



InSight

SantéSécu

INFORMATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Chères lectrices,
chers lecteurs,

QUE VOUS OFFRE INSIGHT SANTÉ SÉCU ? Des chiffres, faits et actualités du Ministère de la Santé et du Ministère de la Sécurité sociale.

POURQUOI ? Plus d'informations, davantage de transparence et meilleure coordination. Pour qui ? Pour tous les acteurs du secteur de la santé au Luxembourg.

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE ! Envoyez-nous vos commentaires par courriel à l'adresse suivante : insight.santesecu@mss.etat.lu

PLUS D'INFORMATIONS SUR LES SITES SUIVANTS :
www.ms.etat.lu
www.mss.public.lu

CONTENU

LA DOCUMENTATION : Un élément indispensable en vue de la modernisation du secteur de la santé. **DOCUMENTATION HOSPITALIÈRE :** Les travaux, qui ont été réalisés. **COMMISSION CONSULTATIVE :** État des lieux et agenda de travail. **LA COMMISSION :** Qui sont les membres de l'équipe ? **RAYMOND WAGENER :** Nous ne commençons pas à zéro. **AGENDA DU PROJET :** Les travaux et thématiques d'attention. **NUMÉROS SPÉCIAUX DE INSIGHT SANTÉSÉCU :** de plus amples informations en automne. **CARTOON:** Secret luxembourgeois.

La documentation - un élément indispensable en vue de la modernisation du secteur de la santé

Un nouveau système de documentation est sur le point d'être lancé dans les hôpitaux. L'envergure du projet est telle que cette édition de Insight SantéSécu est entièrement consacrée à la phase d'introduction.

Travail d'équipe. Actuellement, la prise en charge dans le secteur des soins de santé repose de plus en plus souvent sur le travail de toute une équipe. Les actes et services fournis par les professionnels issus de différents domaines médicaux spécialisés et les membres des professions de la santé convergent au sein du système complexe des soins de santé. Un tel système ne peut fonctionner efficacement dans l'intérêt du patient que si les différentes étapes de la prise en charge sont faciles à appréhender et transparentes. C'est la raison pour laquelle le Luxembourg introduit de nouveaux standards de documentation dans les hôpitaux.

Clarté des données au niveau européen. Dès 2008, un groupe de travail interministériel a relevé le défi d'élaborer et d'introduire des standards de documentation pour le domaine des soins de santé.



Depuis 2011, l'accent a été mis sur une saisie plus différenciée des procédures et maladies à l'hôpital. A cette fin, la CCAM et les règles nationales de codage ICD-10 (voir page 3) sont mises en place à titre de nouveaux standards de documentation. Cette décision s'explique également par la nécessité de disposer de données claires, tel que requis par la directive européenne concernant les droits des patients. Ce n'est qu'ainsi que pourront être évités, au niveau transfrontalier, des malentendus lors de l'information des patients.

Preuve d'une qualité élevée. Ce n'est pourtant pas la seule raison de la nécessité d'une documentation différenciée au sein des hôpitaux luxembourgeois. Le nouveau système doit enfin permettre d'apporter une preuve objective de la qualité médicale élevée ressentie. Le Grand-Duché pourra ainsi bien se positionner dans le contexte international, étant donné que la qualité réelle des procédures et résultats sera prouvée moyennant des standards de documentation. Autre avantage : L'assurance-qualité est d'autant plus facile que les données disponibles sont claires.

Un grand merci à tous les collaborateurs et partenaires qui, jusqu'à présent, ont contribué à l'avancement et à la réussite du projet. L'optimisation de la documentation est l'élément-clé en vue de la modernisation du système des soins de santé. Grâce à l'engagement de toutes les personnes impliquées, la phase concrète d'exécution pourra désormais débiter.

(Ministre Mars Di Bartolomeo)

Documentation hospitalière : les travaux qui ont été réalisés

Pouvoir disposer de données médicales codées, fiables et représentatives de l'activité médicale globale et des pathologies prises en charge au Luxembourg est une demande récurrente depuis la rédaction de la première carte sanitaire. Des travaux ont été menés depuis 2008 pour trouver des solutions afin de répondre à ce besoin crucial.

