

HL info



Entente des Hôpitaux
Luxembourgeois



EFQM Member
Shares what works.

N° 15 • SEPTEMBRE 2010

HealthCast

La personnalisation des diagnostics, des soins et des traitements

Ce nouveau rapport publié par l'Institut de recherches sur la santé (Health Research Institute) de PricewaterhouseCoopers est l'aboutissement de l'étude de 25 systèmes de soins à travers le monde réalisée sur une période d'un an.

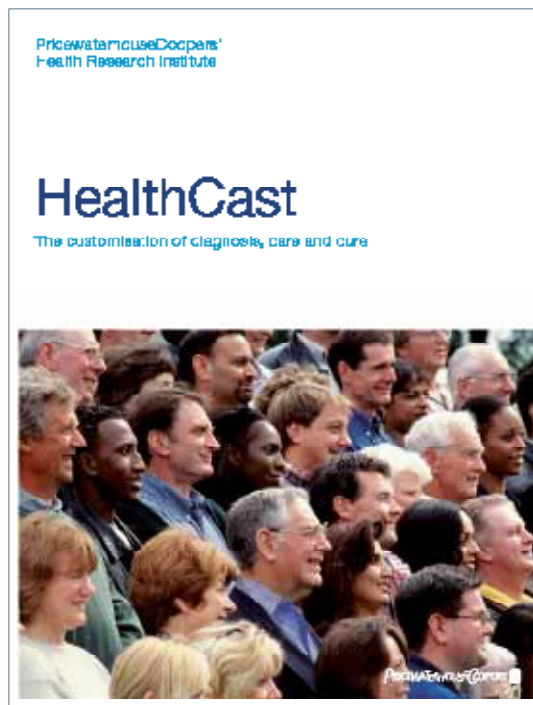
Ces recherches ont permis de mettre en évidence un phénomène qui touche à la fois les pays développés et les pays émergents: face à la récession mondiale et aux pressions exercées pour réduire les dépenses de santé publique liées aux maladies chroniques, les chefs d'Etat et les responsables en matière de santé se sont rendus compte que les particuliers doivent jouer un rôle plus important dans la gestion de leur santé et de leurs dépenses totales de santé.

Cette étude se situe dans le prolongement de trois rapports publiés précédemment par l'Institut de recherches sur la santé de PwC. Dès 1999, l'un de ces rapports avait déjà prévu que la société de consommation, la génomique et Internet allaient influencer le domaine de la santé. Cette étude se penche par ailleurs sur les dernières évolutions dans les domaines de la santé et des sciences de la vie au Luxembourg.

Vos contacts chez PricewaterhouseCoopers Luxembourg:

Luc Henzig
Associé
(+352) 49 48 48 2575
luc.henzig@lu.pwc.com

Laurent Probst
Associé
(+352) 49 48 48 2564
laurent.probst@lu.pwc.com



Citation de Mars di Bartolomeo, Ministre luxembourgeois de la Santé :

« Les gens n'arrêtent pas de me dire: d'ici 20 ans, vous ne serez plus en mesure de financer votre système de santé. Et ils ont raison. Ils ont raison si nous maintenons le statu quo et qu'aucune évolution n'a lieu ».

Vous trouverez cette étude (en anglais) sur notre site internet:
www.pwc.com/lu

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

page 3	Editorial
page 5	AVIS de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois relatif au texte de l'avant projet de loi portant réforme du système des soins de santé
page 9	Prise de position de l'EHL (droit de réponse) à la position de l'AMMD dans l'édition du Corps Médical
page 13	Assemblée Générale Ordinaire du 20 avril 2010
page 17	Aperçu sur la responsabilité pénale des personnes morales
page 21	CHEM - Le laboratoire du sommeil
page 23	REHAZENTER - La Cellule Luxembourgeoise d'Evaluation à la Conduite Automobile Réadaptée (CLECAR)
page 27	2 Stonne Velo Kirchberg
page 28	CBK - Journée d'étude du 19 novembre 2010
page 29	ZithaGesondheetsZenter - Nos programmes de coaching du 20 septembre au 20 décembre 2010
page 30	L'EHL soutient EUROPA DONNA Luxembourg
page 31	L'EHL: un terrain de stage
page 32	Ministère de la Santé - Espaces sans fumée, le bon réflexe santé!
page 34	MLQ - Communiqué de presse sur le Guide Luxembourgeois pour la Qualité 2010
page 35	CFPC Dr Robert Widong - nouvelles formations 2010 - 2011
page 37	Ministère de la Santé - Nouvelle publication sur l'euthanasie
page 38	Liste des membres EHL
page 40	Liste du personnel de l'EHL

UNE DYNAMIQUE TOURNÉE VERS L'INTÉRÊT DE NOS CLIENTS



GRAS SAVOYE LUXEMBOURG
un savoir-faire au service
des entreprises et des particuliers



GRAS SAVOYE LUXEMBOURG
L'EXPERIENCE, UNE VALEUR D'AVENIR

145, rue du Kiem L-8030 Strassen tél : 46 96 01 300 fax : 46 96 01 333
www.grassavoye.lu



Les mois d'été qui, d'ordinaire, marquent une trêve dans la vie de tous les jours, ont connu cette année-ci, pour notre secteur, une effervescence toute particulière.

D'abord, par le fait que le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale a présenté en date du 26 juillet l'avant-projet de loi portant réforme du système de soins de santé et modifiant à cette fin le Code de la Sécurité Sociale et la loi sur les établissements hospitaliers.

Cet avant-projet de loi – né en partie sur un arrière fond de crise économico-financière – a suscité au cours des semaines écoulées un certain nombre de réactions qu'on peut qualifier de vives.

L'EHL s'est positionnée de manière claire sur ce texte provisoire et je renvoie pour de plus amples informations à l'avis adopté par notre conseil d'administration et transmis à Monsieur le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale (voir page 5 de cette édition).

Les principales observations de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois sont les suivantes:

- absence d'un cadre légal clarifiant les relations hôpitaux/médecins et définissant les responsabilités, droits et devoirs de chacun dans la prise en charge des patients et dans la gestion de l'hôpital. La réglementation de la médecine hospitalière constitue en effet un élément-clé pour assurer la pilotabilité de nos établissements hospitaliers
- l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour le secteur qui par définition même ignore les spécificités infrastructurelles et organisationnelles de nos hôpitaux. Dans ce contexte nous insistons également pour que la progression annuelle de 3% de l'enveloppe pour les années 2011 et 2012 soit une progression réelle et ne soit pas neutralisée dès le départ par une nouvelle définition des prestations au secteur hospitalier et/ou par des mécanismes d'intégration automatique de certaines progressions sur lesquelles les gestionnaires d'hôpitaux n'ont pas d'emprise tels l'indice à la consommation
- le fait que l'EHL ne soit pas associée en tant que membre aux travaux de la Commission de nomenclature étant donné les conséquences de la nomenclature des actes médicaux sur le fonctionnement de l'hôpital
- si l'EHL peut marquer son accord avec une certaine régulation de l'offre médicale, elle ne peut acquiescer avec

le concept de *numerus clausus* tel que figurant dans l'avant-projet de loi, cette notion risquant d'avoir un impact négatif sur la qualité des soins à l'hôpital.

En tant qu'association regroupant les établissements hospitaliers luxembourgeois, l'EHL est prête à jouer son rôle et à s'impliquer dans les grands projets d'avenir du secteur et ceci également sur le plan de l'organisation des soins médicaux via sa plate-forme de collaboration interhospitalière et sur le plan de la mutualisation des activités administratives, logistiques et techniques.

Un autre sujet important a frappé les esprits au cours des dernières semaines, à savoir, les événements tragiques – la mort de 3 nouveaux-nés – dans un hôpital à Mayence en Allemagne. Ceux-ci ont mis la gestion des risques (infectieux) respectivement la sécurité du patient à la une de la presse tant internationale que nationale.

Notre pays est doté d'un système de soins de santé bien développé et performant, tant au niveau des infrastructures, que de l'équipement et des compétences des professionnels de santé. Les moyens mis à disposition doivent permettre de garantir une sécurité optimale du patient lors de sa prise en charge dans le milieu hospitalier.

Il faut se rendre à l'évidence que notre société considère de plus en plus la sécurité comme une priorité absolue et une caractéristique fondamentale de notre système de soins de santé.

La Déclaration de Luxembourg de 2005 sur la sécurité du patient, élaborée sous la présidence luxembourgeoise de l'Union Européenne, met en avant, pour l'ensemble des prestataires de soins, le rôle important de la culture de la sécurité.

Les recommandations, datant de 2006, du Conseil de l'Europe sur la gestion de la sécurité des patients et de la prévention des événements indésirables viennent compléter l'importance que les politiciens européens attachent à cette thématique.

Le législateur luxembourgeois a également pris la décision de mettre l'accent sur la sécurité du patient respectivement sur la gestion des risques en prévoyant dans le plan hospitalier de 2009 les structures nationales et locales nécessaires pour répondre à ces objectifs. Ainsi tout un chapitre du

règlement grand ducal afférent a été consacré aux missions et compositions minimales des structures d'évaluation et d'assurance-qualité des prestations hospitalières ainsi que des moyens de coordination nationale de ces structures et du signalement des événements indésirables.

Soulignons que le développement de la sécurité des soins hospitaliers n'a pas attendu cette initiative législative, car le management hospitalier – conscient de l'importance de ce sujet – a, depuis longtemps, œuvré ensemble avec tous les acteurs internes et externes pour mettre en place des systèmes de gestion des risques.

La communauté des professionnels de santé s'accorde à rappeler que la sécurité du patient est un domaine à privilégier dans les politiques de santé publique. A cet effet, il est nécessaire de disposer d'un langage commun, de moyens techniques et de méthodologies de mesure adaptés pour objectiver et améliorer la sécurité du patient.

Ainsi – et pour revenir aux infections nosocomiales – a été mis en place, ensemble avec notre partenaire la CNS, un programme qualité axé sur la prévention des infections nosocomiales.

Ce programme a été accompagné par la mise à disposition de ressources humaines qualifiées (infirmiers hygiénistes) et a permis aux établissements hospitaliers de développer et d'instaurer les structures internes, comme le GPIN (Groupe de guidance en matière de Prévention de l'Infection Nosocomiale) ou l'UPI (Unité de Prévention des Infections), nécessaires aussi bien à l'élaboration de plans d'hygiène, de

procédures, de formation (continue) que pour déterminer les moyens et méthodologies de mesure et de suivi. Après analyse de l'ensemble des données – comparaison avec des données et références internationales comprise – et après discussion contradictoire avec les spécialistes en la matière, le cas échéant, des mesures d'amélioration sont élaborées et mises en place.

Autre élément important dans la prévention des infections nosocomiales – sous l'impulsion de l'Alliance Mondiale de la Santé créée en 2004 par l'OMS et basé sur le slogan «clean care is safer care» dans le cadre de la lutte contre les infections –, mentionnons au Luxembourg les campagnes de sensibilisation des professionnels de santé à l'hygiène des mains, premier vecteur de transmission de germes comportant un risque pour le patient hospitalisé.

La sécurité continuera à rester une des préoccupations majeures des responsables hospitaliers et la mise à jour continue et permanente de ce concept aux évolutions scientifiques devra être garantie afin de pouvoir offrir à nos patients des soins efficaces et de haute qualité aussi sûrs que possible.

Il sera nécessaire de continuer à œuvrer ensemble, avec nos partenaires extrahospitaliers, sur la notion de sécurité, afin de répondre aux exigences du patient en la matière, et ceci, dans l'intégralité de son itinéraire clinique.

Paul JUNCK
Président de l'EHL

AVIS de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois relatif au texte de l'avant projet de loi portant réforme du système des soins de santé et modifiant:



- 1) Le code de la sécurité sociale et
- 2) La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers

Préambule

La présente prise de position exprime le point de vue de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois par rapport au texte sous rubrique, daté du 8 juillet 2010 et remis à l'EHL le 26 juillet 2010. Le Conseil d'administration de l'EHL y commente les éléments essentiels du projet de réforme en insistant sur la nécessité de prendre valablement en considération tous les paramètres indispensables pour une réforme de cette envergure. Il convient notamment de rappeler que les gestionnaires des hôpitaux sont tributaires de toute une série de contraintes et de décisions sur lesquels ils n'ont pas de véritable emprise, que ce soit par exemple la demande en soins de santé par les patients, l'impact du vieillissement de la population, le volume et la tarification de l'activité médicale ou l'évolution des nouvelles technologies avec les incidences y relatives sur le coût de l'activité hospitalière en général. Il en résulte des difficultés de pilotage et de gestion financière des établissements ainsi que des problèmes de responsabilités non clarifiés entre les différentes catégories d'acteurs hospitaliers.

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois, composée d'organes de gestion autonomes et indépendants juridiquement, constate que le texte de l'avant-projet n'apporte malheureusement pas les réponses et les éclaircissements auxquels on devrait logiquement s'attendre dans le cadre d'une réforme de cette envergure. Le texte de l'avant-projet renvoie d'autre part à toute une série de règlements grand-ducaux encore à prendre et dont nous ne connaissons malheureusement pas la teneur. Même si un certain nombre de pistes sont tracées, l'EHL conclut ainsi à l'impossibilité de savoir en l'état actuel des travaux dans quelle direction le secteur va évoluer concrètement.

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois tient par conséquent à exposer d'ores et déjà, respectivement à rappeler, les principaux thèmes sur lesquels elle souhaite insister tout particulièrement pour garantir une exécution de qualité du service hospitalier dans l'intérêt des patients et des acteurs concernés.

I. La médecine hospitalière

a) Constat

L'EHL rappelle sa prise de position officielle du 15 mars 2010 destinée au Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale suite aux travaux des groupes ministériels en vue de la rédaction des textes liés à la réforme de l'assurance maladie.

Dans ce document l'EHL proposait de créer un cadre légal clarifiant les relations hôpitaux / médecins définissant les responsabilités, droits et devoirs de chacun dans la prise en charge des patients et dans la gestion de l'hôpital réglementant la médecine hospitalière.

L'EHL revendique **une base légale pour la médecine hospitalière** qui devra inclure:

- a) un statut clairement défini du médecin hospitalier permettant de renforcer les liens entre ce dernier et l'hôpital;

- b) l'officialisation de la fonction de médecin coordinateur;
- c) une réelle mise en pratique du contrat-type hôpitaux/médecins appliqué de manière comparable dans les hôpitaux;
- d) une clarification des responsabilités individuelles et de la structure hospitalière.

Nous avons dû constater à **grand regret** que l'avant projet de loi n'évoque en aucune manière le statut du médecin hospitalier, de sorte que l'EHL se voit obligée de rappeler que le statut du médecin hospitalier doit être officialisé par voie légale, ceci constituant une nécessité pour un bon fonctionnement du service hospitalier. Puisque le texte prévoit la mise en place de médecins référents et de médecins coordinateurs, pourquoi ne serait-il pas aussi possible d'officialiser le médecin hospitalier?

D'autre part, les hôpitaux ne peuvent exercer d'influence ni sur la liberté des prescriptions des médecins, ni sur la demande de plus en plus exigeante des patients. S'y rajoute le vieillissement de la population, les polypathologies complexes, le problème lié à la responsabilité médicale/soignant et la judiciarisation croissante, le coût des nouveaux médicaments et de nouvelles technologies qui ont pour conséquence que le nombre de prescriptions est condamné à augmenter, alors qu'en parallèle l'effectif en personnel devra rester stable, voire diminuer. Dans ce contexte l'EHL estime nécessaire que le volet organisationnel détermine clairement qui est responsable pour quoi.

La question de savoir s'il faudrait une réglementation nationale concernant l'intégralité du fonctionnement d'un hôpital mérite d'être étudiée. Mais certaines bases élémentaires par rapport aux droits et devoirs des différents prestataires devraient en tout cas être ancrées au niveau d'un texte légal.

b) Interaction «médecin coordinateur / médecin hospitalier»

Un cadre légal clair pour la médecine hospitalière constitue également un **prérequis** pour faire fonctionner efficacement le système du **médecin coordinateur**. Si le médecin hospitalier n'est pas obligé de respecter certaines contraintes organisationnelles, la mise en place de médecins coordinateurs n'apportera aucun bénéfice organisationnel ou fonctionnel. L'absence d'une hiérarchisation médicale dans les hôpitaux, à l'exception du CHL, rend en effet la gestion des institutions hospitalières difficile. Nous sommes convaincus que la nomination de médecins coordinateurs dans nos hôpitaux sera une première étape dans la réalisation de ces objectifs ambitieux et nous soutenons pleinement leur mise en place. Nous considérons que leur intégration dans les hôpitaux sera une première étape dans la réalisation des objectifs tant dans l'intérêt du patient que pour la gestion de l'institution. Le projet d'intégration des médecins hospitaliers par le biais des médecins coordinateurs requiert un cadre légal permettant de situer le médecin hospitalier et le médecin coordinateur par rapport à la direction, aux responsables de service et aux autres médecins hospitaliers. Le succès du futur

«binôme de gestion» responsable soignant de service – médecin coordinateur dépendra, hormis des compétences managériales, du respect mutuel tant au niveau de la personne (respect humain) qu'au niveau de la profession (respect professionnel).

c) Proposition

La réglementation de la médecine hospitalière constituerait un élément incontournable pour permettre aux directions de garantir la pilotabilité du système, d'où l'insistance de l'EHL en vue d'une telle réglementation. Par conséquent **nous proposons de compléter le texte de l'avant-projet de loi comme suit:**

«Le médecin hospitalier exerce son activité, à titre principal ou accessoire, sous sa propre responsabilité et sans lien de subordination sur le plan médical tout en étant soumis au cadre organisationnel institutionnel de l'établissement sous la responsabilité de la direction et du médecin coordinateur.

Il est lié à l'institution par le contrat d'agrément-type définissant les modalités d'exercice.

Il est représenté auprès de l'institution par le Conseil médical à l'élection duquel il participe.

