



# InSight

## SantéSecu

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

### Liebe Leserinnen und Leser,

#### WAS BIETET INSIGHT SANTÉ SÉCU?

Zahlen, Fakten, News aus dem Sozial- und Gesundheitsministerium.

**WARUM?** Mehr Einblick, mehr Transparenz und bessere Koordination. Für Wen? Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens.

#### LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?

Unbedingt, bitte per E-Mail: [insight.santesecu@mss.etat.lu](mailto:insight.santesecu@mss.etat.lu)

#### WEITERE WEB-INFORMATIONEN:

[www.ms.etat.lu](http://www.ms.etat.lu)  
[www.mss.public.lu](http://www.mss.public.lu)

#### INHALT - CONTENU

**MÉDECIN RÉFÉRENT:** Der Vertrauensarzt der Wahl. **ENQUÊTE:** la satisfaction des personnes dépendantes. **ASSURANCE DÉPENDANCE:** l'Etat augmente sa participation financière. **BUDGET 2012:** adopté à l'unanimité. **PSYCHOPHARMAKA:** Luxembourg ist Hochverbraucher. **SEELISCHE GESUNDHEIT:** Psychotherapieplätze fehlen. **ANKÜNDIGUNG:** Welt-Pflegekongress in Luxemburg. **ETUDE ALBA 2008:** L'Alimentation de nos bébés. **RAPPORT GÉNÉRAL 2010:** Online- und Printversion nun erhältlich. **LA DOCUMENTATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE:** le choix s'est porté sur la CCAM. **CONFÉRENCE EUROPÉENNE** des hôpitaux. **OECD-GESUNDHEITSDATEN 2009:** Jetzt online. **RELATIONS MEDECIN – PATIENTS:** une confiance réciproque – c'est indispensable. **WER? WAS? WO? / Personnages&Postes**

## Médecin référent: Der Vertrauensarzt der Wahl

Ein wichtiger Pfeiler der jüngsten Gesundheitsreform ist das Vertrauensarztmodell. Was sind seine Besonderheiten? Antworten von Paul Schmit, Präsident der Gesundheitskasse (CNS) und Dr. Claude Schummer, Generalsekretär des Ärzteverbandes AMMD.

Was ist Kern des Vertrauensarztmodells, auch Referenzarztmodell genannt, das Ärzte und Patienten ab dem 1. Januar 2012 wählen können?

*Schmit:* Am Vertrauensarztmodell, als einem wichtigen Bestandteil der Gesundheitsreform, lässt sich gut das Ziel der gesamten Gesundheitsreform aufzeigen, also den Erhalt und die qualitative Weiterentwicklung unseres guten Gesundheitssystems. Da die Primärversorgung ein Schwerpunkt der Gesundheitsreform ist, spielt der Vertrauensarzt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle. Als zentraler Ansprechpartner kann er seine Patienten gesundheitspräventiv betreuen. Auch führt er die zentrale Patientenakte und besitzt somit einen besseren Gesamtüberblick über den Gesundheitszustand des Patienten, wodurch sich dann auch beispielsweise Mehrfach-



untersuchungen vermeiden lassen. Die Patientenakte wiederum soll den notwendigen Informationsfluss zwischen verschiedenen Behandlungsebenen und die Behandlungsdokumentation optimieren. Der Vertrauensarzt stellt sie auf, führt sie und macht sie – mittelfristig über ein Datenverarbeitungssystem – anderen Leistungserbringern zugänglich.

### Weshalb sollten Patienten einen Vertrauensarzt wählen?

*Schmit:* Der Vertrauensarzt sorgt für die gewohnten Gesundheitsleistungen im Rahmen der Grundversorgung. Er bietet darüber hinaus eine Hilfestellung in der Medizinwelt, da er seine Patienten besser und langfristig kennt und somit hilft, Gesundheitsrisiken zu vermeiden wie etwa gesundheitsschädigende Mehrfachverschreibungen. Sein konkreter Mehrwert wird besonders im Rahmen der Präventivmedizin deutlich, aber auch im Falle von chronischen Krankheiten oder sich wiederholenden und überschneidenden Behandlungen.

*Schummer:* Das Vertrauensarztmodell vertieft das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Zum Einen gibt der Patient seinem Vertrauensarzt einen umfangreichen Zugang zu seinen Patientendaten, damit beide zusammen ein „Patient-Summary“ aufgrund dieser Daten erstellen können. Dieses sogenannte „Patienten-Resümee“ erleichtert dem Patienten einen sicheren Zugang zu anderen Gesundheitsberufen im In- und Ausland. Des Weiteren wird sich der Vertrauensarzt auch präventiv mit gesundheitsschädlichen Gewohnheiten des Patienten auseinandersetzen. Auch hier ist eine offene und ehrliche Arzt-Patientenbeziehung eine erforderliche Grundlage.

### Wer kann sich von einem Referenzarzt betreuen lassen?

*Schmit:* Das Gesetz sieht vor, dass sich jeder Versicherte von einem Vertrauensarzt versorgen lassen kann ohne Unterschied zwischen Alter oder Wohnsitz. Chronisch kranke Patienten oder Personen, die einer bestimmten Risikogruppe zugeordnet werden können, sollten in einer ersten Phase die Zielgruppe des Referenzarztes sein.

### Welcher Arzt kann Referenzarzt sein?

*Schummer:* Im Prinzip ist jeder zugelassene Arzt befugt, Vertrauensarzt zu werden. Praktisch sollten die Patienten sich aber in erster Linie an einen Allgemeinmediziner (für Erwachsene) oder an einen Kinderarzt wenden, da diese Fachärzte das benötigte breite Spektrum der primärärztlichen Versorgung abdecken.



Foto: contrastwerkstatt - Fotolia.com

Ohne gegenseitiges Vertrauen geht es nicht: Der Vertrauensarzt betreut seine Patienten besonders intensiv.



### **Können Patienten auch den Vertrauensarzt wechseln?**

*Schummer:* Das Vertrauensarztverhältnis kann zu jedem Zeitpunkt gestoppt werden. Allerdings gehen wir davon aus, dass der Patient zu seinem Vertrauensarzt aufgrund einer längeren Patienten-Arzt-Beziehung ein besonderes Vertrauen aufgebaut hat. Deshalb sollte sich der Patient schon überlegen, mit wem er ein Vertrauensarztverhältnis eingeht. Das erste Jahr ist im Prinzip ohne besonderen Grund nicht kündbar.

### **Was ist im Falle der Abwesenheit des Vertrauensarztes vorgesehen? Wer vertritt ihn?**

*Schummer:* Der Vertrauensarzt ist nicht ein Gatekeeper der Tag und Nacht bereit stehen muss, um etwaige Überweisungen an einen Spezialisten abzuwägen. Der Patient behält auch mit einem Vertrauensarzt absolute Arztwahlfreiheit. Sollte, was sehr selten vorkommt, der Vertrauensarzt einmal über mehr als ein halbes Jahr nicht zugänglich sein, aus welchem Grund auch immer, ist das Vertrauensarztverhältnis kündbar. Es gibt aber auch die Möglichkeit am Anfang des Vertrauensarztverhältnisses eine Vertrauensarzt-Vertretung gemeinsam zu bestimmen.

### **Müssen alle Familienmitglieder denselben Vertrauensarzt wählen?**

*Schummer:* Nein. Die Vertrauensarztbeziehung ist eine sehr persönliche Angelegenheit und sollte nicht von der Familie irgendeinem Familienmitglied aufgezwungen werden, auch nicht Minderjährigen.

### **Wie ist das Verhältnis zwischen Vertrauensarzt und Krankenkasse geregelt?**

*Schmit:* Im Rahmen der Konvention zwischen der Gesundheitskasse und der Ärztereinigung sind die praktischen Prozeduren geregelt zum Beispiel der Abschluss oder die Auflösung der gemeinsamen Erklärung zwischen Patient und Vertrauensarzt oder der Fall einer längeren Abwesenheit des Vertrauensarztes.

