités 2015 en kinésithérapie

221 484 passages réalisés en kinésithérapie – hydrothérapie – thérapies gymniques en 2015 :

- 180 969 séances de kinésithérapie ;
- 20 915 séances d'hydrothérapie ;
- 19 600 séances de thérapies gymniques.

Activités en kinésithérapie	2013	2014	2015
Séances de kinésithérapie	171 339	176 571	180 969

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	56 017	32%	55 236	30%	-1,4%
Passages en ambulatoire	120 554	68%	125 733	70%	4,3%
Total	176 571		180 969		

2.7.2. Activités en hydrothérapie

Fermeture de la piscine 2 semaines en août 2015 pour travaux de maintenance.

Activités d'hydrothérapie	2013	2014	2015
Séances d'hydrothérapie	20 943	20 956	20 915

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	877	4%	862	4%	-1,7%
Passages en ambulatoire	20 079	96%	20 053	96%	-0,1%
Total	20 956		20 915		

2.7.3. Activités en thérapies gymniques

Activités en thérapies gymniques	2013	2014	2015
Séances en thérapies gymniques	23 203	21 928	19 600

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	2 105	10%	1 940	10%	-7,8%
Passages en ambulatoire	19 823	90%	17 660	90%	-10,9%
Total	21 928		19 600		

2.7.4. Activités 2015 en ergothérapie

92 479 passages réalisés en ergothérapie en 2015.

Activités en ergothérapie	2013	2014	2015
Passages en ergothérapie	90 398	88 332	92 479

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	34 509	39%	37 830	41%	9,6%
Passages en ambulatoire	53 823	61%	54 649	59%	1,5%
Total	88 332		92 479		

2.7.5. Activités 2015 en psychologie

En 2015, 5 484 passages en psychologie et neuropsychologie.

Activités en psychologie et neuropsychologie	2013	2014	2015
Passages en psychologie ou neuropsychologie	5 745	5 838	5 484

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	1 526	26%	1 646	30%	7,9%
Passages en ambulatoire	4 312	74%	3 838	70%	-11,0%
Total	5 838		5 484		

2.7.6. Activités 2015 en art-thérapie

971 passages pour l'année 2015.

Activités en art-thérapie	2013	2014	2015
Passages en art-thérapie	1 288	568	971

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	289	51%	557	57%	92%
Passages en ambulatoire	279	49%	414	43%	48%
Total	568		971		

2.7.7. Activités 2015 en orthophonie

4 772 passages en orthophonie en 2015.

Activités d'orthophonie	2013	2014	2015
Passages en orthophonie	4 719	5 090	4 772

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	1 842	36%	2 213	46%	20%
Passages en ambulatoire	3 248	64%	2 559	54%	-21%
Total	5 090		4 772		

2.7.8. Activités 2015 en orthoptie

1 752 passages pour l'année 2015.

Activités d'orthoptie	2013	2014	2015
Passages en hospitalisation	2 019	1 570	1 752

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	647	41%	702	40%	8,5%
Passages en ambulatoire	923	59%	1 050	60%	13,8%
Total	1 570		1 752		

2.7.9. Activités 2015 en diététique

928 passages en diététique ont été enregistrés en 2015.

Activités en diététique	2013	2014	2015
Passages en diététique	1 020	1 073	928

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	682	64%	619	67%	-9,2%
Passages en ambulatoire	391	36%	309	33%	-20,9%
Total	1 073		928		

2.7.10. Activités 2015 en policlinique soignante

7 431 passages en policlinique soignante en 2015.

Activités policlinique soignante	2013	2014	2015
Passages en policlinique soignante	6 726	7 233	7 431
Assistance plateau technique	5 822	5 491	8 957

	2014	2015	Variation 2015/2014
	en nombre	en nombre	en %
Passages en policlinique soignante	7 233	7 431	2,7%
Assistance plateau technique	5 491	8 957	63,1%

2.7.11. Activités 2015 en assistance sociale

8 044 passages en assistance sociale ont été enregistrés en 2015.