Il respecte le règlement général et le règlement interne de l'établissement, notamment pour ce qui est de:

- ✓ *la continuité des soins et les gardes,*
- ✓ *les objectifs attendus par l'établissement,*
- ✓ *la documentation transparente de son activité hospitalière et du dossier patient,*
- ✓ *la participation à la démarche qualité institutionnelle et à la prévention des risques,*
- ✓ *la formation continue,*
- ✓ *les relations interprofessionnelles au sein de l'institution,*
- ✓ *les contraintes budgétaires.»*

II. Le budget hospitalier

a) L'enveloppe budgétaire globale

Etant donné que les hôpitaux sont des entités juridiques indépendantes et pleinement responsables, l'EHL demande le maintien un système de **budget individuel par hôpital** tout en développant de manière proactive les efforts de mutualisations et certains standards communs. En effet, les spécificités infrastructurelles et organisationnelles nécessitent souvent des dotations budgétaires adaptées.

Concernant les 3% de progression de l'enveloppe globale 2011-2012, il sera nécessaire en premier lieu de préciser ce qui sera compris dans ce taux de progression (l'indice à la consommation?, les progressions liées à la CCT?, le glissement des carrières?, les changements de taux de cotisation?, l'impact des investissements immobiliers sur les budgets hospitaliers?, ...) et en second lieu, de limiter cette progression forfaitaire à certaines activités, d'autres activités nécessitant une approche plus affinée (prévoir un mécanisme pour des événements sur lesquels les hôpitaux n'ont pas de maîtrise).

Il y a en outre lieu de préciser si les coûts supplémentaires engendrés du fait de la nouvelle définition des prestations du secteur hospitalier incluant dorénavant les établissements d'accueil pour personnes en fin de vie (en l'occurrence la «Maison Omega») sont également compris dans les 3%, auquel cas une partie très substantielle de l'enveloppe serait déjà consommée dès le départ.

L'EHL estime en outre qu'en cas de maintien de l'idée d'un budget global, il serait souhaitable voire indispensable que la «Maison Omega» soit soumise aux mêmes contraintes que les autres établissements hospitaliers, et notamment celles résultant de la convention cadre EHL/CNS.

L'EHL insiste pour que la **progression annuelle de 3%** de l'enveloppe globale soit une **progression réelle** et non un système de progression annihilé dès le départ par des mécanismes d'intégration automatique de certaines progressions sur lesquelles les gestionnaires d'hôpitaux n'ont pas d'emprise!

b) Le calendrier des négociations et la durée de l'exercice budgétaire

Concernant la **durée de l'exercice budgétaire**, l'EHL accepte l'idée d'un budget prévisionnel sur 2 ans à condition de prendre en compte les considérations et demandes détaillées ci-avant et ci-après:

- ✓ Suivant l'avant projet de loi, le premier budget bi-annuel serait à remettre le 1er mars 2011 pour les exercices 2011 et 2012. Etant donné ces délais très courts et sachant que les établissements hospitaliers ont déjà remis leurs budgets 2011, il serait souhaitable que les budgets 2011 et 2012 soient encore établis suivant la réglementation actuelle.
- ✓ La remise des projets de budgets soit réalisée le 1er octobre 2012 et non pas le 1er juillet 2012 pour les périodes 2013-2014. L'enjeu est de réaliser une élaboration fiable et concertée qui est seulement possible endéans ce délai raisonnable;
- ✓ Les hôpitaux ne devront pas subir de préjudices liés au principe de la liberté thérapeutique médicale;
- ✓ Pour les années suivantes, concernant la procédure de détermination de l'enveloppe globale et la détermination de l'évolution de l'activité, une plate-forme de négociation permettant de tenir compte des intérêts des différents établissements devra être mise en place;
- ✓ Les négociations budgétaires devront débuter au plus tard le 15 novembre pour aboutir le 28 février, afin de disposer d'un budget prévisionnel dès la première année budgétaire;
- ✓ Le budget contiendra une marge de sécurité permettant de couvrir des dépassements budgétaires non prévus;
- ✓ La dotation du personnel et tous les autres postes budgétaires calculés seront adaptés en fonction des exercices budgétaires antérieurs et de l'évolution de l'activité. A noter qu'une complexification du système budgétaire (système mixte forfaitaire, système full cost) nécessitera pour sa mise en place et son suivi, plus de compétences et de personnel administratif.
- ✓ Il convient de ne pas perdre de vue que l'établissement d'un budget sur deux ans implique logiquement la rédaction d'un document des normes également sur une période de deux ans. On peut se poser la question comment seront adaptés p.ex. les heures à travailler, la fourchette de dotation en personnel, les résultats des audits PRN, etc.
- ✓ L'EHL soutient le principe d'une comptabilité analytique documentant la maîtrise et la comparabilité du coût total en impliquant les prescripteurs dans la gestion et le contrôle des processus.

L'EHL insiste également pour que les délais de procédure soient respectés par la CNS. La convention EHL-CNS et les réglementations en vigueur doivent être respectées. Afin de permettre une meilleure gestion des délais, il sera proposé à la CNS d'utiliser directement les fichiers électroniques des hôpitaux plutôt que de tout recopier manuellement. Il est donc proposé d'organiser un système à gérer via une communication électronique à l'image des procédures déjà en vigueur avec l'administration des contributions.

c) Les incitants

L'EHL s'accorde aussi pour revendiquer la mise en œuvre d'un système budgétaire intégrant une logique d'incitants pour honorer les efforts de rationalisation. En effet, le texte ne prévoit aucun incitatif économique. Il serait utile, voire nécessaire de prévoir des mécanismes qui permettraient aux établissements d'investir les économies réalisées dans d'autres domaines, sans perdre lesdits moyens financiers. Le système de la prime Qualité devra également être maintenu car il constitue un des seuls éléments clés pour améliorer de manière continue les processus.

d) Le Comité de Quadripartite

Concernant le rôle que l'avant-projet voudrait faire jouer dans l'avenir au **Comité de Quadripartite** par rapport à un constat de **dépassement de 1%** de l'enveloppe budgétaire globale en cours d'exercice budgétaire est inacceptable pour l'EHL car ingérable. Pourquoi ne considérer que les seuls hôpitaux alors que les autres acteurs prestataires ont eux-aussi des responsabilités financières à assumer? L'EHL demande donc la **suppression pure et simple** de ce passage de l'avant-projet de loi.

III. La documentation

a) La Nomenclature

L'EHL souhaite un **système de codification** uniforme et national valable des actes et des procédures médicales et soignantes.

L'EHL souhaite d'autre part que la **documentation et l'évaluation des activités** soit améliorée, et en ce sens demande de veiller à la transparence de l'activité médicale à l'hôpital avec la mise en place d'un système de contrôle objectif basé sur une documentation correctement réalisée (ce genre de contrôle ne peut se faire sous la responsabilité des établissements via les équipes soignantes). Alors que la mise en place progressive d'un système «coûts complets» est envisageable, certains pré-requis devront être garantis, notamment la mise en place d'une nomenclature médicale adaptée en cohérence avec le système de codification, ainsi qu'une responsabilisation du corps médical par rapport aux budgets alloués. L'EHL marque son accord avec la mise en place d'un **dossier patient informatisé** standardisé et interopérable via une meilleure harmonisation des systèmes informatiques, à condition que la question du financement soit réglée.

Vu l'impact important de la nomenclature en tant qu'incitatif sur le comportement des prescripteurs engendrant les frais à gérer dans les hôpitaux, il est incontournable d'associer les hôpitaux à sa mise en place. Les clés du système se situent en effet au niveau de la nomenclature. Nous savons que l'orientation et la planification du système sont réalisées via la nomenclature. Nous sommes en présence d'une tarification à l'acte. Or, une majorité d'actes est réalisée au niveau de l'hôpital. La nomenclature a un impact sur l'activité médicale et donc sur l'activité hospitalière (dotation en personnel et investissements) et les budgets hospitaliers (frais variables). D'autre part, pour les établissements avec des médecins salariés, il existe un impact direct sur les comptes annuels de l'hôpital. Plusieurs hôpitaux occupent aussi des médecins auxquels ils garantissent une rémunération forfaitaire. Il est dès lors inconcevable que les hôpitaux ne soient pas directement impliqués au sein de la commission de nomenclature et restent sans droit d'initiative en ce qui concerne la détermination de la valeur pécuniaire des actes prestés par ces médecins. Enfin et d'une manière plus générale, il ne faut pas non plus oublier que la nomenclature médicale a une incidence non-négligeable sur le volume des frais variables à l'hôpital.

L'EHL rappelle que dans sa position officielle du 15 mars 2010 précitée elle avait demandé à pouvoir **intégrer la commission de nomenclature**. L'EHL constate que cette revendication n'a pas été reprise au niveau du texte de l'avant-projet de loi. L'EHL réitère donc avec insistance sa demande de pouvoir participer directement aux travaux de la commission de nomenclature, étant donné les conséquences de la nomenclature des actes médicaux sur le fonctionnement de l'hôpital.

b) La communication

Un système de communication des données anonymisées liées à l'activité médicale à l'hôpital devra être mis en place afin de permettre aux gestionnaires des hôpitaux de considérer efficacement et de gérer les éléments d'information ayant une incidence financière et budgétaire. Le texte de loi devrait régler la question de la protection des données à caractère personnel y afférente.

IV. L'association d'établissements hospitaliers et les mutualisations

a) L'organisation des soins médicaux

L'EHL rappelle sa position déjà exprimée:

1. de persévérer dans ses efforts de création d'une plate-forme permanente de collaboration interhospitalière avec les directeurs médicaux et les représentants des conseils médicaux concernant ces activités. Cette plate-forme travaille actuellement sur un certain nombre de pistes réalistes basées sur des critères objectifs
2. d'œuvrer ensemble en vue de la création de Centres de compétences.

L'EHL constate un manque de détails pour la mise en place des nouveaux concepts de centres de compétences et de filières de soins intégrées. Comment vont-ils s'articuler avec les terminologies existantes (service national, service spécialisé, service de soins, etc.)? L'EHL demande d'être étroitement associé à l'établissement du RDG afférent.

b) Numerus clausus

Si l'EHL peut marquer son accord avec une certaine régulation de l'offre médicale, elle ne peut acquiescer avec le concept de **numerus clausus** tel que proposé dans le texte de l'avant-projet de loi. En effet un **numerus clausus «médical»** combiné aux effets d'un budget global constitue la définition même d'une régression de la Qualité des soins à l'hôpital et est contraire aux principes d'une médecine libérale que le gouvernement dans sa déclaration de coalition veut cependant sauvegarder. Les dérives sont inévitables avec une telle approche qui favorise l'extrahospitalier et handicape gravement la pilotabilité du secteur. Comment gérer efficacement une population médicale confrontée à de nombreuses répercussions liées à une grande diversité des modalités d'exercice de la médecine, comme par exemple l'impact de la féminisation grandissante de la profession ou à des impératifs dictés par les assureurs en raison de la réglementation communautaire par rapport au temps de travail?

Enfin, pourquoi avoir inséré une telle disposition dans un chapitre consacré aux budgets hospitaliers alors que la thématique a tout au plus sa place dans un chapitre consacré à la planification hospitalière?

Pour le surplus, l'EHL renvoie également à ses observations déjà formulées dans le cadre du préambule au présent avis pour ce qui est de l'évolution des nouvelles technologies et de la demande conséquente des bénéficiaires de soins de santé. On ne peut pas

juguler la demande grandissante de soins en freinant seulement l'offre de services par un numerus clausus des médecins.

c) Les mutualisations

Une participation aux efforts de coordination centrale d'activités administratives, logistiques et techniques est à développer pour les années à venir. Ceci pourra s'articuler via négociations communes ou par regroupement de compétences existantes, respectivement de partage d'infrastructures. Des actions communes ont déjà bien progressé au niveau de l'informatique et de l'achat central. Ces actions seront maintenues et approfondies.

→ L'achat central

Cette activité est incontestablement une activité commune à prioriser. De nombreux efforts ont déjà été réalisés. Des objectifs supplémentaires sont programmés. La collaboration développée avec les pharmacies hospitalières depuis 1995 a mené à une concertation au niveau des prix d'achats dans de nombreux domaines, que ce soient les dispositifs médicaux, les médicaments ou d'autres produits. Cette action a été menée dans un groupement d'achat composé notamment des pharmaciens du secteur hospitalier et formalisé à l'EHL. Les gains réalisés par les négociations communes de 2007 à 2009 au niveau du groupement d'achat médical, calculés à partir des prix négociés jusqu'en 2007 individuellement par les hôpitaux s'élèvent à 5.710.000€.

A l'image de ce succès, l'EHL entend développer son activité «achat central» à d'autres produits et équipements. Une approche commune pour la passation d'importants marchés publics est en cours depuis 2009 et forte d'une expertise juridique et économique nécessaires, l'EHL est maintenant à même de mener à bien un nombre conséquent de marchés de biens et de services dans l'intérêt du secteur.

→ L'informatique / L'Agence Nationale des informations partagées dans le domaine de la santé

L'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois a pris connaissance de la volonté de création d'une agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé. Une telle approche est intéressante si l'on considère qu'il faut absolument canaliser les activités de l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre de la gestion de l'information. Mais pour autant que l'Agence serait seulement un moyen pour imposer aux hôpitaux la manière dont ils sont censés fonctionner, elle serait inacceptable. L'EHL insiste pour une prise en compte des besoins spécifiques des hôpitaux en la matière et pour un réel soutien des efforts actuellement en cours pour la création d'un centre informatique sectoriel des hôpitaux (CIS) dont la création a déjà été décidée par l'EHL.

Cette nouvelle entité sera la structure opérationnelle pour gérer les projets et les activités mutualisées des hôpitaux dans ce domaine. Elle travaillera en cohérence avec la nouvelle structure «Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé» prévue au texte de l'avant-projet de loi. En ce sens, l'EHL participera aux travaux de la nouvelle Agence pour permettre une bonne implication et coordination des activités de la structure CIS des hôpitaux. Le CIS est une structure essentielle pour une bonne gestion de l'information et de l'informatique des hôpitaux. L'EHL revendique donc sa reconnaissance dans le texte de la nouvelle loi. Le financement du CIS sera à assurer par financement direct via la procédure prévue à la loi hospitalière. Les infrastructures existantes continueront à être financées via les budgets individuels.

L'EHL souhaite d'autre part bénéficier d'une représentativité adéquate au niveau de la future Agence pour prendre en compte les intérêts du secteur.

→ Les laboratoires de biologie médicale des hôpitaux

Ici aussi l'EHL entend rappeler sa position exprimée dans sa prise de position précitée du 15 mars 2010 alors que nous avons constaté avec grand regret que le texte de l'avant-projet n'a pas du tout considéré nos propositions.

En considérant que le laboratoire fait partie de l'activité de chaque hôpital et qu'actuellement, même après la fusion en cinq entités, il existe encore sept laboratoires hospitaliers avec des coûts d'investissement et d'exploitation élevés et une évolution technologique galopante, l'EHL conclut à la nécessité de repenser le mode de fonctionnement des laboratoires hospitaliers. Sans vouloir entrer dans les détails exposés le 15 mars 2010, l'EHL préconise le modèle de centres régionaux avec pôles de spécialisation. Chaque hôpital disposera d'un laboratoire pour les urgences. Chaque région disposera d'un plateau technique pour les activités de base: analyses courantes et urgences. Pour la région centre les trois hôpitaux acceptent de discuter une concentration de leurs moyens aussi pour les activités de base. Les activités spécialisées seront concentrées dans des centres de compétences uniques pour le pays: allergologie, microbiologie, sérologie (pour certains tests), immunogénétique, immunopathologie, biologie moléculaire, cytométrie.

L'EHL propose de réaliser une structure juridique commune (GIE ou autre forme juridique), afin de réaliser ce projet de mise en commun des laboratoires, et donc aussi du personnel affecté à ces activités.

L'EHL propose aussi d'intégrer dans cette structure commune à créer les activités du LNS directement en rapport avec les activités cliniques, tout en restant localisées dans les nouveaux bâtiments en construction. L'EHL attend de cette intégration dans le secteur hospitalier une réponse aux critiques actuelles concernant les prestations du LNS. L'EHL souhaite que le statut de ce secteur du LNS se rapproche de celui des autres acteurs hospitaliers.

d) Conflits d'intérêts

En vue d'une bonne organisation du service hospitalier, nous voudrions encore attirer l'attention du Ministre sur le risque de conflits d'intérêts pouvant surgir dans le chef de certaines personnes impliquées tant au niveau des hôpitaux que des organes décisionnels de tutelle.

Conclusion générale

Le présent avis ne constitue pas une prise de position détaillée sur tous les points de l'avant-projet de loi mais reflète les réserves du secteur hospitalier vis-à-vis de cette réforme entamée sous la menace réelle de la crise financière mais qui risque d'aboutir à des effets contraires aux objectifs recherchés notamment au niveau de la Qualité et du financement des soins de santé. En raison de la multitude de règlements grand-ducaux restant à prendre et dont le contenu est inconnu à l'heure actuelle, ainsi que des remarques formulées ci-avant, l'EHL ne peut pas donner son appui à la version provisoire du 8 juillet 2010 de l'avant-projet de loi sous rubrique. En tant qu'association réunissant les établissements hospitaliers, l'EHL est prête à jouer son rôle et à s'impliquer pleinement dans les grands projets d'avenir du secteur hospitalier, ceci ensemble avec tous les acteurs concernés.

Marc HASTERT
Secrétaire Général

Paul JUNCK
Président

Prise de position de l'EHL (droit de réponse) à la position de l'AMMD dans l'édition du Corps Médical – Bulletin spécial I/2010

L'EHL a analysé avec grand intérêt la position de l'AMMD telle qu'exprimée dans son bulletin spécial 2010 du «Corps Médical».

L'EHL a constaté que l'AMMD cible notamment dans ses critiques le personnel, et plus particulièrement le personnel soignant des établissements hospitaliers. L'EHL constate que de nombreuses remarques formulées par l'AMMD, et subsidiairement aussi par d'autres acteurs du domaine de la santé, se rapportent à des conclusions hâtives sur le nombre du personnel soignant au Luxembourg en comparaison avec l'étranger.