Des Weiteren übermittelt die CNS dem Patienten periodisch eine Übersicht der in Anspruch genommen Leistungen. Diese Übersicht macht der Patient seinem Referenzarzt bei einer Visite zugänglich. Der Arzt nutzt sodann die Leistungsübersicht, um das Patienten-Resümee korrekt auszufüllen. Mittelfristig soll dieses System durch die Einführung des „Dossier de soins partagés“ ergänzt und vereinfacht werden.

### **Welches sind die Pflichten und Aufgaben des Vertrauensarztes?**

*Schmit:* Hat der Vertrauensarzt eine schriftliche Erklärung mit seinem Patienten abgeschlossen, übernimmt er folgende Pflichten: Er bringt die medizinische Akte des Pati-



enten auf den aktuellen Stand und erstellt regelmäßig ein Patienten-Resümee (résumé patient). Weiterhin berät er den Patienten und koordiniert die verschiedenen Diagnosen und Therapien. Schlussendlich erstellt er alle zwei bis drei Jahre die „Fiche de prévention“ des Patienten.

### Welches sind die Pflichten und Aufgaben des Patienten?

*Schmit:* Hat der Patient die schriftliche Erklärung gemeinsam mit seinem Vertrauensarzt unterschrieben, übernimmt er mehrere Aufgaben: Er baut die Vertrauensbasis zu seinem Arzt auf, den er laut schriftlicher Erklärung als Referenzarzt angegeben hat und gibt seinem Vertrauensarzt möglichst alle medizinischen Informationen an. Er legt seinen „résumé patient“ bei Terminen mit anderen Ärzten vor. Ferner unterstützt er das Präventions-Programm „Vertrauensarzt“.

### Wie läuft das weitere Verfahren zur Einführung des Vertrauensarztes?

*Schmit:* Das Gesetz sieht vor, dass die Einführung der Bestimmungen zum Referenzarzt zum 1. Januar 2012 in Kraft treten. Die großherzogliche Verordnung diesbezüglich wurde am 25. November im Memorial veröffentlicht. Wie sonst üblich im Rahmen der Krankenversicherung werden die weiteren Bestimmungen, besonders bezüglich administrativer Prozeduren und Programmbegleitung dann auf konventioneller Ebene zwischen CNS und Ärztereinigung festgelegt, wo wir uns zur Zeit in der Endphase befinden, ehe die verantwortlichen Gremien ihre Zustimmung leisten müssen. Ich will hier besonders das konstruktive Vertrauensverhältnis hervorheben, im Rahmen dessen die Ärzteschaft und die CNS, aber auch die Verantwortlichen der Ministerien für Gesundheit und soziale Sicherheit bei der Einführung des Referenzarztes zusammengearbeitet haben. Die Nomenklaturkommission wird dann dem Minister schnellstmöglich einen Vorschlag zu einer entsprechenden Honorarregelung vorlegen, der dann in ein großherzogliches Reglement einfließt.

*(Das Interview führte Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)*

#### ■ Webtipp:

Die Bestimmungen zum Referenzarzt finden sich im Memorial

(N° Mém. 240 du 25 novembre 2011) unter:

[www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2011/0240/a240.pdf#page=5](http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2011/0240/a240.pdf#page=5)



## Enquête : la satisfaction des personnes dépendantes

Une enquête sur la satisfaction a été réalisée auprès des bénéficiaires de l'assurance dépendance résidant en établissement. Les résultats sont encourageants.

**L'étude** a été commandée au CRP-Santé en 2008 par la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'assurance dépendance (CEO). Elle a été réalisée en collaboration avec la CEO. Son objectif était d'évaluer la satisfaction des bénéficiaires de l'assurance dépendance, résidant dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu, à l'instar de ce qui avait été fait par le Centre d'études de pauvreté, population et politiques socio-économiques (CEPS) en 2006 pour les bénéficiaires à domicile. Cette étude n'avait pas pour but d'évaluer la qualité des soins ou des structures mais elle veut donner aux personnes hébergées en établissement l'occasion de s'exprimer, elles-mêmes, sur leur bien-être. Pour cette raison, l'échantillon de l'étude était constitué de personnes lucides, ne présentant aucun trouble cognitif ou psychiatrique et maîtrisant au moins l'une des trois langues usuelles du pays. Compte tenu de ces réserves, il ne peut être question de généraliser les résultats à l'ensemble des résidents en établissement, ni de tirer des conclusions au-delà de ce cadre.

**361 personnes ont été interrogées.** L'enquête a été réalisée par trois enquêteurs sur une durée de neuf mois. Elle a été complétée par une enquête par courrier auprès des institutions. Sur 50 institutions concernées, 41 ont accepté de participer.

**L'avis des résidents** été demandé sur des domaines très divers: procédure d'admission, prix de pension, qualité des soins, confort du logement, qualité des repas, gestion du linge, activités de loisir, mais aussi appréciation de l'évaluation par la Cellule d'évaluation, satisfaction quant à la communication avec le personnel de l'établissement, sentiment d'autonomie, sentiment de bien-être global. Extraites respectivement d'un questionnaire validé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la grille Hospital Anxiety and Depression scale (HADS), des questions destinées à mesurer la qualité de vie et l'anxiété ou la dépression sont venues compléter l'ensemble. Elles visaient à donner un cadre objectif aux réponses reçues.

**Le contenu du rapport** est essentiellement descriptif. Il se cantonne à la présentation uni-variée des réponses aux questions. Aussi, dans cet article, le risque de donner une image biaisée de l'ensemble est important car nous ne retiendrons que des



Foto: britta60 - Fotolia.com

66 % des personnes interrogées recommanderont leur établissement à leurs amis.

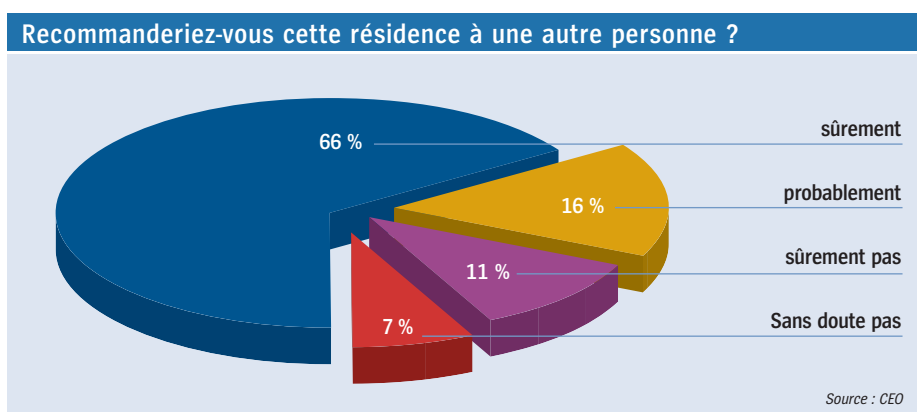


réponses marquantes. Des analyses supplémentaires seront nécessaires pour affiner les résultats et esquisser des explications.

**Degré de satisfaction.** L'étude montre dans l'ensemble un degré de satisfaction élevé voire très élevé chez les personnes interrogées :

- D'une manière générale, 95% des personnes interrogées se déclarent satisfaites et même très satisfaites.
- Pour l'ambiance dans l'établissement, 85% des personnes interrogées se déclarent satisfaites.
- 78% estiment que leur qualité de vie est bonne voire très bonne.

**Logement, environnement,** repas, sécurité, loisirs, ont fait l'objet d'appréciations particulièrement positives. Pourtant, malgré cette satisfaction très élevée du confort offert, on relève que seulement 66% des personnes interrogées recommanderaient leur établissement à d'autres personnes (voir graphique suivant). De même, seulement 68 % des personnes se sentent chez elles dans l'établissement. A peine 48% estiment que le prix réclamé pour l'hébergement est approprié aux prestations offertes alors qu'une proportion identique estime que le prix réclamé est élevé.