Activités en assistance sociale	2013	2014	2015
Passages en assistance sociale	8 169	8 055	8 044

	2014		2015		Variation 2015/2014
	en nombre	en %	en nombre	en %	en %
Passages en hospitalisation	3 503	43%	4 180	52%	19,3%
Passages en ambulatoire	4 552	57%	3 864	48%	-15,1%
Total	8 055		8 044		

3. ACTIVITES TRANSVERSES

3.1. COMITE D'EVALUATION ET D'ASSURANCE QUALITE DES PRESTATIONS HOSPITALIERES

Structures de la Démarche Qualité

La Démarche Qualité a comme but de soutenir le développement de toutes les activités réalisées au Centre, et en priorité celles qui permettent de maîtriser les risques et d'atteindre les objectifs stratégiques fixées.

Pour cela, les acteurs concernés au 1er plan collaborent pour couvrir et gérer de façon cohérente les différents volets du domaine « Qualité, Risques et Sécurité » par une sensibilisation à la Culture Sécurité, par le développement et la mise en œuvre de concepts et de nouvelles prestations, ainsi que par la mise en place et la révision de procédures et de pratiques.

Sensibilisation à la culture Sécurité

La sensibilisation à la Sécurité est réalisée à travers plusieurs formations telles que Sécurité médicamenteuse, Identitiovigilance, Evénements indésirables, Hygiène, Prévention Incendie et plan d'évacuation, Prévention Chutes, etc.

Les chargés de cours émanent de différents métiers et services : coordinatrice qualité, préposé à la sécurité, infirmière hygiéniste, auditrice PRN, etc.

Bilan par rapport aux objectifs 2015

Objectifs	Résultats
Le concept de gestion des risques est revu	En attente de la standardisation de l'approche nationale.
La sécurité des patients est améliorée	Les projets suivants sont mis en programme : Equilibre, Prévention Chutes, Prescription médicamenteuse informatisée, Reharéck. Le Centre participe aux projets nationaux « Sécurité médicamenteuse » et « Identitiovigilance ». Les résultats 2015 issus du système de signalement des événements indésirables sont en cours d'analyse.
Une revue du management de la qualité est réalisée	La revue menée fin 2015 a permis d'évaluer la maturité des processus et d'alimenter l'autoévaluation sur la qualité du management. Les conclusions seront considérées lors de la révision du projet d'établissement 2016-2020.
Des processus sont formalisés	Des travaux en lien avec les processus « Enseigner » et « Participer et conduire des programmes de Recherche et de Développement » sont soit réalisés (Règlement interne portant sur les stages, cours et mémoires ; Livret du stagiaire), soit en cours.
Un travail sur les processus et procédures prioritaires est réalisé	Suite aux travaux de la réorganisation de la prise en charge, la revue du processus « Prise en charge des patients accidentés de la vie » a été présentée lors du Conseil d'Administration de décembre 2015.
Le travail sur les tableaux de bord est repris / continué	Le développement des indicateurs pertinents et utiles par processus est en cours et ils seront réalisés en lien avec les résultats attendus du projet d'établissement 2016-2020.
Des enquêtes sont réalisées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquête auprès des partenaires médicaux et soignants ▪ Enquêtes spécifiques et en continue auprès des patients ▪ Enquête auprès des collaborateurs (Staffs internes) stagiaires (Livret du stagiaire).

Projet de la réorganisation de la PEC	<p>Une revue de la réorganisation de la prise en charge a été menée.</p> <p>Ce projet a pour objectif principal d'améliorer et d'optimiser la qualité de la prise en charge des patients en ambulatoire et en hospitalisation à travers une revue complète du fonctionnement du Centre.</p> <p>Toutes les couches de l'organisation ont été impliquées : les membres de la Direction, les représentants du corps médical, du corps soignant, et des thérapeutes, ainsi que du personnel administratif aussi bien sous la direction médicale que sous la direction administrative et financière (planification, secrétariat médical, gestion patient, etc.).</p> <p>Une phase test est planifiée pour un lancement au 1er trimestre 2016.</p> <p>Ces travaux ont mené, en parallèle, à la création et l'enrichissement du référentiel métier, dont la cartographie des processus de la prise en charge du patient, et à la conception de l'organigramme fonctionnel.</p> <p>L'ensemble des résultats des travaux menés dans le cadre du projet de réorganisation a été consolidé au sein d'un référentiel unique mettant au centre de l'organisation le flux de prise en charge des patients, de la préadmission jusqu'à la sortie.</p>
---------------------------------------	--