L'EHL estime que les revendications, telles que formulées par l'AMMD dans son édition spéciale susmentionnée, sont inappropriées face au challenge auquel les acteurs de la santé doivent faire face dans les années à venir.

Ainsi, l'EHL propose des pistes de réflexions, qui se basent sur les réalités quotidiennes du terrain et qui ont comme objectif de contribuer favorablement à la fois à une consolidation, voire amélioration de la qualité de notre système des soins de santé au Luxembourg et à l'équilibre budgétaire de la CNS.

En effet, l'atteinte de ces deux objectifs est une *conditio sine qua non* de la pérennisation des acquis, voire du développement du système de santé luxembourgeois dans les années à venir sans perdre de vue les possibles évolutions au niveau de la Grande Région et de l'Union Européenne.

Dans le cadre du «Droit de réponse», l'EHL souhaite donc repositionner certaines allégations, compléter les dires de l'AMMD et élargir le débat.

Données statistiques

La comparaison des données luxembourgeoises avec les données internationales issues d'un rapport de l'OCDE «Panorama de la Santé 2009» ayant l'intention d'identifier à l'aide de quelques graphiques les potentiels «coupables et responsables» des dépenses de la santé, est une approche n'aboutissant certainement pas à une amélioration ni, de l'équilibre financier, ni du niveau de qualité. En fait, des chiffres cités à titre d'exemple et des graphiques dans le bulletin spécial prémentionné censés illustrer les pensées de l'AMMD sont souvent sortis du contexte pour servir d'arguments cachant d'autres pistes de restructuration et gains financiers potentiels. L'EHL est d'avis qu'il n'est pas indiqué de rechercher un seul responsable du déficit de la CNS, tous les acteurs étant concernés par cette problématique et sollicités à réfléchir à des remèdes afférents.

Le document «Panorama de la Santé 2009» de l'OCDE dont sont extraits quelques graphiques publiés dans le «Corps Médical / Bulletin spécial 2010» permet de constater que le **nombre de personnes employées dans le secteur de la santé et social** va en augmentant dans tous les pays de l'OCDE, avec une moyenne de 2,8% par an entre 1995 et 2008 tandis que l'emploi civil a augmenté dans la même période de seulement 1,4%.

Pendant la même période, l'emploi civil au Luxembourg a progressé de 3,9% et celui du secteur santé et social a progressé de 6,1%.

Il faut encore mettre en avant qu'au niveau de l'OCDE l'emploi du secteur santé et social correspond à 9,9% du total de l'emploi civil. Pour le Luxembourg - par rapport à l'emploi civil - les chiffres pour le secteur santé et social sont de 8,1%, en France ce ratio se situe à 9,8%, en Allemagne à 11,6%, en Belgique à 12,2%, en Suisse à 11,6% et aux Pays Bas à 15,9%.

Dans la plupart des pays, l'emploi dans la santé et les services sociaux a continué d'augmenter en 2008 par rapport à 2007, alors que le total de l'emploi civil a diminué en raison de la récession.

L'augmentation du nombre de personnel occupé dans le secteur santé et social au Luxembourg n'est donc pas à considérer comme exception à une tendance généralisée allant de pair avec le vieillissement de la population, la croissance des demandes de la part des patients ainsi qu'avec l'offre et le développement de nouvelles technologies médicales. Il faut notamment mettre en avant que la loi ASFT et la mise en place de l'Assurance Dépendance depuis 1998 ont contribué sensiblement à cette hausse. Il importe également de préciser que les prestations assurance dépendance et le personnel y relatif ont été instaurés en Allemagne avant la période pris en compte dans l'étude de l'OCDE.

Le **nombre de médecins** par habitant quant à lui a également augmenté depuis 1990 dans presque tous les pays de l'OCDE et la densité des médecins a augmenté au rythme de 2% par an entre 1990 et 2007 avec en parallèle une augmentation beaucoup plus rapide du nombre de spécialistes par rapport aux généralistes. Un graphique de l'OCDE montre à ce sujet que la variation de la densité des médecins en activité s'est faite à un taux de croissance annuel de 2,2% au Luxembourg entre 1990 et 2007 avec des taux comparatifs de 1,2% pour la Belgique, 1,5% pour l'Allemagne et seulement 0,5% pour la France.

Ces quelques chiffres montrent qu'il existe un parallélisme entre l'augmentation de la densité des médecins en activité et l'augmentation du nombre de personnes employées dans le secteur de la santé.

Le **montant des salaires du personnel occupé dans le secteur de la santé** est souvent mentionné quand on parle de mesures d'économie. Il convient là aussi de citer le rapport de l'OCDE qui mentionne que la rémunération des infirmières a augmenté dans tous les pays de l'OCDE depuis 5 à 10 ans, pour certains de 3% par an durant ces dix dernières années. Le rapport dit également que les données ne sont pas tout à fait comparables puisque pour certains pays les données ne concernent pas toutes les qualifications de même que les paiements informels payés dans certains pays et qui représentent une part non négligeable ne sont pas pris en considération, etc. Il ressort par ailleurs du texte de l'OCDE que le rapport entre la rémunération du personnel infirmier par rapport au salaire moyen du pays est de 1,4 pour le Luxembourg, de 1,7 pour le Portugal, de 1,2 pour l'Allemagne. Ces taux ne sont donc pas fondamentalement en contradiction avec la situation au Luxembourg.

Un **tableau comparatif avec les revenus médicaux entre le Luxembourg et les pays avoisinants** fait défaut dans les deux documents mentionnés auparavant. Il en est de même pour tout

Prise de position de l'EHL (droit de réponse) à la position de l'AMMD

comparatif entre le revenu d'une infirmière et d'un médecin dans les différents pays mentionnés.

L'EHL ne conteste nullement les revenus des autres professionnels du domaine de la santé, mais refuse les arguments simplistes que le personnel des hôpitaux soit la source principale du déficit de la CNS.

Pérennisation du système de santé

Comparant **les coûts de notre système de santé** à ceux des pays limitrophes et vu la croissance annuelle des dépenses hospitalières, il devient indéniable que la cause du déséquilibre financier de la CNS se situe au niveau des dépenses et non pas des recettes.

Visant **la pérennisation d'un système de santé** de haute qualité accessible à toute personne indépendamment de sa situation économique et sociale, il en découle que toute intervention de diagnostic, de thérapie et de soins, doit obligatoirement contribuer à l'amélioration de la santé du patient. Le principe du soin requis ne devrait pas uniquement être applicable dans le domaine des soins infirmiers mais également en ce qui concerne les choix médicaux (diagnostics et thérapies).

Système de financement hospitalier et dotations en personnel soignant

Depuis l'introduction du **système budgétaire** actuel en 1995 les **dotations en personnel** des hôpitaux sont soumises à des normes de dotation fixées annuellement d'un commun accord entre la CNS et l'EHL.

Ces dotations sont directement liées à **la charge de travail mesurée et contrôlée** par des experts de la CNS et elles sont attribuées définitivement lors des négociations individuelles entre chaque hôpital et la CNS. Depuis 1995 les effectifs du département des soins sont les seuls à être minutieusement contrôlés sur base des soins requis (evidence based nursing), réellement prestés et documentés. Il y a donc **transparence totale entre la prestation donnée et la rétribution financière** en personnel attribué. Les dotations sont calculées pour la majorité du personnel (soins normaux, soins intensifs, bloc opératoire, psychiatrie, endoscopie, chimiothérapie, dialyse, etc.) sur l'activité réelle, documentée et générée par le prescripteur médical. Ceci ne vaut pas pour le corps médical qui exerce en libéral et bénéficie du libre choix de la prescription. A noter que la dotation de l'effectif ne se fait qu'à hauteur de 83% du PRN par rapport aux 100% basés sur les soins requis, ce qui démontre que les départements des soins gèrent d'une manière consciencieuse les ressources humaines budgétisées.

Pour presque tous les domaines des services médico-techniques (policlinique, kinésithérapie, laboratoire, radiologie, etc.) **les dotations dépendent directement** des examens réalisés sur **prescription médicale**. La libre prescription par le corps médical qui est à la base du nombre des examens demandés et réalisés n'étant pas mise en cause, induit donc directement un nombre de personnel soignant donné pour assurer la réalisation de ces derniers.

Pour certains services, l'EHL a réussi à mettre en place des **dotations de sécurité** (ex. psychiatrie fermée depuis l'ouverture de ces services dans les hôpitaux généraux en 2005), voire une dotation adaptée en partie à la réalité du service et non correctement prise en compte par le PRN (ex. dotations en pédiatrie). L'EHL s'oppose à toute révision de ces normes de dotations minimales de sécurité.

L'EHL tient également à souligner qu'à ce jour il n'existe pas de norme de dotation pour les services d'urgence tributaires de pics d'activité non planifiables, ni de dotation de sécurité pour le service de nuit, ni pour les prises en charge palliatives dans nos hôpitaux.

Au Luxembourg **le personnel soignant a bien un rôle propre et un rôle délégué. A noter que pour le rôle délégué les professions de santé non médicales ne disposent pas du droit de prescription.** Ainsi, et dans le cas de comparaison des effectifs avec nos pays limitrophes, il faut notamment tenir compte des différentes spécificités liées à l'exercice de la profession soignante.

Au Luxembourg **le personnel infirmier ou infirmier spécialisé effectue des gestes qui à l'étranger sont effectués par des membres du corps médical** (ex. poses de cathéters et sondes, poses de transfusions, etc.), preste des surveillances/stand-by effectués ailleurs par des médecins (ex. surveillance de l'anesthésie, contrôles PCA, présence en salle d'accouchement, post-traitement des images en imagerie médicale, etc.) et est occupé par des travaux administratifs qui ont pris de plus en plus d'ampleur au fil des dernières années.

A l'étranger ces travaux sont effectués en partie par des secrétaires, assistantes médicales ou médecins en voie de formation (demandes d'examens, travaux de facturation, organisation de transferts, etc.).

Restructurations et diminution de certains coûts

L'EHL ne s'oppose **pas** à une discussion sur la **restructuration et la redéfinition de différentes tâches en milieu hospitalier**. Un des défis de demain sera certainement la redistribution des tâches et l'adaptation des attributions des différents professionnels de santé dont nous assumons la responsabilité 24h/24 et grâce auxquels nous devons assurer la continuité des soins 24h/24 au sein de l'hôpital.

Afin de **réduire les coûts nous soutenons** la proposition de **l'AMMD de revoir la nomenclature des actes en introduisant un facteur temps pour le médecin dans l'appréciation de l'acte sur base d'audits**, ceci étant déjà une réalité pour le personnel soignant à l'heure actuelle. Si jamais les changements dans la nomenclature médicale intégraient des temps «soignants» dans la tarification de l'acte, nous demandons vivement à être intégrés dans les discussions préalables afin de ne pas devoir gérer des faits accomplis par après.

Nous proposons en parallèle de **spécifier clairement qui est le prestataire de l'acte pour éviter** ainsi le double encodage voire **une double facturation** (ex. visites PCA, post-traitement des images en radiologie, assistance à diverses interventions, etc.) et des dépenses non justifiées.

Dépenses pour le secteur hospitalier

Les hôpitaux sont souvent cités comme source principale des dépenses de la santé. Ceci est vrai en chiffres absolus (669 mio € en 2009, ± 52% des dépenses de l'Assurance Maladie), mais mérite une analyse plus fine:

Au sein **des budgets hospitaliers les frais fixes** représentent environ 70% des frais globaux. Parmi cette enveloppe des frais fixes, environ 70% représentent **les frais de personnel en lien direct ou indirect avec l'activité médicale**. Les 30% restants des frais fixes dépendent également en partie de l'activité médi-

Prise de position de l'EHL (droit de réponse) à la position de l'AMMD

cale, à savoir les coûts liés aux investissements, amortissements, contrats d'entretien, etc.

Le montant des **frais variables** (30% du budget hospitalier) est constitué pour **80%** des dépenses de **frais engendrés par les prescriptions médicales** (médicaments, implants, cathéters, matériel de suture, produits et dérivés sanguins, matériel à usage unique, réactifs de laboratoire, etc.) et les demandes et attentes des patients qui ne sont pas remises en cause.

Il est donc superficiel de dire que les hôpitaux génèrent la majeure partie des coûts de la santé sans analyse détaillée des différentes composantes et des prescripteurs à la source des prestations afférentes.

Du rapport 2009 de l'IGSS au sujet de la situation de l'Assurance Maladie-maternité, il ressort que **le montant des honoraires médicaux, honoraires médicaux dentaires, frais de médicaments et frais de laboratoire représentent quelques 540 mio € (± 42% des dépenses de l'Assurance Maladie)**. En voyant ces chiffres nous pensons qu'il sera opportun d'analyser d'une façon critique ces données en vue de dégager le cas échéant des potentiels d'économies.

Efficiencia / transparencia / optimización de recursos

Un changement de paradigme quant à la définition de l'efficience s'impose tant pour les hôpitaux que pour le corps médical.

La **validité et la transparence au niveau de la documentation et de la facturation des actes** sont des préalables au pilotage du système de santé. La documentation des prestations hospitalières tout comme celle des actes médicaux et notamment des prescriptions médicales est incomplète et engendre un manque de transparence entre les actes réalisés et les actes facturés.

Dans cette optique nous soutenons vivement la **mise en place du dossier patient unique informatisé** et ceci dans les plus brefs délais. Nous tenons cependant à préciser que chaque prestataire de soins devra en faire usage au même titre afin que dans le futur l'infirmière ne devienne pas la secrétaire informatique. **Le temps soignant ne doit pas être consacré à la rédaction et à la gestion de formulaires thérapeutiques informatisés.**

Nous constatons également une augmentation des demandes d'examen de la part de nos patients. Nous pensons qu'il serait opportun et grand temps **d'informer le public de la situation de l'assurance maladie-maternité et d'informer les consommateurs sur les coûts réels des examens multiples et des médicaments non utilisés.**

L'AMMD propose entre autres **d'établir des procédures communes, de freiner la croissance anarchique, de rationaliser les achats, de standardiser les implants, de rationaliser la gestion.** Nous ne pouvons que soutenir cette vision, mais malheureusement il ne ressort pas du document de l'AMMD **quelle sera l'implication des médecins** dans cette démarche. **Nous participerons volontiers à l'élaboration de parcours cliniques, à la gestion globale des pathologies et autres démarches déjà en vigueur dans d'autres pays.**

L'absence d'une hiérarchisation médicale dans les hôpitaux rend la gestion des institutions hospitalières difficile. Nous sommes convaincus que la nomination de **médecins-coordonnateurs** dans nos hôpitaux sera une première étape dans la réalisation de ces objectifs ambitieux et **nous soutenons pleinement leur mise en place.** Nous considérons que leur intégration dans les hôpitaux pourra apporter **une grande plus-value**

tant pour le patient que pour la gestion de l'institution.

Ceci dit, l'atteinte des objectifs visés par le projet d'intégration des médecins hospitaliers par le biais des médecins-coordonnateurs sous-entend un certain nombre de préalables et notamment un cadre légal permettant de situer le médecin hospitalier et le médecin-coordonnateur par rapport à la direction, au responsable de service et aux autres médecins hospitaliers. Nous exigeons avant tout une **approche transversale** visant une meilleure gestion de l'hôpital et non pas une stratégie visant à étendre davantage la supériorité hiérarchique du médecin par rapport à l'infirmière. Le succès du futur **«binôme de gestion» responsable soignant de service – médecin-coordonnateur** dépendra, hormis des compétences managériales, du **respect mutuel** tant au niveau de la personne (**respect humain**) qu'au niveau de la profession (**respect professionnel**).

Une **réduction des coûts** présuppose un **décloisonnement dans le secteur de la santé** entre le corps médical et soignant dans les hôpitaux, mais également entre le secteur hospitalier et les autres structures de santé en vue d'une mise en place de filières de soins nationales et transfrontalières.

Nous **soutenons également le développement de la chirurgie ambulatoire.** Nous insistons cependant sur le fait que sa mise en place doit être bien **organisée et réfléchie** tant d'un point de vue conception architecturale que d'un point de vue ressources matérielles et humaines en médecins et personnel soignant afin de garantir la sécurité des patients concernés. Afin d'atteindre les objectifs attendus à travers ce nouveau modèle organisationnel, il faudra veiller à **fixer pour ces services des normes de dotation et de présence physique pour tous les acteurs, y compris les médecins.**

Une **amélioration de la qualité des prestations** entraîne une **réduction des dépenses.** Le benchmark des résultats par pathologie / problème de santé avec d'autres pays de l'UE permettra de situer la qualité de notre système de santé par rapport à d'autres. L'extension de l'obligation de **peer reviews** pour tout acteur de la santé favorisera une approche critique des **pratiques professionnelles.**

L'**analyse**, au niveau de la santé publique, des coûts totaux par pathologie / problème de santé en y intégrant toute la **panoplie des dépenses générées au niveau de l'ensemble du parcours clinique** (dépenses hospitalières, dépenses pour honoraires médicaux, dépenses extrahospitalières comme dépenses pour autres professionnels de santé, dépenses opposables à l'assurance dépendance et également les dépenses pour prestations en espèces pour congés de maladie, etc.) permettra de **mieux piloter les aspects de la qualité et des coûts du système de santé** à court, moyen et long terme.

Conclusion

L'EHL souhaite que ces quelques explications permettront de réajuster les débats.

L'EHL insiste sur la nécessité de bien gérer les données objectives et non interprétées de manière partielle afin de relever les défis auxquels tous les acteurs de la santé doivent faire face.

L'EHL œuvre en vue d'une saine collaboration entre l'ensemble des acteurs hospitaliers et de tutelle afin de garantir la durabilité de notre système de santé et de présenter aux décideurs une vision efficiente du secteur.

L'EHL ne manquera pas de se repositionner en ce sens à chaque fois que les intérêts du secteur le nécessitent.



Protéger, soigner, guérir
HARTMANN,
votre partenaire



HARTMANN compte parmi les plus grands fabricants de produits d'hygiène et de soins en Europe.