La préparation du texte de loi concernant la réforme du système de santé de 2010 a été l'occasion pour un groupe de travail composé de professionnels de l'administration de se pencher sur cette demande. La réponse à apporter à ce besoin de données est devenue plus urgente début 2011 suite à l'obligation de transposition en



droit national de la directive européenne concernant les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Il avait été envisagé historiquement de mettre en place une documentation de l'ensemble de l'activité médicale. Mais devant l'ampleur et la complexité du travail, le projet a été recentré dès 2011 sur la mise en place d'une documentation sur les prises en charge dans les établissements hospitaliers.

Outils pour coder les diagnostics et les actes : la décision de coder les diagnostics de sortie de l'hôpital à l'aide de la classification internationale des maladies dans sa 10ème révision est déjà inscrite au titre IX art. 52 de la convention entre la CNS (anciennement Union des caisses de maladie) et l'Association des médecins et médecins-dentistes, conclue en exécution de l'article 61 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Par contre le groupe de travail a constaté dès 2008 que la nomenclature des actes médicaux luxembourgeoise ne pouvait pas être considérée comme une classification contemporaine des procédures médicales étant donné, entre autres, son but essentiellement tarifaire, son développement limité sans rapport avec la complexité des procédures médicales pratiquées dans le pays et le non-respect des recommandations de la norme européenne EU-1828 sur les classifications des procédures médicales. Il a donc été proposé de réaliser une comparaison des classifications actuellement disponibles au niveau international, comme l'ICD-10 PCS, l'ICD-9 PCS, la NOMESCO, l'OPS, la CCAM et l'ICHI afin d'identifier celle qui pourrait servir de référence pour le Luxembourg. Un groupe de travail a établi à partir des données de la littérature et en tenant compte du fonctionnement de notre système de santé une grille d'analyse avec liste de critères attendus. Pour chacune des classifications, des qualités ont été reconnues (évolutivité, exhaustivité, le caractère univoque des codes, ..), des points négatifs ont été notés (langues de publication, évolutivité limitée, absence d'utilisation en Europe, sous licence d'une société privée donc potentiellement onéreuse, ...).

Organisations possibles pour le codage des données : dans le même temps, des membres du groupe de travail sont allés rendre visite à des équipes responsables du codage de l'information médicale dans des hôpitaux frontaliers afin de mieux appréhender les enjeux et les impacts des différentes possibilités organisationnelles pour le codage (codage dit centralisé, décentralisé ou encore mixte).

Des avis d'experts français, belges et allemands ont été entendus, des réunions d'explications ont été organisées avec des représentants du monde hospitalier. La plus marquante a été la conférence en présence du Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, le 28 septembre 2011 à l'hôtel NH. Une synthèse des réflexions du groupe de travail y a été présentée et différents acteurs du monde hospitalier et universitaire, dont



Photo : Picture-Factory - Fotolia.com

Les nouvelles règles de codage permettent une meilleure différenciation du diagnostic.



des représentants d'hôpitaux luxembourgeois qui travaillaient déjà avec la CCAM, ont pu y exposer leurs connaissances et utilisation de deux classifications actuelles des actes médicaux, la CCAM et l'ICD-10 PCS. Cette conférence a été la source d'un argumentaire détaillé rédigé à l'attention du Ministre pour l'aider dans sa réflexion concernant le choix d'une classification des procédures médicales.

Adapter au contexte luxembourgeois. En novembre 2011, le Conseil de Gouvernement a décidé de prendre comme référence la CCAM mais de l'adapter au contexte luxembourgeois. Pour l'instant, c'est la classification contemporaine qui répond au plus grand nombre de critères qualité attendus pour une nomenclature.

Phase de préparation active des outils en 2012. Début janvier 2012, avec l'appui de la Cellule d'expertise médicale nouvellement créée, le projet de mise en place d'une documentation hospitalière est passé dans sa phase de préparation active et concrète : audit au sein des hôpitaux pour faire l'état des lieux des systèmes de documentation existants et identifier les facteurs favorisant et les freins à l'implémentation de nouvelles procédures de description de l'activité médicale, préparation d'un guide de codage pour les diagnostics, rédaction d'un manuel de codage des actes avec la CCAM-L (classification commune des actes médicaux luxembourgeoise) et élaboration d'un protocole d'étude pour une phase test.