Des réunions entre le directeur et la Coordinatrice Qualité ont permis d'orienter et de décider sur des dossiers en cours.

La coordinatrice qualité participe régulièrement aux réunions organisées par le Ministère de la Santé et par la FHL, et a participé au comité de pilotage du projet « Réorganisation des activités de la prise en charge ».

Objectifs 2016

Les objectifs 2016 sont proposés sur base de l'analyse des facteurs critiques :

- Mise en place d'un comité de réflexion traitant de la stratégie du Rehasenter.
- Amélioration de la communication autour de la Qualité.
- Les processus sont améliorés en termes de formalisation, définition des objectifs, mise en place d'outils de surveillance et de mesures, communication.
- La gestion documentaire est conceptualisée et mise en œuvre (systémique, nomenclature, accessibilité, modèles, ...).
- Le concept des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) est développé et prêt à l'emploi.
- Amélioration continue de la gestion des risques.

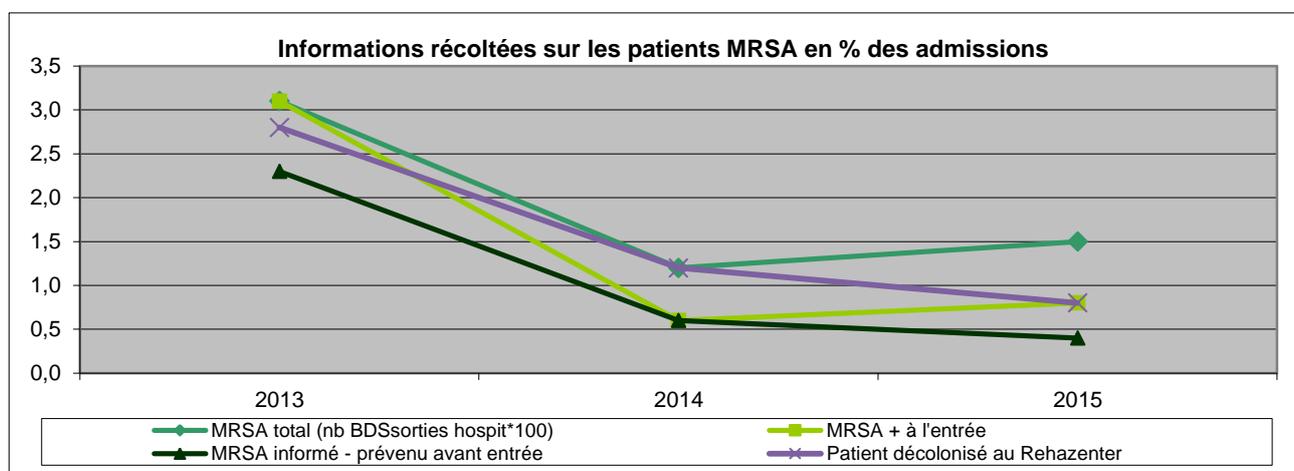
3.2. COMITE DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CPIN)

Durant l'année 2015, le Comité de Prévention de l'Infection Nosocomiale s'est réuni à 4 reprises avec un taux de participation de 78,57%.