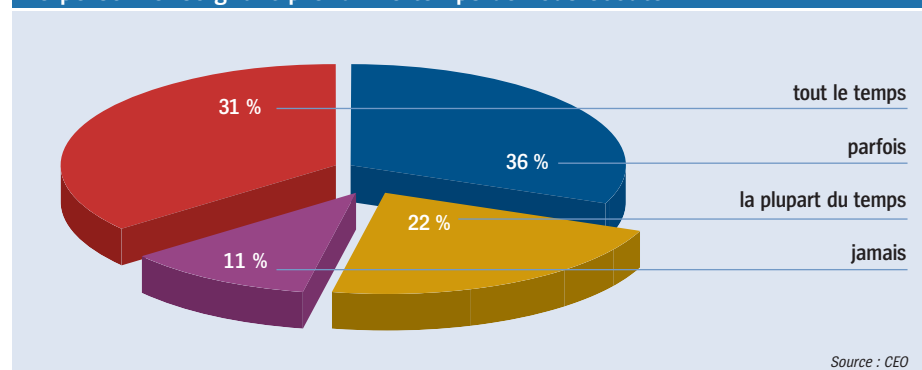
**Bien-être.** Ces appréciations plus nuancées s'expliquent probablement par l'analyse des réponses à des questions touchant de plus près la personne telles que l'appréciation de la communication, le sentiment d'être respecté, d'être autonome ou le bien-être psychologique.

Ainsi, lorsqu'on se penche sur les appréciations quant à l'écoute par le personnel (voir graphique suivant), on relève que 53 % des personnes ont le sentiment d'être écoutées la plupart du temps ou même tout le temps. 36 % des personnes disent que cela arrive parfois. En revanche, 11% des personnes ne se sentent jamais écoutées. Nous relevons



aussi que plus d'un tiers des répondants se sentent seuls dans l'établissement. L'examen de certains indicateurs d'autonomie, tels que le choix du soignant, le refus d'un soignant, la participation aux décisions sur les soins, sur la gestion des ressources financières, permet de déceler un important manque d'information des personnes interrogées mais aussi une participation aux décisions plutôt limitée.

### Le personnel soignant prend-il le temps de vous écouter?



**Pour les institutions,** on relèvera tout d'abord l'importance du taux de réponse (82 %) qui témoigne de l'investissement des responsables et d'un intérêt réel pour le sujet. Leurs réponses ont permis d'épingler quelques aspects réclamant des améliorations. Tel est le cas de la nécessité d'une plus grande transparence quant aux conditions d'admission et aux prix pratiqués par les établissements ou l'importance de créer des lieux susceptibles de permettre l'expression des résidents ou de leur famille.

**Conclusion.** Les auteurs du rapport concluent en rappelant la grande satisfaction des personnes interrogées dans l'ensemble. Ils ajoutent que ce tableau positif est dû aux importants investissements qui ont été faits par le gouvernement et les prestataires dans le secteur des soins de longue durée, au cours des vingt dernières années. Les points à améliorer ne réclament plus des investissements financiers importants mais une ferme volonté de coordonner les efforts de tous les intervenants pour utiliser au mieux les ressources disponibles.

(Andrée Kerger, Cellule d'évaluation et d'orientation)

#### ■ LIENS:

Pour le rapport complet voir le site:

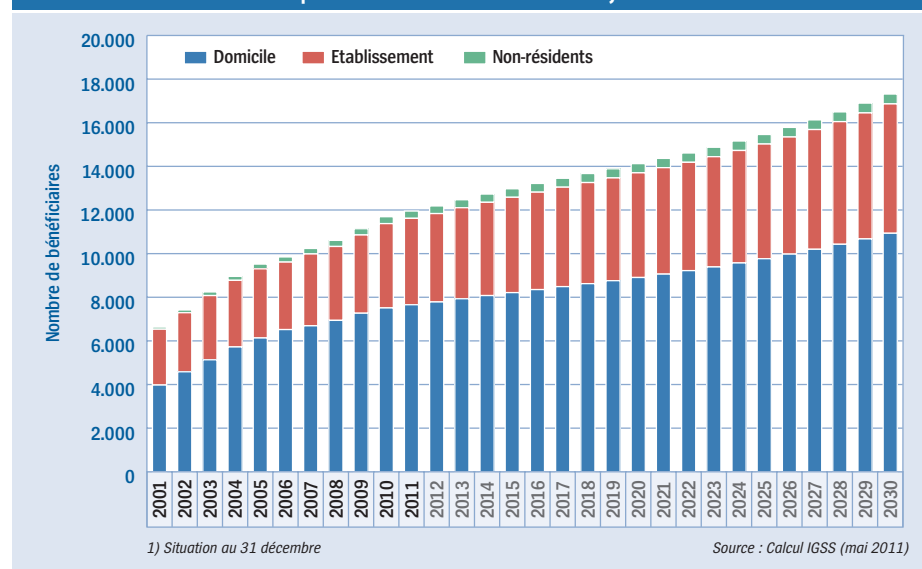
[www.mss.public.lu/publications/dependance/conf\\_presse\\_20111116/index.html](http://www.mss.public.lu/publications/dependance/conf_presse_20111116/index.html)



## Assurance dépendance : l'Etat augmente sa participation financière

A l'introduction de l'assurance dépendance en 1999 la participation de l'Etat est fixée à 40% des dépenses courantes et le taux de cotisation à 1%. Depuis le premier janvier 2007 la contribution de l'Etat, fixée à 140 millions euros, et le taux de cotisation de 1,4% assurent l'équilibre financier de l'assurance dépendance. Toutefois à partir de 2010 le solde des opérations courantes est négatif et le niveau de la réserve diminue considérablement. Les projections à moyen et long terme confirment cette tendance et mettent en évidence les besoins d'une population dépendante croissante (voir graphique ci-dessous).

Evolution du nombre de bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance à l'horizon 2030 par résidence et lieu de séjour <sup>1)</sup>



Conformément à l'article 34 de la loi tripartite du 22 décembre 2006 et pour faire face à un déficit à court terme le gouvernement a décidé de fixer la participation de l'Etat pour l'exercice 2012 à 35% et pour l'exercice 2013 à 40% des dépenses courantes. Pour répondre aux besoins des personnes dépendantes et pour assurer l'équilibre financier de l'assurance dépendance une étude sur le fonctionnement et la viabilité financière est en cours.

(Laurence Weber, Inspection générale de la sécurité sociale)





## Budget 2012 : adopté à l'unanimité

En date du 9 novembre 2011, le Comité directeur de la Caisse nationale de santé a adopté le budget annuel 2012 de l'assurance maladie-maternité. Ceci à l'unanimité des voix du représentant du Gouvernement, en la personne du président de la CNS, et de celles des délégués du salariat et du patronat. En général, le budget doit être adopté chaque année par le Comité directeur avant le 15 novembre.

**Le résultat de l'exercice 2011** s'explique par les mesures de la réforme du système des soins de santé ainsi que par une situation économique plus favorable qu'attendue initialement. Parmi ces mesures, il y a lieu de rappeler la hausse du taux de cotisation unique de 5,4% à 5,6%, les économies directes sur les tarifs des prestataires et les économies provenant de l'adaptation des participations des assurés, ainsi que le maintien de la réserve minimale légale à 5,5% en 2011.

Montants en millions d'euros	Décompte <sup>2)</sup>	Estimations <sup>1)</sup>	
		2011	2012
	2010	2011	2012
Recettes courantes	2.212,4	2.432,0	2.311,1
Dépenses courantes	2.217,2	2.372,3	2.250,0
Solde des opérations courantes	-4,8	59,7	61,2
Résultat de l'exercice	79,7	55,9	30,4
Résultat cumulé	82,9	138,8	169,2

<sup>1)</sup> Estimations 2011 et 2012 actualisées de la CNS du mois de novembre 2011

Source : CNS, novembre 2011

<sup>2)</sup> Décompte annuel global 2010 de l'assurance maladie-maternité

**Reconstitution de la réserve minimale.** Malgré cette situation en soi positive, il faut tenir compte du passage du résultat de l'exercice de 79,7 millions d'euros en 2010 à 30,4 millions d'euros en 2012. La baisse entre 2011 et 2012 s'explique par la reconstitution progressive de la réserve minimale légale, qui est à considérer comme une dépense supplémentaire s'ajoutant aux dépenses courantes de l'assurance maladie-maternité.