Notre compétence médicale, notre engagement et la haute qualité de nos produits nous permettent d'occuper une place privilégiée à vos côtés.

N.V. PAUL HARTMANN S.A.
www.hartmann.be



**SODEXO créé, pilote et met en oeuvre
des Solutions globales de Services de
Qualité de Vie pour ses clients :**

- **Services aux occupants**
(restauration, distribution automatique, conciergerie, ...),
- **Services supports**
(mail room, accueil, propreté),
- **Services à l'immeuble**
(maintenance multitechnique).

www.sodexo.lu

Tel : 26.109.200

sodexo

Faire de chaque jour un jour meilleur

Assemblée Générale Ordinaire de l'EHL

mardi, le 20 avril 2010



Les représentants des établissements membres de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois se sont retrouvés le 20 avril 2010 dans les locaux du siège social de l'association à Bertrange pour l'Assemblée générale ordinaire 2010.

Après avoir souhaité la bienvenue aux personnes présentes, le Président a exposé dans son allocution l'état des travaux sur un certain nombre de projets qui ont été qualifiés de prioritaires. La future stratégie de l'EHL devra s'orienter en considération de ces nouvelles priorités dictées aussi bien par des impératifs liés à la crise économique et financière que par la volonté de s'engager dans une voie plus proactive au niveau de la défense des intérêts du secteur hospitalier (projets de mutualisation, nouvelles formations, nouvelles approches de collaboration et de gouvernance, etc.).

Le Secrétaire général a présenté le rapport des activités 2009 et a lui-aussi rappelé certaines décisions essentielles déjà prises en 2009 pour un nouvel élan. Tous les acteurs hospitaliers seront impliqués à tous les niveaux, l'objectif prioritaire de l'EHL étant



la qualité du service hospitalier dans l'intérêt du patient. Ce fut ensuite au tour du trésorier de présenter les comptes 2009 et le budget pour l'exercice 2010. L'Assemblée a donné unanimement son approbation concernant les comptes de l'année passée et a voté unanimement le budget tel qu'il a été présenté avec l'annonce des importants projets y contenus, en particulier dans le domaine de l'informatique. Il convient encore de relever que suite aux dernières opérations de fusions entre hôpitaux et suite à plusieurs départs à la retraite, un certain nombre de postes d'administrateurs ont été nouvellement occupés, voire prolongés suite à leur arrivée à échéance. Les personnes qui ont quitté le Conseil d'administration courant 2009 ou à l'issue de l'AGO 2010 ont été honorées à l'occasion du vin d'honneur qui a suivi la tenue de l'AGO 2010. Elles se sont vues remettre des mains du Président de l'EHL un coffret contenant notamment une œuvre originale de l'artiste luxembourgeoise Simone Finck.

Marc HASTERT
Secrétaire Général



Photos prises lors de la réception après l'AGO 2010



© Photos: J.M. „Lupo“ Ludowicy · contact@lupo.lu · www.lupo.lu · +352 691 590 527

Composition des membres du CA de l'EHL après l'AGO du 20 avril 2010

Titre	Prénom	Nom	Membre	Société
M.	Paul	JUNCK	Président	EHL a.s.b.l.
M. le Dr	Raymond	LIES	Vice-président membre eff.	FFE / CLINIQUE STE MARIE, Esch/Alzette
M.	Jean-Paul	MESSERIG	Trésorier membre eff.	CHdN, site Wiltz
M.	Georges	BASSING	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER DU NORD, Ettelbruck
M. le Dr	Jean	BEISSEL	membre eff.	I.N.C.C.I. / HAERZFONDATION, Luxembourg
Mme	Monique	BIRKEL	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER DU LUXEMBOURG
M.	Jean-Paul	FREICHEL	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER DU LUXEMBOURG
M.	Jean-Marie	GILLEN	membre eff.	HOPITAL INTERCOMMUNAL, Steinfort
M. le Dr	Gérard	GRENOT	membre eff.	C.N.R.F.R. dit REHAZENTER, Kirchberg
M.	Serge	HAAG	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER EMILE MAYRISCH, Esch/Alzette
M.	Henri	HINTERSCHIED	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER EMILE MAYRISCH, Esch/Alzette
M.	Gunar	JAMROS	membre eff.	ZithaKlinik s.a., Luxembourg
M. le Dr	Jo	JOOSTEN	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER NEURO-PSYCHIATRIQUE, Ettelbruck
M. le Dr	André	KERSCHEN	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER DU LUXEMBOURG
M. le Dr	Michel	NATHAN	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER EMILE MAYRISCH, Esch/Alzette
M.	Christian	OBERLE	membre eff.	FFE / HOPITAL KIRCHBERG
M.	Marc	SCHLIM	membre eff.	FFE / HOPITAL KIRCHBERG
M. le Prof. Dr	Hans-Joachim	SCHUBERT	membre eff.	CENTRE HOSPITALIER DU NORD, Ettelbruck
M. le Dr	Philippe	TURK	membre eff.	ZithaKlinik s.a., Luxembourg
M. le Dr	Michel	UNTEREINER	membre eff.	CENTRE FRANCOIS BACLESSE, Esch/Alzette
M. le Dr	Paul	WIRTGEN	membre eff.	CLINIQUE PRIVEE Dr E. BOHLER, Kirchberg



Titre	Prénom	Nom	Membre	Société
M. le Dr	Marcel	BAULER	suppl.	CENTRE HOSPITALIER DU NORD, Ettelbruck
M.	Charles	BILDGEN	suppl.	CENTRE HOSPITALIER DU NORD, Ettelbruck
M. le Dr	Claude	BIRGEN	suppl.	CENTRE HOSPITALIER EMILE MAYRISCH, Esch/Alzette
Mme	Félicie	BOHNERT-FONCK	suppl.	CENTRE FRANCOIS BACLESSE, Esch/Alzette
M.	Julien	GANGOLF	suppl.	ZithaKlinik s.a., Luxembourg
M.	Luc	GINDT	suppl.	CENTRE HOSPITALIER EMILE MAYRISCH, Esch/Alzette
M. le Dr	Marc	GRAAS	suppl.	FFE / HOPITAL KIRCHBERG
M.	René	HAAGEN	suppl.	CENTRE HOSPITALIER DU NORD, Ettelbruck
M.	Paul	HOFFMANN	suppl.	FFE / HOPITAL KIRCHBERG
Mme	Annette	KLOSTER	suppl.	FFE / CLINIQUE STE MARIE, Esch/Alzette
Mme	Yvonne	KREMMER	suppl.	CENTRE HOSPITALIER DU LUXEMBOURG
M.	Pierre	LAVANDIER	suppl.	CENTRE HOSPITALIER DU LUXEMBOURG
M. le Dr	Romain	NATI	suppl.	CENTRE HOSPITALIER DU LUXEMBOURG
Mme	Béatrice	PETTIAUX	suppl.	CLINIQUE PRIVEE DR E. BOHLER, Kirchberg
M.	André	PUTZ	suppl.	I.N.C.C.I. HAERZFONDATION, Luxembourg
M.	Patrick	REINERT	suppl.	C.N.R.F.R. dit REHAZENTER, Kirchberg
M.	Arnaud	SERVAIS	suppl.	CENTRE HOSPITALIER NEURO-PSYCHIATRIQUE, Ettelbruck
Mme	Bernadette	THEIS	suppl.	HOPITAL INTERCOMMUNAL, Steinfort
M.	Guy	THILL	suppl.	ZithaKlinik s.a., Luxembourg
M.	André	ZWALLY	suppl.	CENTRE HOSPITALIER EMILE MAYRISCH, Esch/Alzette

DKV
Luxembourg

Pour toi.

Fir dech.

Für dich.

www.medien.dkvl.lu

Easy Health. Taillé pour le Luxembourg.

LA NOUVELLE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
EXCLUSIVEMENT RÉSERVÉE AUX RÉSIDENTS DU LUXEMBOURG.
TÉLÉPHONE 42 64 641 – WWW.DKV.LU

DKV – Voilà, de richtige Choix! a member of MUNICH HEALTH

PFP

PROTECTION FEU PRO

*Solutions Coupe-Feu
Optimales*

10, Rue Robert Krieps
L-4702 PETANGE

Tél. : 2650 1923
GSM : 621 / 22 56 22
Fax : 2650 1924
www.pfp.lu
achauvaux@pfp.lu

LuxENERGIE

Votre partenaire compétent
pour la fourniture
de chaleur, de froid et
de courant de secours

Services offerts dans le cadre
de la fourniture d'énergie:

- Conception, financement et construction
de l'installation de production d'énergie
- Maintenance, inspection,
garantie totale et
conduite des installations
- Service de permanence 24h/24h

LuxEnergie S.A.
23, av. John F. Kennedy
Tél.: 22 54 74-1
info@luxenergie.lu

Boîte Postale 521
L-2015 Luxembourg
Fax: 22 54 77
www.luxenergie.lu

AIR LIQUIDE
Medical

Un savoir-faire au service des patients,
à l'hôpital comme à leur domicile

AIR LIQUIDE Medical
succursale LUXEMBOURG
Bureaux: zoning industriel du PED - B.P. 4
L-4801 RODANGE
tél.: 50 62 63 • fax: 50 62 63 218

Aperçu sur la responsabilité pénale des personnes morales

L'objectif du présent article est de présenter les grandes lignes du régime de la responsabilité pénale des personnes morales instauré par la loi du 3 mars 2010 (Mémorial A N° 36 du 11 mars 2010) et les principales interrogations suscitées par ce texte.

L'article 1er (5) de la loi du 3 mars 2010 a notamment inséré dans le Code pénal un nouvel article 34 qui dispose que:

«Lorsqu'un crime ou un délit est commis au nom et dans l'intérêt d'une personne morale par un de ses organes légaux ou par un ou plusieurs de ses dirigeants de droit ou de fait, la personne morale peut être déclarée pénalement responsable et encourir les peines prévues par les articles 35 à 38.

La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes infractions.

Les alinéas précédents ne sont pas applicables à l'Etat et aux communes.»

L'introduction de la responsabilité pénale des personnes morales dans l'«arsenal» législatif peut être considérée comme une innovation majeure et, théoriquement, comme élargissant considérablement le champ de la répression.

La loi du 3 mars 2010 pourrait agrémenter le thème de la pénalisation de la vie publique et celui du «risque pénal», caractérisés par la fréquence du recours aux instruments juridiques répressifs et, concomitamment, par une insuffisante «lisibilité» des textes, génératrice d'insécurité juridique.

La nouveauté paraît intéresser le secteur hospitalier: d'une part, les personnes morales du secteur semblent tomber dans le champ d'application de la loi; d'autre part, certains faits générateurs de responsabilité médicale peuvent en principe revêtir des qualifications pénales, posant la question d'une éventuelle contagion de la responsabilité des personnes physiques aux personnes morales.

La présentation des grandes lignes du régime de la responsabilité pénale des personnes morales et des interrogations qu'il suscite sera précédée d'un exposé succinct de la genèse de la loi du 3 mars 2010.

1. Genèse de la loi du 3 mars 2010

Le projet de loi introduisant la responsabilité pénale des personnes morales dans le Code pénal a été déposé par arrêté grand-ducal du 10 avril 2007. L'exposé des motifs rappelle que «l'introduction de ce régime de responsabilité pénale dans le code pénal se justifie eu égard aux obligations internationales engagées par le Luxembourg, que se soit au niveau de l'Union Européenne ou encore dans le cadre d'autres organisations internationales (OCDE, Conseil de l'Europe, ONU)».

Alors que le projet était en cours de discussion, dans un rapport du 20 mars 2008 sur l'application de la convention sur la lutte contre la corruption d'agents publics étrangers, le groupe de travail de l'OCDE s'inquiétait «tout particulièrement de l'absence persistante (au Luxembourg) de responsabilité des personnes morales en matière de corruption transnationale».

Le processus législatif sera enfin redynamisé suite au dépôt de la synthèse du rapport d'évaluation mutuelle du Groupe d'Action Financière («GAFI») du 19 février 2010, mettant l'accent sur l'«absence, en droit luxembourgeois, de responsabilité pénale de personnes morales, sans qu'aucun principe fondamental du droit interne ne l'empêche».

2. Champ d'application de la loi du 3 mars 2010

2.1. Champ d'application dans le temps

Les dispositions de la loi du 3 mars 2010 instaurant la responsabilité pénale des personnes morales et l'assortissant de peines sont à considérer comme des dispositions pénales de fond augmentant la sévérité de la répression. Elles ne s'appliquent dès lors qu'aux faits commis après l'entrée en vigueur de la loi, soit quatre jours après sa publication au Mémorial.

2.2. Quant aux personnes

En principe, la responsabilité pénale de toutes les personnes morales, à l'exception de l'Etat et des Communes, peut être engagée.

L'exception concerne tous les domaines de l'activité de l'Etat et des Communes. Dans son avis du 19 janvier 2010, le Conseil d'Etat avait suggéré que la responsabilité pénale de l'Etat et des Communes puisse être engagée par des actes ne relevant pas de la puissance publique. Selon certains commentateurs, l'avis du Conseil d'Etat n'a pas été suivi sur ce point du fait des difficultés qu'aurait posé la définition, dans la loi, d'un critère de distinction entre les actes relevant ou non de la puissance publique.

L'exception prévue pour l'Etat et les Communes ne devrait en principe pas s'étendre à leurs établissements publics. Les lois pénales de fond sont en effet d'interprétation stricte: elles s'appliquent exclusivement aux hypothèses qu'elles envisagent et s'appliquent à toutes ces hypothèses. L'analyse ci-dessus semble par ailleurs corroborée par l'exposé des motifs de la loi du 3 mars 2010, selon lequel, hormis l'Etat et les Communes, «l'article 34 (du Code pénal) englobe toutes les entités qui sont effectivement dotées de la personnalité juridique en vertu d'une loi, qu'elles relèvent du droit public ou du droit privé».

Sur base de ce qui précède, la responsabilité pénale des sociétés commerciales, des fondations et associations sans but lucratif, et des établissements publics pourrait être engagée.

2.3. Quant aux infractions

Le Code pénal classe les infractions en trois catégories qui sont, dans un ordre décroissant de gravité, les crimes, les délits et les contraventions. L'article 1er (5) de la loi du 3 mars 2010 prévoit qu'une personne morale peut être déclarée coupable de crimes et de délits, mais pas de contraventions.

Dans son avis du 19 janvier 2010, le Conseil d'Etat avait considéré que l'introduction de la responsabilité pénale des personnes morales pour les contraventions aurait permis de ne plus rendre nécessaire le recours «au succédané» des sanctions administratives (en visant l'exemple de la réglementation de la navigation aérienne). Son avis n'a pas été suivi sur ce point.

Le principe du cumul illimité des amendes contraventionnelles aurait par ailleurs pu avoir un effet dissuasif sur les entreprises, incitant au respect des réglementations assorties d'amendes contraventionnelles.

Les infractions à de nombreuses législations spéciales, telles qu'en matière d'établissements classés (commodos), d'environnement, ou d'urbanisme, sont qualifiées de délits. Ce type d'infractions semble constituer un terrain de prédilection pour la responsabilité pénale des personnes morales. Les conditions de mise en œuvre de cette responsabilité suscitent cependant certaines interrogations.

3. Conditions de mise en œuvre de la responsabilité pénale des personnes morales

3.1. Un fait d'une/de personne(s) physique(s)

L'article 34 du Code pénal exige qu'un crime ou un délit ait été commis par les organes légaux ou par un ou plusieurs des dirigeants de droit ou de fait de la personne morale.

- Organes légaux:

Selon l'exposé des motifs, «d'une manière générale, l'on peut considérer que les «organes légaux» d'une personne morale sont normalement constitués par une ou plusieurs personnes physiques (ou morales) auxquelles la loi gouvernant la personne morale confère une fonction particulière dans l'organisation de la personne morale, et pouvant consister en une fonction d'administration, de direction, de représentation ou encore de contrôle».

Seules des personnes physiques pouvant commettre l'élément matériel d'une infraction, cet élément doit dès lors, en définitive, être établi dans le chef d'une personne physique.

- Dirigeants de droit ou de fait de la personne morale:

Dans son avis du 10 octobre 2007, la Chambre des Métiers

s'était félicitée de ce que seuls les dirigeants «de droit» des personnes morales pouvaient, dans le projet initial, engager la responsabilité pénale de celles-ci. L'avis prenait en considération les «problèmes pouvant résulter d'une situation où les organes officiels de la société ignorent par exemple l'immixtion d'un dirigeant de fait. Punir dans ces cas la société aurait été démesuré et certainement pas synonyme de sécurité juridique pour les personnes morales.»

La responsabilité de la personne morale a cependant été étendue aux hypothèses dans lesquelles une infraction a été commise dans son intérêt par un de ses mandataires de fait. Selon le commentaire des articles par la Chambre des Députés du 30 septembre 2008, cette extension a notamment eu pour objectif de répondre aux «critiques soulevées par les évaluateurs de l'OCDE (...) sur l'application de la Convention sur la lutte contre la corruption d'agents publics étrangers».

La notion de «dirigeant de fait» sera soumise à l'appréciation des juges.

- le principe du cumul de la responsabilité des personnes morales et des personnes physiques:

La loi prévoit que «la responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes infractions».

L'objectif poursuivi par le législateur ressort de l'exposé des motifs: «le principe du cumul permet (...) d'éviter que des personnes physiques se servent du couvert d'une personne morale pour masquer leur responsabilité personnelle.»

Le cumul des responsabilités ne semble cependant pas imposer que la personne physique et la personne morale soient toutes deux poursuivies. Selon l'exposé des motifs, «en vertu du principe du cumul, la personne morale pourra donc faire l'objet de poursuites au même titre que la personne physique à raison des faits visés, l'une et l'autre pouvant être poursuivies ensemble ou sans que l'autre ne le soit.»

3.2. Un crime ou un délit commis au nom et dans l'intérêt d'une personne morale

Ces termes de l'article 34 du Code pénal semblent pouvoir susciter des difficultés d'application et d'interprétation.