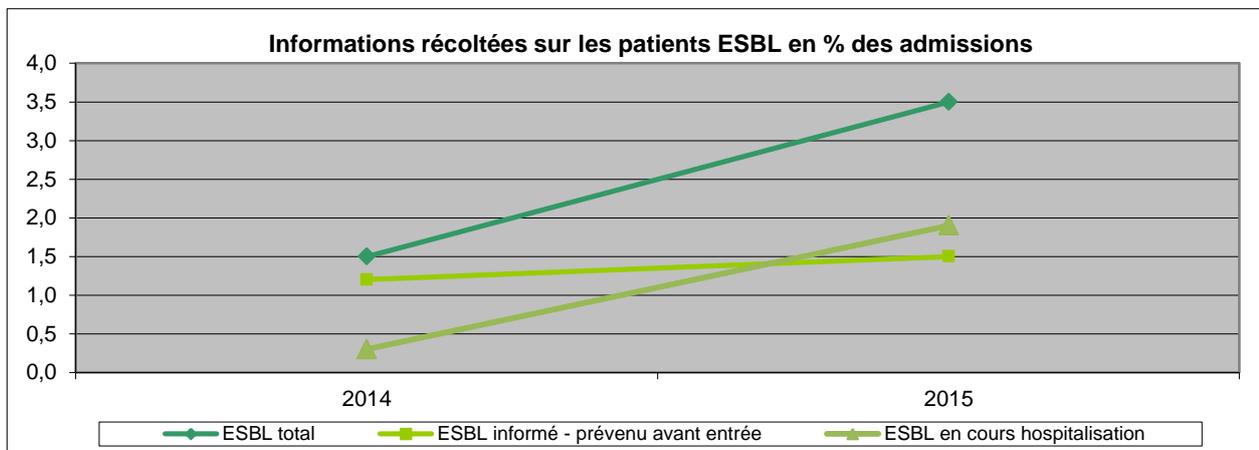
Objectifs et résultats 2015 :

- Observations sur l'hygiène des mains afin d'évaluer la situation actuelle :
L'infirmière hygiéniste a procédé à plusieurs observations sur l'hygiène des mains en 2015 dans différents services. Le nombre d'observations a été inférieur à celui des années précédentes et certains services ont été peu observés (médecins, NRC). Les résultats obtenus montrent une légère amélioration du taux d'observance globale de l'hygiène des mains Rehasenter sous réserve d'un biais possible dû au changement d'observateur. Les différents résultats de chaque service devront être communiqués.
- Rappels répétitifs sur l'importance de l'hygiène des mains au niveau des professionnels de santé et des médecins, des patients et des visiteurs par des campagnes d'affichage, des actions ciblées sur la journée de l'hygiène des mains entre autre.