**Dans ce contexte**, il y a lieu de rendre également attentif au risque financier, à moyen et à long terme, de la croissance continue des prestations en espèces et des soins de santé, tout comme de la croissance des dépenses liées aux frais des conventions internationales. Face à ce risque et aux incertitudes liées à la perspective de la situation économique pour les années à venir, le budget 2012 maintient globalement les mesures



d'économies instituées par la réforme du système des soins de santé; le Comité directeur du 9 novembre 2011 ayant uniquement procédé à l'abolition de la participation forfaitaire de 2,5 euros lors du passage polyclinique.

*(Vanessa Di Bartolomeo, Caisse nationale de santé)*

■ LIENS:

Pour savoir plus:

[http://www.cns.lu/files/Budget\\_ass\\_mal\\_2012.pdf](http://www.cns.lu/files/Budget_ass_mal_2012.pdf)

## Psychopharmaka: Luxemburg ist Hochverbraucher

Ein Fünftel der Luxemburger erhielt im Jahr 2010 Psychopharmaka. Mit dieser Verschreibungsrate steht Luxemburg im internationalen Vergleich weit oben.

**Tranquilizer dominieren.** Psychische Störungen sind in der ärztlichen Praxis häufig anzutreffen und machen oftmals eine Überweisung zum Nervenarzt oder Psychiater notwendig. Die medikamentöse Therapie psychiatrischer Erkrankungen spielt dabei eine wichtige Rolle und stützt sich auf die klassischen Psychopharmaka: Antidepressiva (Mittel gegen Depression), Tranquilizer (Beruhigungsmittel), Hypnotika (Schlafmittel), Neuroleptika (Antipsychotika) und Psychostimulanzien. Im Jahr 2010 bekam rund ein Fünftel der in Luxemburg lebenden Versicherten Psychopharmaka verordnet, vor allem Tranquilizer (10,4 Prozent), Mittel gegen Depression (8,7 Prozent) und Schlafmittel (8,1 Prozent).

**Frauen und Ältere.** Bei den Männern erhielten 15,1 Prozent Psychopharmaka, bei den Frauen waren es immerhin 24,9 Prozent. Somit wurde Frauen 1,65 Mal häufiger Psychopharmaka verordnet als Männern. Dies trifft besonders für Antidepressiva (etwa doppelter Verordnungsanteil), Tranquilizer und Hypnotika (etwa 1,8 Mal höher als bei Männern) zu. An diesem ungleichen Geschlechterverhältnis ändert sich in allen Altersklassen nichts. Der Anteil der Psychopharmaka-Empfänger nimmt ebenso kontinuierlich mit dem Alter zu.



Foto: Robert Kneschke - Fotolia.com

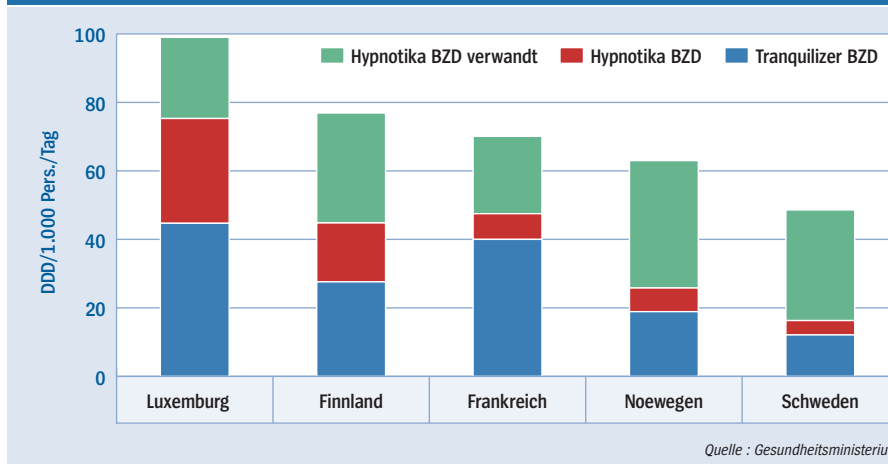
Gibt es wirklich keine Alternative zum verschriebenen Medikament?



**Allgemeinmediziner verordnen knapp 70 Prozent.** Psychopharmaka mit Benzodiazepinen oder Benzodiazepin-verwandten Mitteln werden ganz überwiegend als Tranquilizer oder Hypnotika verordnet. Sie sind mit einem Verordnungsanteil von 60 Prozent aller Tagesdosierungen, die am häufigsten verschriebenen Wirkstoffe. 68,4 Prozent der Benzodiazepine werden vom Allgemeinmediziner verschrieben, 9,3 Prozent vom Internist und 7,2 Prozent vom Psychiater.

**Benzodiazepine weit vorne.** Insgesamt bekam im Jahr 2010 etwa ein Siebtel der Bevölkerung (10,6 Prozent der Männer und 18,1 Prozent der Frauen) mindestens eine Benzodiazepin-Verordnung. Der Anteil der Benzodiazepin-Empfänger nimmt ebenfalls mit dem Alter zu, wobei auch hier ein ungleiches Geschlechterverhältnis besteht. Der Anteil der Männer in der Altersklasse von 65 bis 74 Jahren beträgt 26,9 Prozent und steigt auf 37,9 Prozent in der Altersklasse über 75. Der Anteil der Frauen ist deutlich höher und beträgt in diesen Altersklassen zunächst 41,9 Prozent und dann 52,6 Prozent.

Psychopharmakaverbrauch im internationalen Vergleich (2009)  
nach Indikationsangaben der Benzodiazepine (BZD)



**Benzodiazepin-Abhängigkeit.** Tranquilizer werden bevorzugt zur Dämpfung von Angst- und Spannungszuständen eingesetzt, Hypnotika bei Schlafstörungen. Den Empfehlungen therapeutischer Richtlinien nach, sollten diese Medikamente jedoch nur zeitweilig und so kurz wie möglich eingesetzt werden. So sollte der jeweilige Verordnungszeitraum von vier Wochen nicht überschritten werden. Die Wirksamkeit dieser Wirkstoffe auf längere Dauer ist nicht belegt. Dagegen nimmt das Risiko der



Abhängigkeitsentwicklung bei längerer Verordnungsdauer erheblich zu. Verbrauchsanalysen zeigen, dass bei 36,7 Prozent der Benzodiazepin-Empfänger und bei 40 Prozent der Benzodiazepin-Empfängerinnen Verordnungsphasen von sechs und mehr Monaten anzutreffen sind. Dieser Zeitraum wird bereits als Dauerverordnung angesehen, weil diese Medikamente nach den Empfehlungen nur kurzfristig über zwei bis vier Wochen eingesetzt werden sollten.

**Luxemburg ist Hochverbraucher.** Vergleichsfähige Daten aus der ambulanten Versorgung über die Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine zeigen, dass Luxemburg sowohl im Bereich der Tranquilizer als auch bei den Schlafmittel Hochverbraucher ist. Trotz Warnungen vor der Daueranwendung dieser Mittel stehen diese Verschreibungen nicht im Einklang mit den therapeutischen Richtlinien, welche eine kurze Anwendungsdauer empfehlen. Vor allem werden viele ältere Personen – insbesondere Frauen – noch immer dauerhaft mit solchen Mitteln behandelt. Gerade diese Patientinnen geraten oft in Abhängigkeit, und es sind Auswirkungen auf die Gangsicherheit und Reaktionsfähigkeit bei ihnen zu beklagen, die zu schweren Stürzen führen können. Ebenfalls haben neuere Langzeitstudien berichtet, dass bei chronischem Gebrauch das Risiko einer kognitiven Verschlechterung steigt. Die Frage stellt sich, ob das Verhältnis von Nutzen zum Risiko dieser Medikamente, besonders der Schlafmittel, bei älteren Patienten und Patientinnen noch vorteilhaft ist oder nicht besser andere therapeutische Maßnahmen wie etwa kognitive Verhaltens- oder Psychotherapie verstärkt zum Einsatz kommen sollten.