La nature de l'intérêt (moral, patrimonial) n'est pas précisée par le texte. Les modalités pratiques de l'action «au nom» de la société ne sont pas définies.

La commission d'une infraction au nom et dans l'intérêt d'une personne morale pourrait impliquer que l'auteur matériel des faits a agi en considération de l'intérêt de la personne, dans l'objectif que l'intérêt de la personne morale soit satisfait par le résultat des faits délictueux.

La question se pose dès lors de savoir s'il est concevable, en l'état du texte, qu'une personne morale soit déclarée coupable d'une infraction non intentionnelle, dans laquelle la

production d'un résultat délictueux n'a pas été sciemment recherchée par l'auteur matériel des faits.

Il s'agit d'une question d'interprétation qui pourrait être soumise aux juridictions. En tout état de cause, le texte de la loi vise tous les délits, sans distinction entre infractions intentionnelles ou non intentionnelles (« involontaires »).

4. Les peines applicables aux personnes morales

Selon l'article 35 du Code pénal, les peines criminelles ou correctionnelles encourues par les personnes morales sont:

- 1) l'amende,
- 2) la confiscation spéciale,
- 3) l'exclusion de la participation à des marchés publics,
- 4) la dissolution.

Selon l'exposé des motifs, la dissolution et l'amende constituent les « peines principales ».

La dissolution constitue une peine très sévère faisant disparaître la personne morale par « renvoi de celle-ci devant le tribunal compétent pour procéder à la liquidation ». Son champ d'application est cependant limité aux cas où une personne morale a été intentionnellement créée ou détournée de son objet pour commettre certains crimes ou délits. L'article 38, alinéa 2 du Code pénal précise que « la dissolution n'est pas applicable aux personnes morales de droit public dont la responsabilité est susceptible d'être engagée ».

En matière criminelle, la loi prévoit un taux maximum de l'amende de 750.000 EUR.

Le taux de l'amende applicable en matière correctionnelle est déterminé par référence et adaptation du taux applicable aux personnes physiques: « le taux maximum de l'amende applicable aux personnes morales est égal au double de celui prévu à l'égard des personnes physiques par la loi qui réprime l'infraction. Lorsqu'aucune amende n'est prévue à l'égard des personnes physiques par la loi qui réprime

l'infraction, le taux maximum de l'amende applicable aux personnes morales ne peut excéder le double de la somme obtenue par multiplication du maximum de la peine d'emprisonnement prévue, exprimée en jours, par le montant pris en considération en matière de contrainte par corps. »

5. Eléments de procédure

La loi prévoit que « l'action publique est exercée à l'encontre de la personne morale prise en la personne de son représentant légal à l'époque de l'introduction de l'action publique. »

Lorsque l'action publique est introduite à l'encontre de la personne morale et de son représentant légal pour les mêmes faits (en cas de cumul de poursuites en application du principe de cumul des responsabilités) ou pour des faits connexes à l'encontre du représentant légal, la personne morale peut désigner un autre représentant bénéficiant, conformément à la loi ou à ses statuts, d'une délégation de pouvoir afin de la représenter.

La loi laisse donc ouverte, en théorie, la possibilité que le dirigeant poursuivi en personne représente la personne morale dans la procédure pénale, alors que leurs intérêts et stratégie de défense respectifs peuvent diverger.

Conclusion

La loi du 3 mars 2010 et le régime de la responsabilité pénale des personnes morales qu'elle instaure suscitent certaines interrogations quant à son champ d'application, ses conditions de mise en œuvre et quant au déroulement des procédures répressives.

La loi étant entrée en vigueur, elle échappe à son auteur et devient la chose des praticiens, qui auront la tâche de répondre aux interrogations posées par le texte pour le faire vivre, alors que le législateur pourra le cas échéant se ressaisir de la matière si des parachèvements s'avèrent nécessaires.

Luc WAISSE

Conseiller juridique de l'EHL

EHL-info N° 15 - Septembre 2010

Conformément aux dispositions régissant la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle doit obligatoirement indiquer le nom de l'auteur et la source du texte reproduit.

Si vous souhaitez publier une information dans cette publication, contactez le Comité de rédaction à l'adresse suivante:

Secrétariat du Comité de rédaction:

Danielle CIACCIA-NEUEN
Entente des Hôpitaux Luxembourgeois a.s.b.l.

5, rue des Mérovingiens, Z.A. Bourmicht · L- 8070 BERTRANGE
Téléphone: 42 41 42-21 · Télécopie: 42 41 42-81

E-mail: danielle.ciaccia@ehl.lu · site: www.ehl.lu

téléphonie SA

**DÉJÀ 80 ANS
À VOTRE SERVICE**

Téléphonie SA, BETA TESTEUR de longue date, premier partenaire mondial certifié

ALCATEL-LUCENT
Premium Business Partner

+42 83 83-1

téléphonie SA... votre intégrateur ICT

En tant qu'intégrateur ICT de haut niveau, téléphonie SA offre à ses clients une gamme de produits et services des plus complètes, à savoir des centraux téléphoniques en architecture TDM, mixte ou VoIP, des équipements de réseaux données-voix-vidéo, des systèmes d'alarme pour protéger des locaux ainsi que des applications de télécommunications adaptées aux besoins spécifiques des clients.



Pour les hôpitaux téléphonie SA offre la solution multimédia de la société mgate pour le confort des patients et du personnel soignant.

À l'aide d'un terminal multimédia installé à côté de son lit, le patient peut téléphoner, regarder la TV, surfer sur internet, chatter, jouer ou s'informer sur l'organisation de l'hôpital et sur sa thérapie. Le médecin et le personnel soignant peuvent en outre accéder au dossier médical du patient pendant leurs visites.

Tous les services utilisables à l'aide de ce terminal multimédia tactile peuvent être facturés individuellement via le système de facturation intégré.



Téléphonie S.A. - 1, rue de Bitbourg - L-1273 Luxembourg - Tél : +352 42 83 83 1 - Fax : +352 42 83 84 - info@telephonie.lu - telephonie.lu



EXPERT EN DÉSINFECTION

Parce que l'hygiène et le bien-être des personnes sont au centre de ses préoccupations, le Laboratoire HUCKERT'S International développe et commercialise depuis 1957 des produits haut de gamme. UMONIUM³⁸ et PHYTOGEL combattent l'infection, protègent le professionnel des risques de contamination et offrent des solutions alternatives sans effets secondaires.



**Excellence et sécurité
pour la bio-décontamination
et la désinfection:**

I INSTRUMENTS I SURFACES
I EQUIPMENTS I ENVIRONNEMENT



**Soins intensifs
à base de plantes
médicinales pour:**

I NETTOYER I DÉSINFECTER
I NOURRIR I PROTÉGER LA PEAU

www.huckerts.net

Le laboratoire du sommeil au CHEM, site Niederkorn



Transféré d'Esch-sur-Alzette au site de Niederkorn, il y a quelques mois, le laboratoire de sommeil du CHEM a été agrandi. Il s'agit d'une unité hospitalière consacrée à l'enregistrement des paramètres du sommeil.

Le sommeil a depuis toujours fasciné l'homme. Pourtant les troubles du sommeil ne sont réellement étudiés que depuis quelques décennies, et la médecine du sommeil est une science nouvelle et en perpétuelle évolution.

Les maladies du sommeil sont fréquentes. De façon très simple, on peut distinguer plusieurs catégories:

- Les insomnies
Ce sont les personnes qui ont du mal à dormir (difficultés d'endormissement, sommeil fractionné, réveil précoce)
- Les Hypersomnies
Ce sont des personnes ayant du mal à rester éveillées le jour, ayant en permanence envie de dormir
- Les troubles du rythme de sommeil
Il s'agit d'une perte de la synchronisation des horaires de veille et de sommeil, par rapport aux heures conventionnelles
- Les parasomnies
Il s'agit de la perturbation du sommeil par des troubles moteurs, mentaux ou verbaux
- Les troubles moteurs du sommeil
Le plus connu est le syndrome d'impatience des membres inférieurs.

On estime qu'environ un tiers de la population en souffre à des degrés divers. Ces maladies ont des conséquences physiques, psychologiques, économiques et sociales importantes, et représentent un nouveau défi de santé publique.

Au CHEM, la mise au point et le traitement de ces pathologies sont assurés par des médecins spécialisés dans le domaine du sommeil. Ils travaillent dans un cadre pluridisciplinaire autour d'un instrument de mesure des pathologies du sommeil qui est le laboratoire du sommeil.

Cette unité hospitalière du CHEM comprend des lits d'enregistrement, et un appareillage permettant d'évaluer les divers paramètres du sommeil. L'étude de ces paramètres, intégrés au contexte clinique du patient et aux données scientifiques existantes, permet de poser un diagnostic et de proposer un traitement. Ces examens sont dépourvus de réactions secondaires.

Au Grand Duché, les deux premiers laboratoires de sommeil dont celui d'Esch-sur-Alzette ont été créés en 1996. A l'époque, le laboratoire du CHEM était équipé de 2 lits d'enregistrement. La qualité de son travail a été couronnée par l'organisation en 2000 et 2007 de 2 congrès scientifiques européens de haut niveau au Grand Duché.

L'augmentation du nombre de lits d'enregistrement s'est révélée indispensable lors de ces dernières années devant la demande croissante d'examens de sommeil, due à une meilleure sensibilisation du corps médical et une plus grande prise de conscience du public de ces maladies.

Le déménagement du laboratoire de sommeil du CHEM sur le site de Niederkorn a, non seulement permis son agrandissement, mais aussi une nette amélioration qualitative au niveau du calme, de l'isolation, du confort et d'adaptations techniques indispensables pour répondre aux cahiers de charges exigeants de l'European Sleep Research Society.

Le laboratoire de sommeil du CHEM est fonctionnel depuis le 1^{er} septembre 2009 sur le site Niederkorn. Il comprend 4 lits d'enregistrement ouverts sur l'année, et enregistrant 6 jours sur 7. Chaque patient passe en moyenne 2 nuits consécutives au laboratoire, quittant l'hôpital entre les deux nuits, et revoit ensuite son médecin quelques jours plus tard pour discuter les résultats. 5 techniciennes prennent en charge les patients durant leur séjour.

Dr Michel KRUGER

Médecin responsable du service neurologie
et du laboratoire du sommeil



iPhone 4,
la qualité de service en plus.



LUXGSM
ALWAYS WITH YOU

iPhone 4



➤ Tél. 37 90 37 - 0
Fax. 37 90 37 - 90
➤ automobile@reinert.lu
industrie@reinert.lu
securite@reinert.lu
www.reinert.lu

Tout pour l'automobile

(pièces détachées toutes marques,
pièces carrosserie, huiles...)

Tout pour l'essuyage et le nettoyage industriel

(papier d'essuyage, sacs poubelles...)

Tout pour la prévention d'incendie et la protection individuelle

(extincteurs, détecteurs d'incendie,
vêtements professionnels...)



6, rue du Château d'Eau L - 3364 LEUDELANGE

Ouvert: Du Lundi au Vendredi de 8-12 / 13-18 heures
Samedi de 8 - 12 heures

Ne laissez rien au hasard! La CMCM vous assiste.

Régime commun

Hospitalisation au Luxembourg

Des remboursements
complémentaires à
ceux de votre caisse
de maladie.



Hospitalisation à l'étranger

Des remboursements
complémentaires à
ceux de votre caisse
de maladie.



Traitements médico-dentaires

Des remboursements
complémentaires
à ceux de votre
caisse de maladie.



CMCM-Assistance

Votre assistance
24h sur 24 et 7/7
jours dans le cas de vos
voyages à l'étranger.



Régime particulier

PRESTAPLUS

Le remboursement
de vos frais
d'hospitalisation et
honoraires médicaux
en 1^{ère} classe.



DENTA & OPTIPLUS

Des remboursements
substantiels pour
prestations dentaires
et d'optique.



Devenez membre de la CMCM! Possibilité d'adhésion par voie électronique sur notre site INTERNET www.cmcm.lu

49, RUE DE STRASBOURG LUXEMBOURG • ADRESSE POSTALE: L-2971 LUXEMBOURG

TÉLÉPHONE 49 94 45-1 FAX 49 11 53

BUREAUX OUVERTS DU LUNDI AU VENDREDI MATIN DE 8H45 À 11H45

APRÈS-MIDI DE 13H00 À 17H00

www.cmcm.lu



**CAISSE
MEDICO-
CHIRURGICALE
MUTUALISTE**

La cellule luxembourgeoise d'évaluation à la conduite automobile réadaptée au Rehazenter

Depuis plusieurs dizaines d'années la conduite d'un véhicule automobile est un moyen important d'acquérir une autonomie de déplacement pour l'être humain. Pour un patient victime d'un accident de la vie, pouvoir reconduire une automobile constitue une étape essentielle de la réinsertion sociale et même professionnelle. C'est donc tout naturellement que le Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation (CNRFR) a individualisé au sein de ses équipes de thérapeutes une unité destinée à l'évaluation des possibilités de conduite pour des personnes atteinte de déficience(s). C'est le rôle de la Cellule Luxembourgeoise d'Évaluation à la Conduite Automobile Réadaptée (CLECAR). Comme pour beaucoup d'autres secteurs de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation, elle nécessite une approche multidisciplinaire. C'est également une ouverture vers le monde extérieur permettant une réadaptation «hors les murs».

Les rôles du CLECAR sont multiples. Il permet en premier lieu de détecter les contre-indications à la conduite automobile. Comme pour d'autres fonctions de la vie relationnelle, la notion de bilan est fondamentale. L'évaluation permet de savoir si les capacités restantes sont compatibles avec l'obtention ou le maintien d'un permis de conduire. La cellule a un rôle d'expert auprès de la Commission Médicale du Ministère des Transports. Elle a également un rôle d'expert auprès du patient et des tutelles pour le choix des adaptations nécessaires à la conduite.

La coordination du CLECAR est assurée par un médecin rééducateur. La cellule est composée de 4 ergothérapeutes référents ainsi que des neuropsychologues et de l'orthoptiste du Rehazenter. Les assistantes sociales informent le patient des différentes aides dont il peut bénéficier pour le financement d'adaptations parfois onéreuses. La fonction de ces thérapeutes au sein du CLECAR est complémentaire à leur activité habituelle auprès des patients du centre.

Pour mieux évaluer les capacités d'apprentissage ou de reprise de la conduite automobile, les thérapeutes ont à leur disposition une voiture, un simulateur de conduite et un «quart de voiture».

Le véhicule auto-école est muni d'une boîte automatique et d'adaptations interchangeables. Il est mis à disposition de toute auto-école agréée.

Les capacités d'adaptation du poste de conduite de la voiture permettent d'offrir à un large éventail de patients, des possibilités ciblées afin de répondre à leurs besoins et attentes.



Parmi ces différentes adaptations, il est possible d'installer entre autre:

- Une pédale d'accélérateur à gauche pour compenser un déficit du membre inférieur droit.
- Une boule au volant à droite ou à gauche avec ou sans boîtier de commandes (phares, feux clignotants, essuie-glaces, ...) pour les personnes ayant l'usage d'un seul membre supérieur.
- Un frein et accélérateur à commande manuelle qui se présente sous trois formes: levier tirer-pousser vertical à droite, levier tirer-pousser horizontal à gauche ou cerceau électronique associé à un frein manuel.



- Un plancher rehaussé avec des allonge-pédales pour permettre l'apprentissage de la conduite automobile à des personnes de petite taille.

Grace à trois écrans panoramiques, le simulateur de conduite permet de mettre en scène des scénarios de situations de conduite. Selon le choix de l'évaluateur, ils se déroulent en milieu urbain ou sur autoroute.

Quoique déjà proche d'un parcours routier réaliste, ils se complètent de facteurs environnementaux, tels que le brouillard, les situations diurnes ou bien nocturnes.

Le simulateur de conduite permet d'avoir une première approche de la conduite avec les adaptations proposées. Cependant ces évaluations en situation de conduite restent liées au domaine de l'appropriation des aides techniques qui doit se faire par une série de séances où le simulateur recrée le poste de conduite d'un véhicule avec les contraintes d'un environnement de conduite transformé par les adaptations nécessaires en réponse aux déficits de la personne.

Il permet parfois d'aborder le bilan et/ou le traitement des troubles attentionnels en complément le prise en charge neuropsychologique.

La cellule luxembourgeoise d'évaluation à la conduite automobile réadaptée au Rehazenter



Le quart de voiture permet de travailler l'apprentissage des transferts et le contrôle de l'ouverture et de la fermeture de la porte. Cet outil sert également à mettre les personnes en situation de montage et démontage d'une roue.



De part sa formation de médecin et grâce à ses compétences de spécialiste en Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation, le médecin rééducateur effectue le premier bilan clinique, trie et coordonne les différents bilans complémentaires. Il rédige le rapport final qui, le cas échéant, sera transmis à la Commission Médicale du Ministère des Transports. Les médecins rééducateurs du Rehazenter sont tous habilités à prendre en charge un patient nécessitant une évaluation. Ils recherchent les contre indications qui pourraient empêcher le déroulement d'une évaluation. Cet examen clinique permet surtout d'évaluer les capacités restantes et d'orienter le patient vers les collaborateurs du CLECAR appropriés.

Le bilan des capacités fonctionnelles est assuré par les ergothérapeutes. Il regroupe des informations sur la personne et mesure les capacités physiques nécessaires à la conduite automobile afin de définir les adaptations éventuelles, spécifiques à la conduite automobile. L'ergothérapeute saisit les informations administratives et les habitudes de conduite du patient, et prend connaissance du dossier médical. L'évaluation prend en compte le port d'orthèses, de prothèses ou d'appareillages spécifiques à la conduite.

Elle cible ensuite selon la pathologie un ou plusieurs segments de l'appareil locomoteur en mesurant les capacités résiduelles de force, d'amplitude, de mobilité, de sensibilité, que les pathologies soient d'origine traumatologique ou neurologique.

Le conducteur doit pouvoir assurer sa sécurité et celle des autres personnes participant au trafic. Est-ce que la personne ayant souffert d'une lésion cérébrale arrive à garantir cette sécurité et à assumer une conduite responsable?