Un groupe de travail associant les représentants des conseils médicaux, la FHL, le monde hospitalier et les institutions s'est réuni à plusieurs reprises durant toute cette année 2012 et encore en 2013 pour permettre l'avancement du projet et l'information de l'ensemble des partenaires. Ce groupe a permis la prise en compte des besoins des différents partenaires du projet.

La Commission consultative. Pour asseoir la représentativité nationale de tout ce travail préparatoire, une proposition de règlement grand-ducal créant la Commission consultative de documentation hospitalière (CCDH) a été rédigée et votée fin 2012 (voir page 5).

(Dr Isabelle Rolland-Portal, Administration du contrôle médical de la sécurité sociale)



Commission consultative : Etat des lieux et agenda de travail

La première réunion de la Commission consultative de la documentation hospitalière s'est tenue le 15 mai 2013 dans les locaux du ministère de la sécurité sociale. Après un bref état des lieux, les membres se sont mis d'accord sur la feuille de route.

Travaux préalables. La Commission a pris le relais des travaux menés par le groupe préexistant. La majorité des membres ayant pris part aux réflexions préalables, la transmission du dossier en fut d'autant plus facilitée. Lors de cette première réunion, les membres se sont entendus sur le périmètre de la mission et sur les objectifs à atteindre. Ils ont aussi pris connaissance de tous les documents issus des travaux menés ces dernières années par les institutions et le groupe de travail des professionnels.

Points à l'agenda. Préparer la phase test pour l'automne 2013 et tester le système avec des services volontaires : ce sont les 2 points prioritaires à l'agenda des travaux de la Commission. Celle-ci a rappelé sa volonté forte de mettre en place une phase test dès l'automne 2013 dans des services hospitaliers volontaires. Ce planning tient compte de la mise en place de la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (cf. InSight numéro 1/2013) et de la nécessité à court terme, que ce soit pour les hôpitaux, la CNS ou pour les institutions nationales, de disposer de données validées et cohérentes.

D'ici fin juin 2013 les membres de la Commission prennent connaissance des documents préparés par le groupe de travail pour la phase test et font part de leurs remarques et commentaires. Ces documents devront être validés pour le démarrage de la phase test. Une nouvelle réunion est prévue le 3 juillet 2013 pour finaliser le travail. La Commission a fait part de son souhait de voir se constituer un groupe de travail réunissant les professionnels mandatés par les établissements hospitaliers pour la mise en place de la documentation hospitalière. Ce groupe devra envisager les aspects techniques en lien avec le projet.

Automne 2013. La Commission suivra le déploiement de la phase test. L'évaluation de cette phase devrait avoir lieu entre 4 à 6 mois après le démarrage et donnera lieu à la rédaction d'un rapport par un expert adressé à la Commission.

(Dr Florence Romano-Girard, Cellule d'expertise médicale)



Photo : i-l-fede - Fotolia.com
La Commission consultative nouvellement créée aura du pain sur la planche.



La Commission : Qui sont les membres de l'équipe ?

La Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH) a été instituée par Règlement Grand-Ducal (RGD) le 26 décembre 2012 : placée sous l'autorité des Ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, elle a pour mission d'accompagner au niveau national la mise en place d'un système de documentation hospitalière par les établissements hospitaliers.

Les membres. La CCDH est présidée par M. Raymond Wagener, directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les membres (et membres suppléants) de la CCDH ont été nommés par arrêté ministériel du 6 mars 2013 : Dr Isabelle Rolland (Dr Raoul Hartert) pour le Contrôle médical de la sécurité sociale, M. Jean-Paul Juchem

(M. José Balanzategui) pour la Caisse nationale de santé, Dr Florence Romano (Mme Pascale Oster) pour la Cellule d'expertise médicale, ainsi que, pour la Fédération des hôpitaux luxembourgeois : Prof Dr Hans-Joachim Schubert (Dr Michel Nathan), Dr Catherine Boisanté (Dr Claude Birgen), M. Christian Oberle (M. Jean-Paul Freichel), M. Serge Haag (M. René Haagen), et Dr Jules Hoffelt pour les conseils médicaux. M. Heiko Zimmermann représente l'Agence nationale des informations parta-

gées dans le domaine de la santé. La vice-présidence est assurée par le Dr Françoise Berthet (Direction de la Santé), représentant le Ministre de la Santé, et le secrétariat par M. Laurent Falchero.