*(Marcel Bruch, PhD, Pharmakologe, Gesundheitsministerium)*

■ **Literaturtipp:**

**Näheres zu den Gefahren der Dauerverordnung von Benzodiazepinen bei:**

**Cloos, Jean-Marc:** Les benzodiazépines au Grand-Duché de Luxembourg. 2006 ULP-Strasbourg, Faculté de Médecine



## Seelische Gesundheit: Psychotherapieplätze fehlen

Warum erhält etwa jeder fünfte Versicherte in Luxemburg Psychopharmaka? Ein Interview zu dieser Frage mit Dr. Jean-Marc Cloos, Psychiater und Suchttherapeut an der ZithaKlinik, Luxemburg.

Der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, den sogenannten Benzodiazepinen, in Luxemburg ist stark überhöht. Warum?

Etwa zwei Drittel der Verschreibungen sind medizinisch angemessen und münden nicht in einen Dauerkonsum. Aber ein Drittel der Patienten stellt den Konsum nach der verordneten Zeit nicht wieder ein. Sie betteln nahezu um Folgerezepte. In der Schweiz gab es den Versuch, Ärzte dazu zu bringen, Benzodiazepine nicht länger als drei Monate zu verschreiben. Es hat nicht den erhofften Erfolg gebracht, denn die Patienten haben den Arzt gewechselt, sobald sie das gewünschte Rezept nicht erhalten haben, und so ihren Konsum fortgesetzt.

Sind genügend Therapieplätze für psychotherapeutische Behandlungen in Luxemburg vorhanden?

Das ist der Punkt. Hier herrscht ein eklatanter Mangel. Der Allgemeinmediziner hat bei uns oft nicht die Chance, die Patienten schnell in eine Psychotherapie zu überweisen. Es gibt nur sehr limitierte Behandlungsplätze bei Psychiatern oder Allgemeinmedizinern mit Zusatzausbildung. So behandeln die Hausärzte alternativ mit Medikamenten oder überweisen zum psychomotorischen Entspannungstraining, das erstattet wird, aber in der Regel nicht immer ausreicht, um die Tablettenabhängigkeit langfristig in den Griff zu bekommen.

Warum gibt es nicht genügend Angebote an psychologischer Psychotherapie?

Wir haben leider noch kein Psychotherapiegesetz, so wie es in Deutschland seit 1999 gilt. Dort erstatten die Kassen seit bereits elf Jahren psychologische Psychotherapie. Die Honorarsätze von 30,80 Euro für eine psychotherapeutische Sitzung reichen nicht aus, Allgemeinmediziner zu motivieren, die psychotherapeutische Zusatzausbildung zu absolvieren. Auch gibt es derzeit an Luxemburgs Universität noch keinen psychotherapeutischen Studiengang, was sich aber in naher Zukunft ändern soll, wie ich weiß.



Foto: Ambrophoto - Fotolia.com

Leider herrscht in Luxemburg ein großer Mangel an qualifizierten Psychotherapieplätzen.



## Wie sieht es mit den Antidepressiva aus?

Hier ist der Verbrauch nicht nur in Luxemburg, sondern auch in anderen europäischen Ländern erhöht. Seitdem die Nebenwirkungen bei den neu entwickelten Antidepressiva abgenommen haben, ist der Verbrauch gestiegen, da die Hemmschwelle gesunken ist, sie zu verschreiben. Wir können sogar davon ausgehen, dass die Diagnose „Depression“, seitdem epidemischen Charakter angenommen hat. Aber eine skandinavische Studie hat gezeigt, dass die Suizidrate sinkt, wenn der Antidepressiva-Verbrauch steigt.

## Wo liegt der Unterschied zwischen Antidepressiva und Benzodiazepinen?

Beide Medikamentengruppen setzen an verschiedenen Rezeptoren im Gehirn an. Während die Schlaf- und Beruhigungsmittel dämpfend wirken, können Antidepressiva aktivierend bei depressiver Antriebsschwäche eingesetzt werden. Entscheidender Vorteil der heutigen Antidepressiva gegenüber den Benzodiazepinen ist, dass sie nicht abhängig machen und nicht im Verdacht stehen, die Alzheimererkrankung zu begünstigen. Natürlich ist der sogenannte Rebound-Effekt bei einigen Antidepressiva problematisch, wenn sich bei abruptem Absatz der Medikamente die Anfangssymptome zunächst verschlimmern. Dem kann aber mit einem Ausschleichen der Medikation entgegengewirkt werden. Alles in allem ist der erhöhte Verbrauch von Antidepressiva in meinen Augen gesundheitspolitisch nicht so bedenklich wie der bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln.

*(Das Interview führte Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)*

### ■ Literaturtipps:

J.-M. Cloos, R. Stein, P. Rauchs, P. Koch, G. Chouinard: Addictions aux benzodiazépines : prévalence, diagnostic et traitement. Elsevier Masson SAS, 37-396-A-17, Paris, 2011



## Mai 2012: Welt-Pflegekongress in Luxemburg

Ein wissenschaftlich anspruchsvolles Programm erwartet die Besucher des 12. Welt-Pflegekongresses im Frühjahr nächsten Jahres in Luxemburg.

**Pflegemodell von Dorothea Orem.** Vom 10. bis 13. Mai 2012 findet in Luxemburg der 12. Welt-Pflegekongress der International Orem Society (IOS) statt. Er richtet die Zukunft der Pflege- und sozialen Versorgungssysteme perspektivisch auf das Jahr 2020 aus. Der Kongress wird von der Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) in Zusammenarbeit mit der IOS veranstaltet. Deren pflegewissenschaftliche Theorie fußt auf dem sogenannten Selbstpflegedefizit Pflegebedürftiger. Danach können Pflegebedürftige bestimmte Grundbedürfnisse wie Ernährung, Atmung, Zuwendung oder Lernen nicht mehr in Eigenregie meistern. So hat die Gründerin der IOS, Dorothea Orem, ein Pflegemodell entwickelt, das darauf aufbauend Pflege definiert. In Luxemburg greift die Pflegeversicherung zur Bewertung des individuellen Hilfsbedarfs unter anderem auf die von Orem begründete Theorie zurück.

**Wissenschaftliches Großereignis.** Mit einer geplanten Teilnehmerzahl von 400 bis 500 Personen stellt der Kongress für Luxemburg ein wissenschaftliches Großereignis dar. Damit möchte das Großherzogtum im Jahr 2012, dem europäischen Jahr für aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen, die internationale Diskussion mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, technischen und sozialpolitischen Innovationen bereichern und zur notwendigen Transformation der heutigen Sozial-, Gesundheits- und Pflegesysteme beitragen.

**Jazzpianist Abdullah Ibrahim.** Die Besucher erwartet nicht nur ein interessantes und inhaltlich anspruchsvolles Programm mit international renommierten Referenten aus Theorie, Praxis, Industrie und Politik, sondern auch ungewöhnliche kulturelle Inspiration. Unter anderem wird der südafrikanische Jazzpianist Abdullah Ibrahim, mit seinen 77 Jahren selbst Repräsentant des aktiven Alterns, ein Konzert im Rahmen des Galadiners des Kongresses geben.

**Einladung.** Eine Einladung zum Kongress erhalten die InSight SantéSécu-Abonnenten in Kürze per E-Mail. Weitere Interessenten finden alle notwendigen Informationen zur Anmeldung auf der Kongress-Homepage (siehe Webtipp). Die Einreichung von Redebeiträgen aus Luxemburg ist explizit erwünscht. Die Kongresssprachen sind Englisch, Französisch und Deutsch.