Telle est la question à laquelle les neuropsychologues essaient de répondre.

Par des tests standardisés sur ordinateur, l'alerte phasique, l'attention divisée, l'inhibition et la flexibilité mentale peuvent être évaluées. Parallèlement la faculté de perception et de jugement des situations de circulation est prise en compte ainsi que la faculté d'avoir un comportement adapté et sécurisé dans des situations à risque.

Les neuropsychologues interviennent également lors de l'élaboration des alternatives de transport chez les personnes, en incluant la famille et les proches.

Le bilan orthoptique consiste en:

- la mesure de l'acuité visuelle de loin et de près avec et sans correction
- une évaluation de la motricité oculaire pour écarter, entre autre, une éventuelle diplopie
- un test du champ visuel.

Si un de ces tests montre une anomalie, le patient sera adressé auprès de son ophtalmologue.

Grace à la voiture du CLECAR, les ergothérapeutes effectuent une mise en situation écologique de conduite, avec un moniteur d'auto-école.

Une grille d'évaluation est remplie lors de cette mise en situation ayant pour objectifs de vérifier les capacités de la conduite de la personne, de faire un essai ou un apprentissage des adaptations, en situation réelle. Cela nous permet également de conforter les résultats des bilans neuro-psychologiques, de mettre en confiance la personne et d'apprécier son endurance et sa tolérance à la contrainte physique lors de la conduite.

Plusieurs types de patients peuvent être évalués par le CLECAR. En premier lieu, cette évaluation est destinée aux patients effectuant leur processus de réadaptation au CNRFR. Le centre a également une vocation d'évaluation fonctionnelle. Le CLECAR peut donc aussi être sollicité par des patients extérieurs au Centre. Ces patients peuvent être adressés par la Commission Médicale du Ministère des Transports, par des médecins rééducateurs d'autres structures de soins du pays, par des médecins d'autres spécialités

La cellule luxembourgeoise d'évaluation à la conduite automobile réadaptée au Rehazenter

médico-chirurgicales (neurologie, neurochirurgie, ...) ou par des médecins généralistes. Certains patients font appel d'eux-mêmes à l'expertise du CLECAR.

Les évaluations du CLECAR s'adressent essentiellement aux patients présentant des déficits de l'appareil locomoteur ou présentant des troubles des fonctions supérieures. Parfois ces déficits sont associés par exemple après traumatisme crânien ou polytraumatisme.

Les déficits moteurs ont plusieurs causes: il peut s'agir de raideurs articulaires, de malformations, d'amputations ou de paralysies (d'origine périphérique ou centrale). Le déficit peut toucher un membre, deux membres pouvant être soit ipsilatéral (hémiplegie) ou homonyme (paraplégie), trois membres ou même les quatre membres (tétraplégie). Les troubles cognitifs les plus souvent rencontrés sont des troubles de l'attention, des syndromes frontaux avec agressivité, des troubles de la mémoire, de la fatigabilité, de la difficulté à réaliser deux tâches simultanément,...

La procédure de l'évaluation à la conduite automobile est toujours effectuée dans les mêmes règles. Chaque candidat est examiné par un médecin rééducateur du Centre. Pour les patients pris en charge au CNRFR la décision d'évaluation est généralement prise lors des habituelles réunions de synthèse qui rythment le processus de réadaptation. En fonction des incapacités constatées, le patient bénéficie d'un bilan ergothérapique, neuropsychologique et/ou orthoptique. La contre indication à la conduite peut être détectée à ce stade. La voiture adaptée et/ou le simulateur permettent plus généralement la poursuite de l'évaluation.

Pour les troubles cognitifs, il est parfois souhaitable d'arrêter l'évaluation et de proposer une poursuite de la neuro-réhabilitation. Le patient sera alors réévalué plus tard.

Pour les patients présentant des déficiences physiques, vient le choix des aménagements du véhicule en fonction du handicap. La voiture adaptée et/ou le simulateur permettent un apprentissage de ces adaptations. Le jeune patient peut alors apprendre à conduire un véhicule avec un moniteur d'auto-école et tenter de passer l'examen de conduite sous le contrôle d'un inspecteur. La personne titulaire d'un permis de conduire antérieur à l'apparition de son handicap s'approprie les adaptations proposées.

La voiture est vécue aujourd'hui comme un moyen d'émancipation. Elle est synonyme d'autonomie et de liberté. La conduite automobile fait donc partie naturelle d'un programme de réadaptation. L'expertise du CLECAR s'adresse donc au patient mais aussi à la Commission Médicale du Ministère des Transports. Elle permet surtout de démystifier l'importante problématique de la conduite chez un patient privé de certaines capacités.

Dr Jean-Pierre SAVY, médecin rééducateur
Serge SAUVEPLANE, chef de service ergothérapie

Sophie ANTOINE, orthoptiste

Laurent BEER, ergothérapeute

Cécile DEGEE, ergothérapeute

Anne-Marie SCHULLER, neuropsychologue

Isabelle SMETS, ergothérapeute

Caroline WALCZAK, ergothérapeute



REHAZENTER

L U X E M B O U R G

CENTRE NATIONAL
DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE
ET DE RÉADAPTATION

Etablissement Public

1, rue André Vésale · L-2674 Luxembourg

Tél.: 26 98-1

www.rehazenter.lu



Déménager... jamais !

Liberté de mouvement à chaque niveau

Intéressé ? Contactez-nous au

 40.08.96

Partout au Luxembourg !
Service 24h /24h et 7 jours /7 !
Fabrication Thyssen !



ThyssenKrupp



NOUVEAU
même pour
escaliers étroits !

Ascenseurs d'escalier

Oui, envoyez-moi GRATUITEMENT votre documentation FEM

NOM :

ADRESSE :

TEL. :

ThyssenKrupp Ascenseurs sàrl - luxembourg@thyssenkruupp.com
Z.I. Weiergewan - 22 rue Edmond Reuter - L-5326 Contern - Tél 40.08.96 - Fax 40.08.99

One destination. Many paths

We'll take you there

Agfa HealthCare works alongside radiologists every day. Our systematic steps to integrated digital radiology allow you to advance at your own pace, without jeopardizing current systems or investments. This allows you to choose the solutions you want: advanced imaging systems, integrated RIS/PACS/Reporting, sophisticated data management, or integrated digital workflows for radiology, mammography, cardiology and the healthcare enterprise. So as you consider your chosen path, let our proven experience support your next step, and every step after that.

AGFA 
HealthCare

Mobiflex®

Souplesse des articulations



10 mg collagène type II non-dénaturé

- Augmente la flexibilité et la mobilité
- Maintient la souplesse des articulations
- Soutient et préserve le cartilage
- Sûr et facile

Facilité de prise

1 comprimé par jour à jeun
ou en dehors des repas (2h avant ou après)
La prise de Mobiflex® est conseillée
durant une période de 3 mois



BOÎTE DE
60 OU 90 COMPRIMÉS

Pour un nouveau départ

NEW


NeoCare

2 Stonne Velo Kirchberg

7^e édition - vendredi, 9 juillet 2010



L'édition de cette année du «2 Stonne Velo Kirchberg» était au bénéfice du Laboratoire de biologie moléculaire et cellulaire du cancer, Hôpital Kirchberg, RSL, Association Recherches Scientifiques Luxembourg et du projet de formation médicale de la Fondation François-Elisabeth avec l'Hôpital Rema à Ruyigi au Burundi.

Pour la 7^e année consécutive, le Centre Hospitalier du Kirchberg avec le soutien du Rehazenter ont organisé cet événement à caractère caritatif. L'événement a pu à nouveau accueillir près de 200 coureurs qui ont tous contribué à une belle randonnée au Kirchberg et ceci, malgré des températures plus qu'estivales. Depuis sa création en 2004, le 2 Stonne Velo bénéficie de la présence d'un speaker professionnel Camille Godelet qui nous fait l'honneur d'encadrer cette course à haut niveau sportif. C'était une manifestation pour toute la famille, encadrée par un barbecue musical avec le DJ Lion King.

Grâce à l'initiative et à l'enthousiasme des sportifs et de beaucoup de partenaires dont les sponsors, la Ville de Luxembourg, les sapeurs-pompiers, la Police Grand-Ducale et les Ponts et Chaussées, cette année, une promesse de don avoisinant les 10.000€ pourra être faite.

Les quatre premières places ont été attribuées aux équipes suivantes:

1. Gusty Bausch - Enovos / Creos Loisirs 2
 2. Michael Hilgers - Racepoint.be Mikel
 3. Pierre Olliet - Bob Wagener - Ferronnerie d'Art Nico Betzen
 4. Lex Reichling – Laurent Reichling - CHL 3
- ... tous les résultats sur www.chronorace.be

A tous ceux et à toutes celles qui nous ont soutenus et encouragés avant et pendant cet événement,
Merci Beaucoup!

Pour le Comité d'Organisation
Catarina DA COSTA
Françoise FRIEDEN

Toutes les photos sur www.chk.lu



Sème Journée d'Etude de la Clinique Privée Dr E. Bohler

« L'allaitement maternel : défis socioculturels »

19 novembre 2010
Utopolis Kirchberg

8h15- 8h30 Accueil des participants

Modérateur : Dr Christiane Kieffer, Gynécologue-Obstétricienne de la Clinique Privée Dr E. Bohler et membre du Comité National pour la Promotion de l'Allaitement Maternel - Luxembourg

8h30- 9h00 Ouverture de la journée
Mars Di Bartolomeo, Ministre de la Santé

9h00- 9h45 **Du lait au lien : les enjeux de l'allaitement, hier et aujourd'hui**
Catherine Rollet, Professeur émérite de démographie et d'histoire des populations à l'Université de Versailles - Saint Quentin-en-Yvelines

9h45- 10h15 **Présentation des résultats de l'enquête nationale au sujet de la situation de l'allaitement maternel au Luxembourg (Etude ALBA 2008-2009)**
Dr Yolande Wagener, Direction de la Santé et coordinatrice du Comité National pour la Promotion de l'Allaitement Maternel - Luxembourg

10h15- 10h30 Pause

10h30- 12h00 **Controverses en allaitement : l'allaitement et la culpabilité et les seins chirurgicaux**

Dr Jack Newman, Pédiatre, co-fondateur et co-directeur du "Newman Breastfeeding Clinic & Institute" - Toronto (Canada)

12h15- 13h45 Repas

Modérateur : Dr Yolande Wagener, Direction de la Santé, Coordinatrice du Comité National pour la Promotion de l'Allaitement Maternel - Luxembourg

13h45- 14h30 **Projet e-learning : le multimédia au service de l'allaitement à la Clinique Privée Dr E. Bohler**

Bérangère Monhonval et Catheline Duvivier, Sages-femmes de la Clinique Privée Dr E. Bohler - Luxembourg

14h30- 15h15 **Le Programme Relais Allaitement : penser ensemble en périnatalité**
Juanita Jauer Steichen, Consultante en lactation et coordinatrice du programme Relais Allaitement dans le Gard - Nîmes

15h15- 16h45 **Comment éviter les effets néfastes de la promotion de l'allaitement ?**

Ingrid Bayot, Formatrice en périnatalité aux Formations Co-Naître® - Magog (Québec)

16h45- 17h30 **Table ronde et clôture de la journée**

Avec la participation des orateurs du jour et de **Martine Welter**, Présidente de l'Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes et **Adrienne Franck**, Infirmière pédiatrique à la Ligue Médico-Sociale

EN PARTENARIAT AVEC
LE COMITE NATIONAL
POUR LA PROMOTION
DE L'ALLAITEMENT
MATERNEL

Inscriptions et renseignements:

Catherine Buffard : catherine.buffard@cbk.lu - tél: (+352) 26 333 9201

Christelle Hahn : christelle.hahn@ffe.lu - tél: (+352) 24 68 23 12

Plus d'informations sur notre site www.cbk.lu



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Nos programmes de coaching

du 20 septembre au 20 décembre 2010



Lundi		Séances	Prix:
10.00 - 11.00	Krebsnachsorge	6 ou 12	110/195
11.00 - 12.00	ProthAktiv	6 ou 12	110/195
12.10 - 13.10	In Balance	6 ou 12	110/195
12.15 - 13.15	Lachyoga	1 ou 6	
13.15 - 14.15	Osteofit	6 ou 12	110/195
15.00 - 17.00	Ostéoporose	6 x 2	195
18.00 - 21.00	Shinson-Hapkido		

Mardi			
12.10 - 13.10	Ergo-Ausdauer	6 ou 12	110/195
13.00 - 19.00	Consultation par ostéopathe		
13.15 - 14.15	Rücken	6 ou 12	110/195
15.30 - 16.30	Fitness 50+	6 ou 12	110/195
16.30 - 18.30	Prévention Diabète	6 x 2	195
16.30 - 17.30	Atemkurs	6	90
16.30 - 17.30	Aktiv Entspannen / Stress abbauen	6	95
17.30 - 18.30	Aktiv Entspannen / Stress abbauen	6	95
18.15 - 19.15	Yoga	6 ou 12	120/220

Mercredi			
09.30 - 10.30	Cours RBS	6	
12.00 - 14.00	Aktiv Entspannen / Stress abbauen	6	95
12.00 - 17.00	Consultation diététique	6	95
14.00 - 15.00	Krebsnachsorge	6 ou 12	110/195
15.00 - 16.00	ProthAktiv	6 ou 12	110/195
16.00 - 17.00	Fit - Dance - Balance	6	75
17.00 - 18.00	Aerobic	6	75
16.30 - 17.30	Ergo Ausdauer	6 ou 12	110/195
16.30 - 17.30	Anti-Tabac	6	140
18.15 - 19.15	Pilates	6 ou 12	120/220

Jeudi			
07.30 - 08.30	In Balance am morgen	6 ou 12	110/195
12.00 - 13.00	Anti-Tabac	6	140
12.15 - 13.15	Pilates	6 ou 12	120/220
12.15 - 13.15	Yoga	6 ou 12	120/220
14.00 - 19.30	Consultation par ostéopathe		
18.00 - 21.00	Shinson-Hapkido		

Pour plus de détails, adressez-vous à Mme Pia Michels, tél. 49 776 - 63 63

ZithaGesondheetsZentrum 36, rue Ste Zithe L-2763 Luxembourg
www.zitha.lu · www.gesondheetszentrum.lu/blog/



OCTOBRE ROSE

mois international du
cancer du sein



2^e Breast Health Day • Jeudi le 14 octobre

La tour du Grand Théâtre de Luxembourg éclairée en rose,
couleur de la lutte contre le cancer du sein.

Par cette action, Europa Donna Luxembourg souhaite rendre hommage aux patientes et patients touchés par le cancer du sein ainsi qu'à leurs familles, proches et soignants.

PROGRAMME

Accueil au Foyer du théâtre à partir de **18.30 heures**
Projection des photos du Laf 2010

19.00 - 20.00 heures

Conférence sur l'activité physique et cancer du sein

Point de vue médical, Dr Duhem (15')

Présentation des activités:

Groupes sportifs oncologiques (10')

Groupe Aquagym (10')

Groupe sportif de la Fondation Lux. Contre le Cancer (10')

Performance du groupe gymnastique artistique «Le Réveil Bettembourg» (15')

20.00 heures

Illumination de la tour du théâtre

Marche silencieuse de 10 minutes autour du Grand Théâtre, avec les «Pink, White and Blue Ladies».

20.00 - 21.00 heures

verre d'amitié / amuse-bouche

Un appel de solidarité: Le challenge est de rassembler 350 personnes sur place; une personne présente se porte solidaire avec une femme diagnostiquée d'un cancer du sein au Luxembourg.

Venez nombreux pour montrer votre solidarité!

Chaque jour, une femme au Luxembourg subit le diagnostic d'un cancer du sein

ProActif_{a.s.b.l.}

Vous avez besoin d'aide au quotidien?

Nous proposons les services suivants à l'ensemble de la population:

- Nettoyage, déblayage, déménagement
- Tonte du gazon, taille de haies
- Effectuer des petits travaux de maçonnerie, de carrelage, de peinture, de tapisserie et autres travaux polyvalents

Pour plus d'infos: tel. 26 54 50 -101
www.proactif.lu

Projet Aide aux personnes âgées (60+) sur le territoire de la Ville de Luxembourg

- Accompagnements chez le médecin, à la pharmacie, à l'hôpital, au magasin etc.
- Petits travaux à l'extérieur et l'intérieur du domicile

Pour plus d'infos: tel. 26 35 55 750



Beelerstrooss, 2
L-9991 WEISWAMPACH

Tél.: 26 90 80 13

Fax: 26 90 80 14

vitabel@pt.lu



Mon stage a débuté le 2 avril 2010, au sein du département de conseil juridique de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois. La question est: pourquoi un stage en tant que juriste à l'EHL? Pour y répondre, permettez-moi une brève présentation. Je suis actuellement une formation universitaire de Master 2 (Bac + 5) spécialisée en droit de la santé à la faculté de droit de

l'Université de Nancy. Les problématiques traitées par l'EHL constituaient, pour moi, un réel intérêt dans l'exercice de ma discipline. De plus, ce stage donnera lieu à la rédaction d'un rapport dont la soutenance sera déterminante pour la validation de mon diplôme.

La diversité des problématiques traitées ici, a constitué pour moi un réel épanouissement intellectuel. De plus, les enjeux sanitaires, sociaux et politiques sont stimulants pour un juriste soucieux d'apporter sa modeste contribution à l'évolution du secteur hospitalier luxembourgeois. Et quoi de plus satisfaisant que de travailler au service du secteur en charge de la santé et du bien-être de nos concitoyens?

Mes principales missions au sein de l'EHL ont été d'abord de contribuer à l'élaboration d'un accord cadre entre les secteurs hospitalier et extra hospitalier afin d'organiser leur collaboration dans le cadre de la nouvelle loi relative aux soins palliatifs. Pour cela j'ai eu la chance de participer aux réunions du groupe de travail, et d'apporter mon modeste éclairage juridique sur quelques problèmes précis soulevés par ces discussions.