Sur base de travaux préparatoires menés depuis 2008 (voir page 7), la CCDH va déterminer le type d'organisation des structures ou services responsables pour l'information médicale à l'intérieur de l'hôpital et en charge de la mise en place des procédures, des méthodes et des outils appropriés. Cette structure devra être garante de la qualité des données recueillies et du respect des règles de codage. Les travaux de la CCDH sont animés par la volonté d'arriver à une solution permettant à tous les acteurs, hospitaliers et institutionnels, de bénéficier d'une information pertinente et utile, répondant à leurs besoins.

(Dr Françoise Berthet, Direction de la Santé)



Les membres de l'équipe de la Commission consultative représentent des institutions diverses.



Raymond Wagener: « Nous ne commençons pas à zéro ! »

La Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH) s'acquittera de la mission lui confiée de manière unanime, tout en axant ses travaux sur les résultats à atteindre. Raymond Wagener, en sa qualité de Président de la Commission, s'y emploiera de toutes ses forces. Un entretien avec le Directeur de l'IGSS.

Quelle est la philosophie de travail que vous souhaitez insuffler à la Commission ?

Wagener: Il me tient tout particulièrement à coeur d'attaquer les tâches qui nous attendent de manière constructive, en coordination étroite avec les médecins, les hôpitaux, la CNS et le Ministère de la Santé et celui de la Sécurité sociale. Il s'agit de trouver un dénominateur commun pour les différents intérêts des groupes impliqués de manière à créer un système susceptible de profiter et d'apporter des avantages à tous. À cet égard, l'objectif est de répondre pleinement aux attentes placées dans le système.

Comment avez-vous ressenti l'ambiance de travail lors de la première réunion qui a déjà eu lieu ?

Wagener: Très cordiale. Manifestement, tout le monde aspire à trouver des solutions constructives pour la mise en place du nouveau système.

Quel est votre point de vue des résultats de travail préparatoires qui servent de base aux travaux de la Commission ?

Wagener: Heureusement, nous ne commençons pas à zéro, mais pouvons nous appuyer sur d'excellents préparatifs. Il reste toutefois encore à la Commission d'évaluer et de valider les différents documents.

Y a-t-il éventuellement des problèmes à surmonter ?

Wagener: Bien sûr. C'est là le but de la phase test. Elle nous permettra de mettre le codage, la saisie des données et la qualité des données, c.-à-d. l'ensemble de la gestion des données, à l'essai sur le terrain. En cas de survenance de problèmes, nous pourrions trouver les solutions adéquates.

(L'entretien a été mené par Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)



Photo : IGSS

Raymond Wagener, directeur de l'IGSS et président de la Commission consultative.



Agenda du projet : les travaux et thématiques d'attention

Suite à la mise en place de la Commission consultative de la documentation hospitalière, le projet rentre dans une phase active de validation des outils puis de phase test.

La validation des outils et des référentiels est une des missions de la Commission consultative de la documentation hospitalière. C'est un préalable à la mise en place de la phase test. La Commission est attentive à la cohérence de la proposition d'organisation et de recueil des données par rapport aux objectifs du projet et à la faisabilité.

Un groupe de travail rassemblant des professionnels missionnés par leur établissement hospitalier pour mettre en place la documentation hospitalière va être constitué par l'intermédiaire de la FHL (Fédération des hôpitaux luxembourgeois) (voir page 5). Il sera réuni courant juin avec des représentants de la CNS et des institutions nationales pour discuter des aspects plus techniques en lien avec le projet et faciliter le déploiement de la phase test. Les informations issues de ce groupe seront communiquées à la Commission.