*(Jürgen Hohmann, Inspection générale de la sécurité sociale)*

- **Webtipp:**  
Nähere Informationen finden Sie unter:  
[www.ioscongress2012.lu](http://www.ioscongress2012.lu)



Das europäische Jahr 2012 steht im Zeichen der Solidarität zwischen den Generationen und ist dem Thema „Aktives Altern“ gewidmet. Der internationale Pflegekongress zählt zu den offiziellen Aktivitäten Luxemburgs im Rahmen dieses Themenjahres.



## Etude ALBA 2008 : L'Alimentation de nos bébés

Il s'agit d'une « Enquête nationale sur l'alimentation des enfants de 4, 6 et 12 mois au GD de Luxembourg en 2008 ». L'étude a été réalisée par le Ministère de la Santé en collaboration avec le comité national pour le soutien et la promotion de l'allaitement.

**Les principaux objectifs** de l'étude étaient :

- Etudier la prévalence et la durée de l'allaitement maternel, ainsi que les caractéristiques de l'alimentation en général des bébés âgés de 4, 6 et 12 mois.
- Connaître l'expérience de l'allaitement que les mères ont vécue.
- Identifier les facteurs ayant des influences positives ou négatives sur l'initiation de l'allaitement, l'allaitement exclusif et la continuation de l'allaitement aux âges recommandés du bébé.

60% des mères enquêtées par questionnaire, disponible en langues française, allemande, portugaise ou anglaise, ont répondu à l'appel de participation. L'échantillon final pour l'évaluation statistique se composait de 2 366 mères et de leurs 2 412 bébés.

**Les facteurs sociodémographiques :** L'étude Alba 2008 a montré qu'il existe de grandes variations des taux d'allaitement par rapport aux conditions socio-démographiques. En effet, les mamans les plus jeunes, les moins instruites et socio-économiquement les moins avantagées, allaitent moins. Ceci est vrai pour l'initiation, l'exclusivité et la durée de l'allaitement. L'hétérogénéité de notre population résidente est un autre facteur influençant les habitudes de l'allaitement maternel. Aussi, une des recommandations majeures formulées sur base de l'enquête, vise le développement d'actions ciblant spécifiquement les mères présentant ces caractéristiques sociodémographiques.

**Les facteurs déterminants** pour l'initiation et la poursuite de l'allaitement : Les résultats de l'enquête ALBA concordent avec la plupart des observations citées dans la littérature scientifique (voir référence bibliographique). Ainsi nous constatons que le déclenchement médical de l'accouchement, le recours à l'anesthésie épidurale et l'accouchement par césarienne ont une influence négative sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement. De plus, les pratiques en maternité sont déterminantes tant pour l'initiation que pour la poursuite de l'allaitement.

**L'exclusivité de l'allaitement :** Dans notre pays, le taux d'initiation de l'allaitement maternel (90,3%) est très satisfaisant, cependant le taux d'allaitement



Wie lange erhalten Luxemburgs Babys Muttermilch? Eine Studie gibt Auskunft.

Foto: Lena S. - Fotolia.com

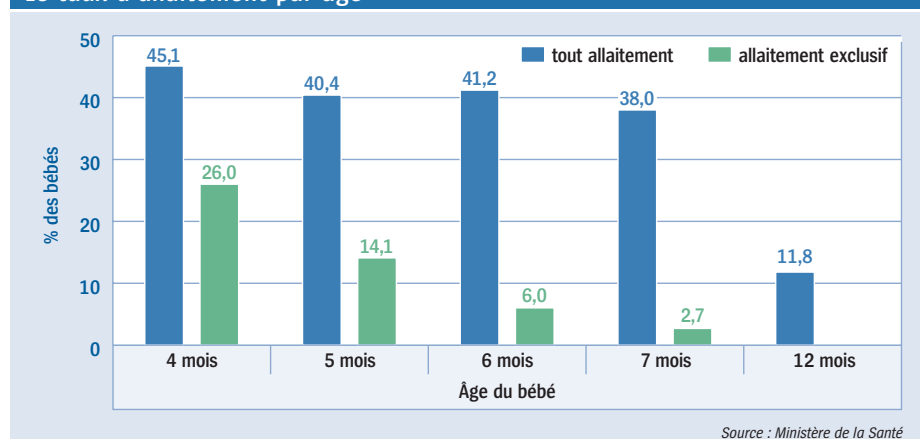




exclusif l'est beaucoup moins (64,1%). Un quart des bébés allaités, nés à terme, « en bonne santé » et non transférés ont reçu un complément en maternité (23,6% dans les maternités au label « Babyfriendly Hospital Initiative, BFHI » et 26,9% dans les établissements sans label).

**L'allaitement (exclusif ou mixte) dans le temps :** Malgré un excellent taux d'initiation, le taux d'allaitement diminue rapidement au cours des premiers mois, de sorte qu'à 4 mois, le taux d'allaitement maternel est seulement de 45,0% et le taux d'allaitement exclusif atteint 25,0% seulement. Les taux correspondants pour 6 mois sont de 41,1% pour l'allaitement mixte et de 6% pour l'allaitement exclusif. Malgré l'excellent taux d'initiation à la maternité, les mamans arrêtent l'allaitement au sein relativement vite, ce qui se traduit par un taux de sevrage précoce élevé : 38% de bébés sont sevrés à l'âge de 17 semaines. Outre ce constat, la courbe de sevrage montre trois périodes de sevrage plus rapide : la 7<sup>ème</sup> semaine correspondant à la fin du congé de maternité, la 9<sup>ème</sup> semaine et la 11<sup>ème</sup> semaine correspondant à la fin du congé d'allaitement.

### Le taux d'allaitement par âge

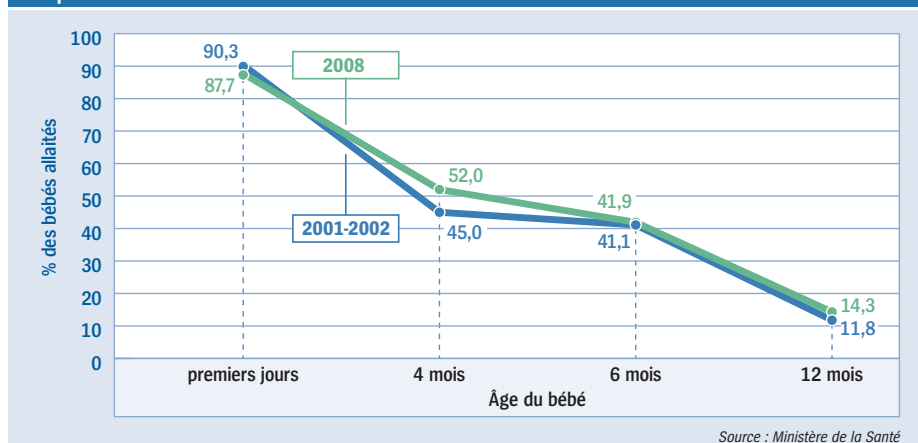


**Le « manque de lait »** est la cause majeure déclarée par les mères expliquant le sevrage précoce avant 25 semaines. L'analyse montre clairement les périodes où le « manque de lait » prend de l'importance, correspondant aux moments critiques des poussées de poids à 6 semaines et à 3 mois. Or les publications scientifiques parlent seulement d'un taux d'insuffisance de lactation de 2 à 4% due à des pathologies spécifiques (insuffisance de lactation primaire, état après chirurgie mammaire, pathologies hormonales). Si un manque de lait est avancé en dehors de ces raisons médicales, on doit assumer que les causes sont autres, notamment un manque d'information et de soutien.