Une autre mission qui m'a été confiée a été celle de contribuer à la rédaction et à la préparation de formations juridiques destinées aux professionnels de santé, notamment concernant le plan hospitalier 2009, ainsi que sur la question de la responsabilité juridique du cadre hospitalier.

Enfin, j'ai tenté (et j'espère réussi) d'aider à rendre des avis juridiques à destination des membres de l'EHL sur de nombreuses questions relatives à différentes branches du droit, comme notamment des questions relatives au droit de la santé évidemment, mais aussi au droit du travail, et même au droit pénal.

Ce stage m'aura aussi permis de découvrir un métier. Celui de juriste d'entreprise. En effet, j'ai dans la gestion des tâches qui m'étaient confiées, tenté de raisonner et de travailler comme un professionnel. J'ai donc beaucoup appris sur cette profession et ce qu'elle implique: travail en autonomie, gestion du temps, gestion des priorités, rigueur, analyse et synthèse. En effet, le juriste dans ses tâches se doit d'être toujours fondé sur un texte juridique et clair dans sa rédaction, de manière à être parfaitement compris de son interlocuteur, et de fournir

un travail parfaitement clair et objectif. C'est déjà évidemment ce qu'on nous demande de faire, avec plus ou moins de succès à l'université, mais la différence fondamentale est qu'au sein de l'entreprise, le juriste n'a pour ainsi dire pas le droit à l'erreur et ne peut certainement pas se satisfaire d'un «10/20». En effet, le travail doit toujours être complet, cohérent et clair pour le destinataire. C'est là l'aspect le plus long et difficile à intégrer dans l'approche du stagiaire fraîchement sorti de l'université que je suis.

Le juriste d'entreprise doit également être parfaitement capable de travailler en autonomie, de savoir répondre seul et de manière précise à un problème posé. Ceci implique de la confiance en soi et en son travail. Ceci implique également de prendre certaines initiatives et de maîtriser la technicité juridique.

En plus de tout ça, le juriste doit presque toujours faire face à des échéances dans la remise ou dans la présentation de ses travaux, impliquant de savoir au mieux gérer son temps et la priorité des tâches en cours. Il faut donc savoir identifier les problèmes prioritaires et être capable de travailler dans l'urgence.

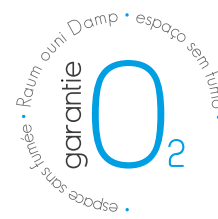
Enfin, je pense qu'une des qualités indispensables pour faire un juriste performant est aussi l'expérience. En effet, les réflexes juridiques, la rigueur et la bonne connaissance des sujets traités s'acquièrent au fur et à mesure de l'expérience, et forgent le juriste à être performant et efficace.

Ce stage a également été pour moi une occasion de me familiariser avec le monde du travail en général. Ici comme ailleurs, la réalité du terrain est bien différente de l'approche que l'on peut avoir dans l'enseignement universitaire. A l'EHL les maîtres mots ont été: rigueur, sérieux et discipline, mais aussi travail en équipe, échanges, rencontres, enrichissement personnel et intellectuel, et bonne humeur. J'ai par ailleurs évolué dans un environnement agréable, motivant, et bénéficié d'un encadrement et d'un soutien sans failles. J'en profite, par la même, pour remercier tous ceux qui, au long de cette expérience, m'ont apporté une aide de près ou de loin.

Pour conclure, je pourrais dire que cette expérience fut riche, tant sur le plan intellectuel, pédagogique et humain. J'ai non seulement eu l'occasion de beaucoup apprendre, sur le secteur hospitalier et le droit au Luxembourg, mais aussi de rencontrer une équipe dans laquelle je me suis senti parfaitement intégré, en confiance, à l'aise et soutenu. Une expérience qui s'est malheureusement achevée le 7 juillet 2010 et qui restera un excellent souvenir. La prochaine étape est désormais la préparation de l'examen d'entrée à l'école des avocats et l'EM Lyon Business School, où j'ai été admis à intégrer le prestigieux master spécialisé «juriste manager international» pour la rentrée de septembre 2010.

Julien SCHAEDEGEN

Nouvelle campagne d'information du Ministère de la Santé face au tabagisme passif



Espaces sans fumée,
le bon réflexe santé!

Il n'y a pas de doute: respirer la fumée du tabac n'est pas seulement désagréable, mais représente également un danger non négligeable pour notre santé.

Aujourd'hui encore, beaucoup d'hommes, de femmes et d'enfants sont exposés involontairement au tabagisme passif. L'exposition la plus fréquente est constatée sur le lieu de travail, essentiellement dans le secteur de la construction et de la restauration, mais elle a également lieu pendant le temps de loisirs. Ainsi, les enfants qui ne peuvent se protéger eux-mêmes contre la fumée de tabac ambiante, y sont régulièrement exposés au domicile et dans la voiture de leurs parents.

Au Luxembourg, on estime qu'environ **20 personnes** qui n'ont jamais fumé meurent chaque année des conséquences du tabagisme passif.

Des études scientifiques prouvent que les personnes exposées ont un risque majoré de **cancer du poumon**, et souffrent plus fréquemment d'**affections cardio-vasculaires** et d'**infections des voies respiratoires** que les non-fumeurs non exposés. Même un court séjour dans une pièce où l'on fume entraîne déjà des effets secondaires négatifs: la tension artérielle s'élève, les vaisseaux se rétrécissent, le monoxyde de carbone inhalé réduit l'oxygénation sanguine: Tous les organes, et surtout le muscle cardiaque, reçoivent moins d'oxygène.

Pour faire évoluer les connaissances sur le tabagisme passif, la Division de la Médecine Préventive a lancé, pour la **journée mondiale sans tabac, le 31 mai**, sa nouvelle campagne «Garantie O₂. Espaces sans fumée: Le bon réflexe santé!». L'intention de cette campagne est d'inciter les fumeurs à respecter la santé des non-fumeurs. En même temps, les non-fumeurs et les fumeurs sont amenés à prendre conscience de la nocivité du tabagisme passif, et encouragés à faire de leur domicile/leur voiture des zones «Garantie O₂».

Une brochure trilingue (Français/Allemand/Portugais) sur le tabagisme passif est disponible sur www.garantieO2.lu et peut également être commandée auprès de la Direction de la Santé (Tél. 247-85569 ou Fax 467967).

Aide au sevrage tabagique.

Le conseil minimal - un élément clef pour la motivation du patient.

La plupart des fumeurs désirent arrêter de fumer. Sans le soutien des professionnels de la santé, l'impact d'une campagne médiatique pour un changement d'habitudes chez les fumeurs serait insuffisant. Il a été démontré que le simple conseil d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé en rappelant les risques liés au tabagisme entraînait une hausse des abandons de la cigarette de l'ordre de 30%! Il est donc important



Une nouvelle vie,
sans cigarette.

Eteignez, vous aussi, votre dernière cigarette!
Participez au programme d'aide au sevrage tabagique.

Parlez-en à votre médecin.

 **CNS**
CENTRE NATIONAL
SANTÉ
www.cns.lu
 LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
www.mssat.lu
Pour plus d'informations: Tél.: 247-85563

de demander à chaque patient son statut de fumeur, d'informer le patient fumeur sur les risques du tabagisme pour la santé et de lui conseiller d'arrêter de fumer.

Afin de soutenir les fumeurs de se libérer de la cigarette, différents offres d'aide au sevrage tabagique existent au Grand-Duché:

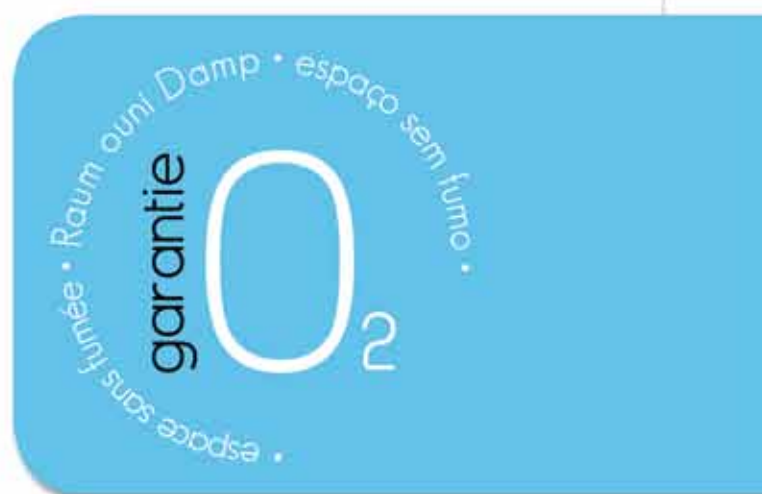
1. Programme d'aide au sevrage du Ministère de la Santé et de la Caisse Nationale Santé. Accompagnement par un médecin traitant pendant 8 mois.
Infos: Tél. 247-85563
<http://www.sante.public.lu/fr/rester-bonne-sante/tabac-dependances/arreter-fumer/programme-sevrage-tabagique/>
2. Consultation pour fumeurs de la Ligue Médico-Sociale
Infos: Tél. 48 83 331; www.ligue.lu
3. Conseil téléphonique «TABAC-STOP» de la Fondation luxembourgeoise contre le Cancer
Infos: Tél. 45 30 331; www.info-tabac.lu
4. Aide au sevrage tabagique par SMS «J'arrête de fumer» du Ministère de la Santé;
Inscription sur: <http://www.sante.public.lu/fr/rester-bonne-sante/tabac-dependances/index.html>
5. Les services de pneumologie des différents établissements hospitaliers proposent également des consultations de sevrage tabagique.



Simon

18 MOIS, BÉBÉ

fumeur
malgré lui



Espaces sans fumée,
le bon réflexe santé !

Les enfants exposés au tabagisme passif souffrent plus souvent de maladies respiratoires, d'asthme et d'otites.

LE TABAGISME PASSIF **N'EST PAS UNE FATALITÉ.**

Plus d'informations sur

www.garantieO2.lu



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé

Division de la Médecine Préventive

Guide Luxembourgeois pour la Qualité 2010

Méthodes et Outils Qualité

GLQ 2010 - Une boîte à outils pour améliorer les performances de l'entreprise.

Le Mouvement Luxembourgeois de la Qualité A.s.b.l. présente la nouvelle édition du Guide Luxembourgeois pour la Qualité qui répertorie et classe la plupart des outils et méthodes de management de la Qualité.

Via ce Guide, le MLQ propose une vision globale grâce à laquelle chacun peut choisir l'outil adapté au mieux, à ses besoins.

Des outils souvent issus de l'industrie, mais adaptables à tous les secteurs.

Le MLQ ne prétend pas avoir établi une liste exhaustive des outils disponibles, mais il a sélectionné les plus usuels. Ces outils sont en majorité issus de l'industrie, notamment du secteur automobile, mais très souvent adaptables aux autres secteurs. Les développeurs informatiques, le secteur financier et le milieu de la santé, par exemple, ont tendance à s'inspirer de ces outils voir à recruter des spécialistes de la qualité issus du milieu industriel.

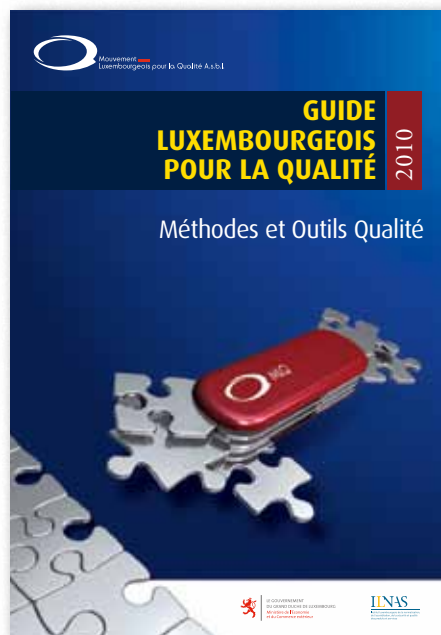
L'annuaire des entreprises de Qualité.

L'annuaire regroupe tous les acteurs de la Qualité au Luxembourg:

Le MLQ publie et met régulièrement à jour la liste la plus fiable des entreprises établies au Luxembourg qui disposent des principales certifications et accréditations en qualité (ISO 9001), santé et sécurité (OHSAS 18001), environnement (ISO 14001),...

Tous les adhérents du MLQ sont également répertoriés. Il s'agit d'entreprises engagées pour la Qualité de leurs produits et services, bien qu'elles ne disposent pas toutes de certifications.

Parmi ses adhérents, le MLQ compte de nombreux fournisseurs de conseil et formation ainsi que des entreprises de certification, d'inspection et de contrôle dont les principaux domaines de compétences sont décrits dans l'annuaire.



L'ensemble des associations, administrations et prestataires de services disposant des compétences nécessaires au soutien des démarches d'amélioration des entreprises y figurent enfin.

L'ensemble de ces informations est mis à jour régulièrement sur le site Internet du MLQ (www.mlq.lu).

Le Guide Luxembourgeois pour la Qualité est publié sous l'égide du Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur et de l'Institut Luxembourgeois de la Normalisation, de l'Accréditation, de la Sécurité et Qualité des produits et services (ILNAS).

Le MLQ remercie également ses partenaires PricewaterhouseCoopers et l'Entreprise des Postes et Télécommunications.

Pour plus d'informations:

Si vous souhaitez obtenir gratuitement un exemplaire du Guide, n'hésitez pas à contacter le MLQ.



Technoport Schlassgoart - 66, rue de Luxembourg
L-4221 Esch-sur-Alzette

Tél.: +352 545.580.580 - Fax: +352 545.580.581 -
e-mail: info@mlq.lu - www.mlq.lu

Nouvelles formations au CFPC Dr Robert Widong au 2^e semestre 2010 et en 2011

Le CFPC Dr Robert Widong propose des formations qui viennent s'ajouter à l'offre actuelle de formations publiées sur le site internet www.widong.lu.

European Paediatric Immediate Life Support

Public cible:

Tout professionnel de santé amené à devoir prendre en charge un enfant dès la survenance de l'urgence jusqu'à l'arrivée de l'aide médicale urgente.

Objectifs généraux:

- pouvoir reconnaître et intervenir efficacement lors d'une situation critique chez l'enfant et l'adolescent
- pouvoir traiter les problèmes cardio-respiratoires chez ces jeunes patients jusqu'à l'arrivée de l'aide médicale urgente
- savoir appliquer les «guidelines» du «European Resuscitation Council» dans le domaine de la réanimation des enfants et adolescents
- être capable de gérer des situations de réanimation des enfants et adolescents au sein de son équipe.

Programme général:

- prise en charge de l'enfant en état critique
- urgences menant à des arrêts circulatoires
- mesures immédiates à prendre
- réanimation de base chez l'enfant
- ventilation au masque et au ballon
- désobstruction et maintien des voies respiratoires
- utilisation de l'aiguille intra-osseuse
- défibrillation semi-automatique.

Méthode de travail:

Exposés théoriques, exercices pratiques et démonstrations pratiques.

La réussite de la formation est sanctionnée par un certificat du Conseil Européen de Réanimation au vu d'une évaluation continue pendant la formation.

Pré requis: Aucun

Durée: 1 journée

Nombre minimal de participants: 5

Nombre maximal de participants: 15

Date(s) Langue(s):

Période octobre-décembre 2010 en langue française

Lieu(x): CFPC Dr Robert Widong, 24, rue Denis Netgen, L-3858 Schiffflange

Formateur(s): Dr Dominique Biarent, (Chef de Clinique, Département des Soins Intensifs à l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola à Bruxelles) et des formateurs agréés du Conseil Européen de Réanimation

Frais d'inscription: Membres/salariés EHL: 145€
Autres: 200€

Immediate Life Support

Public cible:

Tout professionnel de santé amené à devoir prendre en charge un adulte pendant l'intervalle de temps limité qui précède l'arrivée de l'équipe de réanimation

Objectifs généraux:

- pouvoir reconnaître et intervenir efficacement lors d'une situation critique chez l'enfant et l'adolescent
- pouvoir traiter les problèmes cardio-respiratoires chez les adultes jusqu'à l'arrivée de l'aide médicale urgente
- savoir appliquer les «guidelines» du «European Resuscitation Council» dans le domaine de la réanimation des adultes
- être capable de gérer des situations de réanimation des adultes au sein de son équipe

Programme général:

Exposés théoriques:

- Reconnaissance et prévention de l'arrêt cardiaque:
- ALS Algorithme Universel:

Ateliers pratiques:

- Prise en charge des voies aériennes, ventilation de base, ventilation au ballon et au masque, masque laryngé, Fastrach, Combitube, Tube laryngé
- Approche A, B, C, D, E réanimation cardio pulmonaire et défibrillation semi automatique
- Arrêt cardiaque et défibrillation: scénarios
- Médicaments utilisés

Méthode de travail:

Exposés théoriques, exercices pratiques et démonstrations pratiques

La réussite de la formation est sanctionnée par un certificat du Conseil Européen de Réanimation au vu d'une évaluation continue pendant la formation.

Pré requis: Aucun

Durée: 1 journée

Nombre minimal de participants: 12

Nombre maximal de participants: 18

Date(s) Langue(s):

1^{er} semestre 2011 en langue française et allemande

Lieu(x): CFPC Dr Robert Widong, 24, rue Denis Netgen, L-3858 Schiffflange

Formateur(s):

Formateurs agréés du Conseil Européen de Réanimation

Frais d'inscription: Membres/salariés EHL: 145€
Autres: 200€

Journée Dialyse: La dialyse péritonéale

Public cible:

Professionnels de santé des départements dialyse

Objectifs généraux:

Acquérir les connaissances nécessaires relatives à la dialyse péritonéale

Programme général:

- Anatomie et physiologie du péritoine
- Principes et indications de la dialyse péritonéale
- L'accès au péritoine
- Les techniques de dialyse péritonéale
- Les solutions de dialyse péritonéale
- Evaluation de l'efficacité du traitement en dialyse péritonéale
- Complications liées au traitement par dialyse péritonéale
- Rôle infirmier en dialyse péritonéale

Méthode de travail:

Exposés théoriques et exercices pratiques

Pré requis: Aucun

Durée: 1 journée

Nombre minimal de participants: 8

Nombre maximal de participants: 15

Date(s) Langue(s): 14 octobre 2010 en langue française

Lieu(x): CFPC Dr Robert Widong, 24, rue Denis Netgen, L-3858 Schifflange

Formateur(s):

Association Française des Infirmiers(ières) de Dialyse, Transplantation et Néphrologie (AFIDTN)

Frais d'inscription: Membres/salariés EHL: 210€
Autres: 350€

La biomécanique materno-fœtale

Public cible:

Sage-femmes

Objectifs généraux:

- connaître 2 approches complémentaires:
 - la protection du périnée maternel
 - la protection du crâne fœtal
- développer les connaissances théoriques anatomo-physiologiques et neurologiques de base pour la tête fœtale.
- connaître l'axe / le mode de transmission des forces
 - les contraintes supportables pour la vascularisation et le tissu neurologique
 - la prévention possible, le dépistage à la naissance et quelques gestes simples d'urgence.