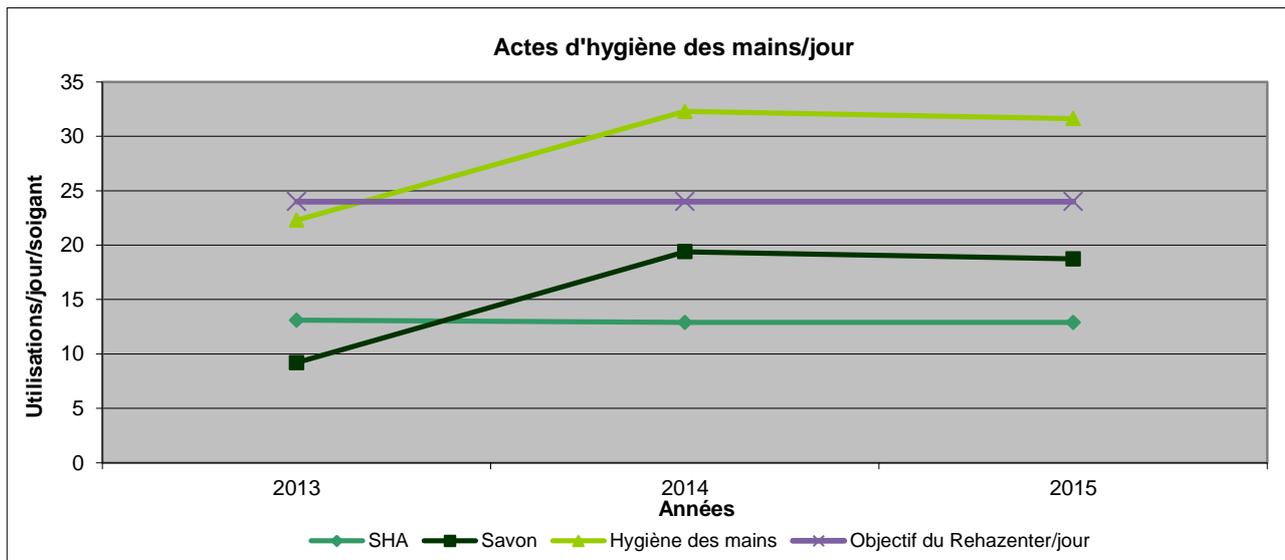
- Plusieurs actions ont eu lieu au cours de l'année 2015 : formations, journée hygiène des mains, affichage pour les patients et les visiteurs pour les inciter à participer à l'hygiène des mains.
- Mise à jour de la gestion des précautions additionnelles au RehaZenter selon les dernières recommandations en vigueur :
 - Détermination des principaux types d'isolements et de leurs caractéristiques;
 - Réalisation de fiches techniques;
 - Formation du personnel;
 - Mise à disposition de documents d'aide pour la prise en charge de ces patients.
 - La mise en pratique de cette nouvelle gestion des précautions additionnelles a eu lieu en février 2016. Il reste une partie du personnel à former.
- Organisation de contrôles et de maintenances en routine des laveurs-désinfecteurs pour urinaux et bassins de lit.
L'infirmière hygiéniste se familiarise avec les logiciels de vérification des couples temps/T° des laveurs-désinfecteurs et de la sonde de température. La vérification effective de tous les laveurs-désinfecteurs est prévue pour le premier semestre 2016.
- Inclusion sur la base du volontariat au groupe de référents en hygiène d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes et d'orthophoniste si possible.
Des volontaires ergothérapeutes et une orthophoniste sont désormais référents en hygiène pour leurs services et ont déjà reçu une formation.
La proposition de référents a été faite auprès des kinésithérapeutes.
- En ce qui concerne la gestion des patients placés en précautions additionnelles au RehaZenter, le dossier informatisé 4D REHA nous donne les informations épidémiologiques suivantes :
 - Il y a eu 3424 journées d'isolement qui ont concerné 37 patients pour 51 épisodes d'isolements
 - Des MRSA dans 8 situations
 - Suspicion de MRSA dans 2 situations
 - Des ESBL dans 18 situations (7 Klebsiella, 1 Enterobacter, 7 E.Coli, 1 Citrobacter, 1 Klebsiella oxyta, 1 Acinetobacter)
 - 1 entérobactérie productrice de carbapénèmases (EPC)
 - Des Pseudomonas multi-résistants dans 7 situations
 - Suspicion de Clostridium difficile dans 1 situation
 - Un Enterococcus multi-résistant dans 5 situations
 - Un Enterobacter multi-résistant dans 1 situation
 - Un isolement sans germe retrouvé dans 3 situations.