**La reprise de l'activité professionnelle.** La deuxième raison énoncée expliquant le sevrage précoce est la reprise de l'activité professionnelle ; elle prend de l'importance à partir de la 8<sup>ème</sup> semaine de vie. Cette observation indique que pour de nombreuses mères, l'allaitement maternel est difficilement compatible avec la vie professionnelle, malgré la législation favorable en vigueur qui leur accorde la possibilité de prolonger le congé de maternité de 4 semaines pour allaiter ainsi que le bénéfice des pauses-allaitement (soit pour allaiter le bébé soit pour tirer le lait) une fois le travail repris. L'enquête a mis en évidence une association positive entre l'utilisation des pauses-allaitement et la poursuite de l'allaitement au-delà de 4 mois.

### La prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois



**Les problèmes de seins.** La troisième cause principale d'un sevrage précoce concerne les problèmes des seins, surtout au début de l'allaitement. Ces problèmes sont souvent évitables ou peuvent être soignés quand les mères sont bien informées, et leur prise en charge rapide et efficace.

**Plan d'action.** L'enquête ALBA 2008 a permis un état des lieux détaillé sur l'allaitement au Luxembourg et à la formulation de recommandations pour l'élaboration d'un plan d'action pour la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel 2011-2015.

(Dr. Sue Desroches, Chantal Brochmann, Dr. Yolande Wagener, Guy Weber,  
Ministère de la Santé)



■ Liens et référence bibliographique:

La version complète de l'enquête et du plan d'action sont librement téléchargeables:

[www.ms.public.lu/fr/actualites/2011/09/07-alba/index.html](http://www.ms.public.lu/fr/actualites/2011/09/07-alba/index.html)

[www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/grossesse-maternite/etude-alba-2008-alimentation-bebes/etude-alba-2008-alimentation-bebes.pdf](http://www.sante.public.lu/publications/sante-fil-vie/grossesse-maternite/etude-alba-2008-alimentation-bebes/etude-alba-2008-alimentation-bebes.pdf)

Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev.* 1999 Mar; 7 (1): 5-16.

## Rapport général 2010: Online- und Printversion nun erhältlich

Der Sozialreport des Jahres 2010 „Rapport général 2010“ mit allen Zahlen und Fakten zur sozialen Sicherheit Luxemburgs steht jetzt als pdf zum Download bereit. Er kann auch als Printversion bestellt werden.

■ Nähere Informationen finden sich im Internet unter:

[www.statsecu.public.lu](http://www.statsecu.public.lu)

*(Redaktion Insight SantéSécu)*

## Documentation des actes médicaux : le choix s'est porté sur la CCAM

La Classification commune des actes médicaux (CCAM) sera le modèle de référence pour l'implémentation de la documentation médicale dans les hôpitaux.

**Pour une documentation de qualité.** La discussion sur la documentation médicale hospitalière est toujours à la une (cf. InSight SantéSécu 3/2011, pages 1-3). Un séminaire sur la classification des procédures a eu lieu le 28 septembre. Lors de ce séminaire, les représentants des autorités sanitaires, de l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD), des directions et des conseils médicaux des établissements hospitaliers ont étudié et comparé différentes classifications en vigueur dans



d'autres pays. Ils ont discuté du meilleur choix pour le Luxembourg, tant du point de vue de la qualité de la documentation que de l'application pratique et de la rapidité et facilité d'implémentation. Les parties étaient unanimes sur l'utilité d'une documentation des actes médicaux. Les avis divergeaient toutefois sur la classification de référence à choisir.

**CCAM.** Un mois plus tard, lors de sa réunion du 28 octobre, le Conseil de Gouvernement a marqué son accord avec l'adoption de la Classification commune des actes médicaux (CCAM), utilisée en France. Il s'agit donc maintenant d'entamer les travaux d'implémentation de cette classification de référence au Luxembourg. Vers la mi-décembre, les autorités sanitaires se concerteront avec les acteurs du terrain (EHL et conseils médicaux) et des experts internationaux pour aborder les questions relatives aux règles de codage au sein des hôpitaux, aux procédures de collecte des données, à la formation des intervenants et à la mise en place de structures et de logiciels appropriés. Le volet réglementaire du dossier médical standardisé et du résumé clinique, constituant la base de toute documentation médicale hospitalière, est également à revoir. Il faudra aussi assurer un retour d'information aux prestataires et garantir la protection des données.

**ICD 10.** Un autre volet à ne pas oublier est celui de l'amélioration de la documentation des diagnostics. Les acteurs se sont mis d'accord pour coder dorénavant les diagnostics selon la classification internationale des maladies ICD10 sur 4 positions au moins, ainsi que les diagnostics secondaires. Cette démarche permettra de mesurer la qualité des soins et l'impact des programmes de santé mais aussi de disposer d'un outil performant pour la planification hospitalière, tant à l'échelle institutionnelle que nationale.

*(Pascale Oster, Inspection générale de la sécurité sociale)*

■ Liens :

Pour une version en ligne de la CCAM et plus d'informations en français :

[www.atih.sante.fr/?id=000310000000](http://www.atih.sante.fr/?id=000310000000)



## Conférence Européenne des Hôpitaux

La nouvelle directive européenne, qui précise les droits des patients en cas de traitement médical à l'étranger, était le thème fédérateur de la première Conférence Européenne d'Hôpitaux.

**Politique de Santé Européenne.** Le 18 novembre 2011 s'est tenue à Düsseldorf la première Conférence Internationale organisée conjointement par la Fédération Européenne des Hôpitaux et des Soins de Santé (HOPE), l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH-EAHM), et l'Association Européenne des Médecins des Hôpitaux (EAMH). L'événement a eu lieu dans le cadre de la MEDICA 2011, conjointement au 34ème Congrès des hôpitaux allemands et en coopération avec la Deutsche Krankenhausgesellschaft. Des orateurs de haut rang, venus des différentes régions de l'Union Européenne, ont apporté leurs contributions au débat sur la politique de santé européenne et sur la directive du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

**Contributions internationales.** Le Ministre Mars Di Bartolomeo a exposé les grandes lignes de la politique de santé européenne (dans son état actuel). Des représentants de la Commission Européenne, du Royaume Uni, de la Hongrie, de la France, de la Belgique, de la Suède et du Portugal ont apporté leurs points de vue et leurs visions du futur dans le cadre des travaux pour la transposition, dans les différentes législations nationales, de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

**Ajustements nécessaires.** Certaines questions posées n'ont pas encore trouvé de réponses totalement satisfaisantes. Des affinements seront encore nécessaires et la Cour de Justice de l'Union Européenne fera probablement encore office de jurisprudence. Le texte de la directive représente toutefois une base solide pour les développements à venir.

**Amorcer une dynamique.** La conférence de Düsseldorf devra permettre d'amorcer une dynamique au niveau des différentes régions de l'Union Européenne avec la poursuite des réflexions dans le cadre de conférences nationales, voire régionales. Les acteurs hospitaliers devront bien entendu eux aussi pouvoir exprimer leurs visions et propositions dans le cadre des travaux de transposition de la nouvelle directive européenne qui seront en principe clôturés au plus tard le 25 octobre 2013.

(Marc HASTERT, Secrétaire Général de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois)



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Nicht alle Fragen zur grenzüberschreitenden Patientenversorgung sind geklärt. Weitere Abstimmungen auf nationaler und internationaler Ebene sind notwendig.



### OECD-Gesundheitsdaten 2011: Jetzt online

Unter dem Titel „Gesundheit auf einen Blick 2011“ liegen nun die neuesten OECD-Gesundheitsdaten, die sogenannten OECD-Indikatoren, vor. Auch in Französisch („Panorama de la santé 2011“) und Englisch („Health at a glance 2011“) sind sie als Print- oder Onlineversion verfügbar. Sie ermöglichen dem Leser einen aufgefächerten Vergleich der Gesundheitssysteme und ihrer Leistungsfähigkeit. Anhand dieser Datenzusammenstellung ermöglicht die OECD nationale und internationale epidemiologische und gesundheitssystemische Rückschlüsse.