Programme général:

Formation crânienne

- Anatomie du crâne du nouveau-né à terme, prématuré post terme
- Physiologie de la croissance crânienne (embryon, fœtus...)
- Développement neurologique, vascularisation
- Biomécanique des pièces crâniennes
- Examen clinique du crâne du nouveau-né à la naissance

Grossesse & accouchement

- Contraintes du milieu utérin (bassin, utérus, placenta, liquide amniotique, cordon, etc.)
- Mécanique obstétricale: le versant fœtal
- Conséquences biomécaniques des contraintes sur le crâne fœtal (présentation céphalique, siège, etc.). Extractions instrumentales: ventouse, forceps, spatules.
- Dysfonctionnements acquis, in utero, per partum, en post natal
- Techniques iatrogènes

Adaptation néonatale

- Changements cardio-vasculaires et respiratoires à la naissance, les rapports neurologiques
- Barrières sang /LCR / encéphale
- Prévention des contraintes maxima
- Risque d'IMOC

Dépistage

- Situations à risque

Méthode de travail:

Apports théoriques, réflexions individuelles ou de groupe, mises en situation

Pré requis: aucun

Durée: 4 jours

Le 1^{er} module (2 jours) développe les connaissances théoriques anatomo-physiologiques et neurologiques de base pour la tête fœtale.

Le 2^{ème} module (2 jours) est consacré aux pathologies (1/2 journée) et à la pratique (1 jour 1/2) par petits groupes et visionnage de films.

Nombre minimal de participants: 5

Nombre maximal de participants: 15

Date(s) Langue(s): en langue française

1^{er} module: 04 et 05 octobre 2010

2^e module: 31 janvier, 1^{er} février 2011

Lieu(x): CFPC Dr Robert Widong, 24, rue Denis Netgen, L-3858 Schifflange

Formateur(s): Roselyne Lalauze-Pol, ostéopathe DO, Service de chirurgie maxillo-faciale, Hôpital R. Debré Paris

Frais d'inscription: Membres/salariés EHL: 210€
Autres: 350€

L'offre de formation complète et actualisée du CFPC Dr Robert Widong figure sur le site internet www.widong.lu.

Le catalogue de formation 2011 sera publié et présenté le 21 octobre 2010. Le catalogue de formation 2011 sous format papier pourra être commandé à partir de cette date.

L'équipe du CFPC Dr R. Widong se tient à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire et/ou la commande de catalogues 2011 du lundi au vendredi de 08.00-18.00 h.

Claude WELTER

Coordinateur-Gestionnaire



CFPC

Dr Robert WIDONG A.s.b.l.

Centre de Formation Professionnelle Continue

www.widong.lu · e-mail: widong@widong.lu

Tél.: 26 54 00 57 · Fax: 26 54 00 58

Nouvelle Publication - L'euthanasie et l'assistance au suicide: 25 questions, 25 réponses.

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, le Ministère de la Santé et le Ministère de la Sécurité, ont rédigé avec les partenaires du terrain, une brochure pour expliquer le cadre légal résultant des dispositions de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Sans pouvoir être exhaustive, elle s'efforce de donner les orientations nécessaires sous forme de questions-réponses.

La brochure est disponible en quatre langues, sous forme de deux brochures français/portugais et allemand/anglais. Ceux-ci sont disponibles sur le Portail Santé www.santé.lu (dans la rubrique «Publications-> Santé au fil de la vie») et peuvent également être commandées auprès de la Direction de la Santé (Tél. 247-85569 ou Fax 46 79 67).



Neue Publikation - Sterbehilfe und assistierter Suizid: 25 Fragen, 25 Antworten.

Im Anschluss an das Inkrafttreten des Gesetzes vom 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid, haben die Ministerien für Gesundheit und soziale Sicherheit gemeinsam mit den betreffenden Partnerorganisationen eine Informationsbroschüre verfasst, um den rechtlichen Rahmen zu erläutern, der sich aus den Bestimmungen des Gesetzes ergibt.

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, versucht die Broschüre, in Form von Fragen und Antworten die notwendigen Informationen zur Orientierung zu geben.

Die Broschüre ist in vier Sprachen verfügbar, die sich auf zwei Broschüren, Französisch/Portugiesisch und Deutsch/Englisch, aufteilen. Diese sind online auf dem Gesundheitsportal www.sante.lu (unter der Rubrik „Publications-> Santé au fil de la vie“) verfügbar und können ebenfalls bei der Gesundheitsdirektion bestellt werden (Tel. 247-85 569 oder Fax: 46 79 67).



Nous souhaitons que le contenu de la revue vous a intéressé.

N'hésitez pas à nous faire savoir quelles sont les thèmes qui vous intéressent le plus.

Faites-nous part de vos suggestions!

Si vous souhaitez des exemplaires supplémentaires, veuillez contacter le **secrétariat de l'EHL** au Tél. 42 41 42-11

Impressum:

Herausgeber: EHL asbl

5, rue des Mérovingiens, Z.A. Bourmicht
L- 8070 BERTRANGE
Tél.: 42 41 42-11 · Fax: 42 41 42-81
www.ehl.lu · E-Mail ehl@ehl.lu

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Marc HASTERT

Koordination & Lektorat:
Danielle CIACCIA-NEUEN

Werbeagentur: Publiest
2, Parc d'activités Syrdall · L-5365 MUNSBACK
Tél.: 26 48 02 32 · Fax: 26 48 26 45
E-Mail: office@publiest.lu

Lay-out: Jerry HEINTZ

Druck: Imprimerie HEINTZ, Pétange

Erscheinungsweise:
3x im Jahr · Auflage: 1500 · Vertrieb kostenlos

DEADLINE

Veuillez prendre note:

Pour la remise des articles pour notre prochain numéro, veuillez respecter s.v.p. la date limite: 15 octobre 2010.
EHL info 16 paraîtra en novembre/décembre 2010

In eigener Sache:

Redaktionsschluss für die nächste Ausgabe des EHL info ist der 15. Oktober 2010.
EHL info N°16 erscheint im November/Dezember 2010

Les établissements hospitaliers et institutions moyen et long séjour membres de l'EHL

Les hôpitaux membres de l'EHL

	Localité	Adresse	Téléphone	Téléfax	e-mail	Internet
Centre Hospitalier de Luxembourg						
*) CHL - Hôpital Municipal	L-1210 Luxembourg	4, rue Barblé	44 11 11	45 87 62	chl@chl.lu	www.chl.lu
*) CHL - Clinique pédiatrique	L-1210 Luxembourg	4, rue Barblé	44 11-3133	44 11-6116		
*) CHL - Maternité	L-1210 Luxembourg	4, rue Barblé	44 11-3202	44 12 22		
*) CHL/Clinique d'Eich	L-1460 Luxembourg	78, rue d'Eich	44 11 12	42 17 42	ce@chl.lu	
*) CHL/Centre de l'appareil locomoteur, de Médecine du sport et de prévention	L-1460 Luxembourg	76, rue d'Eich	44 11-7500	44 11-7625	med.sport@chl.lu	
Centre Hospitalier Emile Mayrisch						
*) CHEM, site Esch/Alzette	L-4005 Esch-sur-Alzette	B.P. 436			info@chem.lu	www.chem.lu
*) CHEM, site Dudelange	L-4240 Esch-sur-Alzette	rue Emile Mayrisch	57 11-1	57 11-65159		
*) CHEM, site Niedercorn	L-3488 Dudelange	rue de l'hôpital	57 11-1	57 11-65159		
	L-4602 Niedercorn	187, av. de la Liberté	57 11-1	57 11-65159		
FFE / Hôpital Kirchberg						
	L-2540 Luxembourg	9, rue Edward Steichen	24 68-1	24 68-2009		www.chk.lu
Centre Hospitalier du Nord						
*) CHdN, site Ettelbruck	L-9002 Ettelbruck	B.P. 103			en attente	www.chdn.lu
*) CHdN, site Wiltz	L-9080 Ettelbruck	120, avenue Salentiny	81 66-1	81 66-3045	hsl@hopital-saint-louis.lu	
	L-9515 Wiltz	10, rue G.D. Charlotte	95 95-1	95 77 10	clinique.wiltz@cdw.lu	
ZithaKlinik S.A.						
	L-2763 Luxembourg	36, rue Ste Zithe	49 776-1	49 776-5900	klinik@zitha.lu	www.zitha.lu
FFE / Clinique Ste Marie						
	L-4350 Esch-sur-Alzette	7, rue Wurth Paquet	57 123-1	57 23 43		
Clinique Privée du Dr E. Bohler S.A. de Luxembourg						
	L-2540 Luxembourg	5, rue Edward Steichen	26 333-1	26 333-9003		www.cbk.lu

	Localité	Adresse	Téléphone	Téléfax	e-mail	Internet
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique	L-9002 Ettelbruck	B.P. 111			chnp@chnp.lu	www.chnp.lu
*) CHNP d'Ettelbruck	L-9012 Ettelbruck	17, avenue des Alliés	26 82-1	26 82-2630		
*) Centre Thérapeutique d'Useldange (alcoolodépendance)	L-8707 Useldange	14, rue d'Everlange	23 630 320	23 630 781	ctu@chnp.lu	www.ctu.lu
*) Centre Thérapeutique de Manternach (polytoxicomanie)	L-6851 Manternach	Syrdall Schloss	71 06 06	71 98 48	syrdallschlass@chnp.lu	www.syrdallschlass.lu
*) Centre Thérapeutique Diekirch	L-9220 Diekirch	1, rue Clairefontaine	26 80 08 35	26 82 49 40	ctd@chnp.lu	www.ctd.lu
Hôpital Intercommunal de Steinfort	L-8423 Steinfort	rue de l'Hôpital	39 94 91-1	39 82 73		www.his.lu

► Les centres nationaux membres de l'EHL

Centre François Baclesse,						
Centre National de Radiothérapie	L-4240 Esch-sur-Alzette	rue Emile Mayrisch	26 55 66-1	26 55 66-46		www.baclesse.lu
INCCI, Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle de Luxembourg	L-1210 Luxembourg	2a, rue Barblé	26 25 50-00	26 25 50-10	incci@incci.lu	www.incci.lu
Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation du Kirchberg, dit "REHAZENTER"	L-2674 Luxembourg	1, rue André Vésale	26 98-1	26 98-2999	info@rehazenter.lu	www.rehazenter.lu

► Les institutions "moyen et long séjour" membres de l'EHL

Maison de Soins "An de Wissen"	L-3241 Bettembourg	75, rue Charles Jacquiot	51 77 11-1	51 09 28		
Maison de Soins de l'Hôpital Intercommunal de Steinfort	L-8423 Steinfort	rue de l'Hôpital	39 94 91-1	39 82 73		www.his.lu
Centre Pontalize, membre du CHNP d'Ettelbruck	L-9002 Ettelbruck	B.P. 111	26 82-7000	26 82-4965	info@pontalize.lu	www.pontalize.lu

► Autre Membre de l'EHL

Les Saveurs de la Santé	L-2540 Luxembourg	9, rue Edward Steichen	24 68-8015	24 68-2411	caroline.pirson@ffe.lu	
--------------------------------	-------------------	------------------------	------------	------------	------------------------	--

Le Secrétariat Général de l'EHL et le Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-EHL)

EHL	5, rue des Mérovingiens, Z.A. Bourmicht L- 8070 BERTRANGE	Téléphone: 42 41 42-11	Téléfax: 42 41 42-81
SIST-EHL	5, rue des Mérovingiens, Z.A. Bourmicht L- 8070 BERTRANGE	Téléphone: 42 41 42-12	Téléfax: 42 41 42-82

Secrétariat général:		ehl@ehl.lu
Secrétaire général:	M. Marc HASTERT	marc.hastert@ehl.lu
Secrétariat:	Mme Helene ALMEIDA, <i>Secrétaire</i>	helene.almeida@ehl.lu
	Mme Danielle CIACCIA-NEUEN, <i>Secrétaire</i>	danielle.ciaccia@ehl.lu
	Mme Nathalie ILTIS, <i>Secrétaire</i>	nathalie.iltis@ehl.lu
	Mme Rossana LIPPOLIS, <i>Secrétaire</i>	rossana.lippolis@ehl.lu
	Melle Carole ONRAET, <i>Secrétaire</i>	carole.onraet@ehl.lu
	Mme Paula ROSA, <i>Secrétaire</i>	paula.rosa@ehl.lu
Département économique/achats:	Mme Laure PELLERIN, <i>Conseiller économique</i>	laure.pellerin@ehl.lu
Département juridique:	M. Luc WAISSE, <i>Conseiller juridique</i>	luc.waisse@ehl.lu
	Mme Danièle WELTER, <i>Conseillère juridique</i>	daniele.welter@ehl.lu
Cellule soins:		
➤ Normes & Qualité	M. Sylvain VITALI, <i>Conseiller soins</i>	sylvain.vitali@ehl.lu
Cellule statistiques:	M. Jean FERRING, <i>Statisticien</i>	jean.ferring@ehl.lu
Cellule Physique médicale:	Mme Christina BOKOU	christina.bokou@ehl.lu
	<i>Expert en physique médicale</i>	
	M. Octavian DRAGUSIN	octavian.dragusin@ehl.lu
	<i>Expert en physique médicale</i>	
	Dr Martine GRELOT-GENEAU, PhD	martine.grelot@ehl.lu
	<i>Expert en physique médicale</i>	
	Mme Olga KAPHAMMEL	olga.kaphammel@ehl.lu
	<i>Expert en physique médicale</i>	
	Dr rer. nat. Alex MEYER	alex.meyer@ehl.lu
	<i>Expert en physique médicale</i>	
Cellule informatique:	M. Christophe NARDIN	christophe.nardin@ehl.lu
	<i>Responsable informatique</i>	
	M. Serge FRIEDEN	serge.frieden@ehl.lu
	<i>Responsable d'exploitation informatique</i>	
	M. Mohamed ARNAMI	mohamed.arnami@ehl.lu
	<i>Informaticien, Chef de projet GINRHU</i>	
	M. Frédéric CRASSET, <i>Informaticien</i>	frederic.crasset@ehl.lu
	M. Olivier WIKTOR	olivier.wiktor@ehl.lu
	<i>Informaticien, Chef de projet Luxis-Pas</i>	
	M. Hervé FOKAN, <i>Informaticien</i>	herve.fokan@ehl.lu
	M. Franck MASQUELIER, <i>Informaticien</i>	franck.masquelier@ehl.lu
Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST-EHL):		
	Dr Anne-Marie BRAUN, <i>Médecin du travail</i>	anne_marie.braun@ehl.lu
	Dr Carole PICARD, <i>Médecin du travail</i>	carole.picard@ehl.lu
	Dr Marie-Joseph RIONDE, <i>Médecin du travail</i>	marie_joseph.rionde@ehl.lu
	Mme Yvette FRANK, <i>Infirmière</i>	yvette.frank@ehl.lu
	Mme Christelle GOEURY, <i>Secrétaire</i>	christelle.goeury@ehl.lu
	Mme Nathalie ROLLIN, <i>Secrétaire</i>	nathalie.rollin@ehl.lu

MPA et COBAS® 6000

Modular Pre Analytics

Pour aller plus loin
dans l'organisation



**Système modulaire pour l'intégration de toutes
les phases pré- et post-analytiques**

➔ MODULARITE, SECURITE ET EVOLUTIVITE

- ✓ Automatisation et standardisation de toutes les actions pré- et post-analytiques: centrifugation, débouchage, aliquotage, rebouchage, étiquetage aliquots, tri et convoyage vers les analyseurs
- ✓ Toutes les configurations possibles, du MPA compact (centrifugation/débouchage) jusqu'à la chaîne complète (intégrée ou en îlot)
- ✓ Sécurisation des étapes sensibles
- ✓ Traçabilité absolue des tubes

➔ PUISSANCE ANALYTIQUE

- ✓ Optimisation de l'analytique: possibilité exclusive de produire et d'envoyer un aliquot pour la chimie et pour l'immuno à partir d'un tube primaire ➔ les 2 disciplines pouvant être traitées en parallèle.
- ✓ Protection et libération du tube primaire en moins de 15 minutes
- ✓ Garantie du délai de rendu: 45 minutes en moyenne (pré-analytique, chimie et immuno).

PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET CHIMIQUES

5, Rangwee • L-2412 HOWALD • B.P. 2063 • L-1020 LUXEMBOURG
Tél. (+352) 482 482-500 • Fax: (+352) 482 482-810 • e-mail: diagnostics@prophac.lu • www.prophac.lu



**BGL
BNP PARIBAS**

La banque d'un monde qui change

www.bgl.lu

présente

LA MAISON DE VOS RÊVES



**Découvrez la flexibilité et les avantages de nos formules*
à la souscription d'un prêt immobilier :**

- Taux exceptionnel pour la construction d'une maison passive ou à basse énergie
- Frais de notaire offerts aux 18-29 ans

Et bénéficiez des conseils et de l'assistance de nos spécialistes, notamment au sujet des aides étatiques. Tél. : (+352) 42 42-2000.

* Offre soumise à conditions, détails de l'offre disponibles en agence. Sous réserve d'acceptation du dossier.