La phase test : même si les besoins et les résultats de l'état des lieux réalisés dans les hôpitaux ont été pris en compte dans la proposition de système de documentation hospitalière, des adaptations devront être envisagées avant un déploiement sur l'ensemble des services hospitaliers. La phase test a pour objectif d'évaluer sur le terrain le système de documentation hospitalière tel qu'imaginé et de tester les outils et les référentiels proposés aux établissements hospitaliers. Cette phase est l'occasion d'identifier les forces, les faiblesses, les leviers et les opportunités pour la montée en charge de la documentation. C'est aussi une étape importante pour l'appropriation des outils par les professionnels et plus particulièrement pour les professionnels missionnés par leur établissement pour la mise en place de la documentation hospitalière.

Comment participer à cette phase du projet ? Des informations pratiques sur les modalités de candidature vont être diffusées auprès des services hospitaliers qui souhaiteraient être volontaires pour participer à la phase test. Ces candidatures seront examinées par la Commission consultative de la documentation hospitalière afin d'assurer un éventail de services et d'activité hospitalière le plus large possible pour permettre de tester le système.

Formation et expertise en codage : les experts qui accompagnent le projet pour les institutions nationales seront présents pour un séminaire de travail début juillet. Si cela s'avère nécessaire, une présentation de la CCAM dans une version



Photo : Rido - Fotolia.com

Prêt pour la phase test ? Les préparatifs commencent dès maintenant.



adaptée aux besoins du Luxembourg pourra être proposée à un groupe restreint de professionnels en charge du déploiement du projet. Les attentes et besoins en termes de formation seront recensés pour permettre d'adapter les documents et outils pédagogiques pour un deuxième temps de formation à l'automne pour les professionnels de terrain. Ces formations pourront être par la suite déployées auprès des professionnels des établissements hospitaliers selon les besoins.

Gestion et sécurité des données : des travaux tenant compte de la nature des données et de la législation sont en cours auprès des institutions nationales pour la mise en place du flux sécurisé des données afin d'offrir toutes les garanties nécessaires pour la phase test.

(Dr Florence Romano-Girard, Cellule d'expertise médicale)

Numéros spéciaux de Insight SantéSécu : de plus amples informations en automne

Quelles seront, après la phase test, les prochaines étapes en vue de l'introduction des nouveaux standards de documentation dans les hôpitaux ? Toutes les informations nécessaires à cet égard seront présentées dans un numéro spécial français et allemand de Insight SantéSécu fin automne.

Sujets traités : Les deux numéros spéciaux se pencheront plus en détail sur les progrès déjà réalisés et sur la phase test. Ils préciseront par ailleurs les futures étapes de mise en oeuvre et présenteront la clé de diagnostic ICD10 de même que la documentation des procédures CCAM, ce sous l'angle de leurs effets et de leur valeur ajoutée.

Qu'est-ce qui change concrètement pour les médecins ou les autres groupes concernés? Qui procède au codage ? Y aura-t-il des formations et à partir de quand ? Quelles sont les interactions possibles entre le dossier médical électronique et le mode de documentation ? Quelles sont les précautions à prendre en matière de protection des données ? Et, finalement : Pourquoi une documentation optimisée est-elle indispensable compte tenu de la directive européenne concernant les droits des patients ? Les deux numéros spéciaux ne manqueront pas de répondre également à ces questions. Pour la suggestion d'autres thèmes, n'hésitez pas à contacter la rédaction par courriel à l'adresse insight.santesecu@mss.etat.lu.

(Beatrice Wolter, Rédaction Insight SantéSécu)

Mentions légales

Editeur
Ministère de la Santé et Ministère de la
Sécurité sociale du Luxembourg

Responsable de la publication
Mars Di Bartolomeo, Ministre

Chargé de la publication
KomPart Verlagsgesellschaft
mbH & Co.KG Bonn

Rédaction
Dr. phil. Beatrice Wolter (KomPart);
Ministère de la Sécurité Sociale,
Ministère de la Santé;
E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu



InSight

SantéSécu

INFORMATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