Im Mai 2004 hatten die Gesundheitsminister der OECD-Mitgliedsländer ihren Wunsch geäußert, die OECD möge die Datenbasis für den Vergleich von Gesundheitssystemen verbessern. Die OECD hat sich daraufhin bemüht, dass Gesundheitsdaten möglichst zeitnah und exakt erhoben wurden. Ebenso optimierte sie die Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Zahlen, welche die Gesundheitsausgaben einzelner Länder und deren Finanzierung angeht. Ferner hat sie zusammen mit nationalen Experten weitere Indikatoren als Datenmessinstrumente für die Qualität der Gesundheitsversorgung erarbeitet. Ergebnis ist ein breites Spektrum vorgestellter Erhebungen, die die Effizienz einzelner Gesundheitssysteme für eine internationale Öffentlichkeit zugänglich machen.

*(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)*

■ **Webtipp:**

Die OECD-Indikatoren finden sich im Internet unter:

[www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011\\_health\\_glance-2011-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en)



## RELATIONS MEDECIN - PATIENTS : une confiance réciproque – c'est indispensable

L'explosion du savoir, le progrès fulgurant des techniques médicales, la facilité d'emploi et la rapidité des nouveaux moyens de communication ont peu à peu changé les relations médecin-patients. Un commentaire de médecin Dr Pit BUCHLER.



Foto: privat

Die Zeiten, als für viele Patienten der Arzt ein „Gott in Weiß“ war, sind glücklicherweise vorbei, so Dr. Pit Buchler, Président de collègue médical.

**Fin** le temps de la médecine patriarcale qui avait pourtant l'avantage d'éviter au patient l'angoisse de la responsabilité décisionnelle; fini le temps où le médecin, après avoir expliqué à son patient la maladie et les alternatives thérapeutiques, posait les questions de circonstances : « qu'est ce qu'on fait ? qu'est ce qu'on décide ? » ; et le patient répondait généralement : « c'est vous le docteur, vous devriez savoir ce qu'il faut faire, c'est à vous de décider ! »

**Répercussions sur la solidarité sociale.** Aujourd'hui, le patient est maître de la décision et doit exprimer son choix thérapeutique compte tenu des informations médicales fournies par le médecin traitant. Juridiquement la relation entre le médecin et le patient s'instaure sous la forme d'un contrat de soins : il s'agit d'un contrat de nature particulière entre deux personnes. Dans ce contrat, le médecin a l'obligation des moyens et le patient, détenteur de l'information, l'obligation de coopération sincère. Pourtant ce contrat entre deux personnes a des répercussions non négligeables sur la solidarité sociale puisque l'obligation des moyens engendre un coût considérable que supporte la sécurité sociale.

La connaissance des responsabilités et des droits, la croyance en la toute-puissance de la médecine moderne, ainsi que la quasi gratuité des soins offerte par notre système de sécurité sociale incitent le patient à demander l'exécution stricte de cette obligation des moyens.

**Confiance réciproque.** Les coûts liés à la santé augmentent et ce d'autant plus que nous exigeons une santé sans risque (« nous voulons le risque zéro ! »). Ainsi, il serait temps de remettre au centre du contrat de soins le principe primordial de toute relation entre deux personnes, à savoir la confiance réciproque. Celle-ci s'accompagne obligatoirement du secret et de la responsabilité partagée, selon l'énoncé suivant : « il n'y a pas de soins sans confidences, pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans secret ».

**Le malade en tant qu'individu.** Les relations entre médecin et patients sont décrites, fixées et réglementées entre autres par : le Code de la Santé, la loi en élaboration sur les droits et obligations des patients, la loi sur l'exercice des profes-



sions de médecins et le Code de déontologie médicale. Malheureusement ces textes ne tiennent compte que partiellement de deux données pourtant déterminantes : les capacités cognitives et l'état émotionnel, qui donnent à toute personne son individualité de façon à conclure qu'« il n'existe pas de maladies, il n'existe que des malades ».

**Les principes éthiques médicaux.** Le médecin tentera toujours d'agir selon les grands principes éthiques médicaux qui sont : le respect de la volonté du patient (« autodétermination »), l'action au seul bénéfice de la santé du patient et la proscription de la nuisance.

Il appartient au patient éclairé, lucide et responsable de juger si le médecin agit selon ces règles éthiques et s'il est motivé en priorité par la bonne santé de son patient. Cette décision ne peut être prise que dans une relation de confiance.

**Contraintes juridiques.** La confiance est cependant mise à épreuve par les contraintes juridiques impliquant en pratique des tentatives constantes de déresponsabilisation d'une des parties du contrat aux dépens de la responsabilisation de l'autre contractant, attitudes d'ailleurs fortement à la mode dans notre société et qui cohabitent difficilement avec la croyance en la toute-puissance de la médecine et le besoin irrationnel du refus de la fatalité.

En conséquence du problème bien réel du mépris du principe de la confiance par le professionnel de santé ou par le patient à des fins autres que le bénéfice de la santé, les relations humaines étant loin d'être parfaites, les textes légaux et réglementaires et leurs applications doivent exister, ils sont, – disons-le –, un mal nécessaire.

**Les grandes lignes du contrat médecin-patient** pourront donc être résumées comme suit :

- La santé du patient devra être l'objectif primordial du médecin. Il y emploiera tous les moyens nécessaires et utiles.
- Le patient fournira au médecin toutes les informations utiles et nécessaires et l'assurera d'une collaboration sincère.
- Le médecin modulera de par son savoir et son expérience les connaissances qu'aura acquises le patient de sources éventuellement externes.
- Le médecin mettra à disposition du patient toutes les informations nécessaires pour lui permettre de faire valoir son libre arbitre et de garder son autonomie.
- Le médecin et le patient assumeront leurs responsabilités envers la solidarité de la société dans l'utilisation des moyens et le coût de ceux-ci.

Tout ce qui précède ne peut se faire que dans une relation de confiance.



(Dr Pit BUCHLER, Président du Collège médical)





### Wer? Was? Wo?

### Personnages&Postes

#### ■ Nouvelle direction générale pour l'Hôpital Kirchberg

A partir du premier janvier 2012, **Dr Paul Wirtgen** remplacera Dr Raymond Lies en tant que directeur général de l'**Hôpital Kirchberg**. Dr Lies a été le premier président de la Fondation François-Elisabeth et a guidé la fusion des Cliniques Sainte Elisabeth, Sacré-Cœur et Saint François vers l'Hôpital Kirchberg pour en faire un hôpital à la pointe du progrès médical. Depuis son ouverture en juillet 2003, Dr Lies en a été le directeur général.

De 1996 à 2005, Dr Wirtgen était impliqué dans les travaux de la direction de la Clinique Bohler pour en devenir directeur médical lors du déménagement vers le Kirchberg en 2006. Fin 2010, il cessa son activité de gynécologue pour se consacrer entièrement à ce poste. A partir du premier janvier 2012, ce sera donc lui qui reprendra des mains du Dr Lies la direction générale de l'Hôpital Kirchberg.

#### ■ Nouvelle direction générale pour le Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)

Au **CHNP**, le **Dr Marc Graas** a été nommé directeur général à partir du 15 novembre 2011, en remplacement du Dr Jo Joosten. Dr Graas, qui exerce sa profession de psychiatre depuis 1997 au Luxembourg, assurait déjà en intérim la direction générale du CHNP de 2006 à 2007. Parallèlement, il collaborait à la direction médicale de l'Hôpital Kirchberg, dont il était nommé directeur médical en 2009. Il est également membre des Conseils d'administration du CHNP, du Centre de Recherche Public de la Santé (CRP-Santé) et de la Fondation Hëllef Doheem.

*(Redaktion Insight SantéSécu)*

#### Impressum

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

Verantwortlich  
 Mars di Bartolomeo, Ministre

Beauftragter des Herausgebers  
 KomPart Verlagsgesellschaft  
 mbH & Co. KG Bonn

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