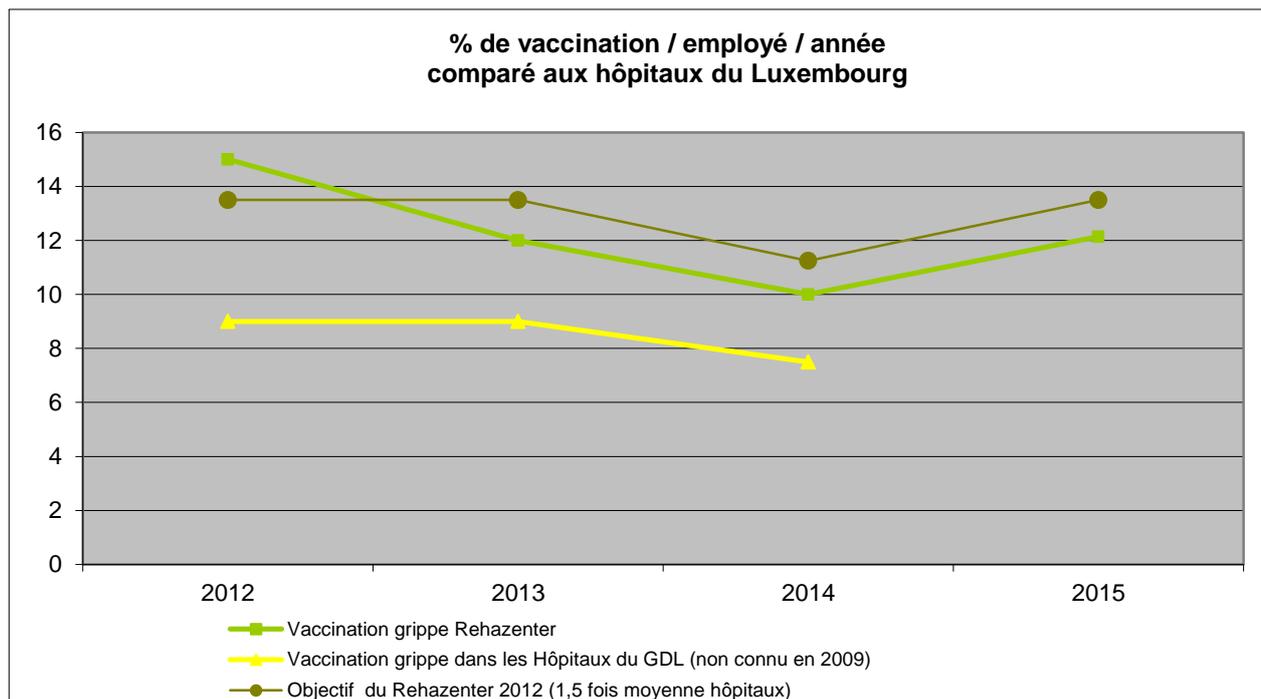
Le nombre de MRSA+ a augmenté en 2015 au RehaZenter : Ceci peut s'expliquer par l'augmentation globale du nombre d'isolements. Après de multiples tentatives de décolonisation chez les patients porteurs de MRSA, 50% d'entre eux ont pu être décolonisés.



Le nombre de patients ESBL+ a également augmenté en 2015, (de 1,5% en 2014 à 3,5 % en 2015). Les données nationales sont également en augmentation. Il y a eu plus de découvertes fortuites de patients porteurs d'ESBL+ que de patients pour lesquels l'information du portage d'ESBL avait été communiquée avant l'entrée.



Le respect de l'hygiène des mains continue d'augmenter au centre. L'objectif de 24 actes par jour/professionnel de santé est atteint depuis 2014. Il s'agit là du résultat d'un travail de fond (formations-évaluations-rappels, campagne d'hygiène des mains...). Une nette augmentation de l'utilisation du savon est observée en 2014 et se maintient ensuite. L'objectif pour les prochaines années sera de 34 actes par jour/professionnel de santé.



Le nombre de personnes vaccinées (en %) a légèrement augmenté par rapport aux années précédentes. Des rappels fréquents par mail ainsi qu'un passage dans les différents services peuvent expliquer cette augmentation. Toutefois la cible de 13,5% n'est pas atteinte.

Objectifs 2016

Pour l'année 2016 les principaux objectifs sont :

- Rappels répétitifs sur l'importance de l'hygiène des mains au niveau des professionnels de santé et des médecins, des patients et des visiteurs par des campagnes d'affichage, des actions ciblées sur la journée de l'hygiène des mains entre autre
- Evaluation de la mise à jour des précautions additionnelles et de leur incidence sur le respect de l'hygiène des mains par les visiteurs et les patients
- Participation à l'enquête européenne « Point Prevalence Survey » et peut être HALT également
- Organisation de contrôles et de maintenances en routine des laveurs-désinfecteurs pour urinaux et bassins de lit.

4. LE PERSONNEL

Effectif du Rehazenter	
Nombre de collaborateurs au 31.12.2015	280
Nombre d'ETP au 31.12.2015	260,